

## SANTÉ MENTALE



# TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS ET CONDUITES SUICIDAIRES : DÉTERMINANTS SOCIAUX DES DIFFÉRENCES DE GENRE

Synthèse élaborée à partir des données produites par Santé publique France sur la période 2010-2023

## POINTS CLÉS

- Si les troubles anxio-dépressifs et les conduites suicidaires (pensées suicidaires et tentatives de suicide) touchent les deux sexes, les femmes apparaissent davantage concernées que les hommes quel que soit le trouble considéré.
- Entre 2017 et 2022, la fréquence des épisodes dépressifs caractérisés et des conduites suicidaires a augmenté parmi les jeunes adultes (18-24 ans), plus fortement parmi les jeunes femmes.
- Sur la période 2013-2019, la prévalence de la souffrance psychique liée au travail était deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes et variait selon le secteur professionnel.
- En 2023, plus de 3,5 millions d'appels ont été reçus par SOS Amitiés ; plus de 60 % des appels traités provenaient de femmes.
- Les femmes sont davantage exposées que les hommes, dès leur plus jeune âge et tout au long de leur vie, à des facteurs de risque qui les exposent à de la souffrance psychique.
- Les inégalités de genre dans la sphère domestique comme dans la sphère professionnelle sont des déterminants majeurs de la santé mentale.

## AVANT-PROPOS

Cette synthèse a été rédigée à partir des données produites par Santé publique France et publiées sous forme d'articles ou de rapports sur la période 2010-2023. Les résultats issus du Baromètre de Santé publique France 2024 seront publiés, quant à eux, en décembre 2025.

Cette synthèse propose, d'une part, une analyse par sexe de l'état de santé de la population adulte (18 ans et +), vivant dans l'hexagone sur un sujet donné, et d'autre part, une analyse des conséquences des normes déterminées par le genre sur l'état de santé étudié. Ce travail s'inscrit dans l'enjeu transversal « Inégalités sociales de Santé/Équité en santé » de Santé publique France.

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>1</sup>, le mot « sexe » se réfère aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui

différencient les hommes des femmes, comme les organes reproductifs, les chromosomes, les hormones, etc. Le mot « genre », quant à lui, sert à évoquer les rôles qui, selon la représentation que s'en fait la société, déterminent les comportements, les activités, les attentes et les chances considérés comme adéquats pour tout un chacun dans un contexte socioculturel donné. Ce terme désigne aussi les relations entre personnes et la répartition du pouvoir dans ces relations.

Les déterminants de la santé liés au genre sont les normes, les attentes et les rôles sociaux qui, selon des critères de genre, déterminent les taux d'exposition et la vulnérabilité aux risques pour la santé, ou, à l'inverse, les facteurs de protection, et qui influent sur la propension à préserver sa santé et à se faire soigner, ainsi que sur les prestations du système de santé conditionnées par le genre. Ils figurent parmi les plus importants déterminants sociaux des inégalités en santé.

1. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gender>

L'analyse des spécificités liées au genre dans le domaine de la santé met en évidence les conséquences des normes déterminées par le genre (et des relations de pouvoir qui les renforcent) sur la santé et sur les systèmes de santé. Lorsque cette analyse intègre d'autres déterminants sociaux comme la condition socio-économique, l'âge, l'origine ou l'orientation sexuelle, on parle d'intersectionnalité.

## INTRODUCTION

La santé mentale est une composante essentielle de la santé et représente bien plus que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté »<sup>2</sup>.

La santé mentale n'est pas un état figé, elle est une recherche permanente d'un état d'équilibre psychique, propre à chaque personne, selon ses conditions de vie et les événements qu'elle vit ou qu'elle a vécus. Le bien-être ne dépend pas que de l'absence ou de la présence de troubles psychiques. Une personne peut ressentir un mal-être sans pour autant souffrir d'un trouble psychique. À l'inverse, une personne peut ressentir un état de bien-être tout en vivant avec un trouble psychique stabilisé<sup>3</sup>.

Les troubles psychiques (également appelés troubles mentaux, troubles psychiatriques, ou maladies mentales) se caractérisent par une altération de l'état cognitif, de la régulation des émotions, du comportement ou encore des relations sociales d'une personne. Ils s'accompagnent souvent d'un sentiment de détresse ou de retentissement sur le bien-être, le fonctionnement quotidien ou la qualité de vie. Ils peuvent être temporaires ou chroniques, et peuvent varier en gravité et en retentissement, notamment en termes de handicap. Parmi les troubles psychiques les plus fréquents figurent les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles du comportement alimentaire, les troubles bipolaires, les troubles de la personnalité ou encore les troubles psychotiques comme la schizophrénie. Associées à l'ensemble des « traitements chroniques par psychotropes » (dont les anxiolytiques et hypnotiques), ils représentent l'un des premiers postes de dépenses de l'Assurance maladie (avec la prise en charge des maladies cardiovasculaires et la prise en charge des cancers), soit 13,7 % des dépenses totales en 2023, soit l'équivalent de 27,8 milliards d'euros, en augmentation par rapport à 2021 (25 milliards d'euros [1]).

Cette synthèse aborde principalement **les troubles anxieux et les troubles dépressifs, ainsi que les conduites suicidaires** (pensées suicidaires et tentatives de suicide), reflétant un axe de travail privilégié à Santé publique France.

## TROUBLES ANXIEUX ET DÉPRESSION

Une personne souffre de **troubles anxieux** lorsqu'elle ressent une anxiété forte et durable sans lien avec un danger ou une menace réelle, qui perturbe son fonctionnement normal et ses activités quotidiennes [2]. C'est une maladie psychique fréquente qui s'exprime sous diverses formes dont les principales sont : trouble anxiété généralisée, phobie spécifique, trouble d'anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie [3].

Entre 2010 et 2014, 1,3 million de patients ont été hospitalisés ou pris en charge en ambulatoire pour troubles anxieux dans des établissements ayant une autorisation en psychiatrie [4]. Dans environ 9 cas sur 10, le diagnostic de troubles anxieux était noté en diagnostic principal. Les femmes représentaient chaque année 60 % de l'ensemble des patients pris en charge pour troubles anxieux. Au cours des cinq années de la période étudiée, une augmentation annuelle de 3,6 % du taux de prise en charge pour troubles anxieux a été observée chez les femmes et de 3,7 % chez les hommes. En 2014, le taux de prise en charge était de 670 pour 100 000 personnes : 780 pour les femmes et 554 pour les hommes. Un pic de prise en charge était observé chez les jeunes filles de 15-19 ans : en 2014, une jeune fille de 15-19 ans sur 100 a été prise en charge pour troubles anxieux dans un établissement psychiatrique.

L'introduction, en 2017 puis en 2021, de l'échelle « *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) » dans le Baromètre de Santé publique France a permis d'évaluer la prévalence d'un état anxieux (score sur l'échelle HAD > 10) dans la population adulte âgée de 18 à 75 ans. Estimée à 13,5 % en 2017, elle apparaît inchangée en 2021 (13,0 %) [5]. En 2017 comme en 2021, elle était environ trois fois plus élevée chez les femmes (19,0 % en 2021) que chez les hommes (6,5 % en 2021).

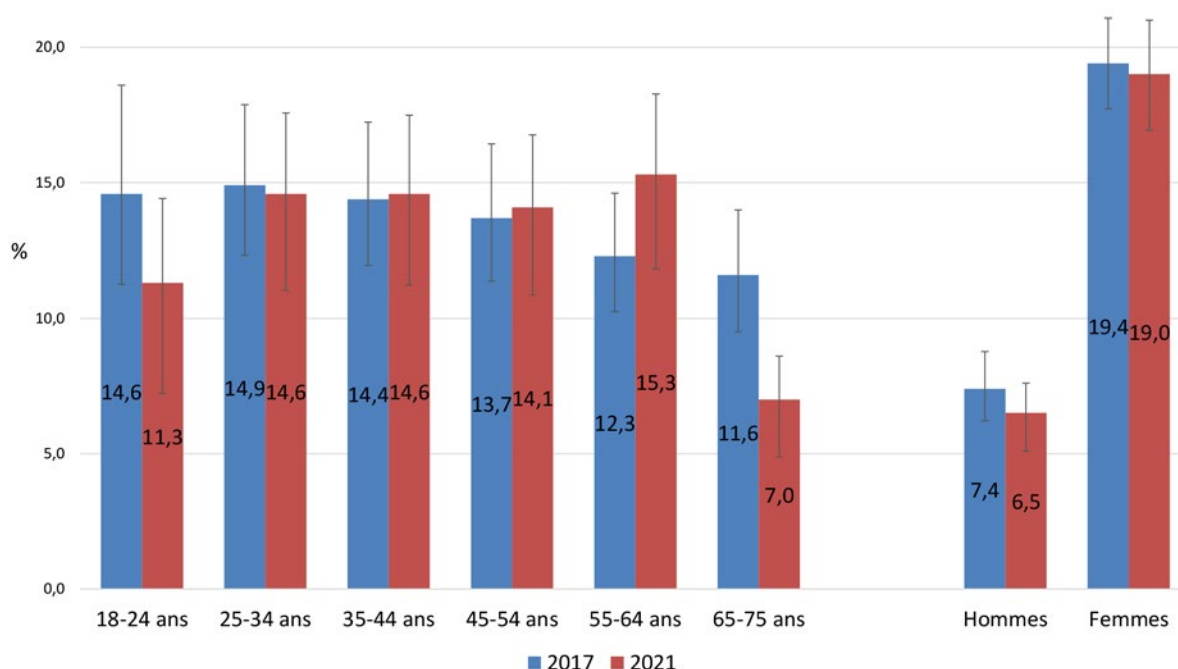
Chez les femmes, la présence d'un état anxieux était maximale entre 25 et 34 ans (23,0 % en 2021) et entre 55 et 64 ans (23,3 % en 2021) et diminuait nettement à partir de 65 ans. Chez les hommes, elle était plus élevée entre 35 et 44 ans (9,5 %). Enfin, les états anxieux concernaient 11,3 % des 18-24 ans, avec à cet âge des prévalences trois fois plus élevées chez les femmes (17,4 %) que chez les hommes (5,3 %) [Figure 1].

Dans les analyses multivariées, les facteurs associés aux états anxieux étaient les mêmes chez les femmes et chez les hommes, attestant d'un lien avec des conditions socio-économiques défavorables (situation financière « juste » ou « difficile », niveau de diplôme inférieur au baccalauréat) et la présence d'un trouble dépressif ou de pensées suicidaires au cours de l'année.

L'absence d'évolution de la prévalence des états anxieux entre 2017 et 2021 peut sembler surprenante si l'on considère qu'entre ces deux périodes est survenue l'épidémie de Covid-19 au cours de laquelle de fortes prévalences d'états anxieux ont été documentées [6]. Il semble donc que ces états aient été transitoires, comme le suggèrent les données issues du Système de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®). En 2020, les interventions de SOS Médecins pour des motifs d'anxiété ont augmenté de 26 %, atteignant un pic durant le premier confinement, avant de revenir à des niveaux comparables à ceux observés avant la pandémie.

2. [https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab_1)

3. <https://www.santementale-info-service.fr/pour-mieux-comprendre-la-sante-mentale>

**FIGURE 1 | Évolution de la prévalence des états anxieux entre 2017 et 2021, selon le sexe et la classe d'âge, en France hexagonale**

Note : Les bornes de l'intervalle de confiance (IC) à 95 % sont représentées par les barres verticales.

Source : Léon C, Gillaizeau I, du Roscoat E, Pelissolo A, Beck F. Prévalence des états anxieux chez les 18-85 ans : Résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd, 2025;(14) : 246-55.

## LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE LIÉE AU TRAVAIL

Les maladies à caractère professionnel (MCP) sont définies comme les maladies ou symptômes susceptibles d'être d'origine professionnelle et n'ayant pas fait l'objet d'une reconnaissance par les régimes de sécurité sociale. Depuis 2003, Santé publique France, en collaboration avec l'Inspection médicale du travail, de la Direction générale du travail et les observatoires régionaux de santé des régions participantes, est chargée du programme de surveillance des MCP chez les salariés français [7]. Parmi les MCP, la souffrance psychique en lien avec le travail (SPLT) comprend tous les troubles relevant de la sphère mentale causés ou aggravés par le travail et les conditions de son exécution selon l'expertise clinique du médecin du travail.

Entre 2013 et 2019, 281 379 salariés ont été vus en visite par les équipes volontaires des Services de prévention et santé au travail au cours des Quinzaines MCP, correspondant aux périodes de deux semaines consécutives au cours desquelles, deux fois par an, les données du réseau de surveillance sont recueillies. Sur la période 2013-2019, la prévalence de la SPLT était deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes (4,6 % contre 2,1 %) [8]. Les troubles anxieux et dépressifs mixtes étaient les troubles psychiques les plus fréquemment signalés par les médecins du travail pour les deux sexes (1,7 % chez les femmes, 0,7 % chez les hommes), suivis des symptômes dépressifs (1,1 % chez les femmes, 0,5 % chez les hommes).

Chez les hommes comme chez les femmes, un fort gradient social inversé était observé. Les cadres, professions intermédiaires et employés avaient plus de risque de survenue d'une SPLT que les ouvriers. Ces résultats doivent cependant être considérés avec prudence car il est possible que les troubles psychiques soient masqués par des pathologies somatiques chez les salariés exerçant des tâches physiques comme les ouvriers, impliquant une possible sous-déclaration de la SPLT chez les catégories socioprofessionnelles les moins élevées.

La prise en compte du secteur d'activité montrait que, parmi les femmes, les risques de signalement d'une SPLT étaient les plus élevés parmi celles travaillant dans les secteurs du transport et de l'entreposage, de la construction et de l'industrie comparés au secteur du commerce. Chez les hommes, les secteurs pour lesquels les risques étaient les plus importants, comparé au secteur du commerce, étaient l'agriculture, les autres activités de service (incluant les arts, spectacles et activités récréatives), ainsi que l'hébergement et la restauration.

La quasi-totalité des expositions professionnelles associées aux troubles de la SPLT appartenaient à la classe des « Facteurs organisationnels, relationnels et éthiques » [9]. Ils découlaient principalement de problématiques managériales et relationnelles, comme les « surcharges ou sous-charges de travail ressenties » et des « relations au travail et violence ». Les « qualités des relations au travail » étaient principalement représentées par les « relations délétères avec la hiérarchie » et, plus faiblement, par les « relations délétères avec le collectif de travail ou les pairs ». Les proportions entre femmes et hommes étaient relativement similaires pour tous les agents d'exposition, hors « horaires de travail », plus fréquemment associées à la souffrance psychique chez les hommes que chez les femmes. Mais la catégorie « horaires de travail » du thésaurus des expositions professionnelles regroupait des circonstances de natures différentes, tels que les grandes amplitudes horaires, le travail posté, le travail de nuit, l'imprévisibilité des horaires, ainsi que les horaires décalés qui peuvent toucher différemment les hommes et les femmes.

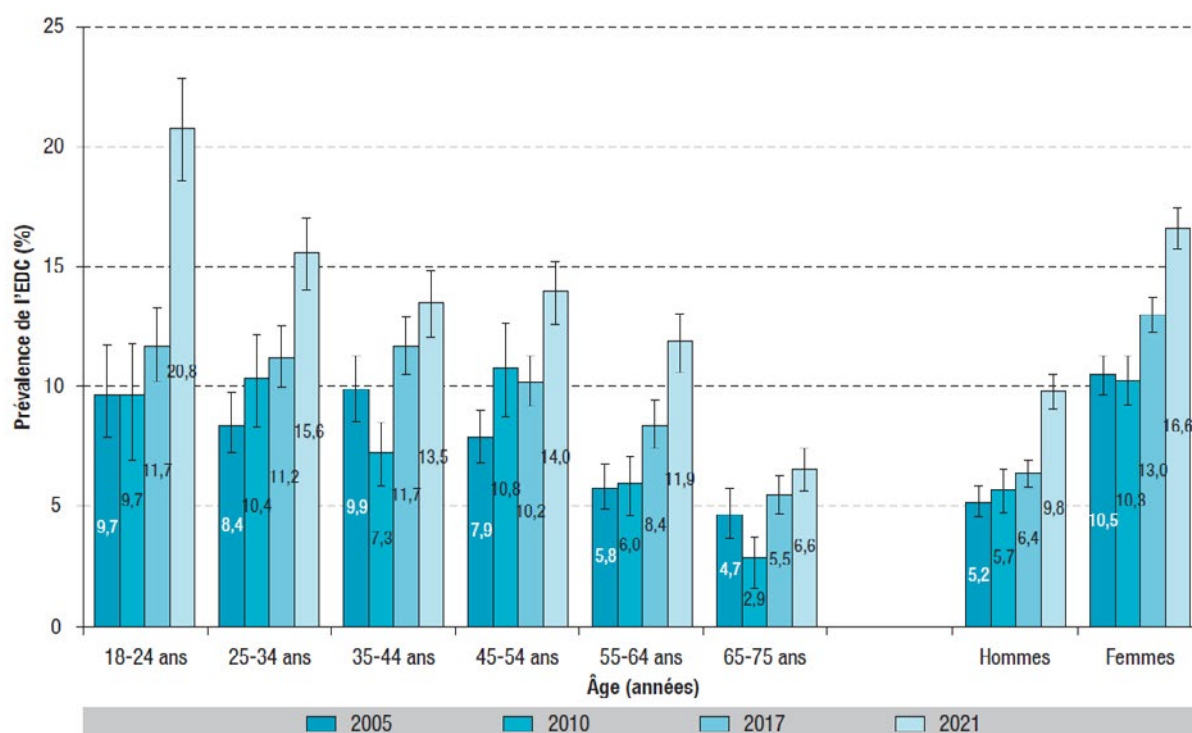
Selon l'OMS, la **dépression** est une maladie qui se caractérise par une tristesse persistante et/ou par une perte durable de la capacité à éprouver de l'intérêt ou du plaisir pour les activités qui en procuraient auparavant, ainsi que divers symptômes somatiques et cognitifs pouvant entraîner une souffrance importante et une altération du fonctionnement quotidien (manque d'énergie, perte ou gain de poids, difficultés à dormir, difficultés à se concentrer, dévalorisation ou culpabilité excessive, pensées morbides)<sup>4</sup>.

Depuis 2005, le Baromètre de Santé publique France s'appuie sur la version courte du questionnaire *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI-SF) 16 pour mesurer l'**épisode dépressif caractérisé** (EDC). L'EDC est défini par l'existence d'une période de 15 jours de tristesse ou de perte d'intérêt presque tous les jours et pratiquement toute la journée, ainsi que par la présence, sur la même période, d'au moins trois symptômes secondaires (épuisement, perte de poids, difficultés à dormir, à se concentrer, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, idée de mort) et une perturbation des activités habituelles. Les épisodes dépressifs sont caractérisés de légers, modérés ou sévères, en fonction du nombre de symptômes décrits et de leur retentissement sur les activités habituelles.

Selon les données du Baromètre de Santé publique France, la prévalence des **épisodes dépressifs caractérisés** (EDC) dans les douze derniers mois, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, a nettement augmenté entre 2017 et 2021 [10]. Chez les femmes, elle est passée de 13,0 % en 2017 à 16,6 % en 2021 (+ 3,6 points). Pour les hommes, les prévalences étaient de 6,4 % et 9,8 % respectivement (+ 3,4 points) [Figure 2]. Par ailleurs, en 2021, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à souffrir d'un EDC sévère (7,1 % des femmes de 18-85 ans vs 3,8 % des hommes).

Si tous les segments de la population ont été touchés par une augmentation de l'épisode dépressif, la hausse la plus importante a été observée parmi les 18-24 ans : en 2021, 1 jeune fille sur 4 (26,5 %) rapportait un EDC dans l'année contre 1 sur 7 (15,1 %) en 2017. C'était 1 jeune homme sur 7 en 2021 (15,2 %) contre 1 sur 12 en 2017 (8,3 %). Les jeunes de 18-24ans, dans leur ensemble, étaient en proportion plus nombreux que les personnes des autres tranches d'âge à avoir souffert d'un EDC au cours des 12 derniers mois. Dans 8,7 % des cas, il s'agissait d'un EDC sévère et dans 11,0 % des cas d'un EDC modéré.

**FIGURE 2 | Évolution de la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé déclaré au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et la classe d'âge, chez les 18-75 ans, entre 2005 et 2021, en France hexagonale**



Note : Les bornes de l'intervalle de confiance (IC) à 95 % sont représentées par les barres verticales.

Source : Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(2):28-40.

L'analyse des facteurs associés indiquait que les femmes et les hommes en situation de précarité (chômage, difficultés financières) restaient, en 2021, les plus à risque. Ces associations étaient déjà observées dans les précédentes enquêtes réalisées par Santé publique France avec le même outil psychométrique. En ligne avec la littérature scientifique, les associations avec la structure familiale étaient également retrouvées : les personnes vivant seules, ainsi que les familles monoparentales, étaient plus à risque d'avoir vécu un épisode dépressif dans l'année que celles vivant en couple (avec ou sans enfant). Enfin, le fait d'avoir eu des symptômes de la Covid-19 augmentait le risque de survenue d'un épisode dépressif dans l'année chez les femmes comme chez les hommes, confirmant l'impact de l'épidémie sur la santé mentale des Français.

### LES ÉPISODES DÉPRESSIFS CARACTÉRISÉS DANS LA POPULATION ACTIVE OCCUPÉE EN FRANCE

En 2017, selon les données du Baromètre de Santé publique France, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des 12 derniers mois était de 8,2 % parmi la population active occupée [11]. Les femmes avaient une prévalence d'EDC deux fois plus élevée que les hommes : 11,4 % vs 5,3 %.

Les résultats suggéraient l'existence de différences selon la catégorie socioprofessionnelle bien qu'elles ne soient pas statistiquement significatives. Les professions intermédiaires et les employés étaient les catégories les plus touchées, chez les hommes comme chez les femmes, avec des prévalences deux fois plus élevées chez ces dernières (12 % vs 6 %).

La prise en compte du secteur d'activité laissait apparaître le fait que les hommes et les femmes travaillant dans les secteurs des arts et spectacles et de l'hébergement et la restauration présentaient plus souvent un EDC dans les 12 mois précédant l'enquête. C'était également le cas des femmes travaillant dans le secteur de la construction et des hommes travaillant dans le secteur des activités financières et d'assurance.

Le risque de déclarer un EDC au cours des 12 derniers mois était associé, chez les hommes comme chez les femmes, au fait d'avoir eu peur de perdre son emploi, d'avoir été victime de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidation, d'avoir été frappé ou blessé physiquement. Il était également plus élevé parmi les femmes et les hommes ayant été licenciés au cours des 12 mois précédant l'enquête ou ayant connu une période de chômage de plus de six mois.

## LES CONDUITES SUICIDAIRES

Les conduites suicidaires se définissent comme l'ensemble des actes réalisés par une personne contre elle-même avec une intention de mourir. On parle de tentative de suicide lorsque l'acte n'a pas conduit au décès. De plus, il est habituel d'inclure les idées suicidaires dans les études sur les conduites suicidaires, dans la mesure où un acte suicidaire est, la plupart du temps, précédé de pensées suicidaires.

En 2021, selon les données du Baromètre santé de Santé publique France, parmi les personnes de 18-85 ans, la prévalence **des pensées suicidaires dans l'année** était estimée à 4,2 % [12]. Elle

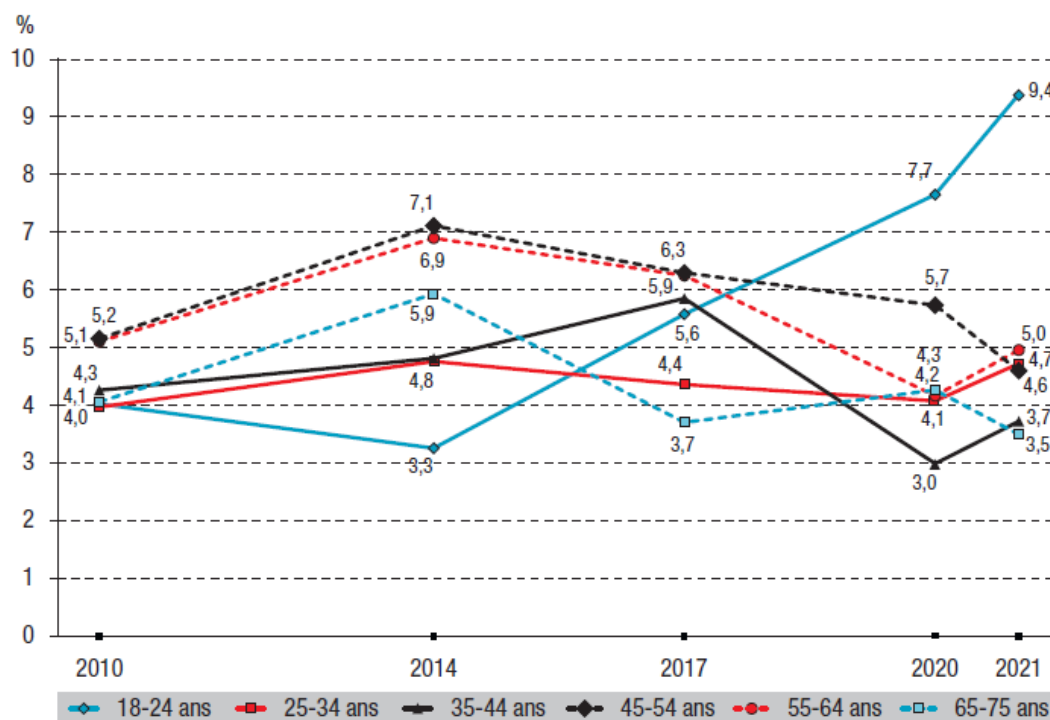
apparaissait plus élevée chez les femmes (4,8 %) que chez les hommes (3,5 %), cette différence étant principalement portée par les jeunes adultes (7,2 % chez les 18-24 ans) qui étaient les plus concernés, avec une différence marquée entre les femmes et les hommes (9,4 % vs 5,0 %).

Sur la période 2010-2021, la prévalence des pensées suicidaires avait évolué de manière identique pour les femmes et pour les hommes de 18-75 ans : une augmentation entre 2010 et 2014, une diminution entre 2014 et 2020, une stabilisation en 2021. Des évolutions différentes étaient cependant observées chez les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans. Chez ces derniers, la prévalence des pensées suicidaires dans l'année était apparue stable entre 2010 et 2014 puis avait connu une augmentation de près de 4 points entre 2014 et 2021 (passant de 3,3 % à 7,2 %), avec une accélération entre 2017 et 2020 (passant de 4,6 % à 7,4 %). La prévalence des pensées suicidaires survenues dans l'année a ainsi été multipliée par 3 chez les jeunes femmes de 18-24 ans entre 2014 et 2021 (passant de 3,3 % à 9,4 %). Chez les jeunes hommes, elle a doublé entre 2017 et 2020 (passant de 3,6 % à 7,1 %). La baisse observée entre 2020 et 2021 (5,0 %) n'est pas statistiquement significative [Figures 3 et 4].

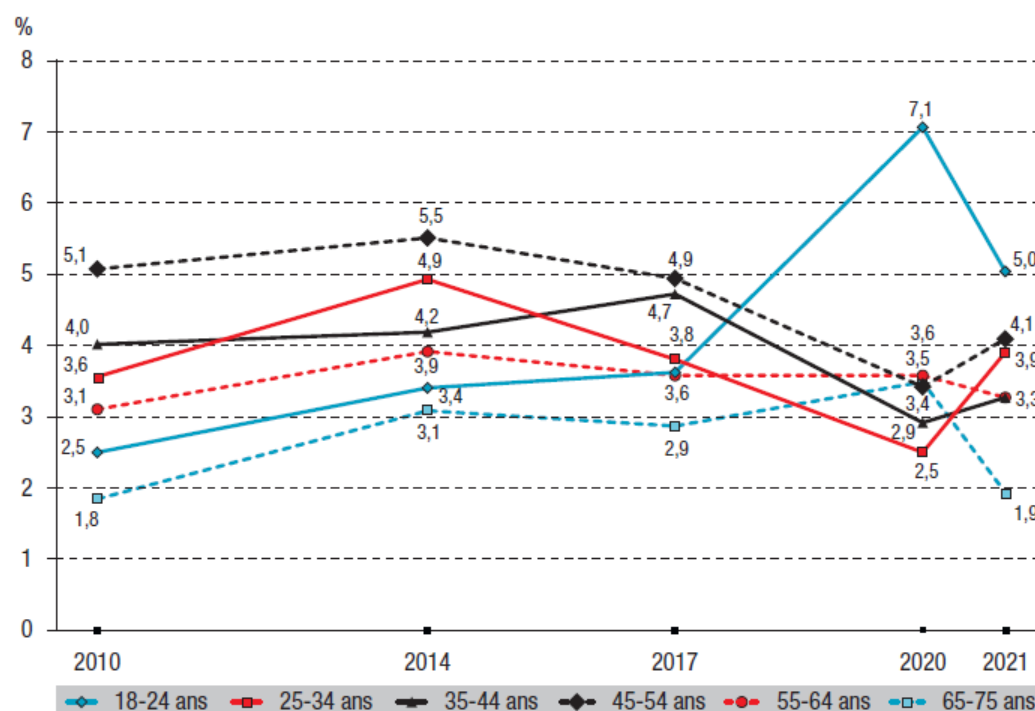
Les données les plus récentes indiquent que ce mal-être semble s'être maintenu au-delà des phases les plus aiguës de la crise sanitaire, en particulier chez les jeunes femmes. C'est ce que montrent les résultats de l'enquête EpiCov qui a interrogé une cohorte de 64 000 personnes au mois de mai 2020, puis à l'automne 2020, à l'été 2021 et durant l'automne 2022<sup>5</sup> [13]. Parmi la population adulte, la part des personnes déclarant avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, est passée de 2,8 % en 2020 à 3,4 % en 2022. Si les prévalences mesurées dans l'enquête EpiCov sont inférieures à celles retrouvées le Baromètre de Santé publique France (en raison probablement de différences méthodologiques dans le recueil des données), les tendances sont claires et confirment une progression marquée des pensées suicidaires chez les adultes de moins de 25 ans, notamment chez les jeunes femmes (+ 2,4 points à l'automne 2020 contre + 1,3 points pour les hommes).

En 2021, plus de 70 % des femmes ayant déclaré des pensées suicidaires dans l'année ont déclaré en avoir parlé à quelqu'un contre seulement 55 % des hommes [12]. Dans la majorité des cas, il s'agissait d'un professionnel de santé (69 %) ou d'un membre de sa famille (52 %). Venaient ensuite un ami (45 %), puis dans une proportion nettement moindre un collègue (9 %). Les femmes étaient en proportion plus nombreuses à déclarer avoir parlé à un professionnel de santé que les hommes (72 % vs 63 %), ces derniers se tournant plus souvent vers un collègue (13 % vs 7 %). Le pourcentage de personnes déclarant avoir parlé de leurs pensées suicidaires a nettement augmenté entre 2017 et 2021 chez les 18-75 ans, passant de 47 % à 65 %. Cette augmentation était observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes ; elle concernait principalement le fait d'en avoir parlé à un professionnel de santé (54 % en 2017 vs 70 % en 2021).

5. L'enquête EpiCov (Épidémiologie et Conditions de vie) a été élaborée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en collaboration avec Santé publique France et l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) dans le contexte de la pandémie de Covid-19.

**FIGURE 3 | Évolutions de la prévalence des pensées suicidaires chez les femmes de 18-75 ans, selon l'âge, entre 2010 et 2021, en France hexagonale**

Source : Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(3):42-56.

**FIGURE 4 | Évolutions de la prévalence des pensées suicidaires chez les hommes de 18-75 ans, selon l'âge, entre 2010 et 2021, en France hexagonale**

Source : Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(3):42-56.



## LA PRÉVENTION ET D'AIDE À DISTANCE EN SANTÉ

À partir de 2003, la Direction générale de la santé a confié à l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (aujourd'hui Santé publique France) le subventionnement et le suivi de trois dispositifs d'aide à distance en santé (PADS) intervenant, en population générale, dans le domaine de la prévention du mal-être et du suicide : SOS Amitié, SOS Suicide Phénix et Suicide Écoute.

Ces associations proposent aux personnes en détresse psychologique une écoute bienveillante, empathique et sans jugement. Le nombre d'écouterants et de postes d'écoute de ces associations de PADS, ainsi que la capacité de prise en charge des appels, sont très variables mais elles partagent l'objectif commun de créer une interaction directe et personnalisée pour aider la personne à surmonter un moment difficile et éviter un passage à l'acte suicidaire.

SOS Amitié, la plus importante de ces trois associations, existe depuis le début des années 1960 et regroupe aujourd'hui 44 associations locales pour 67 postes d'écoute, répartis sur tout le territoire. Plus de 2000 écouterants bénévoles, formés à l'écoute à distance, assurent la prise en charge des appels. Depuis 2014, l'association est labellisée « Aide en Santé » par Santé publique France.

En 2023, plus de 3,5 millions d'appels ont été reçus par SOS Amitié. Ce volume de sollicitations est en augmentation par rapport aux années précédentes (3,3 millions en 2022, 3 millions en 2021). Plus de 560 000 appels ont été pris en charge par les écouterants en 2023.

Si les appels liés à la solitude ont longtemps été les plus nombreux, depuis les années Covid, le sujet le plus abordé (un appel sur deux) est celui de la souffrance psychique, avec ou sans pathologie déclarée.

Les femmes représentent, chaque année, environ 60 % des appels traités. Sans surprise, les femmes et les hommes abordent des sujets différents. Les femmes expriment plus souvent des problèmes relationnels liés à la famille, aux enfants et aux situations de violence. Les hommes expriment davantage des difficultés liées au travail, mais aussi aux addictions et à la sexualité en général.

*Pour en savoir plus : Observatoire des souffrances psychiques S.O.S Amitié (<https://www.sosamitieidf.asso.fr/association/observatoire-des-souffrances-psychiques-sos-amitie/>).*

## LES PENSÉES SUICIDAIRES CHEZ LES PERSONNES EN ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

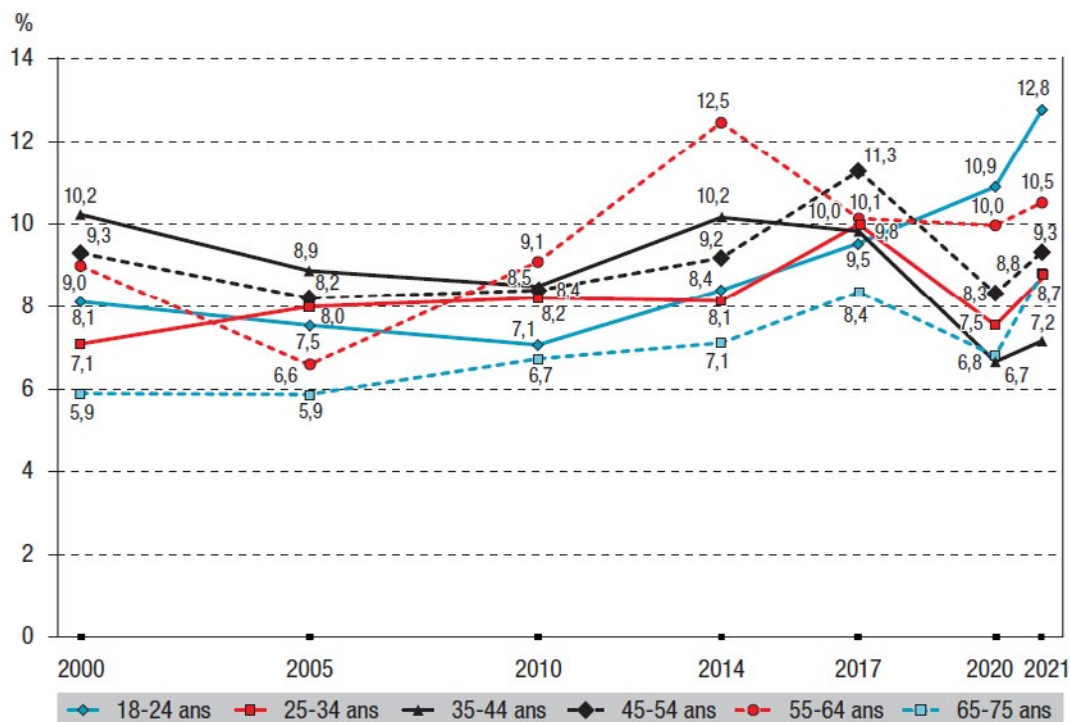
Selon les données du Baromètre de Santé publique France, entre 2010 et 2021, la prévalence des pensées suicidaires chez les personnes actives occupées a varié entre 3,2 % et 4,0 % selon les années [14]. Quelle que soit l'année étudiée, elle était plus élevée chez les femmes que chez les hommes, sans que la différence soit toujours significative. Chez les hommes, la prévalence a légèrement diminué de façon régulière au cours de ces années. Chez les femmes, elle a davantage fluctué, avec une augmentation significative entre 2010 et 2014, suivie d'une diminution entre 2017 et 2020.

Chez les hommes, les raisons professionnelles étaient les plus fréquemment citées pour expliquer leurs pensées suicidaires (entre 41 et 46 % selon les années) tandis que chez les femmes, les raisons familiales venaient en tête (42-43 % des cas), suivies des raisons professionnelles (environ un tiers d'entre elles). Les raisons citées étaient souvent multiples, mais exclusivement d'ordre professionnel pour 15 % des actifs occupés en 2017 (19 % chez les hommes et 13 % chez les femmes), 16 % en 2020 et 10 % en 2021, tant chez les hommes que chez les femmes. En 2017, les prévalences des pensées suicidaires variaient de façon significative selon le secteur d'activité [15]. Les hommes travaillant dans les secteurs de l'hébergement et de la restauration, des arts et spectacles, de l'enseignement et de la santé humaine/action sociale présentaient les prévalences les plus élevées. Chez les femmes, les pensées suicidaires au cours de l'année étaient plus importantes parmi celles qui travaillaient dans les secteurs des arts et spectacles, de l'enseignement, de l'information communication et de l'hébergement restauration. Pour les autres années, les prévalences selon le secteur d'activité ne différaient pas significativement chez les hommes comme chez les femmes, probablement par manque de puissance statistique. Enfin, les prévalences différaient peu selon la catégorie socioprofessionnelle : les seules différences significatives étaient observées chez les hommes avec des prévalences plus élevées chez les employés en 2020 et 2021 (autour de 5 %).

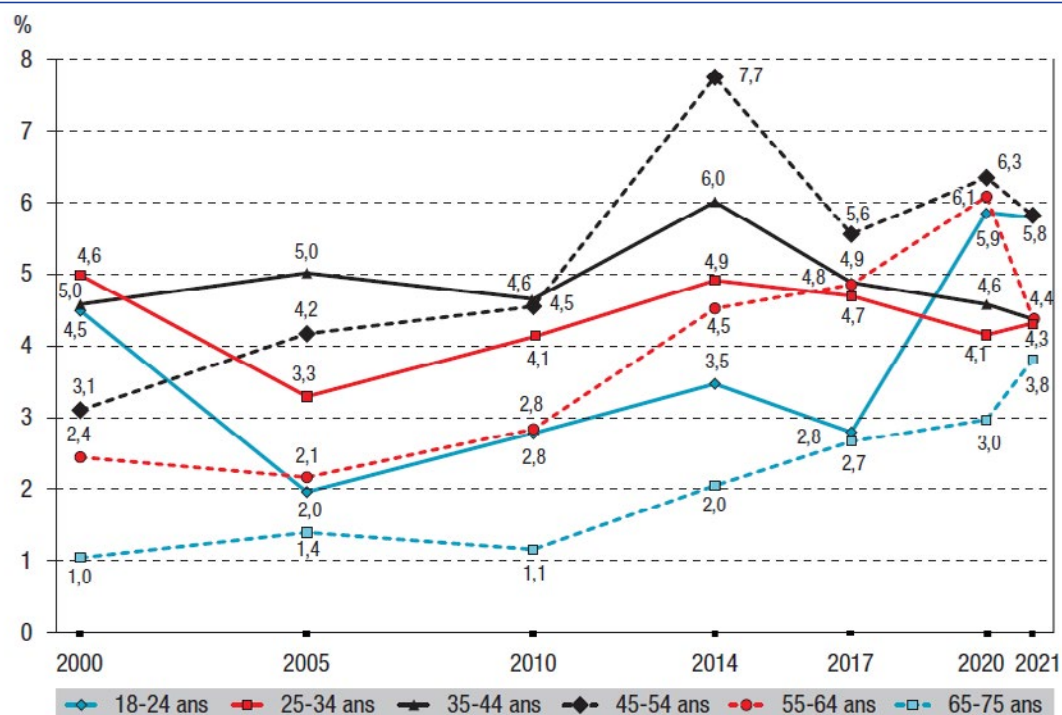
En 2021, toujours selon les données du Baromètre santé de Santé publique France, 6,8 % des adultes de 18-85 ans déclaraient **avoir tenté de se suicider** au cours de leur vie, deux fois plus souvent les femmes (8,9 %) que les hommes (4,5 %) [12]. Quelle que soit la tranche d'âge, les femmes étaient davantage concernées par les tentatives de suicide au cours de la vie que les hommes. Concernant les tentatives au cours de l'année, la prévalence était de 0,5 %, sans différence significative entre les femmes et les hommes. En miroir des résultats sur les pensées suicidaires, c'est parmi les 18-24 ans que les prévalences étaient les plus importantes : 9,2 % déclaraient des tentatives de suicide au cours de la vie et 1,1 % au cours de l'année, avec des proportions plus élevées chez les jeunes femmes (respectivement 12,8 % et 2,0 %)

que chez les jeunes hommes (respectivement 5,8 % et 0,3 %). Chez les jeunes adultes, les tentatives de suicide ont augmenté de près de 6 points entre 2010 et 2021 chez les femmes (passant de 7,1 % à 12,8 %) et de 3 points chez les jeunes hommes (passant de 2,8 % à 5,8 %) [Figures 5 et 6].

Les évolutions constatées dans l'enquête EpiCov montraient, de façon cohérente, une stabilité entre 2020 et 2021, suivie d'une augmentation entre 2021 et 2022, particulièrement marquée chez les 18-24 ans, la prévalence de tentative de suicide déclarée passant de 0,3 % à 1,1 % des jeunes hommes et de 0,6 % à 1,3 % des jeunes femmes entre 2020 et 2022 [13].

**FIGURE 5 | Évolutions des tentatives de suicide au cours de la vie chez les femmes de 18-75 ans, selon l'âge, entre 2000 et 2021, France hexagonale**

Source : Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(3):42-56.

**FIGURE 6 | Évolutions des tentatives de suicide au cours de la vie chez les hommes de 18-75 ans, selon l'âge, entre 2000 et 2021, France hexagonale**

Source : Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2024;(3):42-56.



## SUICIDES EN LIEN POTENTIEL AVEC LE TRAVAIL

Si le fait d'avoir un emploi est reconnu comme protecteur vis-à-vis du suicide, l'exposition à certaines situations professionnelles délétères (harcèlement, faible latitude décisionnelle, absence de soutien des collègues et supérieurs, etc.) constitue un facteur de risque important pour la survenue de conduites suicidaires.

Dans un travail original, Santé publique France a estimé la part des suicides en lien avec le travail parmi l'ensemble des suicides examinés par huit instituts de médecine légale entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2018 [21]. Dans cette étude, était considéré comme un suicide en lien potentiel avec le travail, tout suicide pour lequel au moins une des situations suivantes était présente : 1) la survenue du décès sur le lieu du travail ; 2) une lettre laissée par la victime mettant en cause ses conditions de travail ; 3) le décès en tenue de travail alors que la victime ne travaillait pas ; 4) le témoignage de proches mettant en cause les conditions de travail de la victime ; 5) des difficultés connues liées au travail recueillies auprès des proches ou auprès des enquêteurs.

Au cours de la période étudiée, 1 135 suicides ont été enregistrés. Pour 110 d'entre eux (9,7 %) il a été possible d'établir un lien potentiel avec le travail. Les hommes représentaient 75 % des suicides en lien potentiel avec le travail (n = 83) et la tranche d'âge la plus concernée était celle des 45-54 ans. Les trois quarts des personnes concernées étaient en emploi au moment du décès. Les employés étaient la catégorie sociale la plus touchée et les secteurs d'activité les plus fréquents étaient l'administration publique, le commerce et réparation d'automobiles et motos, la santé humaine et l'action sociale, et le secteur des arts et spectacles. Ces résultats sont cohérents avec ceux observés dans les Baromètres de Santé publique France : entre 2010 et 2021, parmi les personnes actives occupées, les raisons professionnelles étaient à l'origine des tentatives de suicide dans 9 % à 14 % des cas [14].

D'autres indicateurs, en lien avec les hospitalisations, permettent d'éclairer ces dynamiques. Dans un premier travail, Santé publique France a comparé les hospitalisations pour tentative de suicide (HTS) en 2020 et durant la première partie de l'année 2021 par rapport aux années précédentes. Ces analyses ont permis de mettre à jour que, si lors du premier confinement, les taux d'HTS étaient inférieurs à ceux observés en moyenne entre 2017 et 2019 quel que soit le sexe (à l'exception des hommes de 75 ans et plus), les taux ont progressivement augmenté chez les jeunes adultes jusqu'à devenir significativement supérieur à la moyenne de 2017-2019 après le deuxième confinement [16]. Un second travail portant, quant à lui, sur les taux hospitalisations pour geste auto-infligé (HGA), estimés à partir des données du Système national des données de santé (SNDS), comprenant les tentatives de suicide et les automutilations, a montré que ces derniers avaient augmenté en 2022 et 2023 [17]. Comparé au niveau pré-pandémique de 2019, le taux standardisé d'hospitalisation chez les femmes était en nette hausse, passant de 153 à 168 hospitalisations pour 100 000 femmes (soit + 10,0 %), alors qu'il était en diminution pour les hommes (de 105 à 97 hospitalisations pour 100 000 hommes, soit - 8,0 %). Près de 65 % des HGA, soit 2 HGA sur 3, concernaient des femmes et ce, dans toutes les régions. Chez les femmes adultes, les taux les plus élevés étaient observés parmi les 18 à 24 ans (401,2 pour

100 000), largement supérieurs aux autres classes d'âge. Chez les hommes, les 18-24 ans et les 25-44 ans présentaient les taux d'hospitalisation les plus élevés (respectivement 149,5 et 147,3 hospitalisations pour 100 000 hommes) mais, contrairement aux femmes, aucune hausse notable des taux d'hospitalisation n'était constatée depuis 2019.

La recherche des facteurs de risque associés à une tentative de suicide dans la vie, d'une part, et aux pensées suicidaires dans les 12 derniers mois, d'autre part, parmi les 18-25 ans a été réalisée à partir des données des six éditions du Baromètre de Santé publique France couvrant la période 2000-2021 [18]. Les résultats confirment « l'effet période », l'année 2021 étant celle qui a enregistré les niveaux de tentatives de suicide les plus élevés chez les femmes comme chez les hommes. Ils mettent également en exergue un risque accru chez les plus jeunes filles (les 18-19 ans par rapport aux 24-25 ans), l'impact de l'activité professionnelle (avec un risque accru pour celles n'étant ni en études, ni en emploi, ni en formation, appelés NEET pour « *neither in employment nor in education or training* »), de la précarité économique (avoir un revenu appartenant au 1<sup>er</sup> tercile) et de l'isolement social mesuré à travers le fait de vivre seul(e). Chez les jeunes hommes, c'est essentiellement le fait d'être NEET qui accroît le risque de tentatives de suicide. L'analyse des facteurs associés aux pensées suicidaires dans les 12 derniers mois ne montrait pas des résultats très différents mais confirmait le poids des facteurs sociaux et en particulier le fait de vivre seul(e) qui était, indépendamment des autres facteurs, fortement associé aux pensées suicidaires chez les jeunes femmes comme chez les jeunes hommes.

Selon les données du Baromètre de Santé publique France, en 2021 [12], plus de la moitié des 18-85 ans ayant fait une tentative de suicide (58 %) ont déclaré s'être rendus à l'hôpital, plus souvent les femmes que les hommes (60 % vs 53 %), moins souvent les 18-24 ans (33 %). Près de 90 % d'entre eux ont déclaré avoir été hospitalisés au moins une nuit et 57 % avoir bénéficié d'un suivi après leur sortie de l'hôpital par un psychiatre (70 %), un psychologue (41 %), un médecin traitant (32 %) ou encore un infirmier (14 %), sans différence entre les femmes et les hommes. Parmi les personnes qui ne s'étaient pas rendues à l'hôpital, 45 % ont déclaré avoir été suivies par un médecin ou un « psy », sans différence selon le sexe. Au global, seules six personnes sur dix (57 %) ont estimé avoir reçu le soutien dont elles avaient besoin, plus souvent les hommes (63 %) que les femmes (55 %).

En 2021, 8 951 décès par suicide ont été enregistrés, soit un taux de mortalité de 13,9 personnes pour 100 000 habitants [19]. Après une légère augmentation en 2022, la mortalité par suicide a baissé en 2023 avec un taux 13,6 personnes pour 100 000 habitants (soit 8 868 décès). Les trois quarts des décès par suicide concernaient les hommes et les deux tiers, des personnes âgées de moins de 65 ans. Ainsi les hommes meurent plus souvent par suicide que les femmes, alors que ces dernières font plus de tentatives de suicide. Cet « apparent paradoxe » a fait l'objet de nombreux travaux dont ceux de la psychologue Silvia Sara Canetto qui a étudié la relation suicide et genre. Selon cette dernière, le genre « prescrit », pour ainsi dire, le scénario du suicide, de la manière d'y penser aux

facteurs qui y conduisent en passant par les moyens mis en œuvre dans le passage à l'acte [20]. Ainsi, lorsqu'une femme tente de se suicider et échoue, elle se conformerait au scénario propre à son genre : faire une tentative de suicide - l'essai et l'échec étant typiquement féminins - tandis qu'un homme obéirait à un scénario différent : il ne peut pas échouer s'il est un « vrai » homme, conformément à ce qui est attendu de lui dans la culture du genre masculin.

## DISCUSSION

Les travaux de Santé publique France sur les troubles anxio-dépressifs et les conduites suicidaires (pensées suicidaires et tentatives de suicide) s'accordent sur le fait que la situation des femmes est moins favorable que celle des hommes. Ils rejoignent les résultats des principales études épidémiologiques internationales relayés par l'Organisation mondiale de la santé [22]. À l'échelle européenne, une large étude menée dans dix pays a confirmé que les femmes étaient plus concernées par les troubles anxieux et dépressifs que les hommes et que la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide était également plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans presque tous les pays européens considérés dans l'étude [23].

## DES INÉGALITÉS BIOLOGIQUES AUX DÉTERMINANTS SOCIAUX

Pendant longtemps, ces différences de prévalence ont été attribuées principalement à la constitution biologique des femmes et en particulier aux facteurs hormonaux considérés comme déterminants pour expliquer le déséquilibre émotionnel des femmes lors de certaines périodes de leur vie (puberté, grossesse, périodes menstruelles, ménopause) et leur vulnérabilité psychique [24]. Selon cette conception historique de la « fragilité » et de la « sensibilité » féminine, les femmes étaient « naturellement » prédisposées aux troubles anxieux et dépressifs du fait de cette instabilité psychologique [25]. S'il existe indéniablement des corrélations entre certains troubles dépressifs et des fluctuations hormonales liées à la puberté, la grossesse, les suites de l'accouchement ou la ménopause, ces événements ne peuvent toutefois pas expliquer, à eux seuls, l'écart de prévalences de ces troubles entre les femmes et les hommes. Depuis quelques décennies, ce rôle des facteurs biologiques a été revu et nuancé par l'intégration dans les études scientifiques des facteurs sociaux et environnementaux [26].

## LA REPRÉSENTATION GENRÉE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Cet axe d'analyse tend à privilégier les codes sociaux de genre qui influencent l'expression de la symptomatologie, le rapport au corps en général et le recours aux services de santé. En termes de santé mentale, il est établi que les symptômes de la dépression en particulier s'expriment de manière différente chez les hommes et chez les femmes [27]. Chez les hommes, ces symptômes

sont dits « externalisés », ils s'expriment plus souvent sous des formes qui satisfont aux critères de la virilité : agressivité, consommation d'alcool et de drogues illicites, comportements à risque. L'expression de symptômes dépressifs externalisés serait donc le résultat de processus de socialisation et de la conformité associée aux normes masculines soulignant l'autonomie et la maîtrise de soi où la colère est la seule émotion négative que les hommes sont socialement autorisés à manifester [28]. Dans cette optique, les symptômes d'externalisation apparaissent chez les hommes qui ne peuvent pas et/ou ne veulent pas révéler ou montrer les symptômes typiques de la dépression par crainte d'être considérés comme faibles, inférieurs ou vulnérables.

Du côté des professionnels de santé, les représentations sociales des maladies dites « féminines » ou « masculines » influencent l'interprétation des signes cliniques et la prise en charge médicale. Les cliniciens sont souvent moins enclins à diagnostiquer une dépression chez les hommes, surtout si les symptômes ne correspondent pas aux critères « classiques » du « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* » [DMS] [29].

Face à ces constats, de nombreux travaux ont été menés pour mieux intégrer les symptômes exprimés par les hommes dans les échelles d'évaluation de la dépression et développer des échelles spécifiques aux hommes comme la « *Male Depression Risk Scale* » [30]. Cependant, ce biais dans le dépistage ne doit pas être surévalué, une majorité d'études cliniques et épidémiologiques s'accordant sur le fait que les symptômes principaux de la dépression sont présents dans les deux sexes, certains à des degrés divers, sans que cela ne constitue un tableau de différences qui seraient spécifiques des femmes ou des hommes [26 ; 31-32].

## CONDITIONS DE VIE, CHARGE DOMESTIQUE ET PARENTALITÉ

Parmi les facteurs couramment associés à l'apparition des troubles psychiques, les résultats de nombreux travaux scientifiques en France, dont ceux de Santé publique France présentés ci-dessus, rappellent la place centrale occupée par les déterminants socio-économiques que sont le statut d'emploi, le revenu ou encore le niveau d'éducation. Ces résultats rejoignent ceux observés dans la littérature internationale. À titre d'exemple, l'enquête européenne de santé (« *European Health Interview Survey-EHIS* ») réalisée en 2019 dans 27 pays européens a montré une réponse « dose-effet » entre le niveau socio-économique (au sens de la nomenclature ESeG<sup>6</sup>) et la fréquence des troubles dépressifs : plus le niveau socio-économique est élevé, plus la fréquence des troubles dépressifs diminue [33]. Une autre étude, menée en 2016 par l'Université de Columbia établissait un lien étroit entre l'écart de rémunération entre hommes et femmes et la survenue de symptômes dépressifs et d'anxiété : les femmes qui

6. La nomenclature socio-économique européenne ESeG (European Socio economic Groups) permet de répartir les actifs en sept catégories à partir des caractéristiques de l'emploi exercé, du statut dans l'emploi et de leur niveau d'éducation : salariés peu qualifiés, ouvriers qualifiés, employés qualifiés, petits entrepreneurs, salariés exerçant une profession intermédiaire, cadres dirigeants et personnes exerçant une profession intellectuelle et scientifique.

gagnaient moins que les hommes - à âge, expérience, niveau d'éducation équivalent - avaient quatre fois plus de risque de développer des troubles anxieux alors qu'inversement, à salaire égal, femmes et hommes avaient la même prévalence d'anxiété [34]. La fréquence des problèmes psychiques varie également avec le niveau d'éducation : un faible niveau d'éducation est connu comme un facteur de risque pour la santé mentale, notamment pour la dépression et les troubles anxieux, comme l'a montré une étude reposant sur neuf enquêtes européennes [35]. Pour ces déterminants socio-économiques, les niveaux de preuve sont élevés et concordants comme le rappelait l'OMS déjà en 2010 [36].

En France, les femmes sont plus diplômées que les hommes : en 2023, 64,5 % des femmes âgées de 25 à 64 ans ont au moins le baccalauréat, contre 57,6 % des hommes et 29,9 % d'entre elles sont titulaires d'un diplôme de niveau Bac + 3 ou supérieur, contre 26,2 % des hommes. Bien que plus diplômées, leur salaire moyen dans le secteur privé est 22,2 % inférieur à celui des hommes (21 340 € nets par an contre 27 430 €) [37]. Cet écart ne s'explique que partiellement par un volume de travail annuel inférieur de 9,3 % à celui des hommes, car, à temps de travail identique, le salaire moyen des femmes reste tout de même inférieur à celui des hommes de 14,2 %.

Les écarts de revenu salarial entre femmes et hommes sont encore plus marqués pour les parents, avec des écarts qui s'accroissent avec le nombre d'enfants (passant de 22,5 % en présence d'un enfant à 40,9 % en présence de trois enfants ou plus). Au-delà de ces iniquités de revenu entre femmes et hommes, l'enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants [38] menée à intervalles réguliers par la Drees montre l'asymétrie des ajustements professionnels des pères et des mères de jeunes enfants, comme de leur implication domestique au sein du couple. Au moment de l'enquête, en 2021, 31 % des mères n'occupaient pas un emploi à temps complet pour des raisons liées aux enfants contre 5 % des pères. Cet éloignement de l'emploi était plus marqué parmi les mères employées et ouvrières que parmi les mères cadres, en raison non seulement de plus faibles rémunérations chez les mères employées et ouvrières, mais aussi de conditions d'emploi plus contraignantes, qui compliquent l'articulation entre la vie professionnelle et la vie familiale. Lorsque, par ailleurs, les parents n'avaient pas trouvé de solution d'accueil pour l'enfant, c'étaient majoritairement les mères qui assumaient la garde parentale non choisie. Elles passent alors, en moyenne, 22 heures seules avec leur enfant de 8 heures à 19 heures du lundi au vendredi, contre moins de 5 heures pour les pères.

Au-delà de la garde des enfants, les femmes continuent d'assurer la majorité du travail domestique, y compris quand elles travaillent. Au cours du temps, les hommes se sont davantage impliqués dans l'éducation des enfants, les pères peu ou non participants sont devenus plus rares. Toutefois, la contribution des hommes aux autres tâches domestiques est demeurée stable comme le montre l'analyse sur 25 ans des données des enquêtes *Emploi du temps* de l'Insee [39].

Cette inéquitable répartition des fonctions domestiques et parentales peut avoir des conséquences particulièrement délétères pour les femmes en cas de séparation. En effet, si les hommes et les femmes perdent financièrement à se séparer, la perte est plus importante pour ces dernières. Selon l'Insee, la perte de niveau de vie directement imputable à une rupture est de l'ordre de 20 % pour les femmes et de 3 % pour les hommes [40]. Ces variations sont particulièrement sensibles à la part qu'apportait chaque conjoint dans les revenus du couple, ce qui signifie que les femmes qui apportaient peu ou pas (moins de 40 %) de ressources au ménage perdent le plus (26,5 % en moyenne). Cette perte de revenu expliquerait, selon une étude française, près de 20 % de l'association observée entre « séparation et symptômes dépressifs » chez des femmes nouvellement séparées [41].

La vulnérabilité des familles monoparentales dont 82 % ont à leur tête des femmes et dont la fréquence est plus élevée parmi la population immigrée est bien documentée [42]. La monoparentalité, qui concerne une famille sur quatre en 2020, a un impact sur l'insertion sur le marché du travail : 17 % des mères isolées<sup>7</sup> sont au chômage (deux fois plus que les mères en couple) et 28,7 % travaillent à temps partiel (subi pour 40 % d'entre elles). Au-delà de l'accès à l'emploi, c'est le contenu des emplois occupés qui est à interroger. La moitié des mères seules est concentrée dans dix groupes professionnels dont la majorité appartient au segment précaire du marché du travail : secteurs du nettoyage, du secrétariat, du soin et du lien, de l'hôtellerie-restauration ou encore de la grande distribution. Les salaires horaires bas voire très bas de ces secteurs associés à du temps partiel font que le niveau de vie annuel d'une famille monoparentale est 29 % plus faible que la moyenne, en dépit des prestations familiales spécifiques qui leur sont attribuées. Une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de pauvreté et les mères inactives sont encore plus souvent concernées. Ces familles vivent plus fréquemment dans un logement surpeuplé (cette situation concerne 24 % des enfants des familles monoparentales) et dans des centres urbains ou leur périphérie qui disposent de logements sociaux. Outre les conséquences en termes de santé mentale, leurs conditions de vie ont un impact négatif sur leur état de santé physique [43].

La situation sociale est également un élément déterminant de la santé mentale des jeunes. Les jeunes ni en études, ni en emploi, ni en formation (NEET) sont particulièrement touchés par les troubles dépressifs et les pensées suicidaires comme le montrent les analyses du Baromètre de Santé publique France sur la période 2005-2021 [18]. En 2019, en France (hors Mayotte), 1,5 million de jeunes de 15 à 29 ans étaient NEET, soit 12,9 % des personnes de cette classe d'âge [44]. Alors que la part de NEET était à la baisse depuis 2015, leur part a, de nouveau, augmenté en 2020 en lien avec la crise sanitaire avant de se stabiliser à 12,8 % en 2021. Entre 15 et 24 ans, les jeunes hommes sont plus souvent NEET que les femmes (11,4 % vs 9,7 % en 2021) mais la situation s'inverse ensuite : entre 25 et 29 ans, une femme sur cinq (19,8 %) est NEET contre moins d'un

7. Selon l'Insee, une mère isolée est une femme célibataire, divorcée, séparée ou veuve ayant des enfants à charge ou enceinte qui ne vit pas en couple de manière déclarée en permanence et qui ne partage pas ses ressources et ses charges avec un époux(se), concubin ou partenaire de Pacs.

homme sur six (14,9 %), ce qui illustre les inégalités de genre quant à la charge domestique. En effet, la situation de NEET correspond le plus souvent à une situation subie, notamment pour les chômeurs qui ne trouvent pas d'emploi ou les inactifs qui font souvent face à des contraintes personnelles, en particulier les femmes qui avancent plus souvent que les hommes la nécessité de s'occuper d'enfants ou d'un proche pour expliquer leur situation.

À l'âge adulte, les responsabilités familiales restent globalement celles des femmes et avec l'avancée en âge, ces dernières sont aussi, plus que les hommes, amenées à aider un proche en perte d'autonomie [45]. Corollaire du vieillissement démographique d'une part, et de l'allongement de la durée des études d'autre part, une part croissante d'aidants s'occupe désormais d'un de leurs parents tout en ayant des enfants à charge. Dans 61 % des cas, il s'agit d'une femme [46]. Ces « aidants pivots » cumulent des responsabilités familiales avec une activité professionnelle qui a parfois dû être aménagée (temps partiel, renoncement à une promotion ou à des heures supplémentaires, prise de retraite anticipée). Cette situation les expose plus que la moyenne à des conséquences négatives sur leur santé : près d'un tiers déclare un état de stress, d'anxiété ou de surmenage et près d'un quart un sentiment de solitude, de découragement ou de fatigue morale.

## CONDITIONS DE TRAVAIL

Les liens entre travail et santé mentale sont complexes. Le travail peut avoir des effets bénéfiques sur la santé mentale des salariés en favorisant par exemple les interactions sociales et l'estime de soi, alors que le chômage peut l'impacter négativement [10 ; 12]. En 2024, 68,8 % des personnes âgées de 15 à 64 ans sont en emploi au sens du Bureau international du travail (BIT)<sup>8</sup> : 66,2 % des femmes et 71,5 % des hommes [47]. Le taux d'emploi des femmes a régulièrement augmenté depuis le milieu des années 1990 et 2024 tandis que celui des hommes a globalement peu fluctué. L'écart entre les taux d'emploi des hommes et des femmes a donc régulièrement diminué passant de 17,5 points en 1990 à 5,4 points en 2024.

Cependant, le travail peut également être à l'origine de souffrances psychiques en fonction des conditions dans lesquelles il s'exerce. Les femmes sont certes désormais presque aussi nombreuses que les hommes sur le marché du travail, mais leur situation reste plus précaire que celle des hommes. Ainsi, elles occupent plus souvent des emplois peu ou pas qualifiés : en 2024, 20,9 % sont employées ou ouvrières peu qualifiées vs 12,3 % des hommes et elles sont moins souvent cadres (20,5 % vs 25,4 % des hommes en emploi). Si les femmes sont plus fréquemment que les hommes en emploi salarié à durée indéterminée (74,6 % vs 71,2 %), la part des femmes travaillant à temps partiel reste trois fois plus élevée que celle des hommes (26,8 % vs 8,7 %). Cette part est même supérieure à 40 % parmi les employées ou ouvrières peu qualifiées, catégories qui

enregistrent, par ailleurs, le taux de sous-emploi<sup>9</sup> le plus important (entre 13 et 15 %).

Les femmes travaillent très majoritairement dans le secteur tertiaire : 87,8 % en 2023, contre 67,7 % pour les hommes. Le secteur tertiaire emploie ainsi 55,9 % de femmes. Au sein du tertiaire, certains secteurs sont très féminisés : l'hébergement médico-social et l'action sociale (82,7 % de femmes en 2020), la santé (74,7 %), l'enseignement (68,5 %) ou encore les services aux ménages (65,5 %). Or, comme le montrent les travaux de la Dares [48], ces métiers exposent à des conditions de travail relativement dégradées, conjuguant horaires peu flexibles, variables ou fractionnés, physiquement pénibles et/ou exposant à une charge mentale et des comportements hostiles. Les salariées des professions principalement féminines sont aussi davantage exposées au risque de « *job strain* » (forte demande psychologique couplée à une faible latitude décisionnelle). L'impact de ces conditions de travail sur la santé mentale est bien documenté que ce soit le lien entre faible soutien social professionnel et apparition de symptômes dépressifs [49] ou d'autres troubles mentaux courants [50] ou encore celui entre charge de travail et mauvaise santé psychologique et absentéisme pour maladie chez des soignants et des non soignants [51].

Un risque accru de souffrance psychique parmi les femmes a également été documenté dans des secteurs d'activité dans lesquels les hommes sont prépondérants : secteurs du bâtiment, de l'industrie, de la construction ou du transport [8]. Ces secteurs sont souvent caractérisés par une division sexuelle du travail avec une prédominance d'hommes dans les emplois techniques, manuels ou d'encadrement, tandis que les femmes exercent plutôt des emplois dits tertiaires, avec des tâches administratives comme le service à la clientèle ou encore la gestion des ressources humaines qui les exposent à divers risques psychosociaux (manque de soutien, manque d'autonomie, exigence émotionnelle).

De par les emplois qu'elles occupent et les secteurs dans lesquels elles exercent, les femmes sont devenues proportionnellement plus nombreuses que les hommes à travailler avec des horaires atypiques<sup>10</sup>, même si elles n'effectuent pas les mêmes types d'horaires [52]. Selon les données des enquêtes « Conditions de travail » 2013 et 2019, elles travaillent plus souvent le samedi et le dimanche, tandis que les hommes restent proportionnellement plus nombreux à travailler tôt le matin, le soir et surtout la nuit. D'importantes différences existent selon la catégorie socioprofessionnelle des salariées : l'exposition des femmes aux horaires atypiques se réduit au cours de la dernière décennie pour les plus qualifiées alors qu'elle augmente au contraire pour celles qui le sont le moins. Entre 2013 et 2019, la part des ouvrières en horaires atypiques a augmenté de 11 % alors qu'elle a baissé de 23 % pour les femmes cadres. Les salariées en horaires atypiques sont davantage soumises à d'autres formes de contraintes temporelles : horaires

8. L'emploi au sens du BIT inclut les personnes ayant travaillé au moins une heure pendant une semaine donnée et les personnes ayant un emploi mais n'ayant pas travaillé pendant cette semaine-là pour un certain nombre de raisons (congés, arrêt maladie, chômage partiel, congé maternité, etc.).

9. Selon l'Insee, le sous-emploi recouvre les personnes ayant un emploi à temps partiel qui souhaitent travailler plus d'heures et sont disponibles pour le faire.

10. Un salarié est dit en horaires atypiques ici s'il déclare travailler habituellement selon au moins l'une des modalités suivantes : tôt le matin (5 h-7 h), tard le soir (20 h-0 h), la nuit (0 h-5 h), le samedi, le dimanche.



irréguliers, variables d'un jour à l'autre, journées discontinues. Les ouvrières et employées non qualifiées sont parmi les plus exposées à ces contraintes : métiers du commerce et de la distribution, où le travail dominical a progressé (vendeuse, agent de nettoyage, ou personnel polyvalent qui se développe avec l'automatisation des caisses), ainsi que dans les métiers du soin et des services à la personne (aide-soignante, aide à domicile, aide-ménagère), où les horaires atypiques sont structurels. Outre les difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale, le travail en horaires atypiques a des effets néfastes sur la santé : sur le sommeil, la somnolence et le syndrome métabolique de manière avérée selon l'Anses mais aussi, de manière probable, sur la santé psychique (irritabilité, anxiété, dépression) et bien d'autres pathologies (cancer, obésité, diabète de type 2, etc.) [53].

À l'instar de la société dans son ensemble, le monde du travail n'échappe pas à l'existence de situations de violence et de harcèlement, y compris fondés sur le sexe. Selon l'enquête Virage de l'Ined [54], 20,1 % des femmes (contre 15,5 % des hommes) ont déclaré avoir subi au moins un fait de violence dans le cadre de leur travail dans les douze mois précédant l'enquête, violences qui formaient un continuum : des insultes et pressions psychologiques (les plus fréquemment déclarées – 74,2 % des violences déclarées) aux agressions physiques (8,1 %, les moins fréquentes), en passant par les atteintes au travail (35,4 %) et les violences sexuelles et sexistes (20,3 %). Si les violences relèvent de comportements interpersonnels inappropriés, les violences sexistes et sexuelles sont aussi la conséquence d'environnements de travail peu mixtes, d'une répartition sexuée des tâches, et d'autres conditions de travail concernant davantage les femmes (relations avec le public, tenues sexuées, horaires atypiques le soir). De façon significative, l'enquête Virage montre que les victimes de violence au travail déclaraient plus souvent se sentir « déprimées, tristes et cafardeuses la plupart du temps » (21 % contre 7 % pour les non-victimes) et plus nombreuses à prendre régulièrement des somnifères ou anxiolytiques (7 % contre 2,5 %).

Enfin, certains segments de la population sont exposés, plus que d'autres, à des phénomènes de discrimination au travail. C'est ce que montre le travail de Gosselin *et al.* au sujet des immigré-es et descendant-es d'immigrés en s'appuyant sur l'enquête nationale Conditions de travail-risques psychosociaux 2016 de la Dares [55]. En 2016, les discriminations au travail étaient significativement plus fréquentes chez les femmes (16 %) que chez les hommes (14 %) et plus élevée parmi les immigré-es et les descendant-es d'immigrés d'Afrique (32 % et 21 % respectivement) que dans la population majoritaire (14 %). Les personnes rapportant des discriminations au travail avaient un risque accru de déclarer un trouble anxieux généralisé par rapport à la population majoritaire ; c'était particulièrement le cas parmi des femmes descendantes d'immigrés d'Afrique (prévalence de 11 %). Enfin, l'analyse de médiation a permis de montrer que les discriminations au travail expliquaient 50 % du sur-risque de troubles anxieux généralisés chez les descendant-es d'immigrés d'Afrique.

## EXPÉRIENCES NÉGATIVES DANS L'ENFANCE, VIOLENCES SEXUELLES ET HARCÈLEMENT

Les expériences négatives dans l'enfance (ENE) regroupent diverses expériences d'adversité vécues de 0 à 18 ans et recouvrent généralement deux types d'expériences : la violence à l'égard de l'enfant (violence physique, psychologique ou sexuelle, exposition à la violence conjugale, négligences) et d'autres difficultés vécues au sein de la famille comme, par exemple, des problèmes de fonctionnement familial, la présence de symptômes de troubles mentaux chez les parents, la consommation abusive d'alcool ou de drogues illicites, l'incarcération et la séparation des parents, des difficultés financières et socio-économiques [56]. Dès ses premiers travaux menés entre 1995 et 1997 aux États-Unis, Felitti a montré non seulement que la prévalence des ENE était plus élevée chez les filles que chez les garçons (65,1 % vs 61,8 %) mais que celles-ci déclaraient également plus d'ENE que ces derniers [57]. La nature des événements variait également avec le sexe, les filles étant plus souvent victimes de violences sexuelles et les garçons de violences physiques. Le lien avec une santé mentale dégradée (dépression, tentatives de suicide) et des conduites addictives plus nombreuses (tabac, alcool, drogues) est établi et le trouble est d'autant plus fréquent que le score d'ENE est élevé. Ces résultats seront confirmés par de nombreuses études et le coût annuel attribuable aux ENE a été évalué, pour les pays européens, à 581 milliards de dollars en 2019 [58].

En France, des analyses du Baromètre de Santé publique France 2017 ont permis de montrer le lien entre certaines expériences négatives dans l'enfance et des troubles de santé mentale. Dans cette enquête, près d'un quart (24,3 %) des femmes âgées de 18-75 ans (vs 18,4 % des hommes) ont rapporté un contexte de violences domestiques pendant l'enfance [59]. La probabilité, de déclarer des symptômes dépressifs à l'âge adulte, des pensées suicidaires dans l'année et une tentative de suicide dans la vie était deux à trois fois plus élevée chez ces dernières que chez les femmes n'ayant pas vécu ce type d'événements. Des résultats similaires étaient observés parmi les hommes ayant vécu des ENP.

Dans cette même enquête, les femmes étaient environ cinq fois plus nombreuses que les hommes à avoir déclaré des violences sexuelles au cours de la vie (9,1 % vs 1,9 %) ; l'âge médian à la première occurrence était de 12 ans [60]. Dans les analyses multivariées, les violences sexuelles étaient associées au fait d'avoir eu des pensées suicidaires dans l'année et d'avoir imaginé comment procéder. Par ailleurs, une analyse de médiation a montré que le fait d'avoir été victime de violences sexuelles expliquait 49 % du risque accru de pensées suicidaires et 40 % du risque accru d'images suicidaires, chez les femmes par rapport aux hommes. Ces résultats confirment non seulement que les violences sexuelles touchent plus souvent les femmes, mais qu'elles expliquent une part importante de la différence entre les sexes en matière de risque de suicide. D'autres analyses réalisées à partir des données de l'enquête « Violences et rapport de genre » (Virage) en 2014 ont montré que le risque d'une tentative de suicide est d'autant plus élevé que le premier fait de violence sexuelle a eu lieu aux âges les plus jeunes, tout particulièrement avant



15 ans [61]. L'auteur rappelle également que la violence sexuelle subie n'est pas le seul facteur de passage à l'acte suicidaire. Le cumul avec d'autres violences au cours de la vie (violence conjugale ou familiale notamment) contribue également aux tentatives de suicide, plus souvent pour les femmes.

En 2014, 58 % des femmes de 20-24 ans interrogées dans l'enquête Virage ont déclaré des violences dans l'espace public dans les douze mois qui ont précédé l'enquête [62] : 40 % rapportaient avoir fait l'objet de drague importune et 14 % mentionnaient des situations de harcèlement et d'atteintes sexuelles. Si, dix ans plus tard, le harcèlement de rue n'a pas disparu, l'attention se porte sur les réseaux sociaux dont l'usage ne cesse de croître. Dans cet espace également, les jeunes femmes sont plus susceptibles d'être victimes d'abus sexuels ou sexistes que les hommes, tels que la réception de photographies non sollicitées, les demandes d'envoi de photographies dénudées ou le partage de leurs propres clichés [63]. L'analyse d'une décennie de littérature sur la cyberviolence a montré que cette dernière était associée à des conséquences négatives en termes de santé mentale, mais qu'elle a également des répercussions sociales et qu'elle est associée à un risque accru de violence hors ligne [64].

## CONCLUSION

Les travaux de Santé publique France sur les troubles anxio-dépressifs et les conduites suicidaires contribuent à documenter, en compléments d'autres études, un panorama relativement complet de ces troubles et maladies psychiques qui touchent différemment les femmes et les hommes. Cette analyse plaide pour l'adoption de politiques publiques prenant davantage en compte les différences entre sexe, que ce soit pour la prévention ou la prise en charge des personnes concernées.

La prise en compte du genre comme déterminant social de la santé permet de mettre au jour certains mécanismes sous-jacents qui expliquent les différences observées. Ces résultats appellent d'autres politiques publiques qui dépassent largement le seul champ de la santé.

Le sexe et le genre sont deux déterminants puissants et complémentaires. Pourtant, les analyses par sexe ne sont pas systématiques en fonction des sujets et, si le recours à une approche de genre a indéniablement progressé au cours des vingt-cinq dernières années, il reste encore limité comme l'a montré une étude récente via l'analyse d'articles scientifiques de près de 120 revues de sciences sociales françaises [65]. Il n'est donc pas étonnant que les stratégies de santé publique et leur déclinaison opérationnelle les prennent peu en compte même si des évolutions favorables sont à noter. Ainsi en 2020, la Haute Autorité de Santé, dans son rapport « Sexe, genre et santé » [66], appelait à une prise de conscience en la matière et prenait, pour elle-même, des engagements pour une meilleure intégration de ces dimensions dans ses pratiques.

## RÉFÉRENCES

- [1] Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2026. Juillet 2025. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2025-rapport-propositions-pour-2026-charges-produits>
- [2] Pelissolo A. Troubles anxieux (dossier). La revue du praticien, 2019. p. 969-92.
- [3] International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11<sup>th</sup> ed, ICD-11; World Health Organization, 2019.
- [4] Chan Chee C, Badjadj L. Prise en charge des patients avec troubles anxieux entre 2010 et 2014 dans les établissements ayant une autorisation en psychiatrie en France métropolitaine : analyse des données du RIM-P. Bull Épidémiol Hebd. 2018; (32-33) : 653-61. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018\\_32-33\\_3.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_3.html)
- [5] Léon C, Gillaizeau I, du Roscoät E, Pelissolo A, Beck F. Prévalence des états anxieux chez les 18-85 ans : Résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd, 2025; (14) : 246-55. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/14/2025\\_14\\_1.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/14/2025_14_1.html)
- [6] Du Roscoät E, Forgeot C, Léon C, Doncarli A, Pirard P, Tebeka S, *et al.* La santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 : principaux résultats de la surveillance et des études conduites par Santé publique France entre mars 2020 et janvier 2022. Bull Épidémiol Hebd. 2023; (26) : 570-89. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/26/2023\\_26\\_2.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/26/2023_26_2.html)
- [7] Chatelot J, Homère J, Delézire P. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP). Guide méthodologique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 49 p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr>
- [8] Delézire P, Homère J, Garras L, Bonnet T, Chatelot J. La souffrance psychique en lien avec le travail à partir du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel : résultats des enquêtes transversales 2013 à 2019 et évolution depuis 2007. Bull Épidémiol Hebd. 2024; (5) : 92-103. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/5/2024\\_5\\_3.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/5/2024_5_3.html)
- [9] Facteurs organisationnels, relationnels et éthiques (FORE) en milieu professionnel : état des lieux à partir du programme des Maladies à caractère professionnel, 2009-2017. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2023 : 16 p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr>
- [10] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2023; (2) : 28-40. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023\\_2\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023_2_1.html)
- [11] Gigonzac V & Delézire P, Khireddine-Medouni I, Chérié-Challine L. La dépression dans la population active occupée en France en 2017. Baromètre santé 2017. Bull Épidémiol Hebd. 2018; (32-33) : 645-52. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018\\_32-33\\_2.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_2.html)

- [12] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bull Épidémiol Hebd.* 2024 ; (3) : 42-56. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024\\_3\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/3/2024_3_1.html)
- [13] Hazo J-B. Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies. Drees, Études et Résultats n° 1340, juin 2025. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250604\\_ER\\_sante-mentale-etat-des-lieux](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250604_ER_sante-mentale-etat-des-lieux)
- [14] Chan-Chee C, Ha C. Pensées suicidaires et tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois chez les personnes en activité professionnelle en France métropolitaine entre 2010 et 2021 : résultats du Baromètre santé. *Bull Épidémiol Hebd.* 2024 ; (25) : 560-71. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/25/2024\\_25\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/25/2024_25_1.html)
- [15] Delézière P & Gigonzac V, Chérié-Challine L, Khireddine-Medouni I. Pensées suicidaires dans la population active occupée en France en 2017. *Bull Épidémiol Hebd.* 2019 ; (3-4) : 65-73. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019\\_3-4\\_5.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_5.html)
- [16] Pirard P, Chin F, Khireddine I, Tebeka S, Regnault N. Hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins aigus en France lors de l'infection à Covid-19 : tendances temporelles nationales en 2020-2021. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023 ; (12-13) : 232-9. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023\\_12-13\\_4.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_4.html)
- [17] Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2023. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 9 p., 12 05 2025.
- [18] Husky M, Léon C, du Roscoät E, Vasiliadis HM. Prevalence of suicidal thoughts and behaviors among young adults between 2000 and 2021 : Results from six national representative surveys in France. *Psychiatry Res.* 2024 Mar ; 333 : 115763.
- [19] Fouillet A, Aubineau Y, Godet F, Costemalle V, Coudin É. Grandes causes de mortalité en France en 2023 et tendances récentes. *Bull Épidémiol Hebd.* 2025 ; (13) : 218-43. [https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/13/2025\\_13\\_1.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/13/2025_13_1.html)
- [20] Canetto, Sylvia Sara et I. Sakinofsky, 1998 « The gender paradox in suicide », *Suicide and Life-threatening Behavior*, 28, 1 : 1-23.
- [21] Surveillance des suicides en lien potentiel avec le travail. Saint-Maurice : Santé publique France, 2021. 37 p.
- [22] Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- [23] Boyd A, Van de Velde S, Vilagut G *et al.* Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders* 173(2015) : 245-254.
- [24] Morssinkhof MWL, van Wylick DW, Priester-Vink S, van der Werf YD, den Heijer M, van den Heuvel OA, Broekman BFP. Associations between sex hormones, sleep problems and depression: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020 Nov ; 118 : 669-680.
- [25] Legrand, J. (2023). Le genre de l'hystérie Catégories savantes, sens commun et médicaments en psychiatrie publique. *Sociétés contemporaines*, N° 130(2), 5-38. <https://doi.org/10.3917/soco.130.0005>
- [26] Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry.* 2017 Feb ; 4(2):146-158.
- [27] Seidler, ZE, Dawes, AJ, Rice, SM, et al. The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 2016, 49, 106-118. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>
- [28] A.J. Fields, S.V. Cochran. Men and depression: current perspectives for health care professionals. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2011 (5), pp. 92-100.
- [29] Rochlen, AB, Paterniti, DA, Epstein, RM, *et al.* Barriers in diagnosing and treating men with depression: A focus group report. *American Journal of Men's Health* 2010, 4(3), 167-175. <https://doi.org/10.1177/1557988309335823>
- [30] Rice SM, Fallon BJ, Aucote HM, Möller-Leimkühler AM. Development and preliminary validation of the male depression risk scale: furthering the assessment of depression in men. *J Affect Disord.* 2013 ; 151(3) : 950-8.
- [31] Piccinelli M, Wilkinson G. (2000) Gender differences in depression. *Critical review.* *Br J Psychiatry.* 177 : 486-492.
- [32] Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes. Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique. Rapport n° 2020-11-04 Santé 45 voté le 04/11/2020. <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hce/article/prendre-en-compte-le-sexe-et-le-genre-pour-mieux-soigner-un-enjeu-de-sante>
- [33] Insee Références – Édition 2023 – Éclairages – Les inégalités sociales en matière de santé sont un peu plus marquées en France qu'en Europe. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666907?sommaire=7666953>
- [34] Platt J, Prins S, Bates L, Keyes K. Unequal depression for equal work? How the wage gap explains gendered disparities in mood disorders? *Soc Sci Med.* 2016 January ; 149 : 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.056>
- [35] Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005, 1 : 14 <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-14>
- [36] Blas, E, Sivasankara Kurup, A & World Health Organization. (2010). Equity, social determinants and public health programmes / editors Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44289>
- [37] Ecart de salaire entre femmes et hommes en 2023. Insee Focus N° 349, 04/03/2025 : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8381248>
- [38] Drees. L'articulation entre vies familiale et professionnelle repose toujours fortement sur les mères Études et Résultats n° 1298, mars 2024.
- [39] Champagne C, Pailhé A, Solaz A. Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolutions en 25 ans ? *Économie et Statistique* n° 478-479-480, 2015. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1303232?sommaire=1303240>

- [40] Insee Références, édition 2015 – Dossier Les variations de niveau de vie des hommes et des femmes à la suite d'un divorce ou d'une rupture de Pacs. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2017508>
- [41] Biotteau AL, Bonnet C, Cambois E. Risk of Major Depressive Episodes After Separation: The Gender-Specific Contribution of the Income and Support Lost Through Union Dissolution. *Eur J Population* (2019) 35: 519–542.
- [42] Les familles en 2020: 25 % de familles monoparentales, 21 % de familles nombreuses. Insee Focus N° 249, 13/09/2021: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5422681>
- [43] Saboni L, Soullier N, El Haddad M et al. Single-parent families in France: what about health? Findings from a population-based survey. 17th European Public Health Conference 2024, 12-15 November 2024, Lisbon, Portugal.
- [44] Après un pic dû à la crise sanitaire, la part des jeunes ni en emploi, ni en études, ni en formation repart à la baisse. Insee Focus N° 285, 10/01/2023: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6686184>
- [45] Drees. 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021. *Études et Résultats* n° 1255, février 2023.
- [46] Bellidenty J, Radé E. Aider son parent âgé en ayant des enfants à charge. Quelle est la situation de cette « génération pivot » ? Les Dossiers de la Drees N° 83, octobre 2021.
- [47] Une photographie du marché du travail en 2024. Insee Première n° 2044, mars 2025.
- [48] Briard K. Conditions de travail et mixité : quelles différences entre professions, et entre femmes et hommes ? Dares-Documents d'études n° 265, janvier 2023.
- [49] Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Träskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015; 15: 738.
- [50] Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006; 32(6): 443–62.
- [51] Michie S, Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med*. 2003; 60(1): 3–9.
- [52] Lambert A, Langlois L. Horaires atypiques e travail : les femmes peu qualifiées de plus en plus exposées. *Population & Sociétés* numéro 599, avril 2022.
- [53] Anses. Le travail de nuit et les risques pour la santé. Évaluation des risques sanitaires liés aux horaires de travail atypiques. 25 juin 2018. <https://www.anses.fr/fr/content/le-travail-de-nuit-et-les-risques-pour-la-sante>
- [54] Cromer S, Raymond A. « Violences dans la sphère professionnelle ». In : Brown E, Debauche A, Hamel C, Mazuy M. (sous la dir.). Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France. Ined Éditions, Paris 2020.
- [55] Gosselin A, Ben Ahmed N, 2024, « Discrimination au travail et santé mentale des immigré-es et descendant(es) d'immigrés : une analyse de médiation à partir de l'enquête Conditions de Travail ». Documents de travail, n° 294, Aubervilliers : Ined. <https://doi.org/10.48756/ined-dt-294.0724>
- [56] Karatekin, C. et al. Adverse childhood experiences: A scoping review of measures and methods. *Children and Youth Services Review* 136, 106425 (2022).
- [57] Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001 Dec 26; 286(24): 3089–96. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>.
- [58] Bellis M, Hughes K, Ford K, et al. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2019; 4: e517–28
- [59] Roland N, Léon C, du Roscoat E, et al. Witnessing interparental violence in childhood and symptoms of depression in adulthood: data from the 2017 French Health Barometer. *Family Practice* 2021 Jun 17; 38(3): 306–312. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa127>
- [60] El-Khoury F, Puget M, Léon C, et al. Increased risk of suicidal ideation among French women: the mediating effect of lifetime sexual victimisation. Results from the nationally representative 2017 Health Barometer survey. *Archives of Women's Mental Health* 2020 Oct; 23(5): 635–641. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01021-3>. Epub 2020 Feb 3.
- [61] Scodellaro C. Fiche 15: Violences sexuelles et tentatives de suicide. In « Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes ». 5<sup>e</sup> rapport de l'Observatoire national du suicide, Drees, septembre 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mesurer-limpact-de-la-crise-sanitaire-liee-au-0>
- [62] Lebugle A et l'équipe de l'enquête Virage. Les violences dans les espaces publics touchent surtout les jeunes femmes des grandes villes. *Population & Sociétés* numéro 550, décembre 2017.
- [63] Benítez-Hidalgo V, Henares-Montiel J, Ruiz-Pérez I, Pastor-Moreno G. International prevalence of technology-facilitated sexual violence against women: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Trauma Violence Abuse*. 2024 Oct 11:15248380241286813.
- [64] Backe EL, Lilleston P, McCleary-Sills J. Networked Individuals, Gendered Violence: A Literature Review of Cyberviolence. *Violence and Gender* Volume 5, Number 3, 2018.
- [65] Ollion E, Boelaert J, Coavoux S, et al. La part du genre. Genre et approche intersectionnelle dans les revues de sciences sociales françaises au xxi<sup>e</sup> siècle. Actes de la recherche en sciences sociales 2025/3-4 n°258-259, pages 126 à 145.
- [66] HAS. Sexe, genre et santé. Rapport d'analyse prospective 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020)

## REMERCIEMENTS

À mes collègues de Santé publique France pour leurs relectures et différentes contributions (par ordre alphabétique) : François Beck, Guillaume Boulanger, Laetitia Chareyre, Pauline Delézire, Anne Gallay, Ingrid Gillaizeau, Christophe Léon, Yann Le Strat, Clément Mertens, Alexandra Papadopoulos, Laetitia Perrin, Philippe Pirard, Nolwenn Régnault, Jonathan Roux, Fabienne Thomas.

Une première version de ce texte a bénéficié de la relecture attentive de Maria Melchior (Inserm) et de Jean-Baptiste Hazo (Drees). Merci pour leurs remarques constructives qui ont permis d'améliorer le document.

## AUTEURS

Nathalie Lydié<sup>1</sup>, avec la contribution de Stéphanie Vandentorren<sup>2</sup>

1. Santé publique France, Direction de la Prévention et Promotion de la Santé

2. Santé publique France, coordinatrice de l'enjeu transversal « Inégalités Sociales de Santé / Équité en santé » à la Direction Scientifique et International

### MOTS CLÉS :

TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS  
CONDUITES SUICIDAIRES  
DÉTERMINANTS SOCIAUX  
GENRE  
ADULTES  
FRANCE HEXAGONALE