

SOCIOSOMATISME

Quand le social influe sur le corps

Parmi les normes sociales qui s'imposent aux individus, il en est qui touchent au corps. La mode – déterminée par les *top-model* – est aux femmes grandes et minces et il semblerait que le corps des femmes tende vers ce modèle. On se sait pas s'il s'agit d'une réalité ou d'un "imaginaire". Toujours est-il que nombre de femmes font des régimes draconiens pour adapter leurs corps à ces normes socio-culturelles (et récemment des hommes aussi). Cela suppose que les normes sociales influent sur le corps, selon un processus qu'on pourrait qualifier de *sociosomatique*. Mais ces normes jouent-elles sur l'*apparence du corps* ou le modifient-elles profondément en terme d'évolution de l'espèce ? Nous allons nous intéresser ici à la manière dont la société influence le corps, c'est-à-dire à l'impact du *socius* sur le *soma*, et en particulier à partir d'un cas mis en évidence en démographie. Mais le terme de *sociosomatisme* fait penser à un autre beaucoup plus étudié, celui de *psychosomatisme* sur lequel nous devons nous pencher un instant pour commencer.

Le psychosomatisme

Les définitions courantes du psychosomatisme le rattachent généralement à la maladie : « Trouble organique ou fonctionnel d'origine psychologique », « retentissement psychique des maladies », etc. Il est vrai que les fondateurs du courant psychosomatique, comme G. Goddeck⁽¹⁾ – contemporain de Freud – et F. Alexander⁽²⁾, n'envisagent le phénomène que dans le cadre de la "médecine psychosomatique". L'influence de la *psyché* sur le *soma* se manifeste par des maladies, des dysfonctionnements. Même Freud, dans son étude célèbre sur l'homme aux loups, explique le dysfonctionnement de l'intestin de son patient par l'inconscient⁽³⁾. Il est vrai que c'est par le biais de la maladie que le psychosomatisme a été mis en évidence. Mais la thérapie a peu suivi. Les symptômes étant organiques, ce sont les médecins qui ont eu en charge la guérison et ils les ont traités à leur façon. La médecine psychosomatique – écrit R. Dantzer – « n'a pas eu d'influence sur la façon de prévenir et de traiter les troubles psychosomatiques. Le modèle biomédical centré sur le dysfonctionnement de l'organe cible et ne tenant aucun compte du rôle possible d'éventuels facteurs psychologiques, a été beaucoup plus efficace pour [...] obtenir une guérison, que les discours sur la psychogenèse des maladies »⁽⁴⁾. Le psychosomatisme a longtemps été considéré dans un sens négatif, de trouble, de dysfonctionnement. Sami-Ali écrit : « la somatisation a toujours lieu dans une situation d'impasse. Celle-ci se singularise par l'existence d'un conflit insoluble parce qu'il implique la contradiction »⁽⁵⁾. C'est souvent le cas, bien sûr, mais l'étude du psychosomatisme doit intégrer les impacts non-pathogènes de la *psyché* sur le *soma*. F. Dunbar parle de "modification somatique" et c'est bien dans ce sens plus général qu'il faut aborder le phénomène. Lorsque Madeleine Lebouc, étudiée par P. Janet, est l'objet d'apparition de stigmates⁽⁶⁾, il ne s'agit plus de maladie mais bien de manifestations corporelles que Janet, en bon rationaliste, se refuse de rattacher au miraculeux. Nous sommes là dans un autre schéma. Dans la psychosomatique classique, des difficultés de la *psyché* se fixent sur un organe du corps et entraînent son dysfonctionnement. Dans le cas de Madeleine, c'est une "maladie" psychique – qualifiée

(1) Goddeck (Georg) : *Au fond de l'homme, cela*, Gallimard, 1963.

(2) Alexander (Franz) : *La médecine psychosomatique : ses principes et ses applications*, Payot, 1977.

(3) Freud (Sigmund) : *À propos de l'histoire d'une névrose infantile*, PUF, 1988.

(4) Dantzer (Robert) : *L'illusion psychosomatique*, éd. O. Jacob, 1989 p. 21.

(5) Sami-Ali : *Le corps, l'espace et le temps*, Dunod "Psychismes", 1990, p. 5.

(6) Janet (Pierre) : *De l'angoisse à l'extase*, éd. Alcan, Paris, 2 tomes, 1926-1928, 527 & 697 p.

d'*hystérie* – qui entraîne une manifestation, un signe, d'ordre corporel (les stigmates sont un signe fort). Enfin un troisième cas doit être envisagé, c'est celui de la *psyché* qui guérit une maladie réelle, c'est-à-dire non pas le psychosomatisme comme facteur de maladie, mais comme thérapie possible. Le phénomène *placebo* est caractéristique à cet égard puisque le simple fait de croire prendre un médicament (qui, en fait, n'en est pas un) entraîne, dans un pourcentage non négligeable de cas, la guérison de maladies réelles non suspectes d'être psychosomatiques (microbiennes notamment). Nous avons nous-même connu des cas d'Africains atteints de cancers avancés qui ont effectivement guéri à la suite de traitements traditionnels (à base de plantes et d'incantations), à la surprise de leurs médecins traitants. Les "miraculés" de Lourdes, qui sont un phénomène du même ordre, illustrent eux aussi la force énorme de la *psyché* sur le corps.

Si le psychosomatisme est un rapport direct entre l'esprit et le corps d'un individu, il faut reconnaître que, ce que l'esprit impose au corps, il ne le tire pas seulement de lui-même. Il existe une "adaptation aux normes socio-culturelles", ce que le courant psychosomatique reconnaît. Sami-Ali emploie le terme de "surmoi corporel", et c'est là que la société vient interférer dans ce rapport de l'individu à son corps. La *psyché* n'est jamais indépendante de son environnement social.

Le social comme agent pathogène

Durkheim, dans son célèbre *Suicide*, rattache cet acte d'auto-destruction – qui est un acte de décision individuelle – à des causes sociales (appartenance religieuse, situation familiale, professionnelle, crise économique, etc.). Or il ne le traite pas comme phénomène individuel mais comme *fait social*, rattaché à diverses causes sociales. En particulier l'état d'anomie augmente les suicides. Bien que la définition de l'anomie ne soit pas la même, on retrouve le même lien chez Parsons et Merton. On sait que le suicide n'est pas, chez Durkheim, un fait *morbide* mais un phénomène *normal* présent dans toute société⁽⁷⁾. S'il nous intéresse ici, c'est son parallélisme avec les pathologies d'origine sociale, Durkheim ne dit-il pas lui-même en conclusion que le « suicide est l'indice d'une misère sociale »⁽⁸⁾. La question que nous nous posons est celle du passage des causes sociales à l'acte individuel, du collectif au particulier. À l'instar de Durkheim, de nombreuses études ont relié les maladies à des déterminants sociaux : les maladies mentales d'abord avec tout le courant de la psychiatrie sociale (H. Baruk, R. Bastide, F. Raveau, etc.), en particulier les maladies mentales des migrants dues à leur situation d'éloignement et d'acculturation. On est là dans le schéma de l'influence du *socius* sur la *psyché*. Mais il existe un lien entre la situation sociale et la maladie, c'est-à-dire entre le *socius* et le *soma*.

(7) Durkheim (Émile) : *Le suicide*, p. 416.

(8) *Ibid.*, p. 445 & ss.

Revenons aux migrants. De nombreuses études montrent la pathologie particulière des immigrés, bien que les données statistiques manquent (les données de l'INSEE dans *Les étrangers en France* sont très incomplètes⁽⁹⁾) car il est quasiment interdit en France d'intégrer la variable ethnique dans toute collecte de données⁽¹⁰⁾. En l'absence de données globales fiables, il faut se rabattre sur les études ponctuelles ou les études à l'étranger⁽¹¹⁾. M. Cognet remarque que les étrangers au Canada ont tendance à se porter mieux que les Canadiens, au début, et plus mal au bout de 10 ans⁽¹²⁾. Il semble que ce soit aussi le cas en France. Diverses explications sont avancées : pratiques alimentaires, environnement insalubre, manque d'éducation à la santé, accès inégalitaire aux soins (à cause de revenus plus faibles, du manque de couverture sociale, de la barrière de la langue, etc.), hostilité du personnel médical, etc. Ceci entraîne une vulnérabilité des populations migrantes⁽¹³⁾ et, par voie de conséquence, une plus grande sensibilité aux maladies. Certaines affections sont plus présentes dans les populations immigrées : tuberculose, troubles digestifs⁽¹⁴⁾, sida⁽¹⁵⁾, morbidité périnatale, saturnisme⁽¹⁶⁾, drépanocytose⁽¹⁷⁾, diabète chez les Marocains⁽¹⁸⁾. Si les différentes causes exposées plus haut étaient les seules, la vulnérabilité s'appliquerait à toutes les maladies. Or ce n'est pas le cas. Il y a des maladies spécifiques. Si ces causes existent effectivement, il faut donc en ajouter une autre : la situation migratoire et les caractéristiques culturelles qui orientent plus vers ces maladies spécifiques. M. Cognet écrit : « L'expérience migratoire en tant que telle, pourrait s'avérer être un des déterminants majeurs de la santé des immigrants »⁽¹⁹⁾. M. Corbel et C. Crenn aboutissent à la même conclusion à propos du diabète des Marocains, en éliminant des causes la pratique alimentaire⁽²⁰⁾. Il faut donc bien admettre que la situation sociale et culturelle, dans le cas de l'immigration, joue sur le corps, a un impact pathogène sur lui. D'une manière générale, c'est aussi le cas de toutes les populations vulnérables comme les chômeurs, les SDF, etc. qui présentent des pathologies plus nombreuses et spécifiques que la moyenne.

(9) INSEE : *Les étrangers en France*, 1994. On retiendra que les étrangers sont plus jeunes et plus souvent de sexe masculin (pp. 20-21), qu'il n'y a pas de mortalité plus importante (pp. 26-27), que le recours aux médecins est moins fréquent (pp. 54-55). Des données graphiques se trouvent chez Brahim (Michèle) : "La mortalité des étrangers en France", in *Population*, T. 35, n° 3, mai-juin 1980, pp. 603-622. On trouvera quelques données également dans Khlal (M), Sermet (C) & Laurier (D) : "La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb", in *Population*, n° 6, 1998 ; et Warner (Ph), Bouchardy (C) & Khlal (M) : "Causes de décès des immigrés en France 1979-1985", in *Migration Santé*, n° 91, 1997 ; et pour le Sida, Lot (Florence) : "Les données sur le Sida dans la population étrangère en France", in *Hommes et Migrations*, n° 1225, mai-juin 2000, pp. 83-87.

(10) « Ce type de constat [...] nous amène à interroger l'usage des statistiques "ethniques" en France. Mais, à s'inquiéter de cette obsession des origines ou de celle du chiffrage concernant l'immigration, doit-on, pour autant, interdire aux chercheurs de mener des recherches quantitatives sur le sujet ? » (Corbel (M) & Crenn (C) : "Entre statistiques et discours médical : les Marocains face au diabète en France", in *Bastidiana* n° 39-40, 2002, p. 205. Didier Fassin écrivait en 2000 : « On comprend que la publication de statistiques sanitaires incluant des données sur l'origine ou la nationalité [...] soit toujours présentée comme une affaire sensible [...] : souci de ne pas stigmatiser, refus de reconnaître les faits de discrimination, volonté de promouvoir un modèle d'intégration [...] menace lorsqu'il s'agit de maladies infectieuses. » (Fassin (D) : "Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration", in *Hommes et Migrations*, *op. cit.*, p. 11).

(11) On dispose de plus de données sur le Canada.

(12) Cognet (Margueritte) : "Ethnicité et santé : des pistes de recherche" in *Cahiers du CÉRIEM*, Rennes, n° 6, 2000, pp. 69-79.

(13) Voir Fassin (Didier) : *Op. cit.*, p. 10.

(14) Chez les femmes immigrées seulement. Voir Brahim (Michèle) : *Op. cit.*, p. 613.

(15) Sur ce sujet voir Lot (Florence) : *Op. cit.*, p. 85.

(16) Naudé (Anne-Jeanne) : "Le saturnisme, une maladie sociale de l'immigration", in *Hommes et Migrations*, *Op. cit.*, pp. 13-22.

(17) Bonnet (Doris) : "Au-delà du gène et de la culture", in *Hommes et Migrations*, *Op. cit.*, pp. 23-38.

(18) Corbel (Marianne) & Crenn (Chantal) : *Op. cit.*, pp. 203-238.

(19) Cognet (Margueritte) : *Op. cit.*, p. 72.

(20) Corbel (M) & Crenn (C) : *Op. cit.*, p. 215 & ss.

L'explication couramment admise est celle de la somatisation de leur mal-être. Mais il ne faut pas tomber dans le travers de la psychologisation du social. Les causes sociales existent bel et bien. Le psychosomatisme n'est qu'un intermédiaire. La cause est sociale, elle affecte les *psyché* individuelles qui, elles, entraînent la somatisation. Le processus comporte deux phases. Il aboutit à ce que le social – en fin de compte – joue sur le corps.

Corps et société

Le corps change avec la société dans une situation d'inter-détermination : on ne sait pas qui détermine qui, ce ne sont pas forcément les normes sociales qui imposent les changements corporels, il peut exister des déterminations inverses, à savoir que le plaisir du corps peut imposer aussi des changements de normes. On peut trouver dans la mode une illustration de ce phénomène.

Tout d'abord, il faut distinguer les changements extérieurs du corps (parures, prothèses) et les changements du corps lui-même. De nombreuses études ont observé les changements culturels des parures du corps : évolution de l'habillement et des modes vestimentaires, de la coiffure, du maquillage, apparition du piercing, etc. Il s'agit là de manières d'**orner** le corps, situées dans des stratégies de rapports entre l'individu et la société : affirmation de l'individualisme⁽²¹⁾ ou marque d'appartenance sociale, clanique ou de classe, appartenance à un groupe rebelle (les *hippies*, les *punk*, le look Che Guevara, etc.). À côté de l'ornementation simple du corps, on peut opérer des changements du corps lui-même, le modifier, sachant que ces changements ne sont que temporaires : les régimes, le *body-building*, la pratique du sport et de l'éducation physique⁽²²⁾. Il s'agit alors d'un changement **après coup**, on fait violence au corps en le rendant différent de ce qu'il est naturellement, on n'affecte pas le génotype, le changement n'est que superficiel. Lorsqu'on prend le cas des gauchers, D. Le Breton remarque⁽²³⁾ que ce sont les normes sociales qui font violence au gaucher (associé au mal) en le contrariant pour imposer la main droite, avec toutes les conséquences psychosomatiques que cela entraîne. Depuis le temps qu'on contrarie les gauchers, leur nombre n'a pas diminué. Le changement est bien superficiel, il n'affecte pas la nature.

Par contre, il existe des changements du corps ayant des déterminations sociales qui s'étalent sur des générations et semblent affecter le phénotype, ou tout au moins sont durables. La grande enquête sur les conscrits français depuis 1819 est très éclairante à cet égard⁽²⁴⁾. Au fil des incorporations successives, où les conscrits ont été mesurés, pesés, décrits, testés, on voit apparaître des évolutions et des relations avec des déterminants sociaux. Selon les auteurs, l'augmentation des "défauts de taille" (conscrits qui n'ont pas la taille requise) entre 1819 et 1826 provient du fait que leur développement pubertaire s'est effectué durant les périodes sombres de guerres et disettes de 1811 à 1820⁽²⁵⁾. La stature moyenne varie en fonction du lieu

(21) Le Breton (David) : *Anthropologie du corps et modernité*, PUF, 1995, p. 159.

(22) Vigarello (Georges) : *Le corps redressé*, éd. J-P. Delarge, 1978, 400 p.

(23) Le Breton (David) : *Sociologie du corps*, PUF, "Que sais-je ?" 2678, 2000, p. 86 et ss.

(24) Aron (Jean-Paul), Dumont (Paul), Le Roy Ladurie (Emmanuel) : *Anthropologie du conscrit français (1819-1826)*, éd. Mouton, 1972, 262 p. ; Le Roy Ladurie (Emmanuel) & Zysberg (André) : "Anthropologie des conscrits français (1868-1887)", in *Ethnologie Française*, T. 9, n° 1, janv.-mars 1979, pp. 47-68 ; voir aussi Chamla (Marie-Claude), Marquer (Paulette) & Vacher (Jean) : "Les variations de la stature en fonction des milieux socio-professionnels", in *L'Anthropologie*, éd. Masson, Paris, T. 63, n° 1-2, 1959, pp. 269-294 ; Sutter (Jean), Izac (René) & Tran Ngoc Toan : "L'évolution de la taille des polytechniciens (1801-1954)", in *Génétiqque et populations, Cahiers de l'INED* n° 60, PUF, 1971, pp. 31-67 ; Houdaille (Jacques) : "La couleur des cheveux en France (1770-1940)", in *Population*, 43^e année, n° 6, nov.-déc. 1988, pp. 1136-1137 ; Chamla (Marie-Claude) : "Note sur l'évolution de la pigmentation des cheveux", in *Biotypologie*, vol. 3, n° 4, 1964, pp. 147-172 ; Sutter (Jean) : *L'atteinte des incisives latérales supérieures*, PUF, *Cahiers de l'INED* n° 46, 1966, 147 p.

(25) Aron, Dumont & Le Roy Ladurie : *op. cit.*, p. 86 & ss.

d'habitation (les conscrits de Paris-ville sont légèrement plus grands que ceux des banlieues⁽²⁶⁾, et à Paris même les conscrits les plus grands proviennent plutôt des quartiers aisés), de la catégorie socio-professionnelle (les salariés de faible revenu sont plus petits, les mieux rémunérés sont plus grands en moyenne), du degré d'instruction : ci-dessous comme exemple la taille moyenne en fonction du degré d'instruction⁽²⁷⁾

	Illettrés	Lisent	+ écrivent	+comptent	Diplômés	Sup
- de 1,60m	244	40	333	972	22	9
1,60-1,64	319	46	553	1722	67	15
1,65-1,69	241	39	494	1835	92	35
1,70-1,74	114	24	301	1045	50	27
+ de 1,74	28	7	92	340	23	12

La taille moyenne augmente avec le degré d'instruction ($\chi^2=143,65$ à $v=20$, seuil de probabilité d'erreur $< .01$). Par conséquent le fait d'habiter la ville, d'exercer telle profession, d'être instruit, a tendance à augmenter la taille du corps, et cela grâce à des facteurs intermédiaires comme le mode d'alimentation, le logement, les conditions de travail et le suivi médical, car, en effet, la mise en évidence du lien ne signifie pas que l'instruction soit cause de la taille. Nous sommes donc face à un phénomène de modification corporelle à long terme, mais non irréversible. Il suffit que les descendants quittent la ville, changent de profession, etc. pour que la taille moyenne diminue. Il y a bien un impact du social sur le *soma*, mais au niveau des grands courants démographiques et dans le cadre de rapports rationnels entre variables causes et variables effets. Mais il existe des cas où ce lien rationnel se dilue et affecte le fondement même de la détermination génétique et, curieusement, nous en trouverons un exemple en démographie.

Une curiosité démographique : le taux de masculinité

Les démographes ont depuis longtemps observé un phénomène curieux, sans en avoir apporté la moindre explication. Il s'agit de l'évolution du taux de masculinité à la naissance des enfants. On sait qu'il naît plus de garçons que de filles, et cela dans tous les pays du monde. On mesure cette différence par un taux de masculinité qui se calcule de la manière suivante :

$$\frac{\text{Nombre de garçons}}{\text{Nombre de filles}} \times 100$$

Ce taux a varié de 102,9 (1826-1830) à 107,46 (1918) pour la France et se stabilise généralement aux alentours de 105.

Ce phénomène est d'ordre biologique et se situe dans un grand courant d'équilibre de l'espèce : les hommes meurent plus tôt et, s'ils naissent plus nombreux, ils sont moins nombreux parmi les personnes âgées (différence d'espérance de vie). On a donc un équilibre des deux sexes autour de 25-35 ans, c'est-à-dire à l'âge habituel de l'union et de la procréation. *La nature fait bien les choses*, pourrait-on dire, mais si l'on veut tenter une explication, on se trouve devant un abîme de perplexité. La biologie seule, et la démographie seule, ne peuvent expliquer ce phénomène. L'étude de celui-ci – parmi d'autres – a donné naissance à la sociobiolo-

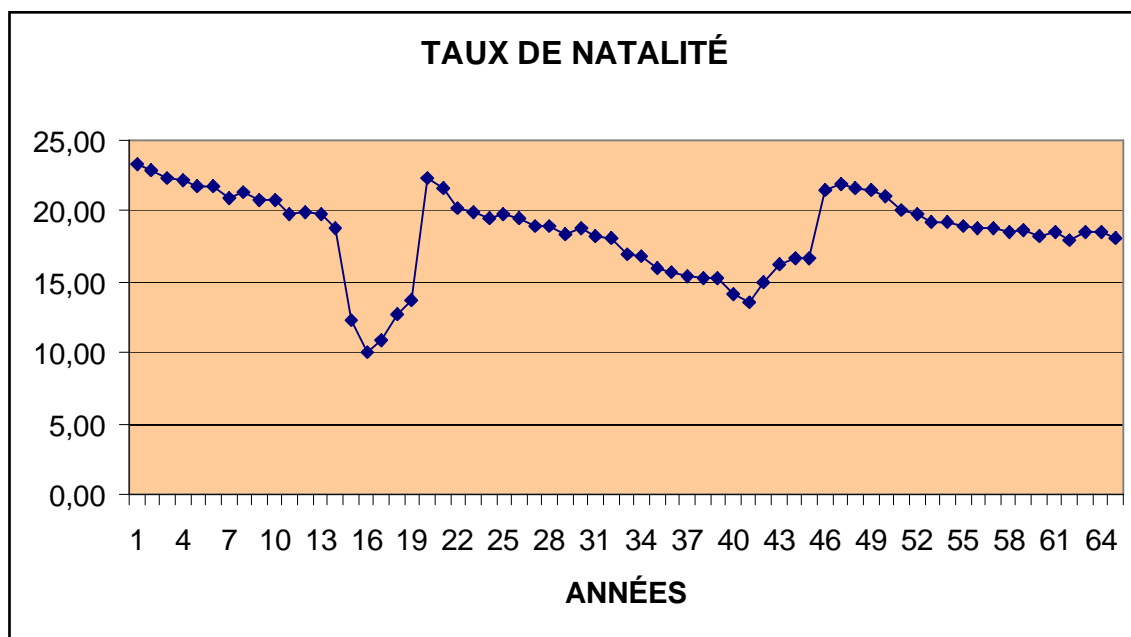
(26) À l'époque les banlieues n'étaient pas ces villes urbanisées que nous connaissons actuellement.

(27) Réalisé d'après les données sources de Le Roy Ladurie & Zysberg, *op. cit.*, p. 48.

gie illustrée par Jean Sutter (1950)⁽²⁸⁾, Albert Jacquard (1970)⁽²⁹⁾ et Edward Wilson (1975)⁽³⁰⁾, ce dernier étant d'ailleurs très critiqué⁽³¹⁾.

Si les hommes meurent plus précocement (point que les biologistes tentent actuellement d'expliquer), il faut penser qu'une information génétique tendant à faire naître plus de garçons permet l'équilibre démographique, condition indispensable à long terme à la survie de l'espèce humaine. Le mystère porte sur le mécanisme de l'information génétique. En effet, si l'on conçoit que des gènes déterminent **chez l'individu** la couleur des yeux, des cheveux, etc., les formes du corps, la durée de vie différente entre l'homme et la femme liée aux chromosomes X et Y, voire certaines connaissances innées comme certains comportements chez les animaux, la fabrication des nids ou la migration des oiseaux, on comprend mal comment une détermination génétique individuelle comme le sexe peut être liée à une espèce, aux "autres", à une population totale. Nous sommes ici à la limite de la rationalité.

Mais il y a plus mystérieux encore. Les démographes ont remarqué depuis longtemps qu'il naissait plus de garçons que de filles après les guerres. Examinons ce phénomène. On sait que les guerres, en provoquant de nombreux décès, entraînent des modifications – durant les guerres et après – dans les données démographiques. En général, les taux de nuptialité, de natalité, baissent durant les guerres et explosent après. On est là dans la rationalité : quand la situation est incertaine et que les hommes sont éloignés (au combat ou prisonniers), on ne se marie pas et on ne fait pas d'enfant ; et quand la guerre est finie, que les hommes rentrent du combat ou de la captivité, on rattrape le retard même si la séparation forcée entraîne des perturbations dans la famille (augmentation des divorces après guerre). L'évolution du taux de natalité montre bien ces ruptures à l'époque des guerres (ici taux de natalité en France de 1901 à 1964 en ‰)



La fracture est plus nette en 1914-18 où les hommes sont partis longtemps sur le front et ont été décimés, alors qu'en 1940-45 la France a été battue très vite ; seuls les prisonniers et

(28) Sutter (Jean) : *L'eugénisme*, PUF, Cahiers de l'INED n° 11, 1950, 253 p. ; Coll : *Génétique et population*.

Hommage à Jean Sutter, PUF, Cahiers de l'INED n° 60, 1971, 285 p.

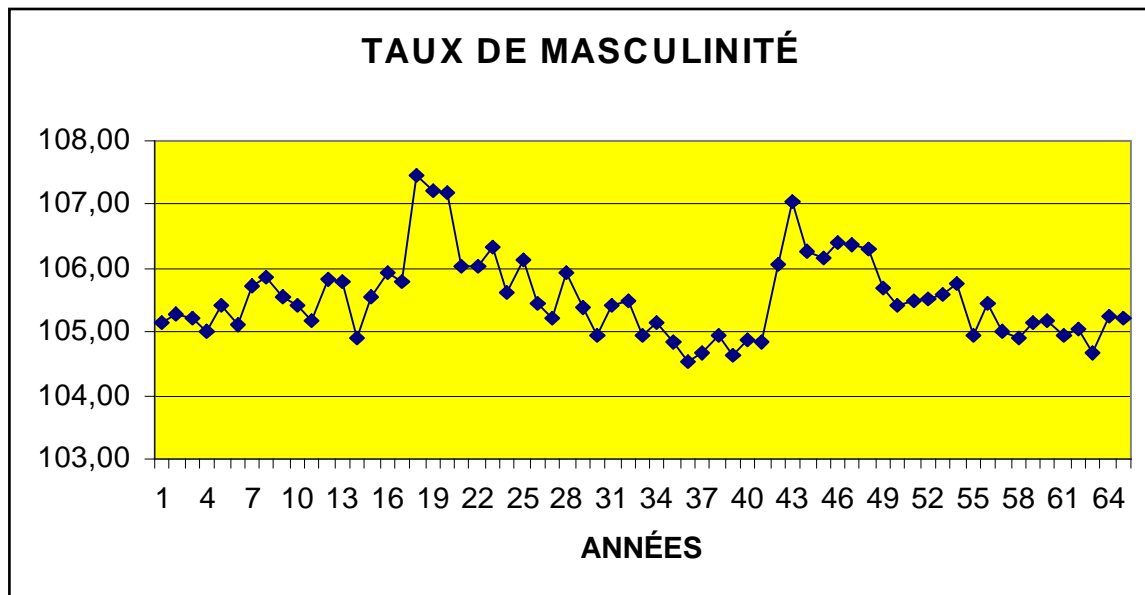
(29) Jacquard (Albert) : *Structures génétiques des populations*, éd. Masson, 1970, 400 p.

(30) Wilson (Edward O.) : *L'humaine nature. Essai de sociobiologie*, éd. stock, 1979, 318 p.

(31) Voir en particulier Sahlins (Marshall) : *Critique de la sociobiologie*, Gallimard, 1980, 192 p.

les engagés au STO ont été éloignés longtemps tandis que les bombardements ont touché aussi bien les hommes que les femmes.

Après guerre, tous les taux explosent : nuptialité, natalité, fécondité, puis reprennent leur évolution en baisse habituelle. Si l'on considère le taux de masculinité, on observe que la proportion des naissances de garçons par rapport aux filles augmente à la fin des guerres et juste après.



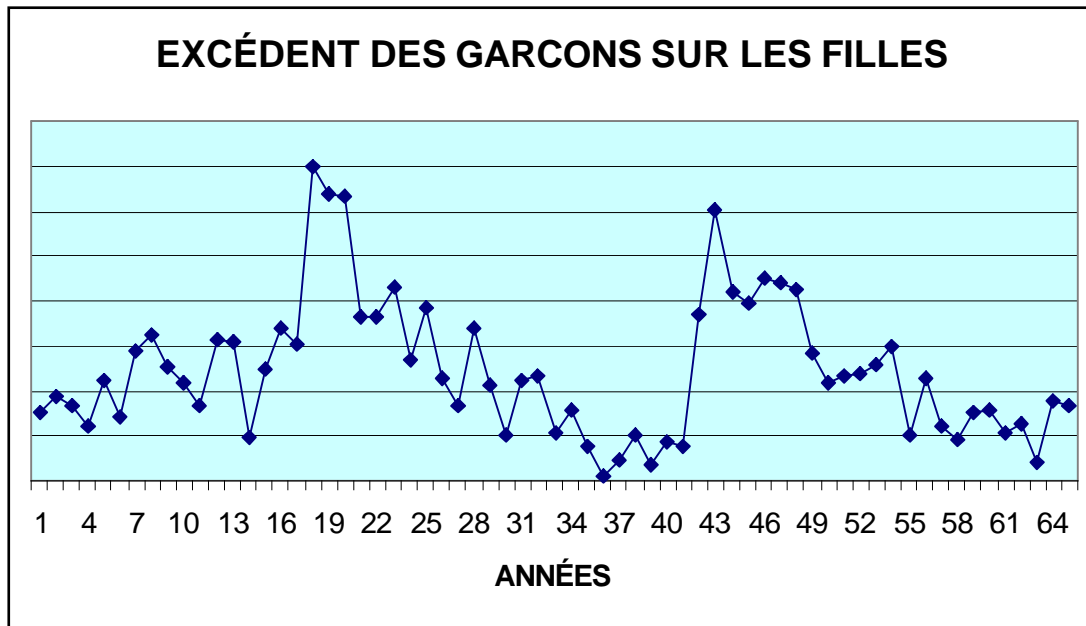
TAUX DE MASCULINITÉ (en %) selon les sources INSEE

Le taux de masculinité se maintient aux alentours de 105 jusqu'en 1917 puis grimpe à 107,46 en 1918 et se stabilise à 107 jusqu'à 1920, ensuite baisse progressivement à 106 de 1921 à 1925 pour finalement rejoindre les 105 à partir de 1926.

En ce qui concerne la seconde guerre mondiale, le taux qui a baissé à 104 en 1936 se stabilise à cette valeur jusqu'en 1941, c'est-à-dire durant les prémices de la guerre et le début de celle-ci. Ensuite il grimpe à 106 en 1942 et 107 en 1943, se stabilise aux alentours de 106 de 1944 à 1948 puis rejoint les 105 habituels dès 1949.

C'est-à-dire que durant les périodes d'incertitude et de guerre meurtrière (pour les hommes), le taux de masculinité est normal (105), voire légèrement plus bas, puis dès la fin de la guerre (1918 pour la première, 1942 pour la seconde car la France est alors vaincue, la guerre est considérée comme terminée et perdue, peu de Français continuent à se battre) le taux grimpe comme s'il fallait plus de garçons pour remplacer les hommes morts.

Si l'on calcule autrement cette différence en déterminant un excédent des naissances de garçons sur les filles $\left(\frac{\text{nb de G} - \text{nb de F}}{\text{Total des naissances}} \times 1000 \right)$, on obtient les mêmes tendances.



EXCÉDENT DE GARÇONS SUR LES FILLES (en %) selon les sources INSEE

L'excédent (habituellement aux alentours de 25 - 28 %) grimpe à 36 en 1918 et reste très élevé jusqu'en 1920 puis redescend. De même, il grimpe en 1942 jusqu'en 1948 puis baisse. Mais il est un peu moins élevé après la guerre de 39-45 qu'après celle de 14-18 où il y a eu plus de morts au combat. Il semble donc qu'il y ait une correspondance entre les morts masculines à la guerre et l'excédent de naissances de garçons sur les filles. Fabienne Daguët, qui se base sur les taux de masculinité, est interpellée par cette observation :

« Comme partout dans le monde, il naît en France plus de garçons que de filles : le nombre de garçons pour 100 filles, ou rapport de masculinité à la naissance, y est habituellement de 105 ou 105,5 [...]. Cependant, il s'est élevé pendant les deux guerres mondiales : jusqu'à 107,5 garçons pour 100 filles en 1918 et 107 en 1943 [...]. Ce phénomène curieux n'a encore trouvé aucune explication satisfaisante »⁽³²⁾.

Dire que les naissances de garçons sont plus nombreuses pour remplacer les hommes morts à la guerre peut sembler une explication rationnelle. Mais en réalité on sort de la rationalité car les femmes n'ont pas le choix du sexe de leur enfant. Aussi bien dans les années 1918-20 qu'à la fin des années 40, on n'avait la possibilité de connaître le sexe du fœtus (l'échographie n'existait pas). La surprise arrivait à la naissance. Il n'y avait pas de moyen de faire naître des garçons, ou d'avorter avant la naissance de filles puisqu'on ne connaissait pas le sexe de l'enfant futur.

Y aurait-il eu infanticides de filles comme en Chine récemment depuis la politique de l'enfant unique (où les familles préfèrent alors un garçon) ? Au contraire, juste après guerre il y a un désir d'enfants dans la population et tout nouveau-né est le bienvenu ; tandis que la natalité explose et que le taux de masculinité est au plus haut, les cas d'infanticide diminuent. S'il y avait eu poussée d'infanticides de filles, on aurait observé une augmentation des cas d'infanticides en général, ce qui n'est pas le cas.

(32) Daguët (Fabienne) : *Un siècle de fécondité française*, INSEE, 2002, p. 21.

Peu de travaux portent sur ce problème⁽³³⁾. Dans une thèse de 1926, P. Yocas répertorie les infanticides condamnés durant la période de la guerre et peu après⁽³⁴⁾.

1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920
92	67	80	138	130	129	125	178

Nombre de condamnations pour infanticide par années

On remarque que les infanticides diminuent en même temps que le taux de natalité s'effondre (1914-1915), ensuite ils remontent durant les périodes sombres de la guerre (1916-1917), en fin de guerre il diminue (1918-1919) juste pendant la période de fort taux de masculinité. L'explosion de 1920 correspond à l'explosion des taux de divorces, d'avortements (réprimés à l'époque), de criminalité⁽³⁵⁾, mais dans le même temps le taux de masculinité baisse. Il n'y a donc pas de rapport entre le taux de masculinité et les infanticides⁽³⁶⁾. De plus, comme le remarque J-C. Chesnais, « durant la période 1930-1945, l'infanticide est indépendant du sexe des nouveaux nés. [...] Bien plus, à la fin de la guerre [...], les garçons sont plus souvent tués que les filles »⁽³⁷⁾. Ainsi peut-on dire que l'augmentation relative de naissance de garçons en fin de guerre n'est pas due à l'infanticide des filles.

Il faut donc chercher ailleurs l'explication, et il ne reste plus que celle des grands courants d'équilibre socio-biologique. Mais alors comment expliquer qu'un ovule fécondé sache qu'il manque des hommes et qu'il faille faire plutôt un garçon ? Nous quittons là la rationalité en envisageant la communication entre une cellule et un groupe humain. Comment une information à caractère démographique (manque d'hommes) peut être transmise à une cellule pour qu'elle s'oriente légèrement (le décalage vers les garçons n'est que de quelques %) vers la création d'un garçon ? L'ovule faisant partie du corps de la femme, on ne peut qu'admettre qu'il y a, dans ce cas précis, une détermination de la situation démographique du pays sur le corps des femmes.

Conclusion

À la limite de la rationalité

La question majeure qui se pose alors est celle du processus d'information. Comment l'ovule est-il informé qu'il doit produire plutôt un garçon ? L'information n'est pas définitive, elle évolue avec le temps. Quand les hommes manquent (après guerres), il faut produire 107 garçons pour 100 filles. Quand l'équilibre est rétabli, il faut produire 105 garçons pour 100 filles. La différence est faible et pourtant toujours présente en France après les guerres. Il faut se tourner vers les biologistes et leur poser la question. N'étant pas biologiste, nous laissons la question ouverte. Ce que nous pouvons dire seulement c'est que, en relisant A. Jacquart – qui

(33) Dunand (Clémence) : *L'infanticide en France de 1870 à la deuxième guerre mondiale*, Mémoire IEP, Grenoble, 2001, 115 p. ; on trouve quelques éléments dans Bessette (Jean-Michel) : *Sociologie du crime*, PUF, 1982, p. 28 ; Chaulot (Paul) & Susini (Jean) : *Le crime en France*, Hachette, 1959, p. 38 & pp. 65-72 ; Chesnais (Jean-Claude) : *Histoire de la violence*, éd. Laffont "Pluriel", Paris, 1981, pp. 107-115. Les auteurs remarquent que l'infanticide est un fait féminin (90% des infanticides sont commis par des femmes).

(34) Yocas (Panagiote) : *L'influence de la guerre européenne sur la criminalité*, thèse, éd. Jouve, Paris, 1926, 126 p.

(35) P. Yocas note les mêmes phénomènes dans les autres pays d'Europe.

(36) Les ouvrages précédemment cités notent à juste titre que les chiffres des infanticides ne reflètent pas la réalité car le phénomène est secret et peu d'infanticides arrivent jusqu'aux tribunaux, ils ne sont que la partie émergée de l'iceberg. Néanmoins ils sont un signe du phénomène. Si le nombre d'infanticides condamnés baisse, cela laisse à penser que le nombre réel baisse aussi. Par contre, comme le fait remarquer P. Yocas, la baisse des années 1914-1915 s'explique par le fait qu'en ce début de guerre une certaine désorganisation règne et beaucoup d'enquêtes ne peuvent être menées.

(37) Chesnais (J-C) : *Op. cit.*, p. 115.

d'ailleurs n'a pas traité de cette question du taux de masculinité –, il faut admettre que ce n'est pas l'ovule seul qui détermine le sexe, mais qu'il s'agit plutôt de variations de probabilités sur un ensemble d'ovules. Le premier point est celui de la probabilité d'obtenir un garçon ou une fille en période de paix. Là, la biologie devrait répondre prochainement à la question de la probabilité d'obtenir 105 garçons pour 100 filles. Le dépouillement du génome humain apportera peut-être la réponse, liée à la configuration même des chromosomes X ou Y : il y aurait une probabilité un peu plus grande d'obtenir un Y. Le second point est celui de l'augmentation de production de Y en fin de guerre et, là, le non rationnel s'impose.

Après guerre, durant un an ou deux, les naissances sont favorables aux garçons, puis le phénomène de "convergence vers les équilibres stables" (A. Jacquart)⁽³⁸⁾ rétablit l'équilibre autour de 105 pour 100. Ceci nous amène à deux conclusions qui ouvrent des perspectives abyssales :

- 1) Il existe bien un sociosomatisme qui fait que la société, dans le cas présent, joue sur le corps de certaines femmes en déterminant leur gestation.
- 2) Les gènes ne contiennent pas seulement des informations physiques sur le corps à construire, mais aussi **de la connaissance** – ce que nous savions déjà pour les animaux⁽³⁹⁾ – connaissance qui met en rapport avec l'espèce proche – en l'occurrence la nation qui vient de subir une guerre.

Mais comment donc se présente ce cryptage par les gènes de ces connaissances innées ? Il semble indispensable maintenant d'engager une recherche sur ce phénomène, en vérifiant d'abord statistiquement si on le retrouve ailleurs qu'en France (là où il y a eu beaucoup de morts masculins, Allemagne notamment), ensuite en unissant biologistes et sociologues dans une tentative d'explication

Claude RAVELET

(38) Jacquart (Albert) : *Op. cit.*, p. 243.

(39) Sinon comment l'oiseau tisserin isolé dès sa naissance de ses congénères saurait-il d'emblée comment construire son nid. De même, des oiseaux migrateurs isolés depuis leur naissance entendent-ils l'appel mystérieux à la migration.