



**HAL**  
open science

# L'inégalité devant la mort : Approche socio-anthropologique de la mortalité différentielle en France

Aurélien Cintract

► **To cite this version:**

Aurélien Cintract. L'inégalité devant la mort : Approche socio-anthropologique de la mortalité différentielle en France. Sociologie. Université de Franche-Comté, 2013. Français. NNT : 2013BESA1004 . tel-00942716

**HAL Id: tel-00942716**

**<https://theses.hal.science/tel-00942716v1>**

Submitted on 6 Feb 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE FRANCHE-COMTE**

**ECOLE DOCTORALE «LANGAGES, ESPACES, TEMPS, SOCIETES»**

Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en

**SOCIOLOGIE**

**L'INEGALITE DEVANT LA MORT**

***APPROCHE SOCIO-ANTHROPOLOGIQUE DE LA MORTALITE DIFFERENTIELLE  
EN FRANCE***

Présentée et soutenue publiquement par

**Aurélien CINTRACT**

Le 24 janvier 2013

Sous la direction de M. le Professeur Jean-Michel BESSETTE

Membres du jury :

Jean-Michel Bessette, professeur, université de Franche-Comté

Christine Detrez, MCF HDR, ENS Lyon, Rapporteur

Dominique Jacques-Jouvenot, professeur, université de Franche-Comté

Bruno Péquignot, professeur, université Paris 3, Rapporteur



## Remerciements

Je tiens avant tout à remercier mon directeur de thèse, Mr J. M. Bessette, qui a su me donner, lors de mes premières années d'étudiant en sociologie et anthropologie, le goût de la recherche. Depuis 2005, ses précieux conseils, le suivi très sérieux de mon travail, malgré la distance qui sépare Besançon de Perpignan, m'ont permis de terminer cette étude.

Je remercie également tous mes proches :

En premier lieu, mon épouse, Malou, sans qui cette thèse n'aurait jamais pu être achevée. Je la remercie, encore une fois, pour sa compréhension et sa patience durant ces sept années.

Je remercie également mon père, ma mère et ma sœur, pour leur soutien et pour l'intérêt qu'ils ont porté à mes recherches, ainsi que pour leurs « inquiétudes » par rapport à la finalisation de ce long de travail.

Je remercie mes amis, mes proches, qui m'ont toujours soutenu et conseillé durant ces années. Je n'oublie évidemment pas Ludivine – merci encore...-, dont les compétences en informatique m'ont été plus qu'utiles sur la fin.

Bref, *cette thèse n'est pas que notre thèse...*

« *La mort n'a peut être pas plus de secrets à nous révéler que la vie* »

G. Flaubert, *Lettre à G. Sand*, 1870

# Introduction

« *La plupart des gens ne meurent qu'au dernier moment ; d'autres commencent et s'y prennent vingt ans d'avance et parfois davantage. Ce sont les malheureux de la terre.* »

L. F. Céline<sup>1</sup>

Nous ne pouvons trouver de plus remarquable réflexion pour introduire à une étude sur la mortalité différentielle. Avec froideur, elle exprime une réalité fondamentale, pourtant souvent ignorée : *l'inégalité des hommes devant la mort.*

Appréhender la mortalité dans une perspective différentielle revient donc, finalement, à problématiser sociologiquement la mort. Car celle-ci, nous le verrons, est un fait social à part entière. Phénomène biologique, ou encore « fait de nature », tout laisse à penser qu'elle est débordée de toute part par des *effets de culture*...

Que certains *meurent au dernier moment*, tandis que d'autres, *plus malheureux, s'y prennent vingt d'ans d'avance*, n'indique pas seulement la dimension profondément inégalitaire de la mort, au détriment des plus « pauvres » ; cette formulation, au-delà de son originalité, semble aussi nous indiquer à quel point la mort est une production sociale - qu'elle se *construit* tout au long de l'existence -, à quel point les raisons de la *mort inégale* sont aussi à chercher dans l'étude du vivant. Il est donc probable, c'est en tout cas une hypothèse, que l'inégalité devant la mort soit le résultat des inégalités devant la vie, que la mort plus ou moins précoce et le

---

<sup>1</sup> L. F. Céline, *Voyage au bout de la nuit*, Ed. Gallimard, 1952, p. 53.

type de mort résultent de l'inscription des individus dans la vie sociale, de l'appartenance à tel ou tel groupe, déterminant des pratiques et symboliques différenciées.

Dès lors, on pourrait penser que les catégories défavorisées du monde social sont déterminées, par leurs conditions générales d'existence, à mourir prématurément, ce qui laisserait sous-entendre que les probabilités de vivre plus ou moins longtemps seraient aussi largement fonction de la place occupée par les individus dans les rapports de production, ou, pour le dire autrement, que le métier exercé, qui au-delà du travail, *implique aussi une condition*, exercerait une influence considérable sur la longévité.

Nous verrons que les faits confirment, en grande partie, ces points de vue. La catégorie socioprofessionnelle, d'ailleurs, constituera une variable incontournable pour appréhender la question des inégalités de santé et analyser plus finement les causes de l'inégalité sociale devant la maladie et la mort.

Pourtant, pendant longtemps, la mort a été regardée comme un phénomène relevant d'un quelconque hasard, dont l'échéance ne pouvait en aucun cas être pensée en relation avec l'existence. Que l'on décède dans la fleur de l'âge, ou que l'on côtoie la vieillesse, tout cela n'avait rien à voir avec la façon dont les hommes vivaient. Cela dépendait de constitutions biologiques « naturellement » inégales, d'hygiènes de vie différentes, etc. C'est en tout cas l'interprétation que l'on donnait à la surmortalité ouvrière au 19<sup>ème</sup> siècle, jusqu'à ce que la manifestation exacerbée de l'inégalité sociale due au capitalisme triomphant interpelle l'esprit scientifique, et que l'on commence à établir des liens entre la *misère de condition* et les décès prématurés enregistrés dans le prolétariat urbain ; des enquêtes, comme nous le verrons, de plus en plus précises et fiables, ont montré combien un organisme mal nourri, mal soigné, excédé de travail, ne trouvant repos que dans l'insalubrité, était voué à une mort précoce.

Ainsi, jusqu'au siècle de l'industrialisation, l'intérêt porté aux disparités sociales de mortalité reste très limité. On considère la mort comme un phénomène biologique « autonome », réglé par avance, déterminé par une mécanique précise qui a ses propres lois et qui veut que la durée de vie soit la même pour tous. C'est en tout cas ce que croyait le naturaliste Buffon, écrivant, au 18<sup>ème</sup> siècle, dans son *Histoire naturelle de l'Homme* :

« (...) Si l'on fait la réflexion que L'Européen, le Nègre, le Chinois, l'Américain, l'homme sauvage, le riche, le pauvre, l'habitant de la ville, celui de la campagne, si différents entre eux par tout le reste (...) n'ont chacun que le même intervalle de temps à parcourir entre la naissance et la mort ; que la différence des races, des climats, des nourritures, des

*commodités, n'en fait aucune à la durée de vie (...); on reconnaîtra encore plus clairement que la durée de vie ne dépend ni des habitudes, ni des mœurs, ni de la qualité des aliments, (bref) que rien ne peut changer les lois de la mécanique qui règle le nombre de nos années... »<sup>2</sup>*

Il n'y a donc guère que deux siècles que l'on commence à s'intéresser d'un peu plus près à la réalité d'une mortalité différentielle, qui serait fonction de la profession et de la position sociale; progressivement, l'intuition d'une influence des facteurs sociaux sur la santé, étayée par les faits, voit le jour.

Toutefois, l'intérêt porté aux causes sociales va peu à peu s'estomper à partir des découvertes pastoriennes. On minimise, de plus en plus, la part du social dans la détermination des états de santé au profit d'explications purement biologiques: chaque maladie, selon la théorie de « l'étiologie scientifique », serait due à un microbe...

Aujourd'hui encore, proposer une interprétation sociologique à l'inégalité devant la mort, c'est aller à l'encontre de l'idéologie courante qui a tendance à mettre en avant le hasard, la fatalité, ou encore la « nature », pour expliquer les disparités de santé entre individus, pour rendre compte des différences, des écarts en matière de durée de vie. Pour le sens commun (et pas seulement...), le fait d'être en bonne ou mauvaise santé tient largement aux qualités de la personne, souvent innées, en dehors de toutes déterminations sociales.

Cette idéologie du « don naturel », en matière de santé et de longévité, « *cette prédominance du rôle de la nature et du biologique, sinon du divin, dans ce qui touche à la vie corporelle et à ses manifestations – notamment pour ce qui est des maladies et du vieillissement – est peut être plus que jamais à l'ordre du jour* »<sup>3</sup>. A plus forte raison que les progrès des sciences (notamment dans le domaine de la biologie moléculaire ou de la génétique) incitent à une lecture de plus en plus médicale, focalisée sur les problèmes organiques, de la maladie; pour comprendre l'origine des phénomènes pathologiques, y compris dans le domaine des maladies mentales, on a tendance à mettre davantage l'accent sur des facteurs d'ordre biologique.

En réalité, l'intérêt pour la question de la détermination sociale de la mort, une fois portée au jour par des enquêtes épidémiologiques portant sur la classe ouvrière (menées notamment par le docteur Villermé, au 19<sup>ème</sup> siècle), s'est progressivement étioilé; il n'a pas été constant et ne s'est pas manifesté partout.

---

<sup>2</sup> Buffon, *Histoire naturelle de l'Homme*, Paris, 1792, Plasseta, T. 1, p. 185-186.

<sup>3</sup> P. Aïach, *Les inégalités sociales de santé*, Ed. Economica, 2010, p. 7.



En France, il faudra attendre près d'un siècle pour que de nouveaux travaux sur la mortalité *sociale* soient réalisés<sup>4</sup>. Plus récemment, les travaux de Guy Desplanques<sup>5</sup> ont mis en lumière les importantes disparités d'espérance de vie qui subsistent malgré les progrès accomplis (du point de vue de l'accroissement de la longévité moyenne).

Le thème des inégalités sociales de santé - et plus largement celui de l'inégalité devant la mort - est devenu en Europe, depuis environ un quart de siècle, un objet spécifique qui ne manque pas d'alimenter certains débats scientifiques et politiques. C'est surtout dans les années 1980, rappelle P. Aïach<sup>6</sup>, après la sortie du *Rapport Black*<sup>7</sup>, que ce thème semble avoir émergé dans quelques pays européens. Par ailleurs, l'OMS (organisation mondiale de la santé) qui avait inscrit dans son programme « La santé pour tous en l'an 2000 », avec pour un objectif une réduction des inégalités de 25 %, a encouragé la création de groupes de scientifiques travaillant sur ces questions, groupes qui se sont rencontrés depuis 1979 jusqu'en 1986, pour mettre en commun et comparer leurs résultats.

Malgré les pistes de recherches lancées au 19<sup>ème</sup> siècle, ce thème, au niveau hexagonal, est resté traité de façon discrète par quelques chercheurs (démographes, épidémiologistes, économistes de la santé et sociologues). Il faudra attendre le début des années 2000 pour que la question des inégalités de santé soit traitée dans un ouvrage collectif regroupant un grand nombre de contributions d'épidémiologistes et de chercheurs en sciences sociales<sup>8</sup>. Depuis, il semble que ce thème redevienne une préoccupation pour la recherche : des rapports y font de plus en plus référence (comme celui du Haut Comité de la Santé Publique - 2002 - ), des études, assez courtes et synthétiques, également<sup>9</sup>.

Ce regain d'intérêt, en fait, est sans doute un indicateur de la façon dont une époque détermine (ou impose...), en quelque sorte, des objets d'étude : la conjoncture économique, sociale, est difficile, la crise frappe lourdement et surtout inégalement, car ce sont les populations défavorisées, surexposées au chômage et à la précarité, fragilisées par une pauvreté multidimensionnelle, qui en pâtissent le plus. Or des conditions d'existences

---

<sup>4</sup> Les premiers résultats de l'enquête longitudinale INSEE sur la mortalité sociale différentielle, mise en place en 1954, donne ses premiers résultats en 1965 (G. Calot et Febvay M., 1965 ; G. Desplanques, 1976). Puis un premier livre sur les inégalités sociales devant la mort sera publié en 1979 (Surault, 1979).

<sup>5</sup> G. Desplanques, *La mortalité des adultes suivant le milieu social : 1955 - 1971*, Collections de l'INSEE, D 44, 1976.

<sup>6</sup> P. Aïach, *op. cit.*, p. 3.

<sup>7</sup> Rapport de synthèse réalisé à partir de divers travaux sur les inégalités sociales de santé et qui tente de traiter, à la fois, de la mortalité, de la morbidité des soins médicaux, de l'étiologie, des causes des inégalités et des actions futures à entreprendre...

<sup>8</sup> A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Inserm & La Découverte, Paris, 2000.

<sup>9</sup> Comme, par exemple, celle d'A. Bihl et R. Pfefferkorn, (*Les inégalités sociales de santé*, mis en ligne sur internet).

dégradées (qui placent les individus dans des impasses...), nous le verrons, ont des répercussions majeures sur l'état de santé...et sur la durée de vie.

Nous avons le sentiment, finalement, que la question des inégalités de santé – du moins en sciences humaines – est plus évoquée, plus parlée, plus visible. Comme si cela répondait d'un besoin. En sociologie, d'ailleurs, bien que nous n'ayons pas connaissance de toute la littérature, passée et en cours, consacrée à ce vaste domaine, elle suscite, semble-t-il, un intérêt croissant. On a presque envie de dire que la santé, en sciences sociales, est à la mode...

Toutefois, excepté les efforts faits par P. Aïach pour rassembler, dans un même ouvrage<sup>10</sup>, quinze années de travail, de réflexions, sur le thème des inégalités sociales de santé, il y a peu, à *notre connaissance*, de travaux récents entièrement consacrés à la question de l'inégalité devant la mort en France. L'entreprise à laquelle nous nous livrons peut paraître d'ailleurs démesurée, trop ambitieuse. Elle l'est sans doute. Car nous ne cesserons de le répéter : trop nombreux sont les facteurs susceptibles d'avoir un impact sur la santé, et *in fine*, sur la durée de vie des hommes. C'est pourquoi il ne faut parler de la mort qu'avec humilité...

Ainsi, pour tenter de comprendre comment se construisent les inégalités de santé, nous avons été contraints de faire des choix, de trier, de classer, de mettre en attente, d'écarter, bref, de « discipliner », en quelque sorte, un objet que l'on a tendance à voir partout : car, finalement, tout peut être rattaché au thème de la mort, puisque plus que tout autre objet, il s'imisce partout. La vie ayant parti lié avec la mort, on pourrait dire que *tout est « vie », tout est « mort »*....

Le plus difficile, sans doute, aura donc été de savoir par où commencer, dans quel ordre, par quel angle d'attaque, bref, ... de savoir quelle conduite tenir vis-à-vis de la mort, comment l'affronter !

C'est par le biais de l'histoire – et même de la préhistoire, de l'archéologie - que nous nous familiariserons progressivement avec ce vaste objet d'étude qu'est la mort, si présente, si violente et si soudaine autrefois.

Nous considérerons donc, dans une première partie, l'évolution des espérances de vie sur la longue durée. On verra alors que depuis les premiers âges, la durée de vie s'est considérablement allongée dans les pays « développés » : d'environ 25 ans pour les périodes préhistoriques jusqu' à 80 ans environ aujourd'hui (deux sexes confondus) pour un pays

---

<sup>10</sup> P. Aïach, *Les inégalités sociales de santé*, op. cit.

comme la France. Les causes de mortalité ont aussi évolué avec le temps. Pour nos sociétés, nous sommes passés, grosso modo, de l'âge des épidémies, des grandes famines et des guerres pour une large période couvrant le moyen âge, à l'âge des maladies cardio-vasculaires et des tumeurs, *pathologies néfastes* des temps modernes. Toutefois, nous insisterons bien sur l'idée qu'une histoire de l'espérance de vie et de ses progrès au fil des siècles ne se résume pas à une histoire de la médecine...

*Malgré ces avancées, la mort ne frappe pas tout le monde de la même façon.*

Si notre recherche portera essentiellement sur la France, aujourd'hui<sup>11</sup>, nous ne négligerons cependant pas l'étude de certains aspects de la mortalité différentielle dans le passé, en insistant sur les écarts selon le milieu social. Nous verrons alors que l'inégalité sociale devant la maladie et la mort n'a rien d'un phénomène nouveau.

Puis l'essentiel de notre travail sera consacré à l'étude de la mortalité différentielle en France. Avant toutes choses, nous essayerons de comprendre les raisons du différentiel de longévité entre sexes: *hommes* et *femmes*, en effet, ne sont pas égaux devant la mort. Dans la plupart des pays « développés », la surmortalité masculine est la règle.

Ensuite, nous verrons à quel point l'inégalité devant la maladie et la mort apparaît de façon éclatante lorsque l'on considère les catégories sociales. Ce point occupera d'ailleurs une très grande partie de notre travail.

Nous verrons alors dans quelles mesures le travail (les conditions dans lesquelles il s'exerce), la précarité, l'inactivité, le chômage, le niveau de formation, les modes de vie, l'habitat, l'environnement, ou encore la situation familiale (vie sociale consistante et soutien social) exercent des effets propres sur la longévité. Les catégories sociales défavorisées, fragilisées par leurs conditions d'existence et pouvant difficilement se soustraire à nombre de facteurs de risques, sont davantage soumises à tout un ensemble de causes qui peuvent, à plus ou moins brève échéance, conduire à la maladie. On parlera donc, dans cette perspective, d'une inégalité sociale face à la morbidité, c'est-à-dire d'une inégalité face à l'ensemble des facteurs débouchant potentiellement sur la maladie. Le travail est plus nocif, plus risqué pour les salariés exécutants ; le chômage et l'inactivité, à l'origine de divers maux, reste une affaire de travailleurs pauvres et sous-qualifiés ; l'obésité - et toutes les complications qui en découlent - est une maladie sociale par excellence, symptomatique des classes populaires (tout comme

---

<sup>11</sup> Période : v. remarques méthodologiques.

certaines addictions...); l'insalubrité, l'inconfort et l'étroitesse des logements ont également des répercussions sur l'état de santé des plus démunis; sans compter les risques liés à l'isolement relationnel, au manque d'intégration (et de régulation), à la perte de ressources sociales et affectives, qui concernent aussi, pour bonne part, ces catégories de population. On remarquera également que les individus appartenant aux classes défavorisées, donc ceux qui auraient le plus besoin de recourir aux soins, sont aussi ceux dont la propension à se soigner est la plus faible, pour des raisons à la fois *économiques, géographiques et socioculturelles*.

Enfin, nous verrons en quoi la *mort inégale* est le résultat des inégalités devant la vie. Nous montrerons, également, qu'à travers l'étude des chiffres de la mortalité, c'est aussi l'étude du vivant qui apparaît sous un jour nouveau. En définitive, les statistiques de la mortalité différentielle constituent un outil efficace (un « puissant » indicateur) d'objectivation des inégalités entre classes sociales.

Mais nous essayerons d'aller encore plus loin dans l'étude de ce véritable phénomène social qu'est la mort. Dans une perspective anthropologique, nous essayerons de voir dans quelles mesures la surmortalité des classes dominées peut aussi être lue comme un produit de la domination. En considérant l'*homme complet*, en portant au jour les interactions permanentes qui existent entre le biologique et le sociologique, nous verrons à quel point la santé de l'homme – et peut-être même sa survie... ? – dépend largement de sa capacité d'action (déterminée culturellement), de ses facultés d'adaptation, bref, du pouvoir qu'il a sur le monde...

## Remarques méthodologiques, définitions<sup>1</sup>

C'est d'un point de vue quantitatif, par le biais de la statistique – essentiellement -, que nous traiterons la question de l'inégalité devant la mort.

Si les données relatives à la mortalité et à l'espérance de vie (fournies notamment par l'INSEE), en fonction de certaines variables, comme le sexe, ou la catégorie sociale, offrent une bonne vue d'ensemble – photographie...- des inégalités qui structurent le monde social, nous sommes aussi conscients des limites d'une approche opérée par le biais statistique. Un chiffre livre une moyenne, il a tendance à homogénéiser des faits qui sans doute gagneraient aussi à être travaillés plus finement, par des approches qui gommant moins les particularismes, les détails, les subtilités que la statistique ne permet pas toujours d'observer.

Néanmoins, nous prenons le parti de réfléchir sur la mort, fait social à part entière, en nous concentrant sur des phénomènes généraux, en essayant de porter au jour des régularités tendanciennes en matière de santé et de mortalité. Nous reviendrons sur ces questions là dans la *Synthèse générale* de notre travail.

L'étude de la mortalité différentielle en France se fera, grosso modo, sur une période allant du début des années 1990, jusqu'à 2010. A partir de 1991, les enquêtes sur les conditions de travail sont plus fournies, elles permettent une meilleure analyse des rapports entre travail et santé ; les données sur la mortalité, en général, nous ont semblé aussi plus complètes, plus variées ; aussi, les études sur les causes de décès en fonction de la « CSP » étant difficiles à se procurer (contrairement au sexe...), il a fallu travailler sur des données moins « récentes »...mais qui conservent pourtant toute leur validité.

Fin 2009, il a fallu, de plus en plus, rédiger, analyser, synthétiser et cesser de récolter indéfiniment des faits ; car comme l'a dit Mills, il arrive un moment, dans la recherche, où il faut en finir avec les études, les livres, et se mettre à penser, à faire preuve d'*imagination sociologique*. C'est ce que nous avons essayé de faire.

---

<sup>1</sup> Source :INSEE.

## **Quelques notions – repères - démographiques :**

### *- L'espérance de vie*

L'espérance de vie à la naissance (ou à l'âge 0) représente la durée de vie moyenne - autrement dit l'âge moyen au décès - d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge. Elle est un cas particulier de l'espérance de vie à l'âge x. Cette espérance représente, pour une année donnée, l'âge moyen au décès des individus d'une génération fictive d'âge x qui auraient, à chaque âge, la probabilité de décéder observée cette année-là au même âge. Autrement dit, elle est le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge x (ou durée de survie moyenne à l'âge x), dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

### *- L'espérance de vie en bonne santé, sans incapacités*

L'espérance de vie en bonne santé (à la naissance), ou années de vie en bonne santé (AVBS), représente le nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre (à la naissance). Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités (dans les gestes de la vie quotidienne) et l'absence d'incapacités. L'AVBS est un indicateur d'espérance de santé qui combine des informations sur la mortalité et la morbidité. Les informations utilisées pour son calcul sont des mesures de prévalence (proportions) de la population d'un âge spécifique étant dans des conditions de bonne ou mauvaise santé et des informations de mortalité par âge. Il est aussi appelé espérance de vie sans incapacité (EVSI).

### *- L'espérance de vie par catégorie sociale*

L'espérance de vie est l'âge moyen au décès pour une génération fictive qui serait soumise toute sa vie aux conditions de mortalité actuelles. C'est un bon indicateur synthétique des conditions de mortalité du moment. Toutefois, aucune génération ne connaît tout au long de sa vie les conditions de mortalité actuelles. Les générations les plus anciennes ont été soumises à des conditions de mortalité plus défavorables que les jeunes. Et si les tendances se

poursuivent, ces dernières connaîtront de meilleures conditions de mortalité. L'étude de la mortalité d'une génération n'est évidemment possible que pour des générations anciennes. Leur étude confirme les tendances observées sur les espérances de vie : par exemple, 13 % des ouvrières âgées de 40 à 49 ans en 1968 sont mortes avant 70 ans, alors que c'était le cas de 19 % des hommes « cadres » du même âge. L'étude de l'espérance de vie par catégorie sociale ne prend pas en compte la mobilité sociale. On calcule l'âge moyen au décès d'une personne qui aurait tout au long de sa vie les conditions de mortalité actuelles d'une catégorie sociale donnée. Les personnes ayant connu une ascension sociale ont en général une mortalité comprise entre celle de leur catégorie sociale de départ et celle de leur catégorie d'arrivée, même si les écarts sont parfois faibles et que cette relation est moins claire pour les femmes.

#### - *Table de mortalité*

Une table de mortalité annuelle suit le cheminement d'une génération fictive de 100 000 nouveau-nés à qui l'on fait subir aux divers âges les conditions de mortalité observées sur les diverses générations réelles, durant l'année étudiée. Pour éviter les aléas des tables annuelles et pour disposer d'une table détaillée par âge aussi précise que possible, on calcule également une table de mortalité couvrant une période de trois années.

#### - *Mortalité, morbidité*

La *mortalité*, ou *taux de mortalité*, est le nombre de décès annuels rapportés au nombre d'habitants d'un territoire donné. Elle se distingue du *taux de morbidité*, qui est le nombre de malades annuels rapporté à la population, et du *taux de létalité*, qui est le nombre de décès rapporté au nombre de malades. Cet indice statistique sert à l'étude de la démographie, au même titre que la natalité ou la fécondité. Il dépend de la structure par âges de la population, représentée par la pyramide des âges, qui est affectée par le vieillissement démographique. On lui préfère les taux de mortalité par âge comme le taux de mortalité infantile ou le taux de mortalité juvénile. On synthétise l'ensemble des taux de mortalité par âges avec l'espérance de vie. Ces données nous renseignent sur les conditions sanitaires générales d'un pays.

*- Taux de mortalité prématurée standardisé (‰)*

Le taux de mortalité prématurée des hommes et des femmes est le rapport entre le nombre de décès au cours de l'année d'individus âgés de moins de 65 ans sur la population totale moyenne de l'année des moins de 65 ans, hommes ou femmes. Afin de corriger les différentes structures par âge, on utilise des taux standardisés, où les taux de mortalité selon l'âge sont combinés à l'aide de la structure par âge nationale. Par définition, le taux standardisé de mortalité prématurée correspond au taux de mortalité prématurée que l'on observerait si la structure par âge de la population était la même que celle France entière (métropole + DOM).

*- Surmortalité*

Taux de mortalité supérieur à un autre.

*- Mortalité différentielle*

La mortalité différentielle recouvre les différences de mortalité selon certains critères donnés ou selon certaines variables, comme le sexe, la profession, le diplôme, le revenu, la catégorie sociale, l'état matrimonial, etc.



**PREMIERE PARTIE**

***REPERES HISTORIQUES***

## CHAPITRE PREMIER

# L'Evolution des espérances de vie

### *1 - Des chiffres à l'analyse des principaux facteurs d'accroissement de l'espérance de vie*

Dans un premier temps, nous allons considérer l'évolution des espérances de vie sur la longue durée. Au regard de l'histoire, et plus particulièrement pour les pays « développés », la durée de vie s'est considérablement allongée : d'environ 25 ans pour les âges préhistoriques, à environ 80 ans aujourd'hui (deux sexes confondus), pour un pays comme la France.

Les causes de mortalité ont aussi évolué avec le temps. Nous sommes passés, grosso modo, pour nos sociétés, de l'âge des épidémies, des grandes famines et des guerres pour une large période couvrant le Moyen-âge, à l'âge des maladies cardio-vasculaires et des tumeurs, « fléaux » des temps modernes. Toutefois, nous insisterons bien sur l'idée qu'une histoire de l'espérance de vie et de ses progrès au fil des siècles ne se résume pas à une histoire de la

médecine. Un des objectifs de ce premier chapitre sera donc de souligner l'importance, en matière de santé, que peuvent jouer les facteurs socioculturels - au sens le plus large du terme. Depuis les âges les plus lointains et les époques les plus reculées, la durée de vie des êtres humains a formidablement augmentée. De l'ère préhistorique à aujourd'hui (sociétés modernes, « développées »...), celle-ci a quasiment triplée : l'espérance de vie de nos ancêtres dépassait rarement plus de 25 ans, tandis qu'aujourd'hui, dans la plupart des pays « riches », l'homme moderne peut espérer vivre en moyenne jusqu'à 80 ans – deux sexes confondus.

Avant de nous arrêter plus en détail sur cette question de la longévité pour des époques plus récentes, essayons de remonter le fil du temps afin de retracer, dans la mesure du possible, les grandes périodes de l'évolution historique de la longévité moyenne. Nous reviendrons également, bien entendu, sur les facteurs majeurs, « évidents », qui ont contribué à cet accroissement, tout en insistant sur l'idée que ces progrès ne peuvent être compris que de manière dynamique, puisque multiples sont les causes qui, par leurs actions conjuguées, ont joué en faveur de la vie plus longue des hommes.

### *Vie et mort durant la préhistoire*

Avant d'enfiler, en toute modestie, l'habit d'archéologue, ou d'historien, pour rendre compte de faits humains – relatifs à la mortalité - bien éloignés, rappelons toute la prudence qu'il convient de garder par rapport aux résultats et aux analyses que nous allons présenter.

En effet, c'est une tâche bien complexe que d'évaluer avec quelque précision la durée moyenne de la vie humaine à des époques antérieures au 18<sup>ème</sup> siècle (essor de la démographie) ; on se base, avec toute la précaution requise, sur le dépouillement des registres paroissiaux et, pour les temps antiques, sur l'épigraphie funéraire et quelques rares témoignages sur les résultats de recensements<sup>1</sup>. Pour les âges préhistoriques, les études

---

<sup>1</sup> J. Guillerme, *La longévité*, P.U.F., 1957, p. 37.

utilisent en général l'analyse des squelettes trouvés en un site et établissent des statistiques sur l'âge de la mort et, par extrapolation, sur l'espérance de vie.<sup>2</sup>

Bien que nous ne disposions que d'une vision partielle des sociétés préhistoriques, observons pour commencer quelques aspects démographiques propres à ces dernières.

D'après l'état des squelettes, la presque totalité des sinanthropes (individus appartenant à une espèce fossile d'Hominidés - *homo erectus Pekinensis* -, dont les restes ont été découverts en Chine) auraient succombé avant l'âge de 30 ans.

Les méthodes utilisées pour évaluer l'âge sont plus imprécises encore que celles utilisées pour le sexe ; elles demeurent, aux dires des préhistoriens, entachées d'erreurs systématiques d'une telle ampleur que « *tout ce qui a été écrit sur les décès, dans la fleur de l'âge, des populations historiques, sur les hécatombes des jeunes mères, etc., ne doit être accueilli qu'avec un certain scepticisme* »<sup>3</sup>. En définitive, le peu qui reste laisse à penser que les populations préhistoriques n'avaient pas de raisons d'être sensiblement différentes des populations modernes de chasseurs-cueilleurs ou même de cultivateurs vivant éloignés de la médecine occidentale. Ces populations ont pu être, *sur le plan démographique*, proche du paysannat français ou brésilien des 17<sup>ème</sup> et 18<sup>ème</sup> siècles, lui-même assez proche des chasseurs bushmen d'Afrique Australe, des peuples Bandé du Sénégal...

On envisage dès lors comme hypothèse la moins onéreuse les conditions suivantes, qui s'apparentent à celles des paysans du 17<sup>ème</sup> siècle :

- une mortalité infantile élevée, quoique très inégalement représentée dans les nécropoles : de l'ordre de 40 % des enfants seraient décédés avant cinq ans.

- du fait de cette mortalité élevée aux premiers âges, l'espérance de vie à la naissance aurait été très basse (25 à 30 ans) ; néanmoins, une fois dépassée la période dangereuse des cinq premières années, l'espérance de vie se serait sensiblement relevée : à 20 ans, on aurait même eu, avec des conditions favorables, encore quelque 35 années à vivre. Environ un adulte sur deux aurait dépassé 55 ans et un pourcentage non négligeable aurait connu ce que nous appelons la vieillesse.

---

<sup>2</sup> Concernant les méthodes des paléanthropologues, v. *La préhistoire dans le monde*, ouvrage collectif dirigé par J. Garanger, Nouvelle édition de *La préhistoire* d'André Leroi-Gourhan, P.U.F., 1992, chapitre sur *L'étude des sépultures et de la paléosociologie* (démographie, maladies, genres de vie, structure sociale, famille, attitude des vivants à l'égard des morts), p. 263.

<sup>3</sup> *Ibid*, p. 271.

- une vie moyenne à peu près égale pour les deux sexes, les accidents de la maternité étant plus que compensés par une plus grande fragilité du sexe « fort », déterminé par sa robustesse et sa force physique à assurer la survie de la communauté en chassant, en combattant, en affrontant les grands prédateurs, bref, en remplissant une fonction sociale qui expose fortement aux morts violentes.

Nous aurons l'occasion de voir, un peu plus tard, que la mortalité féminine est généralement, aujourd'hui, inférieure à la mortalité masculine dans la plupart des pays du monde – pays « développés » notamment – et ce à tous les âges. On sait, cependant, qu'il n'en a pas toujours été ainsi et que dans les sociétés préhistoriques, la mortalité féminine, bien que proche de celle des « mâles », était légèrement plus élevée que celle de ces derniers, spécialement chez les jeunes femmes. Cette surmortalité était communément attribuée à la mortalité maternelle des premières couches. Dans les populations exhumées, cette surmortalité atteint des taux excessivement élevés, à tel point que le tiers des jeunes filles de 15 ans seraient décédées avant leur vingt-cinquième année et que la différence d'âge médian au décès entre les deux sexes atteindrait en général au moins 12 ans et pourrait aller jusqu'à 17 ans.

### *Principales causes de mortalité*

Outre les risques liés à la mortalité infantile et maternelle, la vie durant cette large période qu'est la préhistoire était, très certainement, fortement soumise aux aléas de l'existence, aux dangers sous toutes leurs formes : risques liés à la chasse, cohabitation avec les grands prédateurs, conflits, violence entre tribus (lutttes territoriales), caractère imprévisible d'une nature devant laquelle l'homme s'incline, maladies, hygiène, genres de vie, nourriture, empoisonnements, nomadisme, etc. On ne se trompera guère, à priori, en disant que la longévité, en ces temps, était fortement malmenée par toute l'incertitude qui pesait sur la vie des hommes, par la place prépondérante qu'occupaient, dans le paysage social, les morts violentes.

Concernant la maladie en général, la *paléo pathologie* est susceptible de fournir quelques enseignements utiles, même s'ils demeurent toujours soumis à caution<sup>4</sup>. Observons cela.

A part quelques articles occasionnels, les recherches systématiques sur les pathologies qui ont affecté les hommes préhistoriques ont commencé – pour la France – en 1930 avec le docteur

---

<sup>4</sup> Cf. J. Dupâquier, *Histoire de la population française*, P.U.F., 1988, tome I, p. 53 à 61.

Léon Pales. Repris et largement développés et enrichis par le docteur Jean Dastugue, ces travaux permettent aujourd'hui de connaître directement certains aspects de la nosologie des populations préhistoriques, de leur mode de vie et de leur comportement, voire de leur thérapeutique<sup>5</sup>. Pour être synthétique, on peut retenir que nombre de maladies des hommes préhistoriques se présentent comme les nôtres, les différences siégeant surtout dans la faible fréquence des cancers osseux, des fractures des grands os longs et des caries dentaires ; les trépanations thérapeutiques font penser, au moins à partir du Chalcolithique<sup>6</sup>, à une recherche médicale et chirurgicale active et audacieuse (besoin de comprendre, d'assurer la survie : adaptation, évolution des techniques et des savoirs...); la survie de certains infirmes témoigne aussi de pratiques d'assistance indiscutables.

Cette revue très sommaire de quelques acquis de la paléo pathologie ne livre que certains traits de la morbidité, et très peu de causes de décès, c'est-à-dire des facteurs trop secondaires de la mortalité pour garantir la plausibilité d'un certain nombre d'hypothèses. Pour tenter d'y remédier, les spécialistes se reposent en partie sur une approche indirecte de l'histoire biologique des affections.

A en croire la *paléo histoire des maladies*, les pathologies infectieuses ou parasitaires n'ont pas toujours existé. Comme tout ce qui est vivant, elles naissent, se développent, subissent des transformations au cours des millénaires, puis déclinent et disparaissent un jour avec l'évolution des causes qui les avaient créées. Infections et parasites participent, au même titre que les prédateurs, aux équilibres biologiques, c'est-à-dire aux relations entre espèces vivantes. Aussi, leur nocivité pour l'homme – pouvoir pathogène – est en relation avec, d'une part, leur histoire, et d'autre part, avec les facteurs sociaux, économiques et culturels des sociétés humaines. Si l'on prend en considération les facteurs proprement *humains – produits de l'action de l'homme sur son environnement* -, il est intéressant de noter, par exemple, que la révolution Néolithique (bouleversement radical des rapports entre les hommes : sédentarité, agriculture, élevage, notion de propriété, division progressive du travail ; apparition des premiers villages, des premières cités, avec leurs systèmes hiérarchiques, leurs inégalités, etc...), même si elle s'étale sur plusieurs siècles, est en revanche pour l'homme la source d'une nouvelle pathologie. D'un côté, les plantes et la domestication des animaux modifient son alimentation, de l'autre, il se trouve constamment en contact avec les maladies et les

---

<sup>5</sup> Cf. J. Dastugue, *Les maladies des hommes préhistoriques du paléolithique et du mésolithique*, in *La préhistoire française*, Paris, CNRS, 1976, tome I, p. 612-622.

<sup>6</sup> Période protohistorique où le cuivre commence à être en usage. En Europe occidentale, l'âge du cuivre s'étend approximativement de - 2500 à - 1800.

parasites des plantes et des animaux, fragilisés par la domestication qui élimine presque toute sélection naturelle<sup>7</sup>. Les terres cultivées, les pâturages, ont également favorisé quantité de parasites et de maladies<sup>8</sup>.

Ainsi, c'est au cours des dernières années de la préhistoire, entre le Néolithique et l'Antiquité, que se sont installées les conditions épidémiologiques qui ont gouverné la population de la France - plus particulièrement - jusqu'au 19<sup>ème</sup> siècle. Au Moyen-âge, presque toutes les conditions ont été réunies pour une large diffusion des maladies épidémiques et d'un très grand nombre d'affections endémiques<sup>9</sup>.

### *La période « pré-statistique »*

Bien que toute évaluation précise de la durée moyenne de la vie reste compliquée avant le 18<sup>ème</sup> siècle, le fait fondamental qui ressort des études concernant la longévité moyenne est son accroissement à peu près permanent dans les pays de l'occident. La marche en avant de l'espérance de vie se fait néanmoins sur un rythme assez lent.

Dans l'état actuel des connaissances, la vie moyenne des hommes n'a guère dû dépasser 35 ans, dans les périodes favorables, jusqu'à l'émergence d'une thérapeutique efficace et d'une hygiène plus adaptée, c'est-à-dire jusqu'au milieu du 18<sup>ème</sup> siècle pour les pays les plus « avancés ». Dans les périodes *favorables*, car à la mortalité moyenne que subissent toutes les populations, s'ajoute une surmortalité résultant de cataclysme ou de fléaux exceptionnels, et cette surmortalité résulte surtout de grands groupes spécialisés : famines, épidémies, guerres, violence et massacres. Nous ne reviendrons pas ici sur toutes les causes de mortalité qui ont pu sévir au cours du Moyen-âge et durant une large partie de la Renaissance. On peut d'ores

---

<sup>7</sup> J. Dupâquier, *op. cit.*, p. 60.

<sup>8</sup> « L'irrigation a développé les moustiques et répandu le paludisme, le stockage alimentaire a multiplié les rongeurs commensaux comme le rat, qui à partir du 6<sup>ème</sup> siècle nous a transmis la peste par ses puces ; les salaisons, premier moyen de conserver les aliments, ont multiplié les cas de scorbut. De la familiarité avec les bovidés en Inde est vraisemblablement née la variole (...) ; le mouton nous a transmis la pustule maligne du charbon, brouté avec l'herbe dans des champs maudits, et la douve du foie ; le chien et le bœuf nous ont transmis de nombreux parasites (ténias), de même le porc, avec la trichine et aussi la grippe ; le cheval de son côté nous donnait la morve et le farcin, épouvantables maladies, heureusement non épidémiques... » (J. Dupâquier, *op. cit.*, p. 60)

<sup>9</sup> Qui sévit constamment dans un milieu, un pays...

et déjà souligner, également, que dans de nombreux pays du « Tiers monde », aujourd'hui, l'imbrication de la faim, de la misère, de la violence et de la maladie existe toujours et les épidémies y sont toujours aussi meurtrières que celles vécues autrefois dans l'occident...

Il y a aussi de fortes raisons de croire qu'aucune population n'a pu durablement avoir une vie moyenne effective notablement inférieure à 25 ans sans courir le risque d'extinction.<sup>10</sup>

*Du 18<sup>ème</sup> siècle à aujourd'hui : la vie progresse, les études aussi...*

Au siècle des Lumières, la notion d'espérance de vie naît, s'affine et se sophistique : « *l'essor de la démographie était la condition d'une approche rationnelle de toute science de longévité* »<sup>11</sup>. En effet, Deparcieux fut, dans notre pays, l'initiateur ; en 1746, il fit paraître les premières tables de mortalité de la vie humaine.

Les études sur la longévité moyenne, de plus en plus fiables depuis deux siècles et demi, attestent d'un accroissement considérable de l'espérance de vie. Celle-ci s'établissait en moyenne, les deux sexes confondus, ainsi :

- entre 25 et 35 ans pour la deuxième moitié du 18<sup>ème</sup> siècle (1740/1800).
- entre 35 et 40 ans pour la première moitié du 19<sup>ème</sup> siècle (1800/1850).
- entre 40 et 50 ans pour la seconde moitié du 19<sup>ème</sup> siècle (1850/1900).
- entre 50 et 60 ans pour le premier tiers du 20<sup>ème</sup> siècle jusqu'à la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale (1900/1938) et de 65 ans à la fin des années 1940 à environ 80 ans actuellement...

On voit que du milieu du 18<sup>ème</sup> siècle à aujourd'hui, la « vie moyenne » a augmenté, en France, de plus de cinquante années. Ainsi, c'est au cours des trois derniers siècles que se sont accomplies les victoires les plus importantes sur la mort...

Fin 18<sup>ème</sup>, début 19<sup>ème</sup>, La mortalité prend du recul, sous l'effet de la disparition progressive des crises alimentaires ainsi que de certaines épidémies (notamment la peste) ; de même, l'absence de guerres se déroulant sur le territoire national épargne les populations des « pics » de surmortalité. A en croire certains historiens de renom, comme Fernand Braudel, la baisse

---

<sup>10</sup> Cet argument est avancé par A. Sauvy, in *Les limites de la vie humaine*, Hachette, 1961.

<sup>11</sup>J. Guillerme, *op. cit.*, p. 28



de la « *mortalité de crise* » serait même le fait fondamental.<sup>12</sup> En outre, sauf exceptions locales ou régionales, on constate, dans l'ensemble, une atténuation de la « *mortalité normale* », qu'il s'agisse de la mortalité infantile, jusqu'alors très marquée, ou de la mortalité juvénile, tandis qu'augmente la proportion des décès de personnes âgées dans le total des décès d'adultes : en somme, les adultes vivent plus longtemps. Ici s'amorce un mouvement qui se poursuivra jusqu'à nos jours.

### *Des victoires remportées sur les premiers âges...*

A cette échelle de plus de deux siècles, vivre plus longtemps ne se résume pas systématiquement à vivre plus vieux. Une grande partie des gains d'espérance de vie enregistrés sur la longue période provient d'une mortalité moins élevée en tout début de vie (pendant longtemps la baisse de la mortalité a principalement concerné la petite enfance). Au 18<sup>ème</sup> siècle, près de la moitié des décès avaient lieu avant la cinquième année ; aujourd'hui, à peine plus de 1% des décès surviennent avant cinq ans, tandis que la moitié des individus meurent entre 75 et 90 ans.

Dans un article consacré à cette relation étroite entre *accroissement de l'espérance de vie* et chute de la *mortalité aux premiers âges*, G. Pison mentionne que la forte progression de la longévité, au tournant des années 1800, est en grande partie la conséquence de la vaccination contre la variole : pour un nouveau-né, le risque de mourir au cours de sa première année avait brusquement chuté, passant, en deux décennies, de près de 275 pour mille à près de 185 pour mille.<sup>13</sup> Au cours du 19<sup>ème</sup>, souligne le démographe, l'espérance de vie a continué à épouser l'évolution de la situation sanitaire des enfants. Sa stagnation au milieu du siècle de l'industrialisation, d'ailleurs, est concomitante d'une remontée de la mortalité infantile liée à l'urbanisation et à la montée de l'industrialisation, qui dégrade les conditions de vie des enfants, notamment dans les villes. Inversement, sa forte augmentation à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle provient des progrès de l'hygiène et de la médecine liés à la révolution Pastoriennne, dont les enfants ont été les premiers bénéficiaires, et aussi de la mise en place des premières politiques de protection de la petite enfance.

---

<sup>12</sup> F. Braudel, E. Labrousse, *Histoire économique & sociale de la France*, P.U.F., 1993, tome III, p. 163.

<sup>13</sup> Cf. article de G. Pison in « *population & sociétés* » N° 40, Mars 2005, INED.

*Puis sur des âges plus avancés...*

Depuis le milieu du 20<sup>ème</sup> siècle, ce n'est plus la baisse de la mortalité infantile mais la lutte contre les maladies touchant les adultes et les personnes âgées qui explique, pour l'essentiel, la progression de l'espérance de vie. Les maladies cardio-vasculaires et les cancers sont à présent les principales causes de décès à ces âges. Alors qu'autrefois l'accroissement de la longévité dépendait en grande partie des victoires gagnées sur la mortalité infantile et les maladies infectieuses, il résulte dorénavant des succès rencontrés dans le traitement des maladies cardio-vasculaires et des tumeurs.

Le 20<sup>ème</sup> siècle donne ainsi à voir un bouleversement des causes de mortalité et du même coup des facteurs d'accroissement de la durée de vie. Mais il n'en reste pas moins qu'identifier, analyser et comprendre, sur la longue durée, ce qui a pu permettre aux hommes de vivre de plus en plus longtemps, de voir l'échéance de leur propre mort sans cesse repoussée, demeure une entreprise bien compliquée ; d'autant que les raisons de ces progrès, semble-t-il, dépassent le simple cadre de la médecine, puisqu'ils trouvent – en partie - leur explication en amont de l'entrée dans le système de soins...

## *2 - Comprendre l'évolution des espérances de vie*

Parmi les facteurs majeurs – qui se conjuguent – d'accroissement de l'espérance de vie, on peut retenir les suivants (qui sont ceux qui reviennent régulièrement dans la plupart des articles et ouvrages consacrés à ces thèmes) :

- les progrès constants en matière d'hygiène, de soins et plus récemment d'obstétrique.
- la découverte de la pénicilline (A. Flemming, 1928) et plus largement le recours aux antibiotiques à partir des années 1940.
- la mise en œuvre de programmes de vaccination.
- les progrès en matière de traitement de maladies cardio-vasculaires chez les personnes âgées.

A première vue, les progrès accomplis par une médecine de plus en plus efficace semblent avoir joué un rôle prépondérant dans l'allongement de la durée de vie. Toutefois, il importe, selon nous, de penser ces victoires progressives sur la mort dans un cadre plus large (qui ne réduit pas la santé à l'acte médical, à la démarche curative...). Nous sommes donc d'avis qu'une histoire mondiale de l'espérance de vie - et de son accroissement régulier - ne se réduit pas à une histoire de la médecine. Les changements à l'origine de cette marche en avant de la longévité moyenne sont plus globaux. C'est en tout cas l'avis de certains chercheurs, qui considèrent que l'allongement de la vie moyenne ne dépend pas seulement des progrès de l'hygiène et de la médecine<sup>14</sup>. Il est conditionné, au moins en partie, par un respect croissant de l'existence individuelle, plus ou moins répandu dans les communautés nationales et dans les groupes sociaux, manifesté plus ou moins intensément dans les démarches curatives ou préventives des individus et des collectivités.

La chute de la mortalité, à une époque et dans une partie du monde données, peut être associée à tel vaccin ou à telle lutte contre diverses pathologies qui s'avèrent efficace, il n'en demeure pas moins qu'il est difficile de dégager un schéma général valable pour tous les pays. Riley identifie, quant à lui, six « *champs tactiques* » susceptibles de rendre compte de la baisse constante de la mortalité : *la santé publique, la médecine, l'accroissement du revenu et de la richesse, la nutrition, les comportements et l'éducation*.<sup>15</sup>

### *Le processus de civilisation*

En occident, par exemple, les progrès en matière de longévité peuvent être également reliés, au moins partiellement, au processus de « *civilisation* » et de « *pacification des mœurs* » dont Norbert Elias s'est fait le théoricien.<sup>16</sup> Ce dernier rappelle avec intelligence, d'un point de vue *socio-historique*, que tout cet ensemble de mœurs, d'usages et d'habitudes de vie, allant de la façon de manger, de se tenir, de prendre soin de soi, etc., aux manières de coexister, d'échanger avec les autres (vivre en société), ont tendance à être pensés et à être vécus, par les individus, comme « naturels », alors qu'il constituent un trait culturel parmi d'autres. Ces

---

<sup>14</sup> C'est notamment l'avis de J. Stoetzel. Cf. « Sociologie et démographie », *Population*, 1946, n° 1, p. 84.

<sup>15</sup> James C. Riley, *Rising life expectancy. A global history*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001.

<sup>16</sup> Cf. N. Elias, *La civilisation des mœurs*, Pocket Agora, 1973.

considérations renvoient évidemment à la notion d'*habitus* (et d'*hexis* : incorporation de la culture qui devient une seconde nature...) chère à P. Bourdieu, c'est-à-dire à tout ce *dépôt d'acquis*, d'apprentissages, de manières d'être, d'agir, de penser, bref, à tout cet ensemble de manières de vivre socialement constitué, très profondément ancré dans le corps, dans le cerveau.

Par une comparaison des traités de civilité (notamment du traité d'Erasme *De civilitate morum puerilium*), des écrits médiévaux et des traités ultérieurs des 17<sup>e</sup>, 18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> siècles, Elias montre comment le moindre geste est le résultat d'une évolution historique et comment les comportements sur lesquels on ne réfléchit plus, qui nous semblent universellement partagés, « naturels », ces attitudes les plus personnelles et intimes (manières de table, fonctions naturelles, relations sexuelles...), s'inscrivent dans un processus général. Ces attitudes et ces conduites remplies d'intimité se trouvent, au bout du compte, conditionnées, déterminées et englobées dans des dimensions symboliques, productions historiques et sociales.

Produits d'une culture en constante évolution, construction sociale parmi d'autres, les mœurs et les habitudes se placent ainsi à un stade déterminé d'une évolution séculaire. Du Moyen-âge – et même auparavant -, où le contrôle des pulsions est réduit, jusqu'à nos jours, les classes dirigeantes ont été progressivement modelées par la vie de cour, et la spontanéité, s'exprimant par des comportements, des conduites assez « primaires », exemptes de distanciation et de régulation (manières de manger, de se moucher, hygiène, relations sexuelles, violence sanguinaire, etc.), a fait place à la règle, à l'autocontrôle, au refoulement et au rejet dans la vie privée. Cette véritable mutation du comportement à la Renaissance n'est pas seulement perceptible à travers des changements notoires dans la façon de vivre, de se tenir, de se présenter, bref, dans le rapport entretenu à la *civilité* ; elle l'est aussi à travers une modification de l'agressivité qui ouvre la voie, si l'on peut dire, à un certain apaisement des relations humaines, à une pacification des mœurs, d'abord palpable et mesurable sur la place publique puis, plus lentement, dans la vie familiale. Le désir du contrôle de soi, en particuliers des pulsions agressives et destructrices, a touché l'aristocratie et induit un nouveau langage et de nouvelles conduites : ne rien laisser paraître, prendre de la distance, de la hauteur, affecter de l'indifférence, privilégier la symbolisation, le « verbe » à la brutalité du corps et à la violence du geste, s'exprimer noblement et de manière raffinée, pour ne pas dire précieuse...<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Le processus de civilisation repose sur trois dimensions qui sous-tendent d'autres phénomènes macro sociaux : l'individualisation de la sphère intime, l'accroissement de la différenciation des fonctions sociales et de

Née au 18<sup>e</sup> siècle dans la société de cour, ce processus de pacification des mœurs s'est étendu à la bourgeoisie puis aux classes populaires pendant tout le 19<sup>e</sup> siècle.

En définitive, rien n'exclu que l'évolution constante des mœurs, des habitudes de vie – aussi intimes et imperceptibles soient-elles – aient contribué, dans des proportions qu'il serait « imprudent », scientifiquement parlant, de déterminer, au recul de la mortalité. Car si les mœurs évoluent, la vie suit et emprunte le même chemin. Notons, entre parenthèse, que ce qui semble valoir pour la *mortalité* semble aussi le valoir pour la *criminalité* ; l'historien R. Muchembled attribue, par exemple, la baisse constante de la violence sanguinaire (crimes de sang) depuis la fin du Moyen-âge aux mêmes facteurs<sup>18</sup>. La civilisation, la pacification des mœurs, dont l'interdiction du duel entre gentilshommes a été un symbole, aurait ainsi contribué à la chute spectaculaire de la criminalité. D'autant que ce phénomène d'autocontrôle, d'autorégulation des pulsions agressives s'est accompagné d'un désarmement généralisé des populations. Ayons en tête que pendant des siècles, et même des millénaires, le meurtre était considéré comme une affaire privée entre les individus, les familles ou les clans, comme dans un drame shakespearien. On tuait, on se vengeait, et ce cycle infernal et interminable, souligne Muchembled, pouvait se prolonger parfois sur plusieurs générations. Tout cela était affreusement banal et faisait même partie des relations sociales courantes. La justice n'avait que faire de ces affaires privées, de ces querelles de clochers ou de ces rixes de villages trop nombreuses, trop difficiles à traiter. En France, il aura fallu attendre la seconde moitié du 16<sup>e</sup> siècle pour que la justice s'empare du problème et condamne systématiquement l'homicide. Dès lors, Le regard porté sur ce type d'actes change (*nous ne réprouvons pas un acte parce qu'il est criminel mais il est criminel parce que nous le réprouvons*, écrivait Durkheim...); le regard porté sur l'existence et sur sa valeur, certainement, aussi. Peut-être même que le souci de préserver ce bien précieux qu'est la vie grandit également dans les

---

l'autorégulation des comportements. Ce paradigme contient donc une théorie du contrôle social selon laquelle les contrôles externes s'affaiblissent au profit d'une rationalisation plus forte des contrôles internes. Norbert Elias n'affirme pas, chose importante, que le contrôle de la société sur l'individu n'existe plus, mais qu'il tend à être intériorisé par l'individu lui-même. Dès lors, le processus de civilisation constitue une dynamique civilisationnelle de l'individualité comme centre de décision et d'action, ce qui ne veut pas dire non plus que l'autocontrainte n'existait pas auparavant. L'idée centrale du sociologue est que l'autocontrainte prend une nouvelle forme, qu'elle devient un enjeu social de distinction de soi, dans la société de cour d'abord puis dans l'ensemble de la société au fil des siècles. Le renforcement de l'autocontrainte apparaît donc comme une nécessité pour paraître « civilisé ». La conséquence de ce renforcement est théoriquement une réduction des écarts entre les comportements et les manifestations extrêmes. Dans cette perspective, le contrôle que l'individu exerce sur lui-même devient plus régulier, plus constant et plus modéré. L'idée que le champ de bataille est transporté dans le for intérieur de l'homme illustre bien la transformation de l'économie psychique. (cf. D. Ledent, *Norbert Elias, « vie, œuvres, concepts »*, Ellipses, Paris, 2009)

<sup>18</sup> R. Muchembled, *Une histoire de la violence – de la fin du Moyen-âge à nos jours*, Ed. du Seuil, 2008.

consciences individuelles, dans le for intérieur des hommes : *la mort étant davantage réprouvée, la vie s'en trouve valorisée...et inversement.*

A cette époque (16<sup>ème</sup> siècle), on commence à distinguer une violence positive, celle tournée vers les ennemis de la patrie, celle qui autorise et justifie la guerre, et une violence négative, illégitime, « anormale », qui transgresse non seulement les vieux tabous chrétiens mais aussi désormais la loi humaine, celle de chaque individu, dans la sphère privée, dont les pulsions doivent être canalisées...

### *Evolution du rapport à la vie et à la mort : un impact sur l'espérance de vie ?*

La vie, et toute la valeur qu'on lui prête, semble donc gagner en importance au fil des siècles. La mort est devenue « quelque chose », un *ennemi* que l'on combat, que nos sociétés n'acceptent plus, ne savent plus regarder en face. *Fuir la mort*, comme disait P. Ariès, devient une tentation de l'occident<sup>19</sup>. Nous serions passés de la mort familière, apprivoisée, à la mort refoulée, interdite. On raconte souvent, par exemple, que dans les périodes les plus sombres du Moyen-âge, les familles n'attribuaient que tardivement un prénom aux enfants, vu l'incertitude qui pesait sur les premières années de la vie. Il fallait deux garçons pour faire un homme, disait-on !

Ainsi la mort, peu à peu, sort du seul domaine de la fatalité, d'une échéance face à laquelle l'homme est complètement désarmé. Cette évolution du rapport à la mort - donc à la vie -, d'où a pu découler des façons de vivre différentes, des changements dans le regard porté sur l'existence et sur sa valeur, a sans doute aussi joué un rôle dans l'évolution de l'espérance de vie. L'existence, au fil des progrès accomplis, est progressivement devenue un bien précieux, que l'on chérit, que l'on protège et que l'on gère.

Le fait que la mort, au fil de l'évolution et des avancées accomplies par les sociétés humaines, ne soit plus regardée comme un événement tolérable et familier, a sans doute contribué, du même coup, à retarder sans cesse son échéance. Cette forme de combat, cette prise de conscience de l'intérêt à vivre, à s'inscrire dans la durée, a probablement participé à son recul progressif.

Ainsi, il semblerait que là où la vie gagne en valeur, la mort perd en vigueur...

---

<sup>19</sup> P. Ariès, *Essais sur l'histoire de la mort en occident, du Moyen-âge à nos jours*, Ed. du Seuil, 1975.

S'il est indéniable que des actions thérapeutiques de plus en plus efficaces ont contribué, au fil des siècles, à réduire l'incertitude qui pesait sur l'existence, il est aussi fort probable que la nature de ces progrès siège dans des facteurs qui ne relèvent pas des seules compétences de la médecine. Car la santé, comme nous le verrons plus tard dans notre travail, reste aussi une affaire de conduites, d'attitudes préventives qui s'acquièrent et s'exercent en amont de la rencontre avec le monde la médecine. Le taux de mortalité dépend de l'hygiène, des conditions et des modes de vie – alimentation, promiscuité, épidémies -, bref, de tout un ensemble de conduites préventives. La santé se construit donc aussi avant l'intervention de la médecine.

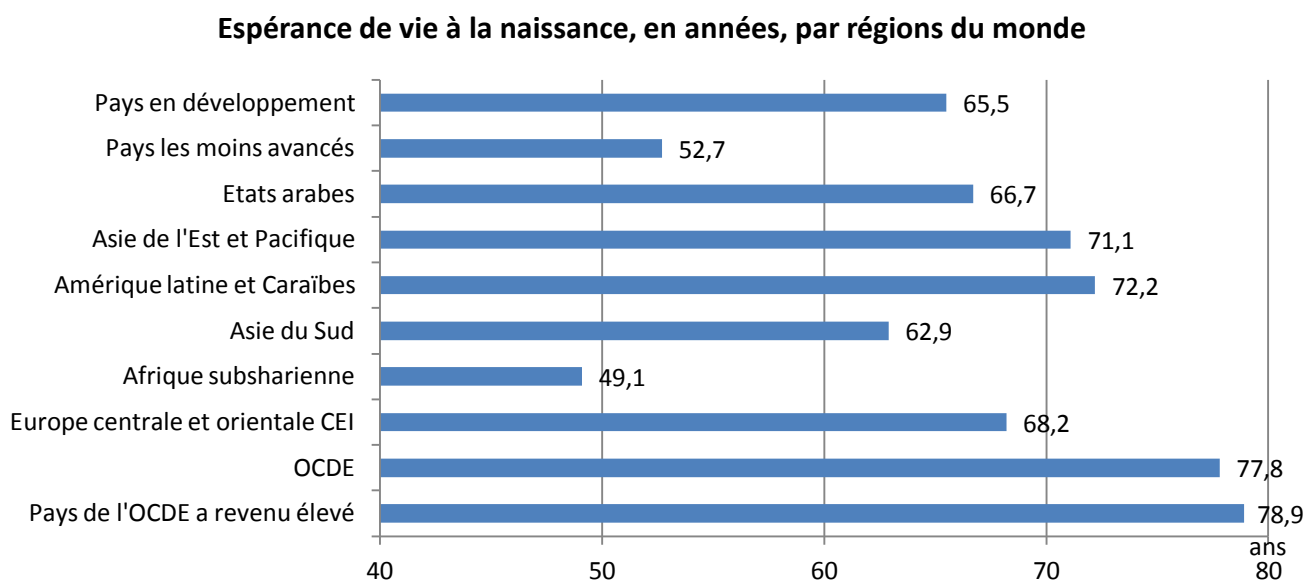
En réalité, si l'espérance de vie des hommes et des femmes du 21<sup>e</sup> siècle n'a rien de comparable avec ce qu'elle a pu être autrefois, c'est bien que des avancées ont été accomplies dans de multiples domaines de l'activité humaine. On peut donc raisonnablement penser que progrès social, culturel, technique, économique et médical aient conjugué leurs actions pour permettre aux individus de gagner considérablement en durée de vie.

*Au-delà de ces avancées...*

D'environ 25 ans, en moyenne, pour les âges les plus lointains, à près de 80 ans aujourd'hui, dans un pays comme la France, il est clair que les progrès, en matière de longévité, sont spectaculaires.

Toutefois, cette marche en avant de la longévité, ces victoires sur la mort, méritent d'être nuancées et relativisées à l'échelle planétaire. En élargissant un tant soi peu notre champ de vision, on constate que cette augmentation est surtout valable pour les pays « développés ». L'espérance de vie progresse, incontestablement, mais selon une rythmicité, un processus évolutif qui n'a rien d'universel. A l'aune du temps que nous pouvons espérer vivre, nous sommes bien inégaux sur la planète : on n'apprendra rien à personne en rappelant que l'espérance de vie est beaucoup plus élevée dans les pays riches que dans les pays pauvres, que le rêve d'une vie plus longue, pour ceux et celles qui foulent le sol des territoires les plus déshérités - en proie à d'importantes difficultés -, s'évapore bien souvent en fumée...

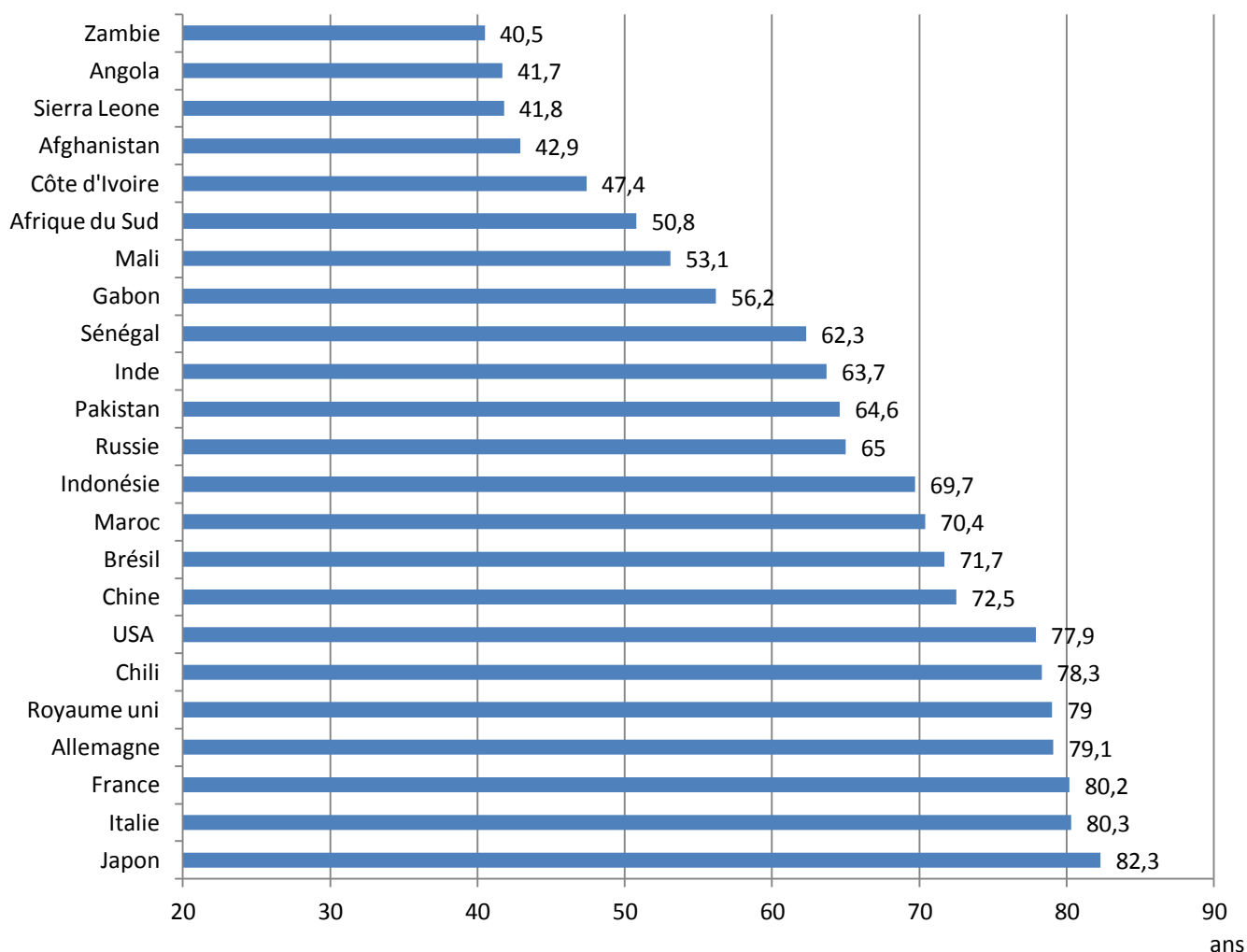
En regardant d'un œil plus averti certains chiffres permettant quelques comparaisons mondiales, on ne peut qu'être pris par un sentiment étrange, puisqu'ils ont tendance à renvoyer les nations « *sous-développées* » à des réalités démographiques d'« ancien style ». En effet, le Moyen-âge, sur le plan économique, sanitaire et social n'est pas encore enterré pour certaines régions du globe. Les chiffres de la mortalité, à ce niveau là, sont éloquentes.



Source : Rapport sur le développement humain Pnud 2007, données : 2005, in *L'état des inégalités en France*, 2009, Ed. Belin, 2008.



### L'espérance de vie à la naissance (en années) dans le monde, par pays



Source : Rapport sur le développement humain Pnud 2007, données : 2005, in *L'état des inégalités en France*, op. cit.

Dans certains pays riches, on peut vivre deux fois plus longtemps que dans les pays où l'espérance de vie est la plus faible. Dans presque tous les pays développés, elle augmente assez nettement. Celle-ci croît également dans les pays émergents (Amérique du Sud, Maghreb, Chine, Inde...), bien que l'écart avec les pays plus riches reste plus marqué. C'est en Afrique, continent frappé par les guerres et les épidémies (particulièrement le sida), que la longévité est la plus réduite : au mieux de 62 ans au Sénégal, elle est de 42 ans en Sierra Leone et de 40 ans en Zambie. Ces chiffres sont à peu près ceux que connaissait notre pays en

1800...Plus grave encore, contrairement au reste du monde, l'espérance de vie décroît dans de nombreux pays africains.

Ainsi, si au cours du 18<sup>e</sup> siècle, en occident, le cycle de la faim, de l'épidémie et du déséquilibre alimentaire commence à se rompre, il en va tout autrement pour les régions les plus pauvres du globe.

En évoquant succinctement les écarts d'espérance de vie à la naissance à l'échelle mondiale, entre pays et continents, nous rentrons progressivement dans le vif de notre sujet : *l'inégalité des hommes devant la mort*. Car en dépit de toutes les avancées que nous avons pu énumérer, de tous les progrès, sanitaires, économiques, socioculturels, etc., qui, par leurs actions communes, ont participé au formidable recul de la mortalité, *la mort ne frappe pas tout le monde de la même façon*. Non seulement elle ne frappe pas avec la même intensité toutes les régions du monde, mais au-delà de ces considérations à grande échelle, elle ne s'abat pas avec la même force sur les hommes, les femmes, les groupes sociaux ou les *classes* d'un même pays. Nous prendrons le soin, bien entendu, de présenter et d'argumenter tout cela en chiffres, puis nous tenterons d'analyser, de comprendre et d'interpréter – sociologiquement - les raisons de la persistance d'une inégalité sociale devant la mort, en France, aujourd'hui. Mais avant d'étudier ces questions plus en profondeur, nous consacrerons d'abord quelques pages à l'étude de la *mortalité différentielle* dans l'histoire. Nous verrons alors que l'inégalité devant la mort, en réalité, n'a rien d'un phénomène nouveau...

## CHAPITRE II

# Eléments sur la mortalité différentielle dans l'histoire

Comme nous l'avons souligné, la durée de vie s'est considérablement allongée dans les pays « développés ». Nous ne reviendrons pas sur les facteurs explicatifs de cet accroissement, qui sont multiples et qui s'autoalimentent. Nous pourrions longuement disserter sur les paramètres qui ont joué en faveur d'une vie plus longue pour les hommes ; il est cependant à peu près certain que des facteurs échapperaient à notre analyse, par simple oubli, ou, plus exactement, par la difficulté qu'il y aurait à saisir l'intégralité des multiples interactions qu'il existe entre ces nombreux paramètres.

Outre ces avancées, ce qui retiendra davantage notre attention, c'est le fait que ces progrès se sont inscrits à des rythmes différents au sein des diverses couches sociales, des différentes catégories de population. Les hommes vivent certes plus longtemps qu'auparavant, mais ce constat ne doit pas masquer le caractère profondément inégalitaire de la mort : la longueur du fil de l'existence est loin d'être la même pour tous, et l'allongement de la durée de vie n'a point effacé les disparités de mortalité. Bien au contraire. Celles-ci s'établissent, prennent

place dans le paysage social, perdurent, se maintiennent et parfois même se renforcent (sous l'effet de tout un contexte social, économique, politique, environnemental...).

L'observation du passé va nous enseigner que l'histoire de *l'inégalité parmi les hommes*, pour reprendre la formule chère à Rousseau, renferme aussi une histoire de l'inégalité des hommes devant la maladie et la mort.

On peut donc prétendre que si les hommes ne sont pas égaux devant l'existence, ils ne le sont pas davantage devant la mort ; nous ferons même l'hypothèse que les inégalités devant la mort sont le résultat des inégalités devant la vie. Plus que les thèmes de *mort*, d'*espérance de vie*, de *longévité*, que l'on peut envisager comme universels et intemporels, c'est bien l'idée d'*écarts* et d'*inégalités* qui nous occupera tout au long de notre travail.

L'heure est donc venue d'aborder le problème de la *mortalité différentielle*, que nous allons d'abord envisager d'un point de vue socio-historique.

## *1 - Mortalité différentielle, inégalités & Histoire...*

La mortalité différentielle recouvre les différences de mortalité selon certains critères donnés ou selon certaines variables, comme le sexe, l'âge, la profession, la catégorie sociale, l'état matrimonial, etc. La probabilité de vivre plus ou moins longtemps est donc fonction de l'influence de diverses variables. Nous consacrerons l'essentiel de notre temps à cette question de la mortalité différentielle en France, aujourd'hui.

Pour l'heure, dans ce chapitre à portée plus *socio-historique*, nous étudierons plus attentivement les différences de mortalité selon le milieu social, dans le passé.

A première vue, pour les époques anciennes, nous savons peu de choses sur les écarts de mortalité entre groupes sociaux. De même que les études portant sur la mortalité et l'espérance de vie, avant le 18<sup>ème</sup> siècle (essor démographie et statistiques...), doivent toujours être accueillies avec une certaine dose de prudence, il en va de même pour toute

tentative d'approche scientifique - fondée sur des données fiables, des matériaux précis...- des inégalités devant la mort pour les temps anciens.

La question de la différence de mortalité selon la classe ou la catégorie sociale a été soulevée par Moheau<sup>1</sup> dès 1778. Celui-ci fit apparaître une différence entre la mortalité des rentiers et celle de l'ensemble de la population d'une part, et entre la mortalité d'un ordre monastique et celle des habitants de Paris d'autre part (mortalité moins élevée chez les rentiers et chez les représentants de l'ordre monastique). Déjà, au milieu du 18<sup>ème</sup> siècle, Deparcieux, dans ses *Essais sur la probabilité de la vie humaine*, soutenait que la mortalité des rentiers, qui étaient de bons bourgeois, était inférieure à celle des grands seigneurs et des misérables, dont la santé est souvent ruinée dans un âge peu avancé, pour les uns par trop d'abondance de toute matière, pour les autres par trop d'indigence. La folie des excès, ou, à l'inverse, le cruel état de manque constituaient des facteurs non négligeables de morbidité. Prenons par exemple le cas de l'alimentation : c'est Norbert Elias, dans son célèbre ouvrage sur la *civilisation des mœurs*, qui nous rappelle que l'attitude de l'homme médiéval face à l'alimentation se situe entre deux extrêmes : la couche dirigeante séculière consomme, « *si nous la comparons à nos sociétés modernes, des quantités de viande qui nous paraissent à peine croyables.* »<sup>2</sup> Les milieux Monastiques, où se pratique un usage modéré et raisonnable de la nourriture, condamnent d'ailleurs en termes très sévères la « goinfrerie » des seigneurs séculiers. Au plus bas de l'échelle sociale, du fait de la pauvreté, couches inférieures et milieux ruraux ont une consommation de viande très limitée.

Si, dans l'ancien régime, la famine épargnait les classes favorisées, en revanche l'excès de nourriture a du provoquer quantité de décès prématurés chez les riches.

Mais ce sont surtout les études du docteur Villermé qui, au temps de la grande misère ouvrière, ont attiré l'attention sur la *mort inégale*. Nous reviendrons un peu plus loin sur ce 19<sup>ème</sup> siècle, marqué par l'émergence d'un prolétariat urbain contraint de faire don de sa force de travail aux propriétaires capitalistes, thuriféraires d'un mode de production, d'un régime économique axé sur la seule recherche et maximisation du profit ; cette course effrénée à l'argent, s'effectuant au détriment des classes laborieuses, a fait payer un prix élevé – bien supérieur à son salaire ! – à l'ouvrier l'usage intensif de son corps, sa seule force de travail. En proie au dénuement, à l'infirmité et à l'épuisement par simple excès de travail, l'ouvrier,

---

<sup>1</sup> Jean-Baptiste Moheau (1745-1794) est un démographe français, considéré comme l'un des fondateurs de la démographie. Dans son ouvrage *Recherches et considérations sur la population de la France*, publié en 1778 (librairie Paul Geuthner, 1912), il a été le premier à aborder la question de la mortalité différentielle selon les couches sociales. Cet ouvrage demeure cependant plus orienté vers l'étude de la population.

<sup>2</sup> Norbert Elias, *la civilisation des mœurs*, op. cit., p. 168.

rabaisé au rang de machine à produire, se retrouvait bien souvent condamné à une mort prématurée.

Depuis deux siècles environ, les recherches sont plus nombreuses, mais elles restent encore contrariées par l'insuffisance de documentation ; cependant, l'intuition d'une influence des facteurs sociaux sur la santé, étayée par les faits, s'instaure progressivement. C'est dans ce même contexte - siècle de l'industrialisation - que les hygiénistes ont dénoncé les écarts de mortalité entre groupes sociaux et se sont préoccupés de rechercher des explications en terme de causalité sociale. Le même Villermé a notamment pointé du doigt les différences de mortalité du choléra entre les quartiers riches et les quartiers pauvres de Paris en 1832. Cependant, l'attention portée aux conditions d'existence et aux pratiques sociales (pauvreté, eau polluée, problèmes d'hygiène, modes de vie, risques professionnels, etc.) s'est estompé à partir des découvertes pastoriennes. Progressivement, la théorie de « l'étiologie scientifique »<sup>3</sup>, selon laquelle chaque maladie est due à un microbe, détournait de l'intérêt porté aux causes sociales...

#### *Pour les anciens temps*

Pour les époques antérieures au 18<sup>ème</sup> siècle, la quantité de travaux portant directement sur la réalité d'une mortalité différentielle, qui serait fonction de la profession et de la position sociale, reste très limitée. On peut néanmoins souligner les efforts faits par Alfred Perrenoud pour rendre compte de l'inégalité sociale devant la mort à Genève, au 17<sup>ème</sup> siècle<sup>4</sup>.

Il en ressort que les patriciens genevois (Aristocratie, Noblesse) vivent cinq à six ans de plus en moyenne que l'ensemble des habitants de la ville. Pour la population genevoise toute entière, l'espérance de vie à la naissance n'est que de vingt six ans, pour ces groupes privilégiés, elle se situe aux alentours de trente deux ans : la richesse et le pouvoir, c'est six ans de plus. Les bonnes familles genevoises ne sont pas complètement à l'abri des crises épidémiques, mais elles en souffrent moins ; elles sont protégées de la disette, des carences et aussi de la contagion.

---

<sup>3</sup> Pour plus d'éléments, v. P. Adam, C. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Ed. Nathan, 1994, p.41.

<sup>4</sup> A. Perrenoud, *L'inégalité sociale devant la mort à Genève au 17<sup>ème</sup> siècle*, « population », 30, n° spécial, nov. 1975, p. 221-243.

Au siècle suivant, la longévité s'accroît continuellement pour ces élites : elle s'élève à quarante deux ans dès la première moitié du 18<sup>ème</sup> siècle, pour atteindre quarante sept/quarante huit ans dans la seconde. On a comparé aux patriciens genevois l'ensemble de la population urbaine, comme on a fait état des données qu'il est possible d'extraire des tables de mortalité de Deparcieux, pour le début du siècle : l'avantage des groupes dominants apparaît incontestable (six ans en moyenne...).

Si la question de l'inégalité sociale devant la mort pour les périodes lointaines a suscité un faible engouement chez les chercheurs, il serait prématuré d'en déduire que cette réalité était absente du paysage des sociétés passées. Maintes fois nous avons rappelé que l'insuffisance des données a entravé les recherches sur la mortalité et sur ses disparités selon les groupes sociaux. Malgré tout, en s'intéressant d'un peu plus près, non seulement à l'histoire de la mort en occident, mais plus largement, à l'histoire économique, sociale et démographique de la France d'antan, il est possible d'embrasser le phénomène de l'inégalité devant la mort pour des périodes qui précèdent le 18<sup>ème</sup> siècle.

P. Surault, dans un travail portant sur *l'inégalité sociale devant la mort*<sup>5</sup>, défend l'idée que les écarts de mortalité, principalement entre les riches et les pauvres, n'étaient pas réellement significatifs jusqu'au siècle des Lumières ; d'après lui, l'inefficacité de la lutte thérapeutique n'entraînait pas d'inégalité devant la mort, et c'est en fait lorsque la médecine devint efficace que l'inégalité devant la mort vint s'ajouter aux inégalités devant la vie, soins et remèdes restant très inégalement répartis.

Examinons tout cela d'un peu plus près...

---

<sup>5</sup> P. Surault, *L'inégalité sociale devant la mort*, Economica, 1979.

## 2 - Les périodes de surmortalité avant le 18<sup>ème</sup> siècle

Nous savons que pour les périodes plus reculées, les crises épidémiques et les crises de subsistance, caractérisées par leur fréquence et leur brutalité, faisaient des ravages parmi les populations<sup>6</sup> ; dès lors, on peut se demander, sans plus attendre, si ces fléaux du moyen âge, provoquant des poussées violentes de mortalité, frappaient avec la même intensité tous les groupes sociaux. En effet, durant ces périodes de surmortalité, les clivages sociaux caractéristiques des sociétés d'ancien régime apparaissent-ils nettement ? Les chances de survie demeurent-elles fortement corrélées à l'appartenance sociale ?

Pour satisfaire notre curiosité, commençons par prendre l'exemple de la peste, qui aborde l'Europe occidentale à la fin de 1347 et qui, ravageant et dépeuplant le continent, y introduit une véritable révolution démographique.

### *Les crises épidémiques*

La peste est le mal par excellence. Au 14<sup>ème</sup> siècle, elle éclate dans un monde fragilisé où la maladie rôde : pour apprécier le poids de l'évènement, il convient de l'insérer dans toute une conjoncture, qui est celle de la crise démographique et sociale de la fin du Moyen-âge<sup>7</sup>. L'importance du phénomène épidémique reste en effet conditionnée par le contexte dans lequel il s'insère. Encore aujourd'hui, on voit dans quelle mesure les crises épidémiques qui se développent et qui s'installent dans les régions les plus pauvres du globe sont en définitive le produit de la misère, d'une hygiène rudimentaire, de l'absence de soins, de la malnutrition, ou encore d'habitats insalubres où règne une promiscuité faisant le jeu de la maladie, bref, de tout un terreau économique et social propice à la formation et à la propagation des pandémies. Vers la fin du Moyen-âge, en Europe, la peste a pris le plus souvent la forme bubonique mais on a connu également, notamment dans le midi de la France, la forme pulmonaire bien plus dangereuse encore : si la peste bubonique tue dans soixante pour cent des cas, la forme

---

<sup>6</sup> Pour plus de détails sur ces crises (définition, origines, conséquences, etc.), v. J. Dupâquier, *Histoire de la population française, op. cit.*, tome II, p 175 et suiv.

<sup>7</sup> M. Vovelle, *La mort et l'occident de 1300 à nos jours*, Ed. Gallimard et Pantheon Books, 1983, p. 89.



pulmonaire, où la transmission s'opère par la contamination directe, devient mortelle pour la presque totalité des malades<sup>8</sup>. Etant donné l'extrême virulence de l'épidémie, on peut imaginer que le fléau a aussi bien emporté des riches que des pauvres, les barrières de classes ne résistant pas à la férocité de la contagion, si bien que la peste aurait frappé sans distinction nantis et miséreux. Oui et non. Oui, car il faut aussi le souligner, de grands notables succombèrent<sup>9</sup> ; s'il est vrai que, dans un premier temps, les quartiers populaires des villes sont les premiers touchés, l'épidémie pesteuse ne se cantonne toutefois pas dans ces lieux, elle gagne toute la ville. Une fois le mal partout, il frappe des gens de toute condition. C'est le cas à Nancy en 1633-1636, à Rouen en 1668, à Marseille en 1720<sup>10</sup>. Mais nous répondrons aussi par la négative, car il serait illusoire de croire que les hommes sont égaux face à la violence des crises épidémiques. Le « menu peuple », déjà fragilisé par la dureté de la vie en temps normal, l'est encore davantage lors de ces périodes de surmortalité.

Dans le cas de la peste, les gens aisés ont la possibilité de fuir le mal ; pour ceux qui restent, les conditions de vie sont généralement meilleures que celles du peuple : le logement est souvent plus propre, plus spacieux, plus « sain », et l'alimentation plus convenable.

C'est principalement devant les possibilités de fuir une épidémie, afin d'en éviter les ravages, que les groupes sociaux sont profondément inégaux. Au 14<sup>ème</sup> siècle, les médecins recommandent la fuite ; les chances de soigner le mal, une fois survenu, relevant quasiment de l'impossible, on comprend bien que la meilleure thérapie consiste à s'enfuir ! Aussitôt que l'arrivée de l'épidémie est connue, la faculté de médecine de Paris, consultée par le roi Philippe VI, se prononce aussi pour la fuite et n'hésite pas à rappeler à ce sujet le fameux électuaire des trois adverbess : *cito, longe, tarde (fuis tôt, loin et longtemps...)*<sup>11</sup>. Les « grands » donnent l'exemple ; le pape s'isole dans ses appartements en Avignon, des évêques se réfugient dans leur propriété à la campagne. Nobles et nantis agissent de même. La situation des pauvres, qui n'ont pas les moyens de quitter les lieux, est rapidement critique, soit qu'ils restent dans les villes exposées rongées par le mal<sup>12</sup>, soit qu'ils errent dans les campagnes, tenus à l'écart par les paysans et mourant de faim dans les bois.

Les 16<sup>ème</sup> et 17<sup>ème</sup> siècles connaîtront aussi d'importantes poussées épidémiques. La peste continue à faire des dégâts, notamment au sein des populations les plus vulnérables ; elle

---

<sup>8</sup> *Ibid*, p. 91.

<sup>9</sup> J. Dupâquier, *Histoire de la population française*, *op. cit.*, tome 1, p. 321.

<sup>10</sup> *Ibid*, t. II, p. 188.

<sup>11</sup> *Ibid.*, t. I, p. 458.

<sup>12</sup> « Avec ses rues étroites, ses logis sombres, exigus, malsains, surpeuplés, ses puits souillés, ses évacuations d'eaux et d'immondices inexistantes ou insuffisantes, ses déchets jetés dans la rivière et devenant un immense égout (...) : la ville est un milieu pathogène. Elle offre à la naissance des maladies et à leur propagation un terrain d'élection. » F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*, t. I, p 442.

trouve également dans les conditions météorologiques compliquées ou obstacles : un été chaud et humide la favorise, un hiver froid et sec est son pire ennemi. L'épidémie frappe les organismes les plus faibles, au point qu'elle est souvent considérée comme la « *maladie populaire* »<sup>13</sup>.

« *Cruelle sélection* », nous dit F. Braudel, dans son *histoire économique et sociale de la France*, « où l'on voit la mortalité des paroisses des quartiers pauvres atteindre des niveaux effrayants alors que celle des paroisses riches stagne si elle ne baisse. »<sup>14</sup>

Les riches qui sont propriétaires d'une maison aux champs se sont empressés de quitter la ville. La peste de 1564 a probablement emporté le tiers ou le quart de la population Lyonnaise. Mais la proportion atteint les trois quarts pour les ouvriers de la soie qui constituent la fraction la plus pauvre. Dans le tragique récit qu'il a fait de la peste de 1628, le P. Grillot déclarait : « *il est mort peu de gens de qualité en comparaison de la grande populace que la maladie a emporté* »<sup>15</sup>. Sept à huit personnes de « qualité » pour cinq à six cent de « qualité médiocre ». Il relate aussi que la peste nettoie et décharge la ville de sa populace puisque des dix huit mille pauvres assistés avant l'épidémie, il n'en subsistait que six cent...

Si, comme on le voit à travers ces exemples, la fuite peut être envisagée comme la meilleure réponse sanitaire en cas d'épidémie, pour fuir *tôt, loin et longtemps*, comme on le suggérait à l'époque, il faut évidemment des moyens pour s'échapper (se déplacer...), des lieux où se rendre (être propriétaire...) et bien entendu être informé suffisamment tôt de l'arrivée du mal. Sur ces points, les hommes ne sont point égaux. Les classes populaires, non seulement, n'ont guère d'endroit où aller, et restent de ce fait dans une ville où l'insalubrité et la promiscuité favorise la contagion, mais elles sont également dépourvues de tous moyens d'information au sujet de l'arrivée prochaine de l'épidémie : pour éviter le mal, et s'organiser pour fuir, encore faut il être informé de sa venue. Peu instruit, généralement illettré, le Menu peuple ne peut que subir de plein fouet la maladie, contrairement à certaines élites (par exemple les riches londonien du 17<sup>ème</sup> siècle) qui, mieux armées intellectuellement, utilisaient les causes de décès mentionnées sur les relevés enregistrés dans les paroisses pour s'apercevoir, par exemple, du début d'une épidémie de peste et prendre alors leurs distances de la ville<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup> *Ibid.*, p 443.

<sup>14</sup> *Ibid.*

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> P. Surault, *op. cit.*, p 8.

La peste est certes un personnage central du Moyen-âge et de la Renaissance, toutefois, au cours de ces périodes, elle n'est pas le seul fléau épidémique à décimer inégalement les populations. Sans prétendre à une liste exhaustive, se joignent à la peste des maladies telles que la typhoïde, la tuberculose, le paludisme, la grippe, la dysenterie, l'ergotisme, ou encore la lèpre...

La tuberculose, par exemple, ne se développe pas n'importe où. Les conditions de vie des plus démunis, marquées par une hygiène de piètre qualité, jouent largement en faveur de l'éclosion et de la prolifération de la maladie. En effet, les plus touchés par ce mal, les pauvres, vivent dans de très mauvaises conditions de logement et d'alimentation ; le faible ensoleillement de l'habitat, la promiscuité ou encore l'entassement dans une seule pièce, la sous-alimentation fréquente sont pour eux des facteurs favorisant la maladie<sup>17</sup>. Il existe bien quelques traitements<sup>18</sup>, mais ils sont réservés à une minorité ; ils ne sont guère connus que des médecins et ne sont accessibles qu'à une infime partie, la plus aisée et la plus médicalisée, des souffrants.

La dysenterie, quand à elle, lorsqu'elle atteint une population en bonne santé et suffisamment nourrie (ce qui d'ailleurs va généralement de pair...), n'a qu'une létalité d'environ cinq pour cent ; touchant toutes les classes d'âges, elle peut, en cas d'association avec une autre affection comme la typhoïde, atteindre trente pour cent. Plus grave est la situation d'une population affaiblie par la famine, où la létalité peut aller jusqu'à soixante pour cent. Or, ce sont les catégories sociales les plus pauvres qui sont les plus frappées par les famines, les disettes et la malnutrition.

L'ergotisme, par exemple, est la conséquence directe d'une mauvaise alimentation. Au Moyen Age, les hommes sont assez désarmés face à cette affection<sup>19</sup>. La maladie est provoquée par le seigle ergoté, et celui-ci est généralement tamisé afin d'éliminer l'ergot. C'est la misère qui, les années de mauvaises récoltes, contraint les paysans à consommer malgré tout le pain de seigle ergoté, pour faire la soudure, entre août et octobre où ils récoltent le sarrasin ; chaque année, après plusieurs semaines de consommation, c'est en octobre que les cas les plus graves sont hospitalisés<sup>20</sup>.

---

<sup>17</sup> J. Dupâquier, *op. cit.*, t. I, p. 439.

<sup>18</sup> « Les connaissances des médecins de l'Antiquité sur la tuberculose sont purement descriptives. C'est Alexandre de Tralles (526-605) à Byzance, au début du Moyen Age, qui le premier recommande de mettre le malade au repos absolu et de ne saigner que ceux qui ont des signes évidents de pléthore. L'école de Salerne, très judicieusement, reprend ce traitement et y ajoute la suralimentation. » *Ibid.*

<sup>19</sup> L'ergotisme arrête notamment le lait chez les nourrices ; dans les villages affectés, on relève certaines années des taux de mortalité infantile exceptionnellement élevés.

<sup>20</sup> J. Dupâquier, *op. cit.*, t. II, p 252.

## *Les crises de subsistance*

Autre facteur de surmortalité pour le menu peuple, à ne pas isoler complètement des fléaux épidémiques : les crises de subsistance. Malnutrition et maladies agissent souvent de concert, une alimentation peu convenable, fruit de la misère, ayant pour effet de fragiliser l'organisme (système immunitaire affaibli...) et de rendre ainsi les individus plus vulnérables. Le phénomène épidémique peut conserver une relative autonomie, toutefois, il semble admis que dans bien des cas, la maladie prend naissance dans un terrain préparé par la disette ou simplement la malnutrition. La rareté des subsistances, en période de crise alimentaire, est en effet susceptible de provoquer un climat favorable à l'extension d'une épidémie ; par exemple, la malnutrition prépare le terrain à la dysenterie ou au typhus.

Ainsi, dans la France de l'Ancien Régime, note J. Dupâquier, « *les années où le blé a été le plus cher ont été en même temps celles où la mortalité a été la plus grande et les maladies plus communes* »<sup>21</sup>. Au sein des couches sociales les plus nécessiteuses, il était de pratique courante d'absorber d'immondes nourritures : pain de son, orties cuites, graines déterrées, entrailles de bestiaux ramassées devant les tueries (anciens abattoirs particuliers), etc. S'en suivent indigence, faim, puis fièvres pernicieuses et mortifères...

Toutefois, ce n'est pas la faim qui tue directement, semble-t-il, mais plus ses à-côtés (si l'on considère la France du 17<sup>ème</sup> siècle, le risque de mourir d'inanition pure est assez réduit). C'est davantage la maladie qui tue, l'épidémie dont les avenues sont ouvertes par la fatigue, la sous alimentation accidentelle, l'errance des plus pauvres, les imprudences alimentaires de beaucoup, l'inquiétude, la désespérance et pourquoi pas, des relations que l'on ne saurait soupçonner. On meurt donc plus des conséquences de la faim, notamment par le relais épidémique, que de la faim en elle-même.

En France, au 16<sup>ème</sup> et au 17<sup>ème</sup> siècles, les historiens s'accordent pour dire que près d'une année sur trois fut une année de pain cher, près d'une année sur sept, pour les plus misérables, une année où manqua le pain nécessaire<sup>22</sup>. Les crises alimentaires résultent de la conjonction de deux facteurs : des récoltes médiocres accompagnées d'une succession de mauvaises récoltes, ce qui a pour effet d'épuiser les stocks. Les prix montent, le faible pouvoir d'achat et son amoindrissement tout au long du 16<sup>ème</sup> siècle rendait le menu peuple de plus en plus sensible à ces hausses. A chaque famine, se répètent les mêmes schémas, les mêmes scènes

---

<sup>21</sup> *Ibid*, p. 181.

<sup>22</sup> Cf. F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*, p 441.

de désarroi, les mêmes conséquences : mortalité dont le caractère sélectif détermine une sociologie de la maladie et de la mort inverse de celle des fortunes, arrivée massive des pauvres des campagnes que les autorités urbaines s'efforcent de rejeter soit en leur offrant quelque secours passager, soit en fermant leurs portes et les condamnant ainsi à mourir aux pieds des remparts, dans le fossé ou le long des chemins de campagne.

Que retenir de l'étude de ces périodes de crises, plus précisément de leurs conséquences sur les populations en termes de mortalité ?

Essentiellement, que durant ces périodes de surmortalité, les inégalités entre groupes sociaux apparaissent au grand jour : ces fléaux d'ancien style (du moins d'ancien style pour les pays « développés »...) déciment les hommes de manière profondément inégalitaire. Pour faire face à l'épidémie, ou à la disette, les hommes ne disposent pas des mêmes ressources et l'inégalité devant la mort au cours de ces véritables crises biologiques et démographiques se manifeste assez clairement.

Concernant les épidémies, et à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'une pandémie comme la peste, face à laquelle la médecine est totalement désarmée, ce n'est pas tant dans la possibilité d'avoir recours à des soins une fois le mal contracté que se situe l'essentiel de l'inégalité entre les couches sociales, mais bien plus dans les possibilités de se prémunir de l'épidémie avant qu'elle ne s'installe au sein des populations et qu'elle détruise les organismes ; sur ce point, nous l'avons vu, les différences entre riches et pauvres sont assez nettes. La faculté d'anticiper la maladie en optant pour la fuite, qui reste la solution thérapeutique la plus sage durant tout l'Ancien Régime, est fonction non seulement du niveau de richesse économique des individus, mais également, dans une certaine mesure, de leur niveau d'instruction. Ainsi, éviter le mal n'est pas à la portée de tous, et ces différences en matière d'attitudes préventives se traduisent en écarts sociaux de mortalité.

Les autres épidémies, comme la tuberculose, la typhoïde, la dysenterie, etc., sont certes moins virulentes que la peste, mais il n'empêche qu'elles occasionnent elles aussi une surmortalité dans les groupes sociaux les plus humbles. Dépourvus de logements décentes, vivant dans la promiscuité, voire dans l'entassement, devant passer le plus clair de leur temps dans la hantise du pain quotidien, les pauvres réunissent toutes les conditions d'existence favorables au développement et à la diffusion d'une multitude de pathologies (les premières victimes se trouvent donc dans leurs rangs).

En périodes de crises de subsistances, l'histoire semble se répéter...

En effet, les famines et les disettes ne touchent guère que les plus pauvres ; là encore, à la différence des riches, le Menu peuple, du fait de sa condition précaire, est dépourvu de tout moyen efficace de prévention et d'anticipation de ces cataclysmes alimentaires. En réalité, les conséquences selon les milieux sociaux diffèrent sur plusieurs points. Les gens riches, ou simplement aisés, souligne J. Dupâquier, cherchent à prévenir la faim<sup>23</sup> ; ils stockent dans leurs greniers, ils ont aussi les moyens d'acheter cher les rares céréales disponibles<sup>24</sup>, accentuant l'inflation et tirant éventuellement profit de leur jeu spéculatif. En milieu rural, le paysan se voit dans l'obligation de déduire de sa récolte brute ses semences ainsi que les prélèvements divers dus au fisc, au seigneur, au clergé, ou encore aux créanciers et autres crédentiers. Il reste peu pour la consommation familiale et la vente d'un hypothétique surplus ; fréquemment, il a recours à l'endettement, s'il ne veut pas se priver, ainsi que ses proches, de nourriture. Dans les cas extrêmes, c'est l'exode à la recherche d'improbables subsistances, en particulier vers la ville voisine et le secours qu'elle tente d'apporter. L'alimentation peut devenir parfois déplorable, même dangereuse pour l'organisme : viandes avariées, fruits malsains, farines gâtées...

Les problèmes liés à la famine (malnutrition, sous alimentation), pour les plus mal lotis, se convertissent rapidement en problèmes de santé. Les épidémies digestives, aussi, se répandent d'autant plus vite que l'hygiène – ajoutée à une alimentation malsaine - fait totalement défaut et que les nombreux errants propagent la maladie. Bref, la faim et ses effets (maladies) tuent, mais inégalement.

---

<sup>23</sup> J. Dupâquier, *op. cit.*, t. II, p 182, 183.

<sup>24</sup> « Dans le cas de la disette généralisée, l'administration centrale fait venir des « bleds » en provenance de pays lointains, comme ceux des rives de la Baltique ou même, au cours des deux décennies à cheval sur les 17<sup>ème</sup> et 18<sup>ème</sup> siècles, des Etats barbaresques de la Méditerranée ; mais les quantités sont limitées et le coût fort élevé. » *Ibid*, p. 181.

### 3 - La mortalité « normale » avant le 18<sup>ème</sup> siècle

Nous venons d'observer ce que pouvaient être les différences de mortalité entre groupes sociaux au cours de périodes dites de surmortalité, celle-ci résultant de catastrophes ou de fléaux exceptionnels, comme les épidémies, les famines, les guerres ou encore les massacres<sup>25</sup>. En dehors de ces périodes de crises, on peut parler de *mortalité normale* d'une population, mortalité qui correspond à son niveau de vie économique, à ses habitudes, son comportement, son mode de vie, à ses conditions de vie, de logement, de travail, ou encore à son aptitude ou sa capacité à lutter contre la maladie, etc.

Intéressons nous donc maintenant d'un peu plus près à la mortalité au cours de ces périodes plus stables.

Avant le 18<sup>ème</sup>, pour l'Europe Occidentale, l'étude « référence » en matière de mortalité différentielle reste celle d'A. Perrenoud, portant sur l'inégalité sociale devant la mort à Genève au 17<sup>ème</sup> siècle ; on se souvient que les patriciens genevois peuvent espérer vivre en moyenne six ans de plus que le reste de la population.

Pour la France, on ne dispose pas d'étude similaire ; néanmoins, la démographie historique (ainsi qu'un regard, un intérêt porté à l'histoire économique et sociale de la France) permet de dégager quelques pistes de réflexion sur ce que pouvait être l'inégalité devant la mort avant le 18<sup>ème</sup> siècle, dans des périodes plus stables.

Pour essayer de déchiffrer et de penser, dans les grandes lignes, les différences sociales de mortalité avant le 18<sup>e</sup> – Moyen-âge, Renaissance -, il semble nécessaire de dégager certains traits structurels propres aux sociétés d'ancien régime. Autrement dit, c'est sans doute en rentrant en contact avec les groupes sociaux, en se familiarisant avec ce qu'ont pu être les catégories sociales de l'époque, que l'on pourra voir dans quelles mesures l'inégalité des conditions d'existence a un impact relatif sur le taux de mortalité. Nous cheminerons, d'ailleurs, avec ces préoccupations, tout au long de notre travail consacré à l'inégalité sociale devant la mort, dans la France d'aujourd'hui.

---

<sup>25</sup>Nous ne nous étendrons pas sur le sujet, mais il semble que la guerre, qui occupe aussi une place non négligeable dans l'Ancien Régime, occasionne des dégâts importants au sein des élites ; ils sont mieux préservés des épidémies, ils ne souffrent ni de la faim ni de la misère, cependant, le processus d'autodestruction de cette Aristocratie guerrière peut se révéler très efficace : entre les campagnes de la Guerre de cent ans et les luttes de la guerre des Deux-Roses la place des morts violentes devient considérables chez les pairs anglais, entre 1350 et 1450. V., à ce sujet, M. Vovelle, *op. cit.*, p 98.

Les travaux portant plus particulièrement sur l'histoire économique et sociale de la France aux 16<sup>e</sup> et 17<sup>e</sup> siècles rappellent un élément important, qui conserve, par ailleurs, toute son actualité : *un métier implique, au-delà de l'exercice d'une activité professionnelle, une condition.*<sup>26</sup> Les sociétés urbaines, notamment, renferment des catégories sociales bien spécifiques. Dressons brièvement leur portrait.

Le mot « marchand », par exemple, revêtu d'une certaine dignité, désigne un personnage riche, considéré et influent. Aux niveaux supérieurs on retrouve les « riches », les « aisés », les « opulents », les « notables » : ceux qui « ont de quoi », du « vaillant », du « bien au soleil » (toujours utile pour y trouver refuge en cas d'épidémie...), des greniers bien garnis qui les protègent de la hantise du pain quotidien (meilleure gestion des crises de subsistance : réserves et prévoyance...). Plus bas, il y a le « menu peuple », le « populaire », les « gens vils », les « manuels », la « populace », la foule des compagnons, des gagne-deniers, de tous ceux qu'unit la peur de manquer du nécessaire. Ces dénominations péjoratives, d'ailleurs, ressortent davantage lors des périodes de disette et de troubles, puisque ces catégories, plus désarmées, en subissent davantage les effets. Les crises, en quelque sorte, rendent visible et perceptible l'incapacité du « populaire » à gérer les périodes moins stables. Elles révèlent tristement la condition des plus pauvres, sortent dramatiquement de l'anonymat des populations qui, prises de cours par l'assaut brutal des anciens fléaux, se retrouvent, une fois n'est pas coutume, au devant de la scène sociale : mais pour jouer un triste rôle, dans le domaine de la mortalité...

On peut rattacher à ces populations - bien que situés encore plus bas dans l'échelle sociale -, tous ceux qui ont basculé dans la « nécessité » : pauvres, mendiants, errants.

Cette représentation de la société urbaine en trois niveaux tend évidemment à grossir les oppositions et à estomper la part de ce qu'il est convenu d'appeler les « classes moyennes » : artisans et petits marchands. Sans compter les populations qui composent le monde rural : serfs<sup>27</sup>, seigneurs locaux, vagabonds...

Arrêtons-nous quelque peu sur la condition du peuple et des plus pauvres.

Avec les plus modestes des artisans des métiers les plus pauvres, nous entrons dans le « menu peuple ». Celui-ci se définit par trois traits : il est formé de « gens vils et mécaniques », de manuels qui ne subsistent que du travail de leurs mains ; il est exclu du pouvoir communal ;

---

<sup>26</sup> F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*, p. 411.

<sup>27</sup> A propos de la mortalité des serfs, v. J. Dupâquier, *op. cit.*, t. I, p. 353, chap. sur la démographie rurale.



enfin, étant démuné de toute avance, il vit « au jour la journée », dans la perpétuelle hantise du pain quotidien ; bref, « *il appartient au monde la nécessité, du silence, de l'incapacité politique ; il ne fait entendre sa voix qu'à travers le bref éclat des crises* ». <sup>28</sup> La condition de manœuvre du bâtiment est assez représentative de la condition moyenne du peuple. Le manœuvre vit de son salaire : au début du 16<sup>e</sup> siècle, il s'établît entre 35 et 40 deniers à Paris et à Lyon. Mais si chaque jour a ses bouches à nourrir, chaque jour n'a pas son salaire. La satisfaction des besoins les plus élémentaires, comme manger convenablement, se loger décentement, sans que l'inconfort, la promiscuité ou l'insalubrité deviennent le meilleur allié de la maladie, n'est donc pas toujours garantie.

Cependant le pire de la condition du menu peuple est moins dans sa médiocrité que dans sa précarité. La ration jugée nécessaire est d'une livre et demi de pain. En admettant qu'il ait quatre bouches à nourrir et qu'il ne dispose que d'un seul salaire – même dans les jours heureux -, le manœuvre chargé d'enfants est au bord de la nécessité. Viennent la cherté, la maladie, l'accident ou le chômage, le seuil de la pauvreté, c'est-à-dire la limite à partir de laquelle les ressources quotidiennes sont insuffisantes pour assurer la subsistance, est franchi. La grande pauvreté prend aussi un nouveau visage au 16<sup>e</sup> siècle. Si la pauvreté est un phénomène ancien, le pauvre un personnage familier des campagnes et des villes médiévales <sup>29</sup>, au 16<sup>e</sup> siècle, des mutations s'opèrent. D'abord, la pauvreté augmente (la montée de ce phénomène, nous disent les historiens, est liée à un accroissement de la population excédant les possibilités d'emploi offertes par des économies urbaines et rurales trop rigides, par des marchés de main-d'œuvre qui ont atteint très vite leur niveau de saturation. A partir du milieu du 16<sup>e</sup>, elle dépend plus de la chute des salaires et de l'abaissement profond de la condition populaire). Cette évolution a modifié et redéfini la sociologie de la pauvreté. A présent, au noyau traditionnel s'ajoute une masse de pauvres formant la frange inférieure du menu peuple où prédominent les pauvres valides dans la mesure où la famine n'entraîne pas la maladie. Or le nouveau visage de la pauvreté a transformé l'image que la société se faisait du pauvre et de la pauvreté. Cette indigence massive, présente en permanence au cœur de la cité et qui n'est plus représentée seulement par des infirmes de la naissance, de la maladie ou de l'âge, mais par des hommes capables de travailler, propriétaires de leur seule force de travail, prend un visage plus obsédant et plus

---

<sup>28</sup> F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*, p. 418.

<sup>29</sup> « *Infirmes, familles surchargées, d'enfants, malades ou vieillards incapables de travailler en constituaient la part la plus nombreuse à laquelle s'ajoutaient tous ceux que la vie avait jeté sur les chemins de l'errance et du vagabondage, sans feu ni lieu, ni personne qui les pût avouer, condamnés à la solitude, à la mendicité. Ces types constituaient le noyau irréductible de la société. Les sociétés urbaines leur avaient fait une place* ». *Ibid*, p. 420.

inquiétant : « elle tend à substituer à l'image traditionnelle du Christ souffrant le visage inquiet et hostile d'un être oisif, fainéant et sournois »<sup>30</sup>...

### *La mortalité infantile : des caractéristiques sociales ?*

On sait désormais à quel point la vie demeurait incertaine pour les enfants au cours des premiers jours, des premiers mois et des premières années de l'existence. Néanmoins il n'est pas exclu que cette fragilité des premiers âges concerne plus certaines catégories sociales que d'autres. Essayons de voir les arguments qui iraient en faveur d'une inégalité sociale face à la mortalité infantile<sup>31</sup>.

La mesure de la mortalité des enfants dans la France d'Ancien Régime est rendue difficile par le sous-enregistrement des décès d'enfants, avec lequel il faudra composer jusqu'au début du 19<sup>e</sup> siècle (même si la tenue des registres paroissiaux apparaît meilleure en France que dans une majorité de pays européens). L'analyse socio-différentielle de la mortalité des enfants, qui nous intéresse, se trouve quant à elle limitée par une seconde difficulté : le sous-enregistrement des décès qui peut varier en fonction de l'appartenance sociale des parents. D'autant que toute tentative de classification socioprofessionnelle se heurte à la qualité souvent médiocre des indications relatives au statut et à la profession des parents dans les registres paroissiaux. En outre, un comportement social comme la mise en nourrice des enfants, plus répandu dans les classes aisées, vient compliquer l'analyse.<sup>32</sup>

Malgré ces difficultés d'ordre « technique », on peut néanmoins relever certaines différences sociales, dont les origines remontent, certainement, bien avant le Moyen-âge ; en effet, nous avons toutes les raisons de penser que les variations de la mortalité des enfants selon le milieu social ou économique sont tout sauf un phénomène récent, un produit de la société industrielle. Il y a également une distinction majeure à faire entre la ville et la campagne. Au 17<sup>e</sup> siècle – et peut-être même avant –, la mortalité en fonction de l'origine sociale est surtout une caractéristique urbaine. En dépit d'importantes difficultés d'analyse, des études révèlent, par exemple, ce que pouvait être la mortalité différentielle des enfants, dans certaines villes,

---

<sup>30</sup> *Ibid.*

<sup>31</sup> Sur ces questions : v. J. Dupâquier, *op. cit.*, t. II, p. 222-230.

<sup>32</sup> La pratique de la mise en nourrice augmente beaucoup les risques de décès pour une grande partie des enfants de villes et même pour certains campagnards. Cette pratique joue un rôle d'accélérateur de la mortalité infantile dans les milieux aisés, et de modérateur dans les milieux pauvres où elle est beaucoup moins répandue.

en fonction de leur appartenance sociale<sup>33</sup>. Le résultat est très net pour la mortalité infantile, particulièrement forte chez les enfants d'ouvriers. Les données sont moins précises pour les enfants de 5 à 9 ans, mais il ressort des résultats que moins de 50 % des enfants de notables sont décédés avant 10 ans (alors que ces enfants sont plus soumis aux risques liés à la mise en nourrice) contre près de 60 % pour les enfants d'ouvriers.

*Tout ne dépend pas de la médecine...*

C'est en réponse à P. Surrault que nous nous sommes penchés avec un peu plus d'attention sur la question de l'inégalité devant la mort, entre groupes sociaux, pour des époques antérieures au 18<sup>e</sup> siècle. Rappelons que l'auteur de *l'inégalité sociale devant la mort* prétend qu'il est difficile de faire état d'une mortalité différentielle, en fonction l'appartenance sociale, avant le siècle des Lumières. Si l'on s'en tient à son argumentation, ce serait seulement à partir du milieu du 18<sup>e</sup> siècle, avec les progrès de la médecine, d'abord limités aux classes aisées, et avec la révolution industrielle, entraînant des conditions de travail et de vie très difficiles pour la classe ouvrière que les écarts sociaux de mortalité auraient investi le monde social, se creusant fortement et atteignant un maximum vers 1860-1880. Auparavant, nous dit P. Surrault, il n'existait pas de disparités importantes de mortalité entre les riches et les pauvres car l'inefficacité de la lutte thérapeutique n'entraînait pas d'inégalité devant la mort. La médecine était alors impuissante à réduire la mortalité. Enfin, prétend-il, au cours des périodes de grandes crises (épidémies, disettes/famines), il n'y aurait pas non plus eu de réel avantage lié à la condition sociale pour résister aux poussées violentes de mortalité engendrées par ces anciens fléaux. Les riches se protégeaient peut-être mieux des famines, mais les épidémies ne les épargnaient pas davantage...

---

<sup>33</sup> v. notamment J. P. Bardet, *Rouen aux 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles : les mutations d'un espace social*, Paris, SEDES, 1983, t. 2, p. 198 et 422.

Au vu des éléments que nous avons pu dégager dans les pages qui précèdent, Il nous est difficile de rejoindre Surrault dans ses conclusions ; en effet, en périodes de crise ou en périodes « normales », on remarque des écarts de mortalité entre groupes sociaux avant le 18<sup>e</sup> siècle, c'est-à-dire avant l'émergence d'une médecine relativement efficace. Cela signifie donc, d'après nous, que la nature de ces écarts est à chercher ailleurs que dans des facteurs d'ordre purement médicaux (notamment le recours aux soins). C'est là un élément important, qui nous servira certainement dans nos futures analyses : *l'inégalité sociale devant la maladie et la mort n'est qu'en partie déterminée par le recours inégal à la médecine*. Car si l'on peut faire état d'une *mortalité sociale* pour des périodes où la lutte thérapeutique était quasiment inopérante, cela signifie bien que la science médicale ne détient pas le monopole des facteurs explicatifs de la mortalité différentielle entre groupes sociaux et classes. Celle-ci, nous le verrons, répond de causes plus profondes...

L'erreur de Surrault, pour nous, réside essentiellement dans le fait qu'il entreprend une lecture des différences de mortalité entre classes à travers le seul prisme de la médecine. Cette démarche tend à réduire, en réalité, l'histoire de l'inégalité sociale devant la mort à une histoire de l'inégalité sociale devant la médecine. Or la santé, la lutte contre la maladie, etc., dépend autant du prévenir (éviter, anticiper, gérer...) que du guérir (soins, remèdes, actes médicaux...). Là-dessus, les groupes sociaux demeurent profondément inégaux : l'inégalité des conditions d'existence favorise une mortalité précoce chez les groupes les plus démunis qui, déjà plus fragilisés en périodes stables, le sont davantage lors des grandes crises. Et pour cause, leurs ressources sont plus limitées. Leurs conditions de vie, de travail, de logement, leur alimentation, etc., étant plus médiocres que celles des élites, les risques de la première enfance étant aussi plus prononcés, ils connaissent, généralement, une vie plus courte. Il n'est donc là nullement question d'inégalités devant l'accès aux soins, mais plutôt d'inégalités devant les conditions d'existence, qui se construisent en amont de la rencontre avec le monde de la médecine. C'est pourquoi nous dirons que les inégalités d'accès aux soins peuvent *aggraver*, mais non *créer* ou *déterminer* les inégalités sociales de santé, dont l'inégalité devant la mort en est la plus parfaite expression.

En définitive, s'il n'y a pas que la médecine qui apporte aux hommes la santé et la vie plus longue, il n'y a pas, de la même façon, que l'accès limité aux soins qui explique le fait que certains d'entre eux meurent prématurément. Les siècles suivants confirment cette tendance.

On peut donc dégager des éléments de mortalité différentielle, avant le 18<sup>e</sup> siècle, entre classes, résultant d'autres facteurs que ceux purement médicaux. Ainsi, il n'y a pas que la lutte thérapeutique qui apporte la santé (cf. chapitre sur les progrès de l'espérance de vie). Des

écarts sociaux de mortalité peuvent se créer, naître, prendre forme, sans qu'ils soient nécessairement le produit de quelque intervention médicale, de quelque recours – ou non – aux soins et aux remèdes.

#### *4 - Misère ouvrière & mortalité au 19<sup>e</sup> siècle*

À partir du milieu du 18<sup>e</sup> siècle, la médecine progresse, mais les avancées qu'elle connaît ne profitent guère qu'aux catégories sociales les plus aisées, les plus instruites. Dès lors, les écarts sociaux de mortalité se creusent fortement. Mais c'est sans doute au 19<sup>e</sup> siècle que la question de la mortalité différentielle suscite le plus de controverses. Le capitalisme est en plein essor, l'industrialisation bat son plein, l'urbanisation progresse et les villes servent désormais de refuge précaire à la masse de prolétaires, *sans feu ni lieu*, venus vendre leur force de travail, leur corps et leur bras aux capitalistes. Les conditions de travail et de vie sont très difficiles pour la classe ouvrière.

Dans un bel ouvrage consacré à la « *construction sociale du corps* »<sup>34</sup>, C. Detrez rappelle que les enquêtes du 19<sup>e</sup> siècle établissant des corrélations entre niveau social et conditions de mortalité et de morbidité visaient à contrer les théories morales qui voyaient, dans les vices supposés des classes laborieuses, non seulement la cause de leur maux, mais également une menace pour la société. Ces théories regardaient d'un mauvais œil la façon de vivre des couches populaires et occultaient complètement les répercussions que pouvait avoir la dureté du labeur sur la santé, sur le corps et sur le moral des ouvriers.

Benoiston de Châteauneuf, en 1832, établit des différences de durée de vie entre les riches et les pauvres. Les recherches statistiques sur Paris et le département de la Seine menées en 1821 montrent que le 10<sup>e</sup> arrondissement (quartier cosu comprenant les Invalides et Saint-Germain) compte davantage de personnes dépassant 80 ans que le 6<sup>e</sup> (Les Halles et Saint-Eustache), plus pauvre. Quant aux discours qui associent la tuberculose aux turpitudes

---

<sup>34</sup> C. Detrez, *La construction sociale du corps*, Ed. du Seuil, 2002.

morales, à l'insouciance, à l'oisiveté et à l'alcoolisme du prolétariat, les frères Bonneff, notamment, s'évertuent à montrer le rôle de la misère dans la contraction de la tuberculose : « *les quatre causes de la tuberculose ouvrière découverte à Lille sont : le surmenage physique, l'alimentation insuffisante, l'habitation et les travaux insalubres. Aucune autre ne doit leur être ajoutée, pas même l'alcoolisme, qui n'a été constaté chez les ouvriers tuberculeux que dans la proportion de 17 %* »<sup>35</sup>.

### *Mortalité infantile*<sup>36</sup>

La mortalité infantile ne manifesta aucune tendance à la baisse sous le Second Empire. Le taux fut de 166 pour mille en 1851-1855, de 175 dans la période 1866-1869, et atteignit 217 en 1870-1871. Au même titre que la mortalité générale, la mortalité infantile et juvénile était beaucoup plus élevée au sein des catégories les plus démunies. Dans le prolétariat de la grande industrie, la mortalité était très forte<sup>37</sup>. Phtisie, entérite, congestion pulmonaire, rachitisme, méningite étaient les principaux facteurs de cette mortalité. On peut donc penser que le développement de la grande industrie et de l'urbanisation ont eu, en ce domaine, des conséquences néfastes.

### *La ville mortifère ?*

La question peut effectivement se poser, puisque l'on observe presque toujours dans les grandes villes, au cours des trois premiers quarts du 19<sup>e</sup> siècle, une mortalité plus prononcée qu'ailleurs : « *les conditions d'hygiène, l'absence d'urbanisme, la misère de la classe ouvrière, là surtout où s'était implantée la grande industrie, expliquent cette situation particulièrement défavorable des grandes villes* »<sup>38</sup>. La mortalité diminua certes à Paris, de 1817 à 1850, même dans les quartiers les plus pauvres ; cependant la baisse fut moindre dans ces derniers que dans les autres, si bien que l'écart avec les riches augmenta. Or c'est au milieu du 19<sup>e</sup> siècle que l'inégalité sociale devant la mort fut la plus grande dans la capitale.

---

<sup>35</sup> Léon et Maurice Bonneff, *La vie tragique des travailleurs*, cités par C. Detrez, in *La construction sociale du corps*, *op. cit.*, p. 66.

<sup>36</sup> Cf. F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*, p. 199.

<sup>37</sup> « *Une monographie a montré par exemple que dans les quartiers ouvriers de Lille (...) la mort enlevait avant un an un cinquième des nouveau-nés ; plus d'1/4 d'entre eux n'atteignaient pas leur troisième anniversaire et de 0 à 4 ans la moitié d'une classe d'âge avait déjà disparu* » *Ibid.*

<sup>38</sup> *Ibid.*

La forte mortalité enregistrée au 19<sup>e</sup> siècle – plus particulièrement en ville et chez les classes « inférieures » - résultait d'un ensemble de conditions économiques, sociales, sanitaires, médicales, etc., que l'on ne pourrait détailler scrupuleusement ici. Quelques faits majeurs résument néanmoins le mauvais état sanitaire de la population : médiocrité du niveau de vie moyen et ignorance de la plus grande partie de la population, misère de la classe ouvrière, principalement dans l'industrie textile, insuffisance grave de l'hygiène, aux conséquences redoutables dans les villes, déficiences d'un régime alimentaire généralement pauvre en matières azotées, impuissance des médecins devant certaines maladies dont les causes leur étaient inconnues, faible densité d'un corps médical parfois peu formé (les « officiers de santé » par exemple), cherté des soins à domicile, petit nombre des hôpitaux et médiocre organisation de beaucoup d'entre eux...

Bien qu'exempté des grandes crises d'autrefois, qui faisaient des ravages dans les populations, le 19<sup>e</sup> siècle n'est pas seulement marqué par l'essor industriel. Il restera aussi, à bien des égards, un siècle marqué par un niveau général de mortalité relativement élevé, mortalité d'autant plus prononcée que l'on franchit les portes du monde du *travail* – par opposition au *capital* -, les frontières d'un monde en proie à la subordination, au travail excessif, à l'usure physique et mentale, à l'aliénation sous toutes ses formes, bref, à des conditions de vie exténuantes et avilissantes. Un tableau sommaire de la condition ouvrière au 19<sup>e</sup> nous permettra certainement de mieux comprendre les raisons de la surmortalité qui sévit dans ces milieux.

### *La condition des « classes laborieuses »<sup>39</sup>*

Monde encore hétérogène, monde que les différences d'origine, de qualification, de statut juridique et social semblent vouer aux divisions et à la faiblesse, la classe ouvrière en formation trouve malgré tout des éléments d'unité incontournables : tout d'abord, les ouvriers ont cette caractéristique commune d'être exclus de la propriété privée des moyens de production. La seule force de travail dont ils disposent, c'est leur corps, qu'ils sont contraints

---

<sup>39</sup> Concernant cette question, nous puiserons essentiellement nos sources dans deux chapitres consacrés à la *condition ouvrière*, au 19<sup>e</sup> siècle, présentés dans le t. II (p. 661- 678) et le t. III (p. 777-800) de l'*Histoire économique et sociale de la France* (F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*).

de vendre au capitaliste. L'ouvrier, qui ne possède rien, est en quelque sorte voué à la subordination. C'est le principe de l'exploitation de classe, qui demeure sans doute une des principales causes de la surmortalité ouvrière. Un autre élément d'unité de la classe ouvrière se trouve également dans la très générale précarité de sa condition, dans sa peine physique et dans sa misère morale.

### *Un travail malsain, excessif et risqué*

Au travail, l'ouvrier est largement soumis à la peine. Comme l'écrivait Marx, « *le travail produit des merveilles pour les riches, mais il produit le dénuement pour l'ouvrier. Il produit des palais, mais des taudis pour l'ouvrier. Il produit la beauté, mais l'infirmité pour l'ouvrier. Il remplace le travail par des machines, mais il remplace une partie des ouvriers dans un travail barbare et transforme l'autre partie en machines* »<sup>40</sup>. Le théoricien de l'extorsion de la plus-value – surtravail non payé à l'ouvrier, bénéfique pour le capitaliste – impute donc les décès prématurés des ouvriers au mode de production de capitaliste, au capital qui, « *semblable au vampire, ne s'anime qu'en suçant le travail vivant* »<sup>41</sup>, et qui voit son existence d'autant plus allègre qu'il en pompe davantage. La recherche du profit, qui se réalise, en économie capitaliste, par l'exploitation du travail humain, pourrait donc avoir une part de responsabilité dans l'établissement et le renforcement de l'inégalité sociale devant la mort. D'autant que le capital ne se préoccupe pas de ce qui peut advenir au travailleur en dehors du temps qu'il travaille. Il laisse discrètement au médecin, au juge, au fossoyeur, ou au prévôt des mendiants, le soin de s'en inquiéter quelque peu.

En 1840, la situation de la classe laborieuse, au travail et en dehors, ne laisse pas indifférente L. R. Villermé. Dans *Tableau physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, il montre à quel point l'usine estropie le travailleur. Son étude sur les ouvriers des filatures lui permet de déduire que les conditions de travail, leur posture, leur pose habituelle, etc. peuvent être à l'origine de traumatismes physiques, comme les genoux cagneux ou rapprochés l'un de l'autre...

Les conditions de travail demeuraient donc très dures, très nocives. Tous les récits et enquêtes de l'époque argumentent dans ce sens. Tout d'abord, les locaux industriels étaient généralement insalubres : à Beauvais, un ancien fabricant évoque les ouvriers humides, bas,

---

<sup>40</sup>K. Marx, *Manuscrits de 1844*, Flammarion, 1996, p. 111.

<sup>41</sup>K. Marx, *Le Capital*, Livre 1, sections I à IV, Flammarion, Paris, 1985, p. 179.



sombres et froids, générateurs de fièvres pernicieuses, de maladies de sédentarité et de tuberculose.<sup>42</sup> Quant aux boutiques de tisserand, elles sont toutes enterrées et humides, ce qui ruine la santé de ceux qui font des toiles : après quelques années de travail, ils deviennent pâles et d'une couleur livide, avec des jambes gorgées ou ulcérées.<sup>43</sup> Les mineurs étaient également extrêmement déshérités. Les maladies professionnelles étaient monnaie courante. Dans le textile, la tuberculose faisait des ravages. Selon un rapport de police du 30 mai 1807, bien peu d'ouvriers dépassaient la cinquantaine.<sup>44</sup>

Dès le début de 19<sup>e</sup> siècle, on se rend compte que les classes laborieuses payent dans leur chair même le prix d'une croissance industrielle poursuivi sans aucune considération humaine. La longueur de la journée de travail en est un triste exemple : la durée, en effet, vient s'ajouter à la dureté et à la nocivité. Cela peut nous surprendre aujourd'hui, mais à l'époque, aucune législation ne limite la journée de travail, et celle-ci dépend de la coutume, de l'arbitraire des patrons, de la lumière ! Il faut bien avoir en tête que l'établissement d'une journée de travail normale est le résultat d'une lutte de plusieurs siècles entre le capitaliste et le travailleur.<sup>45</sup> Dans l'industrie textile, par exemple, il semble bien que la journée soit sans bornes. A Troyes, elle tourne autour de 15 à 16 heures ; dans la soierie lyonnaise, elle peut atteindre 18 heures, les tisserands devançant le lever de l'aurore et prolongeant leurs travaux jusque tard dans la nuit, avec toutes les conséquences que ces excès de travail peuvent avoir sur les organismes, les âmes et les corps des travailleurs les plus faibles. Lorsque le travail dépasse les limites physiologiques de l'homme, il façonne le corps, le mortifie, le marque durablement, allant jusqu'à l'anéantir dans la fleur de l'âge, avant même qu'il ne soit pleinement développé. On reconnaît d'ailleurs, soulignait Marx dans *Le capital*, au premier coup d'œil l'empreinte du travail excessif.

Les conditions de travail, la longueur de la journée et l'absence de mesures de sécurité expliquent aussi le grand nombre d'accidents, que ce soit dans les ateliers textiles, dans les mines ou encore dans le bâtiment<sup>46</sup>.

---

<sup>42</sup> Cf. F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*, t. II, p. 663.

<sup>43</sup> D'après un mémoire anonyme... (*Ibid*, p.664)

<sup>44</sup> *Ibid*, t. III, p. 122.

<sup>45</sup> Ce que rappelle Marx in *Le Capital*, *op. cit.*, p. 203.

<sup>46</sup> « Dans les ateliers textiles aucun grillage ne protège les ouvriers de l'entrecroisement des courroies et des engrenages qui tournent dans des espaces restreints. Dans les mines aussi les accidents sont nombreux. Voici, par exemple, pour une période de trois ans et pour le seul bassin houiller de la Loire, le calendrier des catastrophes : 9 septembre 1839, 25 morts à la côte Thiollière ; le 26 octobre 1840, 31 tués à la concession de Collenon ; le 18 octobre 1842, 15 morts à la mine du Tour de Firminy ; 8 novembre 1842, 10 morts à la mine d'Egaranda. A Paris, c'est dans le bâtiment qu'on enregistre le plus d'accidents » (F. Braudel, E. Labrousse, *op. cit.*, t. III, p. 783).

## *Le travail des enfants*

Comme pour les adultes, l'enfance ouvrière est marquée des peines liées au labeur. En ce début de siècle, aucune législation n'interdit le travail des enfants, mis à part un décret du 3 janvier 1813 qui avait interdit le travail au fond des mines pour les enfants de moins de dix ans<sup>47</sup>. Du reste, le travail des enfants n'est pas une nouveauté du 19<sup>e</sup> siècle. Dans les campagnes comme dans les villes, dans le milieu agricole comme dans l'« industrie », au sens large du terme, l'enfant-producteur figure sur le marché des services depuis très longtemps. Ce qu'il y a de nouveau dans cette forme d'exploitation, c'est le caractère de masse que va revêtir l'utilisation de la main d'œuvre enfantine dans certains secteurs industriels et l'aggravation des conditions de travail résultant de l'aggravation générale de la situation de l'adulte. L'âge n'est pas un frein à l'embauche : dès cinq ans, les fils et filles de prolétaires découvrent l'usine et les ateliers. On apprécie la délicatesse de leurs doigts et leurs petits gabarits pour se glisser sous les métiers ! Largement répandu – notamment dans le textile –, le travail des enfants était pour une large part responsable de la déchéance physique et d'irréremédiables problèmes de santé. Dans certaines clouteries des Ardennes, les enfants de dix ans travaillaient de trois heures du matin à six heures du soir, nourris pour l'essentiel de soupe et de pommes de terre. Perspicace, le préfet concluait : « *il n'est pas extraordinaire que leurs forces s'opposent au développement de leur corps* »<sup>48</sup>.

## *Médiocrité générale et précarité de l'existence ouvrière : misère physiologique & misère morale*

Les conditions de vie de la classe ouvrière sont aussi critiques que les conditions du travail (logement, alimentation, précarité, misère physiologique et morale...).

La médiocrité est générale et elle affecte toutes les formes de la vie quotidienne. A commencer par le logement. Les demeures sont pauvres, particulièrement à la ville, où la misère est encore plus palpable. Les loyers décents étant beaucoup trop élevés pour les familles ouvrières, les travailleurs sont contraints de s'entasser dans des locaux exigus et malsains : « *à Lyon, on enferme jusqu'à 8 ou 9 personnes dans des locaux aussi réduits, sans*

---

<sup>47</sup>*Ibid.*, p. 783.

<sup>48</sup>*Ibid.*, p. 123.

*le moindre confort, sans air ni lumière, aux fenêtres perpétuellement fermées par crainte de l'humidité qui fait rompre les fibres ».*<sup>49</sup>

Concernant l'alimentation, la malnutrition et la frugalité sont de règle. Les ouvriers, généralement, mangent mal et peu. Ils souffrent de carences variées, dues au déséquilibre de régimes à base de pain, de soupe et de légumes secs, de l'insuffisance de viande.

Cette médiocrité générale des conditions d'existence fragilise les organismes, affaiblit les corps et prépare le terrain à la maladie. Le choléra, par exemple, se saisit de cette misère physiologique pour faire des ravages dans la classe ouvrière. Lorsqu'il s'abat sur Paris en 1832, il frappe plus lourdement les rues populaires. L'inégalité devant l'épidémie et devant la mort est alors clairement ressentie.

La médiocrité de la vie ouvrière s'accompagne également d'une précarité et d'une instabilité, qui rendent l'existence du travailleur plus dure encore et le mettent à la merci de la plus grande misère. Le chômage est pour lui une perpétuelle hantise...

Enfin, la misère matérielle, la dureté du labeur, la médiocrité d'une existence vouée à la précarité et à l'incertitude, engendrent inexorablement la misère morale, qui ronge l'âme et détruit le tempérament du travailleur. Sans compter que dès les 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles, l'association entre « classes laborieuses » et « classes dangereuses » se prépare dans l'esprit des élites dirigeantes : l'ouvrier, stigmatisé ignorant, miséreux, brutal et dangereux, n'a donc aucune possibilité d'élévation sociale et son seul avenir est de supporter et d'intérioriser sa condition.

---

<sup>49</sup> *Ibid.*, p. 672.

L'examen du passé, en définitive, livre des indications précieuses sur ce que pouvait être la mortalité différentielle, notamment entre groupes sociaux, dans l'histoire. Le constat est sans appel : l'égalité face à la mort n'existait pas. Il nous reste à présent à voir la place qu'occupe ce phénomène aujourd'hui, au sein de notre société.

Bien entendu, L'état de santé moyen de la population s'est considérablement amélioré depuis deux siècles. L'espérance de vie à la naissance est d'abord passée de moins de 30 ans au siècle des lumières à environ 40 ans dans la première moitié du 19<sup>ème</sup> siècle ; depuis 1870 elle progresse rapidement et assez régulièrement pour atteindre 77 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes en 2008 ; et la mortalité infantile a chuté spectaculairement ces dernières décennies, pour être un des plus faibles du monde aujourd'hui : 3,7 pour mille en 2009<sup>50</sup>.

Néanmoins, en dépit de ces progrès incontestables, les inégalités sociales face à la santé et devant la mort, que nous venons d'étudier historiquement, n'ont pas désinvesti le monde social. Loin de là. Elles se sont même accrues depuis 1980. Les différentes pathologies frappent en effet presque toujours inégalement : les couches sociales les plus modestes en payent le tribut le plus lourd. Les inégalités face à la mort qui en résultent sont le produit de multiples facteurs, dont les plus évidents tiennent aux habitudes de vie et aux inégalités d'accès au système de soin, mais aussi, facteur peut-être trop peu pris en compte en France, à la qualité du travail (conditions de travail).

Avant d'examiner plus en détail les disparités de mortalité en fonction de l'appartenance sociale, observons d'abord comment la mortalité varie aussi en fonction du sexe. Hommes et femmes, en effet, ne sont pas égaux devant la mort.

---

<sup>50</sup> Source : INED.

**DEUXIEME PARTIE**

***LA MORTALITE DIFFERENTIELLE  
SELON LE SEXE***

Le différentiel de longévité entre l'homme et la femme est bien connu.

Quelques chiffres : pour la France, il est actuellement de sept ans. Comme l'indique le tableau suivant, en 2008, les femmes ont une espérance de vie à la naissance qui se situe aux alentours de 84 ans (84,3) ; les hommes, quant à eux, peuvent espérer vivre en moyenne 77,5 ans.

### Espérance de vie en 2008

<b>(en années)</b>	<b>Femmes</b>	<b>Hommes</b>
<b>A la naissance</b>	84,3	77,5
<b>A 20 ans</b>	64,8	58,1
<b>A 60 ans</b>	26,9	22,0

Champ : France.

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil (résultats provisoires arrêtés fin 2008).

Pour ce qui est de l'espérance de vie à 20 ans, l'écart entre les deux sexes est toujours de 7 ans (64,8 pour les femmes contre 58,1 pour les hommes) ; à 60 ans, l'écart se réduit sensiblement : il est seulement de 5 ans, les femmes pouvant encore espérer vivre presque 27 ans, contre 22 ans pour le genre masculin. On voit déjà qu'une fois passé la soixantaine, ce qui correspond généralement à l'âge où l'on met un terme à son activité professionnelle, les hommes rattrapent timidement leur retard sur les femmes (même si les femmes semblent mieux supporter la vieillesse).

## CHAPITRE PREMIER

# La surmortalité masculine : une règle historique et universelle ?

La surmortalité masculine est donc largement observable en France ainsi que dans la plupart des pays « développés » ; les statistiques démographiques démontrent en effet que cette dernière affecte à divers degrés les nations les plus riches. A contrario, au sein des pays que l'on qualifie de « sous développés » ou encore « en voie de développement », les femmes n'affichent pas forcément une plus grande longévité que les hommes. On peut voir là, entre autres facteurs, les conséquences d'une maternité qui n'est pas toujours sans péril dans ces sociétés encore délaissées d'un point de vue médical, notamment en termes d'obstétrique et d'hygiène.

Si les hommes, en France, ont aujourd'hui d'une espérance de vie plus réduite que celle des femmes, l'inégalité des sexes devant la mort a aussi une histoire à laquelle il est utile de se référer si l'on veut mieux saisir l'évolution dans le temps du différentiel de longévité entre les deux sexes.

### *1 - Un peu d'histoire...*

La mortalité plus prononcée des hommes ne date pas d'aujourd'hui, toutefois, l'écart de 7 ans que l'on observe actuellement n'a pas toujours été la règle.

Le problème de la surmortalité masculine n'a pas laissé indifférents les premiers démographes : Kersseboom en fait état dès 1738 aux Pays Bas, tout comme Wargentin quelques années plus tard en Suède. Deparcieux l'avait également relevée en France où elle se

manifeste de manière décisive depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle<sup>1</sup>. Cependant, pour la période 1740-1789, on dispose de tables de mortalité nationales calculées par Y. Blayo (d'après les résultats de l'INED) qui révèlent que les différences de mortalité entre les deux sexes étaient quasiment insignifiantes<sup>2</sup>.

L'écart à la naissance, d'environ 1,6 an en moyenne, s'annule pratiquement au 25<sup>ème</sup> anniversaire, du fait des risques importants liés à la maternité. En effet, tout laisse à penser que les risques de mortalité à chaque accouchement sont considérables : à Rouen, au 18<sup>ème</sup> siècle, le nombre de décès maternels survenus dans les soixante jours après l'accouchement est de l'ordre de 10,9 pour mille ; pour l'ensemble de la France, selon l'enquête de l'INED, il est de 11,5 pour mille<sup>3</sup>. L'âge de la mère est également un facteur déterminant : pour la période 1700-1829, le risque est de 9,8 pour mille chez les femmes de moins de 25 ans, de 12,5 ensuite et de 16,6 pour mille après le trente cinquième anniversaire.

Sur cette question des risques inhérents à la maternité, favorisant une surmortalité pour le sexe féminin, la différence avec notre époque est très nette. Aujourd'hui, tout un cérémonial accompagne la venue d'un enfant ; c'est un évènement heureux, très attendu et relativement sûr, du fait d'une assistance médicale (gynécologie, médecins, obstétriciens, sages femmes, pédiatres...) omniprésente tout au long de la grossesse, mais aussi pendant et après l'accouchement. On pourrait dire qu'en règle générale, durant ces périodes, les femmes sont relativement protégées et sont rarement en péril.

En d'autres temps, l'accouchement, pour les mères, était une tout autre épreuve ; avoir un enfant demeurait une aventure périlleuse et cette part de risque qui subsistait au moment de donner la vie accentuait fortement la mortalité des femmes.

Vers 1820, l'espérance de vie à la naissance des femmes était de 39 ans, contre 38 ans pour les hommes. Cependant la mortalité des femmes était supérieure à celle des hommes entre 5 et 18 ans, ainsi qu'aux âges de procréation. Les taux de mortalité pour les deux sexes étaient donc relativement proches et l'on estime qu'ils étaient même pratiquement égaux en 1825. Toutefois, à partir de 1860, la mortalité diminue plus rapidement pour les femmes que pour les hommes, et le différentiel d'espérance de vie entre les deux sexes commence progressivement à croître.

---

<sup>1</sup> J. Guillerme, *op. cit.*, p. 49.

<sup>2</sup> J. Dupâquier, *op. cit.*, t. II, p. 236, 237.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 238.



C'est au cours du dernier quart du 19<sup>ème</sup> siècle qu'apparaît, dans la plupart des départements et à l'échelle nationale, l'écart qui se creusera jusqu'à nos jours entre la proportion des femmes âgées et celle des hommes. La vieillesse devient de plus en plus du genre féminin. Les socio-démographes y lisent tout à la fois l'indice, et l'une des conséquences visibles de la généralisation et de l'accentuation de la surmortalité masculine<sup>4</sup>.

En effet, tout au long des soixante-dix années qui se sont écoulées depuis la fin du premier conflit mondial, la surmortalité masculine s'est aggravée. En 1986, les femmes pouvaient, en moyenne, espérer vivre huit années de plus que les hommes ; au début du 20<sup>ème</sup> siècle, vers 1920, l'écart n'était que de trois ans ; au milieu du 19<sup>ème</sup> siècle, il ne dépassait pas deux ans<sup>5</sup>...

Aujourd'hui, nous savons qu'il est d'environ sept ans en France.

La vie plus longue des femmes est de nos jours un fait tellement anodin, largement vérifiable dans la plupart des pays industrialisés, que l'on a tendance à justifier cet avantage en invoquant des causes naturelles et des différences biologiques ; en gros, les femmes se verraient gratifier à la naissance d'une vie plus longue que les hommes, tout cela grâce à « dame nature », qui, abandonnant soigneusement aux oubliettes l'influence que peut exercer le milieu, inscrirait dans le patrimoine génétique de ces dernières quelques années de vie supplémentaires. Sans être catégoriques, nous préférons rester prudent quant à ce prétendu « avantage naturel » dont jouiraient les femmes au détriment des hommes ; il incite, selon nous, à une lecture de ces écarts de mortalité qui n'intègre pas assez - voire pas du tout - des éléments relatifs au milieu et à l'environnement. Des facteurs, plus directement observables, de nature sociologique, semblent en mesure d'apporter davantage de lumière sur cette inégalité des sexes devant la mort.

La scientificité d'une argumentation strictement fondée sur des hypothèses biologique semble demeurer incertaine ; du reste, ce différentiel sexuel est à relativiser d'un double point de vue : *historique et culturel*.

L'examen du passé nous a révélé que le différentiel de longévité entre hommes et femmes variait considérablement selon les époques, et qu'en somme la « nature » d'aujourd'hui ne serait plus celle d'hier ! En effet, les hommes n'ont pas toujours devancé les femmes sur le terrain de la mortalité : on a vu, par exemple, qu'au début du 19<sup>ème</sup> siècle, les deux sexes affichaient pratiquement la même espérance de vie.

---

<sup>4</sup> J. Dupâquier, *op. cit.*, t. 3, p. 236.

<sup>5</sup> *Ibid.*, t. IV, p. 238.

## 2 - Le différentiel sexuel : variations dans l'espace

L'écart de durée de vie entre hommes et femmes varie aussi selon les sociétés considérées.

Concrètement, on peut affirmer qu'il n'y a pas *un* écart universel, valable pour toutes les cultures, mais plutôt *des* écarts, qui diffèrent grandement selon les lieux où ils sont observés.

A ce titre, on constate que certaines sociétés plus que d'autres favorisent une mortalité précoce des femmes.

Prenons le cas de la Chine. Si l'on s'intéresse d'un peu plus près au sort qui est réservé aux petites filles chinoises qui ont le malheur de naître (quand elles naissent...) en milieu rural<sup>6</sup>, on comprend alors mieux pourquoi la mortalité féminine, aux jeunes âges, atteint dans ce pays des niveaux record. Dans une Chine qui veut à tout prix limiter la croissance de sa population, la disparition des petites filles est tolérée, voire encouragée : être de sexe féminin est une malédiction qui vous tombe dessus très tôt ; avant même que vous naissiez...(Selon la démographe anglaise K. Johnson, la pratique des échographies aboutit chaque année à un million de « naissances manquantes » celles, bien entendu, des fœtus de sexe féminin). Les autorités chinoises tolèrent deux enfants en milieu rural, contre un seul en ville, mais tous les couples veulent avoir au moins un garçon. Seulement pour le prestige ? Pas uniquement. Une fois mariée, la jeune femme chinoise quitte le domicile familial pour entrer pleinement dans sa belle-famille ; en l'absence de tout système de retraite, il est donc impératif de donner naissance à un garçon pour assurer ses vieux jours. Pour les familles qui ont une, voire deux filles, le seul moyen d'obtenir l'autorisation légale de procréer à nouveau, c'est de s'en débarrasser<sup>7</sup>. Avortement sélectif, infanticide à la naissance, abandon, mais aussi moindre qualité des soins et de la nourriture prodigués aux petites filles, sevrées plus rapidement et plus rarement conduites à l'hôpital en cas de maladie, on comprend aisément pourquoi la surmortalité féminine, aux âges précoces, atteint des niveaux considérables<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Voir à ce sujet l'article du journal *Le Monde* (07/03/1998), intitulé « *La mort des petites filles chinoises* », par S. Brunel & Y. Blayo.

<sup>7</sup> La politique « deux enfants-un fils » conduit de fait les responsables politiques locaux des régions rurales à fermer les yeux sur le nombre réel de grossesses et de naissances de chaque femme mariée pour ne contrôler étroitement que le nombre final d'enfants de chaque couple. Voilà pourquoi les abandons sont tolérés, voire organisés.

<sup>8</sup> Le déséquilibre de la pyramide des âges en faveur des garçons est frappant : dans la province de Hainan, par exemple, il y a 175 garçons pour 100 filles chez les femmes de 50 ans qui n'ont qu'un seul enfant ; dans celle du Shandong, le 1<sup>er</sup> enfant des femmes de 35-39 ans est presque trois fois plus souvent un garçon qu'une fille...

La chine connaît certes une croissance économique sans précédent, néanmoins, elle est encore trop pauvre pour que l'enfant mâle cesse d'être regardé comme une assurance sociale, ce qui aboutit aujourd'hui au sacrifice presque institutionnalisé de millions de petites filles.

Dans l'exemple que nous venons de citer, on voit comment des problèmes d'ordre économique, liés à un niveau de richesse global qui ne permet pas la mise en place d'un système de retraite efficace qui assurerait une fin de vie décente aux vieilles générations, d'ordre démographique (problème de surpopulation) et politique (autorités qui ferment les yeux sur ces pratiques), s'entremêlent pour le plus grand malheur des jeunes filles des campagnes. En réalité, c'est tout le poids de la société qui s'abat sur des destinées individuelles ; autrement dit, on voit comment tout un climat social, économique, politique, peut favoriser une mortalité précoce dans certaines fractions du corps social. Ici, les victimes désignées, ce sont les petites filles des régions rurales ; dans un tel contexte de société, mieux vaut naître mâle !

Aux jeunes âges, la mortalité des filles chinoises est donc supérieure à celle des garçons. Cependant, pour ce qui est de l'espérance de vie à la naissance, les femmes peuvent espérer vivre en moyenne trois années de plus que les hommes (75 ans contre 72 ans), ce qui reste toutefois en deçà des écarts que l'on relève généralement dans les pays les plus « développés » (de l'ordre de 7 ans)<sup>9</sup>.

Dans certaines régions du monde - notamment les plus pauvres -, le différentiel de longévité entre sexe est quasiment nul. Comme nous allons le voir, les femmes affichent même dans certains pays une espérance de vie inférieure aux hommes.

Si l'on s'en tient aux *statistiques sanitaires mondiales* fournies par l'*Organisation Mondiale de la Santé*, on constate, par exemple, que dans de nombreux pays africains, il n'existe pratiquement pas de différence de longévité entre hommes et femmes. L'espérance de vie, pour les deux sexes, est généralement très courte : mortalité infantile, mortalité maternelle et néonatale, fléaux épidémiques (SIDA notamment ; choléra au Zimbabwe actuellement...), conflits armés, systèmes de soins défaillants, manque d'hygiène (prévention et information), etc., autant d'éléments qui jouent en faveur d'une mortalité élevée à tous les âges.

En Guinée Equatoriale, par exemple, l'espérance de vie est de 46 ans pour les hommes, contre 47 ans pour les femmes ; au Niger, elle est de 42 ans pour les hommes, de 43 ans pour les femmes ; en République Centre Africaine, les deux sexes affichent la même longévité, qui est

---

<sup>9</sup> On peut penser que la surmortalité des filles aux jeunes âges affecte la durée de vie moyenne des femmes...

de l'ordre de 48 ans ; en Tanzanie, hommes et femmes peuvent espérer vivre environ une cinquantaine d'années ; pour ce qui est de l'Afrique Australe, on observe en Zambie une espérance de vie, pour les deux sexes, qui se situe aux alentours de 42 ans ; au Zimbabwe, pays voisin, ce sont les femmes qui affichent une durée de vie plus courte : 43 ans, contre 44 ans pour leurs compagnons masculins<sup>10</sup>.

Dans la plupart de ces pays, la mortalité maternelle et l'épidémie de sida (qui touche plus fortement les femmes et les jeunes filles, nous le verrons) comptent pour beaucoup dans l'explication de la surmortalité féminine. 538 000 femmes sont mortes en 2005 dans le monde de causes liées à la grossesse et à l'accouchement. 51% étaient en Afrique, 43% en Asie ; le taux de décès maternels en Afrique est de 820 pour 100 000 naissances vivantes<sup>11</sup>.

La Sierra Leone affiche le taux de décès maternels le plus élevé du monde et deux pays (l'Inde et le Nigeria) regroupent un tiers de ce type de décès de la planète. La mortalité maternelle est encore une fois le produit de la pauvreté : d'après les Nations Unies, plus de 99% des décès d'accouchement ou de nouveaux nés surviennent dans des pays « en voie de développement ». Comme il est mentionné dans un article du *Monde* consacré à ces questions<sup>12</sup>, « le fossé entre les pays riches et les pays pauvres reste abyssal » : l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Ouest comptabilisent 11 décès maternels pour mille naissances contre seulement 8 dans les pays industrialisés (chiffres qui n'ont pas évolué entre 1990 et 2005). L'Unicef note que pour les femmes originaires des pays les « moins avancés », le risque moyen, sur toute une vie, de mourir de complications liées à la grossesse et à l'accouchement est 300 fois plus élevé que pour une femme issue d'un pays « développé ».

Les origines de ces fortes disparités de mortalité au moment de la maternité sont connues : dans les régions les plus pauvres du globe, les femmes accouchent généralement à domicile, sans suivi médical et sans l'assistance d'un personnel qualifié. Une grande part des décès maternels est liée à des complications obstétricales (hémorragies post-partum, infections,

---

<sup>10</sup> Il sévit à l'heure où nous écrivons une importante épidémie de choléra au Zimbabwe, qui aurait déjà fait plus de 2000 morts. Selon le bilan établi par l'OMS, le pays compte aujourd'hui 40 000 malades. Les craintes sont d'autant plus vives que commence la saison des pluies, propice à la propagation de la maladie par les eaux souillées, sur fond de crise générale, dans un pays économiquement ruiné et politiquement paralysé. L'OMS indique que près de 90 % du pays est touché. Normalement guérissable, l'épidémie tue cependant plus de 5 % des personnes atteintes au Zimbabwe. Pour l'organisation Physicians for Human Rights, le président du pays est largement responsable de ce désastre humanitaire, et devrait être condamné pour crimes contre l'humanité, en raison des nombreuses violations des droits de l'homme et de l'effondrement du système de santé dans son pays. Outre les meurtres, viols, tortures, esclavages sexuels et enlèvements qui sont monnaie courante au Zimbabwe, le régime a complètement négligé les questions touchant au domaine de la santé. Aujourd'hui, le corps médical est impuissant face au choléra. Selon une ONG locale, l'irresponsabilité du régime de Harare a aussi des répercussions sur l'espérance de vie qui serait de 36 sous le règne du président Mugabe. (cf. *Le monde*, 13/01/2009, « deux mille morts du choléra au Zimbabwe »)

<sup>11</sup> Cf. article in *Le Monde* (16/01/2009), « mortalité maternelle et néonatale : la grande inégalité. »

<sup>12</sup> *Ibid.*

éclampsie, caractérisée par des convulsions, ou travail prolongé et difficile). Les femmes enceintes de ces pays peuvent être également fragilisées par le paludisme, l'anémie, le sida ou les parasites intestinaux.

Le problème de la surmortalité maternelle se pose aussi en dehors du continent africain.

En Afghanistan, par exemple, où l'espérance de vie des hommes et des femmes est à peu près équivalente (de l'ordre de 42 ans)<sup>13</sup>, la région du Badakhshan totalise 65 décès maternels pour mille naissances, ce qui constitue le chiffre le plus élevé jamais enregistré ; si l'on s'en tient aux statistiques les plus récentes de l'OMS (Unicef & Fnuap<sup>14</sup>), le taux de mortalité maternelle du reste de l'Afghanistan pointe à la seconde place au classement mondial, juste derrière celui de la Sierra Leone : il atteint 18 morts pour mille naissances. La sociologue Carol Mann, qui travaille sur ces questions, constate qu'en moyenne, une femme enceinte a une chance sur huit de décéder, généralement pour des causes évitables, et il y a de grandes chances que plus de la moitié d'entre elles n'atteignent pas l'âge de seize ans<sup>15</sup>. Ces risques liés à la maternité n'apparaissent pas être une priorité pour les autorités afghanes ; pourtant, ils constituent la première cause de mortalité du pays. La discrimination fondée sur le genre peut être considérée comme source de morbidité et de mortalité pour la gente féminine. La vie d'une femme, semble-t-il, n'a pas la même valeur que celle d'un homme, et ce dès les premiers âges. Aux yeux des familles afghanes, nous dit C. Mann, un garçon représente un investissement à long terme car il est destiné à soutenir ses proches toute sa vie durant ; différente est la situation de la fille qui elle, à la puberté ou avant, partira chez d'autres (selon le dicton populaire, il ne sert à rien d'engraisser la propriété d'autrui !). En terres afghanes, l'inégalité de traitement en fonction du sexe commence dès le berceau : le garçon, toujours préféré et conférant un statut à la jeune maman auprès de la belle famille chez qui elle est installée, est toujours mieux nourri, protégé et soigné. Il n'est d'ailleurs pas surprenant qu'à l'hôpital français pour enfants de Kaboul la majorité des patients soit des petits garçons. C'est à eux que l'on réserve la viande et les meilleurs mets, tandis que les petites filles doivent se satisfaire de quelques restes. C. Mann fait également remarquer que les vestiges de la tradition ayurvédique<sup>16</sup>, qui veut que des aliments dits « chauds » et « froids » soient appropriés différemment selon le sexe, défavorisent les femmes d'un point de vue nutritif. Du fait de ces coutumes, celles-ci sont exposées à d'énormes carences en protéines et en calcium. De plus, au cours de la grossesse, les femmes ne mangent presque pas ; elles adaptent même leur

---

<sup>13</sup> Statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (source : internet, site officiel de l'OMS).

<sup>14</sup> Fonds des Nations unies pour la population.

<sup>15</sup> Cf. Carol Mann, article in *Le Monde* (10/09/2008).

<sup>16</sup> L'ayurvéda est une médecine traditionnelle indienne visant à établir un équilibre entre le corps et l'esprit...

régime en fonction du garçon qu'elles espèrent concevoir. Autant de pratiques qui tendent à fragiliser les organismes féminins et qui peuvent contribuer à des accouchements compliqués, allant jusqu'au décès maternel.

Pour ce qui est de l'accès aux soins, quand bien même le nombre d'hôpitaux serait suffisant pour combler les besoins des femmes durant les périodes de maternité (et pas seulement durant ces périodes...), ces dernières n'ont pas l'autorisation des maris et des belles mères de s'y rendre. Etre examiné par un médecin étranger est généralement perçu comme un déshonneur pour la famille, donc bien souvent, la mort de la future maman est envisagée comme la solution la plus honorable (toujours d'après les dires de C. Mann, les cliniques qui soignent les femmes et les enfants toxicomanes en Afghanistan rencontrent le même problème : les hommes craignent que les consommatrices et consommateurs de drogues soient reconnus et que la respectabilité de toute une famille soit remise en cause. On s'adonne donc à ces pratiques dévastatrices à la maison, dans son coin, à l'abri de tout regard et de tout jugement...et de tous soins essentiels).

La mortalité maternelle n'est pas le seul fléau à favoriser une mortalité précoce dans les populations féminines issues des pays les plus pauvres. La pandémie du sida, à l'instar d'une peste noire, décime le continent africain (principalement), et plus particulièrement l'Afrique subsaharienne et l'Afrique australe<sup>17</sup>.

Dans les pays les plus sévèrement touchés par la maladie, on note d'ailleurs une diminution de l'espérance de vie ; d'après les estimations des Nations unies, l'épidémie pourrait, en Afrique du Sud, faire perdre plus de vingt huit années d'espérance de vie en 2010-2015 par rapport à un scénario sans sida<sup>18</sup>.

Dans son rapport 2004, l'Onusida souligne que l'épidémie progresse à un rythme effréné, avec près de 5 millions de nouvelles infections en 2003<sup>19</sup>. Cela porte à environ 38 millions le nombre de personnes porteuses du VIH (pour l'instant...). En Asie et en Europe orientale, la maladie connaît un taux de croissance des plus élevés. Mais c'est bien en Afrique (subsaharienne et australe) que le sida fait le plus de dégâts : à la fin de l'année 2003, on enregistre dans ces régions du monde 25 000 000 de séropositifs...

---

<sup>17</sup> Dans un entretien accordé au journal *Le Monde* (14/09/1999), le directeur exclusif de l'Onusida, Peter Piot, fait remarquer qu'il y a une grande différence entre la situation des pays occidentaux, où l'infection par le virus du sida concerne avant tout certains groupes à risque (usagers de drogues par voie intraveineuse, homosexuels), et celle de l'Afrique, où toute la population est à risque.

<sup>18</sup> Nations unies, *World Population Prospects. The 2002 Revision*, cité par J. Véron (in J. Véron, *L'espérance de vivre*, Ed. du Seuil, 2005, p. 34.

<sup>19</sup> Cf. Art. in *Le Monde* (07/07/2004), « le sida progresse « sans frein » en Asie et en Europe orientale... »

Le rapport de l'Onusida résume en quelques chiffres l'impact de la pandémie dans cette partie du continent africain : « *l'Afrique subsaharienne n'abrite guère plus de 10% de la population mondiale, mais près du deux tiers du total des personnes infectées par le VIH. En 2003, on estime à 3 millions le nombre de nouvelles infections dans la région et à 2,2 millions celui des décès dus au sida (soit 75% des 3 millions de décès dus au sida cette année-là dans le monde)* ».

La plupart des études montrent que le sida, première cause de mortalité en Afrique, touche plus fortement les femmes et surtout les jeunes filles.

Une étude conduite dans quatre pays par l'Onusida rapporte que, chez les jeunes gens âgés de quinze ou seize ans, les filles sont quatre fois plus touchées que les garçons. Ces jeunes filles, qui ont peu de contacts sexuels, sont contaminées par des hommes adultes<sup>20</sup> ; pour Peter Piot, directeur de l'Onusida, ces comportements à risques sont le reflet d'une société où les hommes peuvent s'approprier n'importe quelle jeune femme (faible pouvoir de négociation sexuelle), surtout si celle-ci mène une existence précaire. Dans les pays où les jeunes représentent plus de 60% des nouvelles infections, on compte deux jeunes filles séropositives pour un jeune homme. A l'occasion de la *onzième Conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique*, qui s'est tenue en septembre 1999 dans la capitale zambienne (Lusaka), l'Onusida a rendu publique une étude sur la prévalence de l'infection par le VIH dans quatre villes africaines, qui confirme cette tendance à une prédominance féminine.

Certaines régions du monde, certaines sociétés, favorisent donc une mortalité précoce des femmes et des jeunes filles. C'est notamment dans les pays pauvres, fortement affectés par la mortalité maternelle et par la pandémie du sida, que cette surmortalité féminine est plus largement identifiable.

Le différentiel sexuel de longévité, dans ces pays, n'a rien de comparable avec ce que connaissent les pays « développés ». Nous l'avons mentionné : la vie y est généralement assez

---

<sup>20</sup> Les hommes ont contracté et contractent encore le virus en ayant des rapports sexuels avec des prostituées ; les politiques de l'emploi qu'ont connues les pays d'Afrique australe, d'Afrique de l'Est ou la côte d'Ivoire, notamment, ont abouti à un excédent démographique masculin dans les grandes villes. Les hommes des populations rurales ont servi et servent toujours de main d'œuvre, sans que leur famille les accompagne : la dissémination du virus s'est faite lors des rapports avec les prostituées.

brève, hommes et femmes, en termes d'espérance de vie, étant à peu près logés à la même enseigne.

En plus des risques liés à la maternité, du sida, qui occasionnent de lourdes pertes dans les populations féminines issues des nations les « moins avancées », des facteurs d'ordre culturels, semble-t-il, doivent être également considérés pour mieux appréhender le problème de la mortalité précoce des femmes. Certaines sociétés, en effet, par le traitement qu'elles réservent à ces dernières, le statut qu'elles leur assignent, ne préservent guère les destins féminins ; en somme, on peut légitimement penser que dans tous les lieux où se pratique la discrimination fondée sur le genre, les violences sexuelles, les mauvais traitements à leur égard, une soumission et une exploitation qui prennent des formes démesurées et qui les « enferment » en quelque sorte dans des modes de vies oppressants, les femmes se voient limitées dans leurs possibilités de jouir d'une vie plus longue. Le fondamentalisme religieux, l'intégrisme, par exemple, pratiqués ici ou là, et qui construisent leurs doctrines sur l'idée d'une soumission totale du sexe « faible » à l'égard du sexe « fort », apparaissent comme source de morbidité et de mortalité pour les femmes. On se souvient qu'en Afghanistan, le simple fait d'être femme limite les possibilités d'accès aux soins : les maris, bien souvent, refusent que leurs épouses soient « entre les mains » d'un autre, à plus forte raison si cet autre est un professionnel de santé étranger. On pourrait dire que dans les pays où elle est encore établie comme une véritable règle culturelle, la discrimination fondée sur le sexe nuit gravement à la santé des femmes...

Prenons encore le cas de l'Afghanistan (pour ne citer que ce pays...). Les décès maternels, dans cette région, sont tout autant le résultat de la pauvreté que de l'absence de considération portée aux populations féminines. D'ailleurs, les autorités afghanes ferment les yeux sur le problème de la mortalité maternelle alors qu'elles ont choisi de prendre en main celui de la mortalité infantile. A travers cet exemple afghan, on perçoit comment l'indifférence ou le mépris volontaire que porte une société à certains de ses membres se traduit inéluctablement en des problèmes sanitaires et sociaux pour le groupe discriminé.

L'inégalité de traitement en fonction du genre peut empêcher les filles et les femmes de chercher à obtenir ou de bénéficier de soins de santé adéquats et d'une préparation à la vie active, si importante pour les protéger contre les infections sexuellement transmissibles, la violence, la maltraitance et l'exploitation. Les études montrent d'ailleurs que les petites filles qui sont allées à l'école se marient plus tardivement que les autres, ont moins d'enfants que



celles qui n'ont pas étudié, respectent mieux les calendriers de vaccination et manifestent une attention plus soutenue à la qualité de l'alimentation<sup>21</sup>.

Ainsi, certaines sociétés plus que d'autres, par les modes de vies et les pratiques qui s'y développent, favorisent une mortalité précoce des femmes. De façon triviale, nous dirons que c'est un climat général de pauvreté – une misère matérielle, économique, culturelle et sociale - qui confère un caractère éphémère à leurs existences. Dans les continents « sous développés », l'épidémie du sida (entre autre) progresse plus vite que les traitements, les systèmes de santé et de soins, souvent défailants, n'arrive pas à enrayer le problème de la mortalité maternelle, sans parler des problèmes d'hygiène, d'habitat ou encore d'alimentation. Cette pauvreté et ses conséquences dramatiques en termes de santé touche aussi bien des femmes que des hommes ; avec, bien entendu, des nuances selon les milieux sociaux. Mais là n'est pas le sujet de la discussion pour l'instant. Pour ce qui est du différentiel sexuel de longévité, nous savons maintenant qu'il est quasi nul dans certaines régions du globe. En règle générale, ces pays qui, contrairement à nombre de pays riches, encouragent une mortalité prématurée des femmes, ont un certain « profil » : ce sont des pays pauvres, le niveau général de la mortalité y est élevé, et, pour quelques uns, la discrimination fondée sur le sexe persiste de manière violente<sup>22</sup>.

Nous pensons, pour notre part, que le statut social dévolu au sexe masculin ou féminin selon la société considérée peut exercer une influence sur les modes de vie et, au final, sur la longévité<sup>23</sup>. Notre exemple afghan, encore une fois, illustre bien cela : inégalités de traitement selon le sexe dès la naissance, indifférences à l'égard de la mortalité maternelle, accès aux soins restreint pour les femmes pour des raisons « culturelles » et « religieuses »...

Finalement, on pourrait dire que certaines sociétés sont plus dangereuses pour les femmes que d'autres...et que ces risques de différentes natures peuvent avoir des répercussions directes sur les probabilités de vivre plus ou moins longtemps.

---

<sup>21</sup> Conclusions d'un rapport de l'Unicef. Cf. art. in *Le Monde* (16/01/2009), « mortalité maternelle et néonatale : la grande inégalité ».

<sup>22</sup> Il faut préciser que tous les pays connaissent, à des degrés différents, le problème de la discrimination fondée sur le genre, des violences faites aux femmes, etc. cependant, nous parlons là de pays où cette discrimination et ces mauvais traitements prennent des formes extrêmes, au point que ces pratiques expliquent en partie la surmortalité féminine. Il ne nous semble pas que toutes les femmes du monde, malgré les violences qu'elles peuvent subir ici où là, connaissent la dure réalité des femmes afghanes qui ne peuvent pas se soigner sans l'autorisation des hommes (sans parler des pratiques extrêmes comme la lapidation...).

<sup>23</sup> Par exemple, en Syrie, en Tunisie, ou encore en Algérie, le différentiel (plus trois ans en moyenne pour les femmes), apparaît « anormalement faible ». A ce sujet, voir J.P. Renard, « la surmortalité masculine dans le monde, espace, populations », sociétés, 1990-3 ; p. 462.

En examinant, dans une première étape, ce qu'a pu être le différentiel de longévité entre hommes et femmes pour des périodes plus éloignées (en France notamment), puis, dans une seconde phase, les diverses formes que peut revêtir ce différentiel sexuel selon les sociétés et les cultures considérées, nous avons voulu montrer plusieurs choses.

D'abord, que *l'écart de longévité entre sexe varie considérablement selon l'espace et le temps*. La surmortalité masculine n'a pas toujours fait loi dans nos sociétés ; dans nombre de nations « sous développées », hommes et femmes affichent une durée de vie à peu près égale, et dans certains pays, ce sont les femmes qui partent plus tôt... pour des raisons à la fois *socio-économiques, culturelles, et non naturelles*.

Aussi, nous pensons que ce différentiel sexuel, qui fluctue au gré du temps et des lieux, *obéit plus à des règles culturelles que biologiques*. Dire que les femmes vivent plus longtemps que les hommes ne signifie rien en soi. Sans soumettre à la relativité historique et culturelle cette proposition, celle-ci reste vide de contenu. Dans certaines sociétés, pour une époque donnée, oui, effectivement, les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes : c'est le cas de la France, où nous savons que celles ci devancent de sept années leurs compagnons masculins. Notre prochaine tâche consistera d'ailleurs à étudier les facteurs qui sont susceptibles d'alimenter ce différentiel. En d'autres endroits, cette « règle » française, qui est aussi celle de la plupart des pays riches, est peu ou pas respectée. Encore une fois, il nous paraît risqué de lire les écarts de mortalité entre sexes à la lumière de la biologie et de la génétique. Si l'on s'adonne au jeu des comparaisons internationales, on s'aperçoit que le prétendu avantage naturel dont jouiraient les femmes au détriment des hommes ne pèse pas bien lourd face au poids exercé par le social, l'économique (état de pauvreté, terrain propice aux maladies, médiocrité des soins) et le culturel (statut social dévolu selon le sexe, modes de vies, pratiques, comportements, représentations). Songeons, à cet égard, qu'une femme zambienne, ou afghane, etc., vit en moyenne trente cinq années de moins qu'un homme français (43 contre 77) ! Et l'on pourrait multiplier les exemples. Faut il y voir pour autant un avantage biologique ou hormonal en faveur des ces derniers ? Évidemment non. Nous avons vu pourquoi ces femmes subissaient une mortalité précoce ; la nature, censée les privilégier de ce point de vue là, semble impuissante à panser les plaies des blessures que peut infliger une société. Si l'hypothèse naturaliste, qui d'ailleurs n'a jamais été sérieusement démontrée, a une quelconque validité, elle éprouve alors bien des difficultés à s'imposer au social. Au point qu'un homme des pays riches puisse espérer vivre presque quarante années de plus que certaines femmes du monde ...

## CHAPITRE II

# Pour la France

Après ce tour d'horizon des différences de longévité entre hommes et femmes dans le passé et au-delà de nos frontières, il est maintenant temps d'envisager ces questions en France.

Nous avons déjà rapidement évoqué cette inégalité : les femmes, en moyenne, vivent environ sept ans de plus que les hommes (84,3 pour les femmes, 77,5 pour les hommes). On sait que la plupart des pays riches, qui connaissent un accroissement global et régulier de la longévité moyenne, accordent - si l'on peut dire - une vie plus longue aux femmes qu'aux hommes.

Tous les pays d'Europe, du reste, se soumettent à cette règle. Le tableau qui suit est là pour nous le confirmer.

## Espérance de vie à la naissance (Union européenne)

	<b>Hommes 2005</b>	<b>Hommes 2006</b>	<b>Femmes 2005</b>	<b>Femmes 2006</b>
<b>Union européenne (27 pays)</b>				
<b>Allemagne</b>	76,7	77,2	82,0	82,4
<b>Autriche</b>	76,7	77,2	82,3	82,8
<b>Belgique</b>	76,2	76,6	81,9	82,3
<b>Bulgarie</b>	69,0	69,2	76,2	76,3
<b>Chypre</b>	76,8	78,8	81,1	82,4
<b>Danemark</b>	76,0	76,1	80,5	80,7
<b>Espagne</b>	77,0	77,7	83,7	84,4
<b>Estonie</b>	67,3	67,4	78,2	78,6
<b>Finlande</b>	75,6	75,9	82,5	83,1
<b>France métropolitaine</b>	76,8	77,4	83,8	84,4
<b>Grèce</b>	76,8	77,2	81,6	81,9
<b>Hongrie</b>	68,7	69,2	77,2	77,8
<b>Irlande</b>	77,3	77,3	81,7	82,1
<b>Italie</b>	77,8		83,4	
<b>Lettonie</b>	65,4	65,4	76,5	76,3
<b>Lituanie</b>	65,3	65,3	77,3	77,0
<b>Luxembourg</b>	76,7	76,8	82,3	81,9
<b>Malte</b>	77,3	77,0	81,4	81,9
<b>Pays-Bas</b>	77,2	77,7	81,7	82,0
<b>Pologne</b>	70,8	70,9	79,3	79,7
<b>Portugal</b>	74,9	75,5	81,3	82,3
<b>République tchèque</b>	72,9	73,5	79,2	79,9
<b>Roumanie</b>	68,7	69,2	75,7	76,2
<b>Royaume-Uni</b>	77,1		81,1	
<b>Slovénie</b>	73,9	74,5	80,9	82,0
<b>Slovaquie</b>	70,2	70,4	78,1	78,4
<b>Suède</b>	78,5	78,8	82,9	83,1

Source : Eurostat et ONU (INED)

A l'échelle européenne, on voit que pour l'année 2006, les françaises et les espagnoles arrivent en tête du classement de la longévité (84,4 ans), suivies de près par les italiennes (83,4 pour l'année 2005), les suédoises et les finlandaises (83,1 ans pour les deux pays) ; pour un nombre important de pays, l'espérance de vie à la naissance des femmes dépasse la barre des 80 ans (Allemagne, Autriche, Belgique, chypre, Danemark, Grèce, Irlande, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Portugal, Slovénie, Royaume-Uni) ; en queue de peloton, on trouve des pays comme la Roumanie, la Lettonie, ou encore la Bulgarie, où l'on enregistre les plus faibles espérances de vie féminines (respectivement 76,2 pour les roumaines, 76,3 pour les lettones et les bulgares). Lorsqu'on est de sexe masculin, c'est en Suède et à Chypre que l'on peut espérer vivre le plus longtemps (78,8 ans) ; en Espagne, au Pays-Bas et en Italie, on relève également des chiffres élevés en faveur des hommes (77,7 ans en Espagne et au Pays-Bas, 77,8 ans pour l'Italie en 2005) ; une majorité de pays européens voient leurs populations masculines franchir le cap des 77 ans (Allemagne, Autriche, France, Irlande, Malte), tandis qu'en d'autres lieux, la vie des hommes est bien plus précaire : on pense notamment à la Roumanie, à la Hongrie, à l'Estonie, où encore à la Bulgarie, où ces derniers peinent à atteindre le seuil des 70 ans. Enfin, c'est en Lettonie et en Lituanie que l'on observe les chiffres les plus bas pour la gente masculine (respectivement 65,4 et 65,3 ans).

Globalement, on voit l'écart d'espérance de vie entre les deux sexes s'accroître en faveur des femmes lorsque le niveau général de la mortalité – précoce - diminue, ce qui laisse à penser que du point de vue de la longévité, le « développement » économique, médical, etc, profiterait davantage aux femmes qu'aux hommes. Avec un bémol, tout de même : en Europe, ce ne sont pas les nations les plus riches, ni celles qui ont combattu le plus efficacement la mortalité (souvent les mêmes d'ailleurs...) qui renferment les écarts de longévité entre hommes et femmes les plus prononcés. C'est en effet dans les pays de l'ex URSS (Lituanie, Lettonie, Estonie, notamment) que le différentiel sexuel apparaît le plus clairement : environ douze ans en moyenne dans ces pays...

Les raisons de cette forte inégalité des sexes devant la mort sont plus à chercher, nous semble-t-il, du côté masculin que féminin. Nous suggérons par là que la surmortalité masculine, qui atteint des niveaux records dans ces régions de l'Europe ( et qui pourrait peut-être s'expliquer, au moins partiellement, par une consommation excessive d'alcool, par la dureté des conditions de travail, par les morts violentes...), explique presque à elle seule ces fortes disparités entre hommes et femmes ; ce serait donc plus dans l'existence précaire des premiers que dans la vie plus longue des secondes qu'il faudrait chercher, à notre sens, des

facteurs explicatifs de cette inégalité sexuelle devant la mort. En termes de longévité, d'ailleurs, les femmes de ces pays font figure de mauvaises élèves en Europe.

Pour ce qui est de la France, cet avantage féminin peut s'expliquer par divers facteurs, de nature sociologique, que nous allons successivement examiner.

### *Les causes de décès*

Premier constat : la maladie frappe inégalement les deux sexes. Plus exactement, le risque de développer certaines pathologies n'est pas le même selon que l'on soit homme ou femme.

Si l'on s'en tient aux *taux comparatifs de mortalité par sexe et groupe de causes de décès* (cf. tableau page suivante), on relève, pour l'année 20005, une mortalité plus prononcée des hommes dans tous les grands groupes de décès. Ces derniers sont en effet plus sujets aux tumeurs cancéreuses que les femmes, et ce quel que soit le type de cancer considéré. A l'exception, ce qui n'a rien de surprenant, des cancers du sein...

Pour ce qui est des maladies cardio-vasculaires, qui, avec les cancers, mobilisent l'essentiel de la lutte médicale depuis les années 1960, elles occasionnent encore une fois plus de pertes dans les rangs masculins. Qu'il s'agisse des tumeurs ou des maladies cardio-vasculaires, c'est surtout à l'âge mûr ou durant la vieillesse que frappent ces pathologies. Ainsi, entre 1955 et 1985, les maladies cardio-vasculaires ont nettement régressé chez les femmes entre 35 et 54 ans, beaucoup plus faiblement et tardivement chez les hommes de la même tranche d'âge ; et tandis que la fréquence des tumeurs cancéreuses diminuait parmi les premières, elle augmentait au contraire parmi les seconds<sup>24</sup>.

Si les maladies des voies respiratoires et les maladies infectieuses n'ont plus, dans nos sociétés, la virulence d'antan, grâce notamment à la découverte et à l'usage des traitements antibiotiques (années 1940), il n'empêche qu'aujourd'hui, en France, elles engendrent plus de décès chez les hommes que chez les femmes.

A noter, également, une plus grande fréquence de morts violentes au sein des populations masculines...

---

<sup>24</sup> Cf. A. Bihr, R. Pfefferkon, *Hommes, femmes, quelle égalité ?* Ecole, travail, couple, espace public, Ed. de L'Atelier, 2002, p. 250 et suiv.

## CAUSES DE DECES

<i>Taux comparatifs de mortalité (p. 100 000) par sexe et groupe de causes de décès</i>							
	<b>Tumeurs</b>	<b>Maladies cardio-vasculaires</b>	<b>Mal. Infectieuses, Mal, de l'app, respiratoire</b>	<b>Autres maladies</b>	<b>Morts violentes</b>	<b>Causes de décès non décl, ou mal définies</b>	<b>Toutes causes</b>
<b>Hommes</b>							
<b>1997</b>	291	249	86	128	89	48	891
<b>1998</b>	288	239	82	133	88	50	880
<b>1999</b>	283	233	81	135	86	48	866
<b>2000</b>	280	225	72	138	81	45	841
<b>2001</b>	276	217	65	140	79	49	827
<b>2002</b>	272	211	66	138	78	49	813
<b>2003</b>	267	207	68	143	77	51	813
<b>2004</b>	260	189	57	129	70	44	748
<b>2005</b>	258	186	61	131	69	45	751
<b>Femmes</b>							
<b>1997</b>	132	141	40	85	37	30	465
<b>1998</b>	130	136	39	87	38	30	461
<b>1999</b>	131	132	38	89	37	30	457
<b>2000</b>	129	126	34	91	34	28	443
<b>2001</b>	129	123	30	92	34	29	438
<b>2002</b>	129	119	31	93	33	30	435
<b>2003</b>	128	119	33	98	33	32	443
<b>2004</b>	126	106	27	85	29	26	399
<b>2005</b>	126	104	30	86	29	27	401

Champ : *France métropolitaine*

Source : F. Meslé, d'après données INSERM, in F. Prioux, "*L'évolution démographique récente en France*", Population, 2008, p. 3

## ***Conditions de travail : une exposition inégale aux risques***

Parmi les risques qui contribuent à la surmortalité masculine, il en est que les hommes ne choisissent pas forcément de courir. Ce sont ceux liés aux *conditions de travail*, qui, dans l'ensemble, apparaissent plus défavorables aux hommes qu'aux femmes. Or les conditions de travail comptent parmi les facteurs primordiaux d'inégalité sociale en matière de santé.

Certains métiers, certaines activités, plus que d'autres, soumettent les individus à tout un ensemble de pénibilités, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique. La souffrance au travail est un thème bien connu, nous ne manquerons d'ailleurs pas d'aborder de manière plus poussée ces questions relatives à la santé et au travail.

Pour l'instant, commençons déjà par rappeler que hommes et femmes ne travaillent pas dans les mêmes secteurs et branches, ni n'occupent les mêmes postes de travail au sein d'un même secteur, d'une même branche ou d'une même entreprise. Si l'on examine de plus près la répartition des actifs occupés selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle (tableau p. 80), on ne peut que constater le caractère profondément sexué de la plupart des emplois ou des secteurs d'activité. A tel point qu'il n'est pas exagéré de parler de *métiers masculins* et de *métiers féminins*...

Ainsi, les femmes sont d'abord surreprésentées dans les professions où les responsabilités - statut hiérarchique - sont limitées, puis dans celles qui incarneraient les « vertus féminines » (communication, don aux autres...) et qui ne nécessitent pas un usage intense et régulier d'une quelconque force physique ; elles seraient donc plus amenées à exercer des tâches où la parole et le dialogue prévalent sur des fonctions purement mécaniques et gestuelles. On les retrouve donc en majorité dans les emplois suivants : services aux particuliers, employées, professions intermédiaires de la santé et du travail social, institutrices et professeurs. Elles sont en revanche toujours peu nombreuses dans les professions incarnant les « vertus viriles » (force et technicité), dans les métiers manuels (où la force physique est mise en avant), ainsi que dans les professions de « pouvoir » - de haut rang hiérarchique - : ouvrier(e)s qualifié(e)s et non qualifié(e)s ( plus rares encore sont les ouvrières qualifiées...), chauffeur(e)s, manutentionnaires, policier(e)s, militaires, chefs d'entreprises, ingénieurs et cadres techniques d'entreprise. De la même façon, la présence de femmes varie selon les secteurs d'activité : largement majoritaires, à 74,9 % dans le secteur de l'éducation-santé-action sociale, et dans une moindre mesure dans les activités financières, immobilières, les services ou l'administration, elles se raréfient dans les industries, l'énergie ou les transports et atteignent à peine 10% dans le secteur de la construction.



**Actifs occupés selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle**

	Femmes en milliers	Hommes en milliers	Part des femmes dans la CSP en %	En % de l'emploi féminin total
Agriculteurs	196	455	30,1	1,7
Artisans	170	557	23,4	1,5
Commerçants et assimilés	244	409	37,3	2,1
Chefs d'entreprises de 10 salariés ou plus	21	104	16,6	0,2
Professions libérales	132	214	38,1	1,2
Cadres de la fonction publique	139	231	37,5	1,2
Professeurs, professions scientifiques	375	342	52,3	3,3
Professions de l'information, des arts et spectacles	106	126	45,7	0,9
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	404	619	39,5	3,5
Ingénieurs, cadres techniques d'entreprises	161	811	16,5	1,4
Instituteurs et assimilés	551	268	67,3	4,8
Professions intermédiaires de la santé et travail social	865	244	78,0	7,6
Clergé	1	8	8,7	0,0
Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	259	209	55,3	2,3
Professions intermédiaires administratives et commerciales d'entreprises	914	802	53,3	8,0
Techniciens	132	929	12,4	1,2
Contremaîtres, agents de maîtrise	59	504	10,5	0,5
Employés civils, agents de services de la fonction publique	1 667	492	77,2	14,6
Policiers et militaires	54	441	10,9	0,5
Employés administratifs d'entreprises	1 437	298	82,8	12,6
Employés de commerce	839	241	77,7	7,3
Personnel de services directs aux particuliers	1 545	218	87,7	13,5
Ouvriers qualifiés de type industriel	208	1 166	15,1	1,8
Ouvriers qualifiés de type artisanal	113	1 312	7,9	1,0
Chauffeurs	44	576	7,1	0,4
Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport	55	417	11,6	0,5
Ouvriers non qualifiés de type industriel	395	731	35,1	3,5
Ouvriers non qualifiés de type artisanal	203	522	28,0	1,8
Ouvriers agricoles	64	166	27,7	0,6
Catégorie socioprofessionnelle indéterminée	76	81	48,2	0,7
Ensemble	11 425	13 496	45,8	100,0

Champ : France métropolitaine, actifs occupés de 15 ans et plus.

Source : Insee, enquête emploi 2005

Comme nous aurons l'occasion de traiter de manière plus étayée et plus approfondie le problème de la souffrance au travail (inégalement d'ailleurs selon les métiers, les statuts occupés et les secteurs d'activités) et de ses conséquences directes ou indirectes sur la santé des travailleurs (et, au final, sur la longévité), nous ne nous livrerons pas, dans ce chapitre, à une analyse en profondeur de ces questions. Nous formulerons donc les choses de façon assez simple et nous nous en tiendrons à des considérations générales.

Globalement, les hommes se trouvent beaucoup plus souvent que les femmes confrontés à un ensemble de nuisances et de pénibilités cumulées dans le travail ; les métiers ou les secteurs d'activité les moins féminisés sont aussi, bien souvent, ceux où les conditions de travail sont les plus éprouvantes et les risques professionnels les plus grands.

Considérons, tout d'abord, la question des horaires de travail.

D'une part, nous signalent A. Bihl et R. Pfefferkorn<sup>25</sup>, les hommes travaillent professionnellement en moyenne plus longtemps que les femmes, dont la durée d'occupation professionnelle est écourtée pour faire face aux contraintes du travail domestique, de la vie familiale...

D'autre part, ajoutent les deux sociologues, les hommes bénéficient moins souvent que les femmes d'un repos hebdomadaire : en effet, ils s'exercent à la tâche plus souvent que ces dernières en fin de semaine, le samedi et surtout le dimanche.

Les hommes, ensuite, sont plus souvent que les femmes contraints de composer avec des horaires alternants. C'est ce qu'il ressort de l'enquête Emploi de mars 2001 : 10% des hommes contre 5,9% des femmes n'ont pas déclaré d'horaires habituels et réguliers de travail<sup>26</sup>. La même enquête, pour clore cette question des horaires professionnels, fait enfin apparaître que le travail de nuit est généralement plus du genre masculin que féminin. Or la nocivité et la dangerosité du travail de nuit semblent unanimement reconnues et elles ne sont plus à démontrer. A la fin des années 1980, S. Volkoff s'exprimait déjà assez clairement là-dessus : « *le travail en horaire décalé, surtout s'il comprend des périodes nocturnes, peut être la cause de troubles digestifs et de problèmes de poids, liés à l'irrégularité des heures de repas, à la nécessité fréquente de manger sans appétit, voire à la difficulté de se procurer, à de telles heures, des repas chauds et correctement équilibrés*<sup>27</sup>. »

Si l'on se penche maintenant sur le contenu ou la nature des tâches de travail auxquelles les hommes doivent se plier, on observera alors que de ce point de vue aussi les hommes

---

<sup>25</sup> A. Bihl, R. Pfefferkorn, *op. cit.*, p 253.

<sup>26</sup> INSEE, « *enquête sur l'emploi de mars 2001. Résultats détaillés* », INSEE Résultats, n° 748-749, p. 99.

V. aussi *enquête Sumer 1994 et 2003 (temps de travail)*, DRT-Dares, in Données sociales, INSEE, 2006, p 387.

<sup>27</sup> Serge Volkoff, « *conditions de travail et santé* », Données Sociales, 1987, p 452.

semblent désavantagés<sup>28</sup>. Ceux-ci, dans l'ensemble, se retrouvent plus souvent que les femmes à effectuer des tâches physiquement pénibles, et l'écart entre eux s'accroît avec le degré de pénibilité. Porter ou déplacer des charges lourdes, effectuer des efforts physiques importants, subir des secousses ou des vibrations, être exposé à des bruits très forts ou très aigus, bref, autant de facteurs de pénibilité physique qui s'adressent plus à une clientèle masculine que féminine, pourrait-on dire.

Pour ce qui est de la dangerosité et de la nocivité des tâches professionnelles masculines, la situation n'est guère plus réjouissante pour le sexe « fort » : les enquêtes « *Conditions de travail* » révèlent que les hommes, plus que les femmes, sont habitués à travailler dans la saleté, dans l'humidité, dans des courants d'air, à des températures très basses ou très élevées ; ils respirent aussi plus de fumées, poussières et autres produits toxiques, manipulent plus souvent des produits toxiques, nocifs et explosifs que les femmes. Ils encourent enfin plus de risques que ces dernières : projections ou chute de matériaux, chutes graves, électrocutions, brûlures, blessures par une machine, par des outils ou des matériaux, accidents de la route, irradiations...

Du point de vue de la pénibilité mentale de la charge de travail, la situation semble par contre plus équilibrée entre les deux sexes.

Au vu de ces quelques données, il n'est donc pas surprenant de voir les hommes, plus souvent que les femmes, confrontés à des accidents.

---

<sup>28</sup> Cf. enquête *Conditions de travail 1998*, in « *Efforts, risques et charge mentale. Résultats des enquêtes « conditions de travail » 1984, 1991, 1998* », les données de la Dares, n° spécial, 1999, *passim*. v. aussi, plus récemment, DRT-Dares, *enquêtes Sumer 1994 et 2003*, Données sociales, 2006.

## *Les accidents du travail*

En 1998, par exemple, 534 239 hommes contre 144 923 femmes ont été victimes d'un tel accident, ce qui signifie, grosso modo, que quatre accidents du travail sur cinq concernent un homme. De plus, ces accidents sont généralement plus graves pour les hommes que pour les femmes : pour la même année, sur les 683 décès qu'on entraîné ces accidents, 641 (93,8%) ont frappé des hommes. On trouve une explication à ces résultats dans le fait que la part la plus grande de ces accidents professionnels se produit dans des branches très masculines : les deux comités techniques « bâtiments et travaux publics » et « transports et manutentions », à eux seuls, ont enregistré près de la moitié de ces décès (45,7%)<sup>29</sup>. En 2007, les statistiques de la *Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés* nous indiquent que 521 614 hommes contre 198 536 femmes ont été victimes d'un accident de travail avec arrêt (entraînant 34 339 incapacités permanentes pour les premiers et 12 087 pour les secondes), et que sur les 622 décès liés à ces accidents cette année là, 580 ont concerné des hommes. Une fois de plus, c'est au sein des branches d'activités les plus masculines que se sont produits ces drames : la moitié sont survenus dans les comités techniques « bâtiments et travaux publics » et « transports et manutentions ».

## *Maladies professionnelles*

Les hommes sont aussi plus fréquemment victimes de maladies professionnelles que les femmes.

Si l'on considère simplement les décès qu'ont entraîné ces maladies, on retiendra alors que sur un total de 467 pour l'année 2006 (ensemble des grandes branches d'activités), 455 ont frappé des hommes<sup>30</sup> (environ 90 % ...).

Les expositions aux cancérogènes, par exemple, sont davantage concentrées sur ces derniers. 14% des salariés se retrouvent exposés à des produits chimiques cancérogènes<sup>31</sup> ; 70% font partie du monde ouvrier et 20% des professions intermédiaires. Or nous avons vu que le métier d'ouvrier, généralement, a plus une connotation masculine que féminine...

---

<sup>29</sup> Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM), *Statistiques financières et technologiques des accidents du travail. Années 1996-1997-1998*, 2000, p. 62.

<sup>30</sup> CNAM, *statistiques technologiques des maladies professionnelles 2006*, résultats ventilés par CTN.

<sup>31</sup> N. Guignon, N. Sandret, « *les expositions aux produits cancérogènes* », *Premières Synthèses*, n° 28-1, juillet 2005.

Les salariés ayant une fonction de type maintenance, installation, réparation sont plus fréquemment exposés que ceux qui opèrent une fonction de production. Les risques inhérents à ces expositions aux cancérogènes sont concentrés dans quelques secteurs, le commerce et la réparation automobile, la métallurgie et la transformation des métaux, les industries du bois et du papier, celles des produits minéraux, la chimie, la construction, la santé-action sociale et les services personnels et domestiques<sup>32</sup>. Dans tous les secteurs, à l'exception des ceux où les femmes sont surreprésentées (services personnels, santé et action sociale), les hommes sont plus exposés que les femmes. Selon un rapport présenté en septembre 2007 par le Centre International de recherche sur le cancer et les académies des sciences et de médecine, les expositions professionnelles seraient à l'origine de 3,7% des décès par cancer chez l'homme et de 0,5% des décès chez la femme.

### *Alcoolisme*

Si dans le cadre des rapports de production actuels, caractérisés notamment par la dimension fortement sexuée de certains métiers et de certains secteurs d'activités, les hommes peuvent difficilement se mettre à l'abri de nombre de facteurs de surmortalité, il en est d'autres, en revanche, qui semble relever de pratiques plus ou moins volontaires de leur part : tel est le cas de la consommation d'*alcool* et de *tabac* (nous verrons cependant que ces pratiques, en réalité, sont aussi déterminées culturellement, socialement...).

Si l'on envisage d'abord la question de l'alcoolisme, le constat est sans appel : l'homme est plus « tourné vers la boisson » que la femme. Il subit aussi, ce qui n'a rien d'étonnant, de manière plus violente les conséquences néfastes qu'ont sur leur santé ces pratiques. Voyons tout cela.

En France, le risque d'alcoolisation excessive, ponctuel ou chronique, concerne donc surtout les hommes : plus de quatre hommes sur dix et plus d'une femme sur dix. Entre vingt cinq et soixante quatre ans, il touche un homme sur deux. En termes de consommation journalière, le *Baromètre Santé 2000* élaboré par le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES)

---

<sup>32</sup> INSEE, Données sociales, 2006, p 393.

révèle qu'un homme sur trois contre seulement une femme sur neuf consomme quotidiennement de l'alcool. La fréquence de cette consommation s'accroît d'ailleurs régulièrement avec l'âge pour les deux sexes<sup>33</sup>. Plus accoutumés à l'alcool que les femmes, les hommes en boivent aussi plus qu'elles : la veille de l'enquête administrée par le CFES, les hommes avaient bu en moyenne l'équivalent de trois verres de vin contre seulement 1,7 pour les femmes<sup>34</sup>. Ces pratiques ont évidemment des répercussions directes sur l'état de santé des individus.

Dans son *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) publié le 12 septembre 2006<sup>35</sup>, l'Institut de veille sanitaire (InVS) rappelle qu'avec 45 000 décès annuels, l'alcool demeure la deuxième cause évitable de mortalité (après le tabac) et est directement responsable de 14% des décès masculins (dont plus de la moitié avant 65 ans) et de 3% des décès féminins. Il faut ajouter à cela une quantité de problèmes sociaux et sanitaires, troubles mentaux, violences (notamment conjugales) et accidents liés à une consommation excessive. Les risques de répercussion sur la santé (cirrhose, problèmes cardiovasculaires, cancers) commencent à partir de deux ou trois verres par jour et s'amplifient considérablement au-delà de cinq<sup>36</sup>. Parmi les décès attribuables à l'alcool, les cancers des voies aéro-digestives supérieures arrivent en tête (16 000 décès), suivis des affections digestives (8 200), des maladies cardiovasculaires (7 600) et des accidents avec notamment plus de 2 200 accidents de la route.

La consommation excessive d'alcool est donc une pratique plus répandue dans l'univers masculin que féminin. L'ivresse, depuis la plus haute antiquité, est plus souvent associée à l'homme qu'à la femme. Dans l'imaginaire collectif, d'ailleurs, les images de femmes enivrées, se livrant à des rixes ou autres comportements violents, conséquences fâcheuses de l'état d'ébriété, sont plus rares que celles d'hommes, complètement ivres morts, en totale perte de contrôle... Un besoin constant d'affirmer sa force et sa virilité, de tester sa résistance, mais aussi, ce qui est plus dramatique, de supporter des conditions de travail éprouvantes,

---

<sup>33</sup> En 2000, parmi les 26-34 ans, un homme sur dix (10,7%) contre seulement une femme sur quarante (2,7%) consommaient quotidiennement de l'alcool ; parmi les 55-64 ans, ces proportions étaient respectivement de 56% et 21%. Cf. A. Bhir, R. Pfeff., *op. cit.*, p. 256.

<sup>34</sup> *La Santé en chiffres*, Caisse Nationale d' Assurance Maladie, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Comité Français d'Education pour la Santé, non daté, pages 16 à 18.

<sup>35</sup> Voir résumé in article du journal *Le Monde*, « *L'alcool, un danger mal combattu* » (13/09/06).

<sup>36</sup> D'après l'INSERM, « *consommé en excès pendant plusieurs années, l'alcool a des effets redoutables sur l'organisme, notamment sur le foie et le système nerveux. Les atteintes du foie provoquent des surcharges en lipides (stéatoses), des cirrhoses, des hépatites alcooliques, et aggravent l'évolution des hépatites B et C. les atteintes du système nerveux diminuent l'activité des neurones et provoquent des troubles cognitifs (les tâches sont exécutées plus rapidement mais avec un taux d'erreurs accru). Des troubles de la mémoire, de la perception, une détérioration des capacités d'élaboration, une désorganisation des mouvements, des états confusionnels (syndrome de Korsakoff). En outre, le contact du produit avec les voies aéro-digestives supérieures, entraîne chez les gros consommateurs d'alcool un risque accru de cancers de la bouche, du pharynx, de l'œsophage et du larynx* » (dossier d'information, source : internet, site officiel de l'INSERM).

peut expliquer la prédominance masculine de l'alcoolisme. Non pas que ces pratiques soient inconnues du monde féminin, on note d'ailleurs une consommation non négligeable d'alcool parmi les femmes cadres (responsabilités, environnement masculin ?), mais il s'avère que la dépendance de l'homme vis-à-vis de l'alcool est plus prononcée que chez ces dernières.

Si l'homme, d'une manière générale, boit plus que la femme, cela s'explique aussi, selon nous, par le fait que celui-ci a le sentiment (fondé ou non) d'être plus résistant, plus fort que le sexe « faible » à l'égard de ces pratiques ; cette force supposée de l'homme peut donc amener certains d'entre eux à être moins soucieux des risques inhérents à ce type de comportement. A l'inverse, la consommation plus modérée des femmes dénote d'une certaine forme de lucidité de leur part : moins convaincues de leurs capacités de résistance face à l'alcool, en éprouvant peut être aussi moins le besoin, car moins attachées au culte de la virilité, celles-ci semblent ainsi plus conscientes de leurs limites et moins insouciantes des répercussions sur leur santé à long terme. A ce propos, l'organisme féminin serait moins résistant à l'alcool ; cette inégalité sexuelle est généralement admise par la médecine. La constitution physique des femmes les rendrait beaucoup plus vulnérables aux effets de l'éthanol<sup>37</sup>. Chez les hommes, boire remplit quasiment une fonction identitaire : cela accentue l'identité masculine et virilise celui qui boit. En revanche, la femme qui *boit comme un homme* est rejetée ; elle n'est plus femme et suscite plus de pitié que de moquerie. Dans l'imaginaire social, la femme alcoolique est souvent une vieille femme ; elle a donc perdu une grande part de sa féminité<sup>38</sup>. Des problèmes d'ordre psychologique, des traumatismes de diverses nature conduisent également certaines femmes sur le chemin de l'alcool : boire pour « oublier », noyer sa souffrance ou son désarroi (vrai aussi pour certains hommes, indépendamment de la recherche d'une quelconque virilité...), les femmes n'ignorent pas totalement l'alcoolisme...mais peut être se *jettent elles sur la bouteille* pour des raisons qui diffèrent d'hommes, qui eux, plus rassurés (certainement trop !) sur leurs capacités de résistance, adoptent alors des conduites moins raisonnables et moins mesurées que les femmes.

---

<sup>37</sup> P. Ancel, L. Gaussot, *Alcool et alcoolisme, Pratiques et représentations*, l'Harmattan, 1998, p. 65.

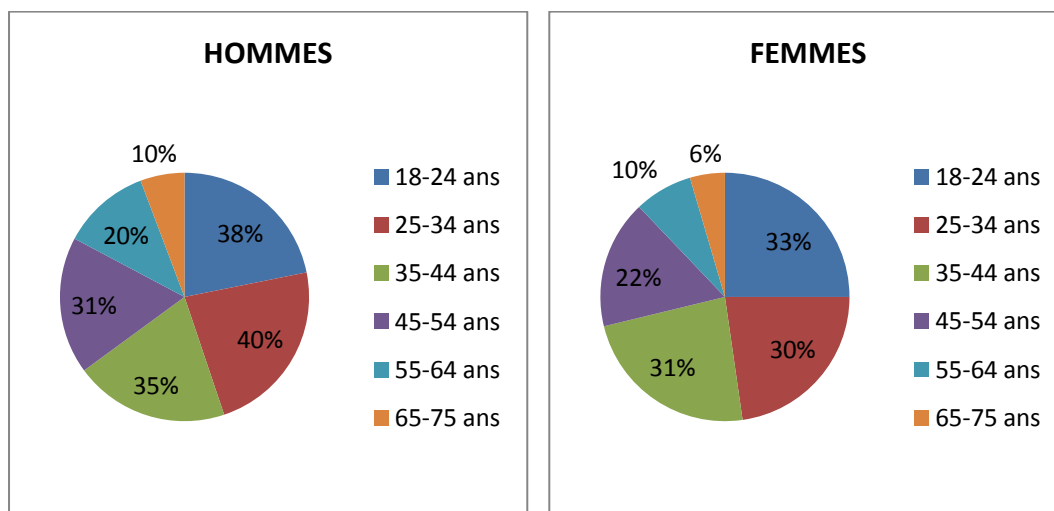
<sup>38</sup> *Ibid*, p 68.

## Tabagisme

En France, la consommation globale de tabac a progressé sur un rythme régulier de la fin de la seconde Guerre Mondiale jusqu'au milieu des années 1970. Puis elle s'est stabilisée avant d'amorcer une légère diminution au cours de ces dernières années, sous les actions conjuguées des fortes hausses successives du prix du tabac et des campagnes de sensibilisation.

Bien que le tabagisme ne soit plus l'apanage des hommes ( depuis la fin des années 1960, en effet, la proportion de fumeuses régulières – au moins une cigarette par jour - est passée de 10% à 26%, tandis que celle des fumeurs réguliers a diminué de 45% à 35%)<sup>39</sup>, les hommes, à tout âge, fument davantage que les femmes ; à l'exception des générations les plus jeunes : les filles, selon le « Baromètre Santé » du *Comité français d'Education pour la Santé*, succomberaient plus facilement que les garçons à la tentation de la cigarette : en 1997-1998, 13,7% des adolescents de 13-14 ans contre 15,4% des adolescentes du même âge étaient des fumeurs réguliers, les jeunes hommes (43,3%) ne dépassant les jeunes filles (39,4%) qu'une fois atteint la majorité<sup>40</sup>.

### Proportions de fumeurs réguliers de tabac, suivant l'âge et le sexe, en 2005 (en%)



(Selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, un **fumeur régulier** est une personne déclarant fumer au moins une cigarette, ou équivalent, par jour)

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.,

<sup>39</sup> Cf. art. in *Le Monde* (3/06/2003), « Tabagisme féminin : une catastrophe sanitaire annoncée ».

<sup>40</sup> « Drogues et usages : chiffres clefs », Comité Français d'Education pour la Santé et Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, décembre 1999, p.29.



La proportion d'usagers de tabac, actuellement, diminue fortement avec l'âge, quel que soit le sexe. Comme on l'a mentionné, les hommes, à toutes les étapes de la vie, consomment plus régulièrement du tabac que les femmes ; l'écart hommes-femmes, en termes de consommation, reste assez minime au début de la vie adulte (18-24 ans), ainsi qu'au milieu de la vie professionnelle (35-44 ans) ; il a cependant tendance à s'accroître avec l'âge, à partir de 55 ans (quasiment le double).

Une consommation régulière et importante de tabac (ou équivalent) n'est évidemment pas sans péril pour les adeptes de ces pratiques.

Chez l'homme, on estime à 29 000 les décès par cancer dus au tabac, soit 33% des décès par cancer, et 5 500 décès chez la femme, soit 10% des décès par cancer. Le tabac demeure la principale cause de cancer (plus d'un sur quatre)<sup>41</sup>. En France, le cancer du poumon est la première cause de mortalité chez l'homme et la troisième chez la femme. De 1997 à 2002, plus de 105 000 personnes (85 420 hommes et 20 490 femmes) ont été admises en ALD (affection de longue durée) pour ce type de cancer. Les poumons ou les voies respiratoires ne sont pas les seules touchées par les substances contenues dans le tabac : l'estomac, les reins et la vessie peuvent être également atteints. Le tabagisme est également tenu pour responsable d'un bon nombre d'accidents cardio-vasculaires et de la bronchite chronique, qui reste une cause importante de morbidité.

Les hommes fument certes plus que les femmes, cependant, on ne peut ignorer le développement de ces pratiques chez ces dernières, au point que face à cette augmentation du tabagisme féminin, les épidémiologistes n'hésitent pas à parler de « *catastrophe sanitaire annoncée* »<sup>42</sup>. Ce rapprochement des comportements hommes-femmes dans la consommation du tabac est particulièrement frappante chez les jeunes : entre 18 et 24 ans, les jeunes filles fument presque autant que les garçons (30% contre 35%). La progression du tabagisme féminin est allée de pair avec *l'émancipation* des femmes et a été largement soutenue par le marketing des cigarettiers. Véritable accessoire de séduction dans les années 1960-1970, puis lancement de la cigarette *légère* (pour femmes...), qui donne l'illusion aux consommatrices de s'offrir un court instant de plaisir, savoureux et distingué, faiblement préjudiciable à la santé : les publicitaires ont eu l'art de toujours associer la cigarette à des images de femmes belles, séduisantes, longilignes et indépendantes. Il est d'ailleurs fortement envisageable que

---

<sup>41</sup> Cf. rapport présenté par le Centre international de recherche sur le cancer et les académies des sciences et de médecine (septembre 2007)

<sup>42</sup> Cf. art. in *Le Monde* (03/06/2004), *op. cit.*

la crainte de la prise de poids constitue un frein majeur à l'arrêt du tabagisme, davantage chez les femmes que chez les hommes.

Bien entendu, les femmes ne sont pas immunisées contre les risques qu'entraîne la consommation de tabac ! Une étude consacrée au cancer du poumon, rendue publique le 2 septembre 2004 par la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), révèle une progression rapide de cette maladie chez les femmes<sup>43</sup>. Entre 1997 et 2002, le taux d'incidence du cancer du poumon, d'après cette source, aurait régressé, pour la première fois, chez les hommes (moins 0,6 par an), passant de 41,3 pour 100 000 en 1997 à 40,1 en 2002. Il s'accroît en revanche de manière significative chez les femmes (plus 5,6% par an), augmentant de 7,3 pour 100 000 en 1997 à 9,6 en 2002 (bien que cette progression soit générale, elle est néanmoins plus importante dans la tranche d'âge comprise entre 40 et 59 ans). Actuellement, les 66 000 morts attribuables chaque année au tabac correspondent à 59 000 décès chez les hommes et 7 000 chez les femmes. Compte tenu de la diffusion massive du tabagisme chez celles-ci, il faut probablement s'attendre à une réévaluation considérable de ces chiffres pour les années à venir. Parce que les femmes se sont mises à fumer plus tardivement que leurs compagnons masculins et qu'il s'écoule une trentaine d'années entre le moment où une fraction de la population commence à fumer régulièrement et le moment où les conséquences sur la santé deviennent détectables, on peut légitimement penser que l'épidémie liée au tabagisme chez les femmes françaises n'en est qu'à ses débuts.

Néanmoins, les dernières enquêtes portant sur l'impact de la *guerre contre le tabac* (« combat » lancé depuis 2003 par le gouvernement dans le cadre de politiques de santé publique) laissent entrevoir un changement d'attitude. Alors que les femmes et les générations les plus jeunes, depuis plusieurs années, constituaient les populations les plus résistantes à la baisse de la consommation tabagique, l'enquête conduite en 2003 par IPSOS à la demande de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) nous apprend que la prévalence du tabagisme diminue de 18% chez les femmes et les jeunes, contre 7% chez les hommes. Tout laisse à penser que les femmes seraient plus sensibles que les hommes aux messages sanitaires alarmants qui figurent maintenant depuis plusieurs années sur les paquets de cigarettes et à la constante augmentation du prix du tabac.

Etant généralement admis par la médecine que plus l'arrêt de la consommation de tabac intervient tôt, moins le risque de cancer du poumon est grand, sachant aussi que les femmes

---

<sup>43</sup> S'appuyant sur les attributions de prise en charge à 100% dans le cadre des affections de longue durée (ALD), la CNAM a mesuré l'évolution du taux de nouveaux cancers du poumon par classe d'âge et par sexe entre 1997 et 2002 et livre ainsi une étude nationale exhaustive sur cette pathologie en grande partie évitable, puisqu'elle est due, dans 80% des cas, à la consommation de tabac (cf. art. in *Le Monde*, *op. cit.*)

qui fument aujourd'hui ont pour la plupart moins de quarante ans, il est envisageable que la *catastrophe sanitaire* annoncée par les épidémiologistes soit moindre si l'impact des mesures contre le tabagisme perdure. Si les femmes, par contre, viennent à sous estimer l'ampleur des risques que peut comporter une accoutumance accrue à la cigarette, il n'est pas exclu que le tabagisme féminin devienne un élément essentiel du plus faible écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes.

Alcoolisme, tabagisme...les adeptes de ces pratiques, hommes ou femmes, soumettent donc leur organisme à une part non négligeable de risques. Consommées de manière isolée, ces substances sont à l'origine de nombre de pathologies, on l'a vu. Mais plus ravageurs encore sont les effets de la combinaison de l'alcoolisme et du tabagisme : pour les cancers des voies respiratoires supérieures, ces effets sont multipliés par 50 à 100, selon la localisation cancéreuse, dès lors que l'on passe d'une consommation moyenne (moins d'un demi litre de vin et moins de 10 cigarettes par jour) à une consommation supérieure (plus de 20 cigarettes et un litre de vin ou plus). Or, au début des années 1990, les hommes étaient proportionnellement quatre fois plus nombreux que les femmes à associer au quotidien consommation d'alcool et consommation de tabac<sup>44</sup>.

### *Drogues, psychotropes...*

Proportionnellement, les hommes ne se contentent pas d'être plus nombreux à s'intoxiquer quotidiennement par des substances licites. Ils sont également plus nombreux à détériorer leur santé par un usage régulier et excessif de substances illicites.

En novembre 1999, par exemple, quatre cinquièmes des toxicomanes bénéficiant d'une prise en charge étaient de sexe masculin<sup>45</sup> ; les études dirigées par l'*Observatoire français des drogues et des toxicomanies* (OFDT) confirment d'ailleurs cette prédominance masculine à la consommation d'une multitude de drogues. Qu'il s'agisse de drogues « douces » ou « dures », les hommes, au cours de la vie, en font généralement plus l'expérience que les femmes<sup>46</sup>. Les

---

<sup>44</sup> cf. N. Guignon, *alcool, tabac, des plaisirs qui empoisonnent*, Données sociales, INSEE, 1990.

<sup>45</sup> S. Tellier, « la prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999 », *Document de travail*, n° 19, DRESS, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001.

<sup>46</sup> Voir à ce sujet le dossier de F. Beck et S. Legleye : « les adultes et les drogues en France : niveaux d'usages et évolutions récentes », *Tendances* n°30, OFDT, juin 2003.

enquêtes sur l'expérimentation de substances psycho actives au cours de la vie (en %) rendent visible ce différentiel sexué : 28,5 % d'hommes ont succombé à la tentation du cannabis contre 17,4 % de femmes ; même chose pour les colles et solvants (3,6 % d'hommes, 1,7% de femmes), les LSD (2,1% d'hommes, 0,2% de femmes) et les Ecstasy (1,4% d'hommes contre 0,2% de femmes) ; concernant la cocaïne et l'héroïne, qui font des ravages parmi les plus fervents consommateurs, les hommes sont encore une fois plus nombreux à avoir fait l'expérience de ces drogues (cocaïne : 3,3% d'hommes, 0,8% de femmes ; héroïne : 1,4% d'hommes, 0,2% de femmes)<sup>47</sup>.

Pour ce qui est de la consommation de médicaments psychotropes, en revanche, les hommes en font un usage plus modéré que les femmes.

Si l'on remonte au début des années 1990, par exemple, on relève qu'une femme sur huit à recours à ce type de médication contre seulement un homme sur douze<sup>48</sup>. Un pourcentage plus élevé de femmes, si l'on s'en tient aux investigations menées par l'OFDT et l'INPES, aurait fait l'expérimentation de substances psychotropes au cours de la vie : respectivement 14,1% pour les hommes et 25,3% pour les femmes<sup>49</sup>. En termes de consommation régulière, celles-ci devancent également leurs compagnons masculins (12% contre 6,1%).

Tranquillisants, somnifères, antidépresseurs, etc. : si l'usage de ces substances qui agissent sur le système nerveux central est plus le fait de femmes que d'hommes, cela dénote probablement d'une souffrance morale ou psychique plus répandue dans l'espace féminin que masculin ; les épisodes dépressifs majeurs, d'ailleurs, touchent davantage les femmes (nous verrons aussi qu'ils touchent aussi davantage les catégories du bas de l'échelle sociale : ouvriers, employés, précaires et chômeurs). Nous ne sommes pas en train de dire que la dépression et les problèmes d'ordre psychologique, au sens large, épargnent les hommes, mais il nous semble toutefois que l'expérience de la pénibilité mentale, liée aux difficultés de l'existence (exemple des conditions de travail, où la souffrance féminine est plus axée sur la *tête* que sur le *corps*, compte tenu de la division sexuelle du travail), ainsi que les réponses thérapeutiques pour lesquelles optent les individus, varient grandement selon le sexe. Si les femmes choisissent d'intérioriser leur souffrance et tentent, par l'usage de psychotropes, de soulager de manière *médicale* leurs troubles psychiques, peut être que les hommes, eux, face à

---

<sup>47</sup> *Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes* (EROPP) 2002, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, et Baromètre Santé 2000 INPES, exploitation OFD.

<sup>48</sup> « *Consommation d'alcool, de tabac et de psychotropes selon le sexe et le type de consommation en 1991* », enquête « Santé » 1991, in N. Guignon, *op. cit.*

<sup>49</sup> « *Expérimentation de substances psycho actives au cours de la vie* », EROPP 2002, OFDT et Baromètre Santé 2000 INPES, exploitation OFDT.

ces troubles, réagissent d'une façon plus virile et violente, par l'abus d'alcool, de drogues et autres comportements à risque. Mais encore une fois, ces différences de comportement entre hommes et femmes dépendent aussi de certaines caractéristiques sociales (profession exercée, catégorie sociale...).

### *Sida*

Il est vrai que la proportion de femmes infectées par le VIH a tendance à augmenter, néanmoins, les hommes semblent plus exposés que celles-ci au risque de contracter le virus du SIDA.

A la fin de l'année 2000, sur les 53 224 cas de SIDA diagnostiqués depuis le début de l'épidémie en France, on comptait 43 506 hommes (81,4%) contre 9 918 femmes (18,6%)<sup>50</sup>.

En 2005, sept personnes sur dix atteintes sont des hommes. D'après l'Institut National de veille sanitaire (INVS), le nombre d'individus vivant avec le virus de la maladie, pour la même année, avoisine les 130 000 (126 615) et on estime à environ 32 000 le nombre de femmes (15 à 49 ans) contaminées par le VIH. Ainsi, le SIDA touche majoritairement des hommes, qui ont généralement moins de la quarantaine, et qui, bien souvent, sont homo- ou bisexuels (ces derniers représentent à eux seuls près de la moitié des cas masculins).

La toxicomanie, plus ancrée dans les pratiques masculines, a aussi une incidence sur les probabilités de contamination. On pourrait dire des drogues dures qu'elles tuent doublement : non seulement par les ravages qu'elles occasionnent chez les individus assujettis à ces substances, mais également par la façon dont elles favorisent la transmission de l'épidémie (notamment lorsque la prise de drogue s'effectue de manière intra veineuse, sans précautions hygiéniques). On meurt donc autant de la toxicodépendance que des maladies qui découlent de ce type de pratiques.

Une vie sexuelle plus aventureuse, la multiplication des conquêtes, un changement fréquent de partenaire, etc., sont autant de comportements (typiquement masculins ?) qui augmentent aussi les chances – parlons plutôt de malchance ! - de contamination, surtout si ces expériences ne s'accompagnent pas des précautions dorénavant requises (on pense évidemment à l'usage du préservatif).

---

<sup>50</sup> Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 24/2001.

## *Surpoids, obésité : les femmes plus à l'abri ?*

Jusqu'à une époque récente, on ne disposait d'aucune indication quant aux différences de consommation alimentaire entre hommes et femmes. La pauvreté des études sur ces questions, en effet, limitait les possibilités d'analyse et seules des hypothèses pouvaient être formulées. On pouvait, malgré tout, supposer qu'un régime alimentaire déséquilibré (surconsommation de graisse, de sucre, d'alcool, faible consommation de fruits et légumes, etc.), source de morbidité et de mortalité, était plus le fait d'hommes que de femmes : plus soucieuses de leurs apparences corporelles (« ligne », maquillage, vêtement, parure...), travaillant davantage dans des secteurs d'activité où la représentation et les relations publiques sont mises en avant, ces dernières seraient alors plus amenées à surveiller leur alimentation que les hommes. Ce qui expliquerait aussi, en partie, leur moindre affection par des problèmes cardio-vasculaires que leurs compagnons masculins (sauf aux vieux âges). Nous en savons désormais un peu plus sur la question et ces hypothèses semblent en grande partie fondées.

Si l'on considère, par exemple, les différences de consommation alimentaire entre hommes et femmes vivant seuls, on note des écarts significatifs<sup>51</sup>. Il est d'usage de mettre en avant les différences socio économiques ou de niveau de vie pour rendre compte de la diversité des pratiques alimentaires. L'appartenance sociale, effectivement, exerce une influence considérable sur la qualité de l'alimentation.

Le genre, cependant, constitue également un facteur essentiel de différenciation. Concernant les dépenses alimentaires, par exemple, les femmes vivant seules y consacrent une part de leur budget plus importante que les hommes dans la même situation ; autre élément important : les produits consommés ne sont pas les mêmes. Les premières achètent proportionnellement plus de fruits et légumes mais moins de viande et d'alcool que les seconds ; ceux-ci privilégient généralement des produits qui nécessitent peu de préparation tandis que de leur côté, les femmes fréquentent plus régulièrement les marchés, où elles trouvent notamment leur compte en fruits et légumes frais, en viande et en poisson. Dernier point, les hommes dépenseraient plus d'argent pour s'alimenter (ou se désaltérer !) hors du domicile : c'est le cas pour les repas

---

<sup>51</sup> Sur ces questions, v. Thibaud de Saint Pol, *La consommation des hommes et femmes vivant seuls* », INSEE première 1194, mai 2008.

pris au restaurant où à la cantine, mais plus encore pour la consommation de boissons alcoolisées<sup>52</sup>.

Or, si *la santé est dans notre assiette*, comme le suggère cette antienne aussi vieille qu'Hippocrate, tout laisse à penser que l'assiette des hommes est en général de qualité moindre que celle des femmes (surtout quand ils vivent seuls : du point de vue de la qualité nutritionnelle, il semble que la solitude nuise plus à ces derniers. Il est probable que l'homme vivant en couple, quel que soit son niveau de vie, s'alimente mieux que le célibataire, qui, en l'absence d'une compagne, et le seul à se soucier et à s'occuper de son alimentation ; la vie à deux peut aussi être un « stimulant » pour passer à table et prendre le temps de manger – et si possible de bien manger -). On observe d'ailleurs que le surpoids ou l'obésité modérée, largement favorisé par un régime alimentaire déséquilibré et synonyme, aux dires d'une étude britannique<sup>53</sup>, d'une espérance de vie réduite, concerne majoritairement les hommes. Depuis un peu plus de vingt ans, en France, on constate une progression constante et régulière du surpoids et de l'obésité, quel que soit le sexe. La prévalence du surpoids est toutefois bien plus marquée chez les hommes que chez les femmes, même si l'obésité, depuis le début des années 1990, a tendance à toucher légèrement plus ces dernières (tableau p. 95). Le surpoids correspond à un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 25 et inférieur à 30 (l'IMC, qui se calcule en fonction du poids et de la taille, est exprimé en kilogrammes par mètre carré et correspond au poids divisé par le carré de la taille). Un IMC élevé est un important facteur de risque de maladies chroniques comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'arthrose et certains cancers. Les auteurs de l'étude publiée dans le *Lancet* précisent qu'une réduction de l'espérance de vie moyenne est perceptible chez les personnes ayant un IMC qui dépasse une fourchette comprise entre 22,5 et 25 kg/m<sup>2</sup>. Dans les cas d'obésité modérée (IMC compris entre 30 et 35 kg/m<sup>2</sup>), le risque correspond à un tiers de la mortalité prématurée due à une consommation régulière de tabac.

---

<sup>52</sup> Les hommes fréquentent plus les bars et les cafés que les femmes ; ils y consomment 22% du budget qu'ils consacrent à l'alimentation à l'extérieur (13% pour les femmes), ce qui reste vrai lorsqu'on se restreint aux individus d'âge actif. Le café et les boissons chaudes pèsent plus sur le budget féminin (8% contre 6%) et les boissons alcoolisées sur le budget masculin (7% contre 1%). La bière et le cidre représentent 4% du budget que les hommes seuls consacrent à l'alimentation à l'extérieur. En résumé, la consommation d'alcool est donc toujours, avec celle des produits préparés et l'achat de fruits et légumes, l'une des différences majeures entre les pratiques alimentaires des hommes et celles des femmes. (*INSEE Première, op. cit.*)

<sup>53</sup> Dirigés par le professeur Richard Peto et le docteur Gary Whitlock, spécialistes de l'épidémiologie à l'université d'Oxford (Royaume-Uni), des travaux ont été menés à partir des 57 études prospectives à travers le monde, visant chacune à étudier les liens pouvant exister entre, d'une part, l'indice de masse corporelle (IMC), calculé en fonction du poids et de la taille, et, de l'autre, la fréquence de l'apparition de certaines maladies ou la durée de l'espérance de vie. D'après ces travaux, présentés en Mars 2009 sur le site de la revue médicale *The Lancet*, il est désormais possible d'établir une relation statistique fiable et précise entre le degré de corpulence et la diminution de l'espérance de vie.

### Prévalence du sous poids, du surpoids et de l'obésité selon le sexe (en%)

	1981	1992	2003
<b>Hommes</b>			
Sous poids	1,9	1,7	1,8
Surpoids	30,0	30,9	34,8
Obésité	5,3	5,5	9,8
<b>Femmes</b>			
Sous poids	8,5	7,8	6,7
Surpoids	16,3	17,9	21,2
Obésité	5,3	6,2	10,2

Lecture : en 1981, 1,9 % des hommes étaient en situation de sous poids.

Champ : individus de 18 à 65 ans, résidant en France métropolitaine. *Source : enquêtes Santé, Insee.*

Quant aux personnes souffrant d'obésités sévères (entre 40 et 50 kg/m<sup>2</sup>), elles seraient exposées aux mêmes risques de mortalité prématurée que des fumeurs chroniques.

En somme, le surpoids et l'obésité modérée, qui concernent une proportion d'hommes plus importante que de femmes, seraient responsables d'une réduction de l'espérance de vie comprise entre deux et quatre années. Les obésités sévères, légèrement plus répandues chez les femmes, mais aussi beaucoup moins fréquentes, sont statistiquement associées, comme le tabagisme, à une diminution de l'espérance de vie comprise entre huit et dix ans<sup>54</sup>. Richard Peto et Gary Whitlock, qui ont dirigé l'étude parue dans la revue médicale britannique, ont enfin procédé à l'analyse des causes de décès en fonction de l'augmentation de l'indice de masse corporelle. A partir de 25 kg/m<sup>2</sup>, chaque palier de 5 kg/m<sup>2</sup> supplémentaire équivaut à une augmentation du risque de décès par maladie cardio-vasculaire ou par accident vasculaire cérébral de 40% ; par diabète, affections rénales ou hépatiques comprise entre 60% et 20% ; par maladies pulmonaires de 20% et par cancer de 10%.

---

<sup>54</sup> A l'inverse, il est tout aussi intéressant de noter qu'une personne âgée d'une quarantaine d'années qui parvient à stabiliser son indice de masse corporelle à 28 kg/m<sup>2</sup> gagne deux années d'espérance de vie par rapport à une personne qui passerait à 32 kg/m<sup>2</sup>. Ce gain serait de trois ans pour des personnes qui se stabiliseraient à 24 kg/m<sup>2</sup>.



## *Morts violentes*

Les probabilités de mourir de manière violente varient aussi d'un sexe à l'autre. Ce type particulier de mort, en l'occurrence, frappe davantage les hommes que les femmes. Souvenons-nous du tableau relatif aux taux comparatifs de mortalité par sexe et groupe de causes de décès : on y voit la prédominance masculine dans cette catégorie de décès.

Considérons en premier lieu le cas des accidents de la circulation automobile.

### *Accidents de la route*

Il semblerait que pour ce qui est de la conduite, certaines idées reçues méritent d'être revisitées, notamment au sujet des femmes et de leurs piètres compétences sur la route : en examinant de plus près la question, on découvre que la réputation faite à celles-ci de mal conduire est infondée, si l'on reconnaît comme bonne conduite une conduite sûre pour soi et pour les autres. Les hommes sont en effet plus souvent que leurs compagnes impliqués dans les accidents de la circulation qui leur coûtent la vie. Pour l'année 1990, par exemple, sur les 10 289 tués de la route cette année là, on a compté grosso modo trois hommes pour une femme. Le taux de mortalité pour ce type d'accidents était cette même année trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge ; ce taux n'était pas loin d'être cinq fois plus élevé parmi les 20-24 ans, à une période de la vie où les accidents de la route sont de loin la cause première de décès<sup>55</sup>. La formule populaire, « *femmes au volant, mort au tournant* », après examen, devrait plutôt se conjuguer au masculin. « *Hommes au volant, mort au tournant* » : l'expression apparaîtrait, au regard des faits, plus appropriée. Cette propension qu'ont les hommes à se tuer davantage que les femmes sur la route se confirme d'années en années. Plus de près de nous, en 2005, 75% des personnes décédées suite à un accident de la circulation étaient de sexe masculin ; une proportion stable par rapport aux années précédentes. Pour chaque kilomètre parcouru, les femmes ont statistiquement 2,8 fois moins de risque d'être tuées que leurs congénères masculins<sup>56</sup>. Les campagnes de prévention, d'information et de sensibilisation à la sécurité

---

<sup>55</sup> Cf. Jean-René Carré, Hubert Duval, Hélène Fontaine, Sylvain Lassare, « *les usagers de la route : une exposition aux risques inégale* », Données sociales, INSEE, 1993, pp. 283-291.

<sup>56</sup> Voir à cet égard : art. in *Le Monde* (26/09/06), « *hommes au volant, mort au tournant* ».

routière mises en place par le gouvernement depuis quelques années, accompagnées d'une forte répression (augmentation des contrôles, des radars, etc.) peuvent avoir un effet sur le taux d'accidents et sur la mortalité qui s'en suit ; toutefois, il faut noter que les messages à caractère préventif et dissuasif, ainsi que la répression, ont plus d'effet sur les femmes que sur les hommes. Plus téméraires, ces derniers sont plus prompts à se livrer à toutes sortes de transgression : feux rouges, stops, céder le passage, lignes blanches, etc. Les bilans chiffrés de la police et de la justice en matière d'infractions au code de la route le confirment : en 2005, les hommes représentent 73% des dossiers de retraits de points, contre 27% pour les femmes. Les infractions masculines sont souvent plus graves. La même année, 95% des 54 242 permis de conduire invalidés à cause de la perte de tous les points appartenaient à des hommes<sup>57</sup>.

Principales victimes de la violence routière, les hommes en seraient donc aussi les principaux responsables (irait-on jusqu'à dire qu'ils s'entretuent ?). Selon une étude de l'Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité (INRETS), les femmes sont surreprésentées dans des accidents de faible gravité, survenant en milieu urbain et qui engendrent surtout des dégâts matériels. A l'inverse les hommes, souvent jeunes conducteurs et débutants, sont surreprésentés dans des accidents très graves, survenant en marge des agglomérations, suite à une perte de contrôle du véhicule favorisée, dans bien des cas, par une consommation excessive d'alcool<sup>58</sup>. Ainsi la délinquance routière et ses conséquences mortelles seraient avant tout une affaire de *jeunes mâles*...

Les accidents du travail peuvent être également rangés dans la catégorie des morts violentes<sup>59</sup>. Ce point a déjà été soulevé, c'est pourquoi nous rappellerons juste que le nombre annuel de décès par accident de travail est plus élevé dans les rangs masculins que féminins.

Voyons à présent la question du suicide.

---

<sup>57</sup> *Ibid.*

<sup>58</sup> Cf. A. Bihl, R. Pfefferkorn, *op. cit.*, p 256.

<sup>59</sup> J. C. Chesnay, spécialiste de la question des morts violentes, met sous le vocable de « *morts violentes* » : 1. les homicides et exécutions judiciaires. 2. les suicides. 3. les décès par accidents. Cf. J. C. Chesnay, « *les morts violentes en France depuis 1826* », comparaisons internationales, INED, *travaux et documents*, cahier n°75, PUF.

## *Le suicide*

Les données à ce sujet sont formelles, le taux de mortalité par *mort volontaire* demeure, aujourd'hui comme il y a un siècle, lorsque Emile Durkheim s'est livré à une approche sociologique de ce phénomène, plus élevé au sein des populations masculines qu'au sein des populations féminines (quels que soient, d'ailleurs, la tranche d'âge ou le statut matrimonial considérés). 11 000 suicides ont été enregistrés dans les statistiques nationales de causes de décès en 1997<sup>60</sup> ; ils en constituent la cause première entre 25 et 34 ans, après les accidents de la route. Le suicide est donc majoritairement masculin avec 8100 hommes contre 3040 femmes, soit 3,8% de l'ensemble des décès masculins et 1,2% des décès féminins. L'incidence du suicide enregistrée est ainsi de 29 pour 100 000 hommes et de 10 pour 100 000 femmes. Le nombre de suicides est le plus élevé aux âges actifs, particulièrement pour les hommes. En effet, en nombre absolu, c'est entre 35 et 54 ans que la mortalité par suicide est la plus importante, avec plus de 2000 décès pour chacune des deux tranches d'âge 35-44 ans et 45-54 ans. Les décès masculins sont environ trois fois plus nombreux que les décès féminins jusque vers 50 ans et deux fois plus nombreux aux âges plus élevés<sup>61</sup>.

Les raisons qui poussent un homme (ou une femme...) à mettre fin à ses jours sont multiples. Se donner la mort est certes un acte individuel et profondément intime, il n'en reste pas moins que le suicide est aussi un fait social, qui trouve son origine dans les profondeurs de la vie collective. L'homme, au sens générique du terme, n'est jamais séparé d'un environnement, qu'il soit familial, professionnel, relationnel (amis, pairs), spirituel ou religieux, associatif, politique, etc. Simplement, tantôt le lien qui rattache l'individu à ces groupes ou à ces micro-sociétés se resserre et gagne en vigueur, tantôt il se relâche, au gré des aléas de l'existence : séparations ou divorces, licenciements, fréquence moindre des diverses relations sociales, isolement et désintégration. Or l'homme est avant tout un animal social ; il a besoin de vivre en groupe et la société, bien qu'extérieure à lui, s'immisce dans la totalité de sa personne et sert de puissant vecteur d'intégration. Cette dernière ne se contente pas de remplir une fonction d'intégration, elle sert aussi, part son pouvoir de régulation, de frein à l'individu. Si

---

<sup>60</sup> En 2004, selon les études de l'INSERM, 10 978 personnes ont volontairement mis un terme à leur vie en France (dont 6248 âgées de 30 à 59 ans) et près de 150 000 ont tenté de le faire. Si le suicide a diminué de 36% depuis 1993 chez les 15-24 ans et de 18% chez les plus de 60 ans, il ne cesse d'augmenter parmi les 30-59 ans (plus 6% depuis 2001) et *touche surtout les hommes*.

<sup>61</sup> Pour toutes ces données, v. DRESS (direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques), *Etudes et résultats* N° 109, Avril 2001.

l'équilibre psychique ou tout simplement la santé d'un individu passent, entre autres, par cette nécessité vitale d'être rattaché à un ou plusieurs groupes humains où prennent vie toutes sortes d'échanges et de relations, cette même santé dépend aussi de la façon dont l'individu est réglementé, régulé. En assignant une limite à ses multiples désirs, celui-ci, avec le concours de la société, diminue les chances de tomber dans l'état d'anomie décrit par Durkheim dans *Le suicide*<sup>62</sup>. L'absence de vie sociale et l'insatiabilité, caractérisée par des désirs illimités, peuvent être regardées, chez l'homme, comme un signe de morbidité. Dans les deux cas, c'est la société qui n'est pas suffisamment présente à l'individu et ce déficit d'intégration et de régulation affaiblit le lien qui l'unit au monde social ; le même lien qui le rattache à la vie devient lui aussi fragile et les raisons qu'il a de conserver cette dernière peuvent lui faire cruellement défaut. C'est pourquoi la mise à l'écart des rapports sociaux, l'insatisfaction permanente, ou encore la souffrance morale, qu'elle résulte de traumatismes hérités de l'histoire personnelle ou des conditions de travail (on pense aux états dépressifs qui fournissent nombre de suicides), et bien d'autres facteurs encore, bref, tout ces états, en étroite relation les uns des autres, sont à l'origine du comportement suicidaire.

En France, la surmortalité masculine par suicide, mise en avant par la statistique, peut en partie trouver une explication qui rentre dans le cadre de ce schéma théorique.

La famille, surtout quand elle est fortement constituée et que la fréquence des relations entre les membres y est importante, possède des vertus protectrices envers le suicide<sup>63</sup>. Or l'intégration dans le réseau familial n'est pas forcément la même selon le sexe. Là-dessus, nous suivons C. Baudelot et R. Establet : l'homme serait avant tout rattaché aux gens de sa génération et à son univers professionnel (amis, collègues de travail, etc), tandis que la femme assurerait plus la continuité intergénérationnelle. *Elle n'est donc jamais déchargée d'obligations de famille*<sup>64</sup>. L'autonomie masculine à cet égard comporte en contre partie un risque de solitude plus élevé et conduit plus souvent au suicide. L'éclatement de la cellule familiale, du fait du développement du divorce, semble pénaliser, pour ce qui est du suicide, plus l'homme que la femme. Celles-ci sont plus souvent à l'origine de la séparation et s'il y a des enfants, elles se voient majoritairement confier la garde<sup>65</sup>. L'homme subit ainsi doublement l'état d'isolement, perdant du même coup la présence d'une épouse et celle de ses enfants. C'est en définitive toute une société qui se retire à lui. Moins intégré dans cette

---

<sup>62</sup> E. Durkheim, *Le suicide*, P.U.F., 1930, 9<sup>ème</sup> édition Quadrige, 1997.

<sup>63</sup> Sur ce point les thèses durkheimiennes n'ont pas pris une ride. Les personnes vivant seules, aujourd'hui, se suicident toujours plus que les personnes mariées ou vivant en couple.

<sup>64</sup> Voir C. Baudelot, R. Establet, S. Lahlou, « le suicide, un fait social », *Données sociales*, INSEE, 1993, p. 458.

<sup>65</sup> Cf. A. Bihr, R. Pfefferkorn, *op. cit.*, p. 144, 145.

société familiale, plus exposé à un monde extérieur parfois violent (appelé communément le *monde des hommes* : responsabilités, direction, affaires, violence et brutalité des rapports sociaux, etc.) dans lequel il peut se perdre ou se noyer par manque de réglementation, sentant le vent froid de la solitude s'abattre sur sa destinée individuelle, et l'idée, chez lui, d'emprunter volontairement le couloir de la mort commence à envahir progressivement sa conscience déjà bien fragilisée par la perte de ces présences humaines et de ces ressources morales et affectives.

L'acte suicidaire, chez l'homme, est peut-être aussi à mettre en lien avec le rôle respectif – construit socialement – dévolu à chaque sexe : en effet, n'est-il pas ancré dans les consciences qu'il appartient plus au « mâle » d'assumer, de rester dans son rôle d'*homme*, de chef de famille, responsable de la *subsistance* ? Chez les Gisu de l'Ouganda, par exemple, les mauvaises récoltes amènent les hommes à se donner la mort<sup>66</sup>. Quand l'homme n'assume plus son rôle, qu'il est dans l'incapacité de remplir une fonction culturellement définie – celle de l'« homme » –, il est possible qu'il le vive plus mal ; son « estime de soi » peut s'en trouver atteinte, puisqu'il y a en quelque sorte échec dans son devoir de virilité ; reste alors l'image d'un homme faible, parfois impuissant à parler de sa détresse et à demander de l'aide, droit dans ses bottes mais faible à l'intérieur...

Nous ne nous attarderons pas trop sur la question, mais il serait aussi intéressant de voir, toujours dans le cadre des morts violentes, dans quelles mesures les probabilités de décéder suite à un homicide varient selon le sexe (notamment).

La criminologie aime à rappeler le caractère plus masculin, *du point de vue de l'auteur*, du comportement criminel ; la victimologie, quand à elle, montre que les femmes sont largement plus représentées en tant que victimes qu'en tant qu'auteurs. Les mauvais traitements à leur égard, telles les violences sexuelles, conjugales, les agressions, ou toutes autres formes de violences pouvant entraîner la mort, peuvent expliquer la forte proportion de femmes victimes. Néanmoins, il semble que les hommes soient plus exposés que leurs compagnes au risque d'être tué...par d'autres hommes<sup>67</sup>, de mourir suite à une agression, une rixe qui dégénère (violence et brutalité des rapports masculins)<sup>68</sup>.

---

<sup>66</sup> C. Baudelot, R. Establet, *op. cit.*

<sup>67</sup> En ce qui concerne les *crimes de sang*, en France, une modeste majorité de victimes masculines semble se dessiner. C'est ce qu'indique la statistique globale, qu'il convient néanmoins d'actualiser, portant sur la mortalité française due aux homicides, durant les années 1965 à 1967 : 58% masc. 42% fêm. (sources INSEE). Ces résultats confirment ceux qui se dégagent de plusieurs études nord-américaines, comme celle, notamment, d'E.A. Fattah, « *la victime est-elle coupable ?* », Presses de l'Université de Montréal, 1971, p. 65, note 3. Pour plus de précisions en matière de *victimologie*, v. J. M. Bessette, « *éléments pour une approche sociologique des*

De manière beaucoup plus générale, on pourrait aussi présumer d'une surmortalité masculine en temps de guerre : il incombe probablement plus aux hommes qu'aux femmes de mourir au combat (devoir masculin « *historique* »...).

### *Le recours au système de soins*

De manière globale, on a plus tendance à solliciter le monde médical et ses services quand on est de sexe féminin. Cette plus grande familiarité des femmes avec le système de soins est confirmée, entre autres, par les enquêtes « Santé » : à identité de revenu disponible par unité de consommation des ménages, de classe sociale, de diplôme, d'âge et de région de résidence, *les femmes sont plus médicalisées que les hommes*. Elles consomment généralement plus de produits et de services médicaux que ceux-ci<sup>69</sup>. Les enquêtes permanentes de l'INSEE sur les conditions de vie (2003 et 2005) nous renseignent aussi sur ces différences de comportements. On note en effet, pour l'année 2005, des écarts significatifs entre hommes et femmes en termes de consultations de médecins ou de spécialistes (v. tableau : *consultation médicale au cours des douze derniers mois selon le sexe*, p. 102). Si le recours à une médecine généraliste est d'une fréquence à peu près similaire pour les deux sexes (en octobre 2005, par exemple, 91,2% des femmes âgées de quinze ans et plus déclarent avoir consulté un

---

*rapports entre agresseurs et agressés en matière criminelle* », in *revue de sociologie et d'anthropologie janvier/mars 1994*, L'Harmattan.

<sup>68</sup> Par exemple : caractère masculin des affrontements entre bandes rivales, etc. la bagarre, la violence, les agressions entre hommes, pas seulement entre bandes de jeunes, sont viriles et brutales (sans compter les armes qui augment les risques de décès lors de ces affrontements).

<sup>69</sup> Il conviendrait d'actualiser ces tendances, mais ces enquêtes montrent que les femmes, par rapport aux hommes, consultent plus les généralistes, les spécialistes, qu'elles font plus de radiologies, d'analyses et d'examen et qu'elles consomment plus de produits pharmaceutiques avec ou sans ordonnances. En fait, si l'on s'en tient à la consommation médicale de ville (quelle que soit la composante), les femmes devancent les hommes. Ce n'est qu'au niveau des séances liées à un accident que ce rapport s'inverse (incidence des risques plus élevés encourus par les hommes), ce qui explique aussi que la fréquentation hospitalière soit plus marquée chez les hommes (à part pour les grossesses - et complications -, ainsi qu'aux vieux âges, car les femmes, affichant une longévité supérieure aux hommes, sont plus amenées à être hospitalisées en fin de vie...).

A ce sujet, v. notamment les données sur la *consommation médicale de ville selon le sexe en 1991-1992 (INSEE)*, in A. Bhir, R. Pfefferkorn, *op. cit.*, p 262.

médecin généraliste au cours de 12 derniers mois, contre 86% d'hommes), en revanche, pour ce qui est de la consultation de spécialistes, on relève des différences notables (pour les mêmes périodes, 68,8% de femmes contre seulement 47,4% d'hommes auraient consulté un médecin spécialiste).

## Consultation médicale au cours des 12 derniers mois selon le sexe (en%)

### Année 2005

*Lecture : en octobre 2005, 91,2 % des femmes âgées de 15 ans et plus déclarent avoir consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois.*

Consultation	Femmes	Hommes	Ensemble
d'un médecin généraliste	91,2	86,0	88,7
d'un médecin spécialiste	68,8	47,4	58,5
d'un dentiste ou d'un orthodontiste (1)	57,2	51,1	54,3

(1) En 2003 consultation d'un dentiste, en 2005 consultation d'un dentiste ou d'un orthodontiste.

Note : En 2005, les questions posées ont été légèrement modifiées par rapport aux années antérieures. Par exemple, pour les généralistes, la question est désormais : "Au cours des 12 derniers mois (sans compter les hospitalisations éventuelles), avez-vous vu au moins une fois un médecin généraliste ?"

Champ : France métropolitaine, individus âgés de 15 ans et plus au 31 décembre 2005.

Source : Insee, *Enquêtes permanentes sur les conditions de vie 2003 et 2005*.

Ce recours plus fréquent des femmes au système de soins dans son ensemble, et plus encore à la médecine spécialisée, trouve d'abord ses raisons dans la médicalisation croissante dont leur fonction reproductrice a fait l'objet au cours de ces dernières décennies. On comprendra ainsi pourquoi la surconsommation médicale féminine est considérable entre 15 et 50 ans, c'est-à-dire pendant la période de fécondité de la femme. Être ou naître femme, c'est aussi naître

mère potentielle ; cette faculté qu'ont les femmes de donner la vie implique aussi chez elles une certaine proximité avec la médecine que l'on retrouve probablement à un degré moindre dans l'univers masculin (à l'exception des professionnels de santé, bien entendu). Cette familiarité des femmes avec la médecine, s'expliquant en partie par la nécessité d'un suivi et d'un encadrement médical de tout ce qui se rattache à leur fonction reproductrice, a sans doute contribué à diminuer la morbidité et la mortalité féminines. Tout cela est confirmé par des travaux de l'INED (Institut national d'études démographiques), qui rappellent combien les comportements individuels face à la santé alliés aux progrès médicaux constituent deux facteurs déterminants dans l'évolution et la diminution des différentes causes de décès. Historiquement, les femmes ont toujours été favorisées sur ces deux plans : « *plus proches des services médicaux, tout au long de leur vie, à travers la contraception, la maternité ou la santé de leurs enfants, elles ont bénéficié à plein temps de la prévention et des nouveaux traitements* »<sup>70</sup>.

Mais si les femmes se soignent plus fréquemment et mieux que les hommes, c'est aussi pour des raisons autres que celles liées à leur fonction de reproduction. La surconsommation médicale des femmes, d'ailleurs, qu'il soit question de produits ou de services (sans tenir compte des hospitalisations, plus *masculines...*) se vérifie, tout en se réduisant, même si l'on fait abstraction de tout ce qui est en rapport avec la contraception, la maternité et le suivi gynécologique et obstétrical<sup>71</sup>. On pourra certes rétorquer, en renversant le problème, qu'une médicalisation importante, comme celle des femmes, est plus un signe de morbidité que de santé ; en gros, que si l'on se soigne plus souvent, c'est aussi et surtout parce que l'on est plus souvent malade ! Le rapport plus éloigné des hommes au monde de la médecine, dès lors, témoignerait chez eux d'une moindre fragilité et donc d'une plus grande résistance à nombre de pathologies, ce qui pourrait en partie justifier leur sous consommation médicale...

Cette manière de voir les choses, à vrai dire, paraît assez bancal. Les hommes, rappelons le, ne sont pas moins affectés que les femmes par la maladie ; bien au contraire, on a eu l'occasion de voir qu'ils affichaient une mortalité supérieure dans tous les grands groupes de décès (tumeurs, maladies cardio-vasculaire, maladies infectieuses, etc). Si les hommes sont, pour ainsi dire, moins médicalisés que les femmes, cela ne saurait s'expliquer par une santé meilleure et donc moins exigeante de soins ou de suivi médical et à l'inverse, si les femmes

---

<sup>70</sup> « *Espérance de vie : un avantage féminin menacé ?* », *Population et sociétés*, bulletin mensuel d'information de l'INED (mai/juin 2004) ; v. aussi art. de F. Meslé, in *Le Monde* (3/06/2004), « *l'espérance de vie des hommes tend à rattraper celle des femmes* ».

<sup>71</sup> Par exemple, le fait que les femmes consultent plus que les hommes les dentistes et les orthodontistes dénote, certainement, d'une attitude plus prévenante chez celles-ci (gestion/anticipation du mal).



ont plus fréquemment recours à la médecine, n'y voyons pas forcément là le résultat d'une santé constamment défaillante. Les raisons de ce recours inégal au système de soins sont en réalité d'un tout autre ordre.

Entamer la démarche de consulter un médecin, c'est aussi admettre ses propres défaillances, tenter de soulager la souffrance d'un corps parfois impuissant face à la maladie, bref, c'est tout simplement reconnaître un certain état de faiblesse qui nous laisse en situation de dépendance vis-à-vis des autres. Or avouer sa fragilité est une démarche bien plus difficile pour un homme que pour une femme et cette difficulté à confesser sa faiblesse croît à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale, notamment dans les milieux professionnels où la nécessité d'agir physiquement conditionne un rapport au corps particulier et où le culte de la virilité, qui n'autorise guère les faiblesses passagères, y est encore très développé (ouvriers, agriculteurs, manutentionnaires, métiers « physiques »...). Le rapport que l'on entretient avec son propre corps tout comme l'attention que l'on porte à sa santé, attention qui se manifeste, notamment, par un recours plus ou moins important au système de soins (tant dans un but préventif que curatif), varient considérablement d'un individu à l'autre, qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme, d'un membre des classes « supérieures » ou des classes populaires, en passant par les classes moyennes, d'un jeune ou d'un plus vieux, etc. Dans un article de fond consacré aux *usages sociaux du corps*<sup>72</sup>, L. Boltanski s'efforce, en utilisant un certain nombre d'indicateurs (alimentaires, médicaux, relations à la douleur, soins corporels et de beauté, etc.) de délimiter les habitus corporels propres aux différentes classes sociales. Si dans les couches populaires, de part la nature des métiers exercés, on a tendance à développer une vision plutôt instrumentale du corps, considéré comme principal outil de travail (la maladie étant ressentie comme une entrave à l'activité professionnelle)<sup>73</sup>, dans les classes « moyennes » et surtout « supérieures », où le niveau d'instruction croît à mesure que diminue l'importance du travail physique ou manuel au profit du travail intellectuel, on aura plutôt tendance à établir un rapport plus intime et plus conscient à son corps, à être plus soucieux de sa santé, à y réfléchir davantage. Un peu, finalement, à la manière des femmes...

---

<sup>72</sup> L. Boltanski, « *Les usages sociaux du corps* », in *Annales ESC*, vol. 26, 1, 1971.

<sup>73</sup> En s'appuyant sur les travaux de Boltanski, D. Le Breton note aussi que les classes populaires nouent une relation plutôt instrumentale avec leur corps : « *la maladie, par exemple, est ressentie comme une entrave à l'activité physique, notamment professionnelle. La plainte émise à l'adresse du médecin porte surtout sur le « manque de force* ». *La maladie est ce qui ôte aux membres de ces couches sociales la possibilité de faire de leur corps un usage (professionnel surtout) habituel et familial. Ainsi, ils ne prêtent guère d'attention à leur corps et l'utilisent surtout comme « outil » auquel ils demandent une bonne qualité de fonctionnement et d'endurance. La valorisation de la force les conduit à une meilleure tolérance à la douleur, « ils répugnent davantage à se sentir malades* ». (...) *ne jamais avoir eu d'arrêts maladie fut longtemps une fierté et une valeur affichée pour nombre d'ouvriers* ». D. Le Breton, *Sociologie du corps*, PUF, 2002, p. 105.

Tout cela méritera d'être davantage développé, mais il convient de rappeler à quel point la relation que l'on entretient avec le monde médical, tout comme le rapport au corps, à la douleur, à la maladie (et à la capacité d'identifier des symptômes, de les décrire correctement aux professionnels de santé...) changent profondément d'un individu à l'autre, d'un groupe à l'autre. A ce sujet, si l'on relève des différences de comportement entre sexes, tant au niveau de la relation au système de soins qu'au niveau du rapport à son propre corps, ne perdons pas de vue que ces différences s'observent également entre couches sociales, à tel point que les attitudes, du point de vue de la *gestion individuelle de sa santé*, des membres des classes « supérieures », ou « moyennes-supérieures », là où le corps n'est plus l'outil de travail par excellence, ne sont pas sans rappeler celles d'une gente féminine où, là aussi, le corps et la force physique ne constituent pas, en règle générale, le socle de l'activité professionnelle ; et à mesure que décroît la part relative de la force physique ou corporelle dans l'ensemble des facteurs de production, le corps devient l'occasion d'un nombre toujours croissant de consommations, d'attentions, de précautions ; comme si on le soignait d'autant plus qu'il ne sert pas comme instrument de travail. En fait, nous sommes d'avis avec Boltanski que tout se passe comme si l'opposition entre le rapport au corps des membres des classes populaires et des membres des classes « supérieures » reproduisait l'opposition du rapport au corps des hommes et des femmes ; celles-ci paraissent plus attentives que les hommes à leur sensations morbides, s'inscrivent plus dans une démarche de prévention, s'écoutent plus que les hommes, à la façon dont les membres des classes « supérieures » s'écoutent plus volontiers que les membres des classes populaires et entretiennent plus souvent que les hommes un rapport soucieux – attentif - à leur corps.

Cela dit, si l'on met de côté ces différences de comportements entre classes pour ne retenir que celles fondées sur le genre, on dira, pour l'instant, que les femmes sont en général *plus médicalisées que les hommes*<sup>74</sup>.

---

<sup>74</sup> Pour A. Bhir, « prendre soin de son corps, dans tous les sens du terme, fait partie des impératifs majeurs d'un statut féminin qui continue à mesurer pour une bonne part la valeur sociale d'une femme à la valeur de son corps. C'est sans doute l'intériorisation de cet impératif qui explique que les femmes veillent davantage que les hommes sur leur état de santé, en recourant plus qu'eux au système de soins, de même qu'elles veillent davantage sur leurs apparences ». A. Bhir, R. Pfefferkorn, *op. cit.* p. 263.

## *Des hommes en progrès ?*

Si les femmes continuent de distancer les hommes en matière d'espérance de vie, cet écart, dont nous venons d'exposer les principales raisons, tend peu à peu à se réduire.

C'est en tout cas la tendance observée par l'INED : ce constat, dressé par la chercheuse France Meslé, est détaillé dans un des bulletins mensuel d'information de l'INED<sup>75</sup>, dans une étude intitulée : « *Espérance de vie : un avantage féminin menacé ?* ». L'inégalité entre les sexes face à la mortalité, qui n'avait cessé de s'accroître pendant une trentaine d'années au bénéfice des femmes, aurait commencé à se stabiliser, voire à décroître depuis le début des années 1990 en France. L'écart entre les espérances de vie féminine et masculine n'est plus que de 7 ans en 2003 (et à peine moins en 2008 : 84,3 contre 77,5), alors qu'il avait culminé à 8,2 ans dans les années 1980<sup>76</sup>.

C'est essentiellement par la modification de leur comportement que femmes et hommes, indépendamment, ont réduit l'écart entre leurs espérances de vie respectives. Les hommes, semble-t-il, ont fait progressivement l'effort de diminuer voire d'éviter les pratiques nocives pour la santé. La consommation d'alcool et de tabac, bien qu'encore importante chez ces derniers, se ferait toutefois avec plus de modération ; concernant les dangers inhérents à la circulation, les hommes, conduisant plus souvent dans le passé, étaient plus affectés par la mortalité routière. Ces maladies de sociétés, ont ainsi touché plus prématurément et plus fortement les hommes que les femmes : il est donc fort logique que l'explosion des accidents de la circulation et la hausse des cancers des poumons aient creusé l'écart avec ces dernières. Mais ces dernières années, du fait de la politique de lutte contre le tabagisme (et de la hausse du prix du tabac), la moindre consommation de cigarettes, plus importante chez les hommes que chez les femmes parce que plus ancienne, a conduit à « *un retournement de la mortalité cancéreuse masculine liée au tabagisme* », selon F. Meslé. Etant donné l'important délai de latence entre l'intoxication tabagique et le développement des tumeurs malignes, les effets de la baisse de la consommation masculine sur la mortalité par cancer broncho-pulmonaire ne sont devenus visibles que récemment. Cette nouvelle évolution a joué un rôle déterminant

---

<sup>75</sup> Population & sociétés, *op. cit.*

<sup>76</sup> Au-delà de la différence, en apparence minime (1,2 année), l'auteur de l'étude voit dans cette inversion de tendance un mouvement d'ensemble important qui touche, l'une après l'autre, toutes les nations à faible mortalité. Ce retournement a effectivement été observé successivement dans les pays anglo-saxons dans les années 1970, puis dans les pays du nord de l'Europe (comme la Suède) dix ans plus tard, puis enfin dans les pays méditerranéens une dizaine d'années après (France, Italie).

dans la réduction de l'écart de longévité entre les sexes amorcée en France au début des années 1990.

Par ailleurs, il est également à noter que les hommes commencent à se soucier davantage de leur santé et s'approprient à leur tour une culture de la prévention jusque-là plus féminine.

Le souci d'une alimentation plus saine ainsi que des contrôles réguliers de certains facteurs de risques (tension, cholestérol), alliés aux avancées en cardiologie, ont permis aux populations masculines, en général, de bénéficier à leur tour des progrès remportés dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires (partant d'un niveau plus élevé de surmortalité, ils ont pu enregistrer des gains supérieurs aux femmes). Les hommes, dans l'ensemble, adopteraient donc une meilleure hygiène de vie et la *culture de la prévention* aurait peu à peu raison de leur « insouciance » (reste cependant à voir *quels hommes...*)<sup>77</sup>.

Concernant cette réduction des écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes, on peut sans doute aussi voir dans cette tendance le résultat, la rançon de l'égalisation des conditions...

Il convient cependant d'affiner ces analyses en introduisant des éléments relatifs à l'appartenance sociale.

---

<sup>77</sup> Pour plus d'éléments sur la question, cf. *Le Monde* (03/06/2004), « *les hommes adoptent une meilleure hygiène de vie* ». Le professeur Gired (cardiologue, service d'endocrinologie-métabolisme, hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris) prétend qu'à la différence des hommes, les femmes possèdent une culture de la prévention. Cependant la culture plus développée des femmes en matière de prévention et de dépistage retentit sur le comportement masculin. Le professeur remarque que les hommes de 45-50 ans qui viennent en consultation sont souvent accompagnés de leur femme et celle-ci les a généralement incités à cette démarche. Chef du service d'endocrinologie à l'hôpital Jean-Verdier (Bondy, Seine-Saint-Denis), le professeur J. R. Attali a noté depuis 18 mois à 2 ans un phénomène nouveau. Selon ses dires, beaucoup d'hommes viennent consulter pour un surpoids ou pour l'association de divers désordres comme une obésité, une augmentation du cholestérol, une hypertension artérielle ou un diabète de type 2. Cela peut être aussi dû à un changement d'attitude des médecins généralistes qui n'hésitent plus à adresser ces patients aux spécialistes. Parfois, des hommes viendraient spontanément à des consultations de prévention cardio-vasculaire. Travaillant sur des données qui seront rendues publiques à l'automne, l'Inpes dresse l'évolution des comportements masculins en matière de nutrition entre 1996 et 2002. La consommation d'alcool décroît, passant de 57,7 % des hommes à 52,1% (en particulier de vin rouge, qui descend de 40,8 à 32,8%). Une prévention d'hygiène alimentaire se développerait chez eux...

## CHAPITRE III

# Conclusion

L'étude à laquelle nous venons de nous livrer met en évidence le caractère profondément sociologique de la mortalité différentielle selon le sexe. La surmortalité masculine, que l'on peut observer aujourd'hui aussi bien en France que dans la plupart des pays « développés », témoignerait donc d'une capacité de résistance plus enracinée dans le monde des femmes que dans celui des hommes, ou plus exactement d'une *moindre exposition*, du côté féminin, à toute une série de facteurs de risques. Comme nous prenons délibérément le parti de ne pas glisser vers une explication purement biologique de cette inégalité, notre discours, finalement, s'est plus articulé autour de l'idée qu'hommes et femmes vivent des expériences sociales distinctes, ne serait ce que par la nature des métiers et des tâches exercés, adoptent des conduites différenciées, bref, construisent leur vie sur des registres qui leur sont spécifiques. De fait, l'analyse du social, qui tend à rendre compte de la manière dont les deux sexes participent, de façon plus ou moins contrainte et déterminée, à la vie collective, semble nous suggérer que la vie plus longue des femmes trouve son explication dans les tréfonds du monde social. Cet avantage féminin, qui anime notre débat, est donc pour nous *l'ultime aboutissement d'un processus qui se construit socialement* ; pour dire simple, les femmes, du point de vue de la longévité, ne naissent pas « avantagées » par rapport aux hommes et à l'inverse, ces derniers ne sont pas « naturellement » perdants sur ce terrain là. C'est donc plus du côté des conditions sociales d'existence et de tout ce qui s'y rattache en termes de pratiques, de conduites, de modes de vie, de représentations, etc., qu'il faut tourner notre regard pour saisir du mieux possible les raisons de ce différentiel.

Au regard des chiffres de la mortalité, nous sommes donc forcés d'admettre que *le sexe fort, c'est la femme*. Cette proposition, qui vaut pour notre société, perd de sa validité dès l'instant où nous la faisons « voyager » dans le temps et dans l'espace. On l'a vu : l'avantage féminin ne peut être posé comme règle universelle. Les femmes, du point de vue de la longévité, perdent leur privilège sitôt que l'on considère ces questions en d'autres lieux et en d'autres temps, sans que cette moindre immunité relève de conditions organiques propres aux individus mais plutôt de conditions sociales ou encore de facteurs sociaux et culturels.

Si l'on s'en tient à notre pays, on retiendra alors que l'espérance de vie plus élevée des femmes n'est que le produit de l'action simultanée d'une multitude de paramètres qui n'échappent pas à l'analyse sociologique.

Nous avons vu dans quelles mesures la persistance d'une division sexuelle du travail tend à écarter les femmes de certaines professions « dangereuses », réservées à des hommes qui ont plus de facilités, de part leur constitution, à exercer des tâches physiques mais qui dans le même temps se retrouvent confrontés à tout un ensemble de facteurs de risques. La pénibilité au travail et ses effets sur la santé n'épargnent évidemment pas l'univers féminin, loin s'en faut, mais inutile pour l'heure de bousculer les étapes de la réflexion. On s'en tiendra donc à la considération que les corps de métiers où la santé est la plus mise à mal sont aussi ceux qui sont composés en grande majorité d'hommes...

Nous avons également observé que si les hommes peuvent difficilement se soustraire aux facteurs de mortalité qui découlent de leur surreprésentation dans nombre de secteurs professionnels à risques, il en est d'autres, en revanche, qui relèvent de pratiques et de conduites plus ou moins volontaires de leur part. L'alcoolisme et le tabagisme, répétons le, concernent davantage les hommes que les femmes, bien que ces dernières s'évertuent à concurrencer leurs compagnons en termes de consommation de tabac ; Le virus du SIDA, quant à lui, fait plus de dégâts dans les rangs masculins que féminins. On se souvient également que du point de vue de la qualité de l'alimentation, c'est encore une fois les hommes qui semblent le moins soucieux des conséquences que peut avoir sur leur santé une assiette mal « constituée » ; ces derniers sont aussi beaucoup plus sujets aux morts violentes que les femmes. Enfin, les études menées sur la consommation médicale montrent que l'on a plus tendance à avoir recours au système de soins quand on est de sexe féminin.

Au terme de ce chapitre, il nous vient l'idée que *la force des hommes se révèle être aussi leur plus grande faiblesse*. En effet, la supériorité *physique* des hommes, qui, si l'on s'en tient à des généralités, semble évidente, pourrait être perçue comme un avantage dans la vie quotidienne : l'image du « mâle dominateur », trouvant sa gratification dans son statut de

supérieur et imposant sa loi à son entourage, avec force, courage et virilité, peut paraître assez séduisante du dehors ; mais en réalité, la domination masculine, historiquement construite, dans un premier temps, sur la force physique des hommes, puis, au fil de l'histoire des sociétés, sur des facultés relevant plus de la capacité d'abstraction, de symbolisation, etc...faisant appel à la *force des idées*, au pouvoir du langage (ce qui explique par ailleurs l'accès progressif des femmes aux positions dominantes, en politique notamment, où la force des idées l'emporte, de nos jours, sur la force corporelle : les dominants, en effet, sont les plus aptes - les plus armés – à combattre symboliquement, et non les plus aptes à combattre physiquement...), apparaît aussi comme une charge pour les hommes. Ceux-ci, avantagés en puissance et en robustesse par rapport à leurs compagnes, ne peuvent se dérober aux exigences de leur statut *d'hommes forts et virils* qui les soumet, cette fois, aux lois d'une division du travail qui ne leur est pas toujours profitable. Certains d'entre eux se voient donc remplir les rangs des professions les plus pénibles et les plus dangereuses des secteurs primaires et secondaires (le travail forestier, la pêche, le bâtiment et les travaux publics, les mines, la sidérurgie, la métallurgie, la chimie, etc.), tandis que les femmes, dans le même temps, concentrent leurs emplois dans le tertiaire marchand et administratif, à risques sanitaires et mortels faibles.

Nous pensons, pour notre part, que les hommes paient, non seulement, un lourd tribut aux exigences de leur statut, mais qu'ils sont aussi « victimes » des représentations qui sont attachées à ce statut : *tout semble, en effet, devenir compliqué et difficile à vivre pour l'homme quand il ne peut plus jouer et assumer son « rôle d'homme »...*

A bien y regarder, le privilège masculin est donc aussi un piège ; il trouve sa contrepartie, dirait Bourdieu, « *dans la tension et la contention permanentes, parfois poussées jusqu'à l'absurde, qu'impose à chaque homme le devoir d'affirmer en toute circonstance sa virilité* »<sup>78</sup>. Ce devoir de virilité, entendu comme capacité reproductive, sexuelle et sociale, mais aussi comme aptitude au combat et à l'exercice de la violence, est avant tout un poids : « *comme l'honneur, la virilité doit être validée par les autres hommes, dans sa vérité de violence actuelle ou potentielle, et certifiée par la reconnaissance de l'appartenance au groupe des vrais hommes* »<sup>79</sup>. Jouer le rôle du sexe fort, solide et brave en toutes circonstances, est à l'évidence un jeu dangereux. Certaines formes de *courage*, celles que reconnaissent certains collectifs de travail et qui, dans les « métiers d'hommes » (bâtiment,

---

<sup>78</sup> P. Bourdieu, *La domination masculine*, Ed. du Seuil, coll. « Liber », 1998, p 55.

<sup>79</sup> *Ibid.*

monde ouvrier, etc.), incitent à dénigrer les mesures de prudence et à négliger ou à défier le danger par des mesures de bravade, sont à l'origine de nombreux accidents<sup>80</sup>.

On peut légitimement penser que c'est en vertu des mêmes principes que les hommes sont plus prompts à se livrer à toutes formes d'excès, à braver le danger ou les interdits, en soumettant leur corps à l'épreuve multiforme du risque<sup>81</sup>. Etant plus rassurés que leurs compagnes sur leur force et leur capacité de résistance, sachant aussi qu'ils peuvent difficilement fuir certaines « règles de conduites masculines » (devoir de virilité, prise de risques, mâle protecteur, défenseur du territoire, etc.), sous peine de perdre l'estime des collègues, des camarades, les hommes s'adonnent à des pratiques qui peuvent rapidement leur porter préjudice. A contrario, si les femmes ont des comportements à risques moins fréquents que les hommes, qu'elles sont plus prudentes au volant, qu'elles fument et boivent de l'alcool en quantité et en fréquence moindres qu'eux, qu'elles surveillent davantage leur régime alimentaire, qu'elles ont un comportement sexuel plus prudent que celui des hommes, etc., c'est qu'elles n'ont pas, à la différence des hommes, à faire socialement preuve de leur force, de leur puissance. On peut aller jusqu'à dire que leur plus grande fragilité est aussi leur plus grande force, car elle incite les femmes, *en général*, à plus de raison et à moins d'insouciance que les hommes.

Finalement, après réflexion, il semblerait que l'argumentation qu'appliquait Durkheim à la contribution relativement faible des femmes au taux de suicide, à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, puisse encore s'appliquer aujourd'hui au problème de la surmortalité masculine, malgré l'évolution de nos sociétés. Pour justifier le fait que les hommes se donnent plus souvent la mort que les femmes, le sociologue a émit l'idée que les deux sexes ne sont pas engagés de la même manière dans la mêlée de la vie. « *Ce n'est pas parce que la femme diffère physiologiquement de l'homme qu'elle se tue moins...c'est qu'elle ne participe pas de la même manière à la vie collective*<sup>82</sup> », nous dit-il. C'est pour les mêmes raisons, selon nous, que les deux sexes ne sont pas égaux devant la mort. Si l'homme de nos sociétés meurt en moyenne plus tôt que sa compagne, cette inégalité est plus un effet de causes sociales que de causes biologiques. Nous n'avons cessé de le répéter. L'homme est plus exposé à nombre de facteurs de risques parce que la façon dont il participe à la vie collective n'est pas la même que la femme. Les

---

<sup>80</sup> Ces formes de courage trouvent bien souvent leur principe dans la crainte de perdre l'estime ou l'admiration du groupe, de perdre la face devant les collègues et de se voir renvoyer dans la catégorie des « femmelettes » et des « faibles »...

<sup>81</sup> Nous rejoignons aussi A. Bhir et R. Pfefferkorn, qui prétendent que le culte de la féminité, au sens traditionnel du terme, implique un tout autre rapport au corps. Le corps de la femme serait institué comme son *capital* le plus précieux, qu'elle se doit d'entretenir de manière à ce qu'il reste le plus longtemps séduisant, ce qui les entraineraient à veiller davantage que les hommes sur leur santé. cf. A. Bihir, R. Pfefferkorn, *op. cit.*

<sup>82</sup> E. Durkheim, *op. cit.*, p. 389.



occasions de mettre leur vie en danger ou de mourir prématurément manquent aux femmes car elles sont moins fortement engagées, ou plutôt *différemment*, dans la mêlée de la vie. Les multiples causes qui tendent à ronger et à écourter l'existence agissent moins sur elles que sur les hommes tout simplement parce qu'elles se tiennent davantage en dehors de leur sphère d'influence.

Etre un homme ou être une femme n'a donc pas les mêmes conséquences en termes de durée de vie. Toutefois, l'appartenance sexuelle n'est pas la seule à exercer une influence sur la santé et la longévité des individus. Un travail sur la mortalité différentielle doit en effet tenir compte des différentes variables susceptibles d'agir en faveur - ou non - d'une vie plus longue. Car l'individu ne se définit pas seulement par le genre. Homme *complet*, il est bien plus qu'un *homme*, ou une *femme*. Il porte en lui plus de caractéristiques, d'histoires et d'expériences que celles qui peuvent être rattachées à sa seule appartenance – ou identité – sexuelle. En effet, l'individu « appartient » à une catégorie sociale, à un milieu ; au cours de son existence, il est soumis à certaines conditions de travail ; il est aussi plus ou moins actif, marié ou célibataire, entouré, soutenu, intégré ou plutôt isolé dans son existence, plus ou moins bien logé, bien nourri, bien instruit, bien soigné, bref, autant d'éléments qui, on le verra, tendent à agir positivement ou négativement sur l'espérance de vie. La mortalité diffère donc selon le sexe tout en étant *sociale*.



**TROISIEME PARTIE**

***MORTALITE DIFFERENTIELLE  
SELON LA CATEGORIE SOCIALE***

*« Calculer la durée moyenne de la vie pour un homme abstrait, ni marié, ni célibataire, qui ne fait partie d'aucun pays et n'exerce aucune profession, chimère. »<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> M. Halbwachs, *le point de vue du nombre*, in *Encyclopédie française* (1936), t. VII, troisième partie, p. 7. 76-5 ; réédition sous la direction d'E. Brian et M. Jaisson, Paris, INED, 2005.

Différente selon le sexe, l'espérance de vie l'est aussi selon la catégorie sociale.

Au début des années 1990, G. Desplanques, qui consacre depuis plusieurs décennies une bonne part de ses travaux à la question de la mortalité différentielle en France, livre des résultats qu'il résume dans une formule choc : « *A 35 ans, l'espérance de vie d'un professeur est supérieure de 9 ans à celle d'un manœuvre* »<sup>2</sup>.

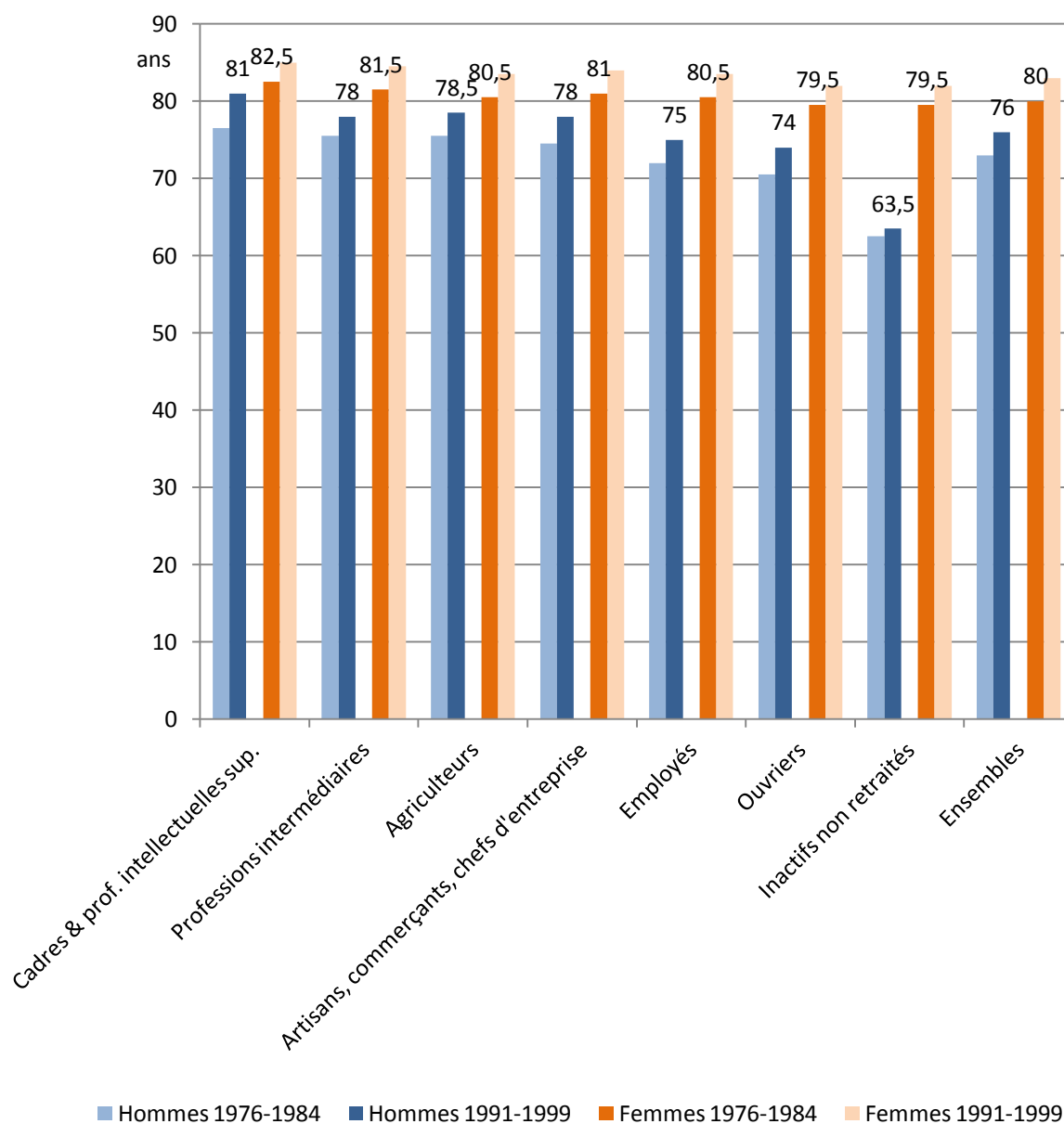
Cependant les caractéristiques – ainsi que les variations - sociales de la mortalité ne datent pas de la fin du 20<sup>ème</sup> siècle. L'étude de la *mortalité différentielle dans l'histoire* nous a déjà révélé que les écarts de mortalité et de longévité entre milieux sociaux (entre *pauvres* et *nantis*, pourrait-on dire, de façon un peu binaire) sont tout sauf un phénomène nouveau.

Aujourd'hui encore, l'inégalité sociale devant la mort apparait clairement lorsque l'on considère les différentes catégories socioprofessionnelles.

---

<sup>2</sup> INSEE, Données sociales, 1993, p. 251.

## Espérance de vie et origine socioprofessionnelle



Source : INSEE Première, n° 1025, juin 2005, in *L'état des inégalités en France*, Ed. Belin, 2007.

Dans les années 1980, la hiérarchie socioprofessionnelle de la mortalité nous indiquait que les catégories dont l'espérance de vie était la plus grande étaient en ordre décroissant<sup>3</sup> :

- Les professeurs,
- Les ingénieurs,
- Les cadres administratifs supérieurs,
- Les professions libérales,
- Les instituteurs...

Les catégories dont l'espérance de vie était la plus réduite étaient en ordre décroissant :

- Les manœuvres,
- Les salariés agricoles,
- Les personnels de service,
- Les ouvriers...

Entre ces deux groupes, on trouvait, des plus favorisés aux plus défavorisés :

- Les cadres moyens,
- Les industriels et les gros commerçants,
- Les agriculteurs,
- Les artisans,
- Les petits commerçants,
- L'armée et la police,
- Les employés...

Il apparaît, en première analyse, que l'ordre socioprofessionnel qui préside à une mortalité plus ou moins précoce correspond plus ou moins à la hiérarchie socialement valorisée des professions dans notre société.

L'espérance de vie à la naissance a progressé de trois ans en moyenne entre la fin des années 1970 et la fin des années 1990. Mais cette avancée non négligeable a davantage profité aux catégories sociales les plus favorisées : si les inégalités d'espérance de vie demeurent stables chez les femmes, elles ont tendance à se creuser chez les hommes. Dans les années 1970, on

---

<sup>3</sup> INSEE, Données sociales, *op. cit.*

relevait un écart de longévité de 6 ans entre cadres supérieurs et ouvriers ; à l'aube de l'an 2000, cet écart atteignait 7 ans, les cadres supérieurs pouvant espérer vivre jusqu'à 81 ans tandis que les ouvriers voyaient leur espérance de vie se limiter à 74 ans.

Quant à l'espérance de vie à 35 ans (tableau p. 120), elle a augmenté en moyenne de 4,4 ans pour les femmes et de 5 ans pour les hommes depuis la fin des années 1980. Mais ces avancées ont une fois de plus davantage profité aux catégories sociales favorisées. A 35 ans, un homme cadre pouvait espérer vivre 47,2 ans et un ouvrier 40,9 ans selon les conditions de mortalité du début des années 2000 (période 2000 – 2008) ; l'espérance de vie à 35 ans d'une femme cadre était de 51,7 ans contre 48,7 pour une ouvrière. Si les ouvriers et les employés restent les professions les plus mal loties en termes d'espérance de vie à 35 ans, plus sombre encore est la situation des *inactifs non retraités*<sup>4</sup>, qui, à 35 ans, peuvent espérer vivre en moyenne 30 ans, soit 10 années de moins que les ouvriers et 17 années de moins que les cadres supérieurs. Entre ces extrêmes, les professions intermédiaires, les agriculteurs et les artisans, jouissent, à 35 ans, d'une espérance de vie qui se situe aux alentours de 45 ans ; semblable est la situation de commerçants et des chefs d'entreprise.

Côté féminin, les écarts entre CSP sont moindres que chez les hommes<sup>5</sup>. Les différences d'espérance de vie à 35 ans sont en effet plus élevées chez les hommes que chez les femmes : l'écart est de 6,3 années entre un ouvrier et un cadre, tandis qu'il est de 3 années chez les femmes. On relèvera aussi que les femmes vivent plus longtemps, quelle que soit la catégorie sociale. Les ouvrières ont même une espérance de vie à 35 ans supérieure à celle des hommes cadres de 1,5 année.

Il faut encore noter que si les écarts d'espérance de vie illustrent bien les inégalités sociales face à la mort, il ne s'agit là que d'une moyenne qui ne met pas forcément en évidence le risque de mourir précocement, par exemple. Or, pour les hommes comme pour les femmes, ce

---

<sup>4</sup> L'INSEE définit conventionnellement les inactifs comme les personnes qui ne sont ni en emploi, ni au chômage : jeunes de moins de 15 ans, étudiants, retraités, hommes et femmes au foyer, personnes en incapacité de travailler. Notons, d'ailleurs, que « *l'absence d'activité professionnelle est associée à une mortalité plus forte, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, mais ce phénomène est nettement plus marqué pour ces derniers. Sur la période 1982-2001, la surmortalité des hommes n'ayant jamais travaillé est de près de 90%, contre moins de 20% pour les femmes. Chez les hommes, le fait de n'avoir jamais occupé un emploi résulte plus souvent que chez les femmes d'un handicap ou de problèmes de santé et plus rarement d'un choix, ce qui se traduit alors par des risques relatifs de décès plus élevés* ». Cf. *INSEE Première*, « mortalité des femmes et environnement familial, rôle protecteur de la vie de famille », n° 892, Avril 2003.

<sup>5</sup> Pour les personnes ayant travaillé, les différences de mortalité selon la position sociale sont effectivement plus marquées pour les hommes. Sur la période 1982-2001, les ouvriers connaissent une surmortalité de 80% par rapport aux cadres, alors que la différence entre ces deux catégories sociales est de 50% chez les femmes. Pour les deux sexes, la mortalité est la plus faible pour les cadres et la plus forte pour les ouvriers. Cf. *INSEE Première*, *op. cit.*



risque est plus élevé pour les ouvriers que pour les cadres<sup>6</sup>. Un homme de 35 ans, soumis toute sa vie aux conditions de mortalité de 2000-2008, a 13 % de risque de mourir avant 60 ans s'il est ouvrier, contre 6 % s'il est cadre (respectivement 5 % et 3 % pour une femme). De même, il a 27 % de risque de mourir avant 70 ans s'il est ouvrier et 13 % s'il est cadre (respectivement 11 % et 7 % pour une femme). Enfin, parmi les hommes, un ouvrier sur deux n'atteindrait pas 80 ans, contre un cadre sur trois.

<b>Espérance de vie à l'âge de 35 ans</b>								
Unité : années								
	Hommes 1976- 1984	Hommes 1983- 1991	Hommes 1991- 1999	Hommes 2000- 2008	Femmes 1976- 1984	Femmes 1983- 1991	Femmes 1991- 1999	Femmes 2000- 2008
Cadres & prof. Intellectuelles sup.	41,7	43,7	45,8	47,2	47,5	49,7	49,8	51,7
Professions intermédiaires	40,5	41,6	43	45,1	46,4	48,1	49,5	51,2
Agriculteurs	40,3	41,7	43,6	44,6	45,7	46,8	48,8	49,6
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	39,6	41	43,1	44,8	46	47,4	48,8	50,3
Employés	37,2	38,6	40,1	42,3	45,6	47,4	48,7	49,9
Ouvriers	35,7	37,3	38,8	40,9	44,4	46,3	47,2	48,7
Inactifs non retraités	27,7	27,5	28,4	30,4	44,3	45,4	47,1	47
<b>Ensemble</b>	<b>37,8</b>	<b>39,2</b>	<b>40,8</b>	<b>42,8</b>	<b>45</b>	<b>46,4</b>	<b>48</b>	<b>49,4</b>
Ecart entre cadres supérieurs et ouvriers	6	6,4	7	6,3	3,1	3,4	2,6	3

*Lecture : compte tenu des niveaux de mortalité mesurés entre 2000 et 2008, un homme cadre de 35 ans pouvait espérer vivre en moyenne encore 47,2 années, soit jusqu'à 82 ans au total.*

Source : Insee, exploité par Observatoire des inégalités

<sup>6</sup> A ce sujet, v. « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », INSEE Première N° 1372 – octobre 2011.

L'examen des causes de décès permet également d'évaluer l'ampleur des inégalités sociales face aux maladies. Les résultats précédents, indiquant une mortalité plus prononcée au sein des catégories les moins favorisées (ouvriers, employés, inactifs...), trouvent déjà un début d'explication en regardant d'un peu plus près les chiffres de la morbidité.

D'une façon générale, pour les hommes, on retrouve le même classement en fonction de la catégorie sociale pour les différentes causes de décès, qu'il s'agisse du cancer, des maladies cardio-vasculaires, des infarctus, des accidents ou des suicides.

**Taux de décès (pour 100 000) des hommes entre 25 et 64 ans par catégories sociales entre 1989 et 1991**

	(1) Ouvriers et employés	(2) Cadres moyens et commerçants	(3) Cadres supérieurs et prof. libérales	Rapport (1)/(3)
Cancer du poumon	60	27	16,6	3,6
Cancer voies aéro-digestives	56,9	15,9	5,6	10,2
Infarctus	61,8	40,6	25,1	2,5
Maladies cardio-vasculaires et hypertensives	29,8	16,6	9,1	3,3
Accidents de la circulation	31	19,8	12	2,6
Suicides	38,5	26,6	13,5	2,9
Sida	13	13,5	17,2	0,8

Source : INSERM, in « Etat de santé et inégalités en France », Prévenir, n° 28, 1995, p. 20-21 (exploité par A. Bihl et R. Pfefferkorn, in *Déchiffrer les inégalités*, Ed. La Découverte et Syros, Paris, 1999, p. 234)

Ce tableau indique à quel point les écarts sociaux face au risque de décéder suite à une tumeur ou à une maladie de l'appareil circulatoire sont considérables. Entre 1989 et 1991, le taux de mortalité des hommes de 25 à 64 ans, du fait de cancers des voies aéro-digestives

supérieures, est plus de dix fois plus élevé chez les ouvriers et les employés que chez les cadres et professions libérales. Pour la plupart des maladies, il va de 1 à 3 environ.

Entre 1954 et 1981, la mortalité masculine due au cancer du poumon a été multipliée par trois alors que la mortalité due au cancer de l'œsophage est demeurée stable, et que celle se rapportant au cancer de l'estomac a doublé de moitié<sup>7</sup>. Puis, entre les années 1980-1992, grosso modo, elle a diminué parmi les cadres supérieurs alors qu'elle a augmenté dans les autres catégories<sup>8</sup>. Quant aux décès dus aux maladies cardio-vasculaires et aux infarctus, ils ont également reculé de 1958 à 1978 pour les hommes âgés de 45 à 54 ans ; mais, alors que les catégories les plus favorisées enregistraient une baisse de près de 30 %, la mortalité des ouvriers et des salariés agricoles n'a cessé d'augmenter<sup>9</sup>. D'ailleurs, pour la grande majorité des causes de décès, la diminution a été plus forte pour les catégories favorisées que pour les autres.

Plus récemment, des travaux<sup>10</sup>, menés dans le cadre du projet Esdic (*Evolution des inégalités sociales par causes médicales de décès*), ont montré combien le cancer contribue aux inégalités sociales de mortalité en France et combien le risque de contracter cette pathologie est aussi lié au *diplôme*. Les hommes non diplômés auraient ainsi plus de risque que ceux ayant fait des études de mourir de cancer (notamment de la bouche, du pharynx ou de l'œsophage) ; chez les femmes, les inégalités sociales sont moins prononcées, bien qu'elles soient en hausse constante.

Ces inégalités ont augmenté fortement en trente ans : le risque de mourir d'un cancer était de 1,52 fois plus élevé entre 1968-1974 pour les hommes sans diplôme que pour ceux titulaire d'un diplôme égal ou supérieur au bac. Entre 1990 et 1996, ce risque, pour les non diplômés, devient 2,29 fois plus élevé.

On notera toutefois que l'accès à des données récentes et synthétiques sur les causes médicales de décès en fonction de la catégorie sociale, ou de la profession, n'est pas chose facile : les résultats publiés (par l'INSEE, par exemple) le sont de plus en plus en fonction du sexe, ce qui a, peut être, un côté moins dérangeant...

---

<sup>7</sup> Cf. A. Bihl, R. Pfefferkorn, op. cit., p. 234.

<sup>8</sup> *Ibid.*

<sup>9</sup> *Ibid.*

<sup>10</sup> Cf. G. Menvielle, A. Leclerc, J.F. Chastang, D. Luce, « *inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle* », Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 33, INVS, 2 septembre 2008.

Si les inégalités de santé et de mortalité, entre catégories sociales, transparaissent nettement au travers de ces données relatives à l'espérance de vie, il convient maintenant de saisir du mieux possible la nature profonde de ces disparités. Comment expliquer, en effet, de telles inégalités de santé - *et au final, de durée de vie* - entre catégories socioprofessionnelles ? Quels sont les facteurs sociaux<sup>11</sup> qui participent au maintien, voire au renforcement, de ces écarts ? L'appartenance professionnelle ne serait elle pas, finalement, une variable clé pour appréhender la question des inégalités de santé et pénétrer, dans le même temps, le secret de l'inégalité sociale devant la maladie et la mort ?

Voyons maintenant quels éléments d'interprétation nous sommes en mesure de proposer.

---

<sup>11</sup> C'est d'abord en tant que *sociologue* que nous abordons ces questions...

## CHAPITRE PREMIER

# L'influence des conditions de travail

*« Travail & santé »*

« Il y a quantité de métiers malsains qui abrègent les jours, ou détruisent le tempérament... »

J. J. Rousseau<sup>1</sup>

Nombreuses et diverses sont les causes des inégalités sociales de santé. C'est d'ailleurs leur cumul plutôt que l'une ou l'autre d'entre elles qui peut expliquer le différentiel final. L'une des principales, encore peu prise en compte dans les enquêtes épidémiologiques, est constituée par les *conditions de travail*.

Si les problèmes liés au travail, et aux conditions dans lesquelles il s'effectue, ne se posent pas au même niveau qu'en 1900<sup>2</sup>, on aurait tort de penser que ces questions sont aujourd'hui résolues. De nouveaux problèmes apparaissent, à cause de nouveaux outils, des nouveaux produits, des nouvelles formes de travail. Et bien que plus satisfaisantes, les conditions de travail, qui voient leur degré de pénibilité, de sureté, d'exposition à des agents ou des substances pathogènes, etc., varier grandement selon les secteurs d'activités, les postes

---

<sup>1</sup> J. J. Rousseau, *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, Flammarion, Paris, 1992, p. 187.

<sup>2</sup> M. Gollac et S. Volkoff rappellent que depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, bien des tâches pénibles ont disparu. Les risques d'accidents de travail ont beaucoup diminué. Les efforts de tant de syndicalistes et de scientifiques, de certains cadres, dirigeants d'entreprise et responsables administratifs n'ont pas été vains. M. Gollac, S. Volkoff, *Les conditions de travail*, Ed. La Découverte & Syros, Paris, 2000.

occupés au sein d'une même branche, continuent à être tenues pour responsables de la dégradation, plus ou moins lente, de la santé des travailleurs.

Au-delà des accidents ou des maladies auxquels conduit l'exercice courant de bon nombre de professions, ce qu'il faut d'abord relever et examiner, c'est, d'un point de vue global et de manière beaucoup plus fréquente, l'usure générale, physique et psychique, de l'organisme, que peuvent provoquer des conditions de travail difficiles et contraignantes. Un travail pénible, tant du point de vue du *corps* que du point de vue de *l'esprit*, ne tue peut être pas directement ceux ou celles qui l'exercent (comme le ferait l'accident), cependant, progressivement, il tend à affaiblir l'organisme des uns, à abattre le courage et le moral des autres, conduisant les individus à un vieillissement prématuré et à une mort précoce. Ainsi, toutes pathologies et catégories sociales confondues, le travail serait tenu pour responsable de près d'un problème de santé sur cinq ; cependant la proportion peut s'élever à près d'un sur deux pour certaines affections au sein de certaines catégories sociales<sup>3</sup>.

Entre les métiers les moins qualifiés et le haut de la hiérarchie, les conditions dans lesquelles s'exerce le travail sont difficilement comparables. C'est en tout cas ce qui ressort des données de l'enquête sur les conditions de travail réalisée par le ministère de l'emploi tous les sept ans. Entre un cadre supérieur, un professeur, et un ouvrier spécialisé de chaîne (par exemple), la nature des tâches qu'ils ont à effectuer, tout comme les pénibilités et les difficultés qui s'y rattachent (ou les aspects agréables et gratifiants, d'ailleurs...), ainsi que les conséquences en termes de santé physique et mentale, de vieillissement social, n'ont pas grand-chose à voir.

Globalement, les facteurs de nocivité et de pénibilité ont augmenté au cours de ces dernières années, et cette dégradation des conditions de travail, depuis le milieu des années 1980, a été plus importante pour les ouvriers et les employés que pour les cadres et les membres des professions intermédiaires<sup>4</sup>. Mais avant de traiter plus en profondeur la question des *variations sociales des conditions de travail* et de leurs répercussions sur la santé des salariés, prenons le temps d'apporter quelques éclaircissements sur l'élaboration et la construction de ce qui constitue un outil incontournable pour l'analyse et la compréhension de ces phénomènes : les statistiques françaises sur les conditions de travail.

---

<sup>3</sup> Cf. A. Bihr, R. Pfefferkorn, *Le système des inégalités*, Ed. La Découverte, Paris, 2008, p. 33.

<sup>4</sup> *Ibid.*

## *Les enquêtes « conditions de travail »*

La construction politique d'un *problème des conditions de travail* a entraîné une demande d'informations quantifiées. Les premiers chiffres ont porté sur les conséquences les plus visibles et les plus marquées des conditions de travail : les accidents et les maladies professionnelles (ces événements sont pris en charge par des administrations, des statistiques sont élaborées comme sous-produits ; souvent utilisées dans le débat social, elles font néanmoins l'objet de critiques de la part des chercheurs<sup>5</sup>).

A la fin des années 1970, la vision politique des conditions de travail ne se limita plus aux événements frappants comme les accidents et les maladies. Il en résulte un système d'enquêtes, géré aujourd'hui par la DARES (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques au ministère du travail) qui est un compromis entre demandes politiques, considérations scientifiques et coutumes du système statistique (v. encadré p. 128).

Ces investigations reposent sur l'interrogation des salariés et sur leur perception des conditions de travail. L'idée fondatrice constitue à appréhender le travail dans sa globalité : si les moyens d'une analyse détaillée du travail font défaut, les travailleurs sont encore les mieux à même d'en restituer une vision synthétique. La première enquête nationale sur les conditions de travail a donc eu lieu en 1978. Elle a été reconduite en 1984, 1991, 1998 et 2005 (chaque enquête porte sur 20 000 personnes environ).

Cette enquête pionnière était surtout adaptée à la description des conditions de travail physiques et du travail ouvrier. En 1987, elle a été enrichie par une enquête du même type sur l'organisation du travail et sur quelques aspects des conditions psychologiques de travail, renouvelée en 1993, puis fusionnée en 1998 avec l'enquête sur les conditions de travail ; une nouvelle enquête, en 1997, permet de relier le point de vue des salariés sur la description globale, par ses responsables, de l'organisation de l'entreprise. Dès lors, on se dirige plus à la fois vers une description plus complète des conditions de travail et des formes d'organisation qui les déterminent. Reste ensuite à interpréter les chiffres produits par ces enquêtes...

Une autre méthode consiste à déléguer l'appréciation des conditions de travail à un expert. Par exemple, l'enquête sur le suivi médical des risques professionnels (« SUMER ») s'appuie sur le jugement de la médecine du travail. Toutefois, si l'on en croit Gollac et Volkoff, les

---

<sup>5</sup> Remarque de S. Volkoff et M. Gollac, in *Les conditions de travail, op. cit.*



protocoles de codage des médecins du travail ne sont pas simples à homogénéiser. Sans compter que leur regard n'est pas forcément identique à celui d'autres experts.

## LES ENQUETES CONDITIONS DE TRAVAIL

Les enquêtes *conditions de travail* sont organisées et exploitées par la DARES depuis 1978. Elles sont renouvelées tous les sept ans : 1984, 1991, 1998, 2005. Les réponses se réfèrent aux conditions de travail telles qu'elles sont perçues par les enquêtés. En 1978 et 1984, l'enquête s'intéressait aux seuls salariés. Depuis 1991, elle concerne tous les actifs occupés, salariés ou non. Les résultats ici présentés ne concernent que les salariés.

### METHODOLOGIE

Ces enquêtes sont effectuées à domicile sur un échantillon représentatif de la population de 15 ans ou plus exerçant un emploi. Elles complètent les *enquêtes Emploi* de l'INSEE. Jusqu'en 2002, l'enquête emploi était réalisée annuellement, en mars de chaque année. Les personnes étaient alors interrogées sur leurs conditions de travail après la passation du questionnaire de l'enquête emploi.

Depuis 2002, l'enquête emploi se déroule en continu sur six trimestres. Les enquêtés sont interrogés deux fois en face à face (la première et la dernière) et quatre fois par téléphone. L'enquête Conditions de Travail, qui est la première enquête complémentaire à la nouvelle Enquête Emploi en continu, se déroule au cours du sixième et dernier entretien. Le questionnaire est soumis à tous les actifs ayant un emploi parmi les personnes interrogées pour cette sixième fois dans le cadre de l'Enquête Emploi, soit 19 000 personnes en 2005.

### QUANTIFIER LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Les enquêtes Conditions de Travail visent à cerner au plus près le travail réel tel qu'il est perçu par le travailleur, et non pas le travail prescrit tel qu'il peut être décrit par l'entreprise ou l'employeur. Pour ce faire, l'enquête est réalisée à domicile et chaque actif du ménage répond personnellement. Les questions posées ne renvoient pas à des mesures objectives (cotations de postes ou analyses ergonomiques), ni à des questions d'opinion sur le travail, mais à une description concrète du travail, de son organisation et de ses conditions, selon divers angles : la prescription, les marges de manœuvres, la coopération, les rythmes de travail, les efforts physiques ou les risques encourus. Les questions sont aussi factuelles que possible. Ainsi en est-il des questions portant sur le bruit : on ne demande aux personnes si elles subissent un niveau de bruit très élevé dans leur environnement de travail, ce qui serait trop subjectif. On ne fait pas non plus référence à des mesures sonométriques chiffrées, car elles sont rarement connues des travailleurs. On demande aux enquêtés s'ils peuvent entendre parler, même à haute voix, quelqu'un situé à deux ou trois mètres d'eux, ce qui permet de repérer une exposition à un bruit d'environ 85 décibels. Par ailleurs, le questionnaire vise à appréhender certaines dimensions du travail par recoupement de questions. L'étude des contraintes de cadence s'appuie à la fois sur une question concernant le travail à la chaîne et sur un inventaire des déterminants possibles du rythme de travail. L'appréhension des marges de manœuvre dont dispose un salarié suppose d'évaluer à la fois le caractère plus ou moins impératif des consignes qu'il reçoit, les possibilités dont il dispose en cas d'incidents, etc. Les questions sur le temps de travail laissent place à une marge d'appréciation réduite et reflètent sans doute bien les emplois du temps réels.

Pour toutes les questions ayant trait aux pénibilités physiques ou psychiques du travail, la référence à des seuils chiffrés a été volontairement évitée. C'est l'appréciation de la personne enquêtée que l'on recueille, qu'il s'agisse d'efforts physiques, d'exposition aux températures extrêmes, de risques d'erreurs ou d'intensité du travail.

### L'EVOLUTION DU QUESTIONNAIRE REFLETE LES CHANGEMENTS DE LA REALITE DU TRAVAIL

Au cours des différentes enquêtes, le questionnaire a beaucoup changé. Très focalisé en 1978 sur l'univers industriel, l'enquête s'est étoffée depuis 1991 d'une description des facteurs de charge mentale et des marges de manœuvre dans l'exécution des consignes (« devoir abandonner une tâche pour une autre », « ne pas pouvoir faire varier les délais fixés », « quelle conduite en cas d'incident », etc.). En 1998, l'enquête s'est enrichie d'un questionnement sur le morcellement ou le caractère imprévisible des horaires de travail ainsi que sur les accidents du travail. En 2005, de nouvelles questions ont été introduites sur la charge mentale au travail et sur les politiques de prévention des risques menées par les entreprises. En outre, le questionnement sur la durée de travail a lui aussi subi des modifications : jusqu'en 1998, les horaires quotidiens étaient appréhendés par rapport à une « journée de référence », dernière journée travaillée qui ne correspond pas à une situation exceptionnelle. En 2005, la durée quotidienne est évaluée par rapport à des horaires « habituels », en référence à la situation moyenne vécue par le travailleur.

*Les variations sociales des conditions de travail*

# I - La condition ouvrière au travail

## Etat des lieux, conséquences sur la santé du *travail ouvrier*

« ...dans sa passion aveugle et démesurée, dans sa glotonnerie de travail extra, le capital dépasse non seulement les limites morales, mais encore la limite physiologique extrême de la journée de travail. Il usurpe le temps qu'exigent la croissance, le développement et l'entretien du corps en bonne santé. Il vole le temps qu'il faut pour respirer l'air libre et jouir de la lumière du soleil. Il grignote sur le temps des repas et l'incorpore si possible dans le procès de production proprement dit, si bien que le travailleur, simple moyen de production, se voit fournir ses repas comme on alimente en charbon la machine à vapeur, ou en huile et suif les machines. Il réduit le temps du sain sommeil réparateur nécessaire pour reconstituer, renouveler et régénérer la force de travail, au minimum d'heures de torpeur indispensables à la remise en marche d'un organisme totalement épuisé (...). Le capital ne se pose pas de questions sur le temps que vivra la force de travail. Ce qui l'intéresse uniquement, c'est le maximum qui peut en être dispensé dans une journée. Et il atteint son but en abrégeant la vie du travailleur, de même qu'un agriculteur avide obtient de son sol un plus fort rendement en épuisant sa fertilité. La production capitaliste, qui est essentiellement production de plus value, absorption de travail extra, ne produit donc pas seulement par la prolongation de la

*journee de travail qu'elle impose la deterioration de la force de travail de l'homme, en la privant de ses conditions normales de fonctionnement et de developpement, soit au physique, soit au moral ; elle produit l'epuisement et la mort precoce de cette force. Elle prolonge la periode productive du travailleur pendant un certain laps de temps en abregeant la duree de sa vie. »<sup>1</sup>*

Ce long extrait du *Capital*, où l'on voit Marx se livrer à une critique féroce du mode de production capitaliste, en décrivant froidement comment les formes les plus abouties de l'exploitation du travail humain peuvent conduire le travailleur à une mort précoce, semble avoir pris quelques rides. Tel est, en tout cas, notre premier ressenti. Mais comme la recherche ne se contente pas de ressentis ou de vagues intuitions, nous sommes tenus d'aller voir d'un peu plus près ce qu'il en est réellement.

Si l'on admet que les ouvriers ont vu leur condition s'améliorer nettement depuis deux siècles (surtout dans les pays développés : luttes sociales, baisse du temps de travail...) il n'en reste pas moins que le travail ouvrier, et tout ce qu'il comprend de contraignant, d'éprouvant, voire de dangereux, persiste dans nos sociétés. Aussi, parler d'une amélioration, sur la longue durée, de la condition ouvrière, ne nous autorise pas à proclamer, comme il se fait souvent, la fin de la « classe ouvrière ». Nous resterons, par ailleurs, à l'écart des discussions et des controverses autour de ce concept de « classe ouvrière ». Nous l'employons peut être, ou même sûrement, sans précautions ; c'est aussi parce que nous n'exigeons pas de lui qu'il nous transporte trop facilement sur le terrain politique. Au-delà de toute utilisation à des fins militantes, le concept peut également, sans complexifier sa définition outre mesure, permettre de rendre compte de la persistance et de l'unité d'un groupe professionnel, unité qui s'exprime plus dans le rôle que jouent les membres de cette « classe » dans le procès de production, dans la similitude des tâches à exécuter et des fonctions à remplir, bref, dans la *pratique* du métier en elle même et dans les conditions générales d'exercice de la profession que dans une quelconque unité politique, revendicatrice, résultant d'un fort sentiment collectif, comme on a pu le connaître aux plus belles heures (ou au plus sombres, c'est selon...) de la lutte des classes.

On peut, à vrai dire, parler de la disparition d'une *certaine* classe ouvrière, ou mieux, d'un certain « groupe ouvrier » : celui des ouvriers d'industrie, organisés syndicalement et

---

<sup>1</sup> K. Marx, *Le Capital*, livre 1, sections I à IV, Flammarion, Paris, 1985, pp. 200-201.

constitués politiquement, héritiers, en quelque sorte, de la génération singulière qui s'était construite dans les luttes sociales de 1936 et de l'immédiat après-guerre. Même si la condition ouvrière a toujours été une condition subie, soumise à la nécessité, il n'en reste pas moins que les ouvriers du temps de la « classe ouvrière » disposaient d'un capital politique accumulé (partis ouvriers, syndicats), d'un ensemble de ressources culturelles (comme, par exemple, des associations se référant sans honte au mot ouvrier...) et symboliques (sentiment d'appartenance de « classe », fierté d'être un ouvrier qui trouve dans la lutte un sens à son existence), qui permettaient de défendre collectivement le groupe, limitant ainsi l'emprise de la domination économique et culturelle.

Comme l'ont écrit, avec justesse, deux spécialistes de la question ouvrière, « *la longue période durant laquelle l'existence de la classe ouvrière apparut comme une évidence semble aujourd'hui révolue* »<sup>2</sup>. Cette classe ouvrière dont nous parlons, politisée, soudée, forte d'une véritable conscience de classe, a éclaté sous l'impact de différentes forces centrifuges : désindustrialisation de l'hexagone, démantèlement de ses bastions traditionnels (le Nord et la Lorraine, la Loire, Renault-Billancourt), informatisation de la production et chute de la demande de travail non qualifié, division géographique de l'espace ouvrier, différenciation sexuelle du groupe, déclin progressif du PCF, perte de l'espoir collectif et diminution corrélative du sentiment d'appartenance à la classe, sans omettre le désintérêt désormais affiché des intellectuels pour tout ce qui touche au monde ouvrier.

La conjonction de ces multiples paramètres explique aussi pourquoi les ouvriers tendent à devenir un groupe « invisible », qui, d'une certaine manière, disparaît du paysage social et dont l'existence passe de plus en plus inaperçue<sup>3</sup> (alors qu'ils constituent toujours le groupe social le plus important de la société française...).

---

<sup>2</sup> S. Beaud, M. Pialoux, *Retour sur la condition ouvrière*, Librairie Arthème Fayard, 1999, 2004, p. 418.

<sup>3</sup> La sous estimation du nombre d'ouvriers illustre bien cette crise de la représentation. Beaud et Pialoux relatent, à cet égard, une histoire assez intéressante (in *Retour sur la condition ouvrière*, *op. cit.*, p. 15, 16) : lors d'un cours de licence, en janvier 1997, après avoir beaucoup parlé de la question ouvrière, les sociologues éprouvent le besoin de faire une petite mise au point statistique. Ils posent alors la question : « combien y a-t-il d'ouvriers en France, au sens statistique, à votre avis ? ». Après un long silence, une étudiante se lance : « 200 000 ». « Non, ce n'est pas assez », protestent ses camarades. Un autre renchérit à 2 millions. Discussion générale. Beaud et Pialoux rappellent qu'on inclut les chômeurs dans les chiffres de la population active. Après réflexion, les étudiants transigent à 1,5 million. Trois jours plus tard, dans un enseignement de magistère de sciences sociales (un niveau plus élevé, plusieurs étudiants ont fait deux ou trois ans de Khâgne ou Science-Po), les sociologues indiquent les chiffres recueillis en licence, sans cacher leur étonnement. Lorsqu'ils leur demandent : « mais vous, que diriez-vous ? ». plus assurés, ils répondent plus vite et avec plus de facilité. Une étudiante part sur 300 000. Discussion. Un autre étudiant monte à 3 millions. La discussion est confuse mais le chiffre final avoisine les 2,5 millions. Malgré une bonne connaissance de la population totale de la France et du nombre d'actifs (qu'ils situent entre 20 et 25 millions), ils se sentent confus lorsque leur est annoncé les « vrais » chiffres : environ 6,5 millions...

Les deux chercheurs rappellent aussi que plusieurs journalistes leur ont dit avoir posé, à l'improviste, cette même question à leurs collègues de travail. Les réponses se situaient toujours dans la même fourchette, le chiffre ne

Ainsi, La décomposition de la classe ouvrière *politique*, a tendance, par un raccourci de la pensée, à nous faire oublier la persistance du travail ouvrier, la survivance d'une « classe », d'un groupe, qui désormais trouve son unité dans le partage de conditions de travail communes, caractérisées par un certain degré de pénibilités et de nuisances qui affectent, nous le verrons, durablement, et parfois même violemment, la santé des ouvriers. Les forces qui unissent cette « classe ouvrière » sont désormais négatives : l'épuisement, l'usure physique et morale, la lassitude, la résignation, le vieillissement précoce, la peur du chômage et du déclassement social.

### *1 - La persistance du travail ouvrier*

La décomposition progressive d'une classe ouvrière *politique* ou *politisée* ne doit donc pas nous laisser penser que le travail ouvrier appartient au passé.

En effet, on ne peut, raisonnablement, ranger dans les manuels d'histoire une classe ouvrière que l'on pourrait qualifier de *travailleuse* (*laborieuse...*), emprise à des conditions de travail qui continuent à différencier ses membres, ouvriers, salariés d'exécution, directement exposés à tout un éventail de nuisances et de contraintes, de la masse des autres groupes sociaux. S'il y a, comme on l'a dit, déclin et dissolution d'un certain type de groupe ouvrier, la cause n'est pas à rechercher dans l'évolution du travail. Les ouvriers demeurent exposés aux pénibilités physiques, aux nuisances, à diverses contraintes, aux pathologies, aux risques d'accident, dans des proportions sans commune mesure avec la moyenne des autres actifs (v. tableau p. 134).

---

dépassant jamais le million. Comme Beaud et Pialoux, nous pensons qu'une sous estimation du nombre réel d'ouvrier de cette ampleur ne peut pas ne pas soulever une immense interrogation.

## RISQUES, NUISANCES ET PENIBILITES DU TRAVAIL OUVRIER

<i>% de salariés qui déclarent...</i>	<i>Ouvriers</i>	<i>Non ouvriers</i>
Porter ou déplacer des charges lourdes	61%	28%
Travailler dans la saleté	50%	15%
Respirer des poussières	65%	24%
Manipuler des produits toxiques ou nocifs	37%	15%
Risquer d'être blessés par des outils et des matériaux	62%	16%
Avoir été victimes au cours de l'année précédent l'enquête d'un accident de travail qui les a obligés à se faire soigner	15%	6%
Ne pas pouvoir quitter leur travail des yeux	47%	25%
Devoir faire attention à des signaux visuels ou sonores brefs, imprévisibles ou difficiles à détecter	20%	10%
Travailler en équipes alternantes	18%	5%

*Source : enquête DARES de 1998 sur les conditions de travail.*

Premier constat, que l'on peut établir à partir des enquêtes de la DARES : l'automatisation n'a pas supprimé les spécificités du travail ouvrier. Le travail *manuel* subsiste.

## *La pénibilité physique*

Réformes organisationnelles, innovations technologiques, intensification et rationalisation des tâches, nouvelles pratiques managériales, etc., au cours des vingt dernières années, les contraintes de rythme de travail se sont renforcées. Les pénibilités physiques, tout comme la charge mentale au travail, se sont également aggravées.

Néanmoins, depuis quelques années, il semble que l'intensité du travail (telle qu'elle est perçue par les salariés) se soit stabilisée. C'est ce qui ressort de la dernière enquête Conditions de travail réalisée en 2005 par la DARES, après celles de 1984, 1991 et 1998.

Dans un registre analogue, la pénibilité physique du travail se serait, elle aussi, globalement stabilisée. En 2005, les salariés sont moins nombreux à déclarer exercer au moins un effort physique au cours de leur travail : 69 % contre 72 % en 1998, alors que la pénibilité physique progresse continûment depuis 1984.

Nous pointons volontairement du doigt ces évolutions car elles ne s'appliquent pas au monde ouvrier. Les contraintes physiques inhérentes au métier d'ouvrier continuent en effet de s'aggraver. Comme l'indique le tableau suivant (p. 136), les ouvriers sont, avec les employés de commerce et de services, les plus exposés aux pénibilités physiques. D'après les investigations de la DARES, 50 % des ouvriers qualifiés et 54 % des ouvriers non qualifiés subissent quatre pénibilités physiques ou plus<sup>4</sup>, contre respectivement 47 % et 52 % en 1998<sup>5</sup>. Rester longtemps debout, dans une posture pénible, devoir porter ou déplacer des charges lourdes, faire des mouvements douloureux ou fatigants, subir des secousses ou des vibrations, être exposé à un bruit intense, autant de contraintes et de désagréments qui empoisonnent la vie des salariés d'exécution, confrontés, pour la plupart, quotidiennement à ces diverses pénibilités.

---

<sup>4</sup> Parmi les suivantes : déplacements à pied longs et fréquents, charges lourdes, postures pénibles ou fatigantes à la longue, devoir rester longtemps debout, secousses ou vibrations, mouvements douloureux ou fatigants.

<sup>5</sup> DARES, *Premières synthèses*, janvier 2007- n° 01.2



## LA PENIBILITE PHYSIQUE STABILISEE SAUF POUR LES OUVRIERS

En%

	Années	Cadres	Professions intermédiaires	Employés administratifs	Employés de commerce et de services	Ouvriers qualifiés	Ouvriers non qualifiés	Ensemble
Rester longtemps debout	1984	<b>19,6</b>	42,7	15,5	77,7	<b>64,6</b>	<b>73,3</b>	49,5
	1991	<b>22,8</b>	44,4	18,4	81,1	<b>68,9</b>	<b>80,1</b>	52,7
	1998	<b>25,5</b>	45,6	21,2	81,5	<b>72</b>	<b>85,1</b>	53,7
	2005	<b>21,7</b>	43,6	22,8	77,6	<b>70</b>	<b>84,5</b>	51,8
Rester longtemps dans une posture pénible	1984	<b>5,3</b>	8,5	11,3	15	<b>28,8</b>	<b>25,6</b>	16,2
	1991	<b>9,7</b>	18,8	20	32,5	<b>45,8</b>	<b>45,6</b>	29
	1998	<b>12,9</b>	25,7	26,8	48,7	<b>55,7</b>	<b>59,9</b>	37,3
	2005	<b>12,7</b>	24,7	25,2	42,8	<b>54</b>	<b>56,4</b>	34,2
Devoir porter ou déplacer des charges lourdes	1984	<b>3,8</b>	10,4	5,7	27,1	<b>41,5</b>	<b>37,9</b>	21,5
	1991	<b>6,2</b>	19	10,7	43,7	<b>53,5</b>	<b>53,7</b>	31,4
	1998	<b>10</b>	26,5	16,7	55,3	<b>60,9</b>	<b>60,8</b>	37,6
	2005	<b>10,9</b>	27,6	19,8	56,8	<b>64</b>	<b>64,4</b>	39
Faire des mouvements douloureux ou fatigants	1984	-	-	-	-	-	-	-
	1991	-	-	-	-	-	-	-
	1998	<b>5,8</b>	20,7	13,7	50,2	<b>57,2</b>	<b>61,6</b>	33,6
	2005	<b>7,1</b>	22,9	16,4	55,2	<b>60,5</b>	<b>69</b>	35,7
Subir des secousses ou des vibrations	1984	<b>2,3</b>	2,8	2,4	1,1	<b>20,5</b>	<b>13,4</b>	7,6
	1991	<b>2,6</b>	5,3	4,2	2,9	<b>29,9</b>	<b>19,7</b>	11,4
	1998	<b>3,2</b>	7,8	6,4	4,2	<b>34,7</b>	<b>22,6</b>	13,2
	2005	-	8,9	8,5	7,8	<b>42,3</b>	<b>29,4</b>	15,3
Etre exposé à un bruit intense	1984	<b>4,4</b>	8,6	7	6,8	<b>30,8</b>	<b>37,5</b>	16,5
	1991	<b>5,6</b>	11,1	9,1	10,4	<b>36,2</b>	<b>39,4</b>	18,8
	1998	<b>6,2</b>	11,8	7,5	12,1	<b>35,6</b>	<b>37,1</b>	17,5
	2005	<b>6,5</b>	13,6	8,1	11,1	<b>38,4</b>	<b>40,5</b>	18

Lecture : en 1984, 73,3 % des ouvriers non qualifiés déclaraient que l'exécution de leur travail leur impose de rester longtemps debout.

Source : enquêtes conditions de travail 1984, 1991, 1998, 2005 (champ : salariés) – DARES.

Selon leur intensité, leur durée ou leur fréquence, leur combinaison avec d'autres contraintes, ces types de pénibilités peuvent entraîner un risque évident d'atteinte à la santé des salariés.

La manutention manuelle de charges, par exemple, est la contrainte physique au travail qui est à l'origine du plus grand nombre de lésions<sup>6</sup>. Et Les pathologies se répandent d'autant plus lorsque le travailleur n'a pas le choix de la façon de procéder, soit pour des raisons techniques, soit en raison de la rigidité de l'organisation du travail, ou soit parce qu'il doit répondre à une situation d'urgence. Dès l'instant où le travailleur perd la maîtrise de l'organisation de ses tâches, qu'il subit le poids des contraintes organisationnelles, que son pouvoir décisionnel s'effrite et que son autonomie professionnelle est dénigrée, il se retrouve fragilisé et surexposé à tout un ensemble de pathologies. Pour ce qui est de la manutention, il n'y a rien d'étrange que les salariés déclarent de plus en plus souvent manipuler des charges lourdes, car les formes d'organisations actuelles multiplient à la fois les transferts de produits et les situations d'urgence. Si les tâches physiques ne tuent pas directement, soudainement, ou brutalement ceux qui les effectuent, il n'en reste pas moins que la répétition et le cumul, au fil d'années de labeur, de ces multiples efforts, contribuent à vider progressivement de leur substance les travailleurs manuels, sujets au dépérissement, à l'usure générale, au vieillissement prématuré. Certains effets, plus visibles, plus immédiats, résultant de ces contraintes physiques, sont aussi décelables : la manutention manuelle, pratiquée de manière excessive, peut provoquer des atteintes de la colonne vertébrale, des hernies discales, des sciatiques, des lumbagos...

Elle peut également entraîner des accidents aigus. Elle est responsable, avec la manutention mécanique, du tiers environ des accidents de travail déclarés avec arrêt et des journées d'incapacité temporaire<sup>7</sup>.

Bien évidemment, les personnes dont la manutention est l'activité principale sont celles qui courent le plus souvent un risque pour leur santé. Notons cependant, au passage, que même lorsque la manutention n'est pas l'activité principale et occupe moins de deux heures hebdomadaires, il y a risque une fois sur quatre. Les salariés manquent d'expérience pour choisir leur postures et leurs tours de main, ils n'ont pas toujours la condition physique nécessaire ni les outils appropriés<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Cf. M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 29.

<sup>7</sup> *Ibid.*

<sup>8</sup> S. Volkoff et M. Gollac (*Ibid*) mentionnent qu'au total, plus de deux millions de salariés risqueraient des pathologies du fait de la manutention manuelle. Le risque est particulièrement élevé dans les transports où le temps consacré à la manutention est important. Les employés de commerce ne sont pas non plus ménagés : technicité insuffisante, urgence, environnement de travail inadéquat conjuguent ici leurs effets. Pour les infirmières et les aides-soignantes, l'urgence et l'impossibilité d'adapter la charge font du transport des malades

## *Le bruit*

L'exposition régulière à un bruit intense reste une nuisance particulièrement répandue dans le monde ouvrier : pour l'année 2005, 40,5% d'ouvriers non qualifiés et 38,4 % d'ouvriers qualifiés déclarent ne pas entendre une personne située à deux ou trois mètres, ou seulement si elle élève la voix ; les cadres, à l'inverse, restent les moins exposés au bruit : seulement 6,5 % d'entre eux subissent cette pénibilité.

Le bruit subi au cours du travail est la cause de nombreuses maladies. Les troubles de l'audition, allant jusqu'à la surdité, apparaissent comme le risque le plus évident. Mais le bruit peut aussi entraîner des insomnies, des troubles digestifs, de la fatigue, rendre irritable, au travail ou après le travail, ou causer de l'hypertension artérielle<sup>9</sup>. Le bruit a donc des effets, non seulement sur l'oreille, mais aussi sur l'appareil cardio-vasculaire.

La réglementation considère qu'il y a danger lorsque le niveau sonore franchit la barre des 85 décibels. Les risques dont nous parlons, pourtant, seraient présents même pour des bruits sensiblement inférieurs à ce seuil « limite ». C'est qu'ils sont liés à la nature du bruit ainsi qu'à la nature du travail. Le bruit est mieux supporté s'il est produit par le travailleur lui-même dans l'exécution de sa tâche. En revanche, un bruit purement subi, dépourvu de signification en lien direct avec son travail, peut être très usant à la longue (comme, par exemple, la machine ou l'engin d'un collègue de travail qui envahit l'espace sonore de l'atelier, du chantier ; ou encore, dans un autre registre, la musique d'ambiance dans certains commerces...). Enfin, plus le travail exige d'attention et de concentration, plus le bruit devient gênant, pouvant empêcher la perception de signaux sonores utiles ; et comme il trouble la communication, il peut entraîner des difficultés pour coopérer, des pénibilités psychologiques et des risques d'accidents.

---

une activité à risque Dans des industries comme la construction automobile, en revanche, il semblerait que l'effort d'adaptation ergonomique des postes permet de contenir mieux que dans le passé les dangers de la manutention des charges.

<sup>9</sup> Cf. M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 31.

## Contraintes organisationnelles

Les nuisances physiques propres au métier de manœuvre doivent être rattachées aux spécificités mêmes du travail ouvrier. Contrairement à une idée préconçue, le taylorisme n'est pas mort ; le travail répétitif, générateur de troubles musculo-squelettiques<sup>10</sup>, concerne encore plus d'un ouvrier non qualifié sur quatre. Les contraintes industrielles, d'ailleurs, progressent encore pour les ouvriers : 10% d'entre eux pratiquaient le travail à la chaîne en 1998 ; ils sont

Le travail à la chaîne ou sous contrainte automatique * selon la catégorie socioprofessionnelle				
	Unité : %			
	1984	1991	1998	2005
Ouvriers	24,4	29,7	35,2	38,8
Employés	1,8	3,6	3,8	5,6
Professions intermédiaires	2,0	3,3	5,2	6,5
Cadres et professions intellectuelles supérieurs	0,3	1,0	1,1	1,7
Ensemble	9,6	12,0	13,1	14,0

\* Travail à la chaîne ou rythme de travail soumis à la cadence d'une machine ou rythme de travail dépendant d'un déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce

Source : INSEE enquête conditions de travail, ensemble des salariés

11% en 2005. Le travail à la chaîne ne fléchit pas non plus pour les femmes ouvrières (il a même tendance à augmenter pour ces dernières ainsi que pour les travailleurs vieillissants). Celles-ci, d'ailleurs, demeurent largement exposées aux méfaits du taylorisme : leur

<sup>10</sup> Les TMS sont observés dans l'ensemble des pays industrialisés et ne concernent pas que les ouvriers d'usines ou d'industries (employés de bureau, salariés soumis aux tâches répétitives, etc.). Il s'agit d'atteintes péri-articulaires, tendinites, syndromes du canal carpien (compression d'un nerf au niveau du poignet), dorsalgies, cervicalgies. Souvent douloureuses et invalidantes, les TMS obligent fréquemment à des interventions chirurgicales. Certaines de ces pathologies peuvent survenir à la suite d'efforts courts où une articulation est en position forcée. Le plus souvent, elles sont le résultat de l'exécution de gestes répétitifs, avec des traumatismes de faible intensité qui engendrent à la longue des lésions irréversibles. Le froid, les vibrations, le port de charges lourdes sont des circonstances aggravantes. On parle dans ce cas de *syndromes d'hyper sollicitation* ou de *lésions pour efforts répétés*. L'épidémie de TMS constatée depuis quelques dizaines d'années est surtout attribuable à l'intensification du travail. Les épidémiologistes et les ergonomes mettent en cause l'aggravation des contraintes de temps (pas seulement dans le monde ouvrier : employés de bureau, de commerce, etc.). L'urgence contraint à opérer rapidement, en sollicitant toujours les mêmes muscles, ou à intervenir dans des postures inadaptées aux prix d'efforts ponctuels intenses. Aussi, la diminution du temps de pause informels s'avère néfaste et la tension causée par la pression temporelle joue par elle-même un rôle dans l'émergence de ces troubles. Soulignons que les TMS représentent la principale cause de maladie professionnelle indemnisée et leur nombre croît chaque année.

autonomie est faible, elles travaillent souvent à la chaîne et elles sont fréquemment astreintes à un travail répétitif. Du point de vue des charges de travail, de la pénibilité physique et de l'exposition aux risques, elles sont néanmoins plus protégées que leurs collègues masculins. Quant au travail sous contrainte automatique, les professions ouvrières restent, parmi l'ensemble des catégories socio professionnelles, les plus asservies aux lois glaciales et intangibles du machinisme. En 2005, 38,8 % d'ouvriers voient leur rythme de travail imposé par le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce ou la cadence automatique d'une machine (alors qu'ils étaient à peine 25 % en 1984), contre 5,6 % d'employés, 6,5 % de « professions intermédiaires » et 1,7 % de « cadres et professions intellectuelles supérieures ».

La dimension pesante et astreignante de cette sujétion aux progrès de l'automatisation tient justement au fait que l'on ne peut négocier avec une machine. Plus que de libérer l'homme, en réduisant la quantité d'énergie physique et psychique qu'il abandonne dans le procès de production, il semblerait, au contraire, que l'ouvrier demeure dans une logique de soumission à la technique ; elle impose sa loi, son rythme, plus que lui ne l'impose. De surcroît, ce type de travail n'est technique qu'en apparence, car le réglage de la vitesse de fonctionnement des appareils concernés résulte évidemment de décisions de gestionnaires, qui eux, de part leur position hiérarchique, imposent et contrôlent à la fois le rythme des machines et l'efficacité, la qualité du travail de ceux qu'ils emploient. Ces contraintes industrielles s'accroissent surtout pour les ouvriers du magasinage et de la manutention ; l'automatisation a certainement concerné ces métiers plus tardivement que d'autres professions ouvrières dans l'industrie. Les ouvriers non qualifiés de type industriel demeurent les plus touchés par les contraintes liées aux machines ou le travail à la chaîne : plus de 50 % d'entre eux sont concernés, soit 585 000 personnes<sup>11</sup>.

Les effets de la modernisation technique, à bien y regarder, nous offrent le curieux spectacle d'un homme qui est davantage au service de la machine que celle-ci n'est à son service<sup>12</sup>.

Pourtant, dans les années soixante-dix, on avait l'intime conviction que des solutions pouvaient et devaient être apportées à la faible qualification et à la pénibilité du travail ouvrier. Des opportunités semblaient offertes par un recours accru à la mécanisation et à

---

<sup>11</sup> Cf. « Premières synthèses », *conditions de travail : une pause dans l'intensification*, DARES, janvier 2007.

<sup>12</sup> Nous avons d'ailleurs pu vérifier cela au cours d'une expérience professionnelle dans une coopérative fruitière - où nous avons travaillé quelques mois, durant l'été 2010 - : dès qu'il y avait des retards dans les commandes, une nouvelle machine, chargée de mettre en barquette des fruits, voyait sa cadence accélérée par la hiérarchie. La salariée qui était aux commandes de cet appareil était incapable, à mesure que le rythme imposé augmentait, de suivre la cadence. Totalement soumise au train mené par cette machine, cette dame s'énervait, montrait rapidement des signes de fatigue, se plaignait de tension et de maux de tête. Il lui arrivait aussi, parfois, de pleurer d'impuissance...

l'automatisation. Vingt ans plus tard, évoquant une « dématérialisation du travail », un rapport du Commissariat au Plan<sup>13</sup> rend plausible la thèse selon laquelle le contact direct avec les objets, vecteur des contraintes et nuisances physiques, laisserait place à des tâches plus intellectuelles, donc moins éprouvantes physiquement, moins pathogènes, ou moins dangereuses. Mais ces projets de modernisation n'ont pas livré les résultats escomptés. On constate, en effet, à travers nombre d'enquêtes statistiques, que le progrès technique n'entraîne pas automatiquement une amélioration des conditions de travail. En fin de compte, il apparaît que les formes traditionnelles de pénibilités physiques, lourdes de conséquences sur le long terme, ne disparaissent pas lors des modernisations<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Le Commissariat au Plan était une institution qui a existé entre 1946 et 2006 et qui était chargée de définir la planification économique du pays, notamment via des plans quinquennaux. Il s'est transformé en *Centre d'Analyse Stratégiques* (CAS), créée en 2006.

<sup>14</sup> Il faut cependant nuancer, afin de ne pas basculer trop facilement vers une critique simpliste et systématique du progrès technique et des avancées technologiques. Si la technique et les moyens de productions ne sont pas toujours au service des salariés (*délais, production, rentabilité, rythme de travail, intensification...produire plus en réduisant les délais/temps de travail, d'où augmentation des cadences...et aux ouvriers de s'adapter*), une partie des innovations sont bénéfiques. La raréfaction des postes obligeant à travailler avec les bras en l'air, les aides à la manutention, la légèreté et la maniabilité de nombreux outils, l'automatisation de la peinture, de la soudure et du rivetage, la mise en place de cabines isolées pour le contrôle des installations, des techniques de ventilation plus efficaces, les améliorations dans la sûreté des machines, les matériaux nouveaux pour des équipements de protection individuelle, autant de domaines dans lesquels les nouveaux dispositifs ont rendu le travail moins épuisant et moins dangereux (à ce sujet là, v. Volkoff, *op. cit.*, p. 87).

Toutefois, la maintenance, les contrôles, les réparations, les réponses aux incidents, obligent à des efforts ou des postures difficiles, dont on a négligé l'importance lors de la conception, essentiellement parce que les concepteurs des équipements ne maîtrisent pas toutes les composantes de l'activité réelle. Ils utilisent souvent des descriptions officielles des tâches, qui privilégient les situations normales de production, ou à l'inverse les incidents graves. La variabilité quotidienne (usure des outils, niveau du stock de matières ou de pièces, petites pannes, questions imprévues posées par des clients ou des usagers) n'est pas prise en compte, et cette méconnaissance est source de dangers ou de pénibilités dont la prévention n'a pas été organisée.

## *Rythme et cadence de travail, intensification*

La machine est d'autant moins l'alliée du travailleur que le rythme de travail augmente, que les délais se resserrent, que l'intensification du travail envahit l'espace de production.

Or le travail ouvrier est marqué par les contraintes pesant sur le rythme de travail. Un salarié sur quatre, et quatre ouvriers sur dix, signalent que leur rythme de travail est imposé par des normes de production, ou des délais, à respecter dans un laps de temps très restreint<sup>15</sup>. Devoir toujours ou souvent se dépêcher, devoir fréquemment abandonner une tâche pour en remplir une autre plus urgente, changer de poste en fonction des besoins de l'entreprise, avoir un rythme de travail imposé par des normes ou des délais de production à respecter en une heure au plus, autant de contraintes qui pèsent sur le travail ouvrier et qui indiquent bien que l'intensification du travail ne fléchit pas pour les salariés d'exécution.

Depuis les années quatre vingt, le travail s'intensifie, et l'on voit des salariés en position de faiblesse, du point de vue économique à cause du chômage de masse, et également du point de vue politique avec l'affaiblissement des syndicats. Cette faiblesse, en plus de retentir sur l'évolution des salaires, a aussi permis une augmentation de l'effort exigé des travailleurs.

Les contraintes pesant sur le rythme de travail des salariés dépendent du mode d'organisation des entreprises qui les emploient, elles mêmes fortement soumises aux exigences du marché (concurrence, compétitivité...). Les entreprises peuvent coller au plus près au marché, ajuster leur activité à ses fluctuations ; elles peuvent, a contrario, opter pour une stratégie plus active, en s'efforçant de régulariser leur production, en proposant et en imposant des produits standards (on parlera d'entreprise *marchande* dans le premier cas et d'entreprise *industrielle* dans le second). Dans les entreprises marchandes, les cadences de travail dépendent surtout de la demande externe. Dans les entreprises industrielles, elles sont établies par des normes internes, par la conception ou le mode de fonctionnement des équipements, par les contraintes du travail collectif. Pour ne prendre qu'un exemple, une organisation industrielle peut augmenter les normes de production qu'elle fixe à ses salariés pour accroître la production ou pour diminuer les effectifs à production constante<sup>16</sup>.

Tout accroissement de la production, soit pour s'ajuster aux exigences du marché (satisfaire rapidement une demande extérieure), soit en réponse à des normes de production fixées en

---

<sup>15</sup> Enquêtes Conditions de travail, 2005, DARES.

<sup>16</sup> Pour plus de détails, v. M. Gollac et S. Volkoff (*op. cit.*), chapitre sur *les formes modernes d'intensification du travail* (p. 70).

interne, implique nécessairement une accélération des cadences, une intensification du travail. De même qu'exiger une production constante en diminuant considérablement la part de travail humain engagée dans le procès de production implique de la part des travailleurs une dépense d'énergie bien supérieure à ce qu'elle aurait été avec une quantité plus élevée de main d'œuvre ( faire à deux le travail qu'on faisait avant à six...et obtenir le même résultat).

Les contraintes pesant sur le rythme de travail des ouvriers sont, pour ainsi dire, le produit de contraintes marchandes. On ne travaille pas plus vite sans raisons, et s'il y a des normes de productivité implicitement posées par le marché, l'obligation qu'ont les entreprises de répondre à ses attentes (rester compétitif) encourage donc une intensification du travail.

Produire davantage, en moins de temps, avec moins de « bras » et tout en conservant une qualité de production : l'équation étant quelque peu complexe, contraignante et épuisante pour le salarié exécutant, on devine pourquoi la hiérarchie veille constamment à ce que le salarié ne se dérobe pas à ces contraintes de production.

Ainsi, la cadence de travail des ouvriers est souvent liée aux contrôles continuels opérés par la hiérarchie. Au total, en 2005, 50 % des ouvriers déclarent que leur rythme de travail est contraint soit par la surveillance hiérarchique soit par un contrôle informatisé<sup>17</sup>.

L'encadrement strict du travail ouvrier nous rappelle combien la domination subie par ces salariés se manifeste également à travers la surveillance hiérarchique permanente dont nombre d'entre eux sont l'objet. Le travail ouvrier, en effet, est fréquemment encadré par des dispositions disciplinaires : rigidité des horaires qui sont fixés par l'entreprise sans possibilité de les modifier, contrôle de la présence et de la ponctualité, réglementation des pauses<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Enquêtes Conditions de travail, *op. cit.*

<sup>18</sup> Cf. M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 53.



### Marges de manœuvres : quelle autonomie ?

Les marges de manœuvre des salariés dans leur travail ont eu tendance à se restreindre ces dernières années. De plus en plus de salariés déclarent « recevoir des indications précises » sur les modes opératoires, et ne pas pouvoir « choisir eux-mêmes la manière de procéder »<sup>19</sup> (par ailleurs, ils sont aussi un plus grand nombre à ne pas être autorisés à régler les incidents eux-mêmes, sauf dans certains cas précis).

Les ouvriers non qualifiés sont les plus concernés par ce type de contraintes, mettant directement en jeu leur autonomie, leur espace de liberté, ainsi que la main mise – le contrôle - qu'ils pourraient avoir sur l'organisation et l'exécution de leurs tâches. En 2005, 40% d'entre eux reconnaissent recevoir des indications précises sur la manière de procéder (contre 5 % de cadres) ; la même année, seulement 28 % d'ouvriers non qualifiés auraient la possibilité de faire varier les délais fixés pour accomplir le travail (contre 50 % de cadres).

#### Les marges de manœuvres en léger recul

	Années	cadres	Professions intermédiaires	Employés administratifs	Employés de commerce	Ouvriers qualifiés	Ouvriers non qualifiés	Ensemble
Recevoir des indications précises sur la manière de procéder	1984	-	-	-	-	-	-	-
	1991	3,0	8,0	19,2	19,2	21,9	39,8	17,9
	1998	2,8	7,0	16,2	17,5	17,7	33,9	14,2
	2005	5,2	12	23,2	20,1	21,1	40,3	18,2
Pouvoir faire varier les délais fixés pour faire le travail	1984	-	-	-	-	-	-	-
	1991	51,2	46,4	35,9	17,8	33,9	22,6	35,4
	1998	50,4	42,8	34,9	18,4	37,7	26,0	35,8
	2005	49,0	43,1	35,0	22,5	38,3	28,3	36,9

Source : enquêtes Conditions de travail 1984, 1991, 1998 et 2005 (champ : salariés), Dares.

<sup>19</sup> Cf. enquête Conditions de travail, 2005, *op. cit.*

Disposer de faibles marges de manœuvre dans l'exercice de sa profession peut être particulièrement nocif pour ceux ou celles qui subissent ce type de contrainte. Car en plus de limiter la part d'inventivité du travailleur, en freinant son autonomie, en le limitant dans les possibilités d'aménager ses tâches, ou en le déresponsabilisant (exécuter sans pouvoir négocier...), les contraintes liées aux marges de manœuvre ont un réel impact sur la santé.

Un suivi à long terme (22 ans) de 300 ouvriers d'une même entreprise, dans la fabrication de pâte à papier, a révélé que les ouvriers qui avaient disposé de marges de manœuvre plus larges pour organiser leur travail étaient moins exposés aux maladies cardio-vasculaires et vivaient plus longtemps que leurs collègues<sup>20</sup>.

Ce type d'enquête nous laisse déjà entrevoir à quel point la santé au travail – et la santé tout court - passe aussi par un certain degré d'autonomie, un certain pouvoir décisionnel (liberté d'organisation...), un minimum d'initiative pour le travailleur. Sans cela, se cantonnant dans un strict rôle d'exécution (obéissance, maintien d'un rapport de domination/soumission), où l'espace de négociation et de liberté est broyé par le poids de la hiérarchie, le salarié s'expose à des risques non négligeables.

### *Contraintes temporelles, horaires*

La durée annuelle du travail a considérablement diminuée au fil des siècles. Pour s'en convaincre, il suffit de quelques chiffres : elle était en moyenne de 3 000 heures pendant les premières décennies du 19<sup>ème</sup> siècle ; vers 1990, elle n'était plus que de 1600 heures par an.

### *Un peu d'histoire...*

Une partie de notre développement avait pour thème la question de la durée du travail au siècle de l'industrialisation<sup>21</sup>. Dans les ateliers et les fabriques (notamment) du 19<sup>ème</sup> siècle, on a vu comment l'excès de travail conduisait à l'épuisement et à la mort prématurée nombre d'hommes, de femmes et d'enfants des couches prolétariennes. La violence de cette

---

<sup>20</sup> Pour plus de détails : v. M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 25.

<sup>21</sup> V. notre chapitre consacré à la *mortalité différentielle dans l'histoire*.

exploitation ne pouvait que déboucher sur une remise en cause radicale, par le biais de la lutte sociale, de la durée journalière et hebdomadaire du travail. A vrai dire, l'établissement d'une journée de travail « normale » est le résultat d'une lutte de plusieurs siècles entre le capitaliste et le travailleur. En 1841, on limita la durée quotidienne du travail des enfants, à la suite de la dénonciation par Villermé (1840) des innombrables conditions de travail dans l'industrie textile et de leurs conséquences pour la santé. La durée du travail fut donc, au 19<sup>ème</sup> siècle et pendant une partie du 20<sup>ème</sup> siècle, l'enjeu de conflits sociaux, parfois au niveau international. Ces conflits ont incité à une législation de plus en plus favorable aux salariés. Elle a d'abord porté sur la durée quotidienne (limitée à 10 heures à Paris et à 11 heures en province en mars 1848), puis hebdomadaire (repos hebdomadaire obligatoire en 1906), et à partir de 1936 sur la généralisation des congés payés.

La durée réelle du travail a bien été influencée par la législation, toutefois, elle n'en résulte pas toujours directement. En réalité, jusqu'à l'organisation d'une inspection du travail efficace et opérante, à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, les lois furent mal appliquées. On maintint par la suite des dispositions très libérales sur les heures supplémentaires, si bien que la semaine de 40 heures, instaurée en 1936, ne devint effective qu'au début des années quatre-vingt. La diminution de la durée réelle du travail dans le courant des années soixante-dix fut essentiellement liée à la limitation des durées maximales, relayée en 1982 par la semaine de 39 heures, puis par la semaine des 35 heures vingt ans après (législation de 1998-1999). Depuis, la baisse s'est interrompue.

La durée du travail a même augmenté pour les travailleurs à plein temps, particulièrement pour les cadres<sup>22</sup> (grande distribution par exemple). Ces derniers, en effet, travaillent généralement plus longtemps que les employés et les ouvriers ; ils sont également plus souvent soumis à des astreintes.

Il semblerait, de prime abord, que le monde ouvrier ne soit pas le plus touché par les contraintes imposées par le temps de travail (sa durée et sa répartition). Néanmoins, une analyse plus poussée, ne se limitant pas au seul problème de la durée du travail, nous convainc d'appréhender la question des contraintes temporelles subies par les ouvriers avec un peu plus de nuance. Se contenter, en effet, d'aborder cette question des contraintes temporelles sur le seul critère de la *durée* (journalière, hebdomadaire, voire annuelle) du travail aurait tendance à fausser l'analyse.

---

<sup>22</sup> Cf. M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 45.

Tout autant que la durée du travail, ou le temps consacré, quotidiennement, à l'exercice de sa profession, ce qui compte par-dessus tout pour n'importe quel salarié, n'importe quel travailleur, c'est l'essence même de son travail, la nature même de son activité, ce qu'il s'y passe réellement, en terme de contenu, de qualité de travail, de degré de pénibilités et de contraintes, et ce chaque heure, chaque jour, chaque semaine, plutôt que sa « durée » en tant que telle. Il ne suffit pas de regarder la quantité absolue d'heures qu'untel passe au travail. Encore faut-il prêter attention à la nature profonde des tâches qu'il se voit confier. Le problème n'est pas tant *combien de temps travaille-t-on* mais plutôt *comment travaille-t-on, que fait-on...*

Cette idée de privilégier, dans l'analyse des conditions de travail, la *qualité* de celui-ci plutôt que sa *durée* s'inscrit dans la continuité de notre raisonnement : le salarié, en effet, peut travailler longtemps mais disposer à la fois de bonnes conditions de travail, d'une faible exposition à nombre de facteurs de risques ; il peut aussi être relativement préservé de tout une gamme de pénibilités et de nuisances que nous avons précédemment évoquée, tout en se voyant, en même temps, porteur d'un certain nombre de responsabilités, autonome et épanoui (*se réalisant...*) dans son travail et plus ou moins maître de l'organisation et de la gestion de ses tâches.

A l'inverse, si les salariés d'exécution travaillent en moyenne moins longtemps que d'autres professionnels (cadres, professions intermédiaires, etc.), cet apparent gain de temps n'est qu'un leurre derrière lequel se dissimule trop facilement tout un éventail de nuisances et de désagréments qui définit encore aujourd'hui la condition ouvrière. Peut être travaille-t-on moins longtemps, dans les rangs ouvriers, mais encore faut-il voir *quand*<sup>23</sup> et *comment*.

Pour les professions ouvrières, principalement, la réduction massive du temps de travail s'est accompagnée d'un accroissement du contrôle exercé par les employeurs sur les horaires et les cadences<sup>24</sup>. Le contrôle des horaires par l'entreprise, par exemple, se renforce pour une majorité de salariés, et davantage encore pour les ouvriers (alors qu'il diminue pour les cadres). Le contrôle par la hiérarchie laisse la place à des méthodes plus formalisées telles les horloges pointeuses et les signatures de registres. Avec l'application de la réduction du temps de travail, ce n'est pas seulement la formalisation accrue des horaires qui s'est développée, mais aussi tout un dispositif de contrôles et de surveillance.

De même, les marges de manœuvre temporelles ne sont pas les mêmes pour tout le monde.

---

<sup>23</sup> Nous aborderons la question du *travail de nuit*...

<sup>24</sup> Pour les informations sur ce sujet, v. Enquêtes Conditions de travail 1984, 1991, 1998, 2005.

Si les salariés sont plus nombreux à disposer de possibilités d'arrangements pour modifier les horaires en cas d'imprévu<sup>25</sup> (souplesse hiérarchie, autonomie, postes décisionnels, responsabilités, etc.), les ouvriers, eux, voient leurs marges de manœuvre temporelles diminuer, alors qu'ils en bénéficiaient déjà le moins.

En admettant que les contraintes temporelles au travail ne se limitent pas à la question de la *durée*, mais aussi à la qualité du travail, à ses aspects gratifiants ou à sa dimension contraignante, plus qu'au nombre absolu d'heures, on a pu mesurer la part des *contraintes horaires* qui pèse sur l'ensemble du monde ouvrier. Car peut être travaillent-ils moins longtemps que d'autres professionnels, mais encore faut il voir dans quelles conditions et surtout, à quels moments de la journée...ou de la nuit.

### *Travailler la nuit : à quel prix ?*

La majorité des fonctions biologiques ou psychophysiologiques présente une rythmicité sur vingt-quatre heures, dite circadienne. Pour présenter les choses simplement, rappelons juste que la température du corps, la force musculaire, la fréquence cardiaque au repos, la rapidité et l'efficacité des réponses motrices, mais aussi les performances de la mémoire à court terme et les capacités de raisonnement logique sont maximales à tel ou tel moment de la journée, minimales à d'autres moments<sup>26</sup>. Ces rythmes ne sont pas tous en phase : si l'on considère le cas de la mémoire, le maximum est atteint vers la fin de la matinée, pour les réponses motrices, au milieu de l'après midi, pour la force motrice, en début de soirée.

Les conséquences d'une sollicitation de l'organisme humain ne sont donc pas les mêmes d'une heure à l'autre. Or si le travail oblige à mémoriser des informations, exercer de la force, ou maintenir un état de vigilance, à des heures « anormales », ces actes ne s'effectueront pas de façon aussi aisée, performante, et surtout protectrice pour la santé. Les physiologistes

---

<sup>25</sup> 59% en 1998, 62% en 2005 (enquêtes Conditions de travail).

<sup>26</sup> Cf. M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 47.

décrivent d'ailleurs la plage horaire comprise entre 0 et 5 heures du matin comme une période pendant laquelle l'organisme fonctionne en état de moindre résistance à tous les niveaux.

Le travail de nuit posté, c'est-à-dire avec des alternances irrégulières de période travail jour-nuit, de type 3-8, ou bien sur une semaine avec repos le week end passé en famille par exemple, concerne environ 20% des travailleurs dans les pays développés. En France, 9% des salariés travaillent entre 0 et 5 heures du matin (même occasionnellement). Sont majoritaires, une fois de plus, dans cet échantillon, les ouvriers : 16% d'entre eux, en effet, sont contraints de travailler la nuit, contre 8% des « professions intermédiaires »<sup>27</sup>.

On sait déjà que le travail de nuit, qui reste une des premières causes de vieillissement prématuré, augmente les risques cardio-vasculaires, favorise l'hypertension artérielle et perturbe le fonctionnement du système nerveux. Mais ce n'est pas tout. L'hypothèse n'est pas totalement vérifiée, mais il semblerait, d'après les experts du *Lancet*<sup>28</sup>, que le travail de nuit, perturbant l'horloge biologique, soit à ranger dans la même catégorie que d'autres cancérigènes « probables » comme les émanations des moteurs diesel ou d'autres substances<sup>29</sup>.

Du fait de son action sur les rythmes circadiens, le travail nocturne est donc particulièrement nocif : la lumière interrompt la production d'une hormone, la mélatonine, normalement fabriquée par le corps la nuit. Cette suppression de la mélatonine favoriserait le développement des tumeurs et l'altération du rythme veille-sommeil pourrait déréguler des gènes impliqués dans le développement de tumeurs. Par ailleurs, chez les humains, la privation de sommeil et la suppression de la mélatonine qui s'ensuit conduit à une baisse des défenses immunitaires.

Les ouvriers ne sont pas le seul groupe professionnel à devoir consacrer certaines de leurs nuits à l'exercice de leur métier. Ils demeurent cependant les plus exposés aux risques que peut provoquer, au fil des années, ce type de travail. En outre, s'il apparaît que le simple fait de devoir travailler la nuit constitue déjà une contrainte en soi, puisque physiologiquement notre organisme n'est pas prédisposé pour cela, on peut aussi légitimement penser que le fait d'exercer des tâches contraignantes, pénibles, répétitives, éprouvantes, vienne ajouter des difficultés aux salariés d'exécution, déjà tenus de composer avec des horaires nocturnes. Sans

---

<sup>27</sup> Source : *les expositions aux risques professionnels*, résultats SUMER 2003, juillet 2006, DARES.

<sup>28</sup> *The Lancet Oncology*, revue médicale britannique, décembre 2007...

<sup>29</sup> Sont déjà défavorablement connues : l'amiante, les produits toxiques, les PCB, parfois surnommés pyralènes en Europe, le trichloréthylène, certains pesticides ou encore les rayons ultra-violet, le plomb des peintures anciennes, et des vieux tuyaux d'eau.

compter que travailler la nuit oblige les salariés à vivre complètement « décalés », en marge du temps « normal » ; ils sont victimes d'une certaine invisibilité et passent sans doute à côté de certains rendez-vous importants, déterminants au niveau professionnel, qui n'ont lieu que le jour (réunions, mobilisations, rencontres régulières avec la hiérarchie, revendications...).

La nuit n'est donc pas propice au travail. Si, pour couronner le tout, la nature même de l'activité, ou encore le contenu du travail sont source de pénibilités, les salarié(es) sont alors sous la menace d'une double peine : *aux difficultés inhérentes à la nature même des tâches à effectuer s'ajoute la difficulté de s'y atteler la nuit...*

## *2 – Maladies professionnelles & accidents du travail*

### *Les maladies professionnelles*

La définition des maladies professionnelles traduit un important travail juridique. Reconnaître le caractère « professionnel » d'une maladie dépend avant tout de son appartenance à une liste limitative. Cette liste énumère des tableaux et chacun d'entre eux décrit une pathologie et les expositions susceptibles de la provoquer. On comprend d'ailleurs que la liste, la description des maladies, ainsi que celle des expositions jugées responsables fassent l'objet de difficiles négociations entre les partenaires sociaux. La procédure de reconnaissance peut facilement durer plusieurs années, c'est pourquoi de nombreux cas sont laissés à l'abandon parce que non déclarés, non reconnus ou non indemnisés.

Les chiffres dépendent essentiellement de la pratique des acteurs : patronat et syndicats, caisses de sécurité sociale, médecins, encadrement, victimes. Il faut savoir que ces pratiques varient selon les régions, les secteurs, les entreprises, les catégories de salariés et les périodes. Les statistiques de maladies professionnelles (comme celles d'accidents du travail) sont établies chaque année pour le compte de la *Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés* qui en publie les résultats nationaux, régionaux, et par grandes branches. Matériau indispensable pour quiconque désire approfondir la question de l'impact des conditions de travail sur la santé, ces statistiques reflètent avant tout l'objectif que se donne la



CNAM-TS en les établissant : la connaissance des dépenses occasionnées, qui est le stade ultime d'une procédure de déclaration et de reconnaissance.

Les maladies professionnelles dont il est tenu compte dans les statistiques technologiques sont les maladies ayant entraîné une interruption de travail d'un jour complet en sus du jour au cours duquel l'accident est survenu et ayant donné lieu à une réparation sous forme d'un premier paiement d'indemnité journalière. Par le terme « *maladie avec incapacité permanente* », on entend une maladie ayant entraînée la reconnaissance d'une incapacité permanente.

Plus grave encore, dans le cas des *maladies mortelles*, l'année de prise en charge est celle au cours de laquelle le caractère professionnel de la maladie ayant provoqué le décès a été reconnu<sup>1</sup>.

Nous savons déjà que les maladies professionnelles font bien plus de dégâts dans les rangs masculins que dans les rangs féminins. Les chiffres parlent d'eux-mêmes<sup>2</sup> : en 2006, toutes branches d'activités confondues, 12 femmes sont décédées à cause d'une maladie professionnelle, tandis que la même année, 455 hommes ont perdu la vie pour des raisons identiques. Les maladies ayant entraînée la reconnaissance d'une incapacité permanente, quant à elles, touchent deux fois plus d'hommes que de femmes (respectivement 14 781 et 7 982 en 2006).

Les hommes sont plus frappés par ces pathologies professionnelles simplement parce qu'ils sont majoritaires dans les secteurs à haut risques, c'est-à-dire les secteurs composés aussi en grande partie...d'ouvriers : industrie (bois, plasturgie, chimie, textiles, etc.), métallurgie, BTP, ou encore monde agricole...

Les maladies professionnelles, précisons le, varient dans leur gravité et toutes ne conduisent pas directement à la mort. Si l'exposition aux cancérogènes comprend d'importants risques pour les salariés qui manipulent ou inhalent ces substances, il n'en demeure pas moins que d'autres pathologies, liées à certains modes organisationnels, ou encore à l'intensification du travail, peuvent être source de nombreux handicaps pour ceux ou celles qui en sont victimes.

---

<sup>1</sup> Concernant les décès, les cas pris en compte dans les statistiques de la CNAM-TS sont uniquement ceux pour lesquels la mort est intervenue avant consolidation, c'est-à-dire avant fixation d'un taux d'incapacité permanente et liquidation d'une rente ; les décès survenant après consolidation n'apparaissent pas dans ce type de données.

<sup>2</sup> V. notre chap. consacré à la *mortalité différentielle selon le sexe*.

En France comme dans la majorité des pays de l'Union européenne, les *troubles musculo-squelettiques* (TMS) sont, depuis le début des années 2000, la première cause des maladies professionnelles indemnisées. C'est ainsi qu'en 2002 plus de 21 000 cas de TMS ont été reconnus en France au titre de ces maladies, soit, cette année là, 67% d'entre elles<sup>4</sup> (chiffres fournis par la CNAM).

Les premières recherches épidémiologiques menées dans ce domaine s'attachent à déterminer la part de responsabilité qui peut ou non être attribuée à l'activité professionnelle. A en croire certains travaux, le travail joue bien un rôle prépondérant dans la survenue de ces troubles<sup>5</sup>.

*Faible niveau de qualification, métiers d'exécution...*

Si l'on s'intéresse de plus près au profil des populations les plus touchées, on découvre que les TMS sont étroitement liés aux emplois peu qualifiés de l'industrie ou du tertiaire. Les ouvriers agricoles sont aussi particulièrement concernés, ce qui indique bien que cette maladie professionnelle est avant tout une pathologie des *métiers d'exécution*, une pathologie de la productivité, de l'intensification, de plus en plus fréquemment observée dans l'ensemble des pays industrialisés.

Certaines catégories professionnelles apparaissent donc tout particulièrement concernées. Le risque de souffrir d'un syndrome du canal carpien, par exemple, est nettement plus élevé chez les ouvrières de la manutention, du magasinage et du transport, chez les ouvrières agricoles, les ouvrières non qualifiées, les employées de commerce et les agents de service féminins de la fonction publique. Chez les hommes, le risque le plus élevé est retrouvé (outre les ouvriers

---

<sup>3</sup> V. définition p. 140.

<sup>4</sup> Dans un dossier du journal *Le Monde* (19/01/2005), consacré au TMS, le docteur Yves Roquelaure (*département santé au travail et ergonomie, CHU d'Angers*) explique que ce phénomène résulte de deux facteurs. Écoutons le s'exprimer : « *il ne fait aucun doute que le nombre de personnes souffrant de TMS augmente, soutient-il. Mais il faut aussi tenir compte du fait que cette entité est depuis peu mieux prise en compte par le corps médical, et notamment par les rhumatologues. Ces spécialistes étaient il y a peu encore réticents à porter ce diagnostic, précise-t-il. Selon lui, dans le monde de l'entreprise, on mélange un peu tout. Les employés assimilent volontairement les douleurs qu'ils ressentent aux TMS ; et dans ce cas une personne sur deux serait touchée. Or, pour les médecins, on peut parler de TMS que lorsqu'un ensemble d'éléments objectifs est réuni comme un syndrome du canal carpien et des tendinites. Dans ce cas, la proportion est d'une personne sur dix.* »

<sup>5</sup> On ne retrouve des facteurs individuels de susceptibilité, comme le diabète, l'âge ou l'obésité, que chez moins d'un quart des personnes concernées par les TMS. Le travail est donc largement responsable de l'émergence de ces affections (*cf. centre hospitalier universitaire d'Angers, InVS - Institut de veille sanitaire -*)

agricoles) chez les plombiers et les chauffagistes ainsi que chez les ouvriers non qualifiés et les personnels de service aux particuliers.

Mais au-delà du caractère mécanique et répétitif des gestes professionnels, certains spécialistes estiment que la genèse des TMS réside avant tout dans le fait que ces gestes sont décidés par d'autres, qui eux, ne sont pas amenés à les pratiquer<sup>6</sup>. L'organisation du travail, telle qu'elle est aujourd'hui, et telle que nous l'avons précédemment décrite (notamment dans sa dimension contraignante), fait que beaucoup sont dans l'impossibilité, pour des raisons de temps et de productivité, d'effectuer les gestes qui leur conviendraient. De plus, à ces exigences imposées au corps et à ces contraintes temporelles s'ajoutent la déstructuration des collectifs de travail, la demande de polyvalence, d'intérim, de flexibilité (nous ouvrons rapidement une petite parenthèse, mais on peut aussi facilement comprendre pourquoi la médecine du travail peut être démunie quant aux modalités d'actions curatives et préventives en milieu professionnel. Pour ces médecins, agir efficacement dans ce domaine conduirait inévitablement à remettre en cause de larges pans de l'organisation du travail et de la hiérarchie.).

Les milieux ouvriers ne sont donc pas épargnés par un type de traumatisme qui, à terme, peut s'avérer très handicapant. Les TMS ne sont certes pas une maladie professionnelle susceptible de provoquer, à brève échéance, la mort des salariés, cependant, ils ne font que s'ajouter à l'ensemble des pénibilités que les salariés exécutants subissent. Ils sont, tout simplement, la conséquence directe d'une organisation du travail qui étouffe et asservit les travailleurs les moins qualifiés, qui les bride dans leur autonomie et dans leur liberté, dans leurs choix de postures et de techniques de travail. À travers l'émergence de ces troubles de santé, c'est aussi la condition du dominé qui s'exprime : réduits à un strict rôle d'exécution, où la part d'initiatives est en quelque sorte « confisquée » par la hiérarchie, les salariés voient se développer en eux, dans un organisme affaibli, des pathologies qui ne sont rien d'autre que le résultat de la domination qu'ils subissent.

Finalement, tout se passe comme si l'infériorité des fractions les moins diplômées du corps social était encore plus perceptible à travers l'émergence de ces pathologies de la productivité.

---

<sup>6</sup> V. principalement les travaux du docteur Roquelaure (*CHU Angers, dép. santé au travail, institut veille sanitaire*)

## *Cancers professionnels*

L'« épidémie » de troubles musculo-squelettiques, aussi handicapante et pénalisante soit elle, n'a à priori pas d'effets directs (du moins à court et moyen terme ?) sur le niveau de mortalité de ceux ou celles qui en souffrent. A vrai dire, nous envisageons davantage cette pathologie comme une pénibilité qui, cumulée à d'autres, peut, sur la durée, contribuer à l'usure générale, à l'épuisement global de l'organisme, et donc au vieillissement prématuré.

Il en est tout autrement des maladies professionnelles résultant de l'exposition, plus ou moins prolongée, à des substances toxiques ou à des produits dangereux. C'est notamment le cas des *cancers professionnels*, pathologies parfois à retardement ou à évolution lente<sup>7</sup>, qui chaque année occasionnent des coupes dans les rangs de certains collectifs de travail<sup>8</sup>. Même si la connaissance du nombre de personnes atteintes d'un cancer professionnel est qualifiée de « faible, faute de registres » par l'Institut national du cancer (INCa), l'estimation qui prévaut est que 5 à 10% des cancers diagnostiqués sont liés à une exposition professionnelle à un agent cancérigène. Chaque année en France, de 11 000 à 23 000 nouveaux cas de cancers seraient attribuables aux conditions de travail.

Ces dénombrements sont difficiles, de même que celui des travailleurs réellement exposés. Il faut savoir que la liste des produits cancérigènes évolue en fonction des connaissances scientifiques. De surcroît, il y a bien souvent débat sur les conditions dans lesquelles ces produits risquent ou non d'engendrer effectivement des cancers. On s'interroge, par exemple, régulièrement sur la dangerosité des substances en deçà d'une certaine dose ou d'une certaine concentration. Cela peut paraître étonnant, mais la composition des produits utilisés sur les lieux de travail, ou générés par les processus de production, n'est pas toujours connue de façon précise<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> V. le cas des mésothéliomes provoqués par l'amiante...

<sup>8</sup> Cf. CNAM.

<sup>9</sup> On sait aussi que la majorité des cancers ont plusieurs causes : un cancer peut être dû à la conjonction de facteurs dont les uns sont liés à la situation professionnelle et d'autres à la vie hors travail.

En 2003, en France, 2 370 000 salariés étaient exposés à des produits cancérogènes<sup>11</sup>.

En tête des substances cancérogènes figurent les *particules diesel* (gaz d'échappement diesel), qui présentent un risque de cancer broncho-pulmonaire. 727 500 salariés sont exposés à ce cancérogène, que l'on peut identifier dans les secteurs suivants : garage, parking, centre de contrôle technique, travaux en tunnel.

Les huiles minérales entières, quant à elles, utilisées d'une certaine façon, exposent à des cancers primitifs de la peau et de la vessie. Convenablement purifiées, celles-ci ne sont pas reconnues comme cancérogènes quand elles sont neuves, et ne sont donc pas étiquetées comme telles. Elles peuvent néanmoins devenir cancérogènes lorsqu'elles subissent des transformations chimiques à haute température : par exemple lors de travaux d'électroérosion ou dans un moteur, dans les opérations d'usinage et de traitement des métaux. L'exposition aux huiles minérales est très répandue chez les ouvriers de la mécanique auto et de la transformation des métaux, mais aussi dans l'industrie du caoutchouc et dans les travaux publics (669 100 salariés concernés). Dans ces branches, les dispositifs de protection, collectifs comme individuels, font souvent défaut.

Le benzène et autres carburants automobiles, reconnus comme agents chimiques cancérogènes, font partie du quotidien professionnel de 470 600 salariés (raffinerie, transports de carburants, garage, laboratoire de recherche). Dans le cas du benzène, les différents secteurs d'activités concernés par la nocivité de cette substance ne sont pas sur un pied d'égalité en matière de prévention et de protection. Les travailleurs de la chimie, par exemple, bénéficient généralement de protections ; le plus souvent collectives, ces mesures préventives se veulent plus efficaces car le travailleur n'est pas soumis à la tentation de s'en passer pour faire plus confortablement son travail. Mais tout autre est la situation des mécaniciens auto et des ouvriers de garages, car le benzène présent dans l'essence est « invisible », tant le contact avec l'essence fait partie du métier. Pour ce qui est des risques encourus, précisons qu'une exposition prolongée aux carburants automobiles et au benzène augmente les probabilités de développer un cancer du sang...

---

<sup>10</sup> Pour une liste détaillée des agents cancérogènes, v. « *principaux agents cancérogènes susceptibles d'être émis lors d'activités professionnelles* », source : Assurance maladie.

<sup>11</sup> Résultats publiés dans le numéro de juillet de « *Premières synthèses* », édité par la DARES, et qui proviennent de l'exploitation de l'enquête SUMER 2003.

Autre agent cancérigène susceptible d'être émis lors d'activités professionnelles : les poussières de bois. Près de 380 000 travailleurs y sont quotidiennement exposés. Dans 70 % des cas, il s'agit d'ouvriers du bois, du papier ou du meuble (souvent à un niveau important faute d'une prévention convenable) ; les salariés de l'exploitation forestière, ainsi que les menuisiers du secteur de la construction, sont aussi sous la menace de ces cancérigènes, responsables de cancers du nez et des sinus de la face.

Cette liste des cancérigènes (et des secteurs d'activité concernés) n'est pas complète. On pourrait aussi y rajouter les radiations ionisantes, la silice cristalline, les oxydes de fer, le trichloréthylène, le formol, le plomb, les goudrons de houille, les chromates, les fibres céramiques réfractaires, ainsi que le nickel (certains composés).<sup>12</sup>

### *Les pesticides*

L'association pour la recherche sur le cancer (ARC) et l'Association des accidentés de la vie (Fnath) ont présenté, en mars 2006, les premiers résultats de plusieurs études d'un programme sur les cancers professionnels commencé en 2002.

Menée en Gironde auprès de 221 personnes atteintes d'une tumeur cérébrale, comparées à 442 témoins, l'étude de Céréphy sur les effets des pesticides et produits phytosanitaires est la première du genre. Elle révèle que les sujets les plus exposés professionnellement à ces substances ont 2,6 fois plus de risque d'être atteints de tumeur cérébrale. Le danger est même multiplié par 3,2 pour un type de tumeur primitive du cerveau.

Aux dires du professeur Goldberg, coordonnateur du pôle de recherche en épidémiologie des cancers professionnels mis sur pied par l'ARC, une investigation nationale est lancée, élargie à d'autres régions et à d'autres domaines de l'agriculture, où les produits utilisés peuvent être différents. On savait déjà que les salariés agricoles (notamment les ouvriers agricoles) présentaient le paradoxe d'avoir une mortalité par tout type de cancer plus faible que le reste de la population, mais une mortalité par tumeur cérébrale plus élevée. Cette étude, pour la première fois, permette de relier cet excès de risque à l'utilisation de pesticides<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Cf. Assurance maladie.

<sup>13</sup> Cf. *Le Monde* (06/06/07), art. faisant référence à cette étude (dont les références, cependant, ne sont pas données précisément...) : « les salariés agricoles exposés à de forts niveaux de pesticides (...) ont un plus grand

Plus récemment encore, des travaux ont confirmé ce lien entre l'exposition des salariés agricoles aux pesticides et des anomalies du génome pouvant faire se développer un cancer.

Lors d'un colloque organisé à Marseille, en février 2010, par la Ligue contre le cancer, B. Nadel (centre d'immunologie de Marseille-Luminy) a présenté des résultats obtenus lors d'une étude (Agrican) lancée en 2005<sup>14</sup> (B. Nadel, en 2008, avait présenté des travaux montrant un risque plus prononcé de cancers lymphatiques chez les agriculteurs.). Concrètement, ces recherches ont mis en évidence des biomarqueurs qui témoignent d'un lien moléculaire entre l'exposition des salariés agricoles aux pesticides, l'anomalie génétique et la prolifération de ces cellules, qui sont des précurseurs de cancer<sup>15</sup>. Soulignons que cet effet est fonction de la dose et du temps d'exposition.

Le monde agricole, par l'usage régulier qu'il fait des pesticides, est donc tout particulièrement concerné par les dangers de cet agent cancérigène.

### *L'amiante ou la « fibre tueuse » : une injustice de classe...*

La dangerosité de l'amiante a fait couler beaucoup d'encre ces dernières années, notamment en France. Hautement cancérigène, la « fibre tueuse », que l'on retrouve massivement dans des isolants, des enduits, des sols plastique ou en fibrociment, a été bannie tardivement dans notre pays (en 1997) alors que ce matériau était reconnu cancérigène dès 1977...

Quantité d'ouvriers du bâtiment et des travaux publics, de la maintenance, de l'entretien, ou encore des industries hautes températures étaient exposés sans que les médecins du travail en

---

*risque de développer une tumeur cérébrale, selon une étude française publiée sur le site internet de la revue occupational and environmental medicine. L'étude, dont les premiers résultats avaient été présentés en 2006, a été conduite dans le Sud Ouest viticole français. Selon elle, chez les agriculteurs les plus exposés, le risque est presque doublé, toutes tumeurs cérébrales confondues. Il est même multiplié par trois si l'on ne considère que les gliomes (tumeurs du cerveau les plus fréquentes chez l'adulte). »*

<sup>14</sup> Agrican est une grande étude effectuée auprès des affiliés de la Mutuelle sociale agricole, le régime de sécurité sociale des agriculteurs. Elle comprend un versant épidémiologique, appuyée sur un questionnaire, et un versant biologique, avec des prélèvements sanguins.

<sup>15</sup> La recherche a permis d'identifier une anomalie génétique : un fragment du chromosome 14 se détache et vient activer un oncogène situé sur le chromosome 18. Les individus exposés aux pesticides présentent dans certaines cellules sanguines (lymphocytes) cette anomalie génétique de manière beaucoup plus fréquente que les personnes non exposées. L'absence de régulation de l'expression de cet oncogène fait que des cellules qui auraient dû mourir vont proliférer.

soient informés ou conscients. Responsable de près de la moitié des cancers professionnels, l'amiante est à l'origine des cancers de la plèvre et du poumon.

Véritable crime social, le drame de l'amiante est certainement un des plus importants scandales de santé publique du siècle dernier. Sur ce dossier, maintes fois rejeté en cassation<sup>16</sup>, malgré la détermination des familles de victimes, dénonçant l'inertie du parquet et de la chancellerie, tout a été dit...ou presque : l'utilisation massive de cette fibre dangereuse par l'industrie durant des décennies, le secret savamment entretenu sur sa dangerosité<sup>17</sup>, l'influence du lobby industriel pour retarder son interdiction jusqu'en 1997, les projections épidémiologiques qui chiffrent entre 50 000 et 100 000 le nombre de décès à venir d'ici à 2025.

Mais le plus important reste le moins visible. C'est le drame vécu, en silence, par des centaines de milliers d'ouvriers, ces hommes et ces femmes qui ont perdu leur vie à essayer de la gagner : cette *injustice de classe*, qui condamne à une mort lente, mais certaine, des travailleurs littéralement asphyxiés par leur propre tâche.

---

<sup>16</sup> Même si, en 2005, trois informations judiciaires ont été ouvertes sur des cas de salariés exposés à l'amiante. Selon l'association nationale de défense des victimes de l'amiante, les victimes et leurs associations attendent maintenant que l'instruction puisse mettre au jour les responsabilités des industriels, des employeurs et des pouvoirs publics... Cf. *Le Monde* (16/12/2005).

<sup>17</sup> « *On n'a pas cessé de nous mentir* », clamait un des milliers ouvriers ayant manifesté à Paris, en octobre 2005, pour réclamer un procès pénal et témoigner des souffrances endurées. Les travailleurs exposés à l'amiante vivent tous le désarroi d'avoir été trompés, après avoir manipulé des années durant une substance dont ils ignoraient l'effet cancérigène (à la différence de leurs employeurs, qui eux ne la manipulait pas !). Prenons le cas, par exemple, de cet ouvrier soudeur dans les sous-marins de la direction de la construction navale (DCN), à Cherbourg. Après 29 ans de travail à la DCN, il resté consterné lorsque les médecins de la marine nationale refuse d'admettre que ses essoufflements sont dus à l'amiante. Il est trop gros, lui dit-on...

Depuis, des plaques pleurales ont été détectées sur ses poumons, et il a vu beaucoup de ses collègues mourir.

Un autre ouvrier, présent lors de ce rassemblement à Paris, « *en veut aux patrons parce qu'ils savaient et qu'ils ont toujours fait passer le profit au détriment de la santé des gars* ». Ce dernier a fabriqué pendant 27 ans des tuyaux dans l'usine d'Albi d'Eternit, l'un des principaux fabricants d'amiante-ciment. Aujourd'hui, c'est avec dégoût qu'il dénonce les dégâts sanitaires causés par le manque de transparence de la plupart des dirigeants : « *en 1977, dit-il, les patrons ont supprimé l'amiante bleu en nous disant qu'il était trop cher alors que, en fait, c'était parce qu'il était trop dangereux. En 1984, ils nous ont donné des masques jetables, qu'on ne devait changer qu'une fois par semaine. Ensuite, ils ont installé des aspirateurs partout dans l'usine. Et enfin, juste avant l'interdiction de l'amiante, en 1997, ils ont exporté leurs stocks au Portugal...* ». Comme beaucoup de travailleurs qui ont été exposés à l'amiante, ce salarié se sent en sursis, choqué par la vision de deux de ses proches, « *des gaillards bien portants* », emportés par la maladie en quelques semaines alors qu'ils ne pesaient plus qu'une quarantaine de kilos. (cf. art. in *Le Monde*, 18/10/05).

Pour mieux saisir la part de mensonges qui entoure ce scandale, on peut consulter l'enquête sur « *la vallée de la mort lente* » (in *Le Monde*, 17/12/05). Pendant un siècle, l'amiante a tué autour des usines de la vallée de la Vère, dans le Calvados. Un siècle d'inconscience, de mensonges et de résignations...



Si le travail est parfois à l'origine de diverses pathologies, il peut aussi, dans certains cas, favoriser les risques d'accidents. Avant de regarder les chiffres d'un peu plus près, commençons d'abord par définir ce que l'on entend par *accidents du travail*<sup>18</sup>.

L'accident du travail se caractérise légalement par sa soudaineté et sa localisation dans le temps. Selon l'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale, « *est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise* ». L'accident en lui-même n'est pas défini dans cet article, cependant, la jurisprudence indique que « *l'accident est caractérisé par l'action soudaine et violente d'une cause extérieure provoquant une lésion sur l'organisme humain au temps et au lieu de travail* ».

Au même titre que les maladies professionnelles, les accidents du travail occasionnent chez les victimes des invalidités plus ou moins graves, allant parfois jusqu'au décès (même principe que pour les maladies professionnelles comptabilisées dans les statistiques technologiques de la CNAM : interruption d'un jour complet minimum, incapacité permanente, décès...).

En 1998, l'enquête Conditions de travail recensait 1 650 000 accidents survenus entre mars 1997 et mars 1998, dont 911 500 ont été suivis d'un arrêt<sup>19</sup>. Les arrêts de travail duraient en moyenne 32 jours, mais pouvaient durer jusqu'à plus de 50 jours pour certaines catégories socioprofessionnelles (ouvriers non qualifiés et employés des services techniques). Les accidents mortels se répartissaient de la façon suivante : 19,6 % de cadres, de techniciens et d'agents de maîtrise, 10 % d'employés, et 66 % d'ouvriers (respectivement 19 % d'ouvriers et 47 % d'ouvriers qualifiés).

---

<sup>18</sup> Nous appuyerons sur les données de la CNAM-TS.

<sup>19</sup> Pour plus de données chiffrées, v. « *accidents, accidentés et organisation du travail* », résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998, DARES.

A la fin des années 1990, les modalités d'organisation du travail jouaient un rôle premier dans la survenue des accidents du travail. Ceux-ci concernaient avant tout les hommes<sup>20</sup>, ouvriers, jeunes, intérimaires ou récemment embauchés. La fréquence des accidents semblait profondément liée au rythme de travail, souvent dicté par les machines ou contraint par des délais à respecter. On relevait aussi une augmentation sensible du risque du fait de la demande de polyvalence (changer de poste, etc.) et du fait de devoir respecter des normes de qualité chiffrées. Enfin, la pression hiérarchique, des marges de manœuvres réduites, l'obligation d'abandonner une tâche pour un autre, ou encore le travail dans l'urgence, bref, autant de contraintes qui, par leur cumul, constituaient également des facteurs d'accidents.

Quelques années plus tard, en 2007, 720 000 accidents du travail ayant occasionné au moins une journée d'arrêt de travail, ont été reconnus par la CNAM-TS.

### Taux de fréquence des AT par catégorie socioprofessionnelle et sexe, en 2007

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Cadres et chefs d'entreprises	2,7	4,3	3,2
Professions intermédiaires	6,8	6,1	6,5
Employés	30	17	20,6
Ouvriers	49,6	41,6	48,2
Total	29,7	16,3	24,3

Lecture : en 2007, pour un million d'heures de travail, les hommes ouvriers ont connu 49,6 AT.

Champ : salariés du régime général de sécurité sociale présents dans les DADS-Insee. France.

Sources : données CNAM-TS pour le nombre d'AT ; DADS-Insee pour le nombre d'heures salariées ; calculs DARES.

Comme en 1998, les ouvriers sont, en 2007, beaucoup plus exposés aux accidents de travail que les autres catégories de salariés, et les hommes davantage que les femmes. Pour un million d'heures de travail, les ouvriers subissent en moyenne quarante-huit accidents du travail, contre seulement trois pour les cadres et les chefs d'entreprise.

<sup>20</sup> cf. chap. sur la « mortalité différentielle selon le sexe ».

Dans la plupart des secteurs, à durée égale d'exposition, les ouvriers ont plus d'accidents du travail que les autres catégories professionnelles<sup>21</sup>. Les secteurs d'activité les plus exposés sont donc principalement ceux qui emploient majoritairement des ouvriers.

En effet, le risque d'accident avec arrêt de travail est plus élevé dans la construction/bâtiment travaux publics, puis dans le monde de l'industrie (bois, papier, métallurgie, entre autres), sans oublier les services opérationnels et les transports. Les salariés exécutants du secteur de la construction/BTP subissent deux fois plus d'accidents de travail par million d'heures de travail que la moyenne nationale, avec un taux de fréquence de 49,8.

Pour ce qui est des taux de séquelles permanentes occasionnées par les accidents du travail, on observe, de nouveau, que les taux les plus élevés (par million d'heures de travail) se trouvent dans les secteurs de la construction/BTP, des industries du bois et du papier, des transports et des industries des produits minéraux.

Si l'on gravit encore quelques marches sur l'échelle de gravité de ces accidents professionnels, on découvre alors que deux accidents de travail mortels sur cinq surviennent dans les branches de la construction/BTP (hors sièges sociaux et bureaux...) et des transports.<sup>22</sup>

Le monde ouvrier, au regard de ces quelques données, n'est donc pas ménagé par ces risques professionnels. L'accident du travail, pouvant avoir des conséquences mortelles, est avant tout une affaire de *métiers manuels (et de mâles...)*. Les secteurs professionnels où se recrute en grande majorité des salariés d'exécution présentent un environnement de travail qui tend à favoriser le risque d'accidents. Le maniement des machines, la manipulation fréquente d'objets ou d'outils de travail lourds, ou dangereux, pouvant à tout moment se « retourner » contre le travailleur, sont autant de facteurs de risque. Soulignons aussi que la nature même des tâches à réaliser implique, chez l'ouvrier, un engagement total de son corps dans son activité ; cette mise en avant du corps, véritable instrument de travail, ce dévouement physique au service de la production, de la construction, etc., expose inévitablement le travailleur manuel aux dangers inhérents à certains contextes de travail.

En somme, c'est aussi tout l'éventail des pénibilités du travail ouvrier, que nous avons présenté dans ce chapitre, qui favorise le risque d'accidents du travail. Nous avons fait état de la dégradation, depuis les années 1980, des conditions de travail. Dans les milieux ouvriers

---

<sup>21</sup> Cf. « taux de fréquence des AT par secteur d'activité et CSP, en 2007 », in *premières synthèses*, « l'exposition des salariés aux accidents du travail en 2007 » (décembre 2009 – N° 50.2), DARES.

<sup>22</sup> Un AT mortel sur quatre provient d'un accident de la route appelé *AT routier professionnel* (il s'agit d'accidents de la route survenus *au cours du temps de travail*).

(*employés aussi...*), où cette dégradation est encore plus nette, la part des contraintes a une incidence directe sur les probabilités d'accidents. Du point de vue des conditions de travail, les populations les plus accidentées sont souvent celles qui cumulent efforts physiques et risques<sup>23</sup>.

### *Le poids de l'organisation*

Si l'environnement professionnel et matériel dans lequel évoluent les ouvriers renferme une part non négligeable de risques (outils, matériaux dangereux, manipulation de machines, véhicules, chutes, etc.), nous pensons néanmoins que le pire ennemi de la « classe ouvrière » reste le poids des contraintes organisationnelles. Le lien entre accident de travail et organisation du travail est d'ailleurs clairement établi : les études de P. Askenazy sur les Etats-Unis font état d'un lien direct entre montée en charge des accidents et réformes organisationnelles dans les entreprises. Les analyses ont tendance à montrer que les bouleversements organisationnels sont souvent suivis d'une recrudescence du nombre d'accidents<sup>24</sup>. En France, les enquêtes *Conditions de travail* permettent de faire ce lien entre accidents et organisation du travail. Et les résultats montrent que de nombreux facteurs organisationnels expliquent la survenue d'accidents. Rythme et temps de travail intenses, répétition des tâches, délais de production écourtés, pression hiérarchique, marges de manœuvre réduites, travail dans l'urgence, manque d'informations et problèmes de communication (ex. du bruit qui peut perturber des communications indispensables au déroulement de l'activité), changements de poste et polyvalence « bouche-trou » : c'est par leur action simultanée que ces contraintes, qui font partie intégrante du quotidien des ouvriers, tendent à accroître le risque d'accidents du travail. Le poids de l'organisation, les efforts

---

<sup>23</sup> Cf. Enquêtes Conditions de travail, 2005, *op. cit.*: « efforts et risques au travail selon que l'on ait été accidenté ou non ». Par ex., différents efforts physiques, risquer de se blesser avec des outils, de faire une chute grave, d'être atteint par la projection ou la chute de matériaux, de se blesser avec des machines, d'être brûlé, d'être électrocuté, d'être irradié, etc...

<sup>24</sup> Travaux d'Askenazy cité in « accidents, accidentés et organisation du travail », résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998 (mai 2002 – N° 20.1).

physiques répétés, ou l'excès de travail, tout simplement, plongent les travailleurs dans un état de fatigue générale, qui a des effets directs sur le comportement et donc sur la sécurité<sup>25</sup>.

Derrière le caractère violent et brutal de l'accident du travail, se cache aussi la réalité d'un système (*économique*) qui a tendance à négliger les intérêts et les besoins individuels du salarié. A commencer par le plus primaire : *la santé*. La sécurité au travail, censée être un des éléments garantissant l'intégrité et la santé du travailleur, est bien souvent délaissée pour satisfaire à des intérêts purement économiques. Comme, généralement, l'observation stricte des règles de sécurité entraîne une baisse de rendement, ce que tolère d'ailleurs difficilement - voire pas du tout - la hiérarchie, la plupart des ouvriers s'adaptent et font usage de méthodes qui permettent de raccourcir les temps d'exécution, mais qui s'avèrent néfastes pour la sécurité. L'incident professionnel n'est donc jamais très loin...

Que les intérêts économiques, ou la recherche du profit, en économie capitaliste, soient prioritaires sur tout ce qui touche à la santé, à l'intégrité physique et morale, au confort du salarié, n'est pas un fait nouveau. Malgré tout, on constate, depuis le milieu des années 1980, que dans les secteurs qui recrutent majoritairement des ouvriers, l'importance effective accordée à la production est en général plus grande que celle qui l'est à la sécurité. Il nous vient à l'idée un exemple, dramatique dans son issue, qui illustre parfaitement comment les impératifs de production, qui « n'attendent pas », se conjuguent difficilement avec *sécurité au travail* et *santé* (vie, tout simplement...) du travailleur.

Le récit est marquant, c'est celui de Gaetano, mort au travail à 21 ans<sup>26</sup>. Intérimaire en Lorraine chez un sous-traitant de l'ex-Usinor-Sacilor, il a chuté de neuf mètres dès sa prise de

---

<sup>25</sup> Le concept de *fatigue* désigne « un ensemble de manifestations engendrées par un travail, par un fonctionnement prolongé, dépassant une certaine limite » (cf. J. Leplat & X. Cuny, *Les accidents du travail*, P.U.F., 1979, p. 53-54). Les troubles introduits par la fatigue sont multiples et ont une incidence directe sur la sécurité. Voyons quelques effets de la fatigue sur le comportement (effets étudiés par l'école de Cambridge – Bartlett et Welford particulièrement) : la fatigue se manifeste d'abord par une altération de la performance visible par un allongement et une plus grande dispersion des temps de réaction et de mouvement, et par un abaissement de la précision. Elle se traduit aussi par une désorganisation de l'activité qui explique les effets précédents. C'est notamment le cas pour les activités complexes de type sensori-moteur (travail sur machine-outil par exemple) dans lesquelles des unités élémentaires d'activité, souvent très automatisées, sont coordonnées en unités d'ordre supérieur. Dans ce cas la fatigue se manifeste par une désorganisation qui atteint d'abord les coordinations d'ordre supérieur, qui se sont constituées plus tardivement dans l'apprentissage, pour aboutir, au final, à la désorganisation complète. Les défauts de coordination, dans un premier temps, vont se traduire par des défauts de synchronisation de l'activité : des bonnes réponses sont faites au mauvais moment, en retard, ou à la place d'une autre réponse. Puis le champ perceptif peut se modifier : des signaux utiles sont omis, ou des signaux ou indices non pertinents sont indirectement pris en considération. Ces phénomènes qui ont été mis en évidence en laboratoire et dont témoignent nombre d'incidents de travail peuvent avoir un effet direct sur la sécurité. Conséquence d'une mauvaise conception du système, la fatigue accroît encore la nocivité de cette mauvaise conception.

<sup>26</sup> cf. A. Thébaud-Mony, *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, La Découverte, coll. « La Découverte/Poche », 2008. On remarquera que les jeunes, souvent intérimaires, sont plus touchés par les

poste alors qu'il découpait une charpente métallique au chalumeau. Il avait été recruté en urgence pour faire (en principe) du tri de tôles. Le jeune homme avait expliqué au chef d'équipe qu'il n'avait pas les compétences pour une telle tâche.

« Tu montes ! », a ordonné son supérieur, pressé par les délais, en lui confiant un harnais. Soumis à cette pression hiérarchique, Gaetano est monté, a coupé la tôle, qui est venue trancher le harnais<sup>27</sup> ...

### *Caractéristiques du travailleur : « conduites ouvrières » et risques professionnels*

Si ce jeune ouvrier, mort au travail, éprouvait une certaine réticence, voire de la crainte, à monter à plus de neuf mètres pour accomplir une tâche qui demandait un minimum d'expérience et d'assurance, cette posture de méfiance, de retrait de sa part (qui, sans contraintes temporelles, sans pression hiérarchique excessive, aurait pu le préserver...), semble aller à l'encontre de tout un ensemble de conduites propres à certains collectifs de travail, composés majoritairement de manœuvres. La mise en avant du corps, la valorisation de la force physique, la « dureté au mal », etc., qu'exigent l'accomplissement des tâches les plus éprouvantes physiquement mais aussi les plus dangereuses, forment tout un ensemble de postures et d'attitudes, caractéristiques des milieux ouvriers et qui, en grande partie, se construisent sur la notion de virilité. Typiquement masculin, propre aux métiers manuels, cette consécration de la force, relayée par des attitudes de bravoure et de défi, laissant peu de place aux faiblesses passagères, est aussi à l'origine de nombreux accidents.

Confrontés aux pénibilités et aux risques, les travailleurs peuvent ressentir de la souffrance et de la peur, face auxquelles ils déploient des stratégies (inconsciemment ?) de défense, individuelles et collectives : ils en censurent l'expression<sup>28</sup>. Les groupes concernés valorisent l'exhibition de l'endurance, de l'insensibilité à la douleur physique ou morale, au point d'adopter et de mettre en place, paradoxalement, des conduites de prise de risque et d'affrontement de la souffrance (sans parler de la soumission des nouveaux à des sortes

---

incidents professionnels : vulnérabilité, manque d'expérience ou de maturité, affectation aux postes les plus risqués ; avec l'âge, le risque d'accidents diminue, mais ceux-ci se concluent plus souvent par des séquelles permanentes.

<sup>27</sup> Soulignons que le sous-traitant et le chef d'équipe ont été jugés. Pas de prison ferme.

<sup>28</sup> V. à ce sujet les travaux de D. Cru et C. Dejours, plus spécialement « *Les savoir-faire de prudence dans les métiers du bâtiment* », Cahiers médico-sociaux, n°3, Genève.

d'initiations). Ces schémas défensifs se retrouvent forcément là où le risque est évident : dans le bâtiment et les travaux publics, par exemple, mais aussi partout où la pénibilité physique épuise jour après jour le travailleur.

Finalement, les ouvriers, et plus particulièrement les travailleurs de « force », par la mise en avant de leur dureté au mal (faire preuve de virilité et de résistance permet d'être reconnu et intégré dans ce type de métiers), aggravent – « malgré eux », complicité non recherchée...- des conditions de travail déjà suffisamment contraignantes en elles-mêmes. Se conduire, coûte que coûte, devant les autres, comme un *vrai homme*, comprend des risques. Car l'honneur peut-être sauvé, mais jusqu'à quel prix ? On peut en effet perdre sa vie à ne pas vouloir perdre la reconnaissance et la considération des autres...

### 3 – Conclusion

L'examen approfondi des conditions de travail des ouvriers permet de mieux mesurer l'impact que peut avoir le travail - un certain type - sur la santé, le vieillissement précoce, l'usure générale des salariés d'exécution.

Nous avons soulevé, en début de chapitre, la question encombrante de la *classe ouvrière* et des problèmes de définition qu'elle peut poser. Nous nous sommes attachés, dans un registre analogue, à fournir aussi quelques précisions sur ce que l'on entend par *ouvriers*. Il nous semble important, à ce stade de la réflexion, de « relancer le débat », car ces difficultés de définition ne doivent pas constituer un frein aux discussions autour de la question ouvrière : le travail ouvrier persiste dans notre société, et il se reconnaît, aujourd'hui encore, à l'ampleur des contraintes, des pénibilités et des risques qu'il engendre.

S'il est évident que l'on ne peut se soustraire à cet exercice de définition, évitons, autant que possible, que les discussions interminables sur la validité, la pertinence, ou l'actualité du concept de *classe ouvrière* réduisent, justement, tout un espace de réflexion centré sur la réalité des conditions de travail des ouvriers. Il nous paraît important, pour l'heure, d'appréhender la question ouvrière de manière globale, en évoquant un monde ouvrier qui se reconnaît dans tout ce que nous avons décrit. Les ouvriers, ou les travailleurs manuels d'exécution, comme aime à les définir l'INSEE, forment une catégorie de salariés qui se démarque des autres par l'ampleur des pénibilités et des contraintes auxquelles ils sont



confrontés quotidiennement sur leur lieu de travail. Ils ne détiennent certes pas le monopole de la souffrance au travail : nous serons bien entendu attentifs, par la suite, aux conditions de travail que l'on peut rencontrer dans d'autres secteurs professionnels et de leurs répercussions sur la santé des salariés. Malgré tout, la condition ouvrière, que nous appréhendons ici par le biais du travail - qui constitue *un* moyen de définition<sup>1</sup> -, reste une condition subie, pesante et éprouvante, tant physiquement que moralement. L'ouvrier, historiquement, est celui qui loue ses services moyennant un salaire et effectuant un travail manuel (sens qu'on lui donne encore aujourd'hui) ; néanmoins, avant d'être représenté comme simple travailleur, il est davantage décrit comme un *homme de peine*<sup>2</sup>.

C'est précisément en prenant comme dénominateur commun la souffrance au travail, le cumul des pénibilités et des contraintes, ou encore des risques (maladies, accidents) que l'on peut, selon nous, tracer les contours du monde ouvrier, ou, pourquoi pas, voir le visage de la *classe ouvrière*. Car, finalement, ce qu'ont en commun ces hommes et ces femmes qui portent en eux la condition ouvrière, ou ce qui les rassemble *objectivement*, c'est avant tout la réalité de ce qu'ils vivent, de ce qu'ils endurent. Ouvriers de l'industrie, ouvriers d'usine, ouvriers de la construction, du bâtiment et des travaux publics, des transports, ou encore ouvriers agricoles (et la liste n'est pas exhaustive) : tous sont confrontés quotidiennement, sur leur lieu de travail, à des conditions de travail bien particulières, exigeant d'eux une dépense d'énergie, de force vitale qui, cumulée à tout un ensemble de restrictions, de contraintes, de risques, les précipite dans le processus de vieillissement et les rend plus vulnérables aux maladies (plus sujets à une mortalité précoce).

Ce dépérissement, cette marche accélérée vers la décrépitude, n'est que le résultat de la domination que subissent les ouvriers, réduits, bien souvent, à simple rôle d'exécution. Aussi nous avons, au cours de notre exposé, parfois privilégié le terme de salarié exécutant, ou d'exécution, à celui d'ouvrier, ou de manœuvre. A vrai dire, toutes ces étiquettes expriment, tant bien que mal, la réalité ouvrière, c'est-à-dire celle de tout un *peuple* contraint de vendre sa force de travail, contraint d'engager et d'exposer son corps à chaque étape de la production.

Il faut, effectivement, être bien conscient du rôle qui est dévolu à l'ouvrier dans les secteurs où on le retrouve massivement : si l'on a maintes fois répété que celui-ci occupait une

---

<sup>1</sup> Il faut prendre aussi en compte les modes de vie, tout ce qui touche à l'habitus, aux différentes manières de penser, d'agir, de se tenir, etc., sans parler du rapport à l'école, aux loisirs, ou encore des pratiques, des représentations, etc. : *tout ceci étant fortement corrélé socialement, déterminé par l'appartenance professionnelle (il est important de voir tout ce que permet et tout ce que ne permet pas de faire l'exercice de tel ou tel métier...)*

<sup>2</sup> *Dictionnaire historique de la langue française*, sous la direction d'A. Rey, Dictionnaires LE ROBERT – PARIS, 1998.

position sociale de *dominé*, c'est avant tout, d'après nous, parce qu'il a peu de prise sur les tâches qu'il réalise dans le cadre de son travail. Etre cantonné à un strict rôle d'exécution, être bridé par l'imposition de contraintes organisationnelles, signifie aussi, pour l'ouvrier, décomposition et perte de tout ce qui est au fondement de sa personnalité, de tout ce qui fait sa singularité, non seulement en tant que travailleur, mais, bien au-delà, en tant que sujet pensant, en tant qu'être autonome, inventif et responsable. Exécuter, veut dire aussi, pour l'ouvrier, obéir davantage à d'autres qu'à soi-même, perdre en autonomie de pensée et en pouvoir décisionnel, ou encore perdre de sa propre réalité au profit de la production. L'énergie que consacre l'ouvrier à l'exécution de tâches, qui bien souvent, répondent d'un travail manuel, et qui, on l'a vu, sont en général répétitives, dirigées et encadrées (parfois risquées), soumises à la loi drastique des délais et du temps, n'est rien d'autre pour lui que perte de substance, perte de ressources physiques et mentales. On a d'ailleurs vu que lorsque le travailleur se retrouve dans des configurations où on lui dicte sa manière de procéder, où on le prive de marges de manœuvre, sa santé est directement menacée.

Ce que nous décrivons ici, cette façon dont l'ouvrier est dépossédé de ce qui est constitutif de son être, le processus par lequel ce dernier est rendu comme étranger à lui-même, en projetant et en abandonnant de sa propre personne dans le procès de travail, n'a d'autre nom que celui d'*aliénation*<sup>3</sup>. Par travail aliéné, il ne faut pas entendre seulement la manière dont le travailleur produit un objet, ou accompli une tâche dont la finalité lui devient étrangère et dans laquelle il ne se reconnaît pas, mais également la façon dont le travail entaille sa propre personne, simplement parce que cette activité a tendance à devenir pour lui un simple moyen pour vivre (ou survivre...), un lieu d'exploitation, bien souvent dépourvu de sens, et non une source d'épanouissement, un espace où il peut se réaliser et retrouver possession de lui-même.

---

<sup>3</sup> Il serait peut être utile, afin de mieux saisir son apport dans nos analyses, de faire un petit rappel de ce concept, souvent travaillé par Marx et Engels qui affirmaient, entre autre, que l'origine de toutes les aliénations résidait dans *l'aliénation du travail*.

L'aliénation est un terme philosophique ancien, d'origine religieuse : il a signifié, initialement, la chute de l'homme ou de l'esprit individuel, pendant le contact avec la divinité, et s'aliénant ainsi. Appliqué à l'histoire sociale, politique/juridique et économique, et dérivant du sens religieux, l'aliénation exprime l'idée que l'Histoire est l'histoire de la création par l'homme d'institutions qui deviennent étrangères à leur créateur : on parle d'aliénation car l'homme ne se reconnaît plus dans ses propres édifices.

L'aliénation du travail (ou par le travail), qui nous intéresse particulièrement, revêt plusieurs formes : tout d'abord, le travailleur produit un objet qui lui devient étranger ; ensuite, le travailleur est aliéné dans le travail même, parce que le travail, qui devrait être l'activité générique, c'est-à-dire ce qu'il y a d'humain dans l'activité, prise de conscience de ce que nous sommes, autonomie de pensée, n'est plus que le moyen au service de l'être biologique ou animal : travailler pour vivre, ou pour survivre. Enfin, le travail aliéné naît de la domination du non-travailleur (dominant/propriétaire/patron) sur le travailleur : soumission, marges de manœuvre réduites, faibles responsabilités, peu de libertés, etc. difficile dans ces conditions de se *réaliser* (cf. R. ARON, *Le marxisme de Marx*, Ed. de Fallois, Paris, 2002).

L'aliénation est une notion riche, mais ambiguë ; elle engage des interprétations divergentes (notamment de la pensée de Marx). *L'aliénation du travail* reste toutefois d'un apport considérable pour nos analyses.

Ce que révèlent, à cet égard, les précieuses investigations menées par Beaud et Pialoux, dans leur effort de compréhension d'un monde ouvrier fatigué, lassé de sacrifier et d'abandonner tant de forces, de ressources, ou encore de temps personnel dans l'industrie automobile<sup>4</sup>, corrobore tout à fait avec les idées que nous exposons. Ce travail empirique minutieux, proche du réel, permet de mesurer dans les faits ce qu'est le travail aliéné, ce que sont des conditions de travail épuisantes et même parfois « abrutissantes », c'est-à-dire - stricto sensu -, qui *dégradent l'être pensant*, et les conséquences en termes de santé qui peuvent en découler. Ce que décrivent les ouvriers d'usines (peugeot), en situation d'entretien, c'est avant tout un monde qui leur est devenu, à bien des égards, hostile, *étranger*, dans lequel ils peinent à se reconnaître et à s'objectiver ; un monde, en quelque sorte, dépourvu de sens et qu'ils auraient souhaité oublier, un fois rentrés chez eux. La question de la pénibilité du travail à l'usine, des contraintes liées aux nouvelles formes d'organisation, revient avec insistance lorsque l'on laisse libre cours à la parole des ouvriers de chaîne : les récits recueillis par Beaud et Pialoux auprès de ces salariés exécutants font tous apparaître le très vif sentiment d'une aggravation des conditions de travail (l'usure gagne progressivement ceux qui sont en chaîne depuis plus de vingt ans et qui envisagent avec angoisse leur avenir dans l'usine. Le récit de Jean – annexes -, interrogé à plusieurs reprises, est assez « parlant » : il se plaint des cadences, de la « répression », de l'encadrement strict, des changements incessants dans son « boulot », mais aussi de la course à la production, du « toujours plus » qui l'épuise physiquement et psychologiquement, qui le « vide », si bien qu'il ne sent plus capable de consacrer du temps à la lecture, aux activités qu'il affectionne. « *Au bout de dix ans de chaîne, on n'analyse plus grand-chose si on n'est pas syndiqué ou si on ne milite pas ; on est un légume* », confie-t-il...).

Nous rejoignons complètement les deux sociologues dans leurs analyses lorsqu'ils rappellent que l'on peut difficilement comprendre les effets sur les ouvriers des contraintes organisationnelles, c'est à dire des nouvelles formes d'organisation du travail en atelier, si l'on n'a pas constamment à l'esprit ce phénomène central du vieillissement, à la fois physique et social, objectif et subjectif, individuel et collectif : « *vieillir en chaîne, c'est une souffrance qui est indissociablement physique et morale* »<sup>5</sup>, rappellent-ils. C'est dans leur vie de tous les jours que les ouvriers réalisent peu à peu que leur résistance physique au travail diminue, que les horaires auxquels ils sont soumis, les contraintes temporelles, leur sont de plus en plus difficiles à supporter, que les précieux temps de récupération, nécessaires au renouvellement,

---

<sup>4</sup> Cf. S. Beaud, M. Pialoux, *op. cit.*

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 71.

à la remise en marche d'un organisme trop souvent épuisé, leur font cruellement défaut. En somme, le travail, tel qu'il leur est imposé, semble avoir accru leur sentiment de dépossession<sup>6</sup>.

Le propre de la souffrance des ouvriers est aussi que leur existence est de plus en plus soumise à l'emprise de l'atelier. On pourrait même dire que ce qu'ils vivent quotidiennement à l'usine, les conditions de travail avec lesquelles ils doivent composer, empiète, envahit et bouleverse tout le champ de leur existence, tous les étages de leur vie individuelle et sociale.

Irréversiblement, l'intensification du travail se répercute sur la vie des ouvriers en dehors du travail. Nombre d'entre eux avouent, lors d'entretiens, devenir de plus en plus tendus, nerveux, non seulement à l'usine, mais aussi chez eux, à tel point que leur envie de voir du monde diminue progressivement<sup>7</sup> ; pour d'autres, c'est l'envie de sortir, de partir en vacances, de pratiquer les activités auxquelles ils s'étaient, auparavant, beaucoup consacrés (chasser, pêcher, marcher, lire, faire de la photo, etc.) qui s'estompe peu à peu. On voit bien que le travail, générateur de fatigue, prend l'ascendant sur l'homme, commande, arbitre et régule la vie de ce dernier, aussi bien à l'usine qu'en dehors : tout se passe comme si ce qui avant était grappillé dans la vie « hors travail » et pris sur la fatigue, et qui faisait partie des *petites joies de l'existence*, s'étiolait au fur et à mesure que la fatigue s'accumulait. Les ouvriers se sentent usés, dépossédés de ressources qui ne cessent de s'égarer dans les rouages insensibles de la production et qui ne profitent plus à la construction et à la réalisation de leur existence en dehors (l'énergie qui est mobilisée pour le travail est évidemment de l'énergie en moins pour dehors...). Leur fatigue, qui est collective<sup>8</sup>, se devine sur les visages, s'inscrit dans les corps, dans les démarches devenues au fil du temps plus lourdes et traînantes.

Dès l'instant où le travail exige de celui qui l'exécute une dépense d'énergie telle que celui-ci se retrouve progressivement déssaisit de potentialités, de qualités physiques et morales qu'il ne peut plus mobiliser dans des espaces « extérieurs », qui relèvent de la sphère privée, ce travail devient alors pour lui un simple moyen au service de son être : travailler pour vivre, pour assurer sa propre conservation, et non pour se réaliser, s'accomplir et éprouver de la

---

<sup>6</sup> « *L'observation attentive, ethnographique, du travail ouvrier dément les diverses prophéties qui ne cessent d'annoncer, depuis vingt ans, la fin du taylorisme et la suppression du travail d'exécution. L'intensité du travail s'est au contraire accrue sous l'effet de la diminution drastique de la porosité du temps de travail par la chasse aux temps morts et surtout par la réduction des temps de déplacement des OS (approvisionnement des pièces sur place, dans des conteneurs au bord de la chaîne). La recherche de la productivité s'est intensifiée en prenant des formes plus « douces »...* » Ibid., p. 76.

<sup>7</sup> Les ouvriers, à les entendre, supporteraient de plus en plus difficilement la vie des quartiers HLM, les bruits, la cohabitation dans les « blocs » des cités, et rêvent de « faire construire »...

<sup>8</sup> Pour donner une preuve tangible de cette fatigue qui les accable tous, les ouvriers font remarquer à Beaud et à Pialoux que « tout le monde dort dans le bus... ».

satisfaction. Le travail d'exécution, qui, par sa nature même, dégrade l'être pensant, restreint l'autonomie, affaiblit l'esprit critique et vide l'ouvrier des richesses et des ressources propres à tout individu, n'est en ce sens rien d'autre que du travail aliéné, un travail qui ne laisse pas la possibilité de faire autre chose, qui limite l'individu dans ses actions...

Si, d'une manière générale, le travail ouvrier est réduit à du travail aliéné, fastidieux, inintéressant (c'est-à-dire, littéralement, *qui ne captive pas l'esprit*) et dénué de *sens*<sup>9</sup>, c'est aussi parce que la réalisation ou l'exécution de ce travail se révèle être pour l'ouvrier une telle perte de réalité, un tel abandon de forces, que ce dépouillement va jusqu'à en ruiner sa santé. Dans cette perspective, il paraît aussi évident que plus l'ouvrier se dépense au travail, plus il se plie aux contraintes imposées par le rythme de travail, plus il subit l'intensification, etc., et plus il s'appauvrit lui-même, plus son monde intérieur devient rachitique, moins il possède en propre. C'est la même chose avec la religion, faisait remarquer subtilement Marx, dans ses *Manuscrits de 1844* : « *plus l'homme projette de choses en Dieu, moins il en garde en lui-même* »<sup>10</sup>. L'ouvrier perd de lui-même, de sa réalité et de sa substance, car sa vie est toute entière placée dans son activité (du moins en grande partie) ; non parce qu'il le désire, car ses tâches sont pénibles, répétitives, contraignantes, dictées, et parfois même dangereuses, et nul ne souhaite, de son plein gré, souffrir au travail et exposer sa santé, mais parce que son travail ne lui laisse guère le choix. Dans son travail, qui est essentiellement activité de dépouillement et de dépossession, l'ouvrier ne s'affirme pas, mais se nie, ne s'accomplit pas, ne se sent pas autonome, mais soumis, abaissé intellectuellement et physiquement au rang de machine, déshumanisé et réduit à une activité abstraite et à un estomac qu'il doit remplir, à un organisme qu'il doit mettre au repos pour qu'il le garde en vigueur. Plutôt que d'y déployer une libre activité physique et cérébrale, il mortifie son corps et ruine son esprit.

Cet état d'appauvrissement et de déssaisissement qui gagne peu à peu l'existence des salariés d'exécution va jusqu'à hanter certains d'entre eux, comme ce jeune moniteur de chez Peugeot, choqué et révolté par la façon dont les conditions de travail détériorent la santé des ouvriers vieillissants, abaissent leur faculté de penser, déshumanisent leur condition. Interrogé par Beaud et Pialoux, celui-ci éprouve même des difficultés à revenir sur certaines questions

---

<sup>9</sup> Auparavant, du temps des grandes luttes ouvrières, le manque de sens et d'intérêt du travail ouvrier (ainsi que sa dureté) était partiellement compensé par le sens que l'on mettait dans le combat politique. Plus que le métier en lui-même, c'est davantage la lutte et les avantages sociaux que l'on pouvait en tirer qui étaient porteurs de sens et d'espoirs : « *il y a une tristesse ouvrière dont on ne guérit que par la participation politique* ». *Ibid.*, p. 426.

<sup>10</sup> K. Marx, *Manuscrits de 1844*, *op. cit.*, p. 109.

comme celle de la misère des *vieux* en chaîne, qui se manifeste par une usure généralisée, par l'inhumanité de leur condition, par la façon dont ils poussent des cris d'animaux<sup>11</sup>.

Le degré d'aliénation, d'exploitation de la *classe ouvrière*, se mesure à l'aune de tout ce que le travail (l'usine, par exemple) prend aux salariés, de tout ce que ce *monde d'exécutants* est contraint d'abandonner chaque fois que l'un d'entre eux (ou l'une d'entre elles...) franchit la porte de son usine, de son atelier, de son chantier, etc. Ce que perdent les ouvriers, *en exécutant simplement les tâches d'un métier*, c'est non seulement leur force de travail, leur énergie et leurs ressources physiques et mentales, ou encore leur temps libre, qu'ils n'ont plus la force de meubler, mais aussi, et surtout, *leur santé*. Le travail aliéné et intensif se répercute de manière implacable sur la santé de ceux qui y sont astreint ; il participe aussi, fatalement, à la mortalité précoce des salariés d'exécution (par exemple, lors de la période dite de récupération liée à l'inondation de l'usine Peugeot en février 1990, tout le monde travaillait les samedis, les cadences de chaîne étaient accélérées : trois ouvriers, dont l'âge était compris entre 45 et 55 ans, sont décédés de crise cardiaque à leur poste de travail). Un des thèmes qui revient souvent, d'ailleurs, dans les discours ouvriers, est la mort prématurée de nombre d'entre eux qui partent avant 60 ans ou juste après la retraite, et qui n'ont pas pu en jouir pleinement.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Le jeune moniteur, avec ses mots à lui, décrit bien la dimension aliénante et déshumanisante du travail ouvrier : « *ça fait vingt cinq ou trente ans qu'ils font le même boulot...qu'ils mettent la même pièce...ils travaillent comme des automates, c'est dingue* », dit-il, avec un ton dégouté ; à l'entendre, ils deviennent « *gagas* », ils se mettent à aboyer, à faire les animaux de la ferme, tout au long de la journée. Pour se défouler, d'autres poussent des cris, ce qui, selon lui, leur permet de se défaire de tout ce stress, de ce travail usant, lassant, pénible...

<sup>12</sup> S. Beaud, M. Pialoux, *op. cit.*, p. 75.

Nous souhaiterions prendre le temps, à présent, de soumettre quelques propositions et de présenter quelques réflexions à propos du rapport sous jacent qu'il peut y avoir entre le travail aliéné, qui n'est rien d'autre qu'un acte de dépouillement, et certaines attitudes, certaines postures corporelles, dont nous avons déjà parlé, propres aux milieux ouvriers et construites en grande partie sur la notion de virilité.

La relation qu'entretiennent les ouvriers (travailleurs manuels...) avec leur corps, qui reste leur outil de travail par excellence, est une relation bien particulière. On a déjà dit que c'est à travers la valorisation de la force physique, relayée par tout un ensemble d'attitudes de bravoure et de défis, de conduites viriles, que les ouvriers trouvent un moyen d'expression, une marque de reconnaissance qu'ils n'ont peut être plus ailleurs. La dureté au mal, la robustesse, la résistance à l'effort, ou encore certaines formes de « courages », restent des modes de fonctionnement, des conduites, que l'on retrouve principalement dans les métiers de la construction, du bâtiment - métiers d'*hommes* -, là où la force du salarié (et tout ce que l'on peut en tirer) se mesure à la force de son corps, à la quantité d'énergie qu'il peut engager dans les tâches qui lui sont prescrites.

Les ouvriers d'usine, eux, envisagent toujours leur corps comme un véritable outil de travail, même si leur métier, avec l'automation et les nouvelles formes d'organisation, s'est quelque peu éloigné du taylorisme à l'*ancienne* : si l'on raisonne plus en termes de générations ouvrières, on pourrait dire que les vieux ouvriers, d'origine rurale dans leur grande majorité, ont été façonnés par la forme du travail qu'ils ont subi (vingt cinq ans de taylorisme engendrant à la fois une certaine honte de soi et une certaine valorisation de sa force physique), qui induit, dans les manières d'être et de se présenter, une certaine lenteur ou lourdeur<sup>13</sup>. C'est, en quelque sorte, une génération « dure » dont la personnalité sociale s'est construite autour du travail, à travers un certain type d'efforts physiques. Cependant, depuis les années 1980, la plupart de ces attitudes qui allaient de soi se retrouvent parfois remises en cause : chez Peugeot, par exemple, les ouvriers sont confrontés à l'obligation de renégocier dans les nouveaux ateliers les anciennes postures corporelles constituées de longue date dans le vieil atelier de finition. L'arrivée des nouvelles générations, à qui l'école a donné de nouvelles aspirations, parfois un titre, un diplôme, est vécue, par les anciens, comme un affront à leur anciennes postures de travail, comme un dénigrement de ce corps, de cette force, qu'ils ont pourtant, paradoxalement, tant sacrifié dans l'usine.

---

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 330.

Malgré tout, il faut rester nuancé par rapport à cet engagement plus modéré du corps, de la force physique, dans les ateliers, car on a bien vu que depuis quelques années, le taylorisme que l'on croyait enterré, condamné par l'automatisation, continue à sévir dans les ateliers d'usines et d'industries, engendrant toute la gamme de pénibilités, de contraintes et de souffrances que l'on connaît. Le « miracle technologique » n'a donc pas suffi à faire disparaître la vieille et encombrante question ouvrière, pas plus qu'il n'a su résoudre et apaiser la douleur de ce *corps ouvrier* qui, alors qu'il se délite au fil des années de labeur, continue, étrangement, à être mis en avant et valorisé par les ouvriers...

Nous voyons, justement, dans le rapport spécifique qu'entretiennent les ouvriers avec leur corps, à la fois outil de travail, symbole de puissance et de force, mais aussi objet de souffrance, le résultat, ou plutôt la conséquence logique de deux phénomènes.

Tout d'abord, si la valorisation de la force physique, la résistance à l'effort, la virilité, restent des valeurs ancrées dans la *classe ouvrière*, inscrites dans le corps, c'est surtout, d'après nous, parce que le *travail ouvrier* ne laisse guère d'autres alternatives : les travailleurs manuels d'exécution, soumis aux pénibilités, aux contraintes et aux risques, sont malgré tout contraints d'engager sans retenue leur corps dans l'acte de production. C'est, pourrait-on dire, la nature même des tâches à effectuer, souvent manuelles et physiques, qui exige des ouvriers un rapport spécifique à leur corps qui se transforme rapidement en instrument de travail. Celui-ci ne saurait donc être défaillant. Il faut, en toutes circonstances, être fort, résister, tenir et endurer. Du point de vue de l'ouvrier, le corps - et la force qu'il en tire - n'est rien d'autre qu'un gagne-pain, une force de travail, un précieux allié, un compagnon d'armes sur lequel il se repose lorsque le combat qui sévit dans les espaces de production devient rude. Aussi, ce corps, et toute la virilité qui s'en dégage, ne peut être que mis en avant. La force corporelle et l'idée de virilité occupent une place de choix sur l'échelle des valeurs ouvrières car ces valeurs sont justement celles que le travail ouvrier réclame, celles dont il est porteur<sup>14</sup>. L'attachement à ces valeurs de virilité, chez les ouvriers, est en quelque sorte déterminé par l'attachement du travail ouvrier à celles-ci ; la consécration de la force physique, dans ces milieux, est « commandée » par le travail. C'est parce que le métier d'ouvrier, par sa nature même, sollicite sans concessions le corps des manœuvres, que ce corps robuste, érigé en outil de travail, devient progressivement un élément clé de l'existence ouvrière, un des rares moyen

---

<sup>14</sup> Alors que l'avocat, par exemple, se vantera de la qualité de sa plaidoirie, de son intelligence stratégique pour mener à bien une affaire, l'ouvrier, lui, se félicitera plutôt d'avoir supporté telle ou telle charge, d'avoir tenu toute une journée de travail sous la chaleur, etc.



d'expression et de reconnaissance qui leur reste, mais que la vie, et particulièrement la vie au travail, consume peu à peu.

L'attachement aux valeurs de virilité, à la force physique, si présente dans les milieux ouvriers, doit également être envisagé, selon nous, comme une ressource identitaire fondamentale qu'ont les travailleurs pour combler le vide laissé par le travail aliéné. Il faut bien comprendre que pour les ouvriers (manœuvres), le corps, que l'on dépense au travail, que l'on engage profondément dans les rituels de sociabilité (atelier, café, famille...), est au centre de leur existence. Leur corps, finalement, *c'est leur identité*. Dans cette même logique, la virilité, l'exhibition de la force, la dureté au mal, c'est un peu ce qui reste à défendre quand on a tout perdu. Mettre en avant sa force physique, s'exprimer par le corps, reste le fait de gens qui ne peuvent guère compter que sur leur force de travail et, éventuellement, de combat (lutte ouvrière : manifestations, défilés...). Bourdieu a vu juste, pour nous, lorsqu'il prétend que *l'idée de virilité est un des derniers refuges de l'identité des classes dominées*<sup>15</sup>.

Cela rejoint, implicitement, notre proposition, qui présentait le rapport au corps caractéristique de la *classe ouvrière*, passant par l'attachement aux valeurs de virilité, comme étant le produit, en grande partie, de l'aliénation du travail. Après avoir été appauvri, vidé de toutes ses potentialités, abaissé au rang de machine à produire, l'ouvrier à tendance à trouver dans le corps et dans les démonstrations de force, non seulement des ressources identitaires, mais aussi un moyen d'être reconnu et intégré dans le groupe des « vrais hommes ». Le travail aliéné se résumant souvent à un travail fastidieux, cadencé, répétitif et dépourvu de sens, dans lequel l'ouvrier peine à se réaliser et à trouver son compte, en terme de satisfaction et de reconnaissance, il est tout à fait intelligible que ce dernier se rabatte, en quelque sorte, sur son physique, véritable valeur ressource, pour combler le vide laissé par le travail. A vrai dire, le travailleur manuel tire moins sa fierté de ce qu'il accomplit, c'est-à-dire de l'essence même de son travail, que de la force de travail qui lui permet de réaliser son œuvre : *son corps*. L'ouvrier doit, pour ainsi dire, passer par d'autres choses que le contenu de son travail pour être reconnu et pour conforter une estime de soi lacérée par des années d'exploitation.

L'aliénation du travail crée, chez l'ouvrier, un tel malaise identitaire, un tel vide, que ce dernier, en réponse à ce sentiment de dépossession, trouve dans ses attributs physiques et dans sa virilité un certain réconfort narcissique, des atouts sur lesquels il peut se forger une personnalité, une personnalité dure...

---

<sup>15</sup> P. Bourdieu, *Questions de sociologie*, Ed. de Minuit, 1984, p. 14, 15.

Du reste, si le corps, dernière ligne de défense des salariés d'exécution, véritable support de l'identité, symbole de *ce qui reste quand on a tout perdu*, se met lui aussi, progressivement, à faillir et à montrer des signes de faiblesse, car morcelé par les exigences du travail intensif et rébarbatif, on comprend alors toute la détresse et tout le désarroi que ces salariés peuvent ressentir lorsqu'ils sentent qu'un élément essentiel de leur force sociale, qu'une des rares ressources dont ils pouvaient encore disposer – leur force physique – est en train de diminuer et de se dévaloriser, parce qu'ils vieillissent prématurément<sup>16</sup>. Comme le travail ouvrier, qui est essentiellement du travail aliéné, n'offre guère la possibilité aux ouvriers de se réaliser en dehors et de construire leur vie, leur personnalité, leur identité, sur d'autres registres que celui du corps (corps à la fois force de travail, moyen d'expression, mais aussi véritable socle identitaire), quand leurs dernières forces physiques les abandonnent, c'est aussi tout leur être qui s'écroule. La fréquence plus importante du suicide chez les ouvriers<sup>17</sup> peut d'ailleurs s'expliquer, en partie, par cet état d'abandon, de vide, d'impasse (ou même de perte identitaire) dans lequel ces derniers peuvent parfois se trouver, une fois que le travail est venu à bout de leur corps, de leur tête, et qu'ils se sentent impuissants à réinventer des nouvelles formes de vie. La vie perdant en signification, l'épuisement prenant l'ascendant sur l'épanouissement, le désir de se projeter, de construire un futur s'estompant peu à peu, la tentation de mettre fin à ses jours grandit sans doute à mesure que la situation est jugée désespérée, que l'existence est jugée inutile...

En réduisant l'univers intellectuel des ouvriers, le travail d'exécution contraint donc ces derniers à se retrancher derrière un certain type de postures corporelles, imprégnées de virilité, qui fonctionnent aussi comme un moyen d'être vu, reconnu et intégré. Cependant, cet attachement aux valeurs de virilité, conséquence logique d'un travail aliéné qui incite l'ouvrier à privilégier le *langage du corps* au détriment de *formes d'expression plus symboliques*, relevant plus de la faculté d'analyse, d'abstraction, de mise en mots (esprit critique : penser, créer, imaginer, parler...)<sup>18</sup>, n'est pas sans comporter une part de risques. Fonctionner sur le registre du corps est un jeu dangereux car il enferme ceux qui exaltent les

---

<sup>16</sup> Pour les ouvriers de chaîne, ce sentiment de perte et de dévalorisation de la force physique est aussi dû, outre le vieillissement, au fait que dans les ateliers mêmes, la domination technicienne s'accroît, parce que le poids du capital intellectuel se trouve augmenté de jour en jour, ce qui peut renvoyer aux ouvriers une image dévalorisante d'eux-mêmes, de rustres, qui exécutent sans penser, et n'ayant que la force et la virilité comme faire valoir.

<sup>17</sup> Cf. « causes de décès selon la CSP » (p. 122) & « suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles », INVS, Avril 2010.

<sup>18</sup> « Au bout de dix ans de chaîne, on n'analyse plus grand-chose si on n'est pas syndiqué ou si on ne milite pas ; on est un légume, on nous donne la fiche de paie, c'est viré directement sur le compte, on ne sait même pas comment c'est calculé (...) ». Paroles d'ouvriers, in S. Beaud, M. Pialoux, *op. cit.*, p. 74.

valeurs de force, de résistance coûte que coûte à l'effort, dans des conduites qui mettent directement en péril leur santé.

Nous avons pu mesurer, dans notre chapitre consacré aux accidents du travail, les conséquences que peuvent avoir sur la santé de telles conduites...

Nous avons pris le parti, en introduction de cette longue section, de nous référer à Marx et à sa verve intransigeante envers le mode de production capitaliste, pour amorcer une critique de l'influence des conditions de travail sur la santé des ouvriers. Nous avons aussi explicitement posé la question de l'actualité et de la pertinence de ces quelques lignes, empruntées au *Capital*. Ce que nous pouvons dire, après ce *retour sur la condition ouvrière*, c'est que le travail ouvrier tend, aujourd'hui encore, à écourter la vie ouvriers ; d'une façon, bien sûr, moins brutale qu'aux premières heures de l'ère industrielle : la journée de travail est moins longue, l'enfance est préservée du travail à l'usine et la nocivité et les risques sont malgré tout moins prégnants, moins marqués.

Néanmoins, il semble bien que le travail ouvrier tend, encore aujourd'hui, à provoquer nombre de décès prématurés au sein du salariat d'exécution. La *classe ouvrière* est donc, dans l'ensemble, victime d'une mortalité précoce, et la qualité de l'environnement professionnel y est certainement pour beaucoup.

## **II - Les employés : travail & santé...**

Si l'on se reporte aux données relatives à l'espérance de vie en fonction de la catégorie sociale, on observe qu'en termes de longévité, la situation des employés n'est guère plus enviable que celle des ouvriers. Si les ouvriers ont l'espérance de vie à la naissance la plus courte parmi les actifs, avec 74 ans pour les hommes, les employés, quant à eux, ne les devancent que d'une année : 75 ans pour les hommes au cours de la période 1991-1999. Côté féminin, les employées qui, nous le verrons, sont majoritaires au sein de la profession, ont une espérance de vie bien supérieure à leurs collègues masculins (83,5 ans, soit environ huit années de plus).

Bien qu'il faille souligner le caractère hétérogène du monde des employés, avec sa diversité d'emplois et de tâches, impliquant nécessairement des conditions de travail qui sont parfois difficilement comparables, il semble, au regard des chiffres de la mortalité, que la situation des employés se soit progressivement rapprochée de celle de la classe ouvrière. Tel est le cas,

tout du moins, pour un certain nombre d'employés de commerces et de services, a priori plus exposés aux pénibilités que ne peuvent l'être la plupart des employés administratifs.

Nous tâcherons, après une présentation globale du monde des employés et de la nature de leur travail, de voir, non seulement, comment cette catégorie de salariés se décompose (services, commerces, administrations...), mais aussi, et surtout, comment le travail d'employé, à des degrés divers selon les fonctions occupées, peut lui aussi avoir un impact sur la santé des salariés.

## 1 - *Les employés en France*<sup>1</sup>

Comme le souligne A. Chenu en introduction de son travail sur les employés en France, « *parmi tous les termes qui nous permettent de décrire les sociétés contemporaines et de nous situer en leur sein, le mot « employé » apparait comme un des plus flous* »<sup>2</sup>.

Pour autant, la catégorie sociale que ce mot désigne n'est pas sans cohésion, et son poids démographique est considérable, quelles que soient les conventions statistiques qu'on retient pour l'évaluer.

### *Un monde de femmes...*

Au recensement de la population de 1999, l'effectif du groupe socioprofessionnel des employés tel que le définit l'INSEE avoisine les huit millions, soit près d'un million de plus que celui des ouvriers. Cependant la grande différence entre ces deux ensembles est que trois employés sur quatre sont des femmes, alors que, sur cinq ouvriers, on ne compte qu'une ouvrière. Réfléchir sur la place des employés dans l'espace social implique donc de prendre en considération deux caractéristiques : le monde social contemporain est, dans une certaine mesure, postindustriel, et la plupart des femmes y exercent une activité professionnelle.

---

<sup>1</sup> Nous appuierons principalement sur les travaux d'Alain Chenu ; notamment A. Chenu, *Sociologie des employés*, Ed. La Découverte, Paris, 2005.

<sup>2</sup> A. Chenu, *Sociologie des employés*, *op. cit.*, p. 3.

La secrétaire, le facteur, l'employé de banque, la caissière et l'employé de grande surface, l'employé(e) des petits commerces ou des magasins, l'aide soignante, l'assistante maternelle, la femme de ménage sont les figures les plus emblématiques du monde des employés. Nous sommes ici en présence d'un monde stratifié, avec son aristocratie des emplois administratifs et son prolétariat des services (et commerces...), un monde ni plus ni moins hétérogène que le monde ouvrier, deux univers socioprofessionnels aujourd'hui largement entremêlés, surexposés l'un comme l'autre au risque du chômage et de la précarité.

Les employés forment une catégorie du monde social qu'il ne faut pas percevoir comme un donné, mais davantage comme le résultat historiquement changeant de multiples interactions et de luttes de classement à l'intérieur même de ce monde. Dans le foisonnement des variantes et constructions particulières de cette catégorie, et devant l'imprécision qui entoure le terme d'« employé », A. Chenu nous aide à déceler trois traits relativement stables, communs à l'ensemble des professions ou emplois ordinairement inscrits dans l'univers des employés. Première caractéristique, les employés sont des salariés : en français, dans une acception large, « employé » équivaut généralement à « salarié » (personne rétribuée par un employeur – patron, entrepreneur). Ils se distinguent, d'autre part, de la *classe ouvrière*, plus orientée vers le travail manuel et industriel. Enfin, ils forment une catégorie qui se différencie (ce qui n'était pas le cas au 19<sup>ème</sup> siècle, où les « cols blancs » étaient encore minoritaires) de celle des cadres et autres salariés à haut niveau de certification scolaire ou universitaire.

En définitive, le mot employé renvoie à tout un ensemble d'emplois peu ou pas qualifiés de l'administration, du commerce, en passant par les services.

### *Des fonctions subalternes*

S'il existe, au-delà de la diversité des métiers et en dépit de l'hétérogénéité de la profession, un trait commun à l'ensemble des salariés et des salariées qui exercent des fonctions d'employé(e), c'est certainement le suivant : le travail d'employé, tel qu'il est pratiqué, est avant tout *un travail de subalterne*. En cela, il ne se distingue guère du travail ouvrier, qui se résume bien souvent à un strict travail d'exécution, fortement encadré, où l'espace de liberté est plus que réduit. La distinction entre employés et ouvriers, sur un plan professionnel, se situera plus au niveau de l'essence même du travail, sur la nature des tâches à effectuer : quand l'ouvrier, lui, sera affairé à une activité productive essentiellement manuelle,

l'employé, quant à lui, sera plus occupé à traiter une matière abstraite, de l'information (nous verrons par la suite que certains employés, toutefois, exercent aussi des tâches physiques, de la manutention : employés commerciaux de la grande distribution par exemple).

En tant que *salariés subalternes non manuels*<sup>3</sup>, les employés constituent donc un monde à part entière, qui s'est progressivement construit par opposition aux « cadres » (non subalternes) et aux non-salariés (agriculteurs, artisans, commerçants...).

## 2 - *Le travail des employés*

### *Hétérogénéité des situations professionnelles*

Essayer de décrire, de façon générale, en quoi consiste le travail des employés, est un exercice qui peut s'avérer compliqué étant donné l'importante hétérogénéité des situations professionnelles : nature des tâches, statuts, grande diversité des espaces de travail (bureaux, commerces, administrations), sans compter la forte mobilité de certaines fractions d'employés. Analyser avec justesse ce que peut être la nature du travail des employés ne saurait donc se faire sans la prise en considération de cette importante hétérogénéité des situations de travail<sup>4</sup>.

Plus encore que dans d'autres catégories socioprofessionnelles, les situations et les devenir socioprofessionnels des employés ne peuvent être appréhendés de manière globale ; les évolutions qui se dessinent au sein des administrations (bureaux, etc.), dans le commerce ou les services n'ont que peu de rapport entre elles.

Si l'on fait un peu d'Histoire afin de mieux saisir ces évolutions, mais aussi toute la diversité du groupe professionnel « *employés* », on notera que dans le courant des années 1960, les « spécialistes » du monde social mettaient en avant la « prolétarianisation » des employé(e)s de

---

<sup>3</sup> Définition INSEE (nomenclature CSP).

<sup>4</sup> A propos de l'hétérogénéité des situations de travail, v. S. Bosc, *stratification et classes sociales*, Armand Colin, Paris, 2008, p. 118 à 125.

bureau. Auréolés dans le passé de la confiance que leur accordaient leurs employeurs et d'un niveau de formation et d'instruction (rédiger, classer, etc.) peu répandu en dehors du monde des lettrés, ils perdaient petit à petit ce statut privilégié : le développement de la scolarité dévalorisait leurs compétences et la parcellarisation grandissante des tâches, la croissance des effectifs et la montée en puissance du salariat féminin contribuaient à déclasser leur statut.

Cependant, depuis les années 1970, les évolutions enregistrées ont de nouveau changé la donne. L'essor de l'informatisation ainsi que de la polyactivité a dans l'ensemble valorisé le travail de bureau, et si l'on parle aujourd'hui d'*OS du tertiaire*, c'est pour désigner d'autres catégories d'employés.

La diversité des situations de travail - et des conditions dans lesquelles il s'exerce - que nous évoquons apparaît assez nettement dans le secteur commercial. En effet, peu de choses en commun rassemblent les vendeurs des petites unités commerciales et les employés de la grande distribution. Ceux-ci (caissières, manutentionnaires) représentent une main d'œuvre peu qualifiée et flexible soumise à un rythme de travail élevé ou à des tâches physiquement pénibles.

L'hétérogénéité du monde des employés se mesure encore davantage dans les métiers des services, et plus particulièrement dans la catégorie regroupant les « personnels de services aux particuliers » : entre une coiffeuse, une concierge, ou une femme de ménage, les points communs sont à chercher...

La pluralité des situations de travail, chez les employés, est parfois telle que même au sein d'une même profession, le statut et les conditions de travail peuvent prendre des chemins radicalement opposés. C'est le cas, par exemple, des serveurs et commis de la restauration : style, élégance, raffinement et savoir-faire relationnel dans les restaurants de haute gamme ; a contrario, dans les selfs et autres fast-food, le métier de serveur se résume à un travail taylorisé, sous la menace constante de la précarité.



## *Comprendre et analyser le travail d'employé*

Pour mieux saisir la nature du travail des employés, comprendre en quoi il consiste, malgré la variabilité des situations professionnelles qui, on le sait, a tendance à contrecarrer les tentatives d'analyses globales, peut être est il nécessaire de caractériser, d'abord, les objets et moyens de travail des employés, et, dans un second temps, la place des employés au sein des organisations qui les salarient<sup>5</sup>.

Alors que les objets sur lesquels interviennent les ouvriers sont essentiellement des objets matériels, qu'ils manipulent ou qu'ils produisent à la force de leurs bras (travail manuel), les objets de travail des employés, eux, sont principalement des informations et des personnes.

L'analogie entre ouvriers et employés fonctionne mieux lorsque l'on considère les places respectives qui leurs sont attribuées à l'intérieur des organisations où ils travaillent : employés et ouvriers ont en commun d'être des salariés occupant une position subordonnée, laissant peu de part à l'initiative personnelle. Tous deux sont des subalternes, d'un niveau de qualification relativement faible (l'un expliquant l'autre...). Les uns et les autres se différencient, au long d'échelles combinant position hiérarchique ou statut et degré d'expertise technique, des salariés d'un niveau immédiatement supérieur (« professions intermédiaires » de l'administration, du commerce et des services, « techniciens » et « agents de maîtrise »).

A plusieurs reprises, nous avons usé du parallèle entre les situations professionnelles des employés et celles des ouvriers. L'étude comparative de ces deux catégories de travailleurs subalternes (et les similitudes, ou les divergences qui en ressortent) peut nous permettre, semble-t-il, de mieux comprendre quelle est la nature du travail des employés.

Aussi, avant d'examiner ce que sont concrètement les conditions de travail des employés, secteur par secteur, puis les répercussions que celles-ci peuvent avoir sur la santé des salarié(e)s, commençons par quelques considérations générales, à portée plus théorique, qui

---

<sup>5</sup> Deux auteurs ont apporté une contribution majeure à l'analyse des *objets* et des *moyens de travail* des employés. L'Anglais C. Babbage, précurseur de l'informatique, fut le premier à mettre en relief une série de traits communs à la technologie du traitement de la « matière matérielle » et à celle du traitement de l'information, qui occupe de nos jours une grande partie du temps de la plupart des employés administratifs. Le sociologue français M. Halbwachs a mis l'accent sur la dimension interpersonnelle du travail des employés, qu'il caractérise comme une intervention sur « l'humanité matérialisée ».

Quant à l'analyse de *la place des employés au sein des organisations*, elle doit beaucoup à M. Weber, fondateur d'une célèbre sociologie des bureaucraties, dont les employés administratifs sont aujourd'hui les « fonctionnaires » de base.

devraient par la suite nous permettre d'interpréter avec plus de finesse les données qui ressortent du terrain (enquêtes, statistiques, etc.).

La manufacture, le machinisme et l'automatisation sont une série d'étapes qui, successivement, ont profondément marqué le processus d'industrialisation ; ces étapes concernent le traitement des supports d'information aussi bien que celui de la « matière matérielle »<sup>6</sup>. Comme le mentionne A. Chenu, « les ouvriers qui traitent de la matière et les employés qui traitent des signes détiennent les uns et les autres une compétence intellectuelle ou symbolique et un ensemble de savoir-faire manuels ou physiquement incorporés »<sup>7</sup>. Dépourvus de rôles d'encadrement ou de direction, limités dans leurs choix décisionnels, les uns les autres appliquent (ou exécutent !) des procédures plus ou moins standardisées en s'en tenant à ce que leurs supérieurs hiérarchiques attendent d'eux.

#### *Traitement de la matière, traitement de l'information*

Qu'il s'agisse du traitement de l'information ou du traitement de la matière, l'équipement des travailleurs et leur collaboration éventuelle sont susceptibles de prendre quatre formes principales. Décrivons-les sommairement, en suivant la chronologie proposée par Chenu.

La *production artisanale* renvoie au travail individuel faisant appel à des *outils* manuels.

Si l'on observe, par exemple, le sabotier qui fabrique un sabot ou l'employé aux écritures qui tient un livre de comptes, on verra que notre expert en sabots travaille le bois à l'aide d'une hachette, puis de différentes gouges, tandis que l'employé, en s'appuyant, certainement, sur des fiches correspondant aux ventes de la journée, inscrit des nombres à l'aide d'une plume et en effectue l'addition grâce à son cerveau<sup>8</sup>.

La *manufacture*, quant à elle, se caractérise par une *division du travail* entre des opérateurs pourvus d'*outils* manuels. Si l'on prend le cas des manufactures d'épingles, rendues célèbres

---

<sup>6</sup> A. Chenu, *op. cit.*, p. 27.

<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 28.

<sup>8</sup> « Dans les deux cas », n'oublie pas de préciser Chenu, « le travail comporte une dimension symbolique (le sabotier connaît la forme du sabot et les risques de fente du bois, l'employé connaît l'arithmétique et les règles de présentation de ses additions) et une dimension matérielle (le sabotier évide le bois et son bras et plus ou moins expert au maniement du maillet, l'employé transfère de l'encre sur le papier et sa main est entraînée à une plus ou moins belle calligraphie) » (*Ibid.* p. 29).

par A. Smith, lorsqu'il exposait ses théories économiques<sup>9</sup>, on voit des ouvriers confectionner les pointes, d'autres les têtes. Dans une manufacture de logarithmes, par exemple, des opérations complexes sont résolues par des mathématiciens chevronnés, tandis que des employés subordonnés, d'un degré de formation inférieur, réalisent des additions et des soustractions. Ces derniers sont astreints à un travail répétitif, d'une mécanique si simple qu'il ne nécessite pas de compétences élevées, excepté celle qui exige d'eux un certain rendement, une productivité et un taux d'exactitude dignes d'une machine à compter. En se transformant, peu à peu, en véritables virtuoses d'opérations de détail qu'ils reproduisent à longueur de journée, ces salariés se retrouvent, rapidement, prisonniers du travail parcellaire (on peut faire le parallèle, ici, avec la virtuosité des employés aux écritures qui recopient des textes à longueur de journée : un exercice qui ne réclame pas un grand niveau de formation, ni une vaste culture...).

*La machine à commande manuelle*, qui évoque l'ère industrielle, est la troisième forme d'équipement que les travailleurs peuvent mobiliser pour traiter la matière et l'information.

En se servant d'une fraiseuse qu'il règle manuellement, le fraiseur creuse un bloc de métal et confectionne une pièce mécanique ; la dactylo, dans un style différent mais sur les bases du même principe, tape, à partir d'un brouillon manuscrit, une lettre à l'aide d'une machine à écrire dont elle actionne à la main les touches et le chariot.

Enfin, dernier outillage utile au traitement de la matière ou de l'information et qui caractérise l'ère informatique : la *machine pilotée par ordinateur*. Après avoir fixé, par exemple, un bloc de métal sur sa fraiseuse, un opérateur sur machine à commande numérique lance le programme qui ordonne la séquence de fabrication d'une pièce mécanique. Une secrétaire – traitement de texte –, après avoir conçu une lettre type et un fichier d'adresses grâce à son micro-ordinateur, lance l'édition et l'impression d'un *mailing personnalisé*.

---

<sup>9</sup> On pense notamment à son célèbre ouvrage sur *La richesse des nations* ...

### *Traiter de l'information : un travail mécanique et standardisé*

Le traitement de l'information, qui constitue la tâche principale des employés des différentes administrations, renferme des spécificités qui le font se distinguer particulièrement, notamment au niveau de la *forme*, du travail productif, plus centré sur l'action sur la matière.

Si l'on considère les choses du point de vue des caractéristiques les plus visibles, on observera, entre ces deux façons de travailler, des différences, non seulement, entre les équipements et les moyens de production, mais également, entre la réalité des conditions de travail (degré de dangerosité, nocivité, etc.).

La taille des objets de travail et des équipements est en règle générale plus volumineuse dans la production des biens matériels que dans le traitement de l'information. L'environnement de travail des manœuvres, qui plus est, comporte aussi sa part de dangerosité, compte tenu des outils de production mobilisés ; les mineurs sont exposés aux coups de grisou, les ouvriers de la construction et du bâtiment à des chutes. En revanche, il y a peu de chances qu'un employé administratif soit conduit aux urgences hospitalières s'il venait à recevoir sur le pied un stylo ou un de ses dossiers...

Il est vrai, d'un autre côté, que le travail industriel, se pratiquant sous des formes plus automatisées, accroît la distance entre les ouvriers et leurs équipements ; cela explique aussi la moindre fréquence des accidents du travail, même si le phénomène perdure, comme on l'a vu, dans ces secteurs professionnels. Toutefois, nous ne contredirons pas Chenu lorsqu'il affirme que « *les employés, avec leurs mains blanches et leur vêtement de ville, entretiennent un rapport à la matière qui reste dans l'ensemble nettement moins rude, moins salissant, moins dangereux, moins manuel, moins prométhéen que celui des ouvriers* »<sup>10</sup> (nous aurions préféré, néanmoins, que Chenu précise de quels types d'employés il parle ; sa description, aussi juste soit-elle, s'applique essentiellement aux salariés qui manipulent de l'information et que l'on retrouve surtout dans le secteur administratif).

Lorsqu'il traite de l'information, un employé a affaire à des signes, non à des personnes. Le traitement de l'humanité, ou de ce que Halbwachs appelle « *l'humanité matérialisée* » (traitement d'une matière humaine qui n'est certes, pas inerte, comme peut l'être la « *matière matérielle* », qui occupe les ouvriers, mais que les employés peuvent traiter aussi comme une

---

<sup>10</sup> A. Chenu, *op. cit.*, p. 32.

matière de travail à part entière, comme une chose), concerne au premier chef les employés du commerce et des services. Mais laissons ces considérations de côté pour l'instant.

A n'en point douter, un travail qui consiste à traiter de l'information (employés) et un travail qui est plus spécialisé dans le traitement de la matière (ouvriers, manœuvres) ne répondent pas aux mêmes critères de dangerosité ou de nocivité. La « brutalité » des conditions de travail, propre aux métiers manuels, n'est pas la même que dans les administrations, surtout au niveau de la pénibilité physique et des éventuels risques, déterminés par la nature des tâches à exécuter.

Cela étant dit, on ne peut, sous prétexte que les risques physiques sont quasi absents des branches administratives, occulter les méfaits, notamment du point de vue de l'état psychologique, que peut occasionner un travail qui se résume à traiter de l'information, à classer, à enregistrer, à répondre, machinalement. On peut déjà mentionner un point important qu'il nous faudra développer : considérer la souffrance au travail du seul point de vue de la pénibilité physique serait bien réducteur. Les cas récents de suicides au travail, dans certaines administrations, sont là pour nous le rappeler<sup>11</sup> ; sans compter les états dépressifs, les risques « psychosociaux » (stress au travail, charge mentale, etc.). Il est important, aussi, de comprendre que l'information, comme la matière, se prête au stockage, à la mécanisation, à l'automatisation, à des procédures standardisées, à l'industrialisation entendue au sens large du terme.

Cette approche générale de la nature du travail des employés investis essentiellement d'une mission de traitement de l'information doit à présent être relayée par une description plus détaillée du monde de l'administration et des conditions de travail que l'on y rencontre.

---

<sup>11</sup> Standardistes, téléphonistes de France Telecom, par exemple...

## *Employés administratifs*

Le monde de l'administration se différencie assez nettement de celui des services à la personne et du commerce. On peut distinguer trois niveaux de qualification et de position hiérarchique : au sommet, les *cadres*, porteur d'un pouvoir décisionnel et investis de responsabilités ; puis, comme leur nom l'indique, les *professions intermédiaires*, sans être dépossédées de toutes responsabilités et pourvues d'un certain niveau de formation, se situent dans le « ventre mou » des organisations, subordonnées aux cadres mais jouissant d'une position plus gratifiante que celle des employés, qui eux, souvent peu qualifiés, demeurent préposés aux fonctions subalternes.

Le monde des emplois administratifs est aussi traversé par un clivage entre l'emploi public et l'emploi privé (ou semi-public, plus directement exposé aux lois du marché).

Dans les années 1950, trois employés administratifs sur cinq étaient des femmes ; en l'an deux mille, la proportion s'élève à quatre sur cinq. Leur travail, en tant que salarié(e)s commis aux tâches subalternes, se limite généralement au traitement de l'information.

Le tableau suivant (p. 190) nous permet de voir comment se décomposent les emplois administratifs, avec la séparation entre le groupe des employés civils de la fonction publique et celui des employés administratifs d'entreprise.

## Les professions administratives, 1984-2000

	Effectifs (milliers)		variation annuelle (%)	proportion en 2000 (%)		
	1984	2000		femmes	jeunes (av. 35 ans)	bacheliers
<b>Employés civils de la fonct<sup>o</sup> publique</b>	<b>1010</b>	<b>1254</b>	<b>1,4</b>	<b>78,4</b>	<b>27,3</b>	<b>29,6</b>
Agents d'exploitat <sup>o</sup> PTT	125	88	- 2,2	56,4	20,9	29,7
Préposés des PTT	101	103	0,1	37,8	23,4	20,3
Agents des impôts, Trésor, douanes	78	68	- 0,9	67,5	16,6	43,4
Commis, adjoints admin.	238	494	4,7	84,4	24,8	40,1
Agents de bureau, admin.	246	125	- 4,1	71,0	31,6	33,0
<b>Employés administratifs d'entreprise</b>	<b>1934</b>	<b>2011</b>	<b>0,2</b>	<b>82,1</b>	<b>39,8</b>	<b>49,9</b>
Secrétaires	568	683	1,2	97,2	37,0	46,9
Dactylos	116	8	- 15,4	84,9	31,1	34,3
Opératrices de saisie	81	54	- 2,5	66,7	51,7	41,7
Opérateurs d'exploitation en informatique	40	32	- 1,4	87,9	44,7	34,0
Standardistes, téléphonistes	400	407	0,1	81,5	42,8	57,7
Employés services compta.	323	364	0,7	72,6	43,5	44,4
Employés admin. Divers	199	158	- 1,4	64,1	27,8	57,0
Employés de banque	118	131	0,7	78,4	25,5	50,4
Employés d'assurance	34	51	2,6	48,4	51,5	53,8
Employés des transports, agents d'accueil	53	117	5,1	76,2	53,6	55,4
<b>Prof. interm. Admin. de la fonction publique</b>	<b>281</b>	<b>312</b>	<b>0,7</b>	<b>63,9</b>	<b>16,5</b>	<b>63,7</b>
<b>Prof. interm. admin. d'entreprise</b>	<b>293</b>	<b>358</b>	<b>1,3</b>	<b>69,8</b>	<b>34,0</b>	<b>64,5</b>

Source : INSEE, enquête « Employés » (moyenne sur cinq années, 1982-1987 et 1998- 2002).

## *Public, privé...*

Les discussions autour de la fonction publique et du secteur privé prennent souvent la tonalité suivante : le public, c'est la sécurité de l'emploi, la tranquillité et la sérénité au travail, tandis que le privé est plus perçu comme une « jungle », où les exigences professionnelles sont plus élevées (pression constante), et où les conditions de travail sont plus difficiles, plus précaires<sup>12</sup>.

Pour ce qui est de la situation des employés pris dans ce clivage, ces discours, bien que réducteurs, ne sont pas totalement infondés. Le privé, en effet, reste toujours plus exposé aux lois du marché. Sur le plan de la sécurité de l'emploi, qui reste un élément essentiel pour travailler dans de bonnes conditions (l'angoisse de perdre son emploi, l'absence de garanties professionnelles à long terme, le rapport incertain à l'avenir, etc., n'est certainement pas sans effets sur la santé des salariés), le public, dans l'ensemble, offre plus de garanties. Tous les employés de l'Etat ou des collectivités territoriales ne sont pas des fonctionnaires, cependant la précarité les affecte moins que leurs homologues du secteur privé. Au recensement de 1999, le taux de chômage est de 6,8 % parmi les employés civils et agents de service de la fonction publique et de 19,4 % parmi les employés administratifs d'entreprise<sup>13</sup>. Or, les conséquences de l'emploi précaire sur la santé des salariés qui y sont régulièrement confrontés sont clairement établies, de même que la surmortalité liée au chômage. Nous serons amenés à développer ces aspects dans un chapitre à part entière.

---

<sup>12</sup> V. à ce sujet le paragraphe de Volkoff & Gollac, portant sur les avantages, mais aussi les exigences du service public (in *Les conditions de travail*, *op. cit.*, p. 58,59).

<sup>13</sup> Chiffres présentés par A. Chenu, in *sociologie des employés*, *op. cit.*, p. 47.



### 3 - Conditions de travail...et santé<sup>14</sup>

Au-delà des dissemblances qui apparaissent, du point de vue des situations professionnelles, entre la fonction publique et le privé, il semblerait que les employés administratifs, dans l'ensemble, ne fassent pas partie des salariés (subalternes et peu qualifiés) les plus exposés aux risques professionnels (notamment du point de vue de la pénibilité physique, accidents, etc.).

Le secrétariat, par exemple, emploi éminemment féminin (représentation et parure obligent !), renvoie à des tâches qui permettent difficilement la comparaison, en termes de pénibilités, d'usure au travail, de vieillissement précoce, avec celles qui persistent, par exemple, dans les milieux ouvriers ; l'appellation de « secrétaire » renvoie à des fonctions floues et variées, mais, chose importante, elle offre la possibilité d'une relative autonomie professionnelle, autonomie qui fait par ailleurs cruellement défaut à l'ensemble des salariés subalternes peu qualifiés. Le personnage de la secrétaire, en outre, est souvent doté d'un fort pouvoir de séduction qui lui offre la possibilité de s'affranchir, parfois, de son rôle subalterne (dominé) en dépit de l'insuffisance de ses compétences techniques en matière de travail de bureau.

Le travail d'employé administratif, toutefois, bien qu'il préserve des pénibilités physiques et des risques importants (AT par exemple) ne peut être présenté comme un travail captivant et attrayant à tout point de vue, se réalisant dans l'autonomie la plus parfaite ; il est d'ailleurs rarissime qu'il se résume à des activités gratifiantes et valorisantes, favorables à l'épanouissement professionnel, sources de satisfactions et porteuses de sens pour les salariés. Si pénibilités, contraintes, risques, notamment psychosociaux (charge mentale) il y a, ces difficultés résultent autant des conditions de travail que les salariés rencontrent (ou supportent) au quotidien que de la nature spécifique de leur travail, de la singularité des tâches qui leur sont confiées, de leur statut.

Du point de vue de l'analyse des conditions de travail des emplois administratifs, deux éléments majeurs, pouvant être sources de nuisances et de nocivités, doivent être retenus et intégrés : premier élément, les employés des administrations ne sont pas épargnés des lois de l'intensification du travail. Parmi les critères permettant d'évaluer celle-ci, « *devoir*

---

<sup>14</sup> Enquêtes sur lesquelles nous allons principalement nous appuyer : Enquêtes *Conditions de travail selon CSP* (1984, 1991, 1998, 2005) ; publications DARES, *Premières synthèses*, janvier 2007 : « *conditions de travail, les marges de manœuvre en léger recul* » ; « *l'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003* » in *Données sociales – La société française édition 2006*, INSEE, Paris, pages 385- 393.

*fréquemment abandonner une tâche pour une autre plus urgente* », « *changer de poste en fonction des besoins de l'entreprise* », ou encore « *avoir un rythme de travail imposé par une demande extérieure à satisfaire immédiatement* » sont ceux qui, par leurs aspects contraignants, semblent affecter en premier lieu ces salarié(e)s.

A l'intensification du travail s'ajoutent des contraintes pesant sur les marges de manœuvre et la latitude décisionnelle dont bénéficient les employés. Et la sphère d'autonomie est bien réduite, si on la compare à celle des emplois plus qualifiés (cadres, professions intermédiaires). Une part non négligeable d'employés administratifs, par exemple, reçoit des indications précises sur la manière de procéder, ou demeurent dans l'impossibilité de faire varier les délais fixés pour faire le travail.

C'est une hypothèse dont il serait intéressant de vérifier la validité et la pertinence, mais il nous semble, suite à cette description des contraintes organisationnelles que peuvent rencontrer certains employés, que ces mesures coercitives, véritables entraves à l'autonomie professionnelle, soient amplifiées, ou plutôt, rendues moins supportables, par le fait que le travail d'employé reste avant tout un travail de subalterne, parfois standardisé, machinal, répétitif et donc peu créatif (et inversement : c'est parce que le travail d'employé est rébarbatif et qu'il ne requiert pas de hautes qualifications qu'il se voit imposer cet encadrement strict, meilleur garant d'une efficacité et d'une productivité ?).

Disons que l'essence même du travail d'employé, lorsqu'il se limite au seul traitement de l'information, peut rapidement entraîner les salariés dans un mode de fonctionnement très automatisé, voire dans des postures professionnelles et dans des procédures standardisées répondant d'une logique industrielle (intensification, productivité, délais, etc.).

*Cette mécanisation des opérations de l'esprit*, qui réclame une sollicitation très machinale, donc peu créative, des fonctions intellectuelles, ne se distancie guère, sur le fond, de la façon dont le travailleur manuel est tenu et contraint de mobiliser, voire de détériorer ses potentialités physiques ; si ce dernier, subalterne des métiers physiques, mortifie son corps à l'usine ou au chantier, l'employé, lui (ou elle), non manuel, mais subordonné aux tâches intellectuelles les plus automatisées, réduit, au fil du temps, à une mécanique pure ses facultés de penser, d'imaginer, de produire des concepts lui appartenant, fruits de son abstraction. Il est encadré, son travail lui est dicté, toute son inventivité n'est qu'au service de la logique administrative et bureaucratique, et il est d'autant plus parfait qu'il est plus borné et plus incomplet.

Les employés de commerce et ceux des services rendus aux personnes sont par excellence les spécialistes du traitement de l'*humanité matérialisée*<sup>15</sup>. Moins lettrés et perçus comme moins typiquement « employés » que leurs collègues subalternes des tâches administratives, leur rôle est d'abord de répondre aux demandes de la clientèle et d'essayer de la satisfaire, en faisant preuve de qualités qui, généralement, ne relèvent pas d'une formation technique ou professionnelle particulière, ni d'un haut degré de formation. Pour aspirer à une embauche, cette catégorie de salariés doit donc répondre à certains critères simples et « ordinaires » (pas au sens péjoratif ou dévalorisant du terme : « simple », « ordinaire », c'est-à-dire qui ne nécessite pas un niveau de diplômes élevé) : une présentation de soi correcte, de la civilité dans l'accueil, dans le rapport et la relation aux personnes et aux clients, des compétences communes comme celles, par exemple, de savoir faire le ménage, de s'occuper d'un enfant ou d'entretenir le linge, etc....

La masse des emplois concernés n'est pas insignifiante : elle se situe autour des quatre millions<sup>16</sup>. La précarité y sévit de façon encore plus brutale que dans le monde administratif. Les employés de commerce et les personnels de services directs aux particuliers connaissent des taux de chômage très élevés (en 1999, 23% et 18% au sens du recensement) ; fait notable, aucune catégorie ouvrière ne chôme autant que les employés de commerce et le temps partiel atteint chez eux des niveaux records (45% et 54% respectivement pour l'année 2002)<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Expression de M. Halbwachs (reprise par A. chenu, in *Sociologie des employés, op. cit.*)

<sup>16</sup> En 2010, l'INSEE (enquête emploi) recense environ 28 M. de personnes actives (plus de 15 ans)...

<sup>17</sup> A. Chenu, *op. cit.*, p. 59.

## *Le poids des conditions de travail*

Nous pouvons constater, à partir des enquêtes de la DARES, une véritable prolétarianisation du monde des employés du commerce et des services, prolétarianisation qui est en partie lisible à travers la dégradation progressive des conditions de travail, signifiant, concrètement, un durcissement, depuis les années 1980, des contraintes physiques et des difficultés émanant de l'organisation du travail.

Pour preuve, sur le seul plan de la pénibilité physique, la dimension contraignante du travail, en l'espace d'une vingtaine d'années, a quasiment triplé pour ces catégories de salariés. Si en 1984, 15% d'entre eux déclaraient que l'exécution de leur travail leur imposait de *rester longtemps dans une posture pénible*, en 2005, presque 50% d'entre eux se plaignent de ce désagrément<sup>18</sup> ; il en va de même pour le fait de *devoir porter ou déplacer des charges lourdes* : en 1984, 27% d'employés de commerce et de services étaient tenus de s'employer physiquement au travail ; en 2005, ils sont presque 60% à exécuter des tâches physiques qui ne participent pas forcément à la mise en place de bonnes conditions de travail et qui, on le sait, peuvent avoir de lourdes conséquences sur leur santé (problèmes de dos, lombalgies, hernies discales, épuisement, usure précoce...).

A bien des égards, les situations professionnelles de cette catégorie d'employés se rapprochent, du point de la pénibilité, de celles que peuvent rencontrer les salariés d'exécution – ouvriers - (tableau p. 196) ; on observe une réelle distance, du point de vue de la qualité du travail et notamment des contraintes physiques à endurer, entre ces « classes populaires » (employés, ouvriers) et les autres catégories professionnelles (profession intermédiaires, cadres).

---

<sup>18</sup> Enquêtes Conditions de travail, 2005, DARES.

## EMPLOYE(E)S DU COMMERCE ET DES SERVICES :

### *DES CONDITIONS DE TRAVAIL SOUVENT PROCHES DE CELLES DES OUVRIERS*

---

<i>% de salariés qui déclarent...</i>	Employés du commerce et des services directs aux particuliers	ouvriers	autres catégories
Rester longtemps debout	77%	76%	38%
Travailler dans une posture pénible	45%	57%	26%
Porter/déplacer des charges lourdes	48%	61%	24%
Faire des mouvements douloureux ou fatigants	50%	60%	13%
Répéter toujours une même série de gestes ou d'opérations	38%	46%	18%
Manipuler des produits toxiques ou nocifs	19%	37%	15%

---

*Source : enquête DARES de 1998 sur les conditions de travail.*

Les spécificités du travail ouvrier, que nous avons examinées à loupe antérieurement (du moins du point de vue de la relation entre travail et santé), ne doivent pas faire croire à une coupure radicale vis-à-vis des autres salariés, et notamment vis-à-vis des salariés peu qualifiés du commerce et des services. Comme nous le rappelle clairement le tableau précédent, les employés de commerce et des services exercent parfois leur profession dans des conditions qui se rapprochent, sur certains points, de celles que rencontrent les ouvriers. Cette catégorie d'employés, en plus de supporter d'importantes contraintes physiques, est régulièrement astreinte à des tâches répétitives (*répéter toujours une même série de gestes et d'opérations*) ; Cet élément tend à rapprocher ces salariés subalternes, formées en majorité de femmes, des ouvrières.

Comme les ouvriers, la plupart des employé(e)s de commerce et des services connaissent un encadrement strict de leur travail et leurs marges de manœuvre sont bien restreintes : ils n'ont ni marge de liberté pour leurs horaires (ceux-ci pouvant être tardivement indiqués et strictement fixés), ni possibilité de s'interrompre dans leur travail<sup>19</sup>.

Toutefois leurs conditions de travail se différencient nettement de celles des ouvriers en ce qui concerne la dimension hygiénique, les nuisances, les risques, les déterminants du rythme de travail.

Les situations de travail répétitif sous forte contrainte de temps et exigeant de l'attention sont de plus en plus répandues dans l'univers professionnel, et tout particulièrement dans les branches qui recrutent des salariés sans grandes qualifications ; c'est, en somme, un effet habituel de la combinaison des modes d'organisation marchand et industriel-bureaucratique<sup>20</sup>. Parmi les employé(e)s de commerce, les caissières de la grande distribution subissent régulièrement ce cumul de contraintes (travail répétitif + contraintes de temps + attention soutenue) : l'utilisation du scanner rend leur travail encore plus répétitif ; toute leur attention est mobilisée pour coordonner leurs gestes avec ceux du client ; le souci d'éviter de l'attente aux caisses, la gestion des effectifs au plus juste et l'imposition de normes de production engendrent d'importantes contraintes temporelles. L'augmentation des troubles musculo-

---

<sup>19</sup> Cf. M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 54.

<sup>20</sup> Dans l'automobile, pour reprendre un exemple de Gollac et Volkoff, le souci d'adapter la production à la demande conduit à proposer une gamme de modèles quasi illimitée étant donnée la combinaison de nombreuses options. Chaque voiture a sa spécificité et diffère de la précédente. Or les ouvriers de chaîne voient leur attention sollicitée en permanence. Alors que le travail demeure essentiellement répétitif, la diversité prend du temps : il faut lire les étiquettes, choisir les pièces à monter, il est difficile d'anticiper son travail puisqu'on ne sait pas exactement ce qu'on aura à faire. Cette perte de temps aggrave la pression temporelle. La combinaison travail répétitif/contraintes de temps/ attention soutenue envahit aussi le secteur tertiaire. Le traitement de formulaires administratifs sur écran entraîne souvent ce cumul.

squelettiques et autres *maladies pour efforts répétés* est largement repérable dans la plupart des professions confrontées à ce type de travail<sup>21</sup>.

Pour rester dans l'univers des grandes surfaces, on peut également évoquer le cas des employés commerciaux qui constituent une main d'œuvre faiblement qualifiée, flexible et corvéable, soumise aux exigences de la manutention (porter, ranger, mise en rayon, etc.) et donc fragilisée par ces pénibilités physiques : technicité insuffisante, urgence, environnement de travail inadapté, horaires tardifs et changeants conjuguent ici leurs effets.

Les employés des services rendus aux personnes, dont la majorité se situe à un niveau peu qualifié, connaissent peu de souplesse dans les horaires de travail<sup>22</sup>. Ils n'ont pas de liberté dans la détermination de ces horaires qui la plupart du temps sont subis. On leur impose, ils leur sont dictés, parfois tardivement. Ces contraintes maintiennent ces salariés dans une position subordonnée ou leur autonomie (comme les possibilités d'aménager leur temps au travail et en dehors) est fortement rétrécie. La gestion du temps au travail, passant, aussi, par une certaine prévisibilité des horaires (dont dépendent la gestion et l'organisation du temps personnel), est fortement encadrée.

Au sein du groupe socioprofessionnel des employés, la catégorie des personnels des services directs aux particuliers et celle qui enregistre le moins de diplômés, le plus d'immigrés (étrangers ou français par acquisition), le plus d'emplois à temps partiel. Les âges extrêmes sont aussi surreprésentés.

La description des situations professionnelles que rencontrent les employés, qu'ils remplissent le contingent des métiers subalternes des administrations, du commerce ou des services, ne saurait s'arrêter ici. Cependant, dans un souci d'approche globale (vue synthétique) de ces phénomènes de santé au travail, nous nous en tiendrons à cet ensemble de considérations.

---

<sup>21</sup> Pour plus d'éléments sur le travail des caissières (horaires, manutention, travail répétitif, machinal : d'ailleurs ne sont-elles pas progressivement remplacées par des caisses automatiques... par des machines ?), v. M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 48, et A. Chenu, *op. cit.*, p. 63.

<sup>22</sup> M. Gollac, S. Volkoff, *Ibid.*

**III - Cadres, professions intellectuelles  
supérieures & professions intermédiaires :**

*Un autre rapport au travail ?*



# 1 - Les professions intermédiaires

*Des « classes moyennes » ?*

L'appellation « professions intermédiaires » est un regroupement de professions qui forme un grand ensemble - un donné -, résultat d'une construction élaborée selon certains critères et qui ne peut être totalement homogène. Dans une perspective d'analyse plus ciblée sur les notions de *stratification* et de *classes sociales*, cette catégorie de travailleurs aurait tendance à être assimilée à ce que l'on appelle les *classes moyennes* ou les *classes moyennes-supérieures* ; même si, pour plusieurs raisons, les rapports et les correspondances entre catégories socioprofessionnelles (CSP) et classes sociales répondent parfois d'une logique assez complexe, ce qui explique que les confusions entre les premières et les secondes sont fréquentes. Il est néanmoins utile et même conseillé d'établir des correspondances entre *catégories socioprofessionnelles* et *classes sociales*.

L'étude des professions intermédiaires – notamment dans leur rapport au travail - nous incite d'ailleurs à apporter certaines précisions, à formuler quelques remarques générales qui s'appliquent à *l'ensemble des catégories socioprofessionnelles*.

La plupart des données statistiques d'ordre économique, social et culturel sur les individus et les ménages sont fournis à travers la grille des catégories socioprofessionnelles (tout comme les données sur la santé, la mortalité, la morbidité que nous utilisons : les indications chiffrées

relatives à l'espérance de vie, par exemple, nous sont elles aussi livrées à travers la grille des CSP. On parlera plus couramment - et surtout plus *objectivement* - de l'espérance de vie à 35 ans d'un ouvrier non qualifié que de l'espérance de vie au même âge d'un membre des classes *inférieures*. Une étude rigoureuse des inégalités sociales de santé en fonction de la *classe sociale* ne peut donc être menée à bien si elle n'est pas précédée d'une analyse précise des mêmes questions en fonction, cette fois, de l'appartenance à telle ou telle catégorie sociale).

Aussi, les CSP demeurant des indicateurs imparfaits mais tangibles des positions de classes, ces éléments statistiques représentent un instrument essentiel pour l'étude des classes. Cependant, dans la mesure même où les principes de construction diffèrent, on ne peut généralement tenir les groupes socioprofessionnels pour des classes et vice et versa<sup>1</sup>. Car si la profession classe – *un travail, au-delà de la pratique d'un métier, implique une condition* -, elle n'est pas la seule à le faire.

La dénomination « professions intermédiaires » est une création de la nouvelle nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles. Deux tiers des membres du groupe occupent effectivement une position intermédiaire entre les cadres et les agents d'exécution, ouvriers ou employés. Les autres sont intermédiaires dans un sens plus figuré (cf. « classes moyennes »). Ils occupent des fonctions dans l'enseignement, la santé et le travail social ; parmi eux, les instituteurs, les infirmières, les assistantes sociales, les éducateurs spécialisés.

Quant au niveau de certification scolaire ou universitaire, plus de la moitié des membres du groupe ont désormais au moins le baccalauréat. Leur féminisation, assez variable, reste toutefois très limitée dans les professions techniques<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Sur les rapports (complexes...) entre CSP et classes, voir S. Bosc, « *stratification et classes sociales* », *op. cit.*, p. 71-75.

<sup>2</sup> Cette CSP a pour objectif de regrouper les personnes qui appliquent, dans leur activité, des connaissances ou des pratiques technologiques de type industriel. Celles-ci sont de rang supérieur, sans avoir la qualité de cadre (cf. INSEE).

Tout en étant attentifs à ne pas minimiser, ou, pire encore, à occulter la question de la souffrance au travail que peuvent vivre et ressentir les membres des professions intermédiaires, il convient, selon nous, avant toutes choses, de rappeler combien les conditions de travail que connaissent ces professions ont peu de choses à voir avec celles que nous avons été amenés à déchiffrer précédemment (exécutants/subalternes peu qualifiés : ouvriers, employés). Tant dans les conditions de travail en elles-mêmes, c'est-à-dire dans la nature des tâches à accomplir, dans la diversité des situations et des contextes de travail (environnement professionnel), que dans l'impact que peuvent avoir celles-ci sur la santé des salariés.

Les multiples enquêtes de la DARES (*conditions de travail*) nous permettent de constater, en premier lieu, que les membres des professions intermédiaires sont exemptés de la part non négligeable de pénibilités, de contraintes et de risques professionnels qui continue à fragiliser durablement les catégories professionnelles « inférieures », faiblement pourvues en capital scolaire et donc congédiées aux activités subalternes.

Si l'on s'en tient, pour commencer, aux seules pénibilités physiques, qui font des dégâts notables dans les rangs ouvriers (chez les employés de commerce aussi), on observe, en revanche, que celles-ci se manifestent de manière beaucoup plus discrète dans le monde des professions intermédiaires ; certainement parce que le *corps*, au sein de ces professions, n'est pas l'outil de travail par excellence. Moins sollicité que dans les métiers manuels (ou différemment ? moins violemment ?), il est aussi moins soumis et moins exposé à l'usure quotidienne et aux pathologies diverses, ainsi qu'aux risques professionnels et aux dangers<sup>3</sup>. Si pénibilités il y a, nous verrons qu'elles sont plus de l'ordre de la charge mentale, comme c'est généralement le cas pour la plupart des métiers qui se sont affranchis d'un rapport physique au travail, laissant place à des tâches qui répondent plus d'un travail intellectuel que

---

<sup>3</sup> Il est possible, à partir des enquêtes de la DARES, de mesurer à quel point les professions intermédiaires sont épargnées des pénibilités physiques comparativement aux ouvriers. Prenons, par exemple, l'année 2005 : 28% des membres des catégories intermédiaires devaient porter ou déplacer des charges lourdes contre 65% d'ouvriers ; 23% des professions intermédiaires effectuaient des mouvements douloureux ou fatigants contre 70% d'ouvriers ; seuls 9% des professions intermédiaires subissaient des secousses ou des vibrations contre 42% d'ouvriers ; quant à l'exposition à un bruit intense, 13% des professions intermédiaires y étaient confrontés, contre 40% d'ouvriers (*enquêtes Conditions de travail 2005 – DARES*).

manuel. La « tête », davantage sollicitée, se retrouve donc en première ligne face aux pénibilités du travail...<sup>4</sup>

### *Accidents & maladies professionnelles*

Il en va de même des risques d'accidents du travail. Les professions intermédiaires, comparativement aux ouvriers, sont nettement moins exposées à ce type de dangers<sup>5</sup>. L'environnement professionnel est difficilement comparable et les outils de travail n'ont pas la même taille, et encore moins le même degré de dangerosité (entre chuter du haut d'un bâtiment, se faire rouler dessus par un engin de plusieurs tonnes et tomber d'une chaise dans son bureau ou recevoir un dossier sur le pied, les dommages physiques et les séquelles ne sont pas tout à fait les mêmes !). Pour preuve, parmi toutes les catégories socioprofessionnelles, les professions intermédiaires de la fonction publique sont celles qui connaissent le taux d'accident le plus faible (juste devancées par les cadres du public) ; alors qu'en tête de ce triste classement siègent toujours les ouvriers de l'artisanat et de l'industrie, suivis des magasiniers/manutentionnaires et, dans une moindre mesure, des ouvriers agricoles<sup>6</sup>. On relèvera néanmoins un cas qui fait exception, parmi les catégories intermédiaires : celui des métiers de la santé et du travail social. Sans qu'ils soient pour autant surexposés aux risques d'accident du travail, les salariés de cette branche déclarent nettement plus d'accidents que les autres membres du groupe (professions intermédiaires de

---

<sup>4</sup> Profitons-en pour faire quelques remarques au sujet de l'opposition – au niveau du travail - *intellectuels/manuels*. La séparation entre ces deux formes de travail (tout comme, d'ailleurs, l'analyse de leurs effets respectifs sur la santé des salariés : une souffrance psychologique et aussi une souffrance physique - et inversement -, c'est pourquoi il faudrait, d'un point de vue anthropologique, plus raisonner en termes de souffrance globale de l'organisme, de souffrance « totale ») doit néanmoins être envisagée de façon plus minutieuse, et peut être moins binaire. On retrouve, en effet, au sein de ces deux groupes, des principes de classification et de différenciation internes. Tous les travailleurs manuels, par exemple, ne font pas *que* du travail manuel d'exécution, c'est-à-dire des tâches physiques prescrites, peu stimulantes intellectuellement, répétitives, pénibles et dégradantes à terme – ouvriers, manœuvres ; certains, comme les artisans, conçoivent intellectuellement leur œuvre avant de s'y atteler manuellement. On devine donc une différence entre, d'un côté, un travail manuel commandé, contraignant et aliénant, donc peu attrayant intellectuellement et, de l'autre, un travail manuel créatif et original, précédé d'un réel exercice de réflexion et de conceptualisation. On pourrait aussi, dans une même logique, appliquer ce raisonnement aux travailleurs intellectuels. Toutes les tâches qui relèvent de l'esprit ne sont pas systématiquement créatives, pas plus qu'elles exigent une haute qualité de réflexion (cf. employés : mécanisation des opérations de l'esprit). Un travail intellectuel n'est donc pas toujours un travail... « intellectuel », attrayant et porteur de sens.

<sup>5</sup> D'après les *statistiques technologiques des accidents du travail*, CNAM, 2008 ; v. aussi « *accidents, accidentés et organisation du travail* », résultats de l'enquête sur les conditions de travail 1998.

<sup>6</sup> Cf. « *Taux d'accident selon la CSP* », in « *accidents, accidentés et organisation du travail* », *op. cit.*

l'enseignement, de la fonction publique, des administrations, du commerce, techniciens, contremaîtres et agents de maîtrise). On peut penser que ce degré supérieur d'exposition trouve son explication principale dans le fait que ces professions – infirmiers psychiatriques, aides soignant(e)s, éducateurs, etc. -, plus que d'autres, sont amenées à encadrer et à gérer un public difficile et parfois violent (gestion de crises, contention physique, agressions, etc. : professionnels plus « exposés » physiquement). La question de la souffrance morale et psychique, dans les services sanitaires ou sociaux, mériterait aussi d'être soulevée, même si elle touche probablement davantage les employé(e)s de ce secteur : les syndromes d'épuisement professionnel ou *burn out*, constatés dans ces services, sont essentiellement dus à une combinaison de fatigue extrême et d'insatisfaction chronique vis-à-vis des résultats du travail<sup>7</sup>.

En ce qui concerne les maladies professionnelles<sup>8</sup>, résultant soit de l'exposition plus ou moins prolongée à des produits toxiques, voire à des substances cancérogènes, ou, dans un registre relevant plus de l'organisation du travail, d'un travail répétitif, intensif et pénible physiquement (générateur de TMS, pathologies du dos, etc.), on peut établir un constat identique à celui que nous avons dressé pour les accidents du travail : les professions intermédiaires sont relativement peu confrontées aux facteurs de nocivité susceptibles de provoquer, à plus ou moins brève échéance, des pathologies professionnelles. Pour considérer le seul cas de l'exposition à des cancérogènes, seuls 11% des membres des professions intermédiaires étaient, en 2003, confrontés à ce risque sur leur lieu de travail ; rappelons que pour la même année, la proportion s'élevait à 31% pour les ouvriers qualifiés...<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Cf. M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 31.

<sup>8</sup> Cf. chap. sur les conditions de travail des ouvriers...

<sup>9</sup> Cf. T. Coutrot « *L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003* » in *Données sociales – La société française édition 2006*, INSEE, Paris, 2006, p. 385-393.

Relativement préservées des facteurs de pénibilité physique et autres facteurs de nocivité, les professions intermédiaires, en revanche, semblent davantage concernées par des facteurs plus directement liés aux contraintes organisationnelles et aux nouvelles formes de travail, sources de pénibilité mentale. Essayons, toujours sur base des enquêtes *conditions de travail* (2005), d'identifier quelques unes de ces contraintes.

Il importe, au premier chef, de ne pas sous-estimer le fait que ces catégories professionnelles sont elles aussi, à des degrés divers, victimes des lois (soumises au diktat ?) de l'intensification du travail, provoquée en grande partie par des réformes organisationnelles, des innovations technologiques et des nouvelles pratiques managériales qui, depuis le début des années 1980, ne cessent de renforcer la part de contraintes pesant sur le rythme de travail (dans le *public*, également, qui fonctionne de plus en plus sur le modèle du privé...).

Ainsi, on peut observer, que d'une façon légèrement plus significative que les autres professions, les catégories intermédiaires se plaignent d'une organisation du travail qui les oblige à devoir fréquemment abandonner une tâche pour en réaliser une autre jugée plus urgente<sup>10</sup>.

Pour poursuivre dans la lignée des contraintes alimentées par l'intensification du travail, et qui constituent des facteurs non négligeables de charge mentale, on relèvera que plus de la moitié des membres des professions intermédiaires (62%) déclarent avoir un rythme de travail imposé par une demande extérieure à satisfaire immédiatement. Il est évident que les facteurs de charge mentale ou de pénibilité psychologique dépendent de la fonction qu'exercent les salariés. Par exemple, être obligé de se dépêcher est plus fréquent dans les fonctions de commerce et logistique, tandis que devoir changer inopinément de tâche (ou de postes ?) caractérise plutôt la fonction administrative<sup>11</sup>. Ces contraintes organisationnelles sont bien connues, notamment, des personnels administratifs de la Poste qui, d'après certaines sources, auraient des difficultés à vivre et à comprendre les changements d'une entreprise en

---

<sup>10</sup> 66% en 2005 ; ouvriers : 42% (enquêtes conditions de travail, 2005) ; nb : les employés administratifs sont largement concernés, tout comme les cadres. Les ouvriers non qualifiés sont moins concernés, certainement parce qu'ils sont tenus d'exécuter toujours la même tâche, machinalement : faible autonomie quant aux possibilités d'aménager (et de changer) leurs tâches ou d'organiser leur temps (travail répétitif, encadré...)

<sup>11</sup> Cf. M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 33.

transformation depuis plus de dix ans<sup>12</sup>. Il peut en résulter, pour les salariés, une réelle fatigabilité, due à un état de stress chronique (souffrance qui n'épargne pas les emplois qualifiés, mais qui concernerait toutefois un pourcentage plus élevé d'employé(e)s...). D'autant que les informations, en provenance de la hiérarchie, ne sont pas toujours claires et suffisantes, ce qui peut avoir pour effet de déstabiliser et d'isoler le personnel au moment d'organiser ses tâches. La souffrance au travail des salariés de France Télécom (allant jusqu'au suicide de certains), piégés par les mécanismes destructeurs des restructurations, a fait également couler beaucoup d'encre ces dernières années<sup>13</sup>. Les emplois qualifiés (professions intermédiaires, cadres), parfois livrés à eux-mêmes lors de ces programmes de refonte des entreprises, ne vivent donc pas des situations professionnelles toujours très confortables.

Sur cet ensemble de contraintes peuvent également se greffer, pour les emplois intermédiaires, des difficultés relevant plus de la qualité de la relation que les travailleurs peuvent entretenir, dans leur travail, avec autrui : collègues, supérieurs hiérarchiques, public (parmi les salariés en contact avec le public). Si, dans les probabilités de vivre des tensions avec ses collègues ou avec ses supérieurs hiérarchiques, les enquêtes *Conditions de travail* ne nous indiquent pas, à ce niveau là, d'écarts notables entre catégories professionnelles, il en va autrement de la qualité des relations que peuvent avoir certains membres des professions intermédiaires avec le public qu'ils ont en face d'eux<sup>14</sup>. L'exemple qui nous vient spontanément est celui des enseignants<sup>15</sup>, certainement plus confrontés que dans le passé à des jeunes en difficulté (école qui « récolte », si l'on peut dire, les problèmes sociaux...).

---

<sup>12</sup> « En 2008, face à la montée du stress, la Poste crée un observatoire de la santé (...). Une étude (commandée début 2008 par le président J.P. Bailly, au cabinet Strimulus, dirigée par le psychiatre P. Legeon), encore confidentielle, souligne les difficultés des personnels à vivre les changements liés à une restructuration permanente depuis dix ans (...). Au centre financier de la Poste à Lille, 3 salariés sur 4 sont atteints d'un « stress professionnel élevé », voire d'un hyper stress, une souffrance psychologique qui présente un risque pour la santé, selon les médecins du travail. Bien qu'il concerne un emploi qualifié sur quatre (cadres, professions intermédiaires), le stress chronique est plus élevé chez les employés (42%) (...). De ces remaniements (et nouvelles formes de travail) découle « une perte de repères, et de sens, pour des salariés très attachés à leur entreprise et déboussolés, passant d'une culture de service public à une culture commerciale. Ils se demandent comment tenir les deux bouts : l'héritage et la rentabilité, analyse la sociologue F. Hanique (...). Le rapport au travail ne se limite pas à la seule sécurité de l'emploi. Il renvoie notamment à la réalisation de soi ». cf. Art. in *Le Monde* (31/05/2008).

<sup>13</sup> Des documentaires (TV), des émissions de radio, etc., ont parfois fait allusion (tardivement...) aux stratégies de remaniement mises en place, aux « effets d'annonce » destinés aux salariés : terminologie guerrière, besoin de faire des sacrifices pour gagner la bataille des marchés, etc.

<sup>14</sup> En 2005, presque 50% déclarent vivre des situations de tensions avec le public, ce qui constitue la proportion la plus élevée parmi les différentes CSP : cadres 45%, employés administratifs 45%, employés de commerce et services 39%, ouvriers qualifiés 29%, ouvriers non qualifiés 22% (enq. Conditions de travail).

<sup>15</sup> Les professions intermédiaires de l'enseignement sont les suivantes : instituteurs, professeurs des écoles, professeurs d'enseignement général des collèges, professeurs de lycée professionnel, maîtres auxiliaires et

Les tensions avec le public peuvent être aussi le quotidien des infirmiers psychiatriques, des éducateurs (déjà mentionné), des personnels administratifs, ou encore des personnels de la police et des armées.

---

professeurs contractuels de l'enseignement secondaires (on peut aussi citer les CPE et les surveillants et aides éducateurs des établissements d'enseignement, même s'ils n'enseignent pas).



## 2 - Les cadres et leur travail :

### Quelles répercussions sur la santé ?

Il aura fallu attendre les années 1960, en France, pour que le terme de *cadre* investisse à part entière le champ des professions et qu'il se voit auréolé, en tant qu'emploi qualifié (voire hautement qualifié), d'une forte image sociale : dès lors, être cadre, c'est « *occuper un statut valorisé dans le corps social* »<sup>1</sup>. A cette réalité, à la fois réelle et fictive<sup>2</sup>, sont associés un style de vie *moderne* (souvent caricaturé par la figure célèbre du « jeune cadre dynamique »...), des rémunérations confortables, des fonctions de responsabilité, de l'autonomie et une certaine latitude décisionnelle au travail, des compétences techniques et humaines, un rôle relativement actif dans le monde associatif, etc. En tant que phénomène collectif, on parle de l'univers des cadres, d'une entité à part entière, de leur place dans la cité, de leurs organisations représentatives, ainsi que des instances de formation. Le code des CSP

---

<sup>1</sup> S. Bosc, *op. cit.*, p 112.

<sup>2</sup> Comme d'autres groupes sociaux (cf. le cas des employés que nous avons déjà évoqué, ou celui des agriculteurs, ou des chefs d'entreprises, sur lequel nous devons aussi nous pencher), le monde des cadres n'est pas complètement homogène. Beaucoup de choses séparent le cadre de direction appartenant à un groupe industriel, l'ingénieur attaché au service des méthodes, le chercheur, le chirurgien dentiste, le responsable commercial d'une PME et un officier de marine marchande. S. Bosc rappelle, par ailleurs, qu'aux différenciations horizontales selon les fonctions (technico-productives, administratives, commerciales, financières, etc.) et les secteurs (chimie, métallurgie, banque...), se surajoute une organisation hiérarchique, c'est-à-dire des clivages verticaux (cadres d'état-major, responsables des services, cadres techniques), d'autant plus prégnants que les entreprises sont importantes. A cela se cumulent d'autres différences plus discriminantes : autodidactes et diplômés, privé/ administrations publiques, expertise technique/fonction de décision, etc. (pour approfondir, v. S. Bosc, *op. cit.*, p. 112, 113).

objective aussi peu à peu leur existence sociale : *cadres supérieurs et cadres moyens* dans la nomenclature de 1954, *cadres et professions intellectuelles supérieures* dans celle de 1982.

« *Cadres & professions intellectuelles supérieures* » : qui sont-ils ?

Si l'on suit les classements et les regroupements par CSP opérés par l'INSEE<sup>3</sup> (qui comme tout classement, voit son utilité – ordonner, différencier, dresser des catégories identifiables et utilisables – contrebalancée par certaines limites : frontières floues, hétérogénéité, prise en compte difficile de certains éléments utiles au classement, etc.), on retiendra que la catégorie *cadres et professions intellectuelles supérieures* regroupe, d'abord, des professeurs et professions scientifiques salariés qui appliquent directement des connaissances très approfondies dans les domaines des sciences exactes ou humaines à des activités d'intérêt général de recherche, d'enseignement ou de santé ; sont également répertoriés, dans ces catégories *supérieures*, des professionnels de l'information, des arts et des spectacles dont l'activité est liée aux arts et aux médias, ainsi que, dans un domaine tout autre, des cadres administratif et commerciaux d'entreprise, salariés qui, dans leurs fonctions, ont des responsabilités importantes dans la gestion des entreprises. Enfin, viennent grossir les rangs de ce groupe, des ingénieurs et autres cadres techniques d'entreprise, salariés exerçant des fonctions de responsabilité qui réclament des connaissances scientifiques approfondies.

---

<sup>3</sup> N'oublions pas que nous travaillons sur les catégories sociales dressées et établies par l'INSEE (à travers lesquelles nous sont fournies des indications sur la santé, les conditions de travail, le recours aux soins, les pratiques, etc., de ces différentes CSP). Lorsque l'on évoque, par exemple, l'espérance de vie des cadres, ou les conditions de travail de ces derniers, c'est de la catégorie « cadres » telle qu'elle est construite par l'INSEE dont nous parlons (« *cadres et professions intellectuelles supérieures* ») ; l'étude ne se limite donc pas seulement aux cadres d'entreprises, ou aux cadres de la fonction publique (même si, après, l'analyse des conditions de travail révèle que les situations professionnelles ne se rejoignent pas toujours : par exemple, lorsque l'on parle du stress des cadres, il nous vient spontanément à l'esprit l'image des cadres d'entreprise, confrontés à un certain type d'organisation du travail, qui n'est probablement pas le même que celui que peuvent rencontrer d'autres cadres : avocats, médecins, professeurs d'université, etc.).

## *A propos des conditions de travail*

En tant que catégorie sociale « *supérieure* », le groupe des cadres et des professions intellectuelles de haut rang est amené à entretenir, dans l'ensemble, un rapport moins douloureux, moins dégradant, moins risqué et moins nécessaire au travail que les salariés du bas de l'échelle sociale. Travailler, pour les membres de cette catégorie composée majoritairement d'emplois qualifiés – voire hautement qualifiés –, peut faire apparaître la dimension *positive* du travail, celle qui est source de satisfaction et pas seulement de déplaisir, d'ennui, d'aliénation, d'une souffrance résultant de tout un ensemble de contraintes qui privent, par exemple, les travailleurs subalternes dans leur autonomie et dans leur liberté.

Pour autant, cette description première des conditions de travail des cadres, de la relation que ceux-ci peuvent nouer avec leur emploi (que nous objectiverons par la suite), n'est pas forcément en adéquation avec tout un ensemble de discours, d'écrits (médias, presse, etc.), très prolifiques ces dernières années, portant sur le « malaise » des cadres et sur les « risques psychosociaux » (stress, dépressions, suicides, etc.) qui sévissent dans ces milieux<sup>4</sup>. Nous essayerons donc, en fonction des éléments dont nous disposons, d'être un peu plus au clair avec ces questions.

Ce qui est à peu près sûr, en revanche, c'est que les conditions de travail des cadres, bien qu'elles diffèrent largement de celles des ouvriers et des employés, ne suffisent pas à décrire cette catégorie et ses membres comme des nantis au travail, préservés de toutes pénibilités ; à chaque travail sa peine, pourrait-on dire, même si l'analyse des variations sociales des conditions de travail, qui nous occupe pleinement, nous enseigne déjà que le poids des pénibilités n'est pas toujours également réparti dans le corps social...

Pour ce qui a trait aux aspects positifs et aux côtés avantageux du travail des cadres (aspects que nous considérerons, plus tard dans l'analyse, comme des facteurs participant à la *construction de la santé au travail* – ou n'y portant pas atteinte, ce qui est déjà ça !), on peut relever que par rapport aux autres salariés, les cadres bénéficient avant tout de bonnes conditions de sécurité et d'hygiène (v. tableau p. 211).

---

<sup>4</sup> Et bien souvent, *seule* la dimension négative et pesante du travail des cadres est pointée (horaires, poids des responsabilités, charge mentale, stress, rythme de travail, pression des clients, etc.). Tout ce « bruit médiatique » autour du malaise des cadres, qui n'est certainement pas sans fondements, interroge cependant...

## LES CADRES ET LEUR TRAVAIL

<i>% de salariés qui déclarent que...</i>	<i>Cadres</i>	<i>autres Salariés</i>
Leur lieu de travail est sale	5%	28%
Ils risquent de faire une chute grave	7%	28%
Ils risquent des accidents de la circulation en cours de travail	32%	29%
Ils ont été victimes d'un accident de travail (déclaré ou non) au cours des 12 derniers mois	3%	9%
Ils travaillent dans une posture pénible ou fatigante à la longue	13%	41%
Ils ne peuvent pas entendre une personne qui leur parle à voix normale à 2 ou 3 mètres de distance	6%	19%
Ils doivent lire des lettres ou des chiffres petits, mal imprimés ou mal écrits	35%	29%
Leur travail exige de répéter toujours une même série d'opérations	5%	32%
Leur rythme de travail est déterminé par le demande de clients ou du public	74%	63%
Ils manquent de temps pour faire correctement leur travail	34%	23%
Ils doivent souvent se débrouiller seuls dans des situations difficiles	39%	22%
Ils travaillent 45 heures ou davantage par semaine	40%	10%
Ils leur arrive de travailler certains jours ou certaines semaines plus longtemps que l'horaire habituel	81%	62%
Il leur arrive de travailler certains jours ou certaines semaines moins longtemps que l'horaire habituel pour raisons personnelles	24%	13%
L'horaire de travail est déterminé par l'employeur sans qu'ils puissent le modifier	38%	74%
Une erreur de leur part aurait des conséquences graves sur les coûts financiers	56%	49%
Une erreur de leur part aurait des conséquences graves sur leur sécurité ou celle d'autres personnes	25%	40%

*Source : enquête DARES de 1998 sur les conditions de travail*

Leur travail est propre, ce qui a évidemment une importante valeur symbolique. On se sent d'autant plus à l'aise dans son travail que les locaux ou les espaces qui se prêtent à l'activité sont propres – et sécurisants –, spacieux, lumineux, calmes<sup>5</sup> et agréables à occuper. Il va de soi que la qualité du travail passe aussi par la qualité du lieu de travail (la plupart des ouvriers en savent quelque chose...).

Plus que d'être confortable et agréable à vivre, un lieu de travail se doit aussi d'être garant de sécurité et de sûreté pour ceux et celles qui y exercent leurs tâches ; il est également censé préserver les travailleurs de certains facteurs de nocivité. Or on sait combien les conditions de travail d'un pourcentage élevé de salariés – ouvriers non qualifiés, employés de commerce et de service – restent aujourd'hui nocives et sources potentielles de morbidité et de mortalité.

De ces facteurs de nocivité, à l'origine de maladies professionnelles, les cadres en sont relativement épargnés. La statistique, à ce niveau là, est sans appel : parmi toutes les catégories socioprofessionnelles, la catégorie *cadres et professions intellectuelles supérieures* demeure la moins exposée aux cancérogènes<sup>6</sup> (avec les employés et professions intermédiaires de l'administration).

Protégé des agressions de l'environnement, le corps du cadre est aussi à l'abri des risques d'accidents. Les seules exceptions sont, soit caractéristiques de certaines branches professionnelles (les risques d'infection ou d'irradiation), soit non spécifiques au travail (comme c'est le cas des accidents de la route)<sup>7</sup>.

Au même titre que les professions intermédiaires et les emplois administratifs, les cadres sont plus qu'épargnés des contraintes physiques inhérentes au travail. En 1998, seuls 13 % d'entre eux déclaraient travailler dans une posture pénible ou fatigante à la longue (contre 41% pour les autres salariés) ; en 2005, ils sont encore une minorité à devoir porter des charges lourdes ou à effectuer des mouvements douloureux ou fatigants<sup>8</sup>. Comparativement aux autres salariés, ils ont beaucoup moins d'efforts à réaliser et sont rarement exposés à des bruits ou à des vibrations<sup>9</sup>.

---

<sup>5</sup> Peut être relativiser, pour ce qui est du calme, avec les « open spaces », dans lesquels sont amenés à travailler les cadres d'entreprise/administration (?). Espaces bruyants et non confidentiels, sources de stress.

<sup>6</sup> Cf. A. Bihl, R. Pfefferkorn, *op. cit.*, p. 35.

<sup>7</sup> Cf. M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 55.

<sup>8</sup> « *Conditions de travail selon la CSP* », DARES, *enquêtes conditions de travail* 1984, 1991, 1998, 2005.

<sup>9</sup> Même si 35% d'entre eux doivent lire des lettres ou des chiffres petits, mal imprimés ou mal écrits, ce qui peut obliger à prendre des postures causant éventuellement des douleurs ou des troubles divers. Mais l'impact de ces contraintes sur la santé et la mortalité reste évidemment insignifiant comparé aux pathologies que peuvent occasionner certains risques et certaines pénibilités...

L'étude des pénibilités physiques confirme l'image du travail des cadres comme n'exigeant pas un engagement total du corps dans un procès de travail qui lui, relève plus de la production informationnelle et intellectuelle que de la production matérielle.

### *Intensification, rythme de travail & charge mentale*<sup>10</sup>

Si les contraintes du travail des cadres ne sont pas physiques, elles peuvent néanmoins revêtir d'autres formes. Comme principales sources de pénibilités, on retiendra l'organisation du travail et son intensification, facteurs non négligeables de charge mentale.

Une des difficultés majeure du métier de cadres – et assimilés – est que leur rythme de travail est généralement élevé. Plus de la moitié d'entre eux, en 2005, déclarent devoir être constamment obligés de se dépêcher. Ils sont aussi, avec les professions intermédiaires, la catégorie la plus confrontée aux discontinuités dans leur travail provoquées par le besoin de répondre et de pallier au plus vite à certains impératifs : deux cadres sur trois (66%), en 2005, sont régulièrement tenus d'abandonner une tâche pour une autre plus urgente (ouvriers : 48 %), même si cette tendance tend à être perçue moins négativement par les professionnels<sup>11</sup>.

Ces exigences pesant sur le rythme de travail des cadres résultent de la forte demande des clients ou des usagers. Pour l'année 2005, environ un cadre sur deux (56 %) déclare avoir un rythme de travail imposé par une demande extérieure à satisfaire immédiatement, même si, là encore, les choses semblent peu à peu se stabiliser depuis la fin des années 1990<sup>12</sup>.

Concernant l'encadrement de leur travail (puisque'il existe aussi une hiérarchie au sein du monde des cadres, des rapports de force – domination -), il arrive aussi aux cadres d'être...encadrés et observés par leurs supérieurs dans l'exercice de leurs fonctions. En effet,

---

<sup>10</sup> Pour les données de 2005, v. « *conditions de travail selon la CSP* », DARES, *enquêtes conditions de travail* 1984, 1991, 1998, 2005. V. aussi Premières synthèses, « *conditions de travail : un pause dans l'intensification ?* », DARES, janvier 2007.

<sup>11</sup> Ces interruptions fréquentes – qui touchent davantage les cadres, les professions intermédiaires et les employés administratifs – semblent toutefois moins perturbatrices pour ces salariés : 40% estiment en 2005 qu'elles constituent « un aspect négatif de leur travail » contre 48% en 1998 (on s'habitue à tout ?). Les salariés ont désormais plutôt tendance à considérer que ces interruptions sont « sans conséquence sur leur travail » (44% contre 37% en 1998), un peu comme si elles étaient mieux intégrées dans l'activité quotidienne. Cf. Premières synthèses, « *conditions de travail : un pause dans l'intensification ?* », *op. cit.*

<sup>12</sup> Entre 1998 et 2005, la pression de la demande des clients aurait cessé de se renforcer. Elle aurait même diminué : en 1998, 59 % des cadres affirmaient avoir un rythme de travail imposé par une demande extérieure à satisfaire rapidement, contre 56 % pour l'année 2005. Cette proportion, pour les cadres, était de 35 % en 1984 et elle n'avait cessé d'augmenter depuis lors (*Ibid.*)

17 % d'entre eux, en 2005, déclarent que leur cadence de travail est déterminée par les contrôles au moins quotidiens opérés par leur hiérarchie (*cadres de cadres...*). Cette proportion n'est certes pas négligeable, toutefois, elle reste bien inférieure aux dispositifs d'encadrement et de surveillance auxquels sont soumis les salariés d'exécution (40 % d'ouvriers, la même année, déclarent avoir un rythme de travail imposé par les contrôles ou surveillances permanents de la hiérarchie...c'est-à-dire des cadres).

On notera également que les cadres déclarent fréquemment devoir se débrouiller par leurs propres moyens dans des circonstances difficiles ; mais cela peut relever à la fois de la revendication d'une qualification et de la plainte. C'est en quelque sorte le prix à payer de l'autonomie...

Bien que ces catégories sociales, nous le verrons, peut souvent s'arranger avec les délais, il n'empêche que certains cadres – particulièrement les cadres d'entreprise qui subissent la pression des clients - doivent, quoi qu'il advienne, satisfaire leur clientèle. Se pose alors pour eux le problème des contraintes horaires et du temps de travail : l'exigence de disponibilité se traduit régulièrement par le sentiment de manquer de temps pour faire correctement son travail (encore plus depuis les 35 heures ?). Aussi, pour faire face à son travail, le cadre doit payer de son temps et de sa personne. Il est aussi tenu, rappellent Gollac et Volkoff, de se constituer un réseau d'entraide personnel, ce qui est souvent incompatible avec une stricte séparation entre travail et hors travail<sup>13</sup>. Le débordement du travail sur la vie hors travail est aussi manifeste en ce qui concerne les horaires. On peut estimer à 40 % la proportion de ceux qui travaillent 45 heures par semaine ou davantage en 1998<sup>14</sup>. Obligés, plus que d'autres catégories professionnelles, d'effectuer des astreintes – responsabilités obligent ? -, les cadres sont aussi tenus, pour une bonne moitié, de travailler au moins de temps à autre le samedi et, pour un tiers, quelque fois le dimanche<sup>15</sup>. Les employés de commerce et de services, toutefois, demeurent les plus accoutumés au travail en fin de semaine. Quant au travail de nuit, dont nous ne reviendrons pas sur les risques qu'il peut engendrer à long terme, il concerne seulement une minorité de cadres. Les investigations menées par la DARES nous indiquent également, toujours à propos des horaires et du temps de travail des cadres, que 81 % d'entre eux travaillent certains jours ou certaines semaines plus longtemps que l'horaire habituel, principalement en raison d'un surcroît d'activité exceptionnel ou de déplacements.

---

<sup>13</sup> M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 57.

<sup>14</sup> En 2003, ils étaient la moitié à travailler plus de 40 heures par semaine. cf. « *fréquence de quelques facteurs de nocivité et de pénibilité des conditions de travail selon la CSP* », Coutrot et al. (2006), cité par A. Bihr, R. Pfefferkorn, *op. cit.*, p. 35.

<sup>15</sup> *Ibid.*

Leur rôle de représentant (d'une entreprise, d'un organisme ou d'une profession) et la nécessité d'être disponibles qui en résulte caractérisent autant le travail des cadres que l'exercice de responsabilités spécifiques, impliquant un certain niveau de formation. Il est donc compréhensible que les cadres des entreprises soient, plus que les autres salariés, sensibles aux conséquences financières qu'une erreur de leur part pourrait entraîner. Mais ils sont peu nombreux à penser qu'une erreur de leur part aurait des conséquences graves sur leur sécurité ou celle d'autres personnes.

Le fort investissement personnel auquel les cadres peuvent difficilement se dérober peut être envisagé comme un choix, et la place centrale qu'occupe le travail dans la vie comme une forme d'épanouissement, surtout si les fonctions sont intéressantes et sources de gratifications diverses (statut, argent, responsabilités, etc.). Cependant travailler constamment sur un rythme élevé et sur de longues amplitudes d'horaires peut vite devenir compliqué à gérer pour ces salariés, car maintenir un tel rendement et un tel état d'esprit n'est pas toujours évident à long terme, surtout si la pression est trop forte (ce qui est sans doute le cas chez les cadres d'entreprise...).

Dans leur travail de description et d'analyse des conditions de travail en France, M. Gollac et S. Volkoff rappellent néanmoins qu'à court ou moyen terme, le travail intensif, qui touche quantité de salariés, n'est pas systématiquement mal ressenti par les travailleurs<sup>16</sup>. Certains d'entre eux, comme les cadres d'entreprise, par exemple, déclarent s'y investir pleinement et en retirer de grandes satisfactions – aussi parce que l'organisation du travail et leur statut, nous y reviendrons, leur offre la possibilité de mieux supporter cette intensification : relative autonomie, marges de manœuvre, latitude décisionnelle, etc. -.

Cependant, lorsque le travail est intense et prenant, qu'il nécessite un investissement supplémentaire en dehors, il n'est pas possible de se maintenir en retrait, ni sur le plan de l'activité ni psychologiquement. En parvenant à prendre les choses à son compte, ce que certains cadres arrivent certainement à faire, le travail peut être un élément de bonheur tout en envahissant la vie. En revanche, lorsque les défenses de l'individu sont débordées, l'activité professionnelle devient le lieu de souffrances intenses. L'organisation du travail et son intensification constituent des facteurs indéniables de fragilisation, et les cadres n'en sont pas toujours épargnés : maintenir un auto-investissement heureux dans le travail s'avère compliqué sur la durée, car ce genre d'investissement est susceptible d'entraîner des relations

---

<sup>16</sup> Cf. M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, chap. sur « *les aspects psychologiques de l'intensification du travail* », p. 77.



difficiles avec l'entourage professionnel et avec son milieu familial. Il arrive aussi que l'investissement professionnel ne réponde pas aux désirs profonds de l'individu et qu'il ne soit qu'une réaction à l'angoisse, pas toujours fondée d'ailleurs, de perdre son emploi, de paraître incompetent, peu audacieux, pas à la hauteur, etc., et d'être rejeté par ses pairs. Ce surinvestissement est une réaction vécue sur le mode du défi relevé : besoin de prouver, aux autres, à soi-même, dans des contextes de « compétition » permanente (les uns contre les autres) qu'aucune tâche ne nous résiste, que l'on est un « bosseur », consciencieux et investit, etc. (être reconnu, intégré par ses pairs par ce biais...même si cela est psychologiquement nuisible car il autorise peu de relâchement au niveau de l'investissement professionnel).

Un des effets nuisible de l'intensification, contre lequel les cadres ne peuvent pas toujours se protéger, est qu'elle polarise l'activité du travailleur sur ce qui s'impose comme urgent<sup>17</sup> - par exemple « *abandonner une tâche pour une autre plus urgente* ». Cette *compression* du travail, produit d'une intensité excessive, obligeant les professionnels à mobiliser toute leur énergie sur la tâche du moment, peut restreindre la place de l'anticipation, de l'innovation et de l'imagination. Il devient donc plus compliqué, même pour certains travailleurs qualifiés, d'anticiper une mobilité, de se former et d'accumuler des savoirs – nouvelles compétences – sans but immédiat. Les travailleurs doivent alors faire face à des injonctions contradictoires : travailler au maximum de leurs capacités, gérer leur carrière sur le long terme. Parce qu'il ne leur est pas possible de tout faire, à la fois travailler longtemps, dans l'urgence, pour remplir des tâches qui parfois excède leur seuil de compétences – et qui *parfois* mettent en péril la question du sens, si salvatrice - , les salariés ont le sentiment d'être dans une impasse. Il en résulte alors, pour certains cadres, du mal-être, de l'angoisse et du stress...

Néanmoins, nous verrons qu'à la différence des travailleurs du bas de l'échelle sociale (ouvriers, employés), les professions « supérieures » sont plus *armées* (économiquement, culturellement, socialement, symboliquement...) pour gérer ce type d'épreuves.

---

<sup>17</sup> Cf. M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 78.

### *Avantages du statut cadre : pouvoir, autonomie & marges de manœuvre*

Face aux exigences et à la pression constante induites par les nouvelles formes de travail (contraintes organisationnelles), les cadres – à la grande différence des agents d'exécution et des salariés subalternes - ne sont pas totalement démunis. L'organisation du travail leur réserve certains avantages qui les préservent d'une sujétion totale au dispositif coercitif, bridant, intensif et aliénant propre à certaines logiques de fonctionnement qui régissent le monde du travail.

Les travaux menés sur les conditions de travail en France sont sans ambiguïtés : « *la taylorisation des cadres apparaît en 1998 – et 2005 – tout aussi mythique que la fin du taylorisme* »<sup>18</sup>. Ils échappent très largement aux inconvénients du « travail en miettes » car leur travail n'est pratiquement jamais répétitif. Le côté rébarbatif et aliénant du travail à la chaîne leur est totalement étranger : contrairement aux salariés d'exécution, leur rythme de travail, bien qu'il soit régi par l'intensification, n'est ni soumis à la cadence d'une machine, ni dépendant d'un déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce<sup>19</sup>.

Etre cadre, c'est aussi disposer d'une précieuse autonomie dans l'exercice de ses fonctions, de marges de manœuvre relativement souples et d'une latitude décisionnelle qui fait totalement défaut aux travailleurs les moins qualifiés – ouvriers, employé(e)s ; ils ne se voient jamais, par exemple, imposer la façon de procéder pour atteindre les objectifs qui leurs sont fixés. De plus, ils se voient reconnaître une large marge d'initiative<sup>20</sup>.

Si les enquêtes, on l'a vu, sont unanimes sur le fait que le métier de cadre est prenant, intensif et envahissant en terme de volume horaire, elles révèlent aussi que les membres des professions « *supérieures* » ne sont pas dans une situation de totale soumission à ces contraintes temporelles<sup>21</sup>. Ils peuvent s'arranger avec les délais - les faire varier – et leurs horaires sont très peu formalisés comparé aux salariés exécutants qui eux subissent un encadrement strict de leur travail.

Bien que les cadres déclarent fréquemment devoir gérer seuls des situations difficiles, ils sont pourtant une minorité à juger que, pour mener à bien leurs tâches, la possibilité de coopérer

---

<sup>18</sup> M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 55, 56.

<sup>19</sup> « *Conditions de travail selon la CSP* », DARES, *enquêtes conditions de travail 1984, 1991, 1998, 2005* ; v. aussi Premières synthèses, « *conditions de travail : un pause dans l'intensification ?* », *op. cit.*

<sup>20</sup> *Ibid.*

<sup>21</sup> *Ibid.*

leur manque<sup>22</sup>. Ces possibilités d'entraide et de coopération (ambiance de travail...) sont des composantes importantes des conditions de travail et la grande majorité des salariés (73 % en 2005) déclarent pouvoir trouver de l'aide auprès de leurs collègues quand ils ont « du mal à faire un travail compliqué, délicat »<sup>23</sup>. Si comme les autres salariés, les cadres bénéficient de ce soutien social passant par l'aide des collègues de travail immédiats, ils sont habitués aussi, à la différence des autres catégories, à faire appel à d'autres ressources : collègues éloignés, personnes extérieures à l'entreprise, fréquentations de *haut rang*, etc. (réseaux, relations, *capital social*, pour parler comme P. Bourdieu...).<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 57.

<sup>23</sup> Cf. Premières synthèses, « conditions de travail : un pause dans l'intensification ? », *op. cit.*

<sup>24</sup> M. Gollac, S. Volkoff, *Ibid.*

## IV – Le Travail précaire <sup>1</sup>

La précarité de l'emploi se caractérise avant tout par une instabilité professionnelle qui rend incertaines et difficiles, pour les salariés, toutes tentatives de projection dans l'avenir, d'élaboration d'un projet de vie, professionnel ou privé. Aussi, même si nos analyses, pour l'heure, se limiteront au travail précaire et aux conditions dans lesquelles il s'exerce (cf. impact sur la santé), l'emploi précaire n'est cependant qu'un des visages de la précarité, qui est multidimensionnelle et qui se caractérise par un cumul de handicaps. En 1987, un rapport consacré à la « *grande pauvreté et à la précarité économique et sociale* » (rapport Belorgey, avis du Conseil économique et social français du 11/02/1987) la définit comme « *l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi – ou la disposition d'un emploi ne procurant pas des ressources chroniquement suffisantes -, permettant aux personnes et aux*

---

<sup>1</sup> Le travail précaire est une forme de précarité parmi d'autres (même si elle est certainement à l'origine des autres formes) : précarité économique et sociale, précarité conjugale et familiale, précarité affective (lien social précaire, ressources sociales affaiblies, désintégration progressive – pour parler comme Durkheim -), précarité du logement, bref, précarité des conditions d'existence... (pour approfondir la question, v. dossier sur « *la société précaire* », in *sciences humaines* n° 168, février 2006).

M. Bresson rappelle à ce titre que « *le terme précarité ne s'applique pas seulement à l'emploi et au travail, mais en France surtout, il désigne de manière large des problèmes socio-économiques cumulés qui pèsent sur toutes les dimensions de la vie quotidienne : niveau de vie globalement insuffisant et instable, limitations et restrictions pour s'alimenter, se loger, se soigner...* ». v. M. Bresson, *Sociologie de la précarité*, Armand Colin, 2010, p. 45.

*familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales ou sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux ».*<sup>2</sup>

La précarité revêt donc plusieurs formes : celle de l'emploi, la précarité conjugale et familiale (relationnelle, lien social, intégration...), la précarité du logement et des conditions d'existence en général (accès à la consommation, aux soins, etc.), qui vont souvent de pair...

Dans la littérature sociologique, la notion de précarité renvoie souvent à des conditions d'emploi *atypiques* et aussi à un rapport insatisfaisant au travail. Une existence précaire où le sentiment d'instabilité et d'insécurité quant à l'avenir est prégnant résulte d'abord d'une situation professionnelle fragile et incertaine. Il est en effet couramment admis que la première difficulté qui pèse sur la vie quotidienne des personnes en situation de précarité est la difficulté à trouver et conserver un travail stable, correspondant à la norme du contrat de travail à durée indéterminée, à temps plein.

Durant la période de plein emploi (1945 – 1975), la probabilité pour une personne active de connaître une stabilité professionnelle était forte. Depuis la fin des années 1970, la crise économique, qui rompt progressivement la prospérité établie pendant les *Trente Glorieuses*, va rendre plus incertain et plus précaire le lien qui unit les individus à leur emploi en favorisant une diversification des situations par rapport au travail. Les formes d'emploi précaire (marginales avant 1984), qui répondent à la fois aux exigences de flexibilité d'un appareil productif qui doit faire face aux fluctuations grandissantes du marché ainsi qu'à des politiques de gestion du chômage destinées à assurer une rotation des chômeurs, se développent progressivement. Le taux de chômage global, lui, atteint jusqu'à 12 % de la population (9 % en France en 2006), comprenant le chômage de longue durée, appelé aussi « chômage d'exclusion »<sup>3</sup>. Le chômage au sens de privation involontaire d'emploi n'est pas la seule dimension : l'idée de précarité rend aussi compte du fait que l'emploi stable se raréfie et l'emploi précaire progresse.

Les *Enquêtes Emploi* de l'INSEE recensent habituellement quatre formes d'emploi précaire : le contrat à durée déterminée (CDD), l'intérim, les stages et contrats aidés et l'apprentissage.

Depuis le début des années 1980, le nombre de salariés concernés par la précarité du travail s'est considérablement accru puisqu'il est passé de 3 % des actifs salariés en 1982 à plus de

---

<sup>2</sup> Cf. « *la société précaire* », *sciences humaines* n° 168, février 2006, p. 34 et suiv.

<sup>3</sup> Cf. M. Bresson, *op. cit.*, p. 46.

10 % en 1998<sup>4</sup>. En 2005, la part de ces emplois est évaluée à 13,6 % (il faut aussi ajouter à cela les temps partiels, plus de 17 % des actifs en 2005)<sup>5</sup>.

### *Inégalités face à la précarité de l'emploi*

Ces conditions d'emploi, souvent associées à des rémunérations faibles et favorisant, qui plus est, la généralisation d'un sentiment d'insécurité sociale, se sont immiscées de manière profondément inégalitaire dans le corps social. Si l'augmentation générale des emplois précaires apparaît nettement, elle reste avant tout une affaire de classes sociales. Elle est en effet beaucoup plus marquée chez les ouvriers et les employés que chez les cadres ou les membres des professions intermédiaires<sup>6</sup>. Depuis les années 1980, qu'il s'agisse des CDD ou de l'intérim, la précarité croît au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle de la division sociale du travail : ouvriers et employés (et encore davantage les ouvriers non qualifiés) demeurent les cibles privilégiées de l'instabilité professionnelle<sup>7</sup> ; de plus, l'écart entre les différentes catégories de salariés est encore plus prononcé s'agissant de l'intérim que des CDD. En somme, plus la forme du travail est précaire, plus l'écart s'accroît. L'écart entre les catégories extrêmes (cadres et ouvriers non qualifiés), selon la même logique, s'est également creusé depuis la fin des *Trente Glorieuses*.

Pour expliquer ce degré inégal d'exposition aux risques du travail précaire, il faut prendre en compte les différences de qualification. Être diplômé, avoir acquis un certain degré de formation permet de moins vivre sous la menace de l'instabilité professionnelle (et inversement...).

---

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> *Enquêtes Emploi*, INSEE, 2005.

<sup>6</sup> Pour des données complètes, v. *sciences humaines* n° 146, *op. cit.*

<sup>7</sup> cf. A. Bhir, R. Pfefferkorn, *Déchiffrer les inégalités*, Ed. La Découverte et Syros, Paris, 1999, p. 32.

Afin de ne pas rester trop éloigné des thématiques que nous traitons dans cette grande section (*conditions de travail & santé*), il importe à présent d'observer d'un œil plus attentif quelles sont les conditions de travail que rencontrent les salariés confrontés aux différentes formes d'emplois précaires et comment, par la suite, ces conditions de travail peuvent affecter leur santé.

Globalement, les conditions de travail déclarées par les précaires lors des enquêtes statistiques sont bien plus mauvaises que celles des salariés ayant une situation professionnelle stable et plus sécurisante (CDI par exemple). Leur rythme de travail, soulignent M. Gollac et S. Volkoff, est davantage contraint par des équipements, par des normes et des délais, par une surveillance hiérarchique<sup>8</sup>. Ils travaillent également plus souvent en équipes alternantes, leurs tâches sont plus pénibles, plus répétitives, leur environnement de travail est plus médiocre et ils sont surexposés aux accidents. Certes les précaires n'occupent pas les mêmes emplois que les autres salariés, cependant, même à poste de travail identique, il persiste des écarts entre leurs conditions de travail et celles des stables. Aussi, les précaires étant le plus souvent des ouvriers ou des employés, il est logique que les conditions de travail qu'ils rencontrent soient aussi celles qui sévissent dans ces milieux, et que nous avons largement pris le temps de décrire. Toutefois, les contraintes et les risques propres à ces métiers s'abattent encore plus lourdement sur les précaires que sur les stables. Certains travaux sont là pour le confirmer<sup>9</sup> : les salariés en situation précaire ou instable courent plus de risques d'être exposés à des horaires variables, peu prévisibles ou inconnus d'un jour à l'autre, à un travail de nuit ou un travail qui les mobilise le samedi ou le dimanche. Ils courent également plus de risques de subir de fortes contraintes industrielles et des cadences automatiques, de manquer d'autonomie et de moyens pour réaliser leur travail, de cumuler des pénibilités physiques, de manquer du soutien d'un collectif de travail. Enfin, le déficit d'information sur les mesures de prévention des risques professionnels caractérise la situation des précaires, notamment des intérimaires, qui déclarent beaucoup plus souvent ne pas avoir reçu de formation sur la prévention des risques professionnels au cours des douze derniers mois.

---

<sup>8</sup> M. Gollac, S. Volkoff, op. cit., p. 67.

<sup>9</sup> Cf. notamment « *Conditions de travail et précarité de l'emploi* », Premières synthèses, DARES, juillet 2009 – N°28.2.

À ce titre, l'exemple de l'emploi temporaire (ou intérim) permet de se faire une idée plus précise de l'incidence que le travail précaire peut avoir sur la santé des travailleurs<sup>10</sup>.

Des recherches ont mis en évidence que les salariés soumis au travail temporaire font régulièrement état de facteurs de risques d'accidents ou de maladies plus élevés que les travailleurs permanents. Voyons quelques explications possibles à cela.

Le travail intérimaire est souvent caractérisé d'emploi précaire du fait de la relation d'emploi juridique qu'engendre ce contrat de travail (cette relation triangulaire entre un travailleur, un employeur d'usage et un employeur de fait remplit un rôle de plus en plus actif dans l'activité économique). En tant que forme d'emploi qui impose aux travailleurs une soumission aux aléas de l'activité économique, le travail en intérim, par l'instabilité qui le définit, peut avoir des effets déstabilisants pour les individus et des répercussions sur leur santé.

L'instabilité de la relation salariale, d'ailleurs, a des effets visibles sur les comportements en cas de maladie et d'accidents. Du fait du caractère éphémère de leur emploi, les salariés en intérim (ou en CDD) sont plus souvent exposés au risque de chômage. Cette absence de garanties qui entoure la relation salariale a une incidence directe sur les comportements en cas de pathologies ou d'accidents simplement parce que ces derniers constituent une rupture de contrat avec l'entreprise utilisatrice. C'est pourquoi généralement les salariés hésitent à s'arrêter quand ils sont malades ou renoncent à déclarer un accident de travail quand ils sont blessés<sup>11</sup>. Dans l'espoir d'une hypothétique embauche, les précaires sont prêts à accepter quantité de pénibilités et de nuisances, à braver les dangers, afin de « séduire » un futur employeur ravi de recruter une main d'œuvre efficace, résistance, servile et corvéable à souhait. Durant cette période probatoire comparable à un véritable rite initiatique, les intérimaires sont prêts à travailler avec zèle et à se plier aux conditions de travail les plus difficiles<sup>12</sup>. Les salariés temporaires cherchent ainsi à minimiser les risques de ne pas voir leur CDD renouvelé, ou de compromettre un éventuel passage en CDI. Les marges de manœuvre dont dispose le salarié pour refuser d'effectuer son travail sont donc infimes...

---

<sup>10</sup> Nous nous appuyons ici sur « *Les nouveaux cahiers du Grée* » (groupe de recherche sur l'éducation et l'emploi) : « *la précarité : quelles incidences sur la santé des travailleurs ? L'exemple des travailleurs intérimaires* », R. Belkacem, L. Montcharmont. Numéro 1 – juillet 2005.

<sup>11</sup> Par exemple, un ouvrier qualifié, employé comme intérimaire au montage de charpentes métalliques, n'a pas pris d'arrêt de travail lorsqu'un copeau métallique s'est niché dans son œil alors qu'il perceait. Il s'est contenté d'aller voir un ophtalmologiste sur son temps de travail. Concernant l'arrêt de travail, il déclare : « *si on s'arrête, on n'est pas sûr d'être repris...on nous dit que la société utilisatrice ne nous reprendra peut être pas.* » (cf. Daubas – Letourneux, Thebaud – Mony, 2001, cités in « *les nouveaux cahiers du Grée* »).

<sup>12</sup> Cf. S. Beaud et M. Pialoux, *op. cit.*



Dans le milieu de l'intérim, les accidents de travail et les maladies professionnelles, signifiant rupture de contrat pour les salariés qui en sont victimes, sont aussi plus fréquents. Ils sont favorisés par des conditions de travail difficiles (rythme intensifs, port de charges lourdes, manque d'informations sur les risques, autonomie réduite...) et souvent changeantes (cela renvoie à tout ce que nous avons évoqué dans notre section consacrée à « la condition ouvrière » au travail. Les intérimaires sont souvent des jeunes mâles, ouvriers...).

Les intérimaires sont aussi fortement exposés à une mobilité de type géographique (on va là où il y a du travail !), mais également à une mobilité de type professionnel. En plus de s'adapter en permanence à des environnements de travail différents d'une entreprise utilisatrice à une autre, ces travailleurs sont tenus de réaliser des tâches qui changent également dans leurs formes, dans leurs supports (outils, machines) et dans leurs contenus suivant les modes organisationnels qu'ils rencontrent. Ils doivent aussi affronter des conditions de travail variables d'une entreprise utilisatrice à une autre, ce qui constitue une forme de pénibilité de l'activité.

Au final, ces conditions de travail et le chômage plus fréquent qui caractérisent la population intérimaire ont des conséquences notables sur la santé. A la dégradation de l'état physique s'ajoute, pour ces travailleurs, certainement des difficultés sur le plan psychologique : vivre dans la précarité permanente – incertitudes liées au futur, difficultés pour se projeter, etc. - est un facteur important d'angoisse...

Accompagnés d'autres facteurs (hygiène de vie, modes de vie, etc.), ils peuvent aussi engendrer des maladies plus graves.

En plus d'instaurer, chez les travailleurs, un rapport incertain et fragile à l'emploi, le travail précaire réserve aussi à ceux ou celles qui sont tenus de s'y plier des conditions de travail particulièrement contraignantes<sup>13</sup>. Les effets sur la santé de cette forme particulière d'emploi

---

<sup>13</sup> Comme l'explique M. Bresson, « le salarié est précaire lorsque son emploi est incertain et qu'il ne peut prévoir son avenir professionnel, ni assurer durablement sa protection sociale. Il l'est aussi lorsque son travail lui semble sans intérêt, mal rétribué et faiblement reconnu dans l'entreprise. Outre l'emploi, l'idée de précarité s'applique aussi au travail, c'est-à-dire au contenu de l'activité, à la reconnaissance sociale qui lui est attachée et à la satisfaction de l'individu au travail. Les deux dimensions sont en partie liées : un emploi précaire correspond généralement à une fonction subordonnée, voire exploitée. Les salariés en emploi temporaire ou CDD sont affectés à des travaux urgents ou temporaires, les travailleurs à temps partiels à des activités momentanées (par exemple, heures de pointe pour les caissières). Le salarié intermittent se trouve astreint à une temporalité hétérogène, ou même imprévue, avec un mode d'aliénation spécifique produit notamment par la menace de fin de mission. » (M. Bresson, *op. cit.*, p. 47).

sont identifiables dans les catégories sociales déjà lourdement frappées par les problèmes de santé au travail. La précarité sévissant davantage au sein des populations ouvrières et chez les employés, celle-ci vient donc aggraver des situations professionnelles qui, par leur nature, portent déjà préjudice à la santé des individus (même pour les emplois stables).

## V - La surmortalité des chômeurs

Les méfaits du chômage sur l'état psychologique et physiologique des individus sont de moins en moins ignorés. Dès les années 1980, les travaux de G. Desplanques révèlent que la mortalité des chômeurs est nettement plus forte pour toutes les catégories socioprofessionnelles<sup>1</sup>. Des enquêtes menées plus récemment confirment cette tendance. Selon des travaux de la division *Enquêtes et études démographiques* de l'INSEE, la mortalité d'un chômeur est trois fois supérieure à celle d'un actif occupé du même âge, celle d'une chômeuse deux fois supérieure. Comme le fait justement remarquer A. Mesrine, l'auteur de l'étude<sup>2</sup>, ce constat est en partie lié à un effet de structure. La situation de chômage, en effet, frappe inégalement les différentes catégories de population. Les tableaux suivants (p. 227) l'indiquent clairement : le risque d'être sans emploi concerne davantage les ouvriers, les employés et les non diplômés, populations dont la mortalité est supérieure à la moyenne. *La population des chômeurs compte donc davantage de personnes déjà fragilisées.*

---

<sup>1</sup> G. Desplanques, *op. cit.*

<sup>2</sup> A. Mesrine, « *La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?* », *Economie & statistique* N° 334, 2000 – 4.

### Taux de chômage selon la catégorie sociale (unité : %)

Agriculteurs exploitants	1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	4
Cadres et professions intellectuelles sup.	4
Professions intermédiaires	5
Employés	9,5
Ouvriers	13,5
- dont ouvriers non qualifiés	20
Non renseigné	12
Ensemble	9,5

*France métropolitaine – population des ménages, personnes de 15 ans ou plus.*

Source : Insee, 2010 (exploité par l'Observatoire des inégalités).

En 2010, les cadres et les professions intermédiaires étaient quasiment au plein emploi, avec un taux de chômage respectif de 4 et 5 %, tandis que le taux de chômage des ouvriers (13,5%) était trois fois plus important et celui des employés (9,5 %), deux fois plus. A l'intérieur même de chaque catégorie, le chômage ne sévit pas de la même manière. Parmi l'ensemble des ouvriers, les non-qualifiés sont plus souvent sans emploi (20 %).

Certes, la mise à l'écart du monde du travail peut concerner toutes les catégories ; néanmoins, il apparaît clairement que certaines sont plus épargnées que d'autres de ce risque. C'est pourquoi les discours – dominants – sur la montée du chômage des cadres font l'objet d'une certaine dramatisation. Les réalités du chômage dans ce groupe social, telles que les enquêtes statistiques permettent de l'objectiver, sont demeurées moins préoccupantes que pour les travailleurs peu qualifiés : « *le risque de mise à l'écart durable du monde du travail se concentre en fait sur les cadres de plus de 45 ans, en particulier s'ils sont peu diplômés.* »<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> P. Bouffartigue, *Cadres : la grande rupture*, La découverte, 2001, p. 14.

Le taux de chômage varie également en fonction du diplôme.

Le taux de chômage des non diplômés est trois fois plus élevé que celui des personnes qui disposent d'un niveau au moins égal à « bac + 2 ». Quelque que soit son niveau de formation, on peut être amené à rester en marge du monde du travail : on compte près de 6 % de chômeurs chez les détenteurs d'un diplôme supérieur à « bac + 2 ». Toutefois, ils sont nettement plus nombreux chez les non diplômés (16 %). Chez les jeunes de 15 à 29 ans, le taux de chômage atteint presque 36 % pour les non diplômés alors qu'il ne franchit pas la barre des 10 % pour les « bac + 2 ».

<b>Taux de chômage selon le diplôme et l'âge</b>				
Unité : %				
	15-29 ans	30-49 ans	50 ans et plus	Ensemble
Aucun diplôme ou CEP	35,9	15,7	9,1	16,1
Brevet des collèges	27,6	11,3	6,4	13,8
CAP, BEP ou autre diplôme de ce niveau	19,0	6,9	6,1	8,8
Baccalauréat ou brevet professionnel	14,6	6,7	5,2	8,9
Bac + 2 ans	9,5	4,0	4,8	5,4
Diplôme supérieur	9,3	4,6	3,9	5,6
Non déclaré	9,6	0,0	-	7,0
<b>Ensemble</b>	<b>17,2</b>	<b>7,5</b>	<b>6,3</b>	<b>9,4</b>

Source : Insee. Année des données : 2010

Le diplôme reste donc plus que jamais un atout pour accéder à l'emploi, une arme essentielle pour « s'en sortir » dans notre société, que ce soit pour entrer dans le marché du travail, pour s'y maintenir durablement, pour progresser et envisager des perspectives d'avenir (assurer son ascension sociale). La situation est donc particulièrement inquiétante pour ceux qui sortent de l'école sans qualification dans un système qui survalorise le diplôme par rapport à l'expérience.

Cependant, les risques de mortalité plus élevés des chômeurs ne sont pas exclusivement liés à l'effet de structure évoqué par A. Mesrine. Quelque soit la catégorie sociale, vivre une situation de chômage peut avoir de lourdes conséquences sur l'état de santé. L'auteur précise, à ce sujet, que même lorsqu'on tient compte de la situation socioprofessionnelle et matrimoniale des individus, cette inégalité sociale face à la mort entre actifs occupés et

chômeurs subsiste : à diplôme, groupe socioprofessionnel, statut matrimonial et âge égaux, un chômeur a une probabilité de décès 2,3 fois plus forte qu'un actif. Concernant les femmes, les chiffres sont identiques.

Evidemment, on peut penser que cette surmortalité des chômeurs est probablement due, en partie, à un état de santé déjà déficient (une santé fragile entraînant des difficultés à travailler, à conserver son emploi, etc.), lequel pouvant être à l'origine même du chômage. Mais cette interprétation est insuffisante<sup>4</sup>. Ce constat s'explique aussi, entre autre, par la sélectivité grandissante du marché du travail, qui s'exerce notamment sur des critères de santé. En gros, ne travaille pas qui veut...ou plutôt qui peut ! Pour travailler durablement et efficacement, il faut évidemment réunir un minimum de qualités de santé, tant au physique qu'au mental. Les fragiles, les inaptés, les accidentés, les souffrants, etc.<sup>5</sup>, ne sont pas en mesure, de par leur état, de répondre aux exigences du monde du travail. Ils peuvent donc être rapidement évincés. Les actifs présentant des inaptitudes physiques au travail ont donc une probabilité plus forte de se retrouver au chômage. Ce processus d'éviction, précise A. Mesrine, touche surtout les ouvriers, et particulièrement ceux qui effectuent des travaux pénibles. Il se vérifie plus difficilement pour d'autres catégories sociales.

Mais la perte d'emploi a aussi des conséquences financières et psychologiques qu'il ne faut pas sous-estimer. Une personne qui ne travaille plus peut voir une dégradation progressive et générale de son niveau de vie, mal supporter la perte d'un statut social, d'une identité professionnelle. La norme sociale étant de travailler, le rythme de la vie, des activités, des loisirs, des jours de repos, des congés, etc., étant déterminé par le rythme imposé par le monde du travail, les chômeurs se retrouvent en quelque sorte « en dehors du temps », en décalage par rapport au rythme « normal » de l'existence. Les inquiétudes par rapport à l'avenir, l'incertitude qui pèse sur le futur rendent ainsi le présent beaucoup plus morcelé, confus, désorganisé. Débarrassés, en apparence, de toutes les indications, de toutes les exigences et urgences qui émanent de la vie professionnelle et qui orientent et stimulent *l'action*, donc la *vie sociale* (rendez-vous, horaires à respecter, transports à prendre, tâches à finir, réunions,

---

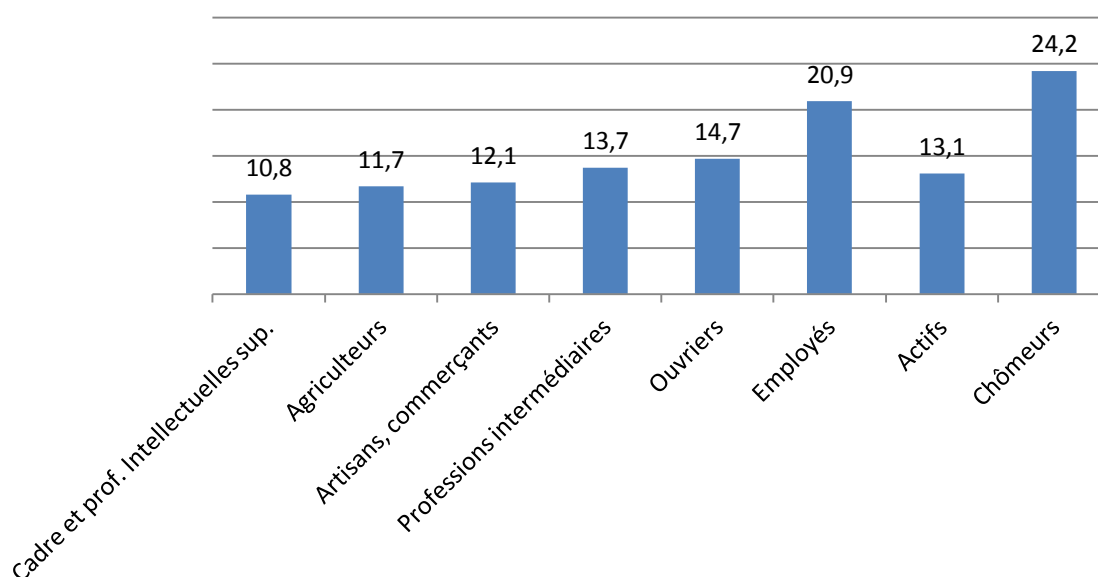
<sup>4</sup> Si tel était le cas, argumente A. Mesrine, la surmortalité des chômeurs devrait diminuer à mesure que le chômage croît, ce fléau touchant d'abord les groupes défavorisés, mais affectant à mesure qu'il se développe des groupes moins exposés. Or, si l'on observe effectivement un recul de la mortalité relative des chômeurs entre 1975 et 1985, celle-ci a augmenté au début des années 90, alors même que le chômage s'étendait aux cadres. Dans chaque CSP, la surmortalité des chômeurs est au moins aussi élevée entre 1990 et 1995 qu'entre 1982 et 1987.

<sup>5</sup> Des enquêtes montrent que les ouvriers connaissent plus d'incapacités, de situation de handicaps (déficiences motrices, intellectuelles et mentales). 20 % des ouvriers souffrent de ces types de déficiences contre environ 10% de cadres (source : INSEE, 1998 – 1999. *Enquête handicap, incapacités, dépendance.*)

etc.), les chômeurs ne peuvent vivre le temps libre qui leur est laissé que comme temps mort, temps inutile et inutilisable, vidé de tout sens<sup>6</sup>. Or le fait que les chômeurs puissent difficilement se raccrocher au rythme de vie des actifs, que l'excès de temps libre, pour eux, se transforme finalement peu à peu en un temps mort, figé, rongé par les inquiétudes liés au futur, peut être stigmatisant et marginalisant pour eux. C'est une population, en quelque sorte, qui n'occupe plus les devants de la scène sociale. De plus, lorsqu'ils retrouvent du travail, c'est plus souvent un emploi précaire ; l'insertion demeure incertaine et le niveau de revenus plus faible.

L'aggravation des conditions de vie des chômeurs, la façon dont l'existence s'organise lorsque l'on évolue en marge du monde du travail – en décalage avec les actifs –, l'angoisse liée à la perte d'emploi et à la difficulté d'en retrouver, etc., peuvent avoir de sérieuses répercussions sur l'état de santé. La baisse des revenus, combinée à l'isolement social et à la perte d'estime de soi – sentiment d'être inutile, de ne pas être suffisamment bon, compétent pour conserver une place sur le marché du travail –, tend à restreindre l'accès aux soins des demandeurs d'emploi (sans doute sont-ils, aussi, en *perte de sens* : quel avenir ? à quoi bon se soigner ?). Le chômage s'accompagne également souvent de troubles psychologiques (dépression : v. ci dessous), qui peuvent amener à des comportements à risque – alcoolisme, tabagisme...- et, dans les cas extrêmes, au *suicide*.

### Taux de dépression selon la catégorie sociale (%)



Source : CREDES, données 1996-1999, in *L'état des inégalités en France, 2007*

<sup>6</sup> Cf. Bourdieu, *Méditations pascaliennes*, Ed. du Seuil, 1997, chap. sur « des hommes sans avenir », p. 318.

Mais on oublie souvent de dire que les ennuis de santé commencent bien en amont de la période de chômage. Dès l'annonce d'un licenciement, les troubles et les pathologies émergent...

Des études montrent, en effet, que beaucoup de problèmes de santé apparaissent quand les salariés, encore dans l'entreprise, voient leur emploi menacé<sup>7</sup> (pathologies liées aux plans sociaux...). Les troubles se manifestent ou s'aggravent dans cinq domaines particuliers. La sphère psychique : insomnies, états de panique, crises d'angoisse, phobies ; la sphère digestive : crampes épigastriques, ulcère gastrique, recto-colite ulcéro-hémorragique ; la sphère dermatologique : psoriasis, eczémas, crises d'urticaire ; la sphère cardiovasculaire : infarctus du myocarde et syndrome de menace ; enfin, la sphère comportementale : alcoolisme et tabagisme, violences physiques, suicides.

Et ce tableau ne serait pas complet sans la prise en compte du ressenti psychologique des futurs licenciés, ainsi que de celui des « survivants ». Là encore, l'inventaire est long : démotivation, scepticisme, perte de l'identité professionnelle, souffrance morale (« on est de trop, on est trop cher »), dénigrement envers les dirigeants, perte de l'estime de soi et de celle des autres : « *Les salariés se sentent trahis, détruits. Ils tentent de s'en sortir par le conflit, la maladie ou la fuite* »...<sup>8</sup>

Si tout laisse à penser que la perte d'emploi (au même titre que son annonce) a bien un effet direct sur la santé qui est de nature à expliquer l'accentuation de la surmortalité des chômeurs, il faut aussi noter que ces effets nocifs du chômage, ces impacts psychologiques, financiers, etc., se font d'autant plus sentir que la situation de non-emploi perdure, car ils ont le temps de jouer pleinement. Or les longues périodes d'inactivité, le chômage de longue durée concernent davantage les catégories moins favorisées, les travailleurs peu qualifiés : ouvriers, employés<sup>9</sup>.

Celles-ci s'enlisent plus durablement dans l'inactivité et disposent de moins ressources – diplômes, relations, réseaux notamment – pour en sortir. Le chômage n'est donc pas seulement un passage, une transition rapide vers l'emploi, mais un état qui perdure. C'est sans

---

<sup>7</sup> Une des rares enquêtes réalisées sur le sujet est celle de trois médecins du travail de l'Isère désireux de témoigner de leurs expériences respectives au sein d'entreprises (dans les secteurs aussi divers que les mines, la métallurgie, l'industrie du papier, l'alimentation et les matières plastiques) qui ont mené des opérations de restructuration (v. « *Perte d'emploi et santé. Le concours médical* », octobre 1998, par Marie-Odile Achard, Vincente Chastel et Pierre Dell'Accio. Principaux résultats présentés dans un article du journal « *Le Monde* », 18/11/1998).

<sup>8</sup> Cf. « *Perte d'emploi et santé. Le concours médical.* », *op. cit.*

<sup>9</sup> cf. « *Le chômage de longue durée* », rapport du *Conseil d'orientation pour l'emploi*, décembre 2011, p. 27.



doute pour ces raisons que la surmortalité des chômeurs augmente lorsque l'on descend l'échelle des professions, les conséquences du chômage se révélant plus dramatiques dans les catégories défavorisées<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Cf. G. Desplanques, *op. cit.*

## VI - Travail & santé : *essai de synthèse*

Afin de bien mesurer l'impact que le travail, pratiqué sous certaines formes, peut avoir sur la santé des individus, il nous a semblé nécessaire de nous livrer à une étude en profondeur des conditions de travail en France. Etayées et nourries, pour l'essentiel, des investigations de la DARES, nos analyses révèlent une importante hétérogénéité des situations de travail. Face aux pénibilités, aux contraintes, ou face aux dispositifs d'encadrement, aux risques, ou encore face au manque de sens et d'intérêt du travail, les différentes catégories sociales ne sont pas sur un pied d'égalité. Les contraintes, en effet, s'amplifient à mesure que l'on descend dans la hiérarchie socioprofessionnelle, dans les secteurs où les salariés sont généralement peu qualifiés, ce qui tend à desservir leur employabilité et à limiter leurs possibilités d'action sur leur destinée professionnelle, sur leur choix de métier, mais également sur leurs perspectives d'avenir.

Les variations sociales des conditions de travail, que l'on a pu mettre en évidence, nous indiquent clairement que le mot « *travailler* », si couramment employé, renferme pourtant des acceptions bien différentes. En tant qu'activité spécifique de l'homme, le travail peut, par les vertus émancipatrices qui sont les siennes, libérer l'homme, lui permettre d'exprimer ses potentialités et d'éprouver du plaisir à exécuter une tâche qui, menée à bien, pourra lui

renvoyer un sentiment d'utilité sociale. Dans cette perspective, on peut alors admettre que le travail devient un *opérateur de santé* (ce dont témoignent, a contrario, les problèmes de santé d'une majorité de chômeurs...). Cependant, si le travail – être actif - participe indéniablement à la construction de la santé des individus, par l'équilibre, la stabilité, la reconnaissance et la sécurité (notamment financière) qu'il peut leur offrir<sup>1</sup>, nous avons aussi vu à quel point certains métiers peuvent porter préjudice à la santé des travailleurs. Par les conditions dans lesquelles il s'exerce, par les risques qu'il engendre, par les modes spécifiques d'aliénation qu'il génère ou encore par l'instabilité professionnelle, l'insécurité financière (revenus modestes, précaires) qu'il peut produire, le travail conserve encore aujourd'hui une propension à ruiner la santé des individus. Nous sommes donc face à deux visions diamétralement opposées du travail : l'une qui reconnaît ce dernier comme participant à la construction de soi et pouvant faire apparaître, chez l'individu, la notion de satisfaction, et pas seulement de déplaisir ; l'autre qui voit dans le travail toute sa dimension contraignante et avilissante.

Si cette façon de présenter et de se représenter le travail mériterait d'être énoncée de façon un peu moins binaire (travail = plaisir/santé, ou travail = contraintes/ pathologies, risques...), il n'empêche que cette opposition conserve encore, dans notre société, toute sa validité.

Revenir à une définition simple du travail permet aussi de voir qu'historiquement, cette notion s'est construite dans l'opposition à tout principe de plaisir. Le mot, qui voit le jour au 11<sup>ème</sup> siècle, tend d'abord à désigner celui qui *souffre*, qui est *tourmenté* (ou celui que l'on fait souffrir et que l'on tourmente : travail, exploitation, domination...)<sup>2</sup>. Liberté et dignité allant à

---

<sup>1</sup> On peut aussi penser que le travail, par sa propension à intégrer les individus dans un collectif et dans un tissu de relations et d'échanges, renvoie aux individus un sentiment de « normalité », tandis que la situation de chômage, qui exclu et qui stigmatise ceux qui sont « hors normes », hors du monde qui travaille, fait naître chez l'individu un sentiment de différence et d'exclusion qui n'est certainement pas sans incidences sur la santé mentale. La définition de ce que pourrait être un bon état de santé, proposée G. Canguilhem (cité par M. Gollac et S. Volkoff, in *Les conditions de travail*, op. cit., p.36), est assez intéressante : *se sentir en bonne santé, c'est se sentir normal, voire plus que normal. Même si normalité, ici, ne veut pas dire mis au pas, servilité : au contraire, on peut, tout en étant normé et en participant à un système collectif de normes, être capable de suivre de nouvelles formes de vie, d'être acteur/créateur de sa vie.* Ces nouvelles formes de vie relèvent de choix – pouvoir de décision quant à sa propre existence - tandis que l'exclusion et l'isolement social provoqués par le chômage répondent rarement d'une volonté individuelle, mais sont plutôt des états subis, qui s'imposent aux individus. On pourrait même, pour aller plus loin, prétendre qu'être « libre » - avoir du pouvoir, des ressources pour agir - ne signifie pas refuser toute contrainte, rejeter tout système normatif ; être libre, selon nous, c'est être en mesure de décider quand on obéit, et quand on cesse d'obéir...

<sup>2</sup> Jusqu'à l'époque classique, la notion de travail exprime couramment les idées de tourment (vers 1140), de peine (v. 1130) et de fatigue. Il se dit spécialement des douleurs de l'enfantement dans la locution *travail d'enfant*, autrefois aussi *travail* et aujourd'hui dans quelques expressions en médecine comme *salle de travail* et *femme en travail*. Après avoir concerné des efforts, la peine prise à l'exercice d'un métier, le mot s'applique à cette activité en tant que source de revenus (comme *labor*, 2<sup>ème</sup> moitié du 13<sup>ème</sup> s.). Malgré la métonymie pour « résultat du travail » (1362), ce n'est guère qu'au 15<sup>ème</sup> s. que le mot devient un synonyme neutre pour « activité

l'encontre du travail, synonyme de souffrance, les classes dominantes en sont « naturellement » exclues. Les riches, en effet, consacrent davantage d'efforts à l'art de la guerre et à ... l'oisiveté. Le labeur, qui définit la condition du pauvre, reste donc l'affaire des couches populaires (« Menu peuple », serfs, etc.).

Il faudra attendre la fin du 15<sup>ème</sup> siècle pour que le travail prenne d'autres connotations.

En cette fin de Moyen-âge, il tend progressivement à désigner l'ensemble des activités humaines nécessaires à la production : on agit en commun pour produire un résultat. Mais c'est surtout au 16<sup>ème</sup> siècle, à l'aube de la Renaissance, que le travail, qui ne se limite plus à des tâches laborieuses et éprouvantes, commence réellement à être perçu différemment. Dès lors, l'idée de transformation efficace et d'œuvre utile l'emporte sur celle de peine et de souffrance. Parce que les formes de travail évoluent et se diversifient, qu'elles quittent le seul domaine des activités pénibles physiquement - travail manuel -, le regard porté sur le travail se modifie également. Si, dans les milieux pauvres (serfs par exemple), travailler, en échange de la protection des seigneurs locaux, revêt toujours un caractère douloureux et contraint, dans certaines couches sociales (commerçants, artisans, bourgeoisie montante), on envisage davantage le travail comme un moyen de faire ouvrage.

C'est au 19<sup>ème</sup> siècle que la notion de travail va prendre son sens actuel. On parle désormais d'*activité organisée à l'intérieur d'un groupe social et exercée de manière réglée*. L'emploi, la profession, ou encore le métier, sont les nouveaux qualificatifs que l'on associe aujourd'hui au mot travail, qui s'orienterait de plus en plus vers une activité productrice d'utilité sociale et collective.

L'évolution et la diversification des formes de travail, perceptibles, notamment, à travers l'évolution de la définition du mot « travail », témoignant d'un changement d'attitude des hommes vis-à-vis de ce dernier, ont tendance aujourd'hui à nous conforter dans une représentation idyllique de cette notion (nous serions passé du travail qui tourmente, qui fait souffrir, au travail qui libère et qui s'est affranchi de toutes pénibilités, contraintes et nocivités...). Parce qu'il est moins salissant, moins risqué, moins dégradant et qu'il répond moins à une stricte logique d'exploitation, il serait en tous points confortable ; et parce qu'il réclame, globalement, moins d'efforts physiques, il n'en réclamerait désormais quasiment plus. On ne saurait aussi, malgré les nouvelles formes d'organisation, le tenir responsable d'autres formes de souffrances (cf. santé mentale).

---

productive ». L'idée d'« activité quotidienne permettant de subsister », avec ses implications sociales, apparaît nettement en 1600. (cf. « *dictionnaire historique de la langue française* », A. Rey, *op. cit.*).

Nous répétons que si le travail peut participer à la construction de la santé (ou du moins ne pas y porter atteinte !), par les aspects positifs et bénéfiques que l'on peut lui trouver, il s'avère aussi que certaines formes de travail actuelles n'ont pas véritablement su s'affranchir de la définition première du mot. L'examen approfondi des conditions de travail des ouvriers, par exemple, nous rappelle combien le travail d'exécution (contraignant, risqué et aliénant) est synonyme de peine, de labeur et de souffrance.

### *Incidences sur la santé...*

L'objectif de ce long chapitre étant avant tout d'évaluer et de comprendre, dans la mesure du possible, les effets du travail - avec ses diverses composantes - sur la santé des individus, il nous paraît alors nécessaire d'être un peu plus au clair avec cette notion de *santé*, et notamment celle de *santé au travail*.

Une définition globale de la notion présente cette dernière comme la manifestation ou l'expression du *bon état physiologique d'un être vivant, du fonctionnement régulier et harmonieux de son organisme pendant une période assez longue (indépendamment des anomalies ou des traumatismes qui n'affectent pas les fonctions vitales)*<sup>3</sup>. Bien qu'excluant les atteintes aux fonctions vitales, on voit que dans cette définition de la santé, la présence de la maladie est alors envisagée. Elle renvoie à une certaine « normalité », c'est-à-dire à un état d'équilibre, atteint ou à atteindre, où les altérations et les souffrances sont suffisamment compensées<sup>4</sup>. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), quant à elle, porte un regard différent sur la santé, qu'elle envisage comme « *une absence de maladie ou d'infirmité* » mais aussi, dans un sens plus large, comme « *un état de complet bien être physique, mental et social* »<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Le nouveau Petit Robert de la langue française, 2009.

<sup>4</sup> Définition proposée par C. Dejours (v. notamment, sur ce point, C. Dejours, « *Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ?* », Le Travail humain, n° 58 - 1). On peut aussi, avec l'aide de P. Davezies, proposer une acception élargie de la santé, sur laquelle nous reviendrons, avec trois composantes : *être en forme, se sentir libre, ce qui implique autant le sentiment d'avoir barre sur les choses que la connaissance et l'acceptation de ses propres limites ; enfin, percevoir la suite des événements comme une unité susceptible de faire sens et de constituer une histoire* (cf. P. Davezies, « De la récupération psychique », in « Repos et récupération », *Santé et Travail*, n°25, 1998).

<sup>5</sup> Définition proposée dans le préambule à la Constitution de L'OMS adopté par la Conférence internationale sur la Santé à New-York, les 19-22 juin 1946.

Ces différentes façons de concevoir la santé, qui se complètent plus qu'elles ne s'opposent, montrent bien que cette notion est avant tout multidimensionnelle, car elle est essentiellement liée au bien être physique, mental/psychologique et social. De plus la santé ne se limite pas à l'absence de maladie. Il est évident qu'être malade fragilise la santé, cependant, si l'on considère le monde du travail, la peur, la gêne, l'inconfort, les douleurs, la fatigue, l'ennui, la dégradation progressive de l'aspect physique, l'émergence de petites déficiences, etc., méritent d'être considérés par les spécialistes des questions relatives à la santé au travail. C'est souvent ces « petits » troubles, d'ailleurs, qui, en augmentant le degré de *vulnérabilité*, préparent le terrain à des pathologies plus sérieuses (parce que négligés, peu pris en compte ?).

Les facteurs favorables à la construction de la santé sont également pris en compte dans la définition du comité mixte OIT/OMS de la santé au travail. Ce dernier mentionne que *« l'objectif de la santé au travail est de promouvoir et de maintenir le plus haut degré de bien être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions ; prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par les conditions de travail ; les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé ; placer et maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses aptitudes physiologiques et psychologiques ; en somme adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche »*<sup>6</sup>.

Il est évident qu'en prenant pour base cette définition, on ne peut être qu'interpellé et même frappé par l'écart qui existe entre un idéal de *santé au travail* fixé par certaines instances et la réalité qui ressort du terrain, la réalité de ce que sont, pour certains salariés, les conditions de travail – et ce qu'elles engendrent au long de la vie active...

En fonction des éléments dont nous disposons, il apparaît, en effet, que certaines formes de travail ne répondent que partiellement, voire pas du tout, à ces exigences, qui nous renvoient à une vision multidimensionnelle ou multiforme de la santé, que l'on se doit de considérer de manière « totale », complète et globale.

Bien que l'analyse des conditions de travail nous a parfois conduit à opérer une séparation entre pénibilités physiques et charge mentale, séparation qui résulte avant tout du maintien d'une division du travail entre manuels et intellectuels (entre agents d'exécution et agents de conception, qui par leurs fonctions respectives, ne se retrouvent pas confrontés aux mêmes

---

<sup>6</sup> Conclusions et recommandations du Comité mixte OIT/OMS de la santé au travail. Genève, 5-7 Avril 1995.

types de contraintes), il semble très réducteur de se limiter à la santé physique, ou même à la santé mentale, pour penser les problèmes de santé au travail et pour saisir au mieux toute les incidences que celui-ci peut avoir sur l'existence des individus. On ne saurait donc, à ce titre, opérer un découpage entre santé physique d'une part et santé psychique et sociale d'autre part, tant ces composantes sont intimement liées. C'est donc plus en termes d'organisme qu'il faut raisonner...

Lors de notre développement, nous avons souvent pointé les contraintes physiques qui pèsent sur le travail ouvrier et sur les travailleurs manuels en général (employés de commerce, notamment), sans faire réellement état des troubles psychologiques ou des problèmes de santé mentale, découlant du travail, que l'on peut rencontrer chez ces catégories de travailleurs. Nous avons également souligné que les contraintes psychologiques avaient, à priori, plus de chances de s'installer dans les secteurs d'activités où les fonctions répondent davantage d'un travail « *intellectuel* » que d'un travail « *manuel* ». Cependant nous nous sommes arrêtés à ce constat, sans aller au-delà, sans interroger davantage la représentation commune ou courante - voire dominante - qui a tendance à réduire la question de la charge mentale et des risques psychosociaux à un problème de cadres ou de membre des professions intermédiaires, c'est-à-dire à une problématique ou à une souffrance caractéristique des professions « supérieures » et qui seraient, selon ce type de raisonnement, totalement démunies face à ces contraintes.

La question des pénibilités psychologiques et de la charge mentale induites par le travail mérite donc d'être repensée, afin d'identifier *clairement* les secteurs où ces contraintes sévissent réellement, c'est-à-dire - mais surtout - là où leurs effets délétères sur la santé se font le plus sentir, là où les salariés disposent de peu de ressources, dans le cadre de leur travail, pour se prémunir de ces risques. Voyons où nous voulons en venir.

### *Intensification du travail et répercussions sur la santé mentale*

On sait que depuis les années 1980, les contraintes de rythme de travail, principalement dues aux réformes organisationnelles, aux innovations technologiques, ainsi qu'aux nouvelles pratiques managériales, se sont renforcées. En plus des atteintes à la santé physique, constatées chez les travailleurs manuels (ouvriers, employés de commerce notamment),

l'intensification du travail peut aussi être à l'origine de troubles majeurs du point de vue de la santé psychique. Avec la crise du travail et l'accentuation considérable de la pression sur les salariés, accentuée par la pression des clients et une concurrence généralisée – compétitivité-, la souffrance psychique au travail a émergé comme un problème de premier plan, pas seulement en France, mais dans l'ensemble du monde occidental. En 1990, Robert Karasek, un des auteurs qui ont marqué la réflexion sur le *stress professionnel*, affirmait que plus d'un tiers des problèmes de santé mentale pouvait être attribué au milieu du travail. Indéniablement, l'intensification retentit sur les conditions de travail et une de ses conséquences directe est le *stress*. Une forte pression temporelle constitue pour l'organisme une agression, c'est pourquoi l'urgence rend difficile, voire impossible, la construction de bonnes conditions de travail. Changer de posture, prendre une pause pour décompresser, se détendre, aménager et optimiser librement son espace, choisir et trouver l'outil ou le document adapté, s'organiser convenablement, prendre correctement ses informations, s'assurer des coopérations utiles au bon moment, anticiper sur des tâches à venir pour éviter les situations d'urgence ou pour s'y préparer : ces conduites, énumérées par Gollac et Volkoff<sup>7</sup>, et souvent indispensables à la préservation de la santé, sont rendues plus difficiles par l'intensification du travail.

Mais la pénibilité psychologique du travail est encore plus difficile à évaluer que sa pénibilité physique. De plus, nous allons voir que le lien entre intensité, conditions de travail et répercussions, plus ou moins importantes, sur la santé mentale, est souvent plus compliqué qu'il n'en a l'air : en fonction de la présence ou non de certains paramètres ayant trait aux conditions dans lesquelles le travail s'exerce, l'intensification peut voir ses effets délétères sur la santé atténués, ou au contraire, accentués. Expliquons-nous.

Bien que l'intensification du travail se soit progressivement immiscée dans l'ensemble des secteurs d'activités, il n'en demeure pas moins que sa dangerosité, pour les salariés, reste d'autant plus manifeste que l'activité est exercée dans certaines conditions. Voyons donc dans quelles mesures nous pouvons faire état d'une inégalité, entre certaines catégories de travailleurs, devant le caractère nocif de l'intensité du travail.

Pour tenter d'établir le lien entre intensification du travail et répercussions sur la santé mentale, on dispose de solides modèles théoriques qui ont notamment mis au jour le caractère multidimensionnel des conditions psychologiques de travail. Parmi les schémas disponibles,

---

<sup>7</sup> M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 76.



celui de Karasek apparaît d'une grande pertinence (v. p. 242). Ce modèle repose sur l'hypothèse que les exigences du travail liées à l'intensification grandissante (quantité de travail à accomplir, complexité, exigences, pression, changements inopinés, forte demande, contrainte de temps, etc.) ne suffisent pas pour expliquer les effets nocifs du travail. Il faut, dans un premier temps, y adjoindre une seconde dimension qui correspond au degré d'*autonomie* : marges de manœuvre, liberté, possibilité de choisir les modes opératoires et capacité à peser sur les décisions<sup>8</sup>.

L'autonomie décisionnelle réfère, il est vrai, à cette capacité ou à cette faculté à prendre des décisions dans la conduite de son travail mais surtout à la possibilité d'être créatif et d'utiliser ses habiletés.

Ainsi, le concept d'autonomie comprend deux composantes qui sont liées puisqu'elles engagent toutes les deux la maîtrise du processus de travail<sup>9</sup>. L'une se situe sur le plan de l'autorité : avoir la liberté de décider comment réaliser sa tâche ou avoir de l'influence sur la façon dont les choses se passent au travail ; l'autre se situe plutôt au niveau de l'accomplissement de soi au travail : se réaliser, pouvoir s'approprier son destin professionnel et s'y projeter, être acteur de ses choix et de ses décisions quant à sa carrière, faire preuve de créativité, avoir un travail varié et intéressant, qui exige un certain niveau de qualification et qui permet d'apprendre des choses nouvelles, de développer ses habiletés personnelles. *Bref, être maître de son œuvre et éprouver un certain plaisir à la réaliser...*

D'autre part, si la nocivité d'un travail mené intensément se manifeste d'autant plus que le degré d'autonomie des salariés est faible, celle-ci sera encore plus accentuée si la qualité de la relation entre professionnels est incertaine, si l'entraide et la solidarité – horizontale ou verticale – font défaut. C'est pourquoi, au degré d'autonomie dont disposent les individus pour faire face à l'intensification, Karasek (avec T. Theorell) a ajouté une autre dimension. Il

---

<sup>8</sup> En croisant ces deux dimensions, Karasek construit un graphique où les exigences du travail figurent en abscisse et l'autonomie en ordonnée. Une des deux diagonales du graphique correspond aux possibilités de développement offertes par le travail : elle oppose la situation marquée par la passivité (faibles exigences et faible autonomie) à la situation active (fortes exigences et forte autonomie). Karasek montre que les travailleurs en situation active ont des loisirs plus actifs et plus variés et participent davantage à la vie de la cité. Le passage d'une situation professionnelle de passivité à une situation d'activité entraîne un enrichissement de leur vie personnelle et civique. La position sur la première diagonale aurait, pourquoi pas, des répercussions sur la capacité des gens à contribuer au fonctionnement de la démocratie.

La deuxième diagonale oppose les situations à faible tension psychique (faibles exigences et forte autonomie) et celles à forte tension psychique (fortes exigences et faible autonomie) : le passage des unes aux autres implique une sous utilisation des compétences et un degré de stress croissant. Il s'accompagne d'un accroissement des maladies mentales, cardio-vasculaires et ostéo-articulaires. Cf. R. Karasek, T. Theorell, *Healthy Work : stress, productivity, and the reconstruction of the working life*, Basic Books.

<sup>9</sup> Cf. rapport : « *intensification du travail et répercussions sur la santé mentale* » : arguments épidémiologiques apportés par l'enquête ESTV, F. Derriennic, M. Vezina, INSERM U 88 Saint Maurice – France ; Université Laval – Québec.

s'agit du *soutien social* sur lequel le salarié peut compter au travail : soutien instrumental ou technique et soutien émotionnel<sup>10</sup>. Il est plausible, en effet, que subir les contraintes liées à l'intensification reste plus difficile et occasionne davantage de souffrances lorsque l'on doit y faire face de manière isolée que lorsque l'on a la possibilité de les affronter collectivement, en bénéficiant d'un large soutien des collègues ou des supérieurs hiérarchiques. Au travail comme ailleurs, l'union fait la force...

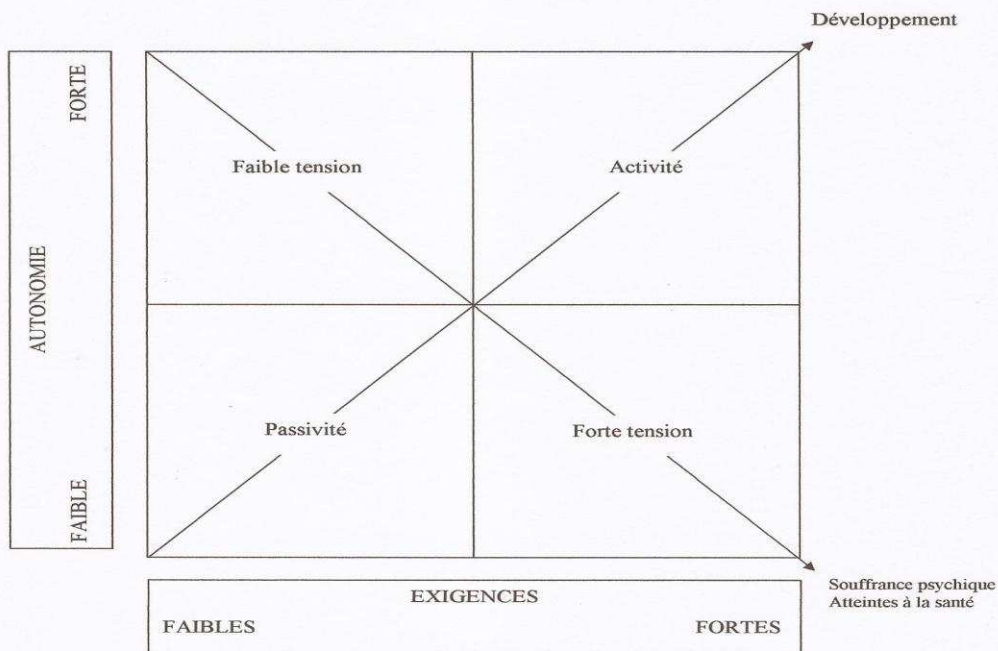
Le caractère nocif de l'intensification du travail, la souffrance et les pathologies qu'elle peut engendrer, ne résulte pas d'un seul élément du travail (pression, délais, temps, autonomie, soutien, reconnaissance, sens, etc.) mais bien des relations entre ces éléments. C'est donc de manière *dynamique* et *relationnelle* qu'il faut envisager la question des effets nuisibles (ou à l'inverse positifs) du travail, et en particulier du travail intensif. Pour preuve, certaines enquêtes indiquent très clairement qu'une situation de travail qui se caractérise par une faible autonomie s'accompagne tant chez les hommes que chez les femmes d'un risque accru d'isolement social<sup>11</sup>. Lorsque l'activité est régie par la seule loi du travail intensif et qu'elle prive, de surcroît, les salariés d'un minimum d'autonomie, de marges de manœuvre, d'entraide et de latitude décisionnelle, elle favorise l'émergence, chez eux, de certains troubles et de certaines pathologies.

---

<sup>10</sup> Cf. R. Karasek, T. Theorell, *op. cit.*

<sup>11</sup> Enquête ESTEV, *op. cit.*

LES SITUATIONS DE TRAVAIL ET LEURS EFFETS DANS LE MODELE DE KARASEK



D'après R. Karasek et T. Theorell, *Healthy Work : stress, productivity, and the reconstruction of the working life*, Basic Books, 1990.

*Troubles & pathologies associées*<sup>12</sup>

L'intensité accrue du travail, combinée à une autonomie décisionnelle faible et à un soutien du collectif limité, augmente considérablement le risque de développer un problème de santé physique ou mental.

Sitôt qu'elle est subie dans les formes particulières que nous énonçons, l'intensification s'accompagne rapidement, chez les salariés, d'un accroissement des maladies cardiovasculaires et ostéo-articulaires ; plus récemment, le lien entre les composantes psychosociales du modèle « *intensification-autonomie au travail* » de Karasek et les problèmes musculo-squelettiques a aussi été démontré. Par ailleurs, il a également été établi qu'une autonomie réduite pouvait augmenter le risque d'accident du travail<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Cf. *enquête ESTEV, op. cit.* ; v. aussi « *stress : mécanismes et conséquences sur la santé* », dossier INRS (15/12/2010).

<sup>13</sup> Cf. dossier « *Accidents, accidentés et organisation du travail* », *op. cit.*

Du point de vue de la souffrance psychique et des atteintes à la santé, la *tension au travail*, telle qu'elle est définie par ce modèle, a également été associée à des problèmes comme la dépression, la détresse psychologique, l'épuisement professionnel et la consommation accrue de médicaments à visée psycho active.

Mais qu'elles relèvent de problèmes de santé physique ou de santé mentale, il ne faut pas perdre de vue que ces diverses pathologies sont avant tout la conséquence d'un niveau de stress élevé, résultant lui-même de conditions de travail intenses qui s'exécutent sans marges de manœuvres, sans latitude décisionnelle et sans appui du collectif.

### *Mécanismes et conséquences sur la santé du stress*<sup>14</sup>

Le terme de « stress » a été introduit pour la première fois par Hans Selye (1907 – 1982), médecin endocrinologue autrichien. Selon lui, le stress est d'abord une « réponse non spécifique de l'organisme face à une demande ». Il est à l'origine du concept de « syndrome général d'adaptation », qui décrit les trois réactions successives de l'organisme face à une situation stressante : *alarme, résistance, épuisement*. (v. Encadré)

#### *Encadré*

- **Réaction d'alarme** : dès la confrontation à une situation évaluée comme stressante, des hormones sont libérées par l'organisme via une glande située au-dessus des reins, la glande mésentérique : ce sont les catécholamines. Ces hormones ont pour effet d'augmenter la fréquence cardiaque, la tension artérielle, les niveaux de vigilance, la température corporelle et de provoquer une vasodilatation des vaisseaux et des muscles. Toutes ces modifications ont pour but d'amener l'oxygène aux muscles et au cœur et de préparer l'organisme à réagir.
- **Résistance** : suite à l'alarme, un second axe neurohormonal est activé, préparant l'organisme aux dépenses énergétiques que nécessitera la réponse au stress. De nouvelles hormones, les glucocorticoïdes, sont secrétées : elles augmentent le taux de sucre dans le sang pour apporter l'énergie nécessaire aux muscles, au cœur et au cerveau. Ces hormones ont la particularité de pouvoir freiner leur propre sécrétion par rétroaction : la quantité d'hormones libérées dans le sang est détectée par des récepteurs du système nerveux central qui la régulent.
- **Épuisement** : si la situation stressante se prolonge ou s'intensifie, les capacités de l'organisme peuvent être débordées : c'est l'état de stress chronique. Pour faire face à la situation, l'organisme produit toujours plus d'hormones. Le système de régulation évoqué précédemment devient inefficace, les récepteurs du système nerveux central deviennent moins sensibles aux glucocorticoïdes, dont le taux augmente constamment dans le sang. L'organisme, submergé d'hormones, est en permanence activé. Il s'épuise.

<sup>14</sup> Cf. « *stress : mécanismes et conséquences sur la santé* », *op. cit.* ; Les effets du stress sur l'organisme sont aussi beaucoup développés par F. Villemain, in *Stress et immunologie*, P.U.F., 1989.

Il n'est pas rare que les termes de « *bon* » et « *mauvais* » stress soient employés pour évoquer le stress au travail. Le premier permettrait une grande implication au travail et une forte motivation alors que le second rendrait malade. Or, aux yeux de la science, il n'y a ni « bon » ni « mauvais » stress, mais simplement un phénomène d'adaptation du corps rendu nécessaire par l'environnement. Il importe de distinguer, en revanche, l'état de stress aigu de l'état de stress chronique, qui produisent des effets différents sur la santé.

L'état de *stress aigu* correspond aux réactions de notre organisme lorsque nous sommes devant une menace ou un enjeu ponctuel (prise de parole en public, remise urgente d'un rapport, un changement de poste travail choisi, etc.). Quand cette situation de stress prend fin, les symptômes de stress disparaissent généralement peu de temps après.

Quant à l'état de *stress chronique*, il se présente comme une réponse de notre corps à une situation de stress qui elle, s'inscrit dans la durée : c'est le cas quand, tous les jours au travail, nous avons le sentiment que ce qui nous est demandé dans le cadre professionnel excède nos capacités (et que les marges de manœuvre pour le faire sont réduites). Ce type de situation de stress chronique est toujours délétère pour la santé.

Les mécanismes physiologiques mis en jeu pour faire face à une situation de stress peuvent rapidement être néfastes pour l'organisme, surtout s'il elle s'inscrit dans la durée. En quelques semaines, des symptômes physiques, émotionnels, intellectuels et comportementaux peuvent apparaître<sup>15</sup>.

Si la situation stressante se prolonge dans le temps et si elle est très intense, les différents symptômes s'aggravent et se prolongent, entraînant de réelles pathologies, des altérations de la santé qui peuvent dans certains cas devenir irréversibles (l'état de stress chronique peut se traduire au fur et à mesure par un *syndrome « métabolique »*, association de différents symptômes tels que l'obésité abdominale, la résistance à l'insuline, qui peut évoluer vers un diabète, l'hypertension artérielle et des perturbation du métabolisme des lipides – cholestérol, triglycérides). D'autre part, les relations entre facteurs professionnels de stress et risque

---

<sup>15</sup>Principaux symptômes dus à un état de stress chronique :

- Symptômes physiques : douleurs (coliques, maux de tête, douleurs musculaires, articulaires, etc.), troubles du sommeil, de l'appétit et de la digestion, sueurs inhabituelles...
- Symptômes émotionnels : sensibilité et nervosité accrues, crises de larmes ou de nerfs, angoisse, excitation, tristesse...
- Symptômes intellectuels : difficultés de concentration, erreurs, oublis, difficultés à prendre des initiatives...
- Symptômes comportementaux : modification des conduites alimentaires, comportements violents et agressifs, isolement social (repli sur soi, difficultés à coopérer), consommation de produits calmants ou excitants (café, tabac, alcool, somnifères, anxiolytiques).

d'accident cardio-vasculaire ont été sérieusement étudiées : on a pu démontrer un risque accru de maladies coronariennes et de décès par maladies cardio-vasculaires chez des personnes exerçant une activité professionnelle intense sans grande marge de manœuvre. Les accidents vasculaires cérébraux sont également plus fréquents lors de situation stressante au travail.

La dépression et l'anxiété ont été aussi mises en relation avec des situations de stress professionnel : une forte demande, associée à une faible autonomie (faible latitude décisionnelle) et à un manque de soutien social au travail, peuvent conduire à des troubles dépressifs. Les problèmes d'anxiété sont également plus fréquemment observés en cas de situations stressantes qui perdurent. Le suicide « professionnel », par exemple, aboutissement tragique d'une situation désespérée, que l'on ne maîtrise plus, peut être la conséquence d'un grave état de dépression...

Bien que des études complémentaires soient nécessaires, les états de stress de longue durée induiraient aussi d'autres problèmes de santé comme la diminution de la résistance aux infections, les maladies immuno-allergiques, les colites fonctionnelles, les désordres hormonaux ou certaines pathologies de la grossesse (prématurité).

L'intensification du travail (qui constitue une agression, une menace pour l'organisme...), associée à une autonomie réduite et à des possibilités de coopérer limitées, peut donc être considérée comme un important facteur professionnel de stress. Premier des risques psychosociaux et produit du travail intensif, le stress chronique, aux vues des pathologies physiques et mentales qu'il génère, demeure particulièrement nocif pour les travailleurs qui sont contraints d'exercer leurs tâches dans les conditions particulières que nous venons d'énoncer.

D'après les éléments dont nous disposons, nous sommes à présent en mesure de dire que les catégories de salariés qui restent le plus exposés aux effets pathogènes du travail intensif – et donc du stress qu'il provoque : pathologies physiques et psychologiques associées – sont, en premier lieu, les agents d'exécution, les salariés subalternes : *ouvriers* et *employés*.

Nous savons désormais combien le travail des salariés peu qualifiés est soumis à une stricte logique d'encadrement, à des dispositifs et à des types d'organisation qui laissent peu de place à l'autonomie décisionnelle, aux marges de manœuvre, aux possibilités de coopérer<sup>16</sup> ou d'être soutenu, reconnu. Ils subissent donc de plein fouet les conséquences nocives de l'intensification, car leur travail, tel qu'il leur est imposé, ne leur garantit pas l'espace de

---

<sup>16</sup> V. « *jalousies et concurrence au travail* », in S. Beaud, M. Pialoux, *op. cit.*

liberté nécessaire pour contrebalancer, compenser, ou mieux supporter ces exigences portant sur le rythme de travail.

Dans cette perspective, on peut dire que les problèmes de santé mentale liés au travail, la souffrance psychique, dont les conséquences sont aussi « physiques » (équilibre biologique), demeurent avant tout un problème de salariés du bas de l'échelle sociale, un problème de salariés enfermés, cadenassés dans un rôle de subalterne. Contrairement à une idée reçue, la dépression, dont l'origine peut se trouver dans les facteurs professionnels de stress que nous venons d'énoncer, n'est pas une affection de cadres surmenés : elle touche davantage les ouvriers et les employés.<sup>17</sup> Ce constat n'exclut pas, bien entendu, le fait que certains membres des professions « supérieures » ou « moyennes-supérieures » puissent ressentir un certain *mal-être* au travail – une souffrance - et être ainsi lourdement frappés par des pathologies liées au stress professionnel. Mais dans l'ensemble, les conditions de travail dont ils bénéficient, caractérisées par un certain degré d'autonomie, un relatif pouvoir décisionnel, ainsi que les ressources liées à leur condition et à leur statut, constituent un moyen efficace de lutte – d'action - contre les effets nocifs du travail intensif (stress chronique notamment).

La qualité du travail est un facteur important à prendre en compte pour mieux comprendre comment se construisent les inégalités sociales face à la maladie et la mort. D'autant que les conditions de travail, on l'a vu, varient grandement selon les métiers exercés.

Toutefois, on ne saurait imputer à la seule qualité de l'environnement professionnel les différences sociales de mortalité. Celles-ci peuvent s'expliquer aussi, nous allons le voir, par d'autres facteurs, comme les pratiques et les modes de vie propres aux individus et aux groupes sociaux.

---

<sup>17</sup> Cf. CREDES, données 1996-1997, in « *l'état des inégalités en France* », 2007 ; v. « taux de dépression selon la catégorie sociale » (tableau p. 231).  
v. également dossier : « *Davantage de troubles dépressifs chez les ouvriers et employés* », C. Cohidon (INVS), in *Santé & Travail* n° 060 – octobre 2007.

## **CHAPITRE II**

# **Incidence des modes de vie**



Les liens entre *travail* et *santé* étant désormais en grande partie établis, il convient maintenant d'examiner plus en détail l'incidence que peuvent avoir d'autres facteurs – sociaux - sur la santé des individus, et au final sur la longévité.

Il est donc temps de voir, à présent, dans quelles mesures les modes de vie propres aux groupes sociaux, c'est-à-dire les différentes habitudes alimentaires, les diverses addictions (alcool et tabac principalement), certaines pratiques (activités physiques, sédentarité, loisirs...), exercent également, à leur façon, des effets propres sur l'espérance de vie. Il semble en effet que cet ensemble de conduites, de comportements, de manières de consommer, de s'occuper de soi, etc., tendent à favoriser et à accentuer (ou au contraire à prévenir et à ralentir, selon les modes de consommation et les pratiques), au sein de certaines populations, le risque de maladies.

Bien que les modes de vie, en apparence, semblent répondre de choix individuels, c'est à dire de comportements volontaires, mesurés et consentis – de la part des *acteurs/agents* - , nous verrons en réalité que le libre arbitre ou la pure volonté individuelle en matière de consommation, de pratiques, n'intervient quasiment pas. Essentiellement car ces choix restent largement soumis au poids des déterminismes sociaux, à la force du *social* qui « impose » aux individus, qui *inscrit dans le corps* de ces derniers un certain type de pratiques, de modes de consommation propres à leur condition, c'est-à-dire des conduites et des styles de vie spécifiques que leur condition sociale, économique et culturelle leur permet (sociologiquement parlant) ou ne leur permet pas d'acquérir et d'intégrer.

# I - Alimentation, Conduites alimentaires

## *I - Consommation alimentaire : le « poids » du milieu...*

En matière de consommation alimentaire, des différences significatives entre hommes et femmes ont déjà pu être observées<sup>1</sup>. Cependant, si *effet de genre* il y a sur les différents types de régimes alimentaires, il n'en reste pas moins que le rapport à l'alimentation, allant de la nature même des produits ingérés jusqu'à la construction sociale du goût, reste traversé par des *effets de classe* qui sont hautement révélateurs de la dimension sociale, culturelle – et pas seulement économique – d' un acte, celui de manger, qui pourtant paraît comme le plus « naturel » qui soit.

Avant d'analyser les principes et les déterminismes qui régissent les conduites alimentaires, voyons d'abord la variation des types de consommation que l'on peut retrouver dans l'espace social - c'est-à-dire toute la diversité des aliments consommés en fonction de l'appartenance sociale – ainsi que les effets que ces pratiques peuvent avoir sur la santé.

---

<sup>1</sup> Cf. notre partie consacrée à la « mortalité différentielle selon le sexe ».

## *Manger : un besoin « naturel » empreint de culture*

Les disparités en matière de consommation alimentaire, notamment entre groupes sociaux, ne sont évidemment pas un fait nouveau. Besoin primaire par excellence, indispensable à la survie de l'organisme et donc au maintien, à l'équilibre de la structure physique et psychique de l'individu<sup>2</sup>, *manger* reste pourtant un acte fondamental devant lequel les hommes ne sont pas égaux.

Historiquement d'abord, on se souvient à quel point les gens de *petite condition* – le « menu peuple » – éprouvaient parfois de grandes difficultés à se nourrir convenablement, sans ingérer des substances d'une grande toxicité pour leur santé. Les pauvres, s'ils ne mourraient pas de faim en période de crise de subsistance ou de disette, succombaient toutefois largement aux effets de la malnutrition. On a cependant aussi vu combien les excès, la « goinfrerie » des riches pouvaient occasionner quantité de décès prématurés chez eux.

La relation, profondément inégalitaire, que nouent les hommes avec ce besoin primaire qu'est l'alimentation a longtemps été marquée, dans le passé, par des inégalités de fortune<sup>3</sup>. L'argent, en effet, permet de satisfaire les besoins fondamentaux – manger, se loger, dormir, se vêtir, se soigner, etc. -, alors que l'indigence prive les individus de ces ressources indispensables à leur propre conservation. Bien que cette règle, qui veut que le capital économique, ou plus exactement l'argent, détermine en premier lieu la qualité du rapport à l'alimentation, soit certainement encore en vigueur dans certains pays en « *voie de développement* »<sup>4</sup>, il semblerait toutefois que les différences de régimes alimentaires entre catégories sociales, au sein de notre société, ne soient pas *seulement* le produit de contraintes financières, même si celles-ci pèsent encore lourdement dans l'accès aux besoins les plus élémentaires.

---

<sup>2</sup> Dans une étude très argumentée – montrant les liens entre alimentation et fonctionnement du système nerveux - , le Dr J.M. Bourre défend l'idée qu'il est important de *bien manger pour bien penser...* (J. M. Bourre, *La diététique du cerveau*, Ed. Odile Jacob, 2003).

<sup>3</sup> Les pouvoirs publics ont progressivement commencé à comprendre – ou plutôt à ne plus feindre d'ignorer – qu'il y avait un lien entre le manque d'argent et le manque de nourriture... Dès lors, les dépenses familiales ont commencé à être étudiées dès le 18<sup>ème</sup> siècle, à des fins charitables, en liaison avec le débat sur la pauvreté et les « lois sur les pauvres » ; au 19<sup>ème</sup> siècle, ce type d'études se développera en liaison avec les débats sur la « question sociale » (urbanisation, essor du prolétariat industriel, etc.).

<sup>4</sup> V. notamment les travaux de J. Ziegler sur « *la faim dans le monde* » (cf. Bibliographie) : être suffisamment riche pour ne pas mourir de faim, de malnutrition... (Réalités des pays pauvres qui rappellent tristement les réalités d'antan des nations industrialisées).

Ce point, tout comme les conséquences qu'une mauvaise alimentation peut avoir sur la santé, sera approfondi dès lors que nous aurons une vue plus générale des pratiques alimentaires propres aux différentes classes.

### *Catégories sociales : qui mange quoi ?<sup>5</sup>*

Dès lors que l'on s'intéresse d'un peu plus près à la variété des modes de consommation alimentaire suivant l'origine sociale des individus, on réalise combien l'alimentation – des produits achetés et consommés jusqu'au rapport à la nourriture, à l'acte de manger – est traversée par des effets de culture, qui contribuent à faire de cet *acte naturel* qu'est manger un fait social comme un autre, s'organisant, différemment selon les milieux, en fonction d'un « champ des possibles » qui définit les limites, c'est-à-dire les freins économiques, socioculturels à la mise en place de tel ou tel type de consommation.

Il faut d'abord souligner que l'alimentation dans son ensemble (c'est-à-dire l'alimentation à domicile, bien sûr, mais également les repas pris à l'extérieur et l'autoconsommation) reste, en 2006, l'un des principaux postes de dépense des ménages.<sup>6</sup> Cependant des disparités sociales apparaissent déjà si l'on prend en compte le niveau de vie : en effet le poids de l'alimentation est d'autant plus élevé que le niveau de vie des ménages est faible<sup>7</sup>.

Parmi les marqueurs des inégalités de consommation entre catégories socioprofessionnelles figure notamment la part respective du budget qu'accordent les ménages aux repas pris à l'extérieur ou au domicile. Concernant les repas à l'extérieur, entre 2001 et 2006, l'écart entre

---

<sup>5</sup> Nous nous référerons ici à deux études (principalement) :

« *La consommation alimentaire : des inégalités persistantes mais qui se réduisent* », F. Caillavet, C. Lecogne, V. Nichèle, Inra-Aliss, UR 1303, 2008.

« *Les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée ?* », CREDOC, cahier de recherche n° 232, 2006.

<sup>6</sup> Il serait même celui qui pèse le plus lourd : 21% de la dépense de consommation, devant le logement (16%) et les transports (15%). Cependant le poids du logement dépasse désormais celui de l'alimentation à domicile pour les 20% des ménages ayant les niveaux de vie les plus faibles (cf. *étude Inra, op. cit.*).

<sup>7</sup> Les ménages les plus pauvres consacrent 18% de leur budget à l'alimentation tandis que pour les ménages les plus aisés cette part est de 14% (*Ibid.*).

les familles les plus modestes et les autres se maintient, voire s'accroît : ainsi, chez les premières, la part de ce poste dans le budget alimentaire total recule ou reste pratiquement inchangée tandis qu'elle s'accroît, parfois de manière très visible, dans les foyers où le niveau de vie est plus élevé<sup>8</sup>. En 2006, les ménages ayant un niveau d'études inférieur au CEP consacrent 84% de leur budget à l'alimentation à domicile contre 63% pour les plus diplômés. Les titulaires d'un diplôme au moins équivalent à bac + 3 consacrent ainsi une part de leur budget alimentaire au repas à l'extérieur très importante (37%) – il faut aussi ne pas sous évaluer l'importance des *facteurs générationnels* dans les comportements de consommation alimentaire, même si ceux-ci demeurent sous l'emprise constante et profonde des déterminants socio-économiques et culturels<sup>9</sup>.

Finalement, le poids des repas à l'extérieur dans la dépense alimentaire totale est bien fonction de la position sociale : 34% chez les cadres et 22% chez les ouvriers<sup>10</sup>.

Observons à présent les différences sociales (selon statut socio-économique) qui apparaissent en matière de produits consommés.

La plupart des études menées sur la structure de la consommation alimentaire livrent des conclusions à peu près similaires, qui pourraient être résumées ainsi :

*Plus on est riche et diplômé, plus on a de chances d'avoir une alimentation saine, équilibrée et riche en nutriments ; à l'inverse, moins on est riche et qualifié, plus la qualité de l'alimentation, en termes de produits, d'apports nutritionnels et donc d'effets sur la santé, risque de ne pas être satisfaisante et convenable.*

Si l'on s'intéresse d'un peu plus près aux produits, on remarque que les fruits, les légumes et les produits de la mer (poissons, crustacés...), sont consommés de manière inégale selon le statut socio-économique. Cette catégorie d'aliments est traditionnellement sous-représentée chez les ménages les plus pauvres. Dans ces couches sociales, les produits surreprésentés sont plutôt les produits céréaliers, les corps gras et les viandes.

Entre catégories socioprofessionnelles, les écarts se ressentent donc fortement :

Les cadres consacrent une part de leur budget alimentaire aux produits de la mer, aux fruits et aux légumes très supérieure à celle qu'y consacrent les ouvriers. De façon identique, ce sont

---

<sup>8</sup> Chez les ménages les plus aisés, les repas à l'extérieur dépassent toujours 30% du budget alimentaire total, une part deux fois plus élevée que chez les familles modestes (étude Inra, *op. cit.*).

<sup>9</sup> Cf. étude CREDOC, *op. cit.* : si des effets de génération peuvent être mis en évidence pour la consommation de certains produits (fruits et légumes par exemple), ils agissent cependant fortement à travers la variable du diplôme.

<sup>10</sup> Etude Inra, *op. cit.*

les plus diplômés qui accordent une part élevée de leur budget alimentaire à ce type de denrées ; en revanche, le poids des viandes, mais aussi des graisses, est plus élevé pour les moins diplômés. Les ouvriers, quant à eux, dépensent davantage pour des catégories de produits bien définies : les graisses végétales – huiles, margarine- et les sucres.

Ces tendances sont confirmées par les premiers résultats de l'étude *Nutrinet*, lancée en 2009<sup>11</sup>. Les inégalités sociales face à la consommation alimentaire, ainsi que leurs conséquences sur la santé – que nous n'allons pas tarder à évoquer -, sont vite apparues :

La consommation de fruits et légumes est 40% plus élevée que la moyenne chez les cadres supérieurs par rapport aux ouvriers et aux employés, de même pour la consommation de poisson plus élevée chez les hauts revenus et les plus diplômés. Ces derniers mangent moins de viande, de charcuterie et de pomme de terre. La prévalence de l'obésité diminue avec le niveau de diplôme : « *on observe deux fois moins d'obèses chez les sujets ayant un diplôme du niveau supérieur* », souligne l'étude.

Déjà en 1991, l'INSEE indiquait que les ménages les plus défavorisés achetaient 16 kilos de moins de légumes frais par personne et par an que les autres ménages. La consommation de ces aliments se trouve aujourd'hui encore socialement marquée car les légumes (frais ou surgelés) sont achetés et consommés en quantités très inférieures à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale. Il en est de même pour les fruits frais puisque l'on remarque une différence de 44 à 62 kilos toujours en faveur des foyers aisés. La consommation de ce type de produit est donc croissante avec le revenu (toujours d'après l'étude du CREDOC).

En ce qui concerne les « ultra frais laitiers », leur consommation est significativement plus élevée chez les hauts revenus que chez les familles modestes. Chez les enfants également, ces produits sont plus consommés chez les cadres, professions libérales, puis employés.

De grandes disparités s'observent également au sein des différentes catégories de population au niveau de l'approvisionnement : on ne fait pas ses courses n'importe où selon sa classe...

Si l'on fréquente davantage les marchés, les petits commerçants chez les classes *supérieures*, on a au contraire plutôt tendance, chez les classes *populaires*, à faire ses achats dans les hypermarchés, dans les magasins spécialisés de surgelés et dans les magasins de *hard*

---

<sup>11</sup> Menée sous la conduite du professeur S. Hercberg (directeur de l'unité de recherche en épidémiologie nutritionnelle à l'Inserm et responsable du Programme national nutrition santé), cette étude sur les comportements alimentaires des français, souhaite recruter 500 000 personnes au total. Celles-ci acceptent de répondre, sur internet, à des questions sur leur alimentation, leur activité physique, leur poids, leur taille... (cf. *Le Monde*, 30/11/2009).

*discount*. Chez les plus pauvres et les moins diplômés, ce sont les familles monoparentales qui se rendent le plus dans les commerces *hard discount*<sup>12</sup>. Quant à l'auto consommation, il est logique que les agriculteurs y aient plus souvent recours.

## 2 - Des inégalités de consommation alimentaire aux inégalités nutritionnelles

Ces données de consommation d'aliments relativement à l'appartenance sociale mettent en relief des écarts, entre catégories, qui ne sont pas neutres sur le plan nutritionnel.

Plus que de mettre en avant la variété et l'hétérogénéité sociale des régimes alimentaire, une sociologie des pratiques alimentaires doit aussi se donner pour mission de lever le voile sur les inégalités de santé que peuvent générer certaines habitudes de consommation.

*Qu'entend-on par « alimentation équilibrée »*<sup>13</sup> ?

La détermination du caractère équilibré d'une alimentation peut évidemment être discutée, toutefois il semblerait qu'un consensus se soit établi, entre spécialistes, sur la base des recommandations actuelles du « *guide alimentaire pour tous* » du Programme National Nutrition Santé considérant qu'il convient de manger :

- Cinq fruits et légumes par jour sous toutes leurs formes.
- Trois produits laitiers par jour.
- Un aliment du groupe viande/volaille/poisson/œuf une à deux fois par jour.

---

<sup>12</sup> Etude du CREDOC, *op. cit.*

<sup>13</sup> Cf. étude du CREDOC, *op. cit.* : « *Définition d'une alimentation équilibrée* ».

- Des féculents à chaque repas.

Certains auteurs soulignent que ces conseils en termes de qualité d'alimentation sont ceux diffusés par la *pyramide alimentaire* réalisée par l'USDA (United States department of agriculture) dont la base est constituée d'aliments glucidiques (pain, céréales, pâtes...) qui doivent être consommés en grande quantité et le sommet d'aliments gras et sucrés dont la consommation doit être restreinte<sup>14</sup>. Bien que satisfaisante, cette vision n'est pas partagée par tous et des améliorations de cette pyramide, incluant notamment l'eau ou encore la diversité et l'activité physique, ont été faites. Brousseau et al., par exemple, en s'inspirant d'un indice américain<sup>15</sup>, ont construit un indice d'alimentation saine reposant sur l'équilibre alimentaire, la modération, la variété et le rythme alimentaire.

L'ensemble de ces recommandations doit bien entendu être pensé en relation avec les connaissances en termes de nutrition qui déterminent des seuils optimaux de densité énergétique et nutritionnelle<sup>16</sup>.

Il existe également, en plus des recommandations françaises, des recommandations européennes établies par le Comité Scientifique de l'Alimentation humaine. Les valeurs proposées sont établies pour permettre de couvrir les besoins nutritionnels de la quasi-totalité de la population concernée. Il demeure toutefois des points critiques pouvant conduire à des déséquilibres nutritionnels dans des populations à risques. Ces constats s'appliquent également à notre société, dans laquelle il persiste, pour certains groupes de population, une inadéquation entre les apports et les besoins nutritionnels.

En effet, les catégories de produits les plus discriminantes entre niveaux de revenu et niveaux de diplôme comprennent, en termes de quantités ingérées, les fruits et les légumes, ainsi que les produits de la mer (on pourrait rajouter les ultras frais laitiers). Ces aliments sont précisément ceux dont la consommation est recommandée par les nutritionnistes et qui figurent d'ailleurs très bien placés dans les objectifs du *Plan National Nutrition Santé*.

---

<sup>14</sup> Cf. Brousseau et al., cahier de recherche n°158 du Credoc, 2001.

<sup>15</sup> Le « *healthing eating index* » (HEI), établi par le Département Américain d'Agriculture (USDA) et dont la dernière version date de l'année 2000.

<sup>16</sup> Même si cela peut paraître un peu « technique », il faut savoir que les apports nutritionnels conseillés (ANC) sont établis par les instances scientifiques des différents pays. L'apport nutritionnel conseillé est égal au besoin nutritionnel moyen, mesuré sur un groupe d'individus, auquel sont ajoutés deux écarts types – représentant le plus souvent chacun 15% de la moyenne. Les besoins nutritionnels moyens résultent donc des valeurs acquises sur un groupe expérimental constitué d'un nombre limité d'individus et correspondant à la moyenne des besoins individuels (cf. étude du CREDOC, *op. cit.*).



Ces catégories de produits apparaissent bien comme des marqueurs sociaux de la consommation puisque les classes populaires – bas revenus et faibles qualifications – n’en consomment pas dans des quantités suffisantes par rapport aux recommandations nutritionnelles. Bien au contraire, dans ces milieux, on privilégie davantage des nourritures et produits qui ne participent pas d’un bon équilibre alimentaire. Certains effets sur la santé sont donc inévitables...

### *3 - L’obésité : l’alimentation, la sédentarisation et le manque d’activité physique en causes*

*Un phénomène qui ne cesse de croître...*

En progression constante à l’échelle mondiale, l’obésité est de plus en plus regardée comme un problème majeur de santé publique. Il y aurait manifestement de plus en plus d’obèses et de personnes en surpoids<sup>17</sup>. Quelques chiffres suffisent pour mesurer l’importance du phénomène :

Selon les récentes estimations de l’OMS, il y avait en 2005, 1,6 milliard d’adultes en surpoids, dont 400 millions d’obèses, dans le monde. En 2015, ils devraient être respectivement 2,3 milliards et 700 millions<sup>18</sup>.

L’obésité ne se limite pas aux frontières des pays riches. Dans les pays pauvres, où sévit pourtant toujours la dénutrition, l’obésité gagne de plus en plus de terrain, principalement en milieu urbain. Si dans ces pays, les obèses se rencontrent surtout dans les classes supérieures, nous verrons que dans les pays riches, c’est l’inverse, puisqu’on les retrouve essentiellement dans les couches populaires. C’est cependant dans les pays occidentaux que la prévalence de

---

<sup>17</sup> On rappelle que l’obésité se définit par rapport à l’IMC (indice de masse corporelle) des individus : v. explications dans le chapitre « mortalité différentielle selon le sexe ».

<sup>18</sup> Données présentées in « *Sciences humaines* » N° 223, février 2011.

cette véritable pathologie est la plus importante - notamment aux États-Unis – alors que, paradoxalement, la barre du milliard de personnes souffrant de sous-alimentation a été franchie en 2009...

En France, elle est passée de 8,5% à 14,5% de la population en douze ans, soit 6,5 millions de personnes, selon l'enquête Obépi-Roche (rendue publique le 10 novembre 2009)<sup>19</sup>. La fréquence des obésités sévères a bondi de 1,5% en 1997 à 3,9% en 2009, tandis que la prévalence du surpoids demeure élevée, à 31,9% contre 29,8% en 1997.

### *Une maladie sociale : pas d'égalité devant l'obésité*

Conséquence d'une alimentation déséquilibrée, se caractérisant notamment par une surconsommation de sucres et de graisses, l'obésité a de plus en plus tendance à s'immiscer de manière profondément inégalitaire dans le corps social. On repère en effet davantage de personnes souffrant de l'obésité en bas de l'échelle sociale qu'en haut, et l'écart tend à s'accroître<sup>20</sup>.

L'augmentation de ce phénomène entre 1981 et 2003 a certes touché tous les milieux sociaux, cependant de grandes disparités persistent. Ainsi les écarts entre les agriculteurs et les ouvriers, catégories socioprofessionnelles les plus touchées par la maladie, et les cadres et professions intellectuelles supérieures, les moins touchés, se sont creusés.

Cette évolution date des années 1990. Thibaut de Saint Pol rappelle qu'au cours de la décennie précédente, la prévalence de l'obésité avait connu une augmentation plus rapide parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures que dans les autres catégories sociales ce qui pouvait laisser penser à terme à une convergence entre milieux sociaux. Or c'est l'inverse qui s'est produit : loin de se réduire, l'écart n'a fait que de se renforcer...

La prévalence de l'obésité chez les agriculteurs a effectivement augmenté de plus de 7 points entre 1992 et 2003, alors qu'elle n'a crû que de 2 points chez les cadres. Après les agriculteurs, viennent actuellement les ouvriers, puis les artisans, commerçants et chefs d'entreprise et les employés. Comparativement au début des années 1980, la hiérarchie reste inchangée en 2003 : il y a toujours moins d'individus obèses chez les cadres que chez les

---

<sup>19</sup> Cf. « *Le Monde* » (11/11/09).

<sup>20</sup> Sur l'inégalité sociale devant l'obésité, v. Thibaut de Saint Pol, « *L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent* », *Insee Première* N° 1123 – février 2007.

ouvriers ou les agriculteurs, toutefois les disparités entre ces catégories se sont nettement accrues.

On ne peut, semble-t-il, imputer au seul *facteur revenu* la prévalence de l'obésité au sein de certaines populations. Si la corpulence et le risque d'obésité chez la femme augmentent à mesure que son niveau de vie est faible, chez l'homme, au contraire, corpulence ne rime pas systématiquement avec pauvreté. Pour le dire autrement, si tout laisse à penser que le facteur revenu a peu d'incidence sur la fréquence de l'obésité pour les hommes, il semble en revanche déterminant pour les femmes. On précisera, à ce propos, qu'à l'obésité liée à la fragilisation économique et sociale s'ajoute également ce que J. P. Poulain, dans « *sociologie de l'obésité* », nomme « l'obésité des bons vivants » qui touche surtout des hommes en haut de l'échelle sociale.<sup>21</sup>

Cela dit, il en va tout autrement de l'influence du *diplôme*...

Il existe en effet une forte corrélation entre la prévalence de l'obésité et le niveau de qualifications : « en 2003, 15% des individus sans diplôme ou ayant au plus un brevet des collèges sont obèses, tandis que seulement 5% des diplômés du supérieur le sont. L'écart est de 10 points : il a doublé entre 1981 et 2003 »<sup>22</sup>. Moins un individu est diplômé, plus il a de chances (si l'on peut dire !) de devenir obèse. Cette correspondance se retrouve de manière plus générale pour la corpulence : c'est au sein des populations les moins pourvues en titres scolaires que l'on rencontre le plus de personnes corpulentes, avec des écarts plus significatifs chez les femmes. Ainsi, une femme mesurant 1 m 63 pèsera en moyenne 3,9 kg de plus si elle n'a que le brevet ou pas de diplôme et 1,2 kg de moins si elle diplômée du supérieur par rapport à une femme de même taille, classe d'âge, niveau de vie et zone géographique mais de niveau bac.

Niveau de vie et niveau de diplôme se conjuguent donc pour déterminer la situation relative des différentes catégories sociales face au risque de surpoids et d'obésité.

Ces inégalités, il faut aussi le noter, tendent à se reproduire chez les générations les plus jeunes. La proportion d'enfants obèses ou en surpoids diffère fortement selon la catégorie

---

<sup>21</sup> Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité*, P.U.F., 2009.

J. P. Poulain nous dit aussi que l'hypothèse selon laquelle précarité et obésité seraient liées n'est pas vérifiée : le taux de prévalence de l'obésité dans la population précaire ne différerait guère de celui de la population nationale représentative. C'est en revanche chez les « pré précaires », c'est-à-dire les personnes vivant dans un foyer où la situation a tendance à se dégrader, que se développe l'obésité.

<sup>22</sup> T. De Saint Pol, *op. cit.*

sociales à laquelle appartiennent les individus. Un peu plus de 12% de l'ensemble des élèves de troisième ont un problème de surpoids et un peu plus de 4% ont un problème d'obésité.<sup>23</sup> Néanmoins la prévalence de l'obésité est plus importante chez les enfants d'ouvriers non qualifiés que chez les enfants de cadres : 7,9 % des enfants d'ouvriers non qualifiés scolarisés en troisième souffrent d'obésité contre 1,4 % d'enfants de cadres et de professions intellectuelles supérieures.<sup>24</sup> Là encore, le niveau de qualification – des parents - n'est pas sans incidence sur la prise de poids. On perçoit cela notamment à travers la différence sensible entre fils d'*ouvriers qualifiés* et fils d'*ouvriers non qualifiés* en matière d'obésité<sup>25</sup> : 5,6 % des premiers, en classe de troisième, sont obèses, contre 7,9 % des seconds. A catégorie égale (ouvrier), on constate qu'un degré légèrement supérieur de formation contribue à réduire les risques de surpoids et d'obésité.

### *Sédentarisation et inactivité : des facteurs qui pèsent !*

Bien que l'obésité résulte avant tout des conséquences de la « malbouffe », il n'en demeure pas moins que les causes de cette pathologie, qui touche davantage les populations défavorisées et sous diplômées, relèvent aussi d'autres facteurs.

Aux déséquilibres nutritionnels et énergétiques favorisés par certains types de régimes alimentaires s'ajoutent en effet, de plus en plus dans les sociétés contemporaines – industrialisées -, des modes de vie sédentaires, qui contribuent activement (c'est le cas de le dire...) à la prise de poids : extension du travail de bureau, développement des transports

---

<sup>23</sup> Cf. « *Surpoids et obésité des adolescents en classe de troisième selon la catégorie sociale du père* », Ministère des affaires sociales – enquête du cycle triennal auprès des classes de troisième, année scolaire 2003-2004, in *L'état des inégalités en France 2009*, op. cit.

<sup>24</sup> Ces résultats sont confirmés, entre autre, par une enquête menée en partenariat avec l'Institut de veille sanitaire (InVs), l'INSERM et le conseil général du Val-de-Marne, portant sur un échantillon représentatif de 1042 collégiens et lycéens de ce département et visant à mesurer l'évolution de la prévalence de l'excès pondéral chez ces jeunes entre 1998 et 2005. Il en ressort que dans ce département, « *engagé depuis 2001 dans un programme de prévention de l'obésité, la prévalence du surpoids est restée quasi stable (17% des adolescents présentent un excès de poids, dont 3,1 % sont obèses). En revanche, elle a considérablement augmenté chez les enfants d'ouvriers (passant de 16,4 % à 31,1 %), alors qu'elle a diminué chez ceux dont les parents occupent une profession intermédiaire (de 19,1 % à 10,9 %) ou un poste de cadre* » (cf. art. in « *Le Monde* », 2007).

<sup>25</sup> Cf. « *Surpoids et obésité des adolescents en classe de troisième selon la catégorie sociale du père* », op. cit.

motorisés (automobile en particulier), temps passé devant la télévision, ainsi que le manque d'activités ou de loisirs sportifs...

Au même titre que la qualité de l'alimentation, la sédentarisation et l'inactivité en général se sont installées de manière inégalitaire dans le monde social : elles concernent en premier lieu les catégories sociales à faibles revenus et à faible capital scolaire<sup>26</sup>.

Le temps passé devant la télévision, par exemple, qui est un facteur de sédentarité mais également de surconsommation d'aliments gras et sucrés, grandit à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale ; et l'on retrouve les mêmes types de conduites chez les plus jeunes : ce sont les enfants appartenant à la tranche minimale et intermédiaire de revenus et ceux dont la personne de référence n'a aucun diplôme qui passent le plus d'heures par jour à regarder la télévision (programme tv, DVD, nouveaux supports, etc.) ou à jouer avec des jeux vidéos<sup>27</sup>. Ces pratiques *passives* se retrouvent aussi dans les milieux agricoles, artisans et commerçants. On doit également prendre en considération le fait que la fréquence des comportements qui permettent de prévenir les risques de surpoids et d'obésité, et qui constituent des facteurs favorables à un bon état de santé, diminue à mesure que l'on se rapproche des classes populaires. Ainsi en va-t-il des activités physiques et sportives, dont le rôle préventif, notamment à l'égard de la corpulence (et aussi de l'asthme, du diabète, de l'hypertension artérielle, du cancer, etc.) est reconnu. Or « *la fréquence de telles pratiques s'élève avec le niveau de revenu et le niveau de formation : elle est donc plus élevée parmi les cadres et assimilés que parmi les employés et les ouvriers* ». <sup>28</sup> L'inégalité devant la pratique sportive se reproduit aussi au fil des générations. Ce sont en effet les enfants issus des milieux défavorisés, tant *économiquement* que *culturellement* (faibles revenus et faibles qualification des parents), qui font le moins de sport en dehors de l'école (92% des garçons dont un des parents est diplômé du supérieur font du sport, contre 64% de ceux dont aucun parent n'est diplômé ; 44% des filles de parents sans diplôme font du sport au moins une fois chaque semaine contre 76% dont les parents sont diplômés du supérieur). <sup>29</sup>

L'activité physique et sportive reste donc avant tout cantonnée dans les couches sociales aisées et diplômées. Aussi demeure-t-elle le fait de gens qui n'en n'ont pas forcément le plus besoin du point de vue de la corpulence et de l'état de santé en général.

---

<sup>26</sup> cf. Etude CREDOC, *op. cit.* et A. Bihl, R. Pfefferkorn, *op. cit.*

<sup>27</sup> Etude CREDOC, *op. cit.*

<sup>28</sup> L. Muller, « *la pratique sportive en France, reflet du milieu social* », in *Données sociales – La société française*, édition 2006, Insee, Paris, 2006, p. 657-663.

<sup>29</sup> Etude CREDOC, *op. cit.*

La pratique des régimes amaigrissants, nous allons le voir, s'opère selon ces mêmes principes...

### *Régimes*

La poursuite de régimes amaigrissants obéit à une logique qui va à l'inverse des besoins des individus : moins on est en surcharge pondérale, plus on est tourné vers ces pratiques visant à mincir et à maintenir sa silhouette.

Si les régimes ont tendance à être davantage suivis par la gente féminine (8% des femmes déclarent suivre un régime en 2003 contre seulement 3% des hommes)<sup>30</sup>, on enregistre également des différences sociales à ce niveau là : c'est dans les catégories « moyennes-supérieures » que ces pratiques sont les plus courantes<sup>31</sup> ; à l'inverse, dans les catégories moins aisées et moins diplômées, les régimes amaigrissants sont plus rarement suivis. Pour l'année 2003, 6% des professions intermédiaires et 5,9% des cadres et professions intellectuelles supérieures déclaraient suivre un régime amaigrissant ; agriculteurs et ouvriers restent les moins nombreux à tenter l'expérience d'un régime (3%) alors qu'ils sont les plus corpulents...

---

<sup>30</sup>T. de Saint Pol, *op. cit.*

<sup>31</sup> A l'exception des employés, qui restent la catégorie la plus attachée aux régimes. Cela peut s'expliquer par la surreprésentation des femmes dans cette CSP, qui sont aussi plus attentives à ces pratiques...

#### 4 - Conséquences de santé associées à l'obésité et au surpoids

Dans notre section consacrée à l'étude de la *mortalité différentielle selon le sexe*, nous avons fait état, dans une partie traitant des différences de régimes alimentaires entre hommes et femmes, des conséquences que peuvent entraîner l'obésité et le surpoids sur la santé.

Certains travaux, on l'a vu, vont même jusqu'à affirmer qu'il est désormais possible d'établir une relation statistique fiable et précise entre le degré de corpulence et la diminution de l'espérance de vie<sup>32</sup>.

Il ne s'agit pas ici de répéter ce que nous savons déjà sur le sujet, mais plutôt d'enrichir et d'affiner, à l'aide d'autres expertises, les éléments dont nous disposons à propos de la relation entre obésité et santé<sup>33</sup>.

##### *Risque cardiovasculaire et diabète*

L'Organisation Mondiale de la santé (OMS) n'hésite pas à considérer l'obésité comme « *un contributeur majeur au poids global des maladies* », en grande partie parce que les adultes ayant une masse corporelle élevée ont non seulement une probabilité plus grande de devenir diabétiques, mais ils courent aussi un risque plus élevé de développer une cardiopathie ischémique et plus généralement une pathologie cardiovasculaire.

Le risque de développer un diabète de type 2 (qui correspond au diabète de maturité) est fonction de la corpulence : il croît fortement avec l'indice de masse corporelle. De la même façon, la perte de poids est associée à une diminution du risque de diabète, particulièrement chez les sujets obèses et en surpoids. Il est désormais avéré que c'est l'excès de masse grasse et en particulier sa localisation pré viscérale ou abdominale qui est en cause dans cette susceptibilité au diabète.<sup>34</sup> Les travaux de l'INSERM nous renseignent aussi sur les relations entre surcharge pondérale et problèmes cardiaques.

---

<sup>32</sup> Étude britannique in revue médicale *The Lancet*, 2009.

<sup>33</sup> Nous nous appuyons sur une expertise collective de l'INSERM : « *Obésité : bilan et prévention des programmes de prévention et de prises en charge* », INSERM, 2006 (diffusée sur internet).

<sup>34</sup> L'expertise de l'INSERM apporte quelques informations complémentaires : « *A la suite de Reaven (1988), de nombreux auteurs considèrent que le tour de taille est un indicateur qui pourrait être plus pertinent que l'IMC*

L'obésité, et plus généralement l'excès de masse corporelle, est le déterminant le plus important de trois domaines classiques du risque vasculaire : l'élévation de la pression artérielle, la baisse du cholestérol HDL (et/ou l'augmentation des triglycérides) et le diabète de maturité. Néanmoins, le risque vasculaire associé à l'IMC n'est identifiable qu'après un suivi suffisamment long de la population étudiée : 12 ans par exemple dans l'étude de Framingham.<sup>35</sup> « Si ce fait contribue à expliquer l'absence d'association significative dans les études de recul insuffisant », soulignent les chercheurs de l'INSERM, « il suggère qu'une exposition de durée suffisante à un excès de masse grasse pourrait être nécessaire, mettant ainsi en doute l'efficacité préventive de baisses de poids qui ne seraient que de courte durée ».

Comme pour le risque de diabète, l'excès de masse grasse et surtout sa répartition abdominale sont dans l'ensemble plus fortement associés au risque cardiovasculaire que l'IMC.

### *Cancers*

La relation entre excès poids et cancer est de plus en plus avérée, toutefois, l'intérêt porté à ces questions est encore minime, car le risque relatif de cancer en cas d'obésité, bien qu'ayant augmenté, demeure inférieur à celui lié au tabagisme. Le rapport de causalité entre excès de masse grasse et cancer n'ayant pas toujours été clair, cela explique aussi que ces problèmes aient longtemps été négligés. Néanmoins la progression actuelle de l'obésité, particulièrement aux Etats-Unis, appelle une attention toute particulière.

Le risque relatif peut paraître faible mais il s'applique aujourd'hui à un tiers de la population américaine. L'expertise collective de l'INSERM mentionne que dans une étude prospective récente sur une population de 900 000 adultes (environ 400 000 hommes et 500 000 femmes) analysée initialement en 1982 et suivie 16 ans, les relations entre l'IMC en 1982 et le risque de décès par cancer ont été analysées en général et selon la localisation.

Concrètement, on sait à présent que chez l'homme, le cancer de la prostate et celui de l'estomac sont plus fréquents en cas d'obésité. Chez la femme, le cancer du sein, de l'utérus,

---

*pour le risque de diabète : l'élévation du tour de taille serait l'élément central du syndrome métabolique qui marque la phase d'insulinorésistance accompagnant le développement du diabète de type 2 ».*

<sup>35</sup> Hubert et coll., 1983 (cf. expertise INSERM, *op. cit.*).



du col et de l'ovaire sont les plus courants. Aux dires de cette étude, le surpoids et l'obésité pourraient rendre compte de 14% des décès par cancer chez l'homme et de 20% chez la femme. Le risque relatif le plus fort est observé pour les cancers de l'utérus, du rein, du col et le risque le plus faible pour le myélome, le colon et le rectum.

Ces résultats s'inscrivent dans la continuité de données déjà publiées. *L'International Agency for Research on Cancer* considère d'ailleurs que l'on dispose maintenant de suffisamment d'arguments pour, d'une part, établir avec précision et fiabilité le lien entre obésité et cancer, et d'autre part, pour inclure la prévention de la prise de poids parmi les mesures préventives du cancer de l'endomètre (muqueuse qui tapisse la cavité utérine), du rein, de l'œsophage, du colon et du sein (en post-ménopause).

### *Autres complications*

Il est également précisé dans le rapport de l'INSERM que les conséquences de l'obésité ne se limitent pas aux maladies métaboliques et vasculaires et aux cancers, mais touchent aussi d'autres organes ainsi que des affections ayant des implications fonctionnelles importantes (maladies respiratoires, troubles musculo-squelettiques, etc.).

Les principales causes de morbidité chez les sujets obèses peuvent être résumées sous forme de tableau (p. 265).

Il est aussi probable que la corpulence engendre certaines difficultés d'ordre psychologique. Vivre en société, pour une personne obèse, ne doit pas toujours être chose évidente : la stigmatisation liée à l'apparence physique peut affecter et dégrader l'estime de soi, la fréquence des relations sociales peut diminuer, un sentiment de honte peut inciter les obèses à vivre « cachés », à l'abri des regards. L'accès à l'emploi peut aussi s'en trouver affecté, si les conséquences de l'obésité deviennent sévères. On se souvient en effet qu'il faut un minimum de santé pour accéder au monde du travail. Aussi les « méfaits » du chômage peuvent-ils s'ajouter aux « méfaits » de l'obésité...

## Principales complications de l'obésité

---

<i>Cardiovasculaires</i>	insuffisance coronaire, hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, thromboses veineuses profondes, embolies pulmonaires, insuffisances cardiaques, altérations de l'hémostase : fibrinolyse, PAI 1, dysfonction végétative
<i>Respiratoires</i>	syndrome d'apnée du sommeil, hypoventilation alvéolaire, insuffisance respiratoire, hypertension artérielle pulmonaire
<i>Ostéo-articulaires</i>	gonarthrose, lombalgies, troubles de la statique
<i>Digestives</i>	lithiase biliaire, stéatose hépatique, reflux gastro-Œsophagien
<i>Cancers</i>	<i>Hommes</i> : prostate, colo rectum, voies biliaires <i>Femmes</i> : endomètre, voies biliaires, col utérin, ovaires, seins, colo rectum
<i>Métaboliques</i>	insulinorésistance, diabète 2, dyslipidémie, hyper uricémie, goutte
<i>Endocriniennes</i>	infertilité, dysovulation, hhypogonadisme, protéinurie, glomérulosclérose
<i>Rénales</i>	hypersudation, mycoses des plis, lymphoedème
<i>Autres</i>	œdèmes des membres inférieurs, hypertension intracrânienne, complications obstétricales, risque opératoire

---

## 5 - Comment interpréter les différences sociales de consommation alimentaire ?

Etant à présent mieux renseignés sur l'hétérogénéité sociale des pratiques alimentaires, ainsi que sur les conséquences que ces inégalités de consommation – associées à des modes de vie plus ou moins portés sur l'activité physique – peuvent avoir en termes de santé, il est maintenant temps d'essayer de comprendre les principes qui déterminent cet ensemble de conduites, c'est-à-dire les déterminants sociaux, économiques et culturels qui président à l'organisation de ces pratiques et de ces modes de consommation différenciées.

En somme, porter au jour les raisons sociales qu'ont les individus de manger ce qu'ils mangent – et pas autre chose -, ou de s'adonner à certaines pratiques (activité physique, sport, régime, etc.) et pas à d'autres.

Pour rendre compte des différences de consommation alimentaire et de l'inégalité sociale face au risque d'obésité qui en découle, on invoque régulièrement le facteur *revenu*, agissant à travers les contraintes budgétaires, ainsi qu'une mauvaise compréhension des prescriptions alimentaires.

Il est clair que dans nos sociétés, où l'homme « *moderne* » s'est affranchi pleinement de son statut et sa fonction de chasseur-cueilleur, il est nécessaire d'avoir un minimum de revenus pour être en mesure de satisfaire ses besoins alimentaires. L'argent est l'intermédiaire indispensable entre l'homme, soumis à ses besoins primaires, et l'aliment, nécessaire à la satisfaction de ces derniers. Il est en effet bien compliqué de pouvoir se nourrir (et simplement de se nourrir, sans même parler de se nourrir *correctement*), sans avoir quelques pièces dans son portefeuille. A une époque où tout se paye, il est donc indispensable d'avoir

de l'argent pour pouvoir s'alimenter. Bien qu'elle puisse paraître évidente, cette règle simple mérite d'être rappelée.

Pour les populations les plus défavorisées, les plus marginales, exclues, « invisibles » statistiquement parlant (l'étude du Credoc rappelle qu'il y a en effet peu d'études, que l'on dispose de peu d'informations sur ces populations privées de travail, de logement, etc.), manger se réduit à un strict problème d'argent. Sans ressources, la question de savoir si l'on s'alimente bien, ou mal, n'intervient même pas. Seul compte le fait de pouvoir manger.

Pour nombre de travailleurs confrontés à des difficultés économiques, le problème de ne pas pouvoir manger ne se pose peut être pas directement, cependant les contraintes budgétaires qu'ils rencontrent les condamnent à s'orienter vers des choix alimentaires qui ne répondent pas aux besoins de l'organisme et qui préparent le terrain aux pathologies résultant des déséquilibres alimentaires. On fréquente ainsi davantage, dans ces catégories, les magasins *discount*, spécialisés dans les produits gras, sucrés, peu onéreux et d'un apport limité d'un point de vue nutritif.<sup>36</sup> Ces styles de consommation, caractéristiques des populations qui voient leurs possibilités d'achats de produits alimentaires réduites à des choix de première nécessité, apparaissent clairement au travers de certains témoignages. Prenons pour commencer le cas de J., ouvrier dans une forge des Ardennes qui sous-traite pour l'industrie automobile : « *depuis deux ans* », proteste-t-il, « *on a encaissé la hausse des matières premières, de l'énergie, des produits de consommation. Il faut rogner sur tout. Dans les magasins discounts, on achète les produits en promotion, on n'a plus de loisirs et on ne jette plus rien. Quand les assiettes ne sont pas terminées, on les mets au réfrigérateur* ». <sup>37</sup>

La situation de D., 43 ans, salarié au rayon fruits et légumes dans un *Casino* de Marseille (donc employé de commerce, au regard des CSP...), n'est pas moins délicate, car ce travailleur pauvre, se contentant pourtant de denrées « premiers prix », éprouve même des difficultés à nourrir les siens. L'air abattu, il avoue : « *je n'en peux plus... Avec trois enfants, dont deux encore à la maison, une femme handicapée, je n'arrive plus à nourrir ma famille* ». Au sens propre. « *Je n'ai pas honte de le dire, je n'ai jamais acheté pour mes enfants de baguette à Casino ou de la viande, c'est trop cher* ». <sup>38</sup> 1250 euros nets pour 36 heures, avec une allocation pour le handicap de sa femme, il n'arrive pas à payer les 730 euros de loyer et ses crédits, dont la voiture pourtant saisie et vendue aux enchères...

---

<sup>36</sup> Cf. étude du CREDOC, *op. cit.*

<sup>37</sup> Cf. *Le Monde* (28/10/2008).

<sup>38</sup> Cf. art. in *Le Monde* : « *travailler quand on a faim, c'est trop dur* » (23/09/2008).

L'histoire se répète, à peu de choses près, pour D., 27 ans, employée dans le secteur boulangerie d'un hypermarché. Elle se prive de viande et n'achète que des premiers prix, « *même si on sait que ce n'est pas le meilleur pour la santé* », précise-t-elle ; de préférence chez les discounts, jamais chez *Casino*, qu'elle considère « *trop cher* ». Quand elle a tout payé – loyer, électricité, essence – il lui reste à peine 150 euros pour vivre.

Manger, au sens de satisfaire le besoin le plus élémentaire qui soit, indispensable à la santé et à la survie, n'est – dans un premier temps - qu'une question de moyens. Si nos sociétés, contrairement à d'autres plus pauvres, n'enregistrent quasiment plus de décès que l'on puisse imputer à l'inanition, il n'en demeure pas moins qu'elles restent confrontées à d'autres problématiques, ayant plus trait à la qualité de l'alimentation. Aussi les atteintes à la santé sont-elles davantage le produit de pratiques alimentaires déséquilibrées que de la privation totale, absolue de nourriture. On ne meurt pas, dans la plupart des pays industrialisés, parce qu'on ne *mange pas*, mais parce qu'on *mange mal*. Et le problème de la « malbouffe », symptomatique des classes populaires, qui fournit chaque année son contingent d'obèses, ne saurait pour autant être réduit à un simple effet du revenu, bien que ce dernier reste un déterminant premier dans l'accès à certains produits, dont la valeur nutritive est largement reconnue : fruits, légumes, produits de la mer, etc.

Une approche des conduites alimentaires – et des modes de vies et pratiques en général – en tenant compte exclusivement du revenu semblerait montrer quelques limites. Comme nous allons le voir, les inégalités face à la consommation, face aux pratiques, sont le produit de causes qui ne répondent pas de la seule autorité de l'argent.

Il est vrai qu'il y a comme une inclination spontanée, voire même logique, à rendre compte des variations sociales des pratiques alimentaires en invoquant le facteur revenu, qui serait seul à ordonner et à structurer l'espace de ces consommations. Mais on oublie certainement trop souvent que l'acte de manger, aussi naturel et nécessaire qu'il soit, est pénétré de toute part par des effets de culture et d'éducation.

Les limites d'une approche des conduites alimentaires qui considère que le volume de capital économique détermine à lui seul la façon dont les individus se nourrissent apparaissent dès l'instant où l'on observe, à revenu égal, des différences de consommation. A la fin des années 1970, par exemple, on relève déjà que les contremaîtres demeurent attachés au goût « populaire », bien qu'ils disposent de revenus supérieurs aux employés, dont le goût marque pourtant une rupture brutale avec celui des ouvriers et se rapproche de celui des professeurs.<sup>39</sup> D'autres études confirment ces tendances, déjà mises en évidence par Halbwachs au début du siècle : C. et C. Grignon montrent, par exemple, que l'alimentation des employés de bureau s'oppose nettement à celle des ouvriers qualifiés dont les revenus sont à peu près similaires<sup>40</sup> ; les premiers dépensent davantage par personne et par an pour leur alimentation ; celle-ci s'avère plus couteuse mais elle permet d'économiser du temps : ils achètent beaucoup plus de conserves et de surgelés (légumes, plats préparés et surtout poissons). Les modes alimentaires des employés sont, en outre, plus conformes aux exigences diététiques (ce qui peut aussi s'expliquer par la forte féminisation de cette CSP...).

Encore aujourd'hui, ces tendances ne cessent de perdurer. Ainsi, à revenu égal, un ouvrier d'origine rurale ne mangera pas – et ne se logera pas – de la même manière qu'un ouvrier originaire de la ville et même si une variation du revenu peut influencer le mode de vie, un ouvrier dont les revenus s'accroissent n'alignera jamais son mode de vie, allant de la façon de se nourrir, de consommer de l'alcool, du tabac, jusqu'à la pratique de certaines activités, de la façon de s'occuper de soi, de s'entretenir, etc., sur celui d'un cadre ou d'un membre des professions intermédiaires ou des professions intellectuelles supérieures.<sup>41</sup>

---

<sup>39</sup> Bourdieu, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Les Editions de Minuit, 1979, p. 198.

<sup>40</sup> Cf. étude du CREDOC, *op.cit.*

<sup>41</sup> *Ibid.*

Le fait de n'expliquer la consommation que par le revenu ne permet donc pas de rendre compte de structures de consommation différentes pour un même revenu.

L'alimentation, comme d'autres domaines, obéit elle aussi à des règles culturelles. À tel point que le rapport entretenu à l'acte de manger, c'est-à-dire la signification profonde que l'on accorde à cet acte, la relation particulière et intime que l'on noue avec ce besoin élémentaire, détermine et conditionne certaines pratiques, certains choix de produits. Aussi, l'acte de manger ne pouvant être entendu, perçu, et même *vécu*, de la même façon selon que l'on appartient aux classes « moyennes » et « supérieures », diplômées, ou aux classes populaires, sous qualifiées, on retrouve une variation des styles de consommation qui est autant – sinon davantage – le produit de facteurs socioculturels que de facteurs économiques. Car il ne faut pas perdre de vue que le goût en matière alimentaire, ainsi que les modes de consommation qui s'y rattachent, dépendent de l'idée que chaque classe se fait du corps et des effets de la nourriture sur le corps et sur la santé. De telle sorte que là où les classes populaires, plus attentives à la force du corps qu'à sa forme (exemple des travailleurs manuels masculins), s'orienteront vers des choix de produits à la fois bon marché et nourrissants, les classes moyennes supérieures donneront leur préférence à des produits savoureux, bons pour la santé, légers et ne faisant pas grossir.

Dans les catégories supérieures, l'alimentation participe de l'hygiène de vie, particulièrement chez les femmes, où il existe une concordance entre les impératifs diététiques et les goûts. Elle remplit donc, dans ces milieux, une fonction qui s'éloigne du besoin primaire, du « *manger pour vivre* », consistant à tenir au jour le jour, en vue de rester au plus près du vieil adage qui affirme que « *la santé est dans notre assiette* ». Il ne s'agit donc pas, dans ces catégories, de se contenter de manger et de s'en trouver satisfait une fois repu. Encore faut-il que l'alimentation participe activement d'un équilibre en termes de quantité et de qualité nutritionnelle, qu'elle procure des bénéfices du point de vue de la santé. Bien différentes sont les attentes et les vertus que l'on confère à l'alimentation dans les catégories modestes et populaires.

Chez ces dernières, il semblerait que le discours soit plus critique et que l'on valorise le goût au détriment de la santé.<sup>42</sup> On est plutôt sceptique voire méfiant par rapport aux discours portés par les institutions, tant par le milieu médical, que par l'école ou par les médias. On avoue aussi plus facilement son goût pour des aliments peu diététiques comme le ketchup, la

---

<sup>42</sup> C'est en tout cas ce qui ressort de l'enquête « *obésité, goût et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale* », menée par F. Régnier et A. Masullo, in *Revue française de sociologie*, vol. L, n° 4, 2009 (cf. « *sciences humaines* », n° 223, *op. cit.*).

charcuterie ou les frites. La spécificité du rapport à la nourriture, chez les classes « inférieures », est visible chez les enfants que l'on cherche d'abord à satisfaire et à gâter, sans se poser de questions outre mesure sur ce qu'est un régime alimentaire convenable ; il n'est pas question non plus de se priver et de priver les membres de la famille, de lorgner ou de rationner sur la quantité et la qualité des mets que l'on est habitué à ingérer sous prétexte qu'ils favorisent un comportement alimentaire pouvant, à plus ou moins brève échéance, porter des atteintes sévères à la santé.

Dans les classes « supérieures », et particulièrement au sein des fractions les plus diplômées, on est davantage attaché à inculquer de bonnes habitudes diététiques et l'on n'hésite pas à solliciter régulièrement le pédiatre ou le médecin si la corpulence semble excessive. Dans les milieux modestes, l'embonpoint est mieux toléré, perçu plus aisément comme un indicateur de force, de vigueur et de bonne santé.<sup>43</sup> C'est plus quand l'enfant n'a pas bon appétit que l'on s'inquiète. Beaucoup plus tard, à l'adolescence, on commence à se soucier du poids de ses enfants, à un âge où le regard des autres gagne en importance.

Si l'alimentation, à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie des revenus et des diplômes, semble avant tout s'organiser autour de principes comme la raison, la retenue, la mesure, l'autocontrôle, principes révélateurs d'une certaine *distance à la nécessité*, pour reprendre la formule de Bourdieu<sup>44</sup>, voire même d'une disposition, culturellement acquise, à mesurer et à évaluer systématiquement et rapidement les profits ou les coûts – ici en termes de santé – qu'engendrent tel ou tel type de consommation, il semble en revanche que la démarche et le rapport à la nourriture soient tout autre dans les milieux modestes.

Il importe avant tout, dans les classes « inférieures », de se faire plaisir. N'étant pas dans le calcul permanent des bénéfices que l'on peut tirer, ou des risques auxquels on s'expose lorsque l'on s'alimente, on s'attache davantage, dans ces couches sociales, à avoir le ventre plein, à satisfaire un appétit ouvert par des conditions d'existence et de travail qui réclament des styles de consommation auxquels il est difficile, pour les individus, de se soustraire. Il faudra développer un peu plus cet aspect, mais on devine déjà que le manoeuvre, par exemple, au terme de sa journée de travail, se tournera plus vers une assiette bien remplie, consistante (produits lourds, gras, sucrés), dont la *substance* prime sur la *forme* (et inversement pour les travailleurs intellectuels, les agents de conception).

---

<sup>43</sup>Le témoignage de Julie, femme au foyer dont le mari est ouvrier, parle de lui-même : « on a un gosse qu'est costaud ! Il aura le temps de maigrir, hein ? On va pas commencer à persécuter nos gosses parce qu'ils ont cinq ou six kilos en trop... » (cf. « sciences humaines », n° 223, *op. cit.* ).

<sup>44</sup> Cf. P. Bourdieu, *op. cit.*



Il n'est pas exclu, aussi, que *manger* constitue un véritable refuge pour les classes dominées, ou du moins un espace et un temps durant lesquels on met temporairement de côté les difficultés quotidiennes, où l'on échappe, illusoirement, au cumul des contraintes économiques et sociales : contraintes d'argent et de temps libre, précarité, manque de reconnaissance sociale, sentiment d'invisibilité, faibles perspectives d'avenir et rapport au futur incertain, etc.

L'alimentation est à cet égard un des rares domaines où les classes *dominées* peuvent s'exprimer, ou plutôt ont l'*illusion* de s'exprimer librement, sans qu'on leur impose leur façon de consommer. Peut-être a-t-elle-même pour fonction, dans ces classes, de servir de défouloir, c'est-à-dire d'instant privilégié où l'on a le sentiment de maîtriser les choses, de pouvoir s'abandonner librement à ses désirs, de faire, une fois n'est pas coutume, comme on en a envie et pas comme on nous le dicte, donc d'être le maître dans une existence plutôt marquée par la subordination aux autres, la soumission à l'autorité d'un chef.

« *Les individus ont le goût de ce à quoi il sont de toute façon condamnés* »<sup>45</sup>

Cette *terrible* formule, qui rejoint les postulats que nous énoncions en début de chapitre, a le mérite de bien résumer le fond du problème et d'exposer clairement les choses : *les individus peuvent difficilement se dérober aux exigences et aux choix alimentaires que leurs conditions d'existence imposent*. Celles-ci déterminent des pratiques et des styles de consommation qui participent de la formation du goût, mais d'un goût qui n'est rien d'autre que le goût du nécessaire. C'est ainsi que celui qui sera plus orienté vers un travail physique, où le corps est l'outil de travail par excellence, se tournera plus vers des mets consistants, gras et riches, où la part des fruits et légumes est limitée ; le plat doit tenir au ventre, il a pour fonction première de « remplir la machine », de régénérer la force de travail. Inversement, dans les milieux où le rapport au corps, à l'usage que l'on en fait (au travail, en dehors...) est plus axé sur la forme - comme chez les travailleurs intellectuels ou chez les femmes où les fonctions sont plus de l'ordre de la conception, de la représentation - que sur la force, la dureté, la virilité, etc.-, on aura plus tendance à développer des goûts qui ne vont pas à l'encontre de l'attention toute particulière que l'on porte au corps, d'un certain souci de l'esthétique corporelle. Le corps est

---

<sup>45</sup> P. Bourdieu, *op. cit.*, p. 199.

envisagé, ici, autrement que comme instrument de travail ; il est soumis à une vigilance permanente, où le souci de préserver sa santé, passant notamment par un régime alimentaire de qualité, prime sur le reste. Il est plus qu'une machine que l'on sollicite intensément et que l'on régénère comme on peut ; il est un bien que l'on entretient et que l'on préserve.

Les individus, en réalité, ne font qu'intérioriser leur condition et les pratiques que cette condition réclame ; n'ayant que le choix du nécessaire, ils développent des goûts propres à leur condition, qui sont en quelque sorte des goûts *forcés par la vie*. Les modes alimentaires et les goûts qui en ressortent, déterminés socialement (peut-on, sincèrement, imaginer un paysan ou quelconque manœuvre se satisfaire, après une journée de labeur, d'un filet de poisson et de quelques feuilles de salade ? de même, une femme cadre, ou un homme exerçant une profession intellectuelle supérieure vont-ils engloutir deux assiettes de pâtes et de la viande en sauce ?), sont adoptés par les individus car ils y sont contraints. Et la liberté en matière de consommation se restreint à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale.

Cependant cette nécessité, ce *goût du nécessaire*, produit des conditions sociales d'existence, s'enracine, se fige et surtout se pérennise et se reproduit d'autant plus dans les habitudes des membres des classes populaires que les raisons de cette incapacité - inaptitude sociale - à marquer, comme cela se fait dans les classes « moyennes-supérieures », une certaine distance à la nécessité, dépassent celles du pur besoin : c'est que le goût du nécessaire est perçu, chez les individus, comme un choix purement consenti, construit librement et résultant de leur pure volonté individuelle. *De nécessité faisant vertu*, on en vient à aimer, semble-t-il, ce que de toute façon on n'a pas d'autre choix que d'aimer...

Peut-être est-il « humain », finalement, de penser que les choses sont bien pour nous, qu'elles nous satisfont, au point même de les ériger en qualités et en vertus lorsque, de tout façon, on n'a guère d'autre alternative que de s'y soumettre. Ce que l'on est contraint de faire et de supporter, plus généralement dans l'existence (la vie que l'on mène, ses conditions d'existence, les choix que l'on fait, les modes de vie que l'on adopte, etc.), ou, plus précisément, pour ce qui nous occupe ici, les diverses pratiques et habitudes qui selon le principe de *l'habitus* tendent à s'imposer à nous et à s'inscrire durablement dans le corps, finissent par être admises, incorporées et pensées comme « bonnes » et préférables, justifiées et vertueuses - donc que l'on ne remet pas en cause - par les individus.

*Avoir le goût de ce à quoi on est de toute façon condamné* est assez révélateur, en fin de compte, du rapport fataliste à la vie qu'ont les membres des classes dominées, ainsi que de la méconnaissance profonde des lois et des déterminismes qui règlent leurs conduites et qui vont

jusqu'à imposer, inscrire au plus profond de leur être et de leur corps des pratiques et des modes de consommation qu'ils penseront, qu'ils intégreront ensuite comme « naturels », choisis, librement consentis, bons, souhaitables et vertueux.

### *Education, diplômés*

La faible prévalence de l'obésité chez les personnes diplômées dénote, selon nous, de l'influence que peut avoir le niveau d'éducation sur les modes de consommation. Plus sensibles aux questions de santé, plus réceptifs aux recommandations nutritionnelles, les diplômés sont vigilants à ce que leur alimentation leur apporte des bénéfices en termes de santé. Ils savent, en somme, l'intérêt qu'ils ont à privilégier certains produits au détriment d'autres. Au-delà du goût, *il importe que ce que l'on mange soit bon pour la santé...*

La pratique d'une activité physique obéit un peu à ces mêmes principes : un certain niveau d'éducation à la santé – plus prégnant chez les diplômés –, permet de connaître et de maîtriser les profits que peut apporter le sport et les activités qui s'y rattachent (marche, sorties, etc.).

Enfin, il est sans doute difficile d'« échapper » à son milieu en matière de consommation alimentaire (comme pour bien d'autres domaines d'ailleurs...). Les individus ont plus de chances de manger comme on leur a appris, de reproduire les habitudes de leur milieu. Il est en effet bien compliqué d'infléchir l'empreinte de ses origines, d'adopter des conduites qui contredisent, qui vont à l'encontre du milieu familial...

On pourrait presque parler de *conflits de loyauté* par rapport à ses origines, par rapport à son milieu, si les façons de s'alimenter s'écartent trop des valeurs inculquées. Ainsi, *bien manger*, quand on a été habitué à *mal manger*, et *mal manger*, quand on a été habitué à *bien manger*, paraît peu probable, sociologiquement parlant. De telles conduites peuvent même marginaliser et exclure les « traîtres » - par rapport à leur milieu – qui s'y adonnent, puisqu'ils vont à l'encontre de tout un système de valeurs, de habitudes, de pratiques, de manières d'être et de faire (donc d'un habitus...).

## II - Tabagisme

Nous avons déjà un aperçu des différences de consommation de tabac entre hommes et femmes<sup>1</sup>. Bien que l'on comptabilise de plus en plus de fumeuses régulières, on sait néanmoins que le tabagisme est davantage répandu dans les rangs masculins. Cette forme d'addiction, nous allons le voir, varie aussi en fonction de certaines caractéristiques sociales<sup>2</sup>.

La prévalence du tabagisme est tout d'abord liée à la situation par rapport à l'emploi, en particulier chez les hommes : 52 % des chômeurs fument contre 38 % des hommes exerçant une profession, et 32 % des femmes au chômage fument contre 28 % de celles ayant un emploi. A âge contrôlé, les hommes appartenant aux ménages dont le niveau de vie (revenu par unité de consommation) est le plus faible sont proportionnellement plus nombreux à fumer ; pour les femmes, le lien entre tabagisme et niveau de vie est moins évident.

Parmi les hommes exerçant une profession, les ouvriers et les employés fument davantage que les cadres (v. p. 276) : en 2003, 48,5 % des ouvriers fument contre 23,8 % des cadres ; du côté des femmes, on compte environ 30 % de fumeuses parmi les ouvrières et les employées, alors que la proportion dépasse à peine les 20 % pour les cadres. On constate aussi que depuis les années 1980, la baisse est beaucoup plus nette chez les hommes cadres, passés de 45,2 % en 1980 à 23,8 % en 2003, que chez les ouvriers, où le taux ne s'est réduit que de 55,5 à 48,5 %. L'écart est aujourd'hui du simple au double entre ces deux catégories. *L'Observatoire des inégalités* fait justement remarquer que les campagnes de prévention n'ont pas le même impact suivant les milieux sociaux et la baisse actuelle masque en réalité un accroissement des inégalités entre catégories sociales. Ces différences reflètent plus largement les écarts de mode de vie entre milieux, notamment en ce qui concerne l'attention portée à la santé.

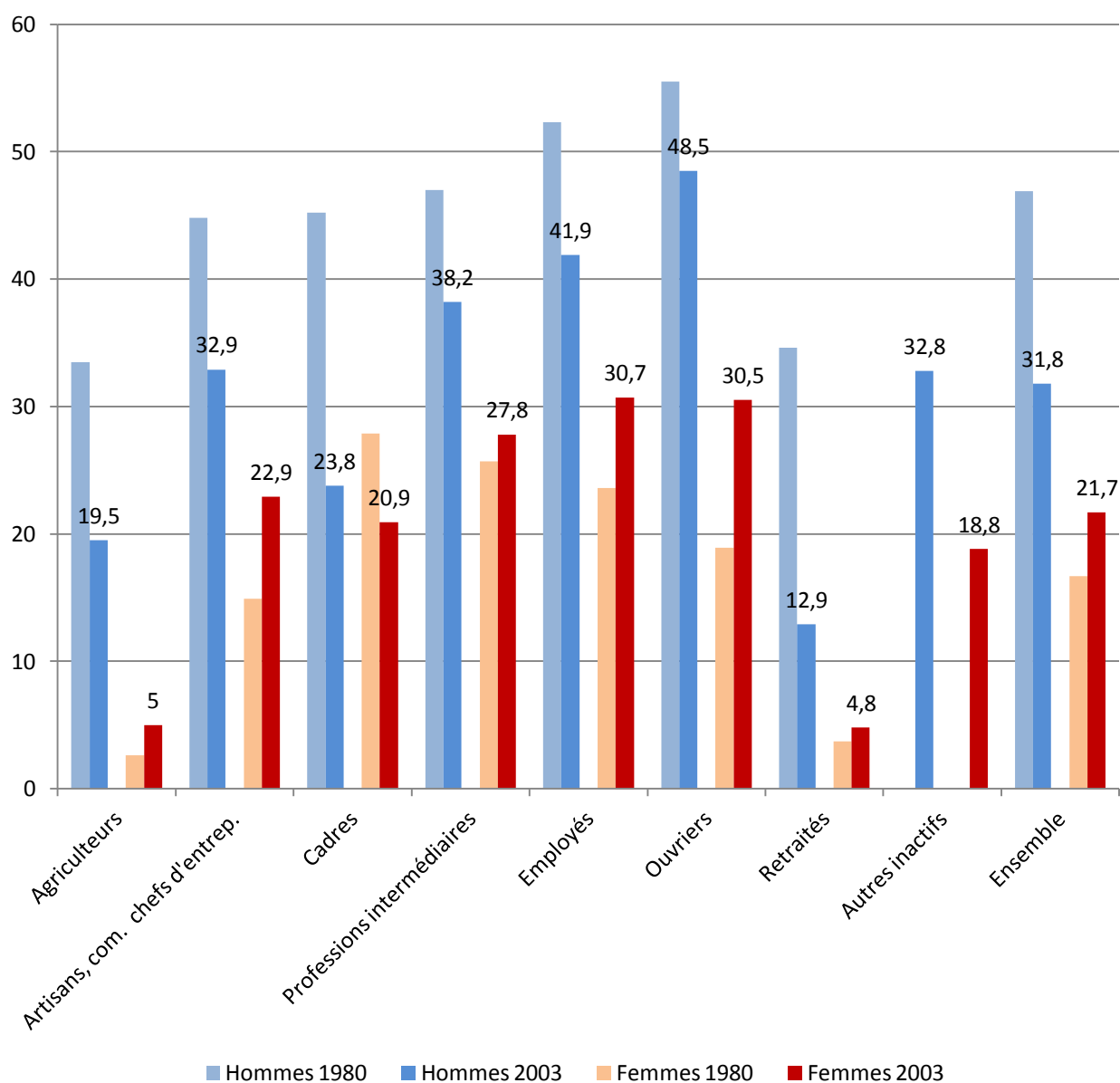
---

<sup>1</sup> Cf. chap. sur la « mortalité différentielle selon le sexe ».

<sup>2</sup> Pour les données qui vont suivre, v. « *Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation* », Insee Première N° 808 – octobre 2001.

## Taux de fumeurs par catégories sociales

Unité : %



Source : INSEE, exploité par l'Observatoire des inégalités.

Cela rejoint ce que nous disions au sujet de l'alimentation : l'information sur les risques du tabagisme excessif, la prise en compte des messages de prévention, la capacité – culturellement acquise – de se projeter dans les conséquences à long terme que peuvent entraîner ces pratiques, etc., toutes ces dispositions relatives à l'anticipation des risques ne se retrouvent pas également réparties au sein de la population.

Mais il existe aussi un lien statistique entre la consommation de tabac et d'autres variables. Si l'on prend en compte la situation matrimoniale, par exemple, on s'aperçoit que les hommes divorcés sont plus nombreux à fumer<sup>3</sup>. De même, le fait d'avoir des difficultés financières accompagne le recours au tabac : découvert bancaire, période de chômage au cours des douze derniers mois, précarité...

Ainsi, fumer serait souvent lié à une situation difficile – et dégradée – de conditions de vie, relationnelle ou financière, situation que l'on retrouve sans doute plus fréquemment dans les catégories sociales moins favorisées. Il serait au reste assez surprenant que la hausse du prix du tabac ait eu plus d'impact chez les catégories les plus aisées, les plus aptes à payer. Cela indique bien que la contrainte budgétaire supplémentaire qu'entraîne la consommation de tabac dans un ménage en difficulté n'a pas de réel impact sur un usage plus modéré. Sans doute les difficultés de l'existence, les angoisses liées à un futur incertain, à un avenir sur lequel on a peu de prise – précarité, chômage -, le stress (cf. conditions de travail), certainement aussi les problèmes relationnels que peuvent engendrer une situation financière ou familiale difficile, favorisent le recours au tabagisme, vécu comme un instant de plaisir, de décompression et d'échappatoire. Il apparaît donc difficile, pour les catégories les moins aisées, de se passer de cet instant salvateur, rare moment d'évasion dans une vie plutôt morose, où le quotidien n'est pas toujours facile à supporter et à assumer. C'est là que l'aspect pharmacologique – l'addiction – entre en jeu, puisque le besoin de fumer dominerait l'effet de dissuasion par un coût élevé du tabac.

Enfin, le « contrôle social », c'est-à-dire l'incitation à l'arrêt ou à la modération, familial ou professionnel, est sans doute moins présent dans ces milieux où il existe une véritable culture de la cigarette, déterminée par certaines conditions d'existences, qui réclameraient un instant de « décompression », quelles qu'en soient les conséquences en terme de santé. Nous connaissons d'ailleurs les risques qu'entraîne une consommation régulière et importante de tabac<sup>4</sup> : cancers, maladies cardio-vasculaires...

---

<sup>3</sup> Cf. Insee Première N° 808, *op. cit.*

<sup>4</sup> Cf. chap. sur la « mortalité différentielle selon le sexe »...

### III - Alcoolisme

En France, le risque d'alcoolisation excessive, ponctuel ou chronique, concerne majoritairement les hommes. Il est d'ailleurs un des facteurs explicatifs de la mortalité prématurée de ces derniers<sup>1</sup>. Toutefois, si les disparités entre hommes et femmes en matière de consommation d'alcool sont assez facilement identifiables, les études qui prennent en compte des caractéristiques sociales et économiques révèlent que les liens entre le risque d'alcoolisation et les catégories sociales sont contrastés<sup>2</sup>. Même si les modes de consommation varient (consommation ponctuelle, modérée, chronique, excessive...), tous les milieux sont plus ou moins concernés. L'analyse est donc moins évidente car il est plus difficile d'établir des grandes tendances en matière de consommation d'alcool. Examinons-cela.

Il faut d'abord relever un point commun avec le tabagisme, qui concerne la situation matrimoniale. Il apparaît en effet que la famille semble avoir un réel effet « protecteur » contre les conduites à risque (alcool, tabac...). Toutes choses égales par ailleurs, les femmes vivant au sein d'un ménage formé d'un couple avec enfant(s) se déclarent en moyenne moins souvent consommatrices d'alcool que celles qui vivent seules. Elles présentent aussi très rarement un risque d'excès. Chez les hommes, le risque de consommation excessive d'alcool concerne aussi davantage ceux qui vivent seul.

Ainsi, le risque d'alcoolisation excessive concerne surtout les personnes seules, hommes ou femmes, tandis que les modes de boire plus modérés, plus « raisonnables », sont plus fréquents dès lors que l'on vit au sein d'une famille. Cela s'explique sans doute par l'*effet régulateur de la vie de famille*, incitant à plus de prudence et de modération. Les conduites à

---

<sup>1</sup> Cf. chap. sur la « mortalité différentielle selon le sexe »...

<sup>2</sup> La principale étude sur laquelle nous nous appuyons s'intitule : « *Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ?* », *Questions d'économie de la santé* n° 129 – janvier 2008, IRDES.

risques, en effet, peuvent impliquer toute la famille (davantage de responsabilités, enfants, etc., *chaque excès, chaque prise de risque engage plus que sa propre personne...*).

Concernant le niveau de vie, on apprend que c'est plutôt en bas de l'échelle sociale que la probabilité d'être non consommateur est la plus forte. La non-consommation concernerait les catégories sociales peu aisées : les ménages à bas revenus, les hommes chômeurs, les personnes ayant un niveau d'éducation faible, les étudiants et autres inactifs non-retraités, les ouvrières, mais aussi les agricultrices. Ces résultats renvoient à des mécanismes explicatifs différents et complexes, parmi lesquels l'effet prix, l'influence de l'état de santé ou encore de variables d'ordres culturel ou religieux, non contrôlés par la plupart des modèles statistiques (ex. ouvriers, ouvrières originaires du Maghreb – ou d'ailleurs -, alcoolisation incompatible avec les valeurs religieuses, culturelles –islam-). Il faut aussi considérer le fait que l'enquête de l'Irdes se base sur des données déclaratives. Il n'est donc pas exclu que les résultats que nous présentons soient entachés de sous-estimation de la quantité d'alcool bue, voire d'une part de déni. Il peut y avoir, chez les enquêtés, une certaine honte sociale à se présenter tels qu'ils sont, dans leur quotidien, dans leurs pratiques<sup>3</sup>. Aussi est-il possible que le statut socio-économique ait lui-même une influence sur ces biais de déclaration (la sociologie révèle souvent que l'aisance en situation d'enquête, la facilité et la capacité à parler de soi, de ses goûts, de ses « excès », de *s'assumer*, en quelque sorte, est plutôt une caractéristique des classes supérieures et instruites), expliquant une partie des différences de consommation mesurées entre groupes sociaux.

Parmi les femmes, celles ayant un statut de cadre sont davantage concernées par la consommation excessive d'alcool. Ce résultat semble indiquer que les « *executive women* » développent plus souvent des comportements à risques, ont des vies plus exposées, plus tournées vers l'extérieur. L'environnement professionnel peut expliquer ce type de conduites – responsabilités, environnement plutôt masculin, occasions de convivialité, dîners, réceptions, etc. -, au même titre que la moindre aversion au risque. On peut aussi penser, en concordance avec ce que nous disions plus-haut, que les femmes cadres sont moins dans la sous-déclaration de leur niveau de consommation d'alcool que ne peuvent l'être des femmes de condition plus modeste.

Chez les hommes, le risque d'alcoolisation excessive touche aussi bien les ouvriers que les cadres, mais moins fréquemment les employés (catégorie plus féminisée...). Les artisans,

---

<sup>3</sup> D'autres enquêtes, par exemple, associent le chômage à une consommation d'alcool plus fréquente (v. Association Nationale de prévention en alcoologie et addictologie, Données épidémiologiques sur la consommation d'alcool, 2009).



commerçants et chefs d'entreprise, ainsi que les agriculteurs, ne sont pas épargnés non plus par ce risque. Quant aux personnes qui ont vécu des épisodes de précarité, elles sont davantage concernées par une consommation à risque, qui est plus souvent de nature chronique que ponctuelle.

Les problèmes d'alcool concernent donc, plus ou moins, tous les milieux sociaux.

Mais au-delà de la quantité, de la fréquence de l'alcoolisation, n'est-il pas envisageable qu'il existe différentes « manières » - différentes raisons sociales (motifs ?) - de consommer de l'alcool ? Par exemple, une consommation festive – art de vivre -, ou « intellectualisée » et agrémentée, ennoblie de *culture, de traditions et de savoirs* (culture viticole, par exemple : discussions autour des cépages, du terroir, de la vinification, etc...), liée aux plaisirs de la vie, etc., se retrouvera certainement plus chez les catégories « supérieures », et sans doute plus spécifiquement chez les *instruits*. L'alcool, selon cette hypothèse, peut être pensé comme un *plus*, et pas nécessairement comme une pratique indispensable – addiction - pour oublier ou noyer des soucis, pour fuir la lourdeur du présent (précaires, ouvriers ?). L'état d'ébriété sera alors plus *subi* que *recherché*, nécessaire pour oublier les difficultés de l'existence, les inquiétudes par rapport à l'avenir, sa fatigue physique et mentale (besoin de force, culte de la virilité, etc.).

En fait, nous sommes sans doute face à des manières culturellement définies de consommer de l'alcool. Pour notre part, nous pensons que *l'on boit différemment selon sa classe*, que les catégories du bas de l'échelle sociale privilégient, en matière de boissons, la *substance*, le degré, à la *forme* (finesse, subtilité d'un alcool...).

Si les motifs sont différents, les boissons le sont certainement aussi (il n'y a qu'à voir le prix d'un grand vin). On pourrait presque parler d'un accès socialement, culturellement – et économiquement - limité à une culture viticole, aux savoirs qui l'entoure ; certaines compétences sociales et culturelles sont en effet requises pour apprécier le « bon » alcool, avec « raison » : le maître mot est le plaisir, et non l'addiction. Il en va tout autrement du « mauvais vin », qui ne sert qu'à se saouler, à boire sans limites....

Les conséquences peuvent être différentes : le besoin de boire pour « oublier » - fuir le poids de l'existence - entraîne une consommation plus excessive (augmenter les doses) et augmente certainement le risque d'alcoolisation chronique (addiction). On peut penser que l'alcool festif, convivial, accompagné d'un savoir, d'une histoire que l'on partage lors de moments de convivialité, d'un terroir – culture – n'est pas consommé pour résoudre des problèmes (on

peut très bien se porter même sans boire. L'alcool, envisagé comme un met à part entière, que l'on savoure, que l'on déguste, est un *plus*).

Il est aussi possible qu'il soit plus difficile d'avouer, en situation d'enquête, une consommation d'alcool de type « recherchée », indispensable pour supporter les malheurs de son existence (plus de honte, de déni. Alcool tabou...). Inversement, les milieux diplômés, aisés, hésiterons certainement moins à mettre en avant et à révéler leur côté « bon vivant », amoureux des bonnes choses, des bonnes bouteilles (terroir, culture, histoire...). Nous touchons là aussi à la limite des enquêtes basées sur des déclarations.

Quant aux risques liés à une consommation excessive d'alcool, nous les connaissons déjà...<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Cf. chap. sur la « Mortalité différentielle selon le sexe ».

## CHAPITRE III

# **Environnement, Habitat : quelles incidences sur la santé ?**

## ***1 - A propos de l'environnement***

Autant que l'habitat et les conditions de logement, l'*environnement*, par les qualités de vie inégales qu'il réserve aux populations, les avantages ou les divers désagréments qu'il peut procurer, constitue un facteur supplémentaire qui favorise des espérances de vie plus ou moins longues.

Il serait préférable de disposer de données un peu plus récentes, mais on peut déjà prendre acte de quelques enseignements puisés dans des recherches menées dans les années 1990.<sup>1</sup> Sur cette période, on constate que l'environnement (rural/urbain/périurbain, ville/campagne, taille de l'agglomération, etc.) est vécu différemment en fonction des positions sociales.

Si pour les catégories « moyennes/intermédiaires » (techniciens, artisans et commerçants, cadres moyens) la mortalité revêt un caractère relativement homogène, qu'ils résident en ville ou à la campagne, pour les professions libérales et les cadres supérieurs, on relève des probabilités de vies plus longues à Paris ou dans des agglomérations importantes – comme s'ils évoluaient et s'intégraient avec aisance dans un cadre et un style de vie que leur position, leurs ressources économiques, culturelles, ou même sociales, leur permettent de mener confortablement. Pleine adéquation – symbiose - avec le milieu... ?

Pour les ouvriers et les enseignants, c'est le schéma inverse qui se produit : les grandes cités n'ont pas cet effet bénéfique sur leurs existences puisqu'ils voient leur longévité s'accroître avec le mode de vie rural. Déjà à l'époque, et certainement plus encore maintenant, le statut d'enseignant faisait sans doute davantage l'objet d'une certaine reconnaissance sociale, évoquant tout un système de valeurs – discipline, respect, autorité, légitimité, transmission de

---

<sup>1</sup> Cf. G. Desplanques, « *l'inégalité sociale devant la mort* », *op. cit.*

savoirs, etc. - à la campagne que dans les grandes agglomérations où d'autres difficultés existent, où les problèmes sociaux se conjuguent...

*La ville tue les pauvres !*

Il faudrait, encore une fois, voir si ces tendances se confirment ou non aujourd'hui, mais celles observées dans les années 1980/90, à propos d'une ville *dévoreuse d'hommes* de petite condition, éveillent déjà notre attention.

Sur ces périodes, on voit, d'une façon générale, la mortalité précoce des ouvriers croître avec l'urbanisation. Néanmoins le trait saillant des relations entre environnement/habitat et mortalité concerne les catégories les plus défavorisées du monde ouvrier, à qui la ville n'est guère clémente : ouvriers spécialisés et manœuvres. « *Les ouvriers spécialisés et les manœuvres « survivant » en région parisienne ont respectivement une surmortalité, de 40% pour les uns et de 100% pour les autres, par rapport à leur homologue qui vivent en milieu rural* »<sup>2</sup>. De même, si à la campagne la mortalité des manœuvres est 2,5 fois supérieure à celle des instituteurs ou des cadres supérieurs, elle y est 4 fois supérieure dans les grandes agglomérations et 5 fois en région parisienne.

Tous ces éléments convergent vers un même postulat qui rejoint celui énoncé, il y a bien longtemps, au travers d'une vieille fable. *Quand on appartient au peuple, mieux vaut être rat des champs que rat des villes...*

La mortalité supérieure des catégories défavorisées en milieu urbain nous amène à penser que pour vivre – et survivre ! – en ville, il faut des *ressources* (dans tous les sens du terme) : argent, statut favorisé, relations, qualité de logement, possibilités de profiter des avantages de la ville (sorties, visites, loisirs, etc...), tout en pouvant s'en éloigner temporairement pour « souffler », récupérer, se régénérer (week-end en campagne, loisirs, vacances...).

Les groupes sociaux étant inégalitaires face à ces ressources, permettant de « tenir » en ville, les plus fragilisés d'entre eux voient leurs possibilités de vivre longtemps – et paisiblement - diminuer à mesure qu'ils baignent dans l'environnement urbain (et qu'ils s' « entassent », faute de mieux, dans les quartiers défavorisés...). Pour les pauvres, la ville est certainement

---

<sup>2</sup> *Ibid.*

plus *subie* que *choisie*. Contraints de se rapprocher des grandes mégalopoles, et notamment des grands ensembles – « cités » -, pour trouver du travail et des logements peu onéreux, ils subissent les nuisances de la ville, son rythme effréné, sans pouvoir jouir de ses avantages, qui ne profitent qu'à ceux qui disposent de moyens et de temps...

## ***2 - A propos des conditions de logement***

Reste à prendre en compte, à présent, les conditions d'habitat et la qualité du logement. Celles-ci, qui du reste sont corrélatives des variables précédemment envisagées (environnement, lieu d'habitation), sont à mettre en lien avec certaines complications au niveau de l'état de santé des populations les plus mal logées.

Cependant, avant d'exposer clairement le rapport de causalité entre *conditions de logement* et *santé, mortalité*, n'oublions pas qu'une des premières formes de mal-logement - une des premières discriminations par rapport à l'habitat – commence par le fait de ne pas avoir de toit.

### *Déjà avoir un toit...*

Les inégalités sociales face au logement opposent, en premier lieu, les populations qui ont accès au logement à celles qui n'en disposent pas ou plus.

Sans-abri, SDF, clochard, mendiants, errants, vagabonds...les dénominateurs ne manquent pas pour désigner ceux qui n'ont pas de « chez eux ». Cependant pour ce qui est des études ou des données relatives à cette forme de marginalisation, la matière scientifique est bien moins féconde !

La dernière étude de référence sur la question, réalisée par l'INSEE, remonte à 2001.

Elle avait dénombrée 86 500 personnes sans domicile (70 000 adultes et 16 000 enfants). En 2006, la Fondation Abbé-Pierre évalue ce chiffre à 100 000. A ces 100 000 personnes privées du réconfort et de la sécurité qu'offre un toit s'en ajoutent 40 000 vivant dans des abris de fortune (boxes de garage, caves, cabanes de jardins, véhicules abandonnés, etc.) et 100 000 autres en camping ou mobile home à l'année. Il faut aussi compter ceux et celles qui ne bénéficient d'un toit qu'en recourant à des chambres d'hôtel ou des meublés (environ 600 000 personnes) ou en étant hébergés par des tiers, parents ou amis (près d'un million dont 150 000 dans des conditions très difficiles).<sup>3</sup>

Parmi ceux-ci, l'écrasante majorité sont des hommes célibataires. D'un point de vue générationnel, les 18-29 ans représentent un tiers des SDF (contre un quart dans l'ensemble de la population). Parmi les 18-24 ans, on compte autant d'hommes que de femmes ; ce n'est que par la suite, les années passant, que la proportion des femmes diminue fortement. Bien que certaines enquêtes révèlent que de plus en plus de femmes se retrouvent elles aussi à la rue<sup>4</sup>, on est en droit de penser que cette moindre exposition, côté féminin, aux aléas et aux risques de la vie sans domicile trouve en partie son explication dans le fait que les femmes, entamant la vie adulte et à mesure que les années passent, sont rattrapées – et même sauvées ! - par la maternité. Dans cette hypothèse, elles se retrouvent donc, en quelque sorte, préservées et protégées par les vertus intégratrices consubstantielles à la vie de mère. Ainsi la société, dans son ensemble, portera davantage aide, réconfort, soins et assistance à une femme qui a des enfants en bas âges qu'à un homme seul, célibataire et sans enfants ...

Au sujet des *étrangers*, la part y est quatre fois plus élevée que dans la population nationale, et une partie n'a pas de papiers.

Cette population, peut-on penser, est certainement marquée par une multitude de trajectoires, une diversité de parcours et de situations. A première vue, il n'y a pas forcément de similitudes entre le travailleur précaire et pauvre, le jeune en pleine rupture familiale, une personne perturbée psychologiquement ou souffrant d'addiction, un clandestin, un homme seul, sans famille, ou des individus expulsés de leur logement.

Néanmoins, il existe des points communs entre les sans-abris, des régularités de parcours qui ne nous autorisent pas à céder à une approche qui occulte les tendances régulières, qui minimise le poids des facteurs sociaux au profit d'une analyse trop *individualisée* de ces

---

<sup>3</sup> Fondation Abbé Pierre, *Rapport annuel 2007 – L'état du mal-logement en France*, Paris, 2007, p. 214.

<sup>4</sup> Cf. enquête présentée en décembre 2007 par l'*Observatoire du SAMU social de Paris* (v. *Le Monde*, 30/01/2008).

processus d'exclusion (progressive)<sup>5</sup>. Il faudrait sans doute disposer de données un peu plus consistantes sur ces questions, mais il apparaît déjà que les personnes privées de domicile fixe sont, le plus souvent, d'origine sociale populaire et que la moitié d'entre eux n'ont ni diplôme, ni qualification<sup>6</sup>.

Perdre le privilège d'un toit n'apparaît pas comme le fruit du hasard : c'est un processus plus ou moins rapide, résultant d'un cumul de circonstances aggravantes, *qui ne tombe pas sur n'importe qui*. Les personnes qui se retrouvent *à la rue* sont victimes du cercle vicieux de l'exclusion (et de la disqualification...). Généralement pauvres, elles sont dans l'incapacité de payer un loyer ; sous qualifiées, elles sont dans une situation extrêmement précaire face à l'emploi, ce qui renforce les difficultés financières ; à cela s'ajoute une certaine fragilité sur un plan relationnel : célibataires et sans enfants, les SDF finissent bien souvent livrés à eux-mêmes, souffrant d'une grande solitude.

La perte ou l'absence de logement condamne les individus à vivre dans des conditions qui peuvent rapidement dégrader un état de santé déjà bien fragile. Dans les cas les plus extrêmes (comme c'est le cas pendant les nuits glaciales d'hiver), c'est la mort qui est au rendez-vous.<sup>7</sup>

La perception qu'ont les sans-logis de leur état de santé est souvent mauvaise : en effet 16 % d'entre eux s'estiment en très mauvaise santé contre seulement 3% des personnes disposant d'un logement.<sup>8</sup> Cette vision est loin d'être purement subjective car l'absence ou la médiocrité du logement prive les populations qui en souffrent de se préserver et de se protéger de tout un ensemble de facteurs pathogènes. En premier lieu les intempéries (froid, canicule, pluie, humidité, etc.), mais également la saleté, l'inconfort, la promiscuité, etc.

Etre soumis aux aléas et aux incertitudes de la vie à la rue expose non seulement davantage les individus aux agressions du monde extérieur, comme les pathologies chroniques, qui contaminent, empoisonnent les organismes et qui s'aggravent avec le temps compte tenu d'un recours au système de soins plus que défaillant, mais au-delà de ça, la vie sans domicile tend aussi à briser la dynamique de la vie sociale propre à la vie familiale (même si tout n'est pas

---

<sup>5</sup> Vison qui pourrait d'ailleurs laisser penser que le risque de devenir SDF est le même pour tous, quel que soit son milieu, donc qu'il n'y aurait aucune inégalité sociale face à cette menace...

<sup>6</sup> Cf. *Le Monde*, 30/01/2008.

<sup>7</sup> Chaque année, en France, on retrouve des SDF morts de froid. On pourrait dresser un bilan plus précis, mais on peut déjà mentionner quelques cas saisissants, comme celui d'un « homme de 56 ans, sans domicile fixe, retrouvé mort dans la nuit du mardi 25 au mercredi 26 janvier, à Villeurbanne (Rhône). Son décès est vraisemblablement dû au froid. Le dimanche, en milieu de journée, le corps d'un autre sans-abri, âgé de 52 ans, a été découvert dans le centre de Versailles (Yvelines). (cf. *Le Monde*, 27/01/2005).

<sup>8</sup> Cf. B. De la Rochere, « La santé des sans-domicile usagers des services d'aide », *Insee première* N° 893, INSEE, Paris, avril 2003.



rose dans les familles !), à favoriser le relâchement des liens interpersonnels et à produire des styles de vie qui n'ont pas leur place – qui sont *hors du temps social*, en marge des rythmes sociaux – dans le moule (intégrateur) de la société globale. La vie à laquelle sont condamnés les SDF fait d'eux des exclus, des marginaux qui souffrent de la mise à l'écart, d'une certaine invisibilité sociale, d'une existence en décalage avec le monde social qui ne peut que dégrader l'image qu'ils ont d'eux-mêmes et aggraver les problèmes de santé mentale.<sup>9</sup>

On ne saurait être surpris, à la lumière de ces quelques éléments, que certaines études soulignent que les conditions de vie extrêmes dans la rue altèrent féroce et durablement la santé des sans-abri, au point d'abaisser nettement leur espérance de vie (51 ans, contre 81 en général...)<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Cf. P. Peretti-Watel, « *Lien social et santé en situation de précarité* », Economie et statistique, n° 391-392, Paris, Insee, 2006, pages 115-130.

<sup>10</sup> Cf. *Le Monde*, 30/01/2008 (nous resterons toutefois prudents sur la précision de ces données...).

## *Logés...mais dans quelles conditions ?*

Bénéficier d'un toit est certes une situation plus envieuse que d'être condamné à errer dans les rues et à dormir sur le pavé, mais ce confort élémentaire – non des moindres - est tout de même à relativiser, étant donné la qualité inégale des logements. Les inégalités sociales face à l'habitat sont là pour nous rappeler qu'il y a logement...et *logement* !

En 2007, la *Fondation Abbé Pierre* dénombre encore 1 150 000 personnes occupant des logements privés de sanitaires, de salle d'eau ou de chauffage.<sup>11</sup> Quant aux problèmes d'insalubrité et de confort, ils concernent près de la moitié des ménages pauvres. Environ 28% des ménages à bas revenu considèrent que leur logement est humide, 26% estiment qu'il est insuffisamment chauffé et 25% qualifient de « mauvais » son état général. L'un au mois de ces trois critères d'inconfort se retrouve dans le logement de 46% des ménages pauvres et ils se cumulent pour plus de 22% d'entre eux. Leur fréquence est deux à trois fois moindre chez les autres ménages.<sup>12</sup> D'une façon générale, le logement inconfortable est le lot d'une partie beaucoup plus importante des ouvriers (20%), dont les revenus sont insuffisants pour accéder au confort « normal »<sup>13</sup> (sont dit « inconfortables » par l'Insee des logements de mauvaise qualité qui présentent des problèmes d'eau courante, d'humidité ou encore de chauffage).

Concernant les problèmes d'humidité ou de chauffage, la situation financière du ménage est donc discriminante mais le statut d'occupation du logement (propriétaire/locataire) l'est plus encore. Alors que moins de 5% des ménages propriétaires déclarent que leur logement est mal chauffé, 20% des locataires sont dans ce cas. De même, les problèmes d'humidité sont deux fois plus fréquents chez un locataire que chez un propriétaire.<sup>14</sup> Les moins favorisés étant le moins souvent propriétaires (et inversement), ils subissent donc davantage les problèmes d'insalubrité et d'inconfort.

Lorsque les conditions d'hygiène et de confort sont insuffisantes, il va de soi que la santé des personnes qui occupent de tels logements est mise à mal (l'humidité fait le jeu de la maladie, comme les problèmes de chauffage, le froid, l'inconfort, etc.). Sans parler des enfants qui, comme le souligne A. Bihr, peuvent voir compromis leur état de santé présent et futur, leur potentialité de développement personnel sur tous les plans, à commencer par leur scolarité ;

---

<sup>11</sup> *Fondation A. Pierre*, p. 214, *op. cit.*

<sup>12</sup> C. Rizk, « *Le cadre de vie des ménages les plus pauvres* », *Insee Première* n° 926, Insee, Paris, octobre 2003.

<sup>13</sup> Enquête logement, Insee, 2006.

<sup>14</sup> C. Rizk, *Insee Première*, *op. cit.*

en effet, comment un enfant peut-il suivre une scolarité normale dans un tel environnement, où les conditions d'hygiène et de confort sont inexistantes ou insuffisantes ?<sup>15</sup>

*Peu d'espace pour beaucoup de monde !*

Les ménages pauvres ne se contentent pas d'occuper des logements inconfortables, voire insalubres, ils sont aussi contraints, par leur niveau de vie, à vivre à l'étroit dans des habitats peu spacieux. Par exemple, 28% des ménages à bas niveau de vie habitent dans un logement qui ne comporte pas un nombre de pièces suffisant compte tenu de la composition du ménage. Peu de ménages pauvres (13%) disposent d'une pièce supplémentaire alors que c'est le cas de 37% des autres ménages.<sup>16</sup>

En zone urbaine, être propriétaire réduit fortement la probabilité d'habiter un logement trop petit. A l'inverse, lorsqu'on est locataire, on est plus souvent condamné à vivre à l'étroit. Pour les ménages à faibles revenus, la différence selon le statut d'occupation du logement est particulièrement marquée : il manque au moins une pièce pour 32% des ménages pauvres locataires contre 15% pour les propriétaires. Comme bien souvent, les catégories les plus pauvres ont un accès très limité à la propriété ; aussi louent-ils les logements qu'ils peuvent - et non ceux qu'ils souhaiteraient -, qui se reconnaissent à leur inconfort général et à leur manque d'espace.

Parmi l'ensemble des catégories sociales, ce sont les ouvriers qui sont privés du confort et de la tranquillité que procure un habitat spacieux. Ils disposent en moyenne d'un logement de 30 m<sup>2</sup> par personne, contre 43 m<sup>2</sup> pour les chefs d'entreprise, 46 m<sup>2</sup> pour les agriculteurs exploitants (différent ouvriers agricoles !) et 38 m<sup>2</sup> pour les cadres supérieurs.

---

<sup>15</sup>Nous reprenons une interrogation d'A. Bihr qui nous paraît tout à fait fondée (cf. A. Bihr, R. Pfefferkorn, *Le système des inégalités*, op. cit., p. 43).

<sup>16</sup>C. Rizk, *Insee première*, op. cit.

## Surface moyenne par personne selon la catégorie socioprofessionnelle

Unité : m<sup>2</sup>

	1984	2006
Agriculteurs exploitants	31	46
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise, professions libérales	30	43
Cadres supérieurs	33	38
Professions intermédiaires et employés	29	43
Ouvriers	23	30

Source : Insee – Enquête logement, France métropolitaine, résidences principales

Vivre dans des logements où la surface habitable est limitée peut rapidement occasionner des situations de surpeuplement. Moins d'espace il y a, plus vite il peut être comblé...

Le confort d'un logement, évidemment, dépend aussi largement de sa densité d'occupation. On comptabilise environ 3 500 000 personnes vivant dans des logements en surpeuplement modéré (il manque une pièce) et plus d'un million dans des logements en surpeuplement accentué (au moins deux pièces font défaut).<sup>17</sup> La situation de surpeuplement est d'abord une affaire de *pauvres* ; les ménages dont les revenus sont modestes et insuffisants sont ceux qui, faute de moyens, sont contraints d'occuper des logements étroits, certes moins onéreux, mais qui obligent certaines familles à vivre *les uns sur les autres*.

On en conviendra, il semble que l'on puisse difficilement aspirer à des conditions de vie paisibles, sereines et reposantes lorsqu'on vit dans la promiscuité. Le manque d'espace ne permet pas aux individus de s'isoler quand ils en ressentent le besoin, soit pour se reposer à l'issue d'une journée de travail, soit pour s'adonner à quelque activité ou à quelque loisir. Se sont donc les possibilités de développement personnel, de construction de soi et de découverte – de préservation - de son intimité qui sont menacées par les situations de surpeuplement ; les

---

<sup>17</sup> Fondation Abbé Pierre, *op. cit.*

enfants en sont les premières victimes, notamment lorsqu'ils ne disposent pas d'une chambre pour faire leurs devoirs, ou pour jouer, lire, faire les activités qui nécessitent un minimum d'espace et de tranquillité.

La récupération, après une journée de travail, est aussi plus difficile dans des conditions de promiscuité. La fatigue, physique et mentale, peut s'en trouver aggravée. La vie les uns sur les autres épuise, génère des tensions, rend compliquée la prise de distance avec les contrariétés du quotidien.

On comprend donc à quel point de mauvaises conditions de logement, en diminuant les possibilités de récupération, peuvent être préjudiciables pour la santé d'individus déjà bien fragilisés par leur condition, notamment au travail...

## **CHAPITRE IV**

# **Soutien social, famille & mortalité**

« *L'être social est plus riche, plus complexe et plus durable que l'être individuel* »

Emile Durkheim<sup>1</sup>

Si d'après ce que nous avons pu observer, la santé d'un individu – et donc les possibilités qu'il a de réduire les risques de mortalité afin de s'inscrire dans la durée : longévité – est largement soumise à l'influence des conditions de travail, des modes de vie, des pratiques, voire même des conditions de logement, il faut toujours avoir en tête que nous ne saisissons qu'une partie des facteurs susceptibles d'exercer des effets propres sur la longévité, et donc sur les différences sociales de mortalité.

Privilégiant, dans notre analyse, l'attention portée aux causes sociales qui, selon la formule, *produisent* de l'inégalité devant la maladie et la mort, nous sentons aussi qu'il est nécessaire, dans une perspective sociologique, de ne pas mésestimer l'influence que peut avoir le *soutien social, la vie sociale* sur la santé des individus.

---

<sup>1</sup> E. Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, P.U.F., 1937, 10<sup>ème</sup> édition Quadrige, 1999, p. 122.

Le constat selon lequel les personnes seules, célibataires, veuves ou divorcées/séparées ont davantage de problèmes de santé que les individus mariés a été effectué il y a déjà plus d'un siècle. Durkheim, dans sa célèbre étude du *suicide*, a lui-même souligné les bienfaits de la vie sociale et notamment de la vie de famille (intégration domestique) pour prévenir du penchant au suicide. D'une façon plus générale, la mortalité des célibataires, supérieure à celle des mariés, quelque soit l'âge, a été mise en évidence par Bertillon à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, celui-ci attribuant la moindre mortalité des mariés à la régularité de la vie conjugale. Mais ce n'est qu'à partir des années 1970 que des recherches empiriques se sont développées sur ces questions.<sup>2</sup>

Après avoir pris soin d'apporter quelques éléments (études) qui montrent combien le mariage, et plus explicitement la vie de famille qui est susceptible d'en découler, prémunit contre la mortalité précoce, nous interrogerons les interprétations classiques qui suggèrent que les responsabilités familiales amènent les hommes mariés à devenir plus prudents et à mesurer les risques, argumentation qui va dans le sens d'un effet protecteur de la vie domestique auquel s'ajouterait un phénomène de sélection indiqué par le mariage, les personnes de santé médiocre trouvant plus difficilement à se marier que les personnes bien portantes.

Mais avant d'essayer de comprendre en vertu de quels principes ou selon quelle logique s'établit un rapport de causalité entre *qualité, densité*, ou au contraire *pauvreté des liens sociaux* et *mortalité* (et sans omettre, aussi, d'indiquer que la propension à l'isolement relationnel – et toutes les conséquences que cela peut avoir...- est en partie dépendante du milieu social), nous pensons nécessaire, dans un premier temps, de rendre compte « objectivement » de ce que l'on entend par *vie sociale* d'un individu, de voir quels sont les indicateurs qui permettent de mesurer l'intensité de cette vie sociale, ou, au contraire, la fragilité, voire le délitement de liens conduisant à l'isolement.

---

<sup>2</sup> Cf. L. F. Berkman, « *Assessing the physical effects of social Networks and social supports* », Annual Review of Public Health, 1984, vol. V, p. 413 – 432, cité par P. Adam, C. Herzlich, in *Sociologie de la maladie et de la médecine*, op. cit., p. 54.



## *Mesurer la vie sociale : « objectiver » le soutien social ?*

Nous n'allons pas entreprendre ici une étude approfondie, un long développement sur la question du lien social, sur un objet qui a longtemps – et qui continue encore – mobilisé les sciences humaines (on pense notamment à la problématique classique héritée des « Lumières » : *pourquoi et comment les hommes vivent ensemble...*). Au-delà du temps qui nous ferait défaut, nous risquerions aussi de nous égarer dans des discussions qui ne pourraient être que partiellement en lien avec les sujets qui nous préoccupent, même si la question de l'inégalité devant la mort rejoint aussi, d'une certaine façon, celle du délitement du lien social, de l'isolement, de la perte de ressources affectives et symboliques. Aussi essayerons-nous, pour penser les rapports entre *vie sociale*, *soutien social* et *santé*, *mortalité*, de réfléchir un tant soit peu sur ce qu'apporte à l'homme la vie en société (quelle qu'en soit sa forme, sa nature...), sur ce besoin quasi vital qu'ont les individus d'être intégrés, soutenus par divers groupes sociaux. « *Etres humains, avant tout autre caractéristique, nous sommes des animaux vivant en société* »<sup>3</sup>, précise Leakey, dans un bel ouvrage consacré aux *origines de l'Homme*. « *Au point de vue émotionnel, ajoute-t-il, nous avons besoin de faire partie d'un groupe* ». L'homme est donc, avant tout, un *animal social*, et cette vieille considération anthropologique, exprimant une réalité qui est au fondement même des sociétés, prend tout son sens lorsqu'on observe de plus près les relations entre ressources sociales – entendues comme support, soutien social - et mortalité.

Cela étant dit, comment mesurer le degré de sociabilité d'un individu, l'*intensité* de sa vie sociale ? Quels sont les indicateurs pertinents qui permettent de rendre compte objectivement de la solidité, de qualité, de la fréquence, ou au contraire de la fragilité des liens sociaux et du support dont celui-ci peut bénéficier ?

Répondre avec rigueur et précision à ces interrogations n'est pas chose facile, néanmoins, pour avoir une idée à peu près objective du *soutien social* dont un individu profite (ce qui renvoie aussi à la notion de « capital social » - Bourdieu -, désignant, en partie, des ressources liées à la possession d'un réseau durable de relations, d'interconnaissances, ou encore l'appartenance à un groupe...), on peut s'appuyer sur quelques indicateurs de lien social, identifier quelques sources de soutien :

---

<sup>3</sup> R. E. Leakey, R. Lewin, *Les origines de l'Homme*, Flammarion, 1985, p.56.

En premier lieu, on peut retenir *la famille* (allant du mariage – union - à la constitution du groupe familial : parents, enfants) ainsi que toutes les *relations familiales*, des plus proches aux plus éloignées (système de relations, support), puis *les amis* (l'appartenance à divers groupes, ou encore le fait de travailler, favorisant les échanges et les rencontres...), *la religion, le travail, la vie associative et l'appartenance à d'autres groupes...*

### *Que signifie être seul ?*

Pour mieux analyser le soutien social, dans ses différentes formes, et pour mieux comprendre par la suite ce qu'il apporte à l'homme, sans doute est-il nécessaire, d'abord, de réfléchir sur son état contraire : *la solitude*.

En ayant une idée plus claire de ce que signifie *être seul*, des conséquences que peut avoir sur l'existence de certaines catégories de population l'isolement relationnel, peut-être aurons nous un regard plus éclairé sur les bienfaits et les vertus que l'on peut accorder à la vie sociale. Mais pour être bien au clair avec cette notion de vie sociale (son *intensité*), nous poserons aussi une distinction nécessaire entre *vie solitaire, isolement et sentiment solitude*.

La solitude renvoie à la notion de famille. *Etre seul*, c'est avant tout l'absence de vie familiale, c'est être privé de liens familiaux (mariage, unions, enfants) stables et fréquents, privé d'une vie de famille que l'on a pas pu, su ou voulu construire ; la solitude peut aussi résulter d'une séparation – divorce – ou de la perte de son conjoint, ceci provoquant un bouleversement, un délitement et une redéfinition des liens familiaux.

La tendance qui s'est amorcée dans les années soixante se confirme aujourd'hui : les personnes vivant seules sont de plus en plus nombreuses.<sup>4</sup> Ces personnes seules, d'un bout à l'autre de la vie, font face à des situations différentes : célibataires pour les plus jeunes, divorcées pour les personnes d'âge mûr et veuves pour les plus âgées. Ces trois catégories ont contribué – de façon inégale – à la progression de la vie solitaire, style de vie marqué par l'individualisme, qui prédomine depuis les années 1980. Ces catégories se démarquent par

---

<sup>4</sup> Les éléments que nous allons apporter sur cette question de la solitude proviennent essentiellement des « *Données sociales* » de l'Insee. Cf. J. L. Pan ké Shon, « *Être seul* », *Données sociales*, la société française, 2002, 2003, Insee.

leur comportement relationnel et même par leur sensibilité au sentiment de solitude. Néanmoins nous verrons que si les probabilités de vivre seul peuvent varier selon le sexe, l'âge, ou encore d'autres variables, cette propension à l'isolement et à la solitude est aussi modulée par des caractéristiques sociales.

Bien qu'ils semblent évoquer la même chose, *isolement*, *sentiment de solitude* et *vie solitaire* sont pourtant trois états distincts aux significations qui ne se recoupent pas toujours.

*Vivre seul*, en effet, n'est pas forcément synonyme d'*isolement relationnel*. On peut très bien être célibataire, divorcé(e), veuf ou veuve et maintenir un certain niveau de relations sociales, qu'elles soient amicales, professionnelles, etc., et continuer à bénéficier des liens sociaux et des échanges émanant de la vie associative, de l'intégration dans différents groupes et réseaux sociaux. De même l'isolement relationnel ne se conjugue pas obligatoirement avec le *sentiment de solitude*, celui-ci relevant plus de la subjectivité des individus, d'un ressenti personnel sur une situation qui se vit et se supporte différemment selon son âge, sa façon de voir la vie - et pourquoi pas sa « philosophie de vie » -, sa personnalité, son vécu...

Des enquêtes menées sur les *relations de la vie quotidienne et l'isolement* permettent d'analyser ces différentes situations. En se basant sur un indicateur d'isolement relationnel<sup>5</sup> (qui, comme son nom l'indique, ne reste qu'un indicateur...), on peut prendre acte d'une certaine pauvreté relationnelle qui se cumule bien souvent avec d'autres handicaps sociaux (isolement, faible volume de capital social...). Quant au fait de *vivre seul*, cela veut tout simplement dire habiter seul son logement (les mono habitants sont ainsi divisés en trois groupes : les célibataires, les divorcés et les veufs/veuves ; les enquêtes n'offrent pas la possibilité de repérer les séparés n'ayant pas été mariés ; ceux-ci sont comptabilisés dans le groupe des célibataires). Le *sentiment de solitude*, pour compléter ce que nous avons dit plus haut, correspond lui davantage à l'impression d'abandon et aurait ainsi tendance à qualifier un aspect de la qualité des relations développées.

---

<sup>5</sup> Cet indicateur est obtenu conventionnellement à partir des personnes n'ayant parlé en face à face (hors téléphone), hors relations professionnelles ou de service, qu'à quatre interlocuteurs au maximum (hors ménage) au cours d'une semaine.

### *Vivre seul...*

Depuis la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle s'affirme une tendance qui n'a rien de marginale aujourd'hui : vivre seul dans son logement. En 1982, 11 % des personnes de 15 à 99 ans vivaient seules, contre 13 % en 1990 et plus de 15 % en 1999.<sup>6</sup> En 1999, 5,9 millions de femmes vivent seules ou sont chefs de famille monoparentale contre seulement 3,2 millions pour les hommes, soit au total 9,1 millions de personnes ; en pourcentage, pour l'année 2008, on retrouve ce même différentiel entre sexes : si 16 % de la population, toutes générations confondues (ensemble des 15 ans ou plus), vivent l'expérience de la vie solitaire au domicile, la proportion de femmes seules s'élève elle à 18 % tandis qu'elle ne dépasse pas le seuil des 14 % pour les hommes.<sup>7</sup>

Ce déséquilibre entre les sexes tient essentiellement au fait que les femmes, au-delà d'un certain âge, sont plus concernées par le veuvage que les hommes (elles se retrouvent aussi plus souvent chefs de famille monoparentale). La mortalité précoce du « sexe fort » participe donc de la plus grande exposition des femmes au risque de finir leurs jours seules – tant qu'elles en sont capables - dans leur foyer. Jusqu'à environ soixante ans, pourtant, elles sont moins confrontées à la vie solitaire que les hommes, car contrairement à eux, le célibat et le divorce (séparations), qui généralement concernent les jeunes générations ou les personnes d'âge mûr, les touchent dans des proportions moindres<sup>8</sup>.

### *Divorces, séparations*

On dispose de peu d'éléments sur un éventuel effet de la catégorie sociale sur les probabilités de divorce, de séparations. Ce que l'on sait et ce que l'on observe en France comme en Europe, c'est que les familles monoparentales, résultant d'une séparation, sont de plus en plus nombreuses. De 1968 à 2005, la part des enfants vivant avec un seul de leurs parents est

---

<sup>6</sup> Les mono parents sont respectivement 13 %, 16 % et 19 % de la population « adulte » à résider sans conjoint (le concept de monoparentalité intègre depuis 1982 les enfants de plus de 25 ans, rendant les comparaisons délicates avant cette date). Cf. J. L. Pan ké Shon, *op. cit.*

<sup>7</sup> *Ibid.*

<sup>8</sup> « La composition du groupe des femmes seules est constitué d'un quart de célibataires, d'un quart de chefs de famille monoparentale, d'un tiers de veuves, d'un dixième de divorcées et de près de 3 % de femmes mariées vivant seules. Quant au groupe masculin, il est bien plus déséquilibré puisque les célibataires représentent plus de 50 % des hommes seuls, les divorcés et les veufs 18 % et 12 %, les mono parents et les hommes mariés vivant seuls environ 7 % et 8 % » (*Ibid.*).

passée de 6 % à 16 % (progression de 150 %) ; et même si la famille est en redéfinition permanente, neuf fois sur dix, les enfants, après une rupture, sont confiés à leur mère<sup>9</sup>.

Bien que la fragilité des unions n'épargne aucun milieu social, aucune profession, aucune région, il semble néanmoins important de retenir deux choses essentielles : premièrement, pour ce qui est des conséquences liées à la séparation, il apparaît que ce type d'événement, en plus de bouleverser la vie conjugale et familiale, provoque un appauvrissement très net des familles. Chez les classes aisées, le niveau de vie recule certes après la rupture mais la situation demeure supportable. En revanche, chez les classes défavorisées, la séparation est un accident qui peut faire basculer les familles de la simple précarité à la vraie pauvreté.<sup>10</sup> En second lieu, des études montrent que la monoparentalité et la fréquence des séparations sévissent davantage dans les catégories du bas de l'échelle sociale. Le dernier rapport de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles (ZUS) constate que la monoparentalité est plus présente dans les quartiers en difficulté que sur le reste du territoire (*plus d'un allocataire de la caisse d'allocations familiales sur cinq, c'est-à-dire 20 %, résidant en zone urbaine sensible, appartient à une famille monoparentale, contre 16 % dans les unités urbaines accueillant ces quartiers et 15 % en métropole* – rapport 2010).

Ainsi, les familles monoparentales sont souvent pauvres (un tiers), car en plus de provoquer une chute brutale du niveau de vie, les risques de séparations, dépendant aussi en partie du milieu social, concernent davantage les personnes fragilisées sur un plan économique et social. Dans ce cas, la désunion vient aggraver une situation déjà bien compliquée à la base...

Les célibataires, les divorcé(s) et les veufs/veuves, s'ils vivent seuls au domicile, ne sont pas pour autant coupés de toute forme de vie sociale. Il semblerait, néanmoins, que le vide laissé par le manque de solidarités familiales (conjoint, enfants) conduit les personnes seules à adopter une attitude particulière vis-à-vis de l'isolement relationnel et du sentiment de solitude.

Le maintien d'une économie relationnelle s'opère aussi par la mobilisation d'autres formes de soutien que celles directement liées au « commerce familial ». Les échanges et les solidarités peuvent en effet se nouer à l'extérieur de la vie conjugale (domestique), comme c'est le cas, par exemple, lorsque les individus participent étroitement à la vie associative (qu'elle soit politique, religieuse, culturelle, sportive, ou clubs en tous genres, etc.), lorsqu'ils

---

<sup>9</sup> Cf. art. in *Le Monde*, « un tiers des familles monoparentales sont pauvres » (07/01/2012).

<sup>10</sup> La fragilité des familles monoparentales est lisible dans les chiffres de l'INSEE : en 2008, 30 % des personnes « issues » d'une famille monoparentale vivent en dessous du seuil de pauvreté (moins de 949 par mois).

exercent une activité, un travail qui favorise les rencontres, les relations, donc un certain degré de vie sociale, ou encore quand les relations amicales (amis aussi « puisés » dans la vie associative, professionnelle...) sont solides, consistantes et régulières.

Cependant on observe des inégalités devant l'accès à ces formes de ressources extra-familiales dont les conséquences se font sentir en termes d'inégalités face à la situation d'isolement relationnel, celle-ci caractérisant davantage les couches populaires. Effectivement, si certaines caractéristiques éloignent de l'isolement, comme le fait d'être jeune, de poursuivre des études ou d'être diplômé, de posséder des revenus aisés (ou encore le fait d'être une femme et d'avoir la nationalité française...), à l'inverse, être âgé, en situation de handicap, peu diplômé, au chômage, avec des revenus modestes, sont autant de situations qui vont de pair avec l'isolement, celui-ci se cumulant alors avec d'autres handicaps sociaux.<sup>11</sup>

### *Vie associative & inégalités*

La participation à la vie associative, qui répond aussi au besoin qu'ont les hommes de s'unir et de se réunir afin de rompre avec l'isolement (indépendamment de la « cause » pour laquelle on se rassemble, qui souvent n'est rien d'autre qu'un moyen – un prétexte ?- pour renouer du lien, créer de la relation...), varie de façon significative selon la catégorie sociale. Il existe plusieurs types d'associations<sup>12</sup> et l'engagement dans ces activités associatives est encore largement fonction du métier exercé, du niveau de revenus et, peut être plus encore, du diplôme<sup>13</sup>.

Quel que soit le type d'association, les cadres et les professions intellectuelles ont le plus fort taux d'adhésion. Parmi eux, les professeurs se distinguent particulièrement. Ceux-ci sont six fois plus souvent membres d'associations politiques, humanitaires ou religieuses que les

---

<sup>11</sup> Cf. J. L. Pan Ké Shon, *op. cit.*

<sup>12</sup> On peut distinguer trois formes d'associations (cf. A. Bihr, R. Pfefferkorn, *Déchiffrer les inégalités, op. cit.*, p. 324) :

- Les associations qui rassemblent des adhérents ayant une activité commune, les plus nombreuses et les moins distinctives (associations sportives, clubs du troisième âge, etc.). Elles sont plutôt des prestataires de services. Souvent elles ne sont qu'une formule de gestion d'équipements collectifs mis en place par les administrations ou les collectivités locales.
- Les associations qui rassemblent des adhérents défendant des intérêts communs (syndicats, parents d'élèves, locataires, associations de quartier, etc.). La défense d'intérêts particuliers mobilise cependant davantage que la défense d'intérêts communs ou de convictions générales.
- Les associations politiques, religieuses, humanitaires, écologistes, consuméristes, etc., destinées à défendre une « cause » générale, universelle. Elles mobilisent relativement peu.

<sup>13</sup> Pour les données relatives aux inégalités sociales devant la participation associative, v. A. Bihr, R. Pfefferkorn, *Déchiffrer les inégalités, op. cit.*, chap. sur *les inégalités face à l'espace public*, p. 323 à 344.

ouvriers. Concernant les associations sportives, leur taux d'adhésion reste deux fois plus élevé. Cette sociabilité plus « militante » des enseignants diffère de celle, peut-être plus « fonctionnelle » - moins fondée sur le capital culturel - d'autres catégories : les ingénieurs et cadres techniques sont ainsi plus présents dans les associations d'anciens élèves, les professions libérales dans les clubs à l'américaine (réseaux fermés où ne sont admis que les détenteurs d'un poste ou d'un titre).

Les populations défavorisées, les précaires et les chômeurs évoluent également en marge du monde associatif. Le chômage, favorisant le repli sur soi, a tendance à couper progressivement les individus des réseaux de sociabilité. En plus des problèmes de santé liés à la situation de chômage (cf. *surmortalité des chômeurs*), l'exclusion du monde du travail - ce dernier restant un des moteurs de la vie sociale et un repère dans l'organisation de la vie quotidienne - peut plonger les individus dans un mode de fonctionnement *hors temps*, c'est-à-dire hors du *temps social*, hors d'un temps qui n'est rien d'autre que celui qui est rythmé, conditionné par le travail. Les autres activités, y compris la vie associative, s'organisent donc en fonction des rythmes imposés par la vie professionnelle, donc en quelque sorte en fonction des modes d'organisation dominants, majoritaires dans la société, excluant ainsi tous ceux et celles qui se situent hors du temps social dominant : précaires, chômeurs, inactifs, marginaux, exclus...<sup>14</sup>

La participation à la vie syndicale, quant à elle, varie aussi suivant la profession. Les professeurs, par exemple, sont beaucoup plus syndiqués que les ouvriers, qui mettent désormais moins d'espoirs dans la lutte politique qu'auparavant<sup>15</sup>.

Il faut remplir, d'une certaine façon, certaines *conditions* pour pouvoir participer activement et régulièrement à la vie associative. Si le facteur revenu semble avoir une incidence limitée sur l'engagement associatif, il semble en revanche que le capital culturel, mesuré par le diplôme, influe fortement sur les différents modes de participation sociale. Au même âge, par exemple, les seniors n'ayant aucun diplôme prisent peu les sorties culturelles et se tiennent à

---

<sup>14</sup> La précarité et le chômage, plus présents chez les ouvriers, se supportent aussi plus mal dans ces milieux : moins de ressources, de centre d'intérêts, d'outils symboliques, etc. pour combler le vide laissé par l'inactivité. Ils sont donc moins enclins que d'autres catégories à se diriger vers la vie associative (culturelle, sportive, politique, loisirs...). « *Il est frappant de constater que l'adhésion aux associations d'un cadre au chômage depuis moins de deux ans est trois fois supérieure à celle d'un ouvrier privé d'emploi depuis la même période – rapport du CERC. Il semble par conséquent que les uns compensent plus facilement leur inactivité professionnelle par d'autres activités en attendant de retrouver un emploi, alors que les autres intérioriseraient davantage la logique du processus de disqualification sociale et contribueraient par le repli sur eux-mêmes à le renforcer* » (*Ibid.*, p. 326).

<sup>15</sup> *Ibid.*

l'écart des associations.<sup>16</sup> Une certaine maîtrise de la langue, un certain niveau d'instruction, des centres d'intérêts, et surtout du temps libre sont autant de caractéristiques qui permettent aux individus de s'inscrire dans une démarche associative. Le monde associatif reste ainsi structuré en fonction des positions sociales car, selon nous, il répond à des priorités qui ne sont pas forcément celles des classes populaires, celles-ci demeurant plus accaparées par la résolution d'un quotidien qui occupe une part considérable de leur temps libre, temps libre qui est davantage utilisé pour solutionner, au jour le jour et dans la mesure du possible, les difficultés socio-économiques qu'elles rencontrent : recherche d'emploi, précarité, problèmes financiers, problèmes de logement, démarches administratives à caractère social (aides...), accidents, etc. Monopolisées par la question de la survie au quotidien, pris à la gorge par le temps et certainement fatiguées physiquement et mentalement par leur condition, les classes populaires semblent accorder peu de sens au « travail » associatif. Les priorités sont autres. En effet, comment s'engager sereinement dans un projet associatif, dans une activité de loisir ou même de détente, dans des projets extérieurs à soi, plus larges, quand la question de sa propre existence n'est elle-même déjà pas résolue, qu'elle est soumise à la loi de l'incertitude et que l'avenir est rarement garanti, à tel point que les projets, les perspectives d'avenir, etc., sont quasiment réduits à néant, retranchés dans le monde des rêves inassouvis ? Quand on est dans le souci et le besoin, il est difficile d'accorder du sens, de l'intérêt, de la disponibilité intellectuelle pour une association et pour ce qu'elle peut proposer en termes d'ouverture culturelle, d'évasion, de loisirs, bref, en termes de besoins secondaires, comparé à l'urgence du quotidien.

### *Travail & relations sociales*

Le travail peut être un lieu de souffrance, mais c'est aussi un lieu de rencontres, d'échanges et éventuellement de soutien social. Des liens et des solidarités peuvent se construire sur le lieu d'activité : avoir un travail, même s'il est difficile, c'est malgré tout maintenir un certain *quantum* de vie sociale. Aller travailler, c'est – bien souvent – aller à la rencontre d'autres personnes, c'est élargir, pourquoi pas, son réseau de relations. Or tout le monde ne bénéficie pas des effets intégrateurs du travail, du groupe social qu'il forme. Chômeurs, inactifs,

---

<sup>16</sup> Cf. J. P. Pan Ké Shon, *op. cit.*



précaires (qui n'appartiennent pas vraiment à l'entreprise, qui ne sont que de passage, en sursis permanent...) en sont les premiers exclus. Et les catégories du bas de l'échelle sociale étant les victimes désignées du chômage et de la précarité, elles sont les premières à être privées de ce que peut apporter, de ce point vu là (vie sociale), le fait d'avoir un emploi...

### *Mortalité et vie conjugale, environnement familial*<sup>17</sup>

Nous sommes maintenant un peu moins dans la confusion avec cette notion de *vie sociale*. Bien que celle-ci ne dépende pas exclusivement de la vie familiale - les relations, on l'a vu, se construisent et se nouent aussi en dehors de la sphère domestique -, il semble bien que la vie de famille, à commencer par l'union, la vie en couple (différentes formes), constitue un des piliers de la vie sociale, une forme spécifique, profonde et consistante de lien qui a (*en plus d'être le point de départ de la vie de famille*) cette particularité d'en engendrer d'autres, c'est-à-dire de favoriser et de multiplier les contacts et les échanges et d'augmenter, en somme, le volume de capital social. Inversement, être seul peut, notamment dans certains milieux, avoir pour effet d'aggraver l'isolement relationnel et le sentiment de solitude.

Mais au-delà de ça, l'absence de conjoint et de vie de famille a des effets plus graves, que nous avons évoqué au début de ce chapitre : la vie solitaire, en effet, augmente les risques de mortalité. Quant aux personnes vivant en couple, elles jouissent d'un effet protecteur de l'union : il est prouvé qu'elles vivent plus longtemps.

Les études montrent que les personnes qui ne vivent pas en couple ont une plus grande mortalité quel que soit l'âge.<sup>18</sup> Entre quarante et cinquante ans, leur taux de mortalité est deux à trois fois plus élevé. L'écart se réduit ensuite avec l'âge. Cette surmortalité demeure plus marquée pour les hommes et persiste après quatre-vingt ans ; côté féminin, la surmortalité touche surtout les femmes très âgées qui sont séparées (entre 80 et 90 ans).

Les différences de mortalité entre individus ne dépendent pas que de l'action de la situation conjugale et familiale (d'autres éléments, comme le travail exercé, le revenu, le diplôme, les modes de vie, l'habitat, l'éducation, les soins etc. influent sur la longévité...). Il n'y a pas que

---

<sup>17</sup> Nous présenterons ici les principaux résultats de deux études :

« *Les personnes en couple vivent plus longtemps* », INSEE Première N° 1155, août 2007 et « *Mortalité des femmes et environnement familial, rôle protecteur de la vie de famille* », INSEE première N° 892, avril 2003.

<sup>18</sup> *Ibid.*

la vie de couple et la vie de famille qui contribuent à la santé, et de ce fait, les différences de taux de mortalité à âge donné selon la situation conjugale, par exemple, ne reflètent pas uniquement l'effet de cette situation conjugale...

Néanmoins, à caractéristiques comparables, les hommes n'ayant jamais vécu en couple ont, entre 40 et 60 ans, une mortalité supérieure à celle des hommes en couple. Pour les quadragénaires en célibat continu, leur risque de décéder dans l'année est presque double de celui de mêmes caractéristiques mais vivant en couple. La prise en compte, par exemple, de la catégorie sociale, du niveau d'éducation, du nombre d'enfants et du fait d'être propriétaire ou locataire ne modifie donc pas les disparités observées en comparant directement les taux de mortalité, mais elle réduit le risque de mortalité imputé au fait de ne pas être en couple, en particulier pour les personnes qui n'ont jamais vécu en couple (cette atténuation rappelle que la surmortalité au sein de la catégorie des individus en célibat continu – milieux défavorisés – est ainsi amplifiée par la présence de personnes qui cumulent les difficultés – effets de renforcement. Un état de santé dégradé, l'exclusion du marché du travail ou des conditions de vie précaires interagissent et se cumulent avec la difficulté de se mettre en union, de fonder un foyer).

Du côté des femmes, la prise en compte d'autres caractéristiques réduit moins les rapports des risques entre celles en couple et celles qui vivent seules. Il faut savoir que les femmes célibataires appartiennent plus souvent à des milieux sociaux plus favorisés (cadres et professions intellectuelles supérieures : indépendance, carrière...), qui ont un effet protecteur. Une étude anglaise résume le rapport que nous venons d'énoncer entre célibat et mortalité en recourant à une comparaison originale : « *plus que le tabac, le célibat nuit gravement à la santé !* »<sup>19</sup>. Pour vivre longtemps, mieux vaut donc vivre à deux. Cette étude révèle que les hommes et les femmes sans conjoint boivent trop, travaillent trop, sautent des repas et manquent de stabilité affective. Dans ce travail mené pendant sept ans auprès de 10 000 célibataires britanniques (à paraître dans le *journal of Health Economics*), les chercheurs ont constaté que les hommes qui, au début de l'enquête, n'avaient jamais été mariés ou qui étaient séparés avaient 10 % de chances supplémentaires de mourir que ceux ayant passé la bague au doigt. Quant aux femmes dans la même situation, le taux de surmortalité diminuait de moitié, passant à 5 %.

Nous en discuterons plus loin dans l'analyse, mais comme le célibat, chez les hommes, concerne davantage les catégories sociales défavorisées, on assiste à des effets de

---

<sup>19</sup> Etude de l'Université anglaise de Warwick, citée par le quotidien *The Independent* (cf. *Le Monde*, 07/09/2004).

renforcement ; chez les femmes, c'est un peu l'opposé qui s'opère, les célibataires jouissant d'une situation sociale plus souvent privilégiée, il semble que les risques liés au célibat soient compensés par les avantages liés leur statut (argent, éducation, habitat, recours aux soins...).

Une rupture d'union peut aussi avoir une incidence sur la mortalité. Cependant les risques liés à la perte du conjoint varient, non seulement, selon le sexe, mais aussi selon le milieu social. La surmortalité liée au choc suivant une séparation ou le décès du conjoint est légèrement plus élevée pour les hommes que pour les femmes, surtout aux âges les plus jeunes (entre 40 et 70 ans). L'écart est le même lorsque les différences de caractéristiques entre les personnes concernées sont considérées. Les hommes étant amenés, plus souvent que les femmes, à fonder un nouveau foyer après une séparation ou un veuvage, il est possible que ceux qui restent seuls soient les individus les plus fragiles, donc ceux qui enregistrent une mortalité plus prononcée. L'autonomie dans la maison (tâches diverses), pour les hommes, étant généralement moins – culturellement - acquise, il se peut aussi, notamment aux âges avancés, que le choc d'une séparation ou d'un décès de la conjointe soit accentué. Mais il est probable que d'autres pistes puissent être explorées pour interpréter aux mieux ces différences de mortalité (important de considérer ce qu'il advient de la vie de famille, pour les hommes et pour les femmes, après une rupture d'union : la famille, les enfants – groupe familial – s'éloigneraient plus de l'homme que de la femme, qui serait liée avec plus de force à la vie familiale...)

Tout compte fait, les femmes *supporteraient globalement mieux que les hommes le décès de leur conjoint (et les séparations)*.

La séparation va également de pair avec des risques de mortalité accrus dans les milieux sociaux défavorisés. Chez les hommes, les employés et les ouvriers non qualifiés ont un risque de décéder deux fois plus élevé que les cadres et les professions intellectuelles supérieures s'ils sont séparés.<sup>20</sup> Ce rapport des risques n'est plus que de 1,6 pour les hommes en couple. Chez les femmes, les écarts de mortalité selon la CSP sont moins significatifs que chez les hommes ; pourtant, en cas de rupture d'union, les employés et les ouvrières non qualifiées ont un risque de décéder supérieur à celui des femmes cadres (1,7 fois plus) alors qu'il n'y a pratiquement pas de différence pour les femmes en couple.

Les personnes qui vivent seuls après avoir perdu leur dernier conjoint (veuvage) enregistrent une forte surmortalité, signe du caractère néfaste de la situation de veuvage. Cependant,

---

<sup>20</sup> Cf. INSEE Première N° 1155, *op. cit.*

contrairement au cas de la séparation, cette surmortalité varie faiblement selon les catégories sociales, à âge, nombre d'enfants et statut d'occupation du logement comparables.

Si l'on prend en compte, à présent, l'environnement familial, on constate que les risques de décès sont plus faibles avec deux enfants.

A âge donné, le risque de décéder des femmes n'est pas le même selon le nombre d'enfants qu'elles ont eues. En effet la courbe de la mortalité féminine en fonction du nombre d'enfants a la forme d'une courbe en « U », avec un risque minimum pour les femmes ayant mis au monde deux enfants (résultat qui persiste lorsque l'on tient compte d'autres caractéristiques qui engendrent des différences de mortalité, comme la CSP). Il se produit le même phénomène pour les hommes, qui connaissent la même courbe en « U ». Celle-ci s'avère même plus prononcée que pour leurs conjointes, et ils sont d'autant plus exposés qu'ils s'éloignent de la norme de deux enfants.

*La vie familiale joue donc bien un rôle protecteur face au décès : la mortalité est toujours plus forte pour les personnes n'ayant jamais vécu en couple et pour celles n'ayant pas eu d'enfant.*

En dehors de la vie conjugale et familiale, fonctionnant comme une ressource et comme une forme de support social, on a vu qu'il existait d'autres espaces capables d'encourager et de stimuler la vie sociale. Ajoutés aux bienfaits de la vie de famille, ces sources de soutien peuvent exercer un impact sur différents aspects de l'état de santé. Tout un travail, concernant des personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires, a été mené par A. County.<sup>21</sup> L'étude a mesuré la fréquence de cinq sources de soutien (le mariage, la famille, les amis, la religion et l'appartenance à d'autres groupes) et a montré qu'à condition physique identique, les gens qui bénéficient de soutiens sociaux avaient deux fois moins de risques de mourir au cours des années qui suivaient un accident cardiaque. La majorité des auteurs travaillant dans ce domaine considèrent que le soutien social agirait comme un « tampon » face à des situations stressantes. C'est une piste qu'il nous faudra sans doute explorer un peu plus en profondeur...

---

<sup>21</sup> Cf. P. Adam, C. Herzlich, *op. cit.*, p. 55.

## *Comprendre l'effet protecteur de la famille*

Quelles interprétations donner aux résultats que nous venons de présenter ? Quelles explications cohérentes peut-on proposer pour rendre compte de l'effet « protecteur » de la sociabilité (*d'une vie sociale consistante*), et particulièrement de la vie familiale, vis-à-vis de la mortalité ?

Il faut d'abord rappeler que l'on assiste à ce que nous avons appelé des « effets de renforcement ». En effet, le célibat et les occasions de se retrouver seul concernent davantage les hommes des catégories défavorisées, population qui enregistre déjà une mortalité supérieure.

S'opère ensuite une *sélection matrimoniale* – un peu comme pour l'accès à l'emploi -, qui tend certainement à tenir à l'écart du marché matrimonial les mal-portants, les malades, bref, les personnes ayant déjà une santé fragile à la base, des conditions d'existence dégradées (et comme on l'a vu, des mauvaises conditions de logement et d'emploi – précarité, chômage – ne sont pas sans effets sur la santé). Comme disait Durkheim, « *le mariage (...) opère mécaniquement dans l'ensemble de la population une sorte de triage. Ne se marie pas qui veut* »<sup>22</sup>. On a effectivement peu de chance de s'inscrire – comme de se maintenir- dans une vie de famille (base de la vie sociale), si l'on ne dispose pas d'un minimum de qualités de santé, de garanties économiques et sociales, d'assises solides, bref, de ce que l'on appelle communément une « situation » (ce qui peut expliquer le fait que le célibat concerne davantage les populations fragilisées, les précaires...).

Cependant cette sélection par le mariage n'explique pas tout. Il semble bien que la vie de famille, et par extension toute la vie sociale qui en découle, apporte un *plus* à l'homme, à tel point qu'il en tire des bénéfices en termes de longévité. L'être social, à bien des égards, semble bien plus *riche* et plus *durable* que l'être individuel. Entouré, soutenu, il *peut* sans doute davantage. A contrario, il paye de sa santé les effets d'une séparation, qui l'éloigne de la vie domestique et des solidarités qui en émane. Et la séparation, la vie solitaire, sont d'autant plus mal supportées que les individus appartiennent aux classes populaires...

---

<sup>22</sup> E. Durkheim, *Le suicide*, *op. cit.*, p. 186.

L'immunité dont jouissent les hommes et les femmes mariés (unions), bénéficiant de la présence et du soutien d'un environnement familial (groupe familial : parents, enfants notamment...), peut se lire, selon nous, de plusieurs manières.

Pour évoquer les méfaits de la solitude, de l'absence de vie de famille, de compagnie, bref, de *vie sociale consistante et durable*, Durkheim emploie une très belle – quoique très saisissante – formule : « *Là où les familles sont rares, pauvres et maigres, les individus, moins rapprochés les uns des autres, laissent entre eux des vides où souffle ce vent froid de l'égoïsme qui glace les cœurs et abat les courages* »<sup>23</sup>. La *société domestique* a donc, certainement, une propriété bienfaisante, qui ne se limite pas d'ailleurs aux seuls avantages économiques qu'elle offre : elle donne accès aux « plaisirs » de la vie en commun...

Le sociologue pose donc la relation entre *intégration* et *santé*, en montrant combien le lien qui rattache l'homme à l'existence devient précaire et fragile sitôt que la société n'est pas suffisamment présente à lui, bref, qu'il se retrouve seul. Le manque d'intégration favoriserait donc un certain type de suicide – *égoïste* – et plus généralement un état *morbide*. On peut penser, à cet égard, que la famille (en tant que société) offre à l'individu un soutien affectif, émotionnel, sur lequel il peut s'appuyer et se reposer lorsque les contrariétés du quotidien, les épreuves, les interrogations sont trop grandes. Ainsi, lorsque la vie de famille est intense, cohérente et vivace, « *il y a de tous à chacun et de chacun à tous un continuel échange d'idées et de sentiments et comme une mutuelle assistance morale, qui fait que l'individu, au lieu d'être réduit à ses seules forces, participe à l'énergie collective et vient y reconforter la sienne quand elle est à bout* »<sup>24</sup>. L'intégration sociale aiderait donc l'individu à mieux supporter, non seulement, les difficultés de la vie au quotidien – dans le présent -, mais aussi celles liées à l'incertitude des lendemains. Car pour affronter l'existence, gérer les angoisses liées au caractère parfois imprévisible, insaisissable du futur, mieux vaut être entouré, soutenu et conseillé. Sans doute la famille, par les échanges et le commerce relationnel qui s'y opèrent, offre plus de réponses à l'individu. Dans cette perspective, on peut dire (en nous inspirant de M. Verret<sup>25</sup>) qu'elle est un véritable *lieu de contrôle* – et de régulation – *des incertitudes*.

La famille exerce aussi une fonction de *régulation* sur l'individu, qui pourrait, dans une certaine mesure, le tenir à l'écart de certains risques. On pourrait dire de la vie de famille

---

<sup>23</sup> E. Durkheim, *Suicide et natalité. Etude de statistique morale*, 1888, cité par M. Fournier, in *Emile Durkheim (1858-1917)*, Fayard, 2007, p. 141.

<sup>24</sup> E. Durkheim, *op. cit.*, p. 224.

<sup>25</sup> Cf. M. Verret, *La culture ouvrière*, L'Harmattan, Paris, 1988, 1996.

qu'elle a tendance à discipliner la vie des hommes, à régler ses conduites en l'incitant à davantage de tempérance et de modération. On a vu, à cet égard, que les personnes seules ont une consommation d'alcool et de tabac supérieure à celles qui vivent au sein d'une famille. Il est donc probable que la vie conjugale, familiale, et les responsabilités qui s'y rattachent aient tendance à freiner l'individu – effet dissuasif ? – dans ses prises de risques, qui impliquent bien plus que sa simple personne.<sup>26</sup>

On a aussi toutes les raisons de croire qu'un individu inscrit dans un projet familial sera plus à l'abri du problème de la mise en question du sens de son existence. Sans doute que la société domestique, la famille, dote les individus d'*une identité sociale consacrée*<sup>27</sup>, celle d'époux, de père ou de mère de famille, etc., qui leur procure aussi, tout simplement, des raisons de vivre, d'avancer, de se projeter, de construire, bref, de mettre du sens dans un futur qui n'implique pas que leur propre personne...

A lui seul, l'individu n'est certainement pas une fin suffisante pour son activité. Il est un *animal social* qui doit se nourrir de solidarités multiples pour que son être individuel ne dépérisse pas. Lorsque ce besoin quasi vital de vivre en groupe, d'être rattaché à une société (comme la famille), peine à se concrétiser, à se matérialiser, il devient un être plus fragile, sans force, en perte de sens. Moins durable, il se retrouve étroitement limité dans le temps.

---

<sup>26</sup> Concernant l'état d'anomie, le manque de stabilité affective – équilibre – que peut entraîner le manque de régulation, on peut se référer à notre paragraphe sur le *suicide* dans notre section consacrée à la « *mortalité différentielle selon le sexe* »...

<sup>27</sup> Cf. P. Bourdieu, *Méditations Pascaliennes*, Ed. du Seuil, 1997, p. 345.

## **CHAPITRE V**

# **L'inégalité face aux soins**



Les sections et les chapitres que nous avons choisi de développer dans les pages précédentes renferment, à nos yeux, les thématiques les plus indispensables, les plus urgentes, mais aussi les plus utiles à la compréhension du problème de l'inégalité sociale devant la mort en France. L'incidence que peuvent avoir les conditions de travail, les modes de vie et les pratiques, l'habitat, ou encore le genre, etc. (sans oublier les *ressources sociales et affectives, le degré d'intégration...*), sur la mortalité différentielle permet, du point de vue du sociologue, d'avoir une vision moins confuse et sans doute plus *scientifique* des raisons sociales, des facteurs sociaux qui œuvrent au maintien – voire au renforcement – des inégalités de santé entre catégories sociales.

Cependant nous croyons nécessaire de prendre en considération un dernier élément qui, par le lien étroit qui le relie aux autres, contribue largement à expliquer les inégalités face aux maladies et à la mort. Il s'agit du *recours inégal au système de soins*.

Les travaux menés sur la santé des plus pauvres révèlent d'abord que les personnes ayant les revenus les plus bas se perçoivent en moins bonne santé que le reste de la population : 8 % d'entre eux déclarent que leur santé est « mauvaise » ou « très mauvaise » contre seulement 4 % du reste de la population<sup>1</sup>.

Pour autant cette appréciation négative, qui est révélatrice d'un sentiment – certainement fondé – de mal-être physique et psychique, d'une dépréciation de soi-même, de son état et de son propre corps, n'entraîne pas, dans ces milieux, une plus forte consommation médicale. Les individus aux revenus les plus faibles sont ainsi plus nombreux à ne pas avoir consulté de médecin généraliste au cours de l'année précédente. C'est notamment le cas de 21 % des moins de 50 ans contre 17 % pour le reste de la population du même âge. Mais si les écarts sont relativement réduits concernant la consultation de médecins généralistes, la différence est bien plus visible dans la consultation de médecins spécialistes, puisque 53 % des individus de moins de 50 ans ayant de faibles revenus n'ont pas consulté la médecine spécialisée au cours de l'année précédente contre seulement 40 % du reste de la population.<sup>2</sup> Les catégories sociales « inférieures » disposant généralement d'un capital économique restreint, on comprend qu'à âge et sexe comparables, un cadre ou assimilé consulte deux fois plus un spécialiste qu'un ouvrier non qualifié. Cela n'indique pas seulement, chez les premiers, un souci supérieur de son état de santé, même si la dimension culturelle joue ici un rôle indéniable, voire même primordial. Cet aspect ne sera bien sûr pas négligé. Comprendons néanmoins que ce recours différencié, selon l'appartenance sociale, à la médecine spécialisée, demeure le produit de contraintes financières qui freinent les individus dans le parcours de soins, qui les obligent aux choix les moins coûteux ; et parfois les solutions les moins chères sont aussi les plus simples : c'est l'absence de soins, le *renoncement*. Nous en verrons quelques illustrations...

Notons également que les personnes les plus pauvres fréquentent davantage les hôpitaux, notamment les urgences. Ainsi, 19 % de celles de 50 ans et plus ont été hospitalisées au moins une fois (au moins une nuit ou un jour, à l'hôpital ou à domicile) au cours de l'année précédente contre 16 % du reste de la population du même âge.<sup>3</sup> Les catégories les plus fréquemment hospitalisées sont les ouvriers et les employés, tandis que les cadres le sont le moins souvent.

---

<sup>1</sup> T. de Saint Pol, « *La santé des plus pauvres* », Insee première N° 1161, Insee, Paris, octobre 2007.

<sup>2</sup> *Ibid.*

<sup>3</sup> *Ibid.*

Nous verrons une interprétation plausible de ce recours différencié aux soins hospitaliers qui, à priori, trouve ses raisons dans ce qui oppose, en matière de culture de la prévention, conduites des membres des catégories « moyennes-supérieures » et conduites des membres des classes populaires.

Parmi les inégalités d'accès à la prévention et aux soins, on distingue traditionnellement trois facteurs explicatifs :

- Les déterminants *économiques* (ce qui rejoint la capacité à payer, à avancer l'argent lorsque nécessaire...)
- Les déterminants *géographiques* (distance du service prestataire de soins, « déserts médicaux »...)
- Les déterminants *culturels* (connaissance des droits sociaux et des services, capacité de communiquer avec les personnels de santé et rapport au corps et à la maladie...)

## **1 - Les déterminants économiques : *d'abord une question d'argent...***

Souvent présenté comme un des meilleurs et un des plus efficaces au monde, le système de santé français jouit d'une renommée qui, au regard des faits, n'est pas toujours en concordance avec ce que la réalité laisse à observer. Il semble que l'illusion des mêmes soins pour tous a tendance à masquer le fonctionnement à plusieurs vitesses d'un système qui offre et qui garantit d'abord une prise en charge de qualité aux individus qui peuvent payer. Les inégalités de recours aux soins s'expliquent donc, dans un premier temps, par le coût monétaire engendré par ceux-ci.

L'extension de la couverture maladie de base (Sécurité sociale) à la majeure partie de la population a certes pu donner l'impression de la disparition progressive des inégalités d'ordre économique. Toutefois on a rapidement constaté les effets inégalitaires de l'augmentation des sommes restant à la charge des ménages (particulièrement pour les soins ambulatoires sous la forme de tickets modérateurs croissants, de dépassement d'honoraires en « secteur 2 » ou de déremboursements pharmaceutiques).<sup>4</sup> Des dispositifs correctifs, reposant sur un renforcement de l'accueil des plus défavorisés dans les hôpitaux, afin de « corriger » l'accès inégalitaire aux soins, furent mis en place après 1998.

Puis sera instituée, en 2000, la Couverture maladie universelle (CMU), qui jusqu'à maintenant assure un accès gratuit aux soins pour toutes les personnes dont le revenu est inférieur à un certain seuil.<sup>5</sup> Bien que cette mesure sociale, on en conviendra, permette aux plus démunis d'épargner un surcroît de dépenses dans un budget déjà entamé de toute part par le coût de la vie quotidienne, la réalité a plutôt tendance à déconstruire le mythe de l'entière gratuité des soins car elle révèle que l'instauration de la CMU conserve une action somme toute limitée sur les inégalités d'accès à la prévention et aux soins. Les raisons sont de plusieurs ordres.

Il faut d'abord prendre en considération le fait que pour le patient, être obligé de payer de sa poche l'avance du coût des actes médicaux et des médicaments avant de pouvoir se les faire

---

<sup>4</sup> Cf. « *L'état des inégalités en France 2009* », *op. cit.*, p. 246 (art. portant sur « *la redécouverte des inégalités sociales en matière de santé* »).

<sup>5</sup> Pour bénéficier de la CMU il faut disposer d'un revenu inférieur à 606 euros par mois (pour une personne seule). 4,5 millions de personnes, dont une plus forte majorité de jeunes et de femmes que dans le reste de la population (place des familles monoparentales), bénéficient aujourd'hui de la CMU (*Ibid.*).

rembourser par l'assurance maladie, tout comme le maintien d'un ticket modérateur<sup>6</sup> (à l'exception des bénéficiaires de la CMU Complémentaire et pour certains types de soins ou d'affection de longue durée), peut dissuader certains malades d'entamer une démarche de soins. D'autant qu'on enregistrerait, suite à la mise en place de la CMU, certaines pratiques discriminatoires de la part de médecins spécialistes qui refusent de soigner certains bénéficiaires de cette couverture maladie, pour des questions d'honoraires...<sup>7</sup>

Un autre problème se pose également : la question de l'accès aux soins pour les populations dont les revenus sont justes supérieurs au seuil CMU. Ces hommes et ses femmes qui, en somme, sont *trop riches* pour bénéficier de ce type d'aide mais qui, se contentant généralement d'un SMIC, sont *trop pauvres* pour être en mesure de s'offrir une complémentaire santé. La possession d'une assurance complémentaire demeure donc inégalement répartie, puisqu'en 2008, 19 % des ménages les plus modestes ne sont pas couverts par une complémentaire santé contre 4 % des plus aisés.<sup>8</sup> Ces chiffres reflètent bien le syndrome du *travailleur pauvre*, ces personnes précaires, exerçant des emplois peu qualifiés, mais encore insérées. Elles travaillent, ont un petit revenu, un logis, des liens sociaux pas encore délités, sont encore intégrées et retenues par les filets de la société qui garantissent un minimum de sécurité et de protection sociale, mais il leur est de plus en plus compliqué d'avoir recours à la médecine, notamment spécialisée, lorsque c'est nécessaire.

Les difficultés pour participer à l'avance des frais médicaux, les refus de CMU – dans certains cas - et l'impossibilité de se payer une mutuelle complémentaire obligent parfois les populations les plus modestes à négliger leur état de santé, simplement parce qu'ils renoncent – pour des raisons financières - à se soigner *avant* (prévention), *pendant* (soins) et après la *maladie* (suivi). En 2004, après qu'aient été mises en place la CMU et la CMUC, 13 % des personnes ont déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. Quant à celles qui n'étaient pas couvertes par une assurance maladie complémentaire, la proportion s'élevait à 28 %.<sup>9</sup> L'Irdes (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) constate de son côté un renoncement croissant, depuis plusieurs années, à l'accès aux soins dans certains secteurs (lunetterie, dentisterie, biens médicaux et soins ambulatoires pour

---

<sup>6</sup> Part du coût qui reste au patient.

<sup>7</sup> Cf. Observatoire des inégalités, « *l'inégal accès à la complémentaire santé* », art. du 25/12/2008 (site officiel, internet)

<sup>8</sup> *Ibid.*

<sup>9</sup> Cf. C. Allonier, T. Debrand, V. Lucas-Gabrielli, A. Pierre, « *Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles* », Questions d'économie de la santé, n° 117, Irds, Paris, janvier 2007.

dépassement d'honoraires). Alors que le taux de renoncement aux soins avoisine les 25 % pour les personnes dont le revenu mensuel est inférieur à 500 euros, il n'est que de 15 % pour celles dont le revenu est supérieur à 1000 euros<sup>10</sup> (d'où report sur les urgences pour les personnes qui sont dans l'incapacité de payer la part qui est à leur charge...).

Mais bien souvent, quelques exemples valent mieux que de longues démonstrations chiffrées<sup>11</sup>. Pour rendre plus parlants ces données, arrêtons nous donc sur quelques cas concrets de patients parfois trop pauvres pour se soigner.<sup>12</sup>

« M. A., 39 ans, est suivi pour un *cancer du poumon* opéré en 2006. Il a une paupière tombante postopératoire qu'il faudrait opérer. Il a la CMUC, il gagne donc moins de 621 euros par mois. Le chirurgien ophtalmo qui le voit ne « *prend pas la CMU* ». M. A. paye donc 80 euros la consultation. Il renonce à la prise en charge de ce problème pourtant bien invalidant. »

« Mlle T. a une *perforation du tympan*, elle travaille, au smic. Le médecin l'a adressée à un ORL, qui l'a envoyée à un confrère qui a reconstruit son tympan en juillet 2007. Elle a payé un dépassement d'honoraires de 700 euros pour le chirurgien et de 300 euros pour l'anesthésiste. Depuis, elle a dû revoir deux fois le chirurgien, car son oreille coule et est douloureuse. Chaque consultation lui a coûté 80 euros. Elle vient revoir le médecin car elle a très mal et ne peut plus retourner voir le chirurgien : elle n'a plus d'argent... »

« M. H., 49 ans, a longtemps vécu dans la rue : il s'en est sorti, travaille et à un logement. Il a un antécédent de tuberculose. Il vient consulter car il tousse depuis des semaines et il maigrit. Le médecin lui demande de faire une radio pulmonaire. Plusieurs semaines ont passées. Il tousse toujours, mais il n'a pas fait sa radio : il n'a pas pour le moment l'argent pour la radio (environ 30 euros) ni pour le ticket modérateur de la radio (10 euros). Il la fera plus tard. »

---

<sup>10</sup> « *Questions d'économie de la santé* », Irds n° 100, novembre 2005.

<sup>11</sup> Comme disait M. Mauss, parfois, « *l'analyse d'un cas défini peut, mieux que des observations accumulées (...), suffire à prouver une loi d'une extrême généralité.* » (cf. M. Mauss, *Sociologie et anthropologie*, P.U.F., 1950, 8<sup>ème</sup> édition Quadrige, 1999, p. 475)

<sup>12</sup> Les cas que nous allons évoquer sont extraits d'un court document, intitulé « *Histoires de consultations* », rédigé par M. Denantes et M. Chevillard, qui exercent la médecine générale sur les hauteurs de Belleville (Paris, 20<sup>ème</sup> arr.), en plein quartier populaire. Ce rapport en dit long sur les difficultés d'accès aux soins que rencontrent un nombre croissant de patients. Malades chroniques qui renoncent à des examens supplémentaires, patients qui ne peuvent payer leurs consultations, hommes et femmes pour qui chaque euro compte. Bien que ce ne soit pas légal pour les généralistes, les deux médecins appliquent souvent le tiers payant à ces patients, pour qu'ils n'aient pas à rembourser l'assurance-maladie sur une consultation de 22 euros (moins 1 euro de forfait). Malgré cela, certains malades n'arrivent même pas à payer les 6,60 euros restants. Les deux généralistes font donc régulièrement des consultations gratuites... (Pour en savoir plus : v. *Le Monde*, 23/04/2009).

« M. G., 66 ans, vit avec le minimum vieillesse (633, 12 euros fin 2008). Il n'a donc pas droit à la CMUC. Le médecin le connaît depuis longtemps, une assistante sociale lui demande s'il peut recevoir M. G. car ce dernier ne peut pas payer les 22 euros de la consultation et à besoin en urgence d'un certificat médical pour une demande de foyer de résidence. En consultation, il apparaît amaigri, fatigué, le médecin aimerait qu'il fasse un bilan sanguin en urgence : il ne peut pas payer le ticket modérateur de ce bilan. »

Mme T., 64 ans, diabétique de découverte récente, suivie par un interne stagiaire. Le médecin et son stagiaire ont peiné à obtenir les premiers examens biologiques nécessaires au diagnostic de diabète, mais, à peine la prise en charge en affection de longue durée (ALD, remboursée à 100 %) a-t-elle été obtenue que la patiente suit parfaitement son traitement. Elle a été mise sous insuline. Elle surveille bien sa glycémie, l'équilibre diabétique est satisfaisant, les rendez-vous organisés et honorés. Devant une hypothyroïdie, une imagerie et un bilan biologique avec dosage des anticorps sont demandés, hors protocole ALD. Melle T. ne fait pas les examens sans donner au médecin des explications ! Une consultation attentive sur ce problème, après plusieurs mois de prise en charge dans la confiance et l'observance, a permis au médecin de comprendre : la patiente n'a pas de mutuelle, son budget est serré, elle ne peut financer le ticket modérateur des examens demandés. »

« M. C., 55 ans, est bénéficiaire de la CMUC depuis peu de temps. Il raconte avec beaucoup d'émotions comment, devant une salle d'attente pleine de monde, il a été renvoyé d'un cabinet de radiologie lorsqu'il a tendu au secrétariat son attestation CMUC. Le médecin, attentif au problème de son patient, lui propose de signaler ce dysfonctionnement à l'ordre des médecins et à l'assurance-maladie. Il refuse immédiatement en rétorquant qu'il craint que cela n'aboutisse à un retrait de sa CMUC. Aucun argument ne vient à bout de sa crainte, il regrette même de s'être confessé sur cet épisode. »

## 2 - Les déterminants géographiques : le problème des « déserts médicaux »

Tout malade aura plus de facilités pour se soigner, bénéficiera d'un meilleur suivi – plus régulier – de sa pathologie s'il vit à proximité des équipements et des services médicaux<sup>13</sup>. Ceci est vrai non seulement du point de vue de la démarche curative mais également du point de vue de la démarche préventive en matière de santé (visites de contrôle chez les généralistes ou les spécialistes, structures spécialisées, dépistages, etc....). Car on imagine bien que la distance géographique qui sépare certaines franges de la population du monde médical n'incite pas toujours, par manque de commodité, les individus à recourir – lorsque nécessaire - à la consommation médicale.

### *Les zones sous-médicalisées*

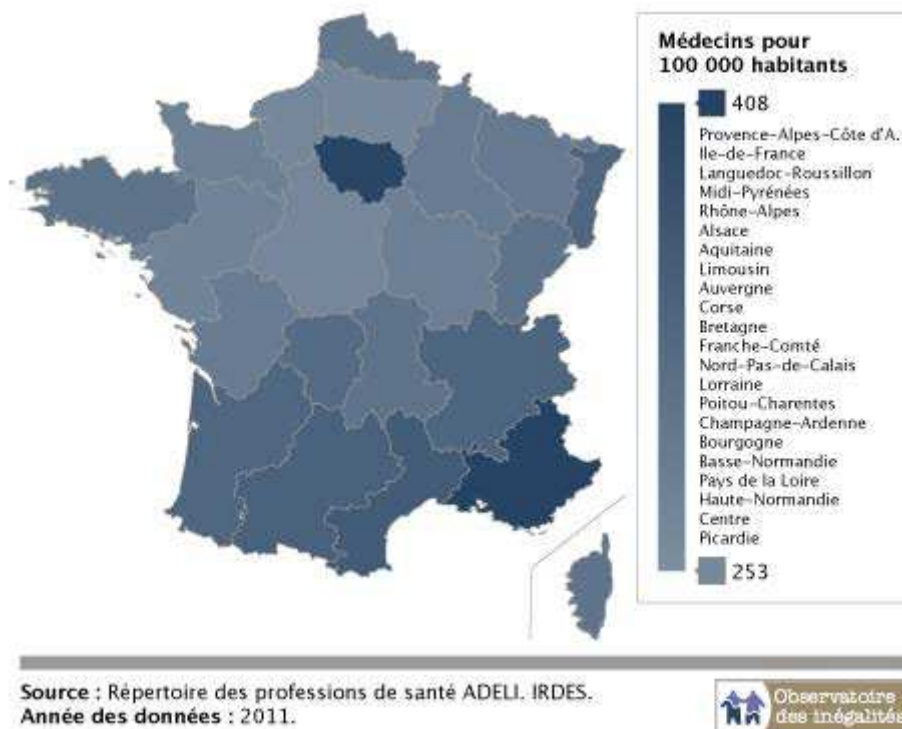
Les zones *sous-médicalisées* – appelées aussi « déserts médicaux » - reflètent bien le problème de la répartition géographique inégale des équipements et des services médicaux dans notre pays. Ces portions de territoire plus ou moins abandonnées par le monde de la santé se reconnaissent par une densité médicale qui demeure inférieure de 30 % à la moyenne nationale ; en outre, l'activité des médecins qui y exercent est supérieure de 30 % à celle de leurs confrères hors zone. Prenons le temps de donner quelques chiffres.

En France, les zones sous-médicalisées regroupent 4 % de la population (2 566 000 habitants), 12 % des communes (4 422) et 3 % des médecins généralistes (1 571). Selon les projections de la *DREES* (Direction de la recherche, des études et des statistiques), basées sur l'hypothèse d'un *numerus clausus* à 7 000 places dès 2006, le nombre de médecins en exercice devrait passer de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025. Si l'on tient compte de l'accroissement de la population, la densité médicale passerait ainsi de 335 *médecins pour 100 000 habitants en 2002* à 283 *en 2025*.

---

<sup>13</sup> Nous précisons bien *faciliter* dans la démarche de soins (curatifs comme préventifs), tant le revenu et le niveau d'instruction (à considérer) apparaissent déterminants dans l'inégal recours aux soins. Il ne suffit pas, de toute évidence, d'avoir des services médicaux à proximité pour *pouvoir* et *savoir* les solliciter...





Les premières zones touchées par le déficit en offre de soins sont le milieu rural, la banlieue et les petites villes. Ces zones subissent les conséquences d'une implantation de médecins généralistes, de spécialistes et d'équipements totalement déséquilibrée sur le territoire ; les grandes villes et notamment leur centre, à l'inverse, demeurent des zones – en plus d'être accessibles – fortement excédentaires à ce niveau là.

A l'instar des banlieues, les zones sous-médicalisées sont donc avant tout des zones défavorisées et les premières victimes de la désertification médicale sont des populations déjà fragilisées. C'est pourquoi la question des inégalités territoriales – géographiques - d'accès aux soins rejoint, ou mieux, se conjugue avec celle des inégalités sociales car les classes les moins aisées, prises à la gorge par le coût du foncier, n'ont d'autres alternatives que de s'éloigner des zones urbaines, et du même coup des professionnels de santé. Les inégalités face au logement, dont les fondements se résument à une simple équation financière – *on se loge où on peut* – et dont les répercussions plus ou moins graves sur l'état de santé et la mortalité des plus mal logés sont avérées, viennent ainsi jouer un rôle déterminant dans les inégalités géographiques d'accès aux soins.

En plus de la distance du service prestataire de soins, qui peut pousser les populations les plus marginalisées du monde médical au renoncement (il faut évidemment tenir compte de l'*accessibilité* et donc s'interroger sur les moyens dont disposent les gens pour se rendre à

l'hôpital. Nous sommes sortis des « trente glorieuses », époque où les choses étaient moins compliquées : les transports en commun se développaient et tout le monde s'équipait en voiture. Avec la crise et un prix élevé de l'essence ou du train, ce fonctionnement montre ses limites.), se pose aussi le problème de ces zones sous dotées en médecins, petites villes ou campagnes, qui offrent des services limités en termes de soins. Dans certaines régions, pourtant très densément peuplées, comme au cœur du bassin minier du Pas-de-Calais, le nombre de médecins est largement inférieur à la moyenne nationale.<sup>14</sup> Dans les départements qui concentrent difficultés socio-économiques et pathologies lourdes, le personnel médical a du mal à se renouveler ; ces secteurs n'attirent pas les professionnels de santé – notamment les jeunes médecins – car dans ces zones *populaires* la médecine souffre bien souvent d'une réputation de « médecine sociale », assimilée à un travail répétitif, peu gratifiant, et qui tend à se pratiquer de manière isolée.

La question de la répartition géographique inégale des services et des équipements médicaux en soulève une autre, qui exprime assez clairement un paradoxe, une loi sociale en matière d'accès aux soins, qui veut que l'offre médicale décroisse à mesure que les besoins des individus et des groupes sociaux augmentent et qu'au contraire elle grandisse alors que les besoins des populations les moins vulnérables (classes « moyennes-supérieures ») diminuent. Ce déséquilibre entre l'offre médicale et les besoins, en termes de soins et de prévention, des populations les plus fragiles montre bien que la concentration médicale n'est pas toujours là où les populations en ont le plus besoin. Sans compter qu'à ces inégalités territoriales se rajoutent, la plupart du temps, des obstacles sociaux et culturels au parcours de soins qui ne facilitent en rien l'instauration d'une relation étroite et de proximité entre le monde de la médecine et certains milieux sociaux.

---

<sup>14</sup> Cf. art. in *Le Monde*, 22/01/2006.

### 3 - Les déterminants culturels

Interpréter les inégalités sociales d'accès aux soins en tenant compte du *revenu* peut être une étape dans un effort de lecture et de décodage des différences de consommation médicale entre classes. Mais nous allons montrer l'insuffisance – du point de vue de l'interprétation – qu'il y aurait à réduire la question de l'inégal recours au système de soins à une simple question d'argent. Conduisant les populations à faibles revenus sur la voie risquée du renoncement aux soins (coût de l'acte médical et distance géographique du service prestataire de soins), la pauvreté n'explique pas, pour autant, à elle seule les disparités sociales de recours à l'acte médical, ainsi que les conséquences plus générales qui peuvent en découler en termes de mortalité différentielle. Il est donc, pour nous, nécessaire de compléter cette approche économique en faisant apparaître toutes les dimensions sociales et culturelles de la question de l'accès aux soins.

Sans aller jusqu'à dire que l'instauration de la CMU n'a eu aucun effet sur la réduction des inégalités face aux soins, on peut toutefois s'interroger sur l'efficacité réelle de cette mesure, qui reste avant tout un dispositif exclusivement financier. La question des obstacles sociaux et culturels paraît ignorée de la réforme.<sup>15</sup> Pourtant si la question de l'inégal recours au système de santé a une dimension financière, elle a aussi des dimensions sociales et culturelles. En effet l'usage – préventif/curatif - que l'on fait de ce système, la manière dont on le sollicite et la relation que l'on construit avec ce savoir médical reste profondément marqué par des *effets de culture*. On peut soupçonner, indépendamment du facteur revenu, une influence de la situation sociale et donc du type de métier exercé sur les modes de consommation médicale, influence qui encouragerait, et même déterminerait tout un ensemble de postures, de représentations et de positionnement vis-à-vis du monde de la médecine. Nous soulevons là tout un domaine d'étude que nous avons déjà scruté et dégrossi dans nos analyses portant sur la *santé au travail* et qu'il nous faudra encore « fouiller » ici : celui du rapport au corps, à la douleur et à la maladie, rapport très subjectif, marqué socialement et résultant principalement d'une division du travail qui oppose aujourd'hui encore le travail physique au travail

---

<sup>15</sup> Quant aux politiques publiques, qui tentaient de tenir compte de cette dimension sociale dans l'accès aux soins (permanence d'accès dans les hôpitaux, plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins), elles n'étaient pas forcément bien articulées avec la CMU.

intellectuel - de conception -, et qui tend ainsi à produire des différences sociales en matière de consommation de services et de biens médicaux.

L'étude de la *mortalité différentielle selon le sexe* nous a déjà conduits à considérer les différences qui opposent hommes et femmes en termes de recours aux soins (et l'impact que ces différences, cumulées à d'autres facteurs, peuvent avoir sur l'espérance de vie). Un chapitre voué à ces questions nous a permis de prendre acte de la plus forte *médicalisation* du sexe féminin, qui trouve en partie ses fondements dans des facteurs d'ordre socioculturels. Les analyses que nous avons menées, en plus de fournir un schéma explicatif à ce recours différencié selon le sexe, nous ont également permis de défricher le terrain à propos des effets de culture, et notamment de *culture du corps*, qui participent à la construction d'un rapport au monde médical différencié dans les conduites des membres des classes « supérieures » (qui peuvent se distinguer par leur niveau d'instruction, d'éducation à la santé...) et des membres des classes populaires (plus pauvres et moins diplômés). Car les oppositions, certes tangibles, que l'on retrouve entre hommes et femmes sont d'autant plus prégnantes que le recours moins systématique de ces derniers aux actes médicaux sont d'abord le fait de *mâles* du bas de l'échelle sociale, prisonniers d'un rapport au corps et d'une relation à la douleur et aux symptômes qui, de tout évidence, les installe dans une sorte d'éloignement, c'est-à-dire de distance sociale et culturelle aux « choses » de la médecine.

La relation qu'un individu noue avec son propre corps va donc avoir des conséquences directes sur celle qu'il sera amené à construire, toute sa vie durant, avec le monde médical, ses acteurs et ses services. Cette relation à soi et à l'ensemble de ses attributs physiques (corporéité...), aussi intime et individuelle soit-elle, possède pourtant elle aussi des caractéristiques sociales qui font du rapport au corps un rapport déterminé historiquement, socialement, et culturellement : en partie, par des conditions d'existence spécifiques, par la place que les individus occupent dans des rapports de production qui, maintenant l'opposition classique entre travailleurs manuels et travailleurs intellectuels, entre agents d'exécution et agents de conception, favorisent chez les uns et chez les autres une relation au corps, une manière de se le représenter et d'en faire usage fortement différenciée. C'est parce que le corps est d'abord une *construction sociale*<sup>16</sup> et que le rapport entretenu avec celui-ci n'est rien d'autre que l'effet d'une élaboration sociale et culturelle que les différentes classes sociales ne sont pas dans un rapport identique à leur corporéité propre. Alors que l'ouvrier – ou le

---

<sup>16</sup> Cf. C. Detrez, *op. cit.*

travailleur manuel – s’inscrira davantage dans un rapport instrumental à son propre corps, qui reste d’abord un outil de travail, les travailleurs dont l’activité principale réside dans un travail qui ne répond pas de tâches physiques seront plus, eux, dans un rapport précautionneux et prudent à leur corps et à leur état de santé en général. A mesure que décroît l’engagement physique dans le procès de production, rappelle Boltanski, l’attention portée au corps et soins augmente. Inversement, les effets de culture du corps – virilité, force, résistance...- que l’on retrouve, par exemple, dans les catégories ouvrières, et qui restent le produit d’un travail qui réclame un engagement sans concessions du corps dans la production, tendent à instaurer (ou plutôt à aggraver) une distance sociale entre les agents d’exécutions et le système de santé qui est déjà fortement marquée par des inégalités de revenus et de territoires.

Le *corps-outil*, pour ainsi dire, du manuel, ne peut être défaillant, faible, malade. Si tel est le cas, l’entrave à l’activité professionnelle peut être vécue comme un véritable drame social. On répugne, chez ces catégories de travailleurs, à se mettre en arrêt de travail (ce qui est souvent une source de fierté d’ailleurs), d’abord parce que les faiblesses passagères, l’attention portée aux signaux que peut envoyer un corps fatigué, douloureux, sont mal perçues par le groupe et les collègues, dont l’identité professionnelle est largement construite sur le culte de la virilité<sup>17</sup>. Ne pas s’y soustraire ou s’y conformer, c’est être différent, exclu et par suite marginalisé du groupe. Mais il faut aller au-delà de cette explication.

Dans ces milieux, le fait de s’arrêter pour des raisons médicales signifie également l’interruption brutale du temps et d’une existence centrée, bien souvent, exclusivement sur le travail – donc sur le présent - et qui a laissé aux individus trop peu d’espace, de temps et d’énergie pour se construire en dehors, d’un point de vue extra-professionnel, pour élaborer des projets futurs, pour introduire du sens dans une vie qui, bien souvent, n’a de sens que par le travail. Privé de son principal instrument de travail, d’un corps qui finit morcelé de toute part par les exigences du travail intensif et rébarbatif ou qui se retrouve brutalement, violemment mutilé par quelque accident de travail, l’ouvrier devient alors un être sans forces, tant au physique qu’au mental. *Quand le corps s’arrête, tout s’arrête*. Quand cette machine anatomique à produire, à soulever, à suer, qu’est le corps-outil, est grippée, c’est toute la machine humaine, sociale, constitutive de l’être tout entier – total, anthropologique - qui s’ébranle. C’est pour ces raisons, d’après nous (nous rejoignons d’ailleurs complètement Boltanski à ce sujet – cf. *usages sociaux du corps...*) –, que les classes populaires, et

---

<sup>17</sup> Cf. notre chap. sur la condition ouvrière au travail...

particulièrement les travailleurs manuels d'exécution, répugnent à être malades, à se sentir faibles physiquement, marquent une distance avec la médecine en retardant l'échéance des soins et, qui plus est, ne disposent pas des possibilités culturellement acquises d'envisager et d'inscrire la maladie dans une temporalité, démarche qui est au principe même de toute pratique de prévention.

### *Gestion & prévention du mal*

C'est chez les membres des classes « supérieures » (disposant d'une sûreté économique et d'un niveau d'instruction plus élevé) que le rapport - et la relation - que l'on noue avec la maladie aura plus tendance à se construire autour de la *prévention*. Dans ces milieux, les conditions économiques et sociales d'existence, ainsi qu'un degré généralement plus élevé d'éducation à la santé, permettent aux individus d'anticiper les choses, les événements (comme la maladie) et de les inscrire dans la durée. Dans les couches populaires, en revanche, où l'attention portée au corps - à qui on demande avant toute chose de fonctionner comme instrument de travail -, où le souci de soi, de sa santé, sont des notions perçues comme n'étant pas forcément impératives, la manifestation de la maladie se fera d'une façon plus soudaine et brutale parce qu'on n'en a pas identifié les signes avant-coureur ou qu'on s'est refusé à les percevoir et sera envisagée, ainsi, sur le modèle de l'accident imprévisible et inattendu, répondant d'un quelconque hasard, voire même du *destin*. Que l'on prenne soin de soi ou pas, que l'on se soigne ou que l'on consulte à temps, bref, rien n'y changera, on finira bien par tomber malade un jour...

Penser en termes de rapport de cause à effet, ce qui exclu la part du hasard dans l'émergence de la pathologie pour laisser place à des raisonnements plus centrés sur la façon dont celle-ci se construit, sur les causes sociales qui peuvent agir sur son développement, reste une façon de raisonner plus ancrée dans les structures mentales des membres des classes « supérieures ». Ces derniers, prêtant une attention particulière à leur corps et disposant d'une perception fine et précise des messages qu'ils en reçoivent, n'établissent pas forcément une nette distinction entre l'état de santé et l'état de maladie ; ils ont, de ce fait, tendance à voir en elle une sorte de dégradation longue et insidieuse de la santé plutôt qu'un incident totalement inopiné : la maladie a pour eux une histoire, un début souvent invisible, une évolution, une

fin, des suites. Elle s'inscrit dans le temps<sup>18</sup>. Par les conduites préventives qu'elles mettent en place (allant de la consultation médicale *en amont*, jusqu'aux modes de vie, aux pratiques, etc...), les classes « supérieures » – et à plus forte raison les fractions les plus diplômées – se retrouvent, face à la maladie, dans une relation moins subie, car plus basée sur l'anticipation et la prévision, ce qui leur permet d'être davantage *acteurs* face à elle. Nous suivons complètement L. Boltanski dans ses analyses lorsqu'il affirme que les membres des classes « supérieures » adoptent à l'égard de la maladie une attitude de prévision. En plus de chercher, dans le présent, les signes avant-coureurs de maladies qui ne se sont pas encore manifestées brutalement, ils ont tendance, aussi, à se soumettre à un certain nombre de règles qui visent à les préserver de l'atteinte de la maladie.<sup>19</sup> D'où une importance accordée aux actes médicaux préventifs qui croît à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale, dans la hiérarchie des revenus et des diplômes<sup>20</sup>.

La maladie étant, pour les classes populaires, ce qui *interrompt le temps*, ce qui paralyse l'existence présente et future, une catastrophe économique et familiale sur laquelle on n'a pas de prise et que l'on n'ose envisager, on peut comprendre que les membres de ces classes marquent, vis-à-vis d'elle, une certaine distance - du point de vue de la connaissance et de l'action qu'on peut avoir sur elle : distance culturelle. Appréhendée avec une certaine dose de *fatalisme*, elle est tout sauf un évènement que l'on peut réinsérer à titre d'éventualité dans un plan de vie et que l'on peut aussi, pourquoi pas, maîtriser ou surmonter par la prévision à long terme. L'état de soumission dans lequel se trouvent les classes populaires face à la maladie semble avoir pour effet de diminuer, chez les individus, la part relative des actions qu'ils peuvent entreprendre pour contrecarrer son développement. Pensant n'avoir aucune prise sur elle (sur son émergence et son développement), pensant qu'elle relève de la malchance, de quelconque hasard (nature...), et non de forces sociales sur lesquelles on peut agir, notamment en termes de prévention, on s'occupe d'elle seulement quand elle arrive, en remplissant les salles d'attentes des urgences hospitalières. Faute de consulter à temps les médecins généralistes ou les spécialistes, lorsque le mal est encore bénin, faute d'avoir été en mesure d'identifier clairement certains signaux d'alerte (douleurs) nécessitant l'avis et l'intervention d'un professionnel de santé, les membres des catégories populaires se

---

<sup>18</sup> L. Boltanski, « *Les usages sociaux du corps* », *op. cit.*

<sup>19</sup> *Ibid.*

<sup>20</sup> Cela est visible à travers certains indicateurs relatifs à l'usage inégal qu'il est fait de la médecine préventive : présentation régulière du nourrisson aux médecins, tenue d'un carnet de santé pour les enfants, consultations de spécialistes, tests, dépistages, visites de contrôle – ex. du dentiste, des analyses de sang, etc. Cf. T. De Saint Pol, *op. cit.*

retrouvent plus souvent que les autres contraints d'être hospitalisés pour faire face à des pathologies qui se seront aggravées au fil du temps. A contrario, les catégories sociales supérieures se dirigent plus tôt, plus vite, vers la médecine de ville (surtout spécialisée) et, prenant en charge leurs problèmes de santé plus en amont, ces catégories empruntent, moins fréquemment que les autres, la route de l'hôpital.



#### ***4 - La notion de distance***

L'accès aux soins des catégories du bas de l'échelle sociale est donc rendu difficile par des obstacles tenant à la fois de contraintes économiques, géographiques et culturelles. Ces obstacles aux parcours de soins – et qui, inversement, sont autant d'avantages pour les populations les moins démunies *économiquement et culturellement* parlant : argent pour payer, proximité géographique et sociale, culturelle avec l'univers médical, rapport au corps et à la maladie plus orienté autour de la prévention, etc. – n'agissent pas indépendamment les uns des autres. Conjuguant leurs actions, ces contraintes, par leur caractère cumulatif, ne font que renforcer l'éloignement qui existe entre les membres des classes populaires et le monde médical. Des problèmes d'argent, en effet, qui conduisent parfois certains individus à renoncer à des soins pourtant indispensables, contraignent également ces mêmes individus à se loger là où ils peuvent, c'est-à-dire loin de la concentration médicale que l'on retrouve dans les grandes villes, pour se retrouver en banlieue, dans les zones sous-médicalisées. De même les populations aux revenus modestes, qui peinent déjà à se payer une offre médicale à hauteur de leurs besoins et qui peuplent les déserts médicaux, sont aussi celles dont le degré d'instruction, notamment sur les questions de santé (information), ne leur permet pas d'entretenir une relation de proximité avec la médecine, proximité rendue d'autant plus improbable que le rapport au corps, à la douleur et à la maladie, dans ces milieux, obère généralement les mesures ou pratiques dites de précaution, d'anticipation (écoute de soi, de ses sensations morbides, etc.), bref, ces habitudes et règles de vie quotidiennes qui participent à l'établissement d'une culture de la prévention.

Disposant désormais de plus d'éléments pour interpréter les inégalités sociales d'accès aux soins, il nous semble utile et même nécessaire, en cette fin de chapitre, d'insister sur une notion qui résume d'après nous plutôt bien l'impasse dans laquelle se trouvent les classes populaires face à l'offre médicale : c'est la notion de *distance*. Une distance qui s'observe à tous les niveaux – économique, culturel, social, géographique - et qui éloigne, exclut ces catégories de population du monde de la médecine, de ses services et de ses professionnels. Cette distance, pourrait-on croire, n'est que le produit de contraintes financières ou de l'éloignement géographique ; mais ces explications, on l'a répété, s'avèrent insuffisantes, tant

l'usage que l'on fait du système de santé est marqué par des effets de culture. Nous profiterons d'ailleurs de ce rappel pour ajouter que par *distance culturelle*, il faut également entendre toutes les difficultés que peuvent rencontrer les couches sociales les moins instruites et diplômées – qui sont aussi, bien souvent, des populations à faibles revenus - pour se repérer correctement dans le parcours de soins (et parfois dans sa complexité !), pour l'utiliser au mieux (les relations aidant aussi à ce niveau là les plus favorisés : oncle chirurgien, ami médecin, pouvant conseiller ou renvoyer vers un spécialiste, etc.) et pour se débrouiller efficacement dans les démarches administratives. Cette mauvaise maîtrise du parcours soins, commençant aussi, tout simplement, par la méconnaissance des droits sociaux et des services, ne peut faire que retarder les prises en charges. Et toute pathologie qui n'est pas traitée à temps ne peut que s'aggraver...



**QUATRIEME PARTIE**

***SYNTHESE GENERALE***

## CHAPITRE PREMIER

# La mort : un phénomène social

*« Après avoir forcément un peu trop divisé et abstrait, il faut que les sociologues s'efforcent de recomposer le tout »*

M. Mauss<sup>1</sup>

Pour faciliter notre effort de synthèse, pour mettre davantage de cohérence, d'articulation et de lien entre les parties et les éléments d'interprétation que nous avons proposé, nous croyons bon de rappeler d'où nous sommes partis, quel a été le point de départ de notre réflexion et de nos interrogations. Sans doute pourrons nous, suite à cela, développer et proposer une réflexion plus approfondie, tenir un discours plus général et plus synthétique sur les questions qui nous préoccupent. Remontons donc le fil de notre raisonnement...

Ce qui nous a interpellé en premier lieu, au-delà des victoires spectaculaires qu'ont remporté les sociétés humaines sur la mort, dont l'échéance, particulièrement dans les pays « développés », ne cesse d'être repoussée, c'est le constat, froid et brutal, de l'inégalité sociale devant la mort, au sein même de notre société. D'aucuns diront que ces écarts de longévité, de l'ordre de 7 ans, par exemple, aux extrêmes de la hiérarchie socioprofessionnelle

---

<sup>1</sup> M. Mauss, *Sociologie et Anthropologie*, P.U.F., 1950, 8<sup>ème</sup> édition Quadrige, 1999, p. 276.

(entre cadres et ouvriers), ne signifient pas grand-chose, car ce qui importe, ce n'est pas tant de vivre longtemps, mais d'avoir une existence bien remplie, riche, peu importe la durée. Comme disait Pascal, *mieux vaut ajouter de la vie aux années que des années à la vie...*

Nous verrons cependant, plus loin, que l'adage pascalien n'a guère de sens pour les catégories les plus défavorisées du monde social, notamment pour les exécutants, les ouvriers, qui en plus d'avoir une vie plus courte, vivent de surcroît moins bien. Leur mortalité précoce, le peu d'années qu'ils ajoutent à la vie n'est donc en rien compensé, soulagé par une vie meilleure. Bien au contraire, car c'est finalement le cumul des années de vie en mauvaise santé, la somme des expériences invalidantes, usantes, nocives, aliénantes vécues et incorporées qui participent activement au processus de vieillissement accéléré, et donc à leur mort prématurée. Ils sont donc victimes d'une « *double peine* » : ils connaissent plus d'incapacités, de problèmes de santé au sein d'une vie plus courte. Nous verrons d'ailleurs dans quelles mesures les écarts d'espérance de vie en bonne santé, très marqués entre catégories sociales, constituent un indicateur hautement significatif des disparités sociales que l'on peut rencontrer en matière de santé et de longévité. Peut-être même plus que ceux que l'on obtient en prenant uniquement en compte l'espérance de vie calculée « simplement ».

Mais revenons à notre point départ, à notre fil conducteur : *la mort inégale...*

A la question de savoir si tous les hommes sont égaux devant la grande faucheuse, la réponse est claire : c'est non ! Ce constat, nous l'avons établi à partir de la statistique, grâce aux chiffres de la mortalité différentielle qui rendent compte de manière précise des disparités de mortalité qui jalonnent et structurent le monde social. Du reste, on peut d'ores et déjà, en veillant à ne point bousculer l'analyse, voir combien les chiffres de la mortalité différentielle, finalement, *éclaircent le vivant*. Ceux-ci se révèlent en effet être un *indicateur puissant* du maintien d'une société de classes, de la pérennité d'une organisation sociale, d'un système hiérarchique fondé sur des rapports de domination qui déterminent, en fonction de la position sociale occupée par les individus, des existences plus ou moins longues. C'est dans cette perspective que l'on peut prétendre que *l'inégalité devant la mort n'est que le produit des inégalités devant la vie*. Nous développerons plus loin cette considération en tentant d'en faire une lecture anthropologique...

Après avoir observé les différences de mortalité entre hommes et femmes, et après avoir tenté de montrer que l'explication de la vie plus longue de ces dernières est davantage à chercher dans des raisons d'ordre culturel - et non biologique -, nous avons étendu nos analyses au domaine des catégories sociales, en considérant la catégorie socioprofessionnelle. Aussi

avons-nous essayé d'expliquer, d'interpréter sociologiquement les raisons et la nature du différentiel de longévité entre catégories : comprendre, en définitive, pourquoi les catégories populaires, généralement moins qualifiées, moins instruites et plus pauvres (précarité sociale) – ouvriers, employés – sont sujettes à une mortalité précoce ; comprendre aussi, dans une perspective plus globale, pourquoi l'ordre professionnel qui préside à une mortalité plus ou moins prématurée correspond globalement à la hiérarchie socialement valorisée des professions dans notre société.

Nombreux sont les facteurs susceptibles d'avoir un impact sur la santé, et *in fine*, sur la durée de vie. Il est même illusoire, irréalisable, voire prétentieux de s'évertuer à inventorier tous les paramètres – sociologiques, psychologiques, environnementaux, familiaux, socio-historiques ou biographiques, médicaux, biologiques, etc. – qui, par leurs actions isolées ou conjuguées, façonnent l'individu, participent de la construction, ou, au contraire, de la dégradation progressive, parfois brutale, de sa santé. Nous nous sommes donc attachés, dans une perspective sociologique, à dégager des grandes tendances en matière de mortalité, à identifier les facteurs sociaux, les causes sociales pouvant rendre compte du problème de la mortalité différentielle, pouvant permettre de lever le voile sur la façon dont se construit l'inégalité devant la mort<sup>2</sup>. La statistique de la mortalité différentielle, certes, *éclaire le vivant*, mais c'est seulement en observant scrupuleusement la vie, *en s'intéressant aux hommes, à leurs pratiques et à leurs conditions d'existence*, que l'on peut mieux saisir la mort et son caractère – sa dimension – profondément inégalitaire. *Car celle-ci n'a peut être pas plus de secrets à nous révéler que la vie...*

Ainsi, nous avons vu dans quelles mesures le travail (conditions dans lesquelles il s'exerce), la précarité, l'inactivité, le chômage, le niveau de formation (obésité et niveau d'instruction, par exemple), les modes de vie, l'habitat, l'environnement, ou encore la situation familiale (*vie sociale*, soutien, intégration/régulation...) exerçaient des effets propres sur la longévité. Les individus et les groupes sociaux, on l'a vu, sont inégaux devant les risques de mortalité imputables à un ou plusieurs de ces facteurs ; il en ressort donc une inégalité sociale devant la maladie, au détriment des classes dominées. Les catégories sociales défavorisées, fragilisées par leurs conditions d'existence et pouvant difficilement se soustraire à nombre de facteurs de risque, sont donc davantage soumises à un ensemble de causes qui peuvent, à plus ou moins

---

<sup>2</sup> Sans pour autant *surévaluer* la part du social dans la détermination des états de santé. En effet, « *Il existe une imbrication entre les phénomènes biologiques et sociaux et il est le plus souvent nécessaire de penser en termes de causalité en chaîne pour expliquer les états de santé* » (cf. P. Adam, C. Herzlich, *op. cit.*, p. 43).

brève échéance, conduire à la pathologie. On peut donc parler, en ces termes, d'une inégalité sociale face à la morbidité (indiquant une plus grande vulnérabilité). Les conditions de travail sont plus nocives, plus risquées pour les salariés exécutants ; le chômage et l'inactivité, à l'origine de divers maux, restent une affaire de travailleurs pauvres et sous-qualifiés ; l'obésité - et toutes les complications qui en découlent - est une maladie sociale par excellence, symptomatique des classes populaires (sans parler des comportements à risques : addictions...); l'insalubrité, l'inconfort et l'étroitesse des logements ont également des répercussions sur l'état de santé des plus démunis, sans compter les risques liés au manque d'intégration et de régulation, à la perte de ressources sociales (et affectives...), de capital social, qui concernent aussi, pour bonne part, ces catégories de population.

Le constat de l'inégalité sociale devant la mort, une fois dressé, débouche aussi sur un phénomène assez paradoxal, même étonnant, qui rappelle un peu l'histoire du serpent qui se mord la queue. Voyons lequel.

Les catégories du bas de l'échelle sociale étant les plus fragilisées, les plus soumises aux risques de maladies et aux agents pathogènes, la logique voudrait que ce soit aussi elles qui bénéficient en premier lieu - urgences, besoins obligent ! - du système de soins. Plus malades, plus lourdement frappées par les pathologies les plus graves (cancers, maladies cardiovasculaires...), elles devraient donc davantage profiter de l'offre médicale...

Or il n'en est rien. Les groupes sociaux les plus vulnérables et les plus malades sont aussi les moins bien soignés ! Comme on l'a vu, les individus appartenant aux classes défavorisées, donc ceux qui auraient le plus besoin de recourir aux soins, sont ceux dont la propension à se soigner est la plus faible, pour des raisons à la fois *économiques*, *géographiques* et *socioculturelles*. Il y a donc un réel décalage entre l'offre médicale et les besoins en termes de soins, la distance avec le monde de la médecine, préventive ou curative, variant en raison inverse des besoins : *plus on est malade, plus il est difficile de se soigner, moins on est malade, plus cela paraît évident, accessible, nécessaire*. Ce paradoxe s'apparente quasiment à une forme de loi sociale, que l'on pourrait formuler ainsi : le monde social est fait, construit, structuré d'une telle façon que *l'on a d'autant plus facilement accès à ce dont on a le moins besoin, et inversement*. On pourrait dire, de façon triviale, que la boucle est bouclée, les uns cumulant les avantages, les autres cumulant les handicaps. Tout cela se payant, au bout du compte, en termes de vie et de mort...



Loin d'atténuer les inégalités sociales face à la maladie, le système de soins, dans notre société, vient au contraire les renforcer, puisqu'il est surtout accessible aux catégories sociales les moins vulnérables, les moins nécessiteuses, « immunisées », en quelque sorte, par des conditions de vie plus favorables (forme de médecine préventive), qui les tiennent relativement à l'écart des risques de morbidité et de mortalité. Cette remarque s'inscrit dans la continuité de nos analyses « socio-historiques » : *l'inégalité devant la maladie et la mort se construit en amont de l'entrée dans le système de santé, puisqu'elle est, en grande partie, le produit de l'inégalité des conditions d'existence. Ainsi, l'inégal recours à la médecine aggrave, accentue, mais ne crée – ne détermine - pas entièrement l'inégalité sociale devant la maladie et la mort...*

Les écarts d'espérance de vie entre catégories sociales tiennent donc pour bonne part au fait que les positions relatives occupées par chacune d'entre elles au sein du système hiérarchique réservent à leurs membres des conditions d'existence plus ou moins avantageuses, plus ou moins risquées, nocives, qui favorisent, accélèrent, ou au contraire diminuent les risques de voir se développer en eux une affection (affection qui sera d'autant mieux traitée que le malade appartient aux catégories supérieures, et d'autant plus mal prise en charge que celui-ci est issu des « basses classes »). Ainsi, l'inégalité sociale devant la maladie étant renforcée par l'inégal recours aux soins, c'est l'inégalité sociale devant la mort qui prend un autre visage, une tonalité plus grave.

Ceci explique peut être pourquoi la prise en compte des écarts d'espérance de vie en bonne santé nous livre des disparités sociales de mortalité encore plus prononcées. L'inégalité devant la mort n'a donc rien d'anodin, elle ne se résume pas à quelques années d'écart, entre damnés et nantis. Les chiffres relatifs à l'espérance de vivre en bonne santé, sans incapacités, sont là pour en attester.

*« Double peine »...ou « double avantage »*

On connaît le différentiel de longévité entre les métiers les moins qualifiés et les plus qualifiés de la hiérarchie sociale : à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de 47 ans, soit 4 années de plus que la moyenne et 6 années de plus que les ouvriers. Six ans, diront certains, ce n'est finalement pas grand-chose, rapporté à toute une vie ; qui plus est, n'est il pas plus enviable, comme nous l'avons suggéré, de vivre quelques années de moins,

mais d'avoir jouit et profité d'une existence riche, remplie et heureuse, sans soucis et sans problèmes de santé invalidants ? Après tout, untel n'est-il pas décédé aux vieux âges alors même que sa vie n'a été que peines, labeur, souffrances et maladies ?

Mais celui-ci, s'il a toutes les raisons d'exister, fait bien figure d'exception et ne traduit en rien une tendance générale. Pour s'en convaincre, il suffit de s'en remettre aux résultats livrés par certaines études, qui montrent que bien souvent une vie écourtée rime aussi avec une vie en moins en bonne santé, donc à priori *moins bonne*.

Examinons donc d'un peu plus près la nature de cette « *double peine* ». <sup>3</sup>

Nos analyses, semble-t-il, fournissent déjà nombre d'indications, à travers l'étude des conditions de travail, des modes de vie, de l'habitat, de la situation familiale, etc., sur les inégales conditions d'existence que renferme le monde social. Celles-ci peuvent être interprétées en termes de qualité de vie (inégales), c'est-à-dire de conditions de vie plus ou moins favorables, plus ou moins agréables et supportables (favorisant des existences plus ou moins longues), selon l'appartenance sociale. Néanmoins, pour objectiver davantage les conséquences que peuvent avoir sur la santé, ou même sur l'autonomie – sur une certaine liberté d'action –, au quotidien, certaines conditions d'existence, le calcul de l'espérance de vie peut-être complété par le calcul de l'espérance de vie en santé/bonne santé, qui permet d'estimer par exemple le nombre moyen d'années vécues avec et sans incapacité ou handicap. Ainsi l'enquête sur la santé et les soins médicaux menée en France en 2003 par l'Insee permet de distinguer trois situations d'incapacité sous-entendant des besoins de soins, d'assistance, d'aides techniques particulières :

- Les incapacités de *type I* : les personnes ont déclaré au moins une limitation fonctionnelle résiduelle physique et sensorielle (difficulté à voir de près ou de loin, à entendre, à marcher, à se pencher ou à utiliser ses mains et ses doigts) ; la plupart n'entraîne aucune gêne particulière dans les activités quotidiennes mais dénote des besoins d'aide technique ou d'aménagement du domicile ou du poste de travail.
- Les incapacités de *type II* : les personnes se sont déclarées limitées depuis plus de 6 mois dans les activités du quotidien. Elles évoquent une gêne ressentie, dans leur activité professionnelle, leurs tâches domestiques, ou dans d'autres activités.

---

<sup>3</sup> Cf. « *La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte* », Population & sociétés N° 441, janvier 2008.

- Les incapacités de *type III* : les personnes ont déclaré des difficultés pour réaliser les activités élémentaires de soins personnels comme faire sa toilette, s'habiller, se nourrir. Ces difficultés peuvent engendrer un besoin d'assistance au quotidien, on parle alors de dépendance.

Les probabilités de vivre plus ou moins longtemps en bonne santé, sans subir les incapacités que nous venons d'énumérer, varient donc, chez les hommes comme chez les femmes, en fonction du métier exercé. Voyons cela.

On rappelle que les hommes cadres/professions intellectuelles supérieures ont une espérance de vie, à 35 ans, de 47 ans, soit 6 années de plus que les ouvriers. A cette situation privilégiée des cadres par rapport à la longévité s'en ajoute une autre, car ils vivront en moyenne 34 de ces 47 années (73 % de leur espérance de vie totale) indemnes d'incapacité de *type I*, soit 10 années de plus que les ouvriers qui ne disposent que de 24 années (60 % de leur espérance de vie).

Côté féminin, l'écart d'espérance de vie entre cadres supérieures et ouvrières est moins important que pour les hommes (2 années environ), mais la différence entre les espérances de vie sans incapacité de *type I* est similaire (8 années d'écart) : à 35 ans, elle atteint 35 ans pour les cadres supérieures tandis que celle des ouvrières ne s'élève qu'à 27 ans (respectivement 70 % et 55 % de l'espérance de vie totale).

L'espérance de vie sans incapacité de *type II*, donc plus invalidante, atteint 40 ans chez les cadres supérieurs contre 32 ans chez les ouvriers (respectivement 85 % et 78 % de leur espérance de vie totale). Quant à la situation la plus handicapante, mettant sérieusement à mal l'autonomie individuelle, elle concerne aussi inégalement les différentes professions puisque les hommes cadres supérieurs peuvent espérer vivre 45 années (à 35 ans) sans incapacité de *type III*, soit 7 années de plus que les ouvriers (respectivement 96 % et 92 % de leur espérance de vie totale). Les différences sont sensiblement du même ordre chez les femmes.

Au bout du compte, les cadres passent donc plus de temps sans incapacité que les ouvriers, notamment pour les formes les plus courantes, comme les limitations fonctionnelles (*type I*). Ils sont moins soumis à ces altérations et à ces gênes et ils s'en prémunissent plus souvent.

Les différences que nous pointons persistent également aux âges élevés.

A 60 ans, les ouvriers et les ouvrières ont toujours une espérance de vie inférieure – donc une mortalité supérieure – à celle des cadres : 19 ans et 25 ans pour les ouvriers et les ouvrières, contre 23 ans et 27 ans pour les hommes et femmes cadres supérieures. Les écarts d'espérance

de vie, en se maintenant au-delà de la période d'activité, indiquent que c'est bien l'ensemble des pratiques et des symboliques incorporées qui continuent d'exercer leur influence.

La retraite, probablement, est vécue et envisagée différemment selon les milieux sociaux : l'habitus continue d'exercer son influence, de déterminer des manières de vivre au sortir de la vie active (modes de vie, pratiques, rapport au corps, relation au monde médical, etc.). Aussi, les possibilités d'être actif, de pratiquer des loisirs (sportifs, culturels...), de maximiser ses centres d'intérêts, etc., ne concernent pas tous les retraités (incapacités...).

S'il n'est pas trop de dire qu'un individu a toujours tendance à avoir le physique et la santé de son emploi (porter sur soi, en soi, *dans son corps*, son histoire et son vécu – professionnel par exemple -), il n'est pas exagéré, non plus, de penser qu'il est très difficile pour lui de se délivrer de son identité professionnelle – et peut être même de sa condition sociale -, tant celle-ci est inscrite au plus profond de sa personne, s'immiscant dans ses moindres gestes, ses moindres paroles. On est ouvrier, professeur ou agriculteur toute sa vie<sup>4</sup>, et la façon de vivre à la retraite – ayant des répercussions sur la santé - reste largement déterminée par la place que l'individu aura occupé, tout au long de sa vie active, dans les rapports de production.

Concernant les années de vie en bonne santé, les incapacités de *type I*, fréquentes aux grands âges, s'installent plus durablement pour les professions manuelles. Passé 60 ans, les salariés d'exécution vivront en moyenne plus d'années avec que sans limitations fonctionnelles. Les incapacités les plus invalidantes, de *type III*, occupent 16 % de l'espérance de vie des ouvriers à 60 ans et 9 % de celle des hommes cadres (22 % et 16 % pour les femmes).

Ainsi l'espérance de vie plus courte des ouvriers ne les soulage en rien d'années d'incapacité. Bien au contraire.

Observons maintenant la situation des autres catégories professionnelles, qui, d'après nos sources<sup>5</sup>, connaissent des situations intermédiaires.

Les professions intermédiaires, les agriculteurs exploitants et les professions indépendantes ont des espérances de vie légèrement inférieures à celles des cadres supérieures. L'espérance de vie des femmes employées se rapproche également de ces catégories ; cependant, pour les hommes employés, elle est plus proche des ouvriers.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Dans une certaine mesure. Nous raisonnons toujours en termes de généralités...

<sup>5</sup> Nous faisons toujours référence à l'article sur « *la double peine des ouvriers* », *op. cit.*

<sup>6</sup> Particulière est la situation des inactifs : « *leur espérance de vie est extrêmement faible, particulièrement chez les hommes. Ces personnes sans activité professionnelle (ni retraité, ni chômeur) sont souvent déjà hors du marché du travail à cause d'un problème de santé, ce qui explique que leur risque de décéder soit bien supérieur à la moyenne. On constate aussi que les inactifs passent les deux tiers de leur espérance de vie très courte avec des incapacités de type I et un tiers avec des incapacités de type III. L'inactivité des femmes est plus fréquente et*

Ce que l'on constate, pour l'ensemble des catégories socioprofessionnelles, c'est que plus l'espérance de vie est longue, plus la portion de vie passée avec des incapacités est faible. Donc les gains en termes de longévité, qui croissent à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie socioprofessionnelle, sont aussi accompagnés d'années de vie gagnées en bonne santé, sans invalidité et sans perte majeure d'autonomie.

Finalement, en bas de la hiérarchie, il est bien question de cumul des peines pour les ouvriers et les ouvrières qui ne sont pas seulement désavantagés face à la mort : au sein d'une vie plus courte, ils passent aussi plus de temps que la moyenne en situation d'incapacité. Les probabilités de vivre longtemps en bonne santé sont donc plus faibles pour les agents d'exécution, notamment pour les travailleurs manuels. Ces derniers, en général, sont particulièrement touchés par les limitations fonctionnelles physiques ou sensorielles, qui concernent plus de 60 % des années à vivre après 60 ans et qui tendent aussi à réduire l'autonomie.

---

*indépendante des raisons de santé pour nombre d'entre elles : les inactives ont cependant une espérance de vie de deux ans inférieure à celle des ouvrières et présentent les mêmes proportions de vie avec et sans incapacité. » (Ibid.)*

Appréhender la question de la mortalité différentielle en considérant la variable socioprofessionnelle, ou le métier exercé, permet de voir dans quelles mesures les probabilités de vies plus ou moins longues sont largement fonction de la place occupée par les individus dans la hiérarchie des professions. Concrètement, plus on s'élève dans cette hiérarchie, plus on se tient à l'écart des risques de mortalité précoce et plus on a de chances, à priori, de vivre longtemps ; inversement, il est d'autant plus difficile de s'inscrire dans la durée et d'atteindre les vieux âges lorsqu'on appartient aux catégories populaires, exerçant des emplois sous qualifiés et faiblement rémunérés. C'est pourquoi nous avons pu écrire que l'ordre socioprofessionnel qui préside à une mortalité plus ou moins précoce correspond, à peu de choses près, à la hiérarchie socialement valorisée des professions dans la société.

En se basant sur une classification par catégories socioprofessionnelle, on obtient une vision assez synthétique et globale de la façon dont les inégalités de santé – la mortalité différentielle – rendent compte de la structuration du monde social. Il est d'ailleurs intéressant de voir à quel point la statistique, qui révèle placidement le problème de l'inégalité sociale devant la mort, livre des chiffres qui permettent d'entrevoir ou de déceler un véritable effet, une réelle influence de la hiérarchie sociale (à travers la catégorie) sur la santé et la mortalité des individus.

Ce que l'on pourrait reprocher à un système de classification par catégories sociales, c'est certainement son côté arbitraire, général (homogénéisant), qui laisse peu de place aux particularismes et qui tend ainsi à masquer la part d'hétérogénéité, en matière de santé et de mortalité, qui subsiste à l'intérieur de chaque catégorie, et qui pourrait donner lieu à un redécoupage - métier par métier - au sein de chaque groupe socioprofessionnel (penser plus *cas par cas*). Au sein du groupe ouvrier, par exemple, il est à peu près sûr que la mortalité affecte à des degrés divers les individus : quand elles sont possibles, d'ailleurs, les comparaisons entre ouvriers qualifiés et non qualifiés révèlent la situation moins avantageuse, du point de vue de la santé et des risques de mortalité en général, dans laquelle se trouvent les seconds<sup>7</sup>. Chez les employés, on pourrait aussi affiner les analyses et faire état, pourquoi pas,

---

<sup>7</sup> Degré de formation, niveau d'instruction, indépendamment du revenu, peut être plus élevé ?

d'une mortalité inégale au sein même de cette catégorie ; comme on pourrait le faire chez les cadres, chez les professions intermédiaires, ou encore chez les chefs d'entreprises, les agriculteurs et les commerçants (indépendants).

La mortalité différentielle que l'on observe entre catégories socioprofessionnelles pourrait donc être enrichie et complétée par des études plus détaillées, plus fines, qui à n'en point douter, révéleraient à leur tour des inégalités de santé à l'intérieur même de chaque catégorie.

Nous employons le conditionnel car nous ne nous sommes pas résolus à opérer ce type de découpage, cette véritable « chirurgie fine ». D'abord pour une question de temps, donc de faisabilité : une analyse poussée des disparités de mortalité, profession par profession, nécessiterait, pour chaque grande catégorie, un ouvrage à part entière. De surcroît, on peut se résoudre à découper la réalité à n'en plus finir, encore faut-il les moyens de ses ambitions. Les moyens, ici, ce sont d'abord des matériaux, des données, des études, bref, du terrain à exploiter. Or, peut-être nous trompons nous, mais les données relatives à la mortalité et à l'espérance de vie demeurent assez générales et permettent donc difficilement de repérer et d'objectiver des différences sensibles, en matière d'inégalité face à la mort, qui peuvent apparaître au sein d'une même catégorie sociale. De la même façon, nous aurions souhaité être mieux renseignés sur les conditions de travail des « indépendants », des agriculteurs, commerçants, artisans et autres chefs d'entreprise, afin d'établir, comme nous avons tenté de le faire pour les autres catégories socioprofessionnelles, des relations entre *travail* et *santé*. Malheureusement, les enquêtes (*conditions de travail*), si précieuses pour analyser le travail des autres secteurs d'activités, le sont en revanche beaucoup moins pour penser les situations professionnelles de ce regroupement de professions (ô combien hétérogène, par ailleurs, ce qui facilite encore moins la tâche...).

#### *Reconstruction utopique : un pari sur le réel...*

Nous nous sommes donc limités, jusqu'à lors, à un essai de compréhension des disparités de mortalité entre catégories sociales, en sachant pertinemment que chaque individu, chaque existence et chaque histoire personnelle renferme son unicité, sa spécificité ; et bien que nous portions au jour des régularités statistiques, la vie des hommes et l'âge de leur mort ne se résume pas à un chiffre absolu, à une moyenne. Le découpage par *CSP* peut paraître arbitraire, peut-être ne rend-il pas compte des cas atypiques, des cas « improbables » (par exemple ces ouvriers qui vivent plus de 90 ans et qui dépassent largement la moyenne de leur catégorie ; et inversement...) mais au moins permet-il de porter au jour des régularités

tendancielle en matière de mortalité, d'établir des constances et d'identifier des phénomènes généraux, des grands groupes, c'est-à-dire de penser dans une perspective sociologique la question de l'inégalité devant la mort. On pourrait résumer cela ainsi : majoritairement, les inactifs, les chômeurs, les ouvriers et les employés meurent plus tôt que les cadres supérieurs, les professeurs ou les chefs d'entreprise.

Etant bien conscients que la statistique, malgré son apport, livre un aspect figé, uniformisant de la réalité, nous sentons nécessaire de rappeler toute la part d'improbable, d'insaisissable qui entoure la question de l'inégalité des hommes devant la mort. C'est pourquoi, afin de « *mettre de l'ordre dans le chaos des faits* » (comme disait M. Weber, en présentant sa célèbre notion d'« idéal type »), il est sans doute utile de procéder à une « reconstruction utopique »<sup>8</sup> de la réalité, qui consisterait, en quelque sorte, à retenir et à mettre en exergue certaines caractéristiques, jugées comme les plus pertinentes, pour penser la mortalité différentielle. Car on ne saurait rendre compte des causes des écarts sociaux de mortalité en invoquant l'exactitude et l'objectivité de la science ; ce n'est qu'en faisant un *pari sur le réel* – « réel dont il est impossible d'épuiser la totalité »<sup>9</sup> - que nous pourrions atteindre une certaine vérité (provisoire...).

Ainsi, l'« *imagination sociologique* »<sup>10</sup> nous conduit à penser – idéalement – que *l'Homme qui meurt tôt*, dans notre société, est avant tout un *mâle*, puisque toutes catégories confondues, les femmes vivent plus longtemps que leurs congénères ; elles bénéficieraient donc, vis-à-vis de la mortalité, d'un *effet protecteur du genre*, qui pourrait en partie s'expliquer par le fait qu'elles participent différemment à la vie collective. *L'Homme qui meurt tôt*, dans notre société, est aussi, généralement, un travailleur sous qualifié, un exécutant - exerçant des tâches subalternes, mal rétribuées -, victime de la précarité, du chômage, voire de l'inactivité ; il a aussi tendance à être mal logé, mal nourri, mal soigné ... isolé et généralement peu instruit. Bref, cet homme « moyen », en proie à une mortalité précoce, est finalement peu inscrit dans la vie sociale. *Il compte peu pour le monde. Exclu du jeu*, ce n'est pas de manière intense, constante et solide qu'il prend part à la vie collective.

---

<sup>8</sup> L'expression est empruntée à J. Duvignaud (cité par J. M. Bessette, art. sur « L'utopie au cœur des sciences sociales : imagination sociologique et reconstruction utopique », in *Utopies et Sciences sociales*, (dir. B. Pequignot), l'Harmattan, 1996.

<sup>9</sup> J. M. Bessette, op. cit.

<sup>10</sup> Cf. C. W. Mills, *L'imagination sociologique*, Ed. La Découverte & Syros, Paris, 1997 (1<sup>ère</sup> Ed., Maspero, 1967).



La *mort inégale* traduit la *marche inégale* des professions. En ce sens, on peut dire que le vivant, la vie, et son terme inéluctable sont largement orchestrés, réglés et modulés par la place qui est réservé à chacun dans la hiérarchie des métiers, donc dans les rapports de production. Nos analyses nous amènent à penser que si l'on a tendance à avoir le physique et la santé de son emploi, on a surtout tendance à avoir la santé et la longévité de sa classe sociale. Les probabilités de vivre plus ou moins longtemps, en effet, sont fonction de l'appartenance de classe et la question de l'inégalité devant la mort, qui nous intéresse, est inséparable de celle des rapports de domination, des rapports de force qui animent et régissent le monde social et qui s'exercent, de manière plus ou moins violente, plus ou moins occultée, au détriment des fractions dominées du corps social. Ce sont elles qui, bien souvent broyées dans ces rapports de force, car dépourvues économiquement, culturellement, socialement (privées de moyens de lutte), subissent le poids de la domination, des hiérarchies, accumulent les expériences douloureuses, usantes, aliénantes, frustrantes, nocives et voient ainsi leurs chances de vivre longtemps obérées.

*Un métier implique, au-delà de l'exercice d'une activité professionnelle, une condition...*<sup>11</sup>

Plus on occupe une position de dominé, plus on est prédisposé, déterminé à une mort prématurée. Si la mortalité différentielle apparaît de façon aussi nette lorsque l'on considère la variable socioprofessionnelle, c'est surtout, de notre point de vue, parce que la forme de domination la plus courante que les individus subissent est celle qui résulte de la place qu'ils occupent au sein de la division du travail, dans la répartition et la distribution des tâches – concepteurs/exécutants – et qui détermine leur position sociale, leur condition.

Etre dominé, ou dominant, c'est d'abord l'être au travail. L'ouvrier, l'employé, se contentent bien souvent d'un rôle d'exécutant, de subordonné, où l'aliénation, la fatigue liée à la répétition des tâches, l'obéissance aux chefs, prennent le pas, chaque jour, sur l'autonomie, la reconnaissance sociale, la créativité, la capacité de peser sur les décisions. Prisonniers de leur condition, ils subissent.

---

<sup>11</sup> Cf. chap. sur la *Mortalité différentielle dans l'histoire...*

## *Domination et pauvreté : condition des dominés*

La condition sociale des classes dominées s'apparente à une certaine forme de pauvreté, mais une pauvreté qui va au-delà du simple manque d'argent, du *défait d'avoir*. C'est un manque de ressources général, plutôt, qui caractérise les groupes sociaux défavorisés.

Inversement, pour les classes « supérieures », la richesse ne saurait se limiter au seul capital économique : être riche, bénéficier de conditions d'existence favorables, c'est aussi être riche de culture (capital culturel), de réseaux et de relations (capital social) ; c'est, en fait, disposer d'un certain volume de capital global, disposer de ressources financières, matérielles, mais aussi sociales et symboliques permettant de faire face aux aléas de l'existence (*augmenter le volume de capital santé...*) et de maintenir, à des degrés divers, une position sociale dominante. Être dominant, c'est avoir du pouvoir. Financier, certes, mais aussi symbolique (informationnel), car il y a bien longtemps que les dominances, au sein de nos sociétés « modernes », ne s'établissent plus sur la force physique...

*Pouvoir*, au-delà de l'accumulation de richesses matérielles, de biens, de patrimoines, d'habitat spacieux, etc., renvoie aussi à l'idée de gestion et de contrôle (sur soi-même, sur les autres) : c'est en effet la maîtrise sur les conditions matérielles et institutionnelles de reproduction de sa situation personnelle, comme sur celles de la société globale<sup>12</sup> ; c'est la gestion, la stabilité et la pérennité de sa propre situation et de celle de ses proches, qui en résultent ; c'est également toute la force, l'ampleur et la diversité d'un réseau de relations sociales, ainsi que la capacité d'infléchir les décisions et actions des pouvoirs publics dans le sens de ses intérêts, de défendre ses droits, etc.

Les classes favorisées, tant en termes de revenus que de niveau d'instruction (capital économique et capital culturel marchant souvent de pair), doivent aussi le maintien de leur position sociale dominante aux avantages qu'ils ont dans l'ordre du savoir, du prestige et de la reconnaissance sociale. Maîtriser les savoirs, c'est maîtriser sa propre vie et dans une certaine mesure, celle des autres (*imposer une vision du monde...*) ; c'est élaborer des raisonnements, construire des connaissances et donner un sens, une cohérence au monde dans lequel on évolue. C'est, en définitive, disposer d'un outillage symbolique et culturel, d'un langage élaboré, juste et « payant » sur le marché scolaire et universitaire qui, par les titres, les diplômes et le prestige qu'il délivre (ainsi que les fonctions auxquelles il donne accès), ne fait

---

<sup>12</sup> Cf. A. Bihr, R. Pfefferkon, *Le système des inégalités*, op. cit., p. 65.

que valider et légitimer des positions de pouvoir en partie construites – dès le plus jeune âge, - sur la distribution inégale du capital culturel, de tout cet ensemble de pré requis scolaires (accès à la culture savante à la maison, niveau de langue, curiosité intellectuelle, bref, imprégnation précoce de la culture dominante qui est, pour l'essentiel, la culture académique), d'attitudes, de manières de se tenir, de s'adresser aux enseignants, qui ne sont que l'expression de l'environnement familial et du milieu social. Le savoir et les ressources culturelles, produits du milieu, en plus d'être validés et légitimés par des titres et des diplômes qui facilitent l'accessibilité à des emplois qualifiés (pénibilité/aliénation moindre), offrent aussi la possibilité d'imposer comme culture dominante sa propre culture (ses goûts, ses modes de vie, ses pratiques, ses valeurs...), « *de diffuser comme allant de soi sa propre vision du monde au sein de l'ensemble de la société* ». <sup>13</sup>

Les dominés, qui occupent des situations défavorables au sein des rapports de production, sont quant à eux fragilisés par un manque de ressources qui dépasse la seule question financière. Les études réalisées sur les inégalités en France – et qui mettent en évidence leur caractère systémique, cumulatif – montrent que, contrairement aux dominants, le salariat d'exécution (ouvriers, employés) accumule les handicaps puisqu'il n'est pas seulement confronté au défaut d'*avoir*, mais aussi au défaut de *pouvoir* ou encore de *savoir*. <sup>14</sup>

Ne pas *avoir*, c'est ne pas être en mesure de *posséder*. En donnant une large acception à la notion de propriété, on peut dire que le *défaut d'avoir* commence par le fait d'être subordonné au travail, de ne pas avoir le contrôle et la maîtrise des moyens de production, bref, d'exécuter des travaux déqualifiés, des emplois instables qui s'accompagnent bien souvent de faibles rémunérations et d'un faible niveau de vie. Ces revenus insuffisants ou irréguliers rendent difficiles les possibilités d'épargne et de réserve, ce qui évidemment complique fortement l'accès à de bonnes conditions de logement. Sans parler de l'accès à la propriété, à la consommation, aux biens, etc....

Mais le malheur, le désarroi du dominé tient sans doute encore plus au fait que sa pauvreté et sa misère sociale résultent en grande partie de ce que l'on pourrait appeler le *défaut de pouvoir*. L'absence de pouvoir, c'est la faible maîtrise des choses et des événements, c'est la difficulté, voire l'impossibilité d'agir sur sa condition : c'est subir. Le défaut de pouvoir renvoie ainsi à l'absence de main mise, de contrôle sur les conditions matérielles et institutionnelles de sa propre situation, sur la précarité vécue au quotidien et qui devient bien

---

<sup>13</sup> *Ibid*, p.66.

<sup>14</sup> *Ibid*, p. 61.

plus qu'une transition difficile (mais courte) vers la réinsertion, mais quasiment une manière de vivre, une norme, un rythme de vie où la maîtrise du temps et du futur (projets de vie, gestion de l'existence, inscription dans le temps...) est balayée par l'incertitude et l'urgence du présent. Les dominés n'ont pas seulement peu de pouvoir, de marges de manœuvres, au travail : leur capacité à faire face aux aléas de l'existence, dans l'ensemble, est très limitée, de même que leur capacité conflictuelle, entendue comme capacité à se battre pour transformer sa situation par l'action et la lutte collective ou les médiations organisationnelles ou institutionnelles. Peu de pouvoir, c'est aussi peu de pouvoir relationnel, une fragilité des réseaux de socialisation, généralement peu variés, peu étendus et peu influents (sans parler de la solitude, de l'isolement relationnel, de la fragilité et de la misère affective...). Or les réseaux – relations, capital social -, sont par excellence des *moyens d'agir*, des ressources sociales que l'on mobilise pour améliorer sa condition, pour asseoir et assurer son ascension sociale et son statut de dominant, de personne « qui compte », reconnue socialement...

Si les idées dominantes d'une époque ne sont rien d'autre que les idées de la classe dominante, comme le soutenait Marx, c'est aussi parce que les damnés du monde social ne sont pas suffisamment armés culturellement, symboliquement, pour imposer les leurs, ainsi que pour comprendre et maîtriser les mécanismes qui les déterminent à contribuer à leur propre misère. Ils subissent donc les lois de la culture dominante, qu'ils peuvent difficilement utiliser – orienter - à leur avantage. Le *défait de savoir*, expression ultime d'une pauvreté qui se veut multidimensionnelle, condamne les dominés à subir et à supporter tout l'arbitraire de la violence symbolique décrite par Bourdieu, cette espèce de domination sociale et culturelle qui s'impose « légitimement », en dissimulant les rapports de force qui sont au fondement de sa force. Ne disposant pas des catégories de pensées requises, des outils symboliques – le savoir – nécessaires pour élaborer une représentation cohérente du monde et de la réalité, les classes dominées s'inclinent avec consentement (inconsciemment) devant un pouvoir qui doit une grande part de son efficacité à la méconnaissance des mécanismes qui le fondent.

La misère culturelle va au-delà de la disqualification scolaire, de l'absence de diplômes, du défaut de capital culturel. Plus fondamentalement, cette misère se caractérise par des capacités de symbolisation et d'abstraction réduites, par une faible disposition - faculté limitée - à mettre en mots ses actes, ses pratiques, à argumenter, à lutter symboliquement pour défendre ses intérêts en ayant recours à un langage élaboré, construit, adapté aux normes dominantes (scolaires, institutionnelles par exemple).

La question de l'inégalité devant la mort étant consubstantielle à celle des inégalités devant la vie – puisqu'elle en est en grande partie la résultante, le produit -, il est essentiel de rappeler à quel point ces inégalités interagissent entre elles, se renforcent, s'autoalimentent, formant ainsi un véritable système. Le salariat d'exécution, par exemple, accumule les handicaps et les situations défavorables, tandis que les catégories plus favorisées accumulent les avantages. Nos analyses ont montré, nous l'espérons, comment certains cumulent les difficultés, alors que d'autres engrangent, en quelque sorte, du « positif » (cela est vrai des conditions de travail, du revenu, de l'éducation, des modes de vie, de l'habitat, de la propension à se soigner, à avoir du temps libre, des loisirs – cf. ouvriers -, des bienfaits de l'intégration et de la régulation sociale, etc., et certainement de tant de choses, de paramètres que nous n'avons pas su faire ressortir...). Autrement dit, de même que des conditions de vie privilégiées donnent naissance au privilège, le handicap appelle le handicap. Il est donc à peu près certain que celui qui subit la misère sous un angle à de fortes chances – si l'on peut parler de chance ! – de la subir, de l'endurer sous les autres...

Ce qui résulte de ces phénomènes d'interférence/d'interaction entre inégalités, où l'action de chacune est renforcée par celle de l'autre, c'est une forte polarisation (différentielle) entre la base et le sommet de la hiérarchie sociale. Il persiste, bien entendu, dans ce schéma, des positions intermédiaires – classes moyennes -, qui d'ailleurs « occupent » également des positions intermédiaires vis-à-vis de la mortalité. Ces catégories de populations (chefs d'entreprises, commerçants, par exemple), d'ailleurs, ne doivent pas, pour nous, leur situation intermédiaire vis-à-vis de la mortalité au fait qu'ils souffrent d'un *défaut d'avoir*, d'un manque d'argent ; s'ils jouissent généralement de revenus plus élevés que certaines professions intellectuelles, ou certains cadres (et assimilés...) <sup>15</sup>, leur seule aisance financière ne leur permet pourtant pas de supplanter les cadres supérieurs et les métiers intellectuels sur le terrain de la longévité. Peut-être sont ils pénalisés, sur ce terrain, par un déficit relatif de ressources culturelles. On l'a vu, la richesse est multidimensionnelle. Le niveau d'instruction ne suit pas systématiquement la marche du revenu, car on peut être riche de culture sans être une des plus grosses fortunes de France, et inversement.

Or, *bien qu'elles soient souvent liées*, on peut penser que ce ne sont pas tant les richesses économiques que ce que l'on pourrait appeler les richesses culturelles qui constituent la

---

<sup>15</sup> Les enquêtes sur les revenus des ménages indiquent que le salaire mensuel d'un chef d'entreprise de plus de 10 salariés (ménage) est deux fois plus important que celui d'un professeur, ou d'un cadre supérieur (ménage) : environ 8500 euros contre environ 4500 euros ; en comparaison, les ouvriers non qualifiés (ménage) disposent, par mois, de moins de 2000 euros... (source : *les revenus selon la catégorie sociale*, INSEE, 2003). L'espérance de vie des chefs d'entreprise étant plus courte que celles des cadres et professeurs, on voit bien qu'il ne suffit pas d'être riche pour vivre longtemps.

dimension pertinente quant aux probabilités de vivre plus longtemps. C'est d'ailleurs là tout le malheur des classes dominées...

Les nuances que l'on peut apporter aux analyses qui mettent en avant un antagonisme de classes opposant systématiquement les fractions dominées du corps social aux fractions dominantes ne remettent nullement en cause la forte polarisation sociale que nous avons décrite. Plus on s'élève dans la hiérarchie sociale, plus les probabilités de disposer de ressources économiques, culturelles, sociales ou encore symboliques – statut, prestige, *importance sociale*<sup>16</sup> – augmentent. À l'inverse, plus on se rapproche des couches populaires, plus cette richesse multidimensionnelle fait défaut. Et comme on l'a dit, *argent* ne rime peut-être pas systématiquement (mécaniquement) avec *savoir*, néanmoins, ce qui est à peu près sûr, c'est que le volume de capital culturel, les capacités d'abstraction et de symbolisation – niveau de langage, etc.-, diminuent à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale.

---

<sup>16</sup> L'expression est empruntée à P. Bourdieu (cf. Méditations Pascaliennes, *op. cit.*, p. 345)

*Au final...*

Des analyses précédentes, on peut retenir que les ressources sont inégalement distribuées dans le monde social. Ces ressources, pensées en lien avec la mortalité, peuvent être envisagées comme d'éminents facteurs de longévité, comme de précieux moyens, pour les individus, de s'inscrire dans la durée et de se réaliser dans des possibilités de vie plus longues, plus riches, plus gratifiantes, en gérant, en anticipant – culture de la prévention – et en surmontant les événements de la vie.

Se dessine alors progressivement (anthropologie...) deux visions diamétralement opposées de l'homme, avec d'un côté, des hommes (ré)conciliés avec leur propre existence, dotés de possibilités d'action, de symbolisation, bref, d'instruments socialement - culturellement - acquis pour se construire en tant qu'acteurs de leur propre vie, en tant que sujets pensants, autonomes et inventifs, et de l'autre, des hommes dépossédés d'eux-mêmes, privés de tout un dispositif d'action, de lutte symbolique contre la violence des mécanismes sociaux qui les condamnent à supporter un degré élevé d'aliénation.

Vivre longtemps, selon nous, reste avant tout une question de *moyens*, dans tous les sens du terme. Ces moyens, ce sont des *moyens d'action*, des *possibilités d'agir efficacement sur sa condition*. Or si les dominants disposent de ces ressources, on sait que les classes dominées en sont fortement dépourvues. Alors elles subissent, n'ayant pas les armes nécessaires pour affronter leur condition, pour la penser et donc pour s'en émanciper.

## CHAPITRE II

# La piste anthropologique

*« Il n'y a de sociétés qu'entre vivants. Les phénomènes sociologiques sont de la vie. Donc, la sociologie n'est qu'une partie de la biologie tout comme la psychologie, car (...) nous n'avons affaire qu'à des hommes en chair et en os, vivant ou ayant vécu. Ensuite, la sociologie comme la psychologie humaine est une partie de cette partie de la biologie qu'est l'anthropologie, c'est-à-dire, le total des sciences qui considèrent l'homme comme être vivant, conscient et sociable »*

M. Mauss<sup>1</sup>

Nous profiterons des remarques faites précédemment (p. 350) pour signaler que cet ensemble de considérations méritent, de notre point de vue, d'être pensées en lien avec d'autres champs disciplinaires. En sollicitant d'autres domaines de connaissances, nous verrons comment la dimension sociologique de la mortalité différentielle peut être enrichie par une vision anthropologique de ce phénomène.

En effet des thèmes aussi généraux que la vie, la mort – ou encore la longévité, la santé, la maladie, etc. – qui sont traversés par le champ des inégalités, ont sans doute intérêt à être pensés dans une perspective plus large, sachant englober différents paliers de l'expérience humaine.

C'est pourquoi nous pensons utile, à présent, de nous intéresser d'un peu plus près à la *biologie des comportements*. Grâce à une meilleure connaissance de cette discipline et des fondements biologiques des comportements, nous serons alors sans doute plus à même de

---

<sup>1</sup> *Sociologie et anthropologie*, P.U.F., 1950, 8<sup>ème</sup> édition Quadrige, 1999, p. 286.



discerner les imbrications qui existent entre le biologique et le social. Ainsi, en considérant les divers paliers qui du biologique au sociologique sont en perpétuelle interaction, nous verrons comment l'environnement - le culturel - modèle et actualise le biologique. Et c'est, à n'en point douter, en élargissant le champ de la réflexion sur le vivant, en mobilisant les sciences de l'homme dans leur globalité que nous serons en mesure de voir à quel point l'âge de la mort relève d'une construction sociale, à quel point ces faits de nature que sont la vie et la mort sont arbitrés et déterminés par la culture, le milieu, l'environnement. C'est dans cette perspective, alors, que nous pourrions ouvrir des pistes de réflexion, apporter notre propre contribution à une approche anthropologique de la mortalité, et notamment de l'inégalité des hommes face à la mort...

### *1 - Biologie des comportements*

La biologie comportementale est un domaine d'investigation qui demeure relativement récent comparé à la plupart des sciences qui ont pour objet l'Homme. S'y intéresser, par ailleurs, ne signifie pas que nous attendions de lui qu'il nous apporte des justifications biologiques aux comportements, qu'il nous serve à produire des « vérités scientifiques », des raisonnements mécaniques sur la façon dont les hommes sont amenés à agir et à réagir en situation sociale. Bien au contraire, car le biologique n'a pas le dernier mot sur l'expérience humaine.

Néanmoins, pour mieux saisir la dimension « totale » de l'homme, que l'on peut regarder comme un « tout » biologique et social, pour mieux comprendre aussi, comment chez ce dernier, le *culturel* vient actualiser le *naturel*, il est selon nous indispensable de connaître, dans les grandes lignes, certains mécanismes biologiques qui président aux comportements.

Les travaux du professeur Henri Laborit, sur lesquels nous allons nous appuyer, ont apporté une contribution majeure aux recherches sur les mécanismes du vivant. Inspirateur d'une pensée complexe, scientifique libre dans l'univers fragmenté des disciplines, l'ancien chirurgien, qui s'orientera par la suite vers la recherche fondamentale, se place au carrefour de

la biologie, de la psychologie et de la sociologie. La biologie des comportements l'a conduit à pénétrer dans le domaine des comportements humains en situation sociale, c'est-à-dire aux sciences humaines (psychologie, sociologie, économie et politique). En donnant une assise scientifique à des phénomènes jusqu'alors considérés le plus souvent comme étant du domaine de la psychologie, en déterminant en particulier quelles sont les aires du cerveau et les molécules qui entrent en jeu dans tel ou tel comportement, Laborit incite à une lecture anthropologique des phénomènes sociaux, en privilégiant l'étude des relations constantes qui existent entre *individuel* et *collectif*, entre *biologique* et *sociologique*.

Mais avant de faire le pont entre le biologique et le social, de penser les imbrications entre *nature* et *culture*, il est sans doute préférable de commencer...par le commencement : s'évertuer à comprendre, au moins dans les grandes lignes, comment la machine humaine fonctionne, comment les mécanismes comportementaux, des formes primitives aux formes les plus complexes et élaborées, dépendent de l'organisation biologique de l'homme, et notamment de celle de son cerveau - système nerveux central - (au commandement de toute la mécanique humaine).

*Le système nerveux, le cerveau...*

« Je pense que l'on a pas suffisamment insisté jusqu'ici sur cette idée simple que le système nerveux avait comme fonction fondamentale de nous permettre d'agir »<sup>2</sup>

Pour comprendre l'homme, sans doute faut-il commencer par comprendre son organisation, notamment au niveau neurologique. Les sciences humaines ne sont pourtant pas toujours promptes à prendre en compte divers niveaux d'organisation pour penser la réalité humaine. Pourtant, comme le dit avec raison Mauss, *la sociologie est une partie de cette partie de la biologie qu'est l'anthropologie*. Or il semble utile, pour mieux saisir, dans toute ses composantes, l'homme social, de comprendre aussi l'homme biologique<sup>3</sup>. A commencer par son cerveau, qui commande toute action, qui lui permet d'agir sur son environnement en

---

<sup>2</sup> H. Laborit, *Eloge de la fuite*, Ed. Robert Laffont, S. A., Paris, 1976, p. 43.

<sup>3</sup> car finalement, *la nature sociale rejoint très directement la nature biologique de l'homme. Nous avons affaire au complexe...*Mauss, socio. & anthropo., p. XV)

fonction des informations qu'il en aura reçu. Les sciences humaines, qui étudient notamment les conduites, les représentations, les actions, les manières d'être, d'agir, de penser, etc. des individus, les relations et les interactions qui s'établissent entre eux, les rapports de force qui animent et structurent le monde social, etc., gagneraient peut-être à ne pas oublier que toute action proprement humaine est dépendante de l'activité du cerveau, qui commande aux comportements. Ce que l'on appelle le « comportement » des hommes représente la façon dont ils agissent dans l'espace où ils sont situés. Or dans cet espace il y a avant tout les autres hommes. Les relations, les rapports qui s'établissent entre eux se font grâce au fonctionnement de leur système nerveux. Sans ce formidable instrument, pas de rapports sociaux, pas d'actions, pas d'échanges, pas d'activité sociale...donc pas de vie. D'où l'intérêt, selon nous, de savoir comment il fonctionne, de connaître – au moins dans les grandes lignes - sa structure.

Dans « *La légende des comportements* »<sup>4</sup>, Laborit rappelle que la plupart des connaissances actuelles sur le système nerveux sont très récentes, du moins en ce qui concerne les niveaux d'organisation sous-anatomiques. La biochimie du système nerveux central en particulier date des années cinquante. On commence donc à peine à avoir une vision synthétique des différents niveaux d'organisation – moléculaire, métabolique, cellulaire et fonctionnel – des grandes aires ou voies nerveuses, en d'autres termes très peu d'années que l'on peut mettre en place les commandes des servomécanismes et comprendre les systèmes de régulation. Or cet ensemble dynamique débouche sur des comportements qui se réalisent dans un milieu donné. Au niveau de l'organisation de l'individu, le stimulus vient du milieu physique et socioculturel et la réponse consiste en une action sur ce milieu *quand elle est possible*. Mais la motivation – l'unique fin – est toujours la recherche de l'équilibre interne, autrement dit *le maintien de la structure*. En un mot, rester en vie...

« *La seule raison d'être d'un être, c'est d'être* »

Cette formule redondante, que Laborit reprend dans la plupart de ses ouvrages<sup>5</sup>, est là pour nous rappeler que nous ne vivons que pour maintenir notre structure biologique. Comme toute structure vivante, nous sommes programmés depuis l'œuf fécondé pour cette seule fin : *survivre*. Ainsi, l'aventure humaine, qui s'inscrit dans ce large cercle qu'est le vivant –

---

<sup>4</sup> H. Laborit, *La légende des comportements*, Flammarion, Paris, 1994, p. 41.

<sup>5</sup> Notamment dans *La légende des comportements* (op. cit.), *Eloge de la fuite* (op. cit.), ou encore dans *La nouvelle grille*, Ed. Robert Laffont, S. A., Paris, 1974.

biologie -, n'est guidée que par cette seule finalité. Sans cela, il n'y aurait pas d'être. On remarquera que les plantes, elles, peuvent se maintenir en vie sans se déplacer, puisqu'elles puisent leur nourriture directement dans le sol, à l'endroit où elles se trouvent. Grâce à l'énergie solaire, elles transforment cette matière inanimée qui est dans le sol en leur propre matière vivante.

Mais dès que l'on entre dans le règne animal – puis, au fil de l'évolution, dans le règne humain -, la survie ne peut plus être assurée sans déplacement, sans *action*. Chez l'animal comme chez l'homme, le maintien de la structure ne passe plus par la consommation de cette énergie solaire déjà transformée par les plantes. Ils sont donc forcés d'agir à l'intérieur d'un espace. Or pour se déplacer dans un espace ou un milieu, il faut un système nerveux, qui va permettre d'agir sur l'environnement et dans l'environnement. Et ce toujours pour la même raison : *assurer la survie*.

L'individu doté d'un système nerveux peut se déplacer dans le milieu, agir efficacement pour maintenir sa structure, en répondant d'abord à des besoins élémentaires (manger, boire, copuler) qui une fois satisfaits, garantiront l'équilibre biologique, le « bien être », l'homéostasie ou encore *la constance des conditions de vie dans le milieu intérieur* (qui est sans doute une des conditions nécessaires pour mener une vie libre et indépendante...). Lorsque l'action est efficace, que rien ne s'oppose à la satisfaction de ces besoins primaires, il en résulte une sensation de « plaisir », une sorte d'harmonie biologique au sein de l'organisme. Ainsi, une pulsion pousse les êtres vivants à maintenir leur équilibre biologique, leur structure vivante à se maintenir en vie, et cette pulsion va s'exprimer dans quatre comportements de base :

- un comportement de *consommation*, c'est le plus simple et le plus instinctif. Il assouvit un besoin fondamental : boire, manger, copuler.
- un comportement de *lutte*.
- un comportement de *fuite*.
- un comportement d'*inhibition*.

### *Un cerveau à trois étages*

Le cerveau, qui commande – entre autre - ces actions, s'est considérablement développé au cours de l'évolution des espèces ; néanmoins celle-ci est conservatrice, puisque l'on retrouve dans le cerveau de l'homme des formes très primitives, sur lesquelles se superposent des formes plus évoluées, plus complexes. Ainsi, nous possédons trois-cerveaux-en-un, puisqu'au

cours de l'évolution qui aboutit au cerveau humain, le système nerveux central s'est développé selon un schéma à trois composantes fondamentales, que Mac Lean<sup>6</sup> désigne comme reptilienne, paléo mammalienne et néo mammalienne. Les trois étages du cerveau fonctionnent ensemble, car loin d'être des entités autonomes, ils interfèrent les uns sur les autres. Cette évolution et cette interdépendance sont d'ailleurs très bien explicitées par A. Leroi-Gourhan, qui rappelle que « *de l'animal à l'homme, tout se passe sommairement comme s'il se rajoutait cerveau sur cerveau, chacune des formations développée la dernière entraînant une cohérence de plus en plus subtile de toutes les formations antérieures qui continuent de jouer leur rôle* »<sup>7</sup>. Avant de voir comment les trois étages du cerveau fonctionnent ensemble, examinons d'abord leurs fonctions respectives.

Le cerveau « reptilien », primitif, déclenche des comportements de survie immédiate, sans quoi l'animal ou l'homme ne pourraient survivre. Chez l'homme, ce premier étage est intégralement conservé où il est représenté par la formation réticulaire du tronc cérébral et l'hypothalamus. Ces structures semblent être le siège, pour la formation réticulaire, de la vigilance, du sommeil, du tonus musculaire, des fonctions de respiration, déglutition, etc., et pour l'hypothalamus, des comportements « instinctifs » comme la faim, la soif, la reproduction, la fuite ou la lutte... Ces comportements sont stéréotypés, incapables d'adaptation, insensibles à l'expérience, car la mémoire dont est doté ce système nerveux simplifié qui en permet l'expression est une mémoire à court terme, ne dépassant pas quelques heures. Alors que boire et manger permettent à l'individu de maintenir sa structure, copuler lui permet de se reproduire ; quant à la fuite et la lutte, ces comportements sont des *modes d'adaptation*, des réactions inconscientes indispensables à la survie d'un organisme lorsque celui est menacé dans son environnement.

Sur ces fondements, inadaptés à l'apprentissage, s'ajoute un second cerveau, que Laborit appelle *cerveau de la mémoire*. Il englobe le premier, et on le désigne sous le nom de système limbique. Ce système est impliqué dans les phénomènes de mémorisation à long terme et dans l'affectivité. Car sans mémoire de ce qui est agréable ou désagréable, il n'est pas question d'être heureux, triste, en colère, angoissé, etc. Dans cette perspective, on pourrait presque dire qu'*un être vivant est une mémoire qui agit*, en fonction des apprentissages qu'il aura reçus...

Avec le système limbique se mettent en place des comportements moins « instinctifs » - immédiats -, puisqu'ils sont fondés sur la mémoire d'expériences (apprentissage) antérieures.

---

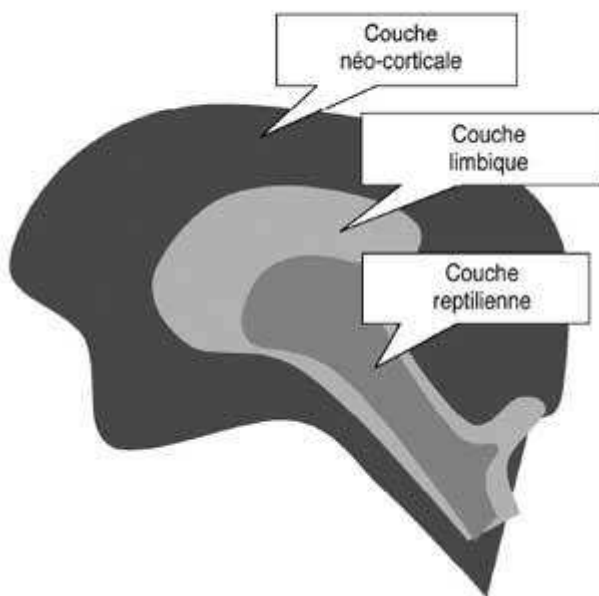
<sup>6</sup> Mac Lean, in *L'unité de l'homme*, Le seuil, 1974, p. 186-197.

<sup>7</sup> A. Leroi-Gourhan, *Le geste et la parole*, t. 1, *technique et langage*, Albin Michel, 1963, p. 114.

« La mémoire à long terme va donc permettre la répétition de l'expérience agréable et la fuite ou l'évitement de l'expérience désagréable »<sup>8</sup>. Fondamentalement interconnecté avec le premier étage du cerveau, le système limbique exerce une fonction de régulation aussi bien sur les capacités de vigilance que dans le contrôle des émotions. Il favorise donc une adaptation relativement souple aux variations survenant dans le milieu, en modulant les comportements.

Un troisième cerveau, enfin, s'ajoute aux deux premiers : le cortex cérébral. Chez l'homme, il a pris un développement considérable, on l'appelle *cortex associatif*. Cet étage supérieur, englobant les deux autres et philo génétiquement plus récent, fournit un moyen d'association des éléments mémorisés grâce au cerveau de la mémoire. Il associe les voies nerveuses sous-jacentes, qui ont gardé la trace des expériences passées, et les associe d'une façon différente de celles dont elles ont été impressionnées par l'environnement, au moment même de l'expérience. L'homme va ainsi pouvoir créer de nouvelles relations entre les matériaux mémorisés, élaborer un processus imaginaire. Le cortex associatif, qui est le siège des opérations symboliques et logiques, est indispensable au langage. En dialogue constant avec le système limbique et l'hypothalamus, il permet aussi une régulation de l'instinctif et de l'affectif en fonction des informations qu'il aura recueillies.

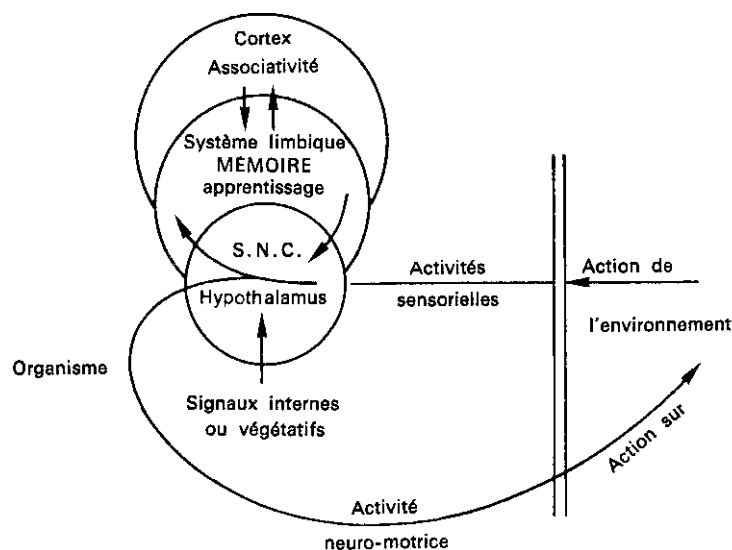
Le cerveau tri-unique selon Paul D. Maclean



<sup>8</sup> H. Laborit, *La nouvelle grille*, op. cit., p. 58.

La description sommaire que nous venons de faire du système nerveux nous montre à quel point le cerveau de l'homme, au fil de l'évolution, s'est développé et structuré en prenant des formes de plus en plus élaborées qui, grâce à l'expérience mémorisée et les innombrables capacités d'association, autorisent des réponses beaucoup plus variées, beaucoup plus souples, moins « instinctives », aux stimulations – informations - provenant de l'environnement. C'est en ce sens que l'on peut dire qu'avec l'homme le cerveau « s'humanise », le social, progressivement, surgissant littéralement du biologique. Ainsi, du point de vue des comportements – donc des manières d'agir -, *la détermination biologique va peu à peu laisser la place à la détermination culturelle*. Dans ce schéma le cortex occupe une position privilégiée puisqu'il unifie, régule et modifie le fonctionnement des étages qu'il englobe. Il offre aussi, par ailleurs, d'autres possibilités de réponses aux stimulations et aux informations provenant de l'environnement, des formes d'actions mettant davantage en jeu l'activité *symbolique* – au détriment de l'activité *motrice* -.

L'action sur le milieu (boucle rétroactive) <sup>9</sup>



Si l'on considère l'individu dans sa relation constante avec le milieu, on observera qu'à partir d'une stimulation initiale, un processus complexe est engagé, mettant en jeu les multiples étages du cerveau. Empruntant les divers circuits qui vont lui donner une certaine coloration,

<sup>9</sup> H. Laborit, *La légende des comportements*, op. cit., p. 53.

l'information extérieure, en provenance du milieu, aboutira à une réponse sur l'environnement. Or cette action sur le milieu nous permet de penser la relation entre le biologique et l'environnement, car celle-ci sera modulée, donc susceptible de varier, en fonction de la mémoire propre de l'individu, des apprentissages résultant de sa pratique.

Ainsi, face à la même situation, face aux mêmes informations provenant du milieu extérieur, l'homme est amené à réagir différemment selon son vécu, selon la somme de ses expériences incorporées. Dès lors, comme un individu est avant tout une *mémoire qui agit*, le pont entre le biologique et le sociologique se dessine progressivement puisque les expériences – apprentissages – propres à chaque individu dépendent pour bonne part de la position sociale occupée par celui-ci. C'est pourquoi la détermination culturelle des comportements enrichie et module les fondements biologiques que nous venons d'observer car, semble-t-il, les modes d'agir des individus (possibilités de lutte, fuite) sont aussi déterminés socialement/culturellement. Certes, l'expérience de chaque individu demeure unique, cependant, dans nos sociétés, où les espaces d'autonomie sont particulièrement réduits, on peut parler, comme l'a fait J. M. Bessette, de « *déterminations psychologiques et comportementales similaires au niveau des groupes sociaux, en fonction de la place qu'occupent ces différents groupes dans les rapports de production* ». <sup>10</sup>

C'est dans ce cadre que nous pourrions intégrer au palier biologique des aspects plus sociologiques et voir comment les comportements, dans certaines circonstances (épreuves, conflits, stress, agressions qui menacent l'équilibre biologique, la survie...), sont susceptibles d'être modulés en fonction des capacités d'abstraction et de symbolisation – imagination – propres aux différents groupes sociaux.

Mais revenons à *l'action*. On a dit, en préambule, que celle-ci est indispensable à l'équilibre biologique, au maintien de la structure, donc à la survie de l'individu. Si l'action, chez l'animal, passe par une activité motrice, nous verrons que chez l'homme - avec le développement du cerveau : cortex -, celle-ci peut se réaliser au travers d'une activité symbolique, mettant en jeu l'imaginaire (créativité).

Toutefois, que se passe-t-il quand un individu se trouve dans l'incapacité d'agir efficacement ? Quels sont les modes d'adaptation nécessaires au bien-être, à la survie, lorsque le milieu – les conditions de vie extérieures – ne permet pas l'action gratifiante et menace l'homéostasie?

---

<sup>10</sup> J. M. Bessette, *Sociologie du crime*, P.U.F., 1982, p. 121.



## *L'expérimentation avec des rats*

La motivation première d'un être vivant étant la recherche de l'équilibre biologique, cela implique que celui-ci soit toujours en mesure d'agir efficacement dans (et sur) son environnement. C'est pourquoi l'action, commandée par le système nerveux, paraît tellement essentielle que lorsqu'elle n'est pas possible, que le milieu, ou les conditions de vie extérieures, s'opposent à la réalisation d'un comportement opérant et gratifiant, « *c'est l'ensemble de l'équilibre d'un organisme vivant qui va en souffrir, quelquefois jusqu'à entrainer la mort* »<sup>11</sup>. Et ce fait, nous allons le voir, s'observe aussi bien chez le rat que chez l'homme, plus souvent chez le rat que chez l'homme, car le rat n'a pas la possibilité d'élaborer un processus imaginaire pour fuir ou pour lutter – donc pour agir – contre les épreuves qui menacent son intégrité biologique.

### *L'expérience*<sup>12</sup>

1. Prenons un rat que l'on met dans une cage à deux compartiments, c'est-à-dire un espace séparé par une cloison dans laquelle se trouve une porte et dont le plancher est électrifié de manière intermittente. Un signal sonore et un flash lumineux sont enclenchés et quatre secondes après un courant électrique est envoyé dans le plancher grillagé. Au début de l'expérience, il est inquiet, puis rapidement, il s'aperçoit qu'il y a une porte ouverte et il passe dans l'autre pièce. La même chose va se reproduire quelques secondes après et le rat va très vite apprendre la relation temporelle entre les signaux sonores et lumineux et la décharge électrique. Il va donc éviter la « punition » du petit choc électrique dans les pattes en passant dans le compartiment de la cage où il se trouvait au départ. Cet animal qui subit cette expérience pendant une dizaine de minutes par jour, pendant sept jours consécutifs, est en parfaite santé à l'issue de l'expérience ; sa tension est parfaite, il ne fait pas d'hypertension artérielle, son poil est lisse. Par la fuite, il a évité la punition et a maintenu son intégrité biologique.
2. Dans la seconde expérience, le rat est placé dans la cage mais la porte de communication est fermée. Il va donc recevoir le choc électrique sans pouvoir s'enfuir.

---

<sup>11</sup> Laborit, *Eloge de la fuite*, op. cit., p. 43.

<sup>12</sup> Présentée par Laborit dans *Eloge de la fuite, La légende des comportements* (notamment...).

Ainsi il subit toutes les « punitions » mais il sera en face d'un autre rat qui lui servira d'adversaire : il va donc lutter, se battre, mordre et griffer. Cette lutte est totalement inefficace, elle ne lui permet pas d'éviter la punition, mais il a agit. Or un système nerveux ne sert qu'à agir...

Après une expérimentation d'une durée analogue à la phase 1, les rats sont auscultés et leur état biologique, à part les morsures et les griffures, est excellent. Ils ne feront aucun accident pathologique.

3. Dans une nouvelle expérience, le rat est placé seul dans la cage mais la porte de communication entre les deux compartiments est fermée. Ne pouvant fuir, il va donc être soumis à la punition à laquelle il ne peut pas échapper. Cette punition va provoquer chez lui un comportement d'inhibition. Il ne bouge plus, son poil s'hérissé, sa respiration et son rythme cardiaque s'accroissent. Apprenant que toute action est inefficace, qu'il ne peut ni fuir ni lutter, il attend en tension...

Au huitième jour, les examens biologiques révèlent : une chute de poids importante ; une hypertension artérielle qui persiste sur plusieurs semaines ; de multiples lésions ulcéreuses sur l'estomac ; et peut être même évolutions cancéreuses...

Ces différentes expérimentations amènent aux constatations suivantes :

L'animal qui subit une agression et qui peut protéger son organisme, maintenir son équilibre biologique par la *fuite* (expérience 1), ou par la *lutte* (expérience 2) ne développe pas de troubles organiques. L'animal qui ne peut ni *fuir* ni *lutter* (expérience 3) se trouve en *inhibition de son action* et présente des perturbations pathologiques.

## 2 - L'inhibition de l'action <sup>13</sup>

Il existe dans le cerveau deux voies majeures qui concourent à l'activation des comportements : le *circuit de la récompense* (le « *medial forebrain bundle* » - MFB – en anglais) et le *circuit de la punition* (ou « *periventricular system* » - PVS -). Le circuit de la récompense, par le cycle « *désir – action – satisfaction* », et le circuit de la punition, par la réponse de *lutte* ou de *fuite* réussie, amènent tous les deux l'organisme à préserver son équilibre biologique et forment ce que l'on appelle le « *système activateur de l'action* » (SAA). Cela correspond à la description du fonctionnement de la boucle rétroactive de l'action sur le milieu<sup>14</sup> – en fonction des informations reçues - permettant de conserver la structure de l'organisme par l'intermédiaire du maintien ou du rétablissement de la *constance des conditions de vie dans le milieu intérieur* selon C. Bernard, de l'*homéostasie* selon W. B. Cannon, obéissant aussi, semble-t-il, au *principe de plaisir* selon S. Freud. Un individu cherche donc toujours à se maintenir en vie en agissant de manière efficace, c'est-à-dire en recherchant l'agréable et en évitant le désagréable. C'est donc par *l'action* qu'un être se gratifie, ou se fait plaisir au sens biologique du terme, en satisfaisant ses besoins les plus élémentaires (s'alimenter par exemple) et en évitant (fuite), ou en détruisant (lutte) ce qui présente une menace potentielle dans le milieu (choc électrique, concurrence avec une autre espèce, agression, danger...).

A ce *système activateur de l'action* s'oppose un *système inhibiteur de l'action* (SIA). Son activation survient devant le constat de l'inefficacité de l'action. L'impossibilité d'agir efficacement en vue de préserver l'équilibre biologique conduit l'organisme à une sorte d'immobilisme. Ce phénomène d'*attente en tension* est perceptible chez le rat (expérience 3) qui subit des agressions en provenance du milieu dans lequel il est enfermé ; sa pulsion à agir, c'est-à-dire fuir pour maintenir un état de bien-être, ne parvient pas à s'exprimer.

Ainsi quand le milieu, les conditions de vie extérieures, ne permettent pas l'action gratifiante et présentent une menace pour l'organisme, seuls deux comportements permettent d'assurer la survie : la *fuite* (animal face à un danger...), ou la *lutte* (pour détruire ce qui dans l'environnement menace la survie). Ces deux comportements sont des modes d'adaptation qui permettent de réinstaurer une action qui n'était plus possible ; en fuyant ou en combattant, un

---

<sup>13</sup> Cf. H. Laborit, *La légende des comportements*, op. cit., pp. 225 – 270.

<sup>14</sup> V. schema p. 358.

être vivant renoue avec l'action, donc avec la vie. Toutefois, lorsque la fuite et la lutte paraissent impossibles, que toute action semble inefficace, la soumission et l'acceptation du statu quo demeure bien souvent la dernière alternative pour assurer la survie.

La mise en jeu du système inhibiteur de l'action a d'ailleurs aussi comme finalité le maintien de la structure puisqu'en fonctionnant sporadiquement, le SIA empêche temporairement toute action inutile qui ne pourrait qu'empirer la situation. Cette réaction d'inhibition peut donc être considérée comme « adaptative », puisqu'elle tend à éviter la destruction de l'agressé par l'agresseur (ou agent agresseur) en offrant au premier la possibilité de sa faire oublier, d'éviter la confrontation. Nous verrons cependant que ce fonctionnement (mécanisme), qui peut momentanément s'avérer salutaire, comporte en réalité des dangers qui sont liés à la durée, quand les conditions environnementales se prolongent. *Et cela est observable chez l'animal comme chez l'homme...*

*Homme, société, inhibition de l'action...*

*« L'homme est né pour l'action, comme le feu tend en haut et la pierre en bas »*

*Voltaire, Sur les pensées de M. Pascal...*

Imaginons la scène suivante : un petit animal gambade au milieu d'un champ, en pleine campagne, quand soudain, il aperçoit un rapace qui survole dans les parages ; compte tenu du danger et de la menace qui pèse sur lui, il a tout intérêt de ne plus bouger et d'espérer passer inaperçu. Ne percevant pas le moindre mouvement, le rapace ne tardera pas à changer de lieu ; grâce à l'activation de son SIA, le petit animal aura attendu « en tension » le départ de l'oiseau menaçant, puis pourra regagner son terrier où il sera à l'abri, sain et sauf. Ne plus agir – faire le mort – pour survivre présente parfois des avantages en présence d'un prédateur dangereux, quand l'attente de son départ ne dure pas trop longtemps.

En revanche, tout devient plus compliqué dans le monde social. Chez l'homme, en effet, le système inhibiteur de l'action peut être activé de façon chronique et durable pour éviter une

confrontation perdue d'avance. L'impossibilité d'agir conduit l'individu à se soumettre à une situation qu'il n'aura pas forcément désiré mais que les barrières sociales – interdits socioculturels – l'obligeront à supporter et à endurer, ce qui ira progressivement à l'encontre de son équilibre et de son bien-être – au sens biologique du terme. Dans ce cas l'inhibition de l'action ne se limite plus à une simple parenthèse adaptative entre des actions d'approche ou de retrait : elle devient une véritable source d'*angoisse*, qui peu à peu va miner la santé de l'individu.

« *Tout est lié. Tout est vivant. Tout est interdépendant* »<sup>15</sup>

On pourrait s'interroger sur l'analogie – l'extrapolation ? – qui est faite entre le biologique et le social (*de l'animal à l'homme...*). N'oublions pas que l'homme est aussi un animal (politique...), que tous deux sont dotés d'un cerveau, d'un système nerveux central, même si cet « outil », chez l'homme, a acquis au fil de l'évolution un certain degré de complexité qui permet à celui-ci de réagir, de répondre, bref, de s'adapter avec plus de souplesse, avec plus de créativité aux situations qui proviennent de la relation constante qu'il entretient avec son environnement. La conscience réfléchie et le langage – la plasticité - sont des particularités propres à l'homme (cortex), mais nos instincts/pulsions sont toujours celles très primitives du cerveau reptilien (fuite, lutte, inhibition, consommation, etc.). Bien que nos pulsions soient régulées par les étages supérieurs du cerveau, *tout animal est dans l'homme*. Comme l'a écrit Leakey, « *nous ne sommes pas entièrement émancipés de nos racines biologiques, mais nous n'en sommes pas les esclaves* »<sup>16</sup>...

Penser l'animal d'un côté, l'homme de l'autre, semble même contraire à la démarche anthropologique, qui a pour dessein d'embrasser les phénomènes du vivant dans leur globalité (en effet, l'analyse du phénomène humain nécessite de prendre en considération les divers paliers qui du biologique au sociologique sont en interactions continues...). Parler d'analogie, d'ailleurs, n'est pas tout à fait approprié, car celle-ci sous-entend une dichotomie entre des phénomènes qui en réalité sont du même ordre et que l'on pourrait rattacher à l'étude du vivant. *Et de plus en plus, celle-ci peut être menée de manière rigoureuse, se construire sur*

---

<sup>15</sup> Amadou Hampâté Bâ

<sup>16</sup> R. E. Leakey, R. Lewin, *op. cit.*, p. 248.

*de solides assises, car l'observation des faits biologiques, comme le rappelle Laborit, a fait découvrir des lois structurales qui paraissent valables pour tout le monde du vivant.*<sup>17</sup>

Ainsi l'homme, comme l'animal, peut lui aussi se retrouver en inhibition de l'action, dans l'impossibilité plus ou moins longue de dominer une situation.

Prenons l'ouvrier, par exemple, qui tous les jours doit se plier à la volonté d'un chef de chantier qui abuse de son pouvoir et qui dégage un certain mépris à son égard. Certes, il continuera à travailler, mais dans des conditions telles qu'il ne se réalisera pas, qu'il n'éprouvera aucun plaisir à évoluer dans un tel contexte de travail. Ne pouvant fuir, car il se retrouverait au chômage, et ne pouvant le combattre par la lutte, car les lois sociales interdisent l'agressivité défensive, il subit une situation qui à la longue entraîne des dérèglements dans son milieu intérieur et qui devient peu à peu nuisible pour son organisme et sa santé. Ainsi, semaines après semaines, mois après mois, et parfois années après années, ce travailleur se retrouve en inhibition de l'action car il ne peut pas agir comme il le voudrait. Démuni de moyens, de stratégies, pour « débloquer » cette situation qui ne lui convient pas, il est contraint, à la longue, de s'y soumettre. C'est sans doute cette forme de résignation et d'abdication face à l'adversité que décrit Nietzsche dans ces quelques lignes consacrées à ce que le philosophe appelait le « fatalisme russe » : « *Ce fatalisme sans révolte dont est animé le soldat russe qui trouve la campagne trop rude et finit par se coucher dans la neige. Ne plus rien prendre, renoncer à absorber n'importe quoi, ne plus réagir d'aucune façon. La raison profonde de ce fatalisme, qui n'est pas toujours le courage de la mort, mais bien plus souvent la conservation de la vie, dans des circonstances qui mettent le plus la vie en danger, c'est l'abaissement des fonctions vitales, le ralentissement de la désassimilation, une sorte de volonté d'hibernation* »<sup>18</sup>.

On pourrait presque dire que biologiquement, l'homme reste un animal adapté à l'action. Or quand un individu sent qu'il ne contrôle plus son environnement, qu'il ne peut plus agir au mieux de son bien-être et de son équilibre, il développe un mode d'adaptation qui s'apparente à une forme de repli sur soi, d'abdication face aux contraintes provenant du milieu extérieur. Cette forme d'« *attente en tension* » débouche sur l'*angoisse*, c'est-à-dire sur l'impossibilité d'agir efficacement en réalisant un comportement gratifiant.

---

<sup>17</sup>H. Laborit, *La nouvelle grille*, op. cit., p. 17.

<sup>18</sup>F. Nietzsche, *Ecce homo*, p. 253, in *œuvres philosophiques complètes*, Gallimard, 1974.

Différentes situations qui conduisent à l'inhibition de l'action ont pu être étudiées. Faisons-en une revue sommaire <sup>19</sup> :

Une des formes les plus courantes d'inhibition de l'action résulte du conflit qui s'établit dans les voies nerveuses entre les pulsions et l'apprentissage de la punition qui peut résulter de leur satisfaction. Punition qui le plus souvent, pour l'homme, provient de l'environnement humain, du contexte social et culturel dans lequel il évolue. C'est le cas, par exemple, lorsqu'une situation ne nous satisfait pas mais que nous sommes dans l'impossibilité plus ou moins longue de nous en dégager : contraint de nous y soumettre, nous sommes alors en IA (ex. de l'ouvrier, du clochard prostré pris entre sa pulsion de vie et l'impossibilité de satisfaire celle-ci, etc.).

L'impossibilité d'agir efficacement – débouchant sur l'angoisse – peut également résulter du manque d'information concernant un évènement qui survient dans l'environnement. Ne sachant pas comment l'affronter ou le gérer, ne disposant pas des apprentissages nécessaires pour s'adapter à la situation qui se présente, l'individu se retrouve inhiber dans son action. Dans ce cas de figure, l'angoisse résulte d'un *déficit informationnel*, de l'ignorance où nous sommes des conséquences pour nous d'une action, ou de ce que réserve l'avenir. Ainsi, dès lors qu'un individu manque d'éléments, de ressources, pour affronter de manière efficace un évènement ou une épreuve qui peut menacer son équilibre (bien être), il développe un comportement d'inhibition.

*L'inhibition est donc la conséquence d'une pulsion à agir qui ne parvient pas s'exprimer...*

Pulsion fondamentale lorsqu'elle tente de satisfaire aux besoins primaires indispensables à la survie (manger, boire, copuler) ; cependant, chez l'homme, il y a des pulsions qui répondent à des besoins acquis devenus aussi impératifs que les besoins fondamentaux : ceux qu'une société définit comme indispensables au bien être et à la réalisation de soi. En effet, l'homme a besoin de plus que de nourriture pour s'accomplir dans le milieu dans lequel il évolue. Sa recherche du bien être, de l'agréable, va le pousser à satisfaire ces besoins secondaires afin d'augmenter ses sources et ses espaces de gratification : des conditions de logement agréables, un certain confort, une certaine tranquillité de vie assurée par une activité professionnelle « intéressante », offrant autonomie et reconnaissance (temps libre, etc.), bref, toutes ces « choses » qui garantissent à l'individu qui peut y avoir accès un certain niveau de

---

<sup>19</sup> H. Laborit, *La légende des comportements*, op. cit., p. 227.

bien-être ou de plaisir. Mais lorsque l'envie de satisfaire ces désirs, auxquels certaines catégories de population ont plus facilement accès que d'autres, se heurte à l'impossibilité de les satisfaire (*ressources insuffisantes*), il naît chez l'individu un sentiment pénible d'attente et d'impuissance qui est le résultat de l'activation du SIA. Or chez l'homme, bien des désirs inassouvis – comme celui d'une existence plus confortable, moins lourde à supporter et à gérer, où l'avenir est moins incertain -, débouchent sur l'angoisse...

### *Conséquences somatiques, effets sur la santé de l'IA<sup>20</sup>*

Cette situation dans laquelle un individu peut se trouver, d'inhibition dans son action, si elle se prolonge, peut être à l'origine de nombreuses pathologies et d'un affaiblissement général – d'une vulnérabilité plus grande – de l'organisme. Les perturbations biologiques qui l'accompagnent vont déclencher aussi bien l'apparition de maladies infectieuses que tous les comportements des maladies mentales....

Par son action prolongée, l'inhibition de l'action entraîne la libération de cortisol (libération de cortisone par les glandes surrénales), ce qui a pour conséquence de fragiliser le système immunitaire ; sous l'effet de mécanismes complexes, l'activité du système immunitaire, en état d'inhibition, peut se trouver bloquée. L'organisme opposera donc moins de résistance aux infections. Dans ces conditions, tout microbe, tout virus, toute cellule cancéreuse pourra se développer sans trouver de résistance. De façon très simplifiée, on peut dire que l'inhibition de l'action, en favorisant l'émission de glucocorticoïdes, réunit tous les facteurs fragilisant l'organisme...

Ces mêmes glucocorticoïdes provoquent aussi une rétention par le rein d'eau et de sel, ce qui entraîne une augmentation de la masse sanguine. Or, dans le même temps, la noradrénaline, dont l'inhibition de l'action favorise également l'émission, diminue la capacité du système circulatoire par la vasoconstriction qu'elle déclenche (diminution du calibre des vaisseaux). Il

---

<sup>20</sup> En annexes : encadré Laborit in La légende des comportements, p. 238 + *précisions sur le système immunitaire, description de son organisation ; interleukines, glucocorticoïdes, etc*



résulte de cette situation – trop de contenu pour un contenant trop étroit – une hypertension artérielle avec toutes les conséquences que cela suppose : hémorragies cérébrales, infarctus, etc. Le métabolisme des lipides se trouve aussi perturbé et l'athérosclérose, avec ses incidences au niveau cardiovasculaire, ne tarde pas à se manifester.

Enfin la destruction des protéines – d'où une diminution du sommeil – favorise les ulcères à l'estomac.

### *Les radicaux libres*

Si aujourd'hui les *radicaux libres* et leur rôle en pathologie semble largement reconnu par la communauté médicale internationale, il n'en pas toujours été ainsi. Dans les années 60, le professeur Laborit et son équipe orientèrent leurs recherches vers l'étude des *antioxydants*<sup>21</sup>. Ils furent amenés à généraliser le rôle dommageable pour l'organisme des radicaux libres, susceptibles de commander à la pathologie inflammatoire, aux infarctus, aux comas et au vieillissement. A cette époque, ces notions ne suscitèrent guère d'intérêt dans le monde médical et les molécules d'antioxydants que l'équipe de chercheurs avaient étudiées expérimentalement n'intéressèrent aucune firme pharmaceutique.

Or, les années passèrent, et les chercheurs se rendirent compte que l'inhibition de l'action – l'attente en tension -, élevait considérablement le métabolisme oxydatif et que celui-ci était un pourvoyeur important de radicaux libres. Conclusion : *l'angoisse serait un puissant facteur de production de radicaux libres*. Si l'état d'inhibition se prolonge, on peut donc concevoir qu'elle puisse favoriser les différents processus physiopathologiques dont ces derniers sont responsables, parmi lesquels les processus de *vieillesse*. De plus en plus, d'ailleurs, l'intérêt des antioxydants classiques (vitamines A, C, E) et mis en avant par la médecine pratique.

---

<sup>21</sup> H. Laborit, *La légende des comportements*, op. cit., p. 246.

Bien que nous n'ayons fait que dégrossir ce vaste champ d'investigation qu'est la biologie comportementale, il semble néanmoins que nous disposons à présent d'un nombre suffisant d'éléments, relatifs aux mécanismes complexes qui commandent et stimulent l'*action*, pour être en mesure de formuler certaines interrogations, qui nous amèneront à considérer de façon plus pertinente les imbrications existant entre le *biologique* et le *social*. C'est donc vers l'anthropologie, qui voit dans l'homme *l'ultime expression d'un animal culturel*, que nous nous tournons de plus en plus, afin de comprendre au mieux comment certaines assises (soubassements...) biologiques, sous l'effet de la culture, s'actualisent et prennent une coloration différente dès lors qu'elles se retrouvent placées, pensées dans une perspective sociologique.

Voici donc les points sur lesquels on pourrait s'interroger :

Peut-on identifier, assez clairement, des catégories de population – des groupes sociaux - qui seraient plus susceptibles que d'autres, au cours de leur existence, de se retrouver face à des impasses, devant des épreuves face auxquelles ils abdiqueraient, ou se résigneraient, parce que dépourvus de moyens d'actions pour agir efficacement, pour trouver une solution, une façon de s'adapter aux problèmes posés par l'environnement ? Certaines fractions du corps social sont-elles plus déterminées que d'autres à subir les effets nocifs – sur long terme – de « l'attente en tension » ? Enfin, et c'est sans doute là l'essentiel, s'il existe une inégalité sociale face aux risques de l'inhibition de l'action, comment se construit-elle ? (autrement dit : pourquoi certaines classes sociales peuvent-elles difficilement s'y soustraire?)

Plutôt que des réponses, nous allons prendre le parti de formuler ici des propositions, qui, sans doute, laisseront plus d'« ouverture », plus de possibilité à la discussion et qui, pourquoi pas - puisque nous arrivons aussi au terme de notre travail – pourront servir de point d'appui (pour nous ou pour d'autres...) à l'élaboration d'un travail plus approfondi, plus abouti, sur les points que nous allons soulever, qui tendent vers une approche « totale » de l'inégalité des hommes face à la mort, vers une approche anthropologique des questions relatives à la mortalité différentielle...

En fonction des enseignements que l'on peut tirer de nos travaux, il semble tout à fait probable que l'inhibition de l'action - et l'angoisse qui en résulte - soit moins aiguë pour le dominant que pour celui qui se trouve au bas de l'échelle sociale et dont les espaces gratifiants, les espaces de liberté, les marges de manœuvres pour orienter sa vie à son avantage, sont réduits au minimum. Nous ne pensons pas être dans le faux, non plus, en écrivant que l'impossibilité d'agir efficacement, au mieux de son équilibre et de son bien-être – donc de sa santé -, soit plus le fait des dominés, justement parce que le propre du dominé et de *subir*, c'est-à-dire de ne pas être *maître de son destin*, d'être dépossédé du pouvoir de dire la signification et la direction de son existence, et d'être ainsi condamné à vivre dans un temps orienté par les autres, *aliéné*<sup>22</sup>. La question, en fait, est de savoir comment un individu peut-il agir au mieux de son bien-être (homéostasie) - donc en se faisant plaisir, en se réalisant - lorsque sa vie est orientée, encadrée et dirigée par d'autres qui ont davantage de pouvoir sur lui (par les dominants, qui sont un peu les « maîtres du jeu »...)?

Si l'on peut parler d'une inégalité sociale face aux probabilités de se retrouver en inhibition de l'action – ce qui fournirait une explication de plus à l'inégalité sociale devant la maladie et à la surmortalité des classes dominées -, il est possible que la cause première de cette inégalité soit due au fait que les dominés, partout où ils évoluent dans le monde social, se retrouvent davantage confrontés à des situations qui menacent leur équilibre biologique, à des épreuves, à des agressions – imposition d'un rapport de force, domination, pouvoir -, à des situations frustrantes, voire conflictuelles, qui les conduisent bien souvent vers des impasses. Ils se retrouvent donc plus souvent dans l'incapacité d'agir, « coincés », « enfermés » dans des situations sans issues, dont ils peuvent difficilement s'extirper (un peu comme le rat en cage...).

Ces situations s'observent particulièrement dans le monde du travail.

Le manque d'autonomie, de pouvoir décisionnel, de liberté dans l'organisation des tâches qui caractérisent les métiers subalternes – particulièrement les ouvriers – condamnent ces travailleurs à supporter des conditions de travail qui ne les satisfont pas toujours. Cela vient en écho à ce que nous exposions précédemment, puisque l'on pourrait dire que leur pulsion à agir au mieux de leur bien être et de leur confort, en ayant un minimum de contrôle sur l'aménagement de leur travail, ne parvient pas à s'exprimer. Le dominé au travail exécute ce qu'on lui demande, sans que ses attentes, ses désirs, ses frustrations, soient toujours

---

<sup>22</sup> « *Ce qui est*, l'explique très bien Bourdieu, *le destin de tous les dominés, obligés de tout attendre des autres, détenteurs du pouvoir sur le jeu et sur l'espérance objective et subjective des gains qu'il peut offrir, donc maîtres de jouer de l'angoisse qui naît inévitablement de la tension entre l'intensité de l'attente et l'improbabilité de la satisfaction* » (P. Bourdieu, *Méditations Pascaliennes*, op. cit., p. 340.)

entendues. Ils subissent donc, parfois des années durant, le poids de contraintes auxquelles ils ne peuvent que trop rarement se soustraire. Aussi, les dominés n'étant pas maître de leur œuvre, ceux-ci ont le sentiment que leur travail leur échappe, que la maîtrise du processus de travail – ainsi que sa finalité - leur est étrangère, puisqu'elle appartient à d'autres, qui ordonnent, agencent, dictent, pensent pour eux. Et lorsque l'on « *est pensé* », c'est-à-dire que d'autres se chargent de réfléchir à notre place, on « *marche au pas* » (comme dirait Bourdieu). Or *marcher au pas*, c'est être soumis, obéir davantage à d'autres qu'à soi-même, c'est ne pas être en mesure d'agir et de se gratifier, afin de conserver son équilibre. Les rapports de domination qui s'installent dans le monde du travail condamnent, majoritairement, les dominés – métiers subalternes, sous qualifiés – à endurer et à incorporer la soumission, donc à supporter un degré élevé d'aliénation. Souvent dans l'impossibilité de dominer leur propre situation, comme celle de leur vie future, de leurs perspectives d'avenir et de leurs carrières qu'ils envisagent avec angoisse<sup>23</sup>, les dominés se retrouvent, semble-t-il, dans un état de soumission et parfois d'abdication face au poids d'une existence trop lourde à porter (et à supporter) et dont ils préfèrent, parfois, se défaire<sup>24</sup>...

Incapables d'agir efficacement sur leur condition, présente et futur, on peut penser que cette impuissance est le résultat de l'activation du système inhibiteur de l'action. On devine donc une relation assez étroite entre *aliénation* et *inhibition de l'action*, relation qui nous permet maintenant de voir de façon sans doute plus objective les conséquences que peut avoir sur la santé l'aliénation subie au quotidien. Le dominé souffre au travail car pour lui, le degré d'exigence – charges, délais, cadences, intensification – est aussi élevé que sa liberté pour y répondre est faible...

Nous avons vu l'état de stress chronique qui peut résulter de ces situations où l'intensification du travail n'est pas compensée, soulagée par un certain pouvoir décisionnel, par des marges de manœuvres importantes. C'est pourquoi, selon nous, trop d'exigences et trop peu de moyens – autonomie – pour mener à bien ses tâches –objectifs - conduit inéluctablement à l'inhibition de l'action (à un état de stress, d'angoisse). Certaines analyses, par ailleurs, tentent d'apporter des réponses (un peu idéalistes) à ce que pourrait être une organisation du travail qui serait porteuse de bonnes conditions psychologiques – donc aussi physiologiques, puisque l'individu un tout physiologique et psychique – de travail<sup>25</sup>. Il s'agirait d'une organisation qui n'écrase pas les individus, qui leur donne la possibilité de développer une

---

<sup>23</sup> Cf. S. Beaud & M. Pialoux, *op. cit.* .

<sup>24</sup> On sait que les exécutants, les dominés – ouvriers, employés- se suicident davantage que les cadres, les catégories « supérieures »...

<sup>25</sup> Cf. M. Gollac, S. Volkoff, *op. cit.*, p. 82, 83.

activité autonome, de lutter contre la souffrance et la domination. Elle mettrait en avant l'initiative des salariés, limiterait les périodes d'urgence et rendrait le travail prévisible, procurerait des carrières sûres à ceux qui le souhaitent et une bonne visibilité des perspectives professionnelles, offrirait des phases de changement (pour remédier à la routine et à l'ennui) mais aussi et surtout des phases de stabilité, qui limiteraient les risques du chômage, s'occuperaient activement du soutien technique et affectif de chaque travailleur, en étant plus attentifs à leur besoins, leurs désirs et leurs suggestions.

Cette organisation idéale du travail met en avant, finalement, l'opposé de ce que vivent les salariés du bas de l'échelle sociale, et particulièrement les ouvriers. Elle est aussi présentée comme une organisation qui permettrait aux individus de se réaliser davantage dans leur travail, d'échapper à l'aliénation et à la subordination passive, à l'incertitude de leur destin professionnel, donc d'être davantage *acteurs* de leur existence, au travail comme en dehors. En définitive, cette vision idéale du travail, qui relève presque du mythe pour les salariés d'exécution (et pour l'ensemble des classes populaires), semble aussi réunir toutes les conditions pour que les salariés renouent avec le bien être au travail en garantissant, en favorisant la créativité, l'autonomie et la liberté nécessaires pour échapper à l'inhibition de l'action.

Le monde du travail n'offre certes pas toujours la possibilité à certaines catégories de salariés de se gratifier et de se réaliser, cependant, en être exclu, se retrouver au chômage, est tout autant – sinon plus - générateur d'angoisse car l'absence d'activité, d'échanges, d'obligations, d'organisation rythmée par des horaires, des rendez vous, par certains impératifs, etc., a rapidement tendance à plonger les individus dans un état pénible d'*attente*. Le chômage, en effet, c'est l'inaction, l'*attente en tension* par excellence. Et l'inhibition de l'action qui peut se manifester suite à l'exclusion du marché du travail concerne davantage les ouvriers et les employés, catégories les plus lourdement frappées par le chômage. De surcroît, lorsque celui s'inscrit dans la durée (chômage longue durée), l'attente et l'impuissance n'en sont que plus longues et les effets sur la santé et la mortalité que plus préjudiciables. Comme l'a si bien dit P. Bourdieu, « *l'attente implique la soumission* »<sup>26</sup>. La situation de chômage étant généralement plus *subie* que *choisie* - surtout quand l'inactivité se prolonge dans le temps -, les catégories sociales qui se retrouvent confrontées à cette épreuve s'enlisent et se structurent dans un quotidien marqué et ordonné par une rythmicité en complet décalage avec le monde

---

<sup>26</sup> P. Bourdieu, *op. cit.*, p. 329.

social, monde social qui s'apparente à un jeu dont ils ont de plus en plus tenus à l'écart (*et sur lequel ils ne peuvent quasiment plus agir, où toute action devient dérisoire...*).

De la même façon, l'annonce d'un licenciement<sup>27</sup>, l'incertitude liée à la précarité, etc., génère chez les plus démunis une angoisse qui naît de l'inhibition de l'action, du fait qu'ils sont dans l'impossibilité d'agir face aux menaces qui pèsent sur eux, sur leur vie professionnelle, familiale, donc sur leur avenir, et contre lesquelles ils ne peuvent lutter efficacement. Impuissants, leurs revendications n'étant que trop rarement entendues et leurs moyens d'action étant souvent limités (faible capital social, symbolique), ils se retrouvent contraints d'attendre et font payer à leur corps, par la maladie, ce qu'ils ne peuvent faire payer à d'autres, à la domination, aux employeurs, aux politiques, au poids des structures (v. pathologies liées aux plans sociaux, dès l'annonce, suicides...). Autant que le chômage, l'annonce d'un plan social a donc des conséquences graves pour les salariés car ceux-ci perdent peu à peu la maîtrise de leur environnement. Leur futur devient incertain, leurs projets sont remis en question et l'avenir est un donné qu'ils ne contrôlent plus. Leur souffrance, physique et morale, est à la hauteur de leur impuissance, voire même de leur résignation...

Il est aussi probable, c'est en tout cas notre point de vue, que les conditions d'existence des dominés, caractérisées par une pauvreté multidimensionnelle, ne leur permettent pas, dans leur vie de tous les jours, de se gratifier comme ils le désireraient, de se faire plaisir, d'être « bien » dans leur existence en ayant aussi accès à ce que d'autres hommes, d'autres milieux, ont, c'est-à-dire un certain confort, une certaine aisance, de la quiétude et du bien être (sans forcément parler uniquement d'argent : tranquillité, sérénité, équilibre affectif et soutien émotionnel...<sup>28</sup>). De la difficulté, voire de l'impossibilité qu'ont les membres des classes dominées à se gratifier comme d'autres le font, naît une angoisse de frustration qui résulte du conflit entre le désir de jouir d'une existence plus confortable, « meilleure », et l'impossibilité de le satisfaire. C'est pourquoi bien des désirs inassouvis, chez l'homme, comme celui d'exercer une profession moins avilissante et plus reconnue, de disposer d'un

---

<sup>27</sup> L'actualité, d'ailleurs, est souvent marquée par ces fameux « plans sociaux », véritables *meurtre social* selon certains délégués syndicaux (cf. automne 2012, M. Arcelor...).

<sup>28</sup> Avoir une vie sociale (famille par exemple) peut être un bon remède contre l'angoisse. Une relation implique de l'action, des échanges, parfois des conflits... donc de la vie. *L'homme social* agit davantage, vit davantage. La relation peut lui permettre d'éviter d'« attendre en tension » : parler de ses problèmes, de ses doutes/angoisses, réguler ses incertitudes (cf. famille). La vie de famille, on l'a vu, offre aussi une meilleure résistance (plus de réponses, davantage de soutien) face aux événements de vie stressant (ex. travail, pression, impondérables...). Tandis que l'homme seul somatise, cogite, angoisse... (et se retrouve plus sujet aux addictions : moyens de fuir pour résoudre l'angoisse...).

logement plus confortable, de relations sociales et affectives plus stables, plus *consistantes* et plus *durables*, de pouvoir accéder à des soins de qualité, bref, de bénéficier de conditions de vie plus agréables, moins incertaines, où les projets et les rêves ne se matérialisent pas que la nuit... conduisent à l'inhibition de l'action.

Mais si les dominés sont probablement davantage soumis à des situations qui les conduisent vers des impasses, où toute action devient dérisoire, cette abdication face aux contraintes proposées par l'environnement est sans doute aussi le produit d'une distribution inégale des ressources sociales nécessaires – indispensables - au rétablissement de l'action. Car lorsqu'on ne peut plus agir (que l'on est « coincé »), il faut bien imaginer un moyen de s'en sortir...

*« L'angoisse était née de l'impossibilité d'agir. Tant que mes jambes me permettent de fuir, tant que mes bras me permettent de combattre, tant que l'expérience que j'ai du monde me permet de savoir ce que je peux craindre ou désirer, nulle crainte : je puis agir. Mais lorsque le monde des hommes me contraint à observer ses lois, lorsque mon désir brise son front contre le monde des interdits (...), alors je frissonne, je gémis et je pleure. »<sup>29</sup>*

Confronté à une épreuve, à une situation qui menace son équilibre et son intégrité biologique, l'homme ne dispose que de trois choix :

1) *fuir* ; 2) *combattre* ; 3) *ne rien faire* (inhibition de l'action).

Si les comportements de fuite et de lutte, chez l'animal, sont supportés par une activité motrice, dépendante du « premier étage » du cerveau (reptilien), en revanche, chez l'homme, ces modes d'adaptation nécessaire à la survie, au rétablissement de l'équilibre biologique et d'un certain niveau de bien être, peuvent aussi se manifester, s'exprimer sous la forme d'une activité symbolique, mettant en jeu l'étage « supérieur » du cerveau (le cortex associatif) et

---

<sup>29</sup> H. Laborit, *Eloge de la fuite*, *op. cit.*, p. 184.

faisant appel à des mécanismes complexes et variés, comme l'imaginaire, dont ne dispose pas l'animal. Malgré tout, L'homme, comme l'animal, peut aussi avoir recours à la fuite ou à l'agressivité physique pour trouver une issue à une situation qui lui est préjudiciable et qui devient angoissante : toutefois, ces types d'actions, permettant d'agir à nouveau efficacement dans et sur l'environnement, en échappant à la soumission, n'ont pas leur place dans le monde social. L'envie de fuir ou de se battre, en société, se heurte à l'impossibilité de la satisfaire. Les lois, en effet, interdisent l'agressivité défensive ; quant à la fuite, elle condamne irrémédiablement l'homme à être exclu du « jeu social » (désintégration, exclusion...). L'exemple de l'ouvrier en conflit avec son chef entre parfaitement dans ce cadre : il ne peut fuir car il remplirait les statistiques du chômage ; il ne peut s'en prendre à son supérieur physiquement car il finirait au poste de police (il se retrouve « coincé », « bloqué »...). Dans les deux cas, compte tenu des lois sociales, des interdits socioculturels, il n'est pas possible pour l'homme « moderne » de réagir physiquement, par le langage du corps – on pourrait dire de manière « instinctive », « animale » -, face à une situation conflictuelle, frustrante, angoissante, oppressante, etc., puisque ces types de réponses – notamment l'agressivité défensive - n'ont pas leur place dans le monde « civilisé » (ne parle-t-on pas d'*acte animal* à propos d'un comportement violent... ?)

Pour renouer avec l'action, donc avec la vie, pour trouver une solution aux problèmes posés par l'environnement, l'homme – en tant qu'animal culturel - doit donc mettre en place des stratégies, des modes d'adaptation, qui font appel aux caractéristiques les plus essentielles de l'humanité<sup>30</sup> et qui dépassent le seul domaine de l'activité motrice, du corps. Ainsi, grâce à l'activité imaginaire, à la créativité, à la pensée relayée par le langage, l'homme peut agir efficacement sur le milieu en développant des réponses et des modes d'adaptation qui sont le fruit de son activité symbolique. La fuite et la lutte, en tant que dispositions – mécanismes - inscrits au plus profond du système nerveux, se trouvent donc – au fil de l'évolution – investis de culture, puisqu'ils ne se manifestent plus, chez l'homme, uniquement par l'action de ses bras et de ses jambes<sup>31</sup>. On parlera donc davantage de *fuite créatrice* ou de *lutte symbolique*. Dans cette perspective, on peut prétendre que c'est en *pensant* et en *imaginant* que l'on devient de plus en plus *Homme*, celui-ci trouvant dans son savoir, ses connaissances et son imaginaire des ressources pour contrôler son environnement au mieux de son bien-être, pour agir efficacement sur ce dernier en surmontant les épreuves qui peuvent se présenter à lui.

---

<sup>30</sup> V. ce que nous disions à propos de l'évolution du cerveau, des capacités d'adaptation...

<sup>31</sup> On pourrait donc enrichir la citation de H. Laborit (p. précédente).



Cependant si l'homme a cette particularité de pouvoir fuir ou combattre – donc agir – symboliquement (en se servant de sa tête...), il ne faut pas perdre de vue que ces facultés d'adaptation sont susceptibles de varier en fonction de certaines caractéristiques sociologiques. En un mot, *ne fuit pas et ne lutte pas qui veut...*

Pour agir – donc fuir ou lutter -, l'homme a besoin d'outils (ressources). En effet, sa capacité d'action, d'un point de vue symbolique, est largement dépendante des éléments de mémoire qu'il aura emmagasinés, des apprentissages et de l'information qu'il aura reçu tout au long de son existence, dans son rapport constant avec le milieu, dans sa relation étroite avec son environnement. Car si le cerveau humain possède ce trait particulier de créer de l'imaginaire, de l'information, il est probable que cette élaboration de nouvelles structures et d'idées soit d'autant plus riche et féconde que les éléments mémorisés ont été nombreux et variés. A partir de l'expérience mémorisée (système limbique), les systèmes associatifs du cerveau mélangent ces expériences de telle façon qu'il en naît quelque chose de neuf, des nouvelles idées, de la créativité, une possibilité d'adaptation et d'action, bref, *la solution nouvelle à un problème ancien*. Il est donc à peu près certain que l'imagination, nécessaire au rétablissement de l'action (puisque'elle permet de trouver des réponses, des solutions pour s'adapter aux contraintes posées par l'environnement), est d'autant plus riche que le matériel mémorisé est abondant. Les possibilités plus ou moins grandes d'abstraction dépendent donc, pour bonne part, de l'environnement social et culturel, familial, dans lequel l'individu évolue.

Ainsi, plus on a été nourri, plus on est armé symboliquement, et plus on peut penser, inventer, créer, imaginer...donc agir sur son environnement ; a contrario, la pauvreté (misère culturelle), par l'état de déficit informationnel qu'elle engendre, laisse les individus impuissants et désarmés face à des situations qu'ils ne peuvent plus maîtriser, qu'ils ne peuvent plus orienter à leur avantage. Incapables d'agir symboliquement, les « exclus du savoir », appartenant aux catégories défavorisées, subissent donc les dégâts de l'inhibition de l'action.

On remarquera également que l'incapacité d'agir des dominés, les difficultés qu'éprouvent ces hommes et ses femmes « sans voix » (souffrant en silence...) à s'adapter à certaines lois et à certaines situations compromettantes ou conflictuelles, traduisent aussi leur difficulté à parler, à mettre en mots et à argumenter, à se défendre symboliquement dans les rapports de force et face à la domination qu'ils subissent au quotidien<sup>32</sup>. Le langage, dépendant du cortex

---

<sup>32</sup> Défaut de savoir, de pouvoir...

associatif, constitue donc un puissant moyen d'action, qui prend le relais, en termes de réponse et d'adaptation au milieu, de l'action motrice (physiologique, corps...).

On peut donc dire que *parler*, c'est *agir*. Or lorsqu'un individu est dépourvu de ressources symboliques – notamment langagières – pour agir efficacement sur le monde et pour trouver, imaginer, des issues aux situations qui se présentent à lui (et qu'il doit affronter), il se retrouve « coincé », enfermé tel un animal en cage. Manquant d'éléments de mémoire, d'apprentissages et d'expériences, il dispose de moins de réponses – adaptation moins souple et variée – aux contraintes posées par le milieu. Comme Laborit l'a montré, pour échapper à l'inhibition de l'action (donc à la pathologie et au vieillissement prématuré...), il aura recours à des moyens de lutte qui, bien que parfaitement explicables du point de vue biologique, demeurent inadaptés en société. Ainsi quand un individu, comme s'est souvent le cas des dominés, ne peut plus agir symboliquement sur le monde, qu'il ne peut plus imaginer des solutions pour s'adapter de façon souple et créative à son environnement, il est probable qu'il s'y adapte d'une façon plus « instinctive », plus « gestuelle », en étant agressif contre les autres, ou contre soi-même (en se suicidant, par exemple). Mais cette agressivité ne sera qu'un moyen d'échapper à l'inhibition de l'action, donc de résoudre l'angoisse. Les analyses pertinentes de Jean-Michel Bessette<sup>33</sup> ont bien montré, d'ailleurs, comment les individus en *peine de parole*, en manque de ressources symboliques, auront plus tendance, face à une situation de malaise, de conflit, de frustration, etc., à avoir recours à un comportement « agi ». La conscience et le langage, dans cette perspective, jouent bien un rôle de régulateur des comportements humains (moyens efficaces de fuite et de lutte...). Et si l'échec de la parole conduit souvent à la violence, lorsque ce n'est pas le cas, cette impuissance sociale/culturelle (puisqu'elle probablement plus le fait des dominés) à mettre en mots, à argumenter ou à revendiquer, bref, à se défendre symboliquement, se solde aussi, au final, par une abdication totale face aux épreuves, face aux aléas de l'existence, face aux structures et face aux barrières sociales, qui paraissent infranchissables.

C'est sans doute pour toutes ces raisons (et certainement pour bien d'autres encore...) que les catégories défavorisées du monde social sont susceptibles de se retrouver plus souvent inhibées dans leur action, incapables de s'extirper de situations qui perturbent profondément leur homéostasie<sup>34</sup>. Dépourvus de ressources pour orienter leur vie à leur avantage, pour agir

---

<sup>33</sup> V. notamment *Sociologie du crime*, *op. cit.*

<sup>34</sup> Les séparations (rupture d'union) sont par exemple plus mal vécues par les catégories du bas de l'échelle sociale : fragilité affective qui se rajoute aux autres. Les dominés disposent de moins de ressources pour « rebondir », s'adapter, réinventer des nouvelles formes de vie, se réinscrire dans des projets, remobiliser des compétences (activités, loisirs, sorties culturelles, etc.) après une rupture. Quand l'autre part, tout s'écroule. Les

efficacement, avec cohérence, sur leur environnement, ces catégories de population sont bien souvent dans un état de soumission totale face à l'existence.

Ces remarques nous permettent, semble-t-il, de voir à quel point les possibilités d'action, chez l'homme, sont susceptibles de varier en fonction de la position que celui-ci occupe au niveau sociologique. En effet cette inclinaison « naturelle » - détermination biologique - qu'ont les hommes à agir de façon efficace sur leur environnement pour se maintenir en vie se retrouve donc constamment redéfinie et actualisée par le social, modulée en fonction de certaines caractéristiques culturelles propres aux groupes sociaux. Car si d'un point de vue biologique, une pulsion pousse les êtres vivants à agir pour maintenir leur équilibre, chez l'homme, on constate que les possibilités d'action sont plus ou moins grandes et variées selon l'appartenance sociale. La dimension sociologique/culturelle vient donc réorganiser le donné biologique puisque les modes d'adaptation nécessaires au rétablissement de l'action, la variété et la complexité des réponses apportées aux informations en provenance du milieu dépendent d'éléments relatifs à la culture.

C'est pourquoi face à certaines situations (conflit, épreuve, menace, etc.), les individus, en fonction de leurs ressources – culturelles, sociales, symboliques -, ne réagiront probablement pas de la même façon. Par exemple, en cas de conflit au travail, de sentiment de malaise ou de frustration, il est probable que les travailleurs les moins qualifiés, les plus subordonnés et les plus *mécanisés, incomplets* – ouvriers, employés – soient moins « armés » pour trouver une issue favorable aux difficultés qu'ils rencontrent. Face à l'arbitraire d'un chef, face au poids des contraintes organisationnelles du travail, la négociation, la revendication, passant par la mise en mots de ses difficultés et de ses souffrances est plus difficile pour les salariés d'exécution, moins « outillés » symboliquement, moins habitués – culturellement - à combattre par le verbe (lutte symbolique) ; de même, la capacité de lutte des dominés (on pense notamment au monde ouvrier), entendue comme capacité à se battre pour transformer sa situation par l'action et la lutte collective, est tout autant limitée. La lutte ouvrière, dans le passé, répondait aussi certainement de ce besoin - quasi biologique - d'échapper à la soumission, à l'aliénation, en quittant cet état d'angoisse lié à l'inhibition de l'action (*il y a une tristesse et une souffrance ouvrière dont on ne guérit que par l'action, la lutte politique...*) ; reconquérir ses droits et retrouver une certaine dignité sociale, humaine, de la reconnaissance dans le travail et dans la vie de tous les jours ne peut se faire efficacement et durablement sans certaines ressources (lutte politique, syndicale, intellectuelle...). Il en va de

---

dominés ne sont pas de hommes « multiples » (espaces de gratification peu variés...). On peut penser que la division du travail a fait d'eux des hommes mécanisés, incomplets, fragmentés...

même concernant l'impuissance qu'ont les catégories de populations les plus démunies à réagir dans certaines circonstances, à se sortir des impasses que constituent la précarité, les procédures de licenciement annoncées (plans sociaux), le chômage de longue durée qui n'autorise plus aux droits<sup>35</sup>, bref, à agir efficacement face au manque d'avenir généralisé, face à l'angoisse du futur (et de leur propre sort) qui ne leur laisse d'autres alternatives que celle de se replier dans le temps présent, de se recroqueviller dans un temps sans doute envahit par les interrogations liées à leur propre devenir, à leur propre condition.

Puisque le travail, au-delà de l'activité, implique aussi une condition, c'est aussi dans leur existence au quotidien que les dominés se retrouvent dans l'incapacité d'agir au mieux de leur bien être (limités dans leurs ressources). Leur défaut d'*avoir*, de *pouvoir* et de *savoir*, le faible volume de capital (économique, culturel, social, symbolique) dont ils disposent, les condamnent souvent à une impuissance, sous toute ses formes, qui va de l'impossibilité à se loger dans de bonnes conditions (en fuyant son environnement...), à la difficulté à surmonter les aléas de l'existence – épreuves -, à s'émanciper de conditions de vie qui génèrent du mal-être, jusqu'à la difficulté à imaginer, réinventer des nouvelles formes de vie (échapper aux lois de la reproduction sociale, lutter pour son ascension sociale...) ; sans compter la difficulté à rompre le cercle vicieux de la désintégration, de l'isolement relationnel, en maintenant son insertion dans des réseaux de socialisation.

---

<sup>35</sup> Certains chômeurs en fin de droits (en 2011), sont même allés jusqu'à s'immoler devant leur « pôle emploi »... Découragés, impuissants (l'INSEE parle même de « Chômeurs découragés », lorsque les perspectives de retrouver un travail sont trop faibles !), ils détournent leur agressivité contre eux-mêmes. On pourrait presque dire que se donner la mort est un moyen – biologique - de s'en sortir, de trouver un issue... radicale, quand les moyens, les réponses, les modes d'adaptations plus efficaces (surmonter les épreuves, imaginer des solutions...) font défaut.

Nous avons présenté l'homme, dans le cadre de cette « ouverture anthropologique », comme étant un *animal voué à l'action*. Or après réflexion, nous sommes tentés d'écrire que bien des hommes sont exclus de cette réalité anthropologique fondamentale et qu'ils paient de leur santé, et peut-être même de leur vie, cette impuissance à agir, cette absence de pouvoir sur leur propre existence....

Ne plus être en mesure d'agir efficacement, ne plus pouvoir contrôler son environnement au mieux de son bien-être, être dans l'incapacité de faire face aux événements de la vie, etc., est le fait d'hommes et de femmes qui ont *tant de mal à vivre et si peu de moyens – ressources – pour se faire entendre*. En pleine prise avec « *la misère du monde* »<sup>36</sup>, ces individus, écrasés par la domination, sont victimes d'une misère de condition qui les laisse impuissants face à leur propre destin, incapables d'être *acteurs* de leur propre vie.

Quand un homme ne peut plus agir, qu'il est dans l'incapacité de reprendre le contrôle d'une situation et qu'il se construit peu à peu, au fil des ans, dans un état de soumission totale face à l'existence, son métabolisme subit des perturbations profondes, son organisme se fragilise et son état de santé se dégrade progressivement. La maladie pourrait donc presque être perçue comme *une manifestation biologique de la soumission*. Concernant cette incapacité à faire face aux événements de la vie et aux conséquences que cela peut avoir sur la santé – et sur l'espérance de vie –, un psychosociologue, J. B. Rotter, a avancé la notion de « lieu de contrôle » (locus of control) : l'idée est que « *lorsqu'une personne a le sentiment d'avoir un certain contrôle sur son destin et d'être le plus souvent à l'origine de ce qui lui arrive, on considère que son « lieu de contrôle » est « interne ». Au contraire, si elle a l'impression que sa destinée est soumise au hasard ou à des forces incontrôlables, son lieu de contrôle est « externe ». Différentes recherches tendent à montrer que les personnes à lieu de contrôle interne éprouvent moins d'anxiété, souffrent moins d'hypertension et développent moins de maladies cardiaques.* »<sup>37</sup>

Ainsi quand l'homme se retrouve acteur de sa propre vie, cela signifie qu'il dispose de suffisamment de ressources pour développer un sens élevé de la cohérence qui lui permettra de percevoir son environnement comme compréhensible et contrôlable. Puisqu'il est plus souvent à l'origine de ce qui lui arrive, que son degré d'autonomie, de liberté et de pouvoir sur les choses est plus développé, il est davantage dans une posture de maîtrise, de gestion. Il *subit* moins. Etant plus dans l'*action*, il est aussi probable que son état de santé soit meilleur et qu'il vive plus longtemps. Cela ne veut pas dire qu'il ignore la souffrance : car celle-ci est

---

<sup>36</sup> Cf. P. Bourdieu, *La misère du monde*, Ed. du Seuil, 1998.

<sup>37</sup> P. Adam, C. Herzlich, *op. cit.*, p. 52-53.

universellement partagée, et les dominants ne jouissent évidemment pas d'une « immunité totale » face aux épreuves et face aux difficultés de l'existence (séparations, souffrance au travail, maladies graves, accidents, histoire personnelle « chargée », etc.). Néanmoins, à la différence des plus déshérités dans l'ordre de l'*avoir*, du *pouvoir* et du *savoir*, ils sont mieux armés pour y faire face. Quand ils tombent, ils se relèvent. Leur capacité d'adaptation – culturellement définie – leur permet de mieux répondre aux agressions du milieu, de garder un certain contrôle sur leur existence, de croire en leur avenir, bref, de continuer à agir<sup>38</sup>. *Et du point de vue de la mortalité, il semble bien que la maîtrise de son destin vaut mieux que le fatalisme.*

D'un autre côté, il est tout à fait envisageable que la surmortalité des catégories défavorisées s'explique, en partie, par le peu de pouvoir qu'elles ont sur le monde, sur leur vie, sur le lendemain, par la domination qu'elles subissent quotidiennement et contre laquelle elles ne sont pas en mesure de lutter. Le fait de mourir prématurément – comme celui de développer plus de maladies - peut donc être lu comme la conséquence de la domination, comme le résultat du côté pesant et violent de l'ordre établi...

---

<sup>38</sup> Lors d'une interview (dans le cadre d'un journal télévisé d'une chaîne privée...), le premier ministre actuel, J. M. Ayrault, n'hésita pas à faire référence à un de ses prédécesseurs, L. Jospin, pour décrire les avantages et les inconvénients de son métier et de sa fonction. Ce dernier, d'après Mr Ayrault, qui n'hésitait pas à présenter sa tâche comme difficile (responsabilité, pression, etc.), rappelait néanmoins un de ses gros avantages : *c'est un métier qui permet d'agir...*

#### 4 - La question de la justification de l'existence...

Puisque toute action peut paraître dérisoire, inutile, inefficace – voire même extrêmement coûteuse<sup>39</sup> - aux yeux des agents sociaux (dominés), il est aussi possible que ceux-ci développent un rapport fataliste à l'existence pour supporter des conditions de vie sur lesquelles ils ne peuvent plus agir, et face auxquelles ils abdiquent. Car les dominés sont toujours beaucoup plus résignés qu'on ne le pense et « *que pourrait même le laisser penser la simple observation de leurs conditions d'existence* »<sup>40</sup>. Et c'est sans doute là que la violence symbolique prend sa forme la plus extrême puisqu'elle rend en quelque sorte « complices » les dominés de leur propre mort...

Les dominés acceptant comme allant de soi la plus grande part de leur existence, ils s'en remettent au *destin* pour penser la mort, leur propre mort – son échéance -, qu'ils perçoivent probablement comme un événement déterminé par le hasard et sur lequel toute action, toute anticipation, précaution, etc. ne méritent d'être entreprises, parce qu'inutiles. *Finalement, on peut se demander si un pouvoir limité sur la vie n'est pas aussi un pouvoir limité sur la mort.*

Le rapport fataliste à l'existence que développent les dominés – leur résignation - montre aussi à quel point ces catégories du monde social intériorisent leur condition, font *corps* avec leur statut de dominé, avec leur misère de condition qu'ils pensent comme légitime, comme étant le produit d'une loi « naturelle ». Dès lors, la pathologie (conduisant à la mort) peut être pensée comme une véritable *incorporation de la domination*, domination qui s'inscrit au plus profond d'eux même, dans leur corps, dans leurs structures mentales. Insuffisamment « armés » pour penser leur état, leur condition – qui conduit à la mort précoce -, ignorant les lois et les mécanismes qui contribuent à leur propre malheur, les dominés voient sans doute dans leur impuissance à agir, dans leur liberté restreinte et dans leur aliénation le résultat de l'action de forces extérieures au monde social : en réalité, le *destin*, qu'il s'agisse de leur vie, de leur devenir, ou de leur propre mort, reste en toutes circonstances le maître d'œuvre (ce qui ne parvient pas à la conscience, ce qu'on ne sait analyser et comprendre ressort sous forme de destin...).

---

<sup>39</sup> Bourdieu rappelle avec lucidité que « *l'indignation, la révolte et les transgressions (dans le déclenchement d'un grève par exemple) sont toujours difficiles et douloureuses et presque toujours extrêmement coûteuses, matériellement et psychologiquement* ». cf. P. Bourdieu, *Méditations Pascaliennes*, op. cit., p. 333.

<sup>40</sup> *Ibid.*

La question de *l'inégalité sociale devant la mort* ne révèle donc pas seulement les différences qui existent, en matière de mortalité, entre les catégories sociales les plus favorisées, les plus pourvues en ressources – notamment culturelles, symboliques - et celles qui le sont beaucoup moins ; son étude approfondie nous livre aussi d'autres enseignements que celui – par ailleurs très intéressant - de la persistance d'une société de classes.

En réalité, l'étude de la mortalité différentielle fait apparaître (d'un point de vue général et anthropologique) l'opposition fondamentale, bien que forcément un peu binaire, entre des hommes libres, autonomes, *acteurs de leur propre vie*, et des hommes aliénés, appauvris dans leur condition d'homme, complètement démunis symboliquement, donc voués à l'incertitude sur leur être social, présent et à venir, qui est à la mesure de leur impuissance et de leur absence de pouvoir sur la vie.

La question du rapport incertain à l'avenir (source d'angoisse), chez les classes dominées, revient avec insistance dans notre travail. Ce n'est pas un *hasard*. C'est sans doute parce que *l'homme qui vit longtemps est l'homme qui peut attendre du lendemain...*

Se pose donc, *in fine*, la question du *sens de l'existence*, qui rejoint celle, plus générale encore, des *raisons de vivre*. Car il faut trouver un intérêt à la vie pour que celle-ci mérite d'être conservée. Or le manque d'avenir, si caractéristique de la condition des catégories les plus défavorisées, les plus invisibles du monde social, génère une angoisse qui ne saurait être apaisée (du moins suffisamment) par la simple idée que leur destinée est arbitrée et déterminée par des forces incontrôlables. Une existence sans lendemain, où le futur, réduit à un jeu de hasard, est un donné sur lequel l'homme a perdu tout contrôle, tout espoir, est une existence sans justification, où il ne se passe rien et où il n'y a rien à attendre<sup>41</sup>.

Il faut sans doute ressentir une quelconque utilité à sa vie, se sentir « important », reconnu (*compter* pour les autres, pour le monde social...), pour que celle-ci ne soit pas trop vite rattrapée par la mort. Pour comprendre les raisons (historiques) de l'accroissement de la longévité, nous avons laissé supposer que l'importance croissante accordée à l'existence, au fil des siècles, avait peut être contribué au recul de la mort, bref, que *là où la vie gagnait en valeur, la mort perdait en vigueur*. A bien y regarder, l'étude de la mortalité différentielle nous a en fait appris, entre autre, combien certaines catégories de population - *ceux qui s'y*

---

<sup>41</sup> *Ibid.*, p. 320.



*prennent vingt ans d'avance pour mourir...-*, sont privées de ce que le monde social a pourtant de plus précieux à offrir (et qui touche à la *valeur* de la vie...) : de la reconnaissance, de la considération, un sentiment d'utilité et d'importance, de l'espoir, bref...*des raisons de vivre* ; elle nous a aussi révélé combien l'accès à l'humanité, à la dignité, que seule une vie porteuse de sens et source de liberté peut garantir, est inégalement réparti<sup>42</sup>.

Une existence sans justification, sans avenir, est déjà une mort en soi. Et beaucoup d'hommes et de femmes – les *exclus du jeu* -, dans notre société comme dans beaucoup d'autres, meurent beaucoup plus tôt qu'on ne le croît. La statistique, on le sait, ne livre que l'âge d'une certaine mort : la mort « réelle », visible, quantifiable, biologique, celle que la médecine peut évaluer ; Mais elle est incapable de nous indiquer avec précision à quel moment un homme, sous la somme des violences occultées, invisibles, sous le cumul des expériences douloureuses, aliénantes, avilissantes, frustrantes, meurt à son humanité, tout en restant biologiquement vivant. Or, selon nous, cette forme imperceptible de mort, qui s'apparente à une *mort sociale, affective, symbolique*, a partie liée avec la « vraie » mort, la seule que le monde social reconnaisse ; en effet, plus cette mort *symbolique, invisible*, intervient tôt, plus il est probable que la véritable mort frappe à la porte. Car « *une vie inutile est une mort anticipée...* »<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> Cette question de l'accès à l'humanité est encore plus vraie – plus visible - à l'échelle planétaire...

<sup>43</sup> J. F. Goethe, *Iphigénie en Tauride*, 1779-1789, trad. du Colombier, Gallimard, 1943.

# *Épilogue*

*Épilogue : (...) dénouement d'une affaire longue, embrouillée, confuse ; fin, issue, solution...*

« *La vie est le résultat du contact de l'organisme et du milieu* »

C. Bernard, introduction à l'étude de la médecine expérimentale...

Si la vie a un terme, un travail sur des thèmes aussi vastes et universels que *la vie, la mort*, sur ces deux notions indissociables, constamment remaniées par le social, traversées de toute part par des *effets de culture*, n'en a pas. Il ne supporte aucune conclusion. C'est en tout cas notre point de vue. Trop nombreuses, parfois trop insoupçonnables sont les raisons qui peuvent expliquer *la vie plus courte*, ou *plus longue*, des hommes. Le champ d'investigation est bien trop large, et c'est toujours avec prudence qu'il faut aborder les questions relatives à la santé des hommes. C'est pourquoi l'étude des *âges de la mort* doit laisser la porte ouverte à tout un domaine d'ignorance...

La mort, en tant que *fait biologique*, apparaît aussi comme une *production sociale* à part entière. Investie de *culture*, traversée par le champ des inégalités, elle est l'expression finale –

le résultat - des relations qui s'établissent entre un individu et son milieu. Or il est impossible de saisir l'intégralité de ces relations, ainsi que leur complexité ; c'est pourquoi il subsiste certainement des zones d'ombres dans notre travail, des points, sans doute importants, insuffisamment traités, ou pas assez... voire pas du tout (volontairement ou par simple oubli)<sup>1</sup>, bref, une part d'inachevé. Mais il a fallu choisir. Et lorsque l'on s'« attaque » au caractère inégalitaire de la mort, on s'attaque aussi au caractère inégalitaire de la vie. Car l'étude de la mort ne s'anime et ne prend forme qu'au contact de l'étude du vivant. Or choisir, quand on traite de phénomènes aussi complexes que la vie et la mort, n'est pas toujours chose aisée.

Malgré tout, nous avons apporté, semble-t-il, un certain nombre de réponses aux interrogations que l'on pouvait se poser à propos du caractère inégalitaire de la mort. Avec un peu plus de recul, maintenant, on peut dire que s'il y a une idée forte à retenir de l'étude de la mortalité différentielle (en plus de celles développées, notamment, dans notre synthèse générale), c'est que la durée de vie d'un individu – sa capacité, ou non, à s'inscrire dans le temps - dépend, pour bonne part, de la relation qu'il aura entretenu, tout au long de son existence, avec son environnement, environnement qu'il aura pu négocier ou non au mieux de son bien-être. Car l'histoire d'un individu n'est rien d'autre que l'histoire de ses rapports avec le milieu ; et de la qualité de ces rapports dépend, certainement, des qualités de vie plus ou moins agréables, satisfaisantes, supportables, qui conditionnent, finalement, des espérances de vie plus ou moins longues...

« *L'homme n'a point de nature, il est une histoire* »<sup>2</sup>, disait Malson. Ainsi, pour comprendre l'homme, il faut prendre en compte l'environnement dans lequel il évolue, s'intéresser à la qualité – plus ou moins « bonne » - des relations qu'il aura pu entretenir avec *ses* milieux ; car l'individualité biologique n'existe que comme principe, elle n'est rien de plus qu'un donné. C'est le milieu qui pénètre et façonne l'être vivant.

Il n'existe donc pas de dichotomie entre l'homme et son environnement. L'homme n'est pas un être hermétique, il fonctionne comme un système ouvert dans lequel pénètre le monde extérieur ; les frontières du corps avec le milieu ne se limitent pas à la peau : « *l'écran de l'épiderme s'ouvre par des orifices où s'engouffrent des matières de toute nature.* »<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Nous aurions pu insister sur la question des morts violentes, ou encore sur des éléments relatifs à l'histoire personnelle (chocs biographiques, traumatismes, enfance, etc.), bien que cette question reste complexe à traiter quantitativement.

<sup>2</sup> Malson, *les enfants sauvages*, p.7

<sup>3</sup> Guillerme, *La longévité, op. cit.*, p. 95.

L'organisme, en tant que lieu de passage de l'environnement, reçoit quantité de « choses » du dehors ; et c'est toutes ces « choses » extérieures, toutes ces matières et substances qu'il aura ingéré, absorbé, inhalé, tout ce qu'il aura subi, porté et parfois supporté (agressions du milieu, aliénation...) au cours de son existence qui le conduira vers une mort plus ou moins précoce.

Mais les effets du milieu ne se limitent pas aux zones d'affrontement les plus évidentes. Il n'est pas de partie du corps, d'organe, de cellule qui ne soient affectés de quelque manière par les fluctuations de l'ambiance. On ne saurait donc nier la part du social dans la détermination des états de santé, et notamment dans l'émergence de la maladie, même si celle-ci dépend aussi de conditions organiques complexes<sup>4</sup>. Mais il n'est pas exagéré de dire que les microbes ne sont pas tout, qu'il n'existe pas non plus de cause unique aux maladies, comme le cancer, « *mais de multiples facteurs, intervenant à différents niveaux d'organisation, dont le plus important peut être, puisqu'il englobe tous les autres, est celui du rapport de l'individu avec son environnement social, qui lui permet de négocier cet environnement au mieux de son plaisir, de son bien être, de son équilibre biologique* »<sup>5</sup>.

De fait, ceux qui vivent longtemps sont ceux qui sont en « harmonie » avec leur milieu, qui évoluent *librement* dans un environnement qu'ils auront été capables d'organiser (d'optimiser...) au mieux de leur bien être. Et à ce niveau là, point d'égalité entre les hommes...car il y a des conditions sociologiques qui investissent et réorganisent le champ biologique. Comme disait Marx – à peu près en ces termes -, dans le *18 Brumaire*, tout le monde ne vit pas sa vie comme il veut, librement : *certains hommes ne construisent pas leur histoire selon leur bon plaisir ; ils la construisent dans des circonstances qui ne dépendent pas d'eux...*

La détermination biologique de notre propre finitude apparaît donc, après examen, comme constamment remaniée, redéfinie par une détermination culturelle.

*Nous devenons ce que nous avons été.*

---

<sup>4</sup> Comme l'explique Laborit (in *La légende des comportements*, *op. cit.*, p. 303), la maladie doit être appréhendée de manière totale/complète (on ne peut s'empêcher de penser à Mauss : *l'homme doit être pensé de manière complète, car c'est toujours au « complexus psycho-physiologique total » que nous avons affaire...*). Il ne suffit pas d'agir sur l'organisme malade en ignorant son environnement ou, à l'inverse, d'agir sur l'environnement en imaginant que cela suffira à résoudre tous les problèmes organiques...

<sup>5</sup> Laborit, *op. cit.*, p. 244.

## TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	3
Introduction.....	5
Remarques méthodologiques, définitions.....	12

### PREMIERE PARTIE

#### ***REPERES HISTORIQUES***

<b>CHAPITRE PREMIER - <i>L'Evolution des espérances de vie</i></b> .....	17
<i>1 - Des chiffres à l'analyse des principaux facteurs d'accroissement de l'espérance de vie</i> .....	17
Vie et mort durant la préhistoire.....	18
Principales causes de mortalité.....	20
La période « pré-statistique ».....	22
Du 18 <sup>ème</sup> siècle à aujourd'hui :	
la vie progresse, les études aussi.....	23
Des victoires remportées sur les premiers âges.....	24
Puis sur des âges plus avancés.....	25
<i>2 - Comprendre l'évolution des espérances de vie</i> .....	25
Le processus de civilisation.....	26
Evolution du rapport à la vie et à la mort :	
un impact sur l'espérance de vie ?.....	29
Au-delà de ces avancées.....	30

## CHAPITRE II –

<i>Eléments sur la mortalité différentielle dans l'Histoire</i> .....	34
<i>1 - Mortalité différentielle, inégalités &amp; Histoire</i> .....	35
Pour les anciens temps.....	37
<i>2 - Les périodes de surmortalité avant le 18<sup>ème</sup> siècle</i> .....	39
Les crises épidémiques.....	39
Les crises de subsistance.....	43
<i>3 - La mortalité « normale » avant le 18<sup>ème</sup> siècle</i> .....	46
Populations, catégories sociales.....	47
La mortalité infantile : des caractéristiques sociales ?.....	49
Tout ne dépend pas de la médecine.....	50
<i>4 - Misère ouvrière &amp; mortalité au 19<sup>e</sup> siècle</i> .....	52
Mortalité infantile.....	53
La ville mortifère ?.....	53
La condition des « classes laborieuses ».....	54
Un travail malsain, excessif et risqué.....	55
Le travail des enfants.....	57
Médiocrité générale et précarité de l'existence ouvrière :	
misère physiologique & misère morale.....	57

## DEUXIEME PARTIE

### ***LA MORTALITE DIFFERENTIELLE SELON LE SEXE***

<b>CHAPITRE PREMIER - <i>La surmortalité masculine : une règle historique et universelle ?</i></b> .....	62
<i>1 - Un peu d'histoire</i> .....	62
<i>2 - Le différentiel sexuel : variations dans l'espace</i> .....	65
<b>CHAPITRE II – <i>Pour la France</i></b> .....	74
Les causes de décès.....	77
Conditions de travail : une exposition inégale aux risques.....	79
Les accidents du travail.....	83
Maladies professionnelles.....	83
Alcoolisme.....	84
Tabagisme.....	87
Drogues, psychotropes.....	90
Sida.....	92
Surpoids, obésité : les femmes plus à l'abri ?.....	93
Morts violentes.....	96
Accidents de la route.....	96
Le suicide.....	98
Le recours au système de soins.....	101
Des hommes en progrès ?.....	106
<b>CHAPITRE III – <i>Conclusion</i></b> .....	108

## TROISIEME PARTIE

### ***LA MORTALITE DIFFERENTIELLE SELON LA CATEGORIE SOCIALE***

*Chiffres : l'analyse statistique*..... 116

#### **CHAPITRE PREMIER – L'INFLUENCE DES CONDITIONS DE TRAVAIL.**

**« TRAVAIL & SANTE »** ..... 124

*Les enquêtes « conditions de travail »*..... 127

**LES VARIATIONS SOCIALES DES CONDITIONS DE TRAVAIL**..... 129

#### ***I - La condition ouvrière au travail.***

***Etat des lieux, conséquences sur la santé du travail ouvrier***..... 130

*1 - La persistance du travail ouvrier*..... 133

La pénibilité physique..... 135

Le bruit..... 138

Contraintes organisationnelles..... 139

Rythme et cadence de travail, intensification..... 142

Marges de manœuvres : quelle autonomie ?..... 144

Contraintes temporelles, horaires ..... 145

Un peu d'histoire..... 145

Travailler la nuit : à quel prix ?..... 148

*2 – Maladies professionnelles & accidents du travail*..... 151

Les maladies professionnelles..... 151

Les TMS..... 153

Faible niveau de qualification, métiers d'exécution..... 153



Cancers professionnels.....	155
Principaux agents cancérigènes & métiers concernés.....	156
Les pesticides.....	157
L’amiante ou la « fibre tueuse » : une injustice de classe.....	158
Les accidents du travail.....	160
Le poids de l’organisation.....	163
Caractéristiques du travailleur : « conduites ouvrières » et risques professionnels.....	165
<i>3 – conclusion</i> .....	<i>166</i>
<b>II - Les employés : travail &amp; santé</b> .....	<b>179</b>
<i>1 - Les employés en France</i> .....	<i>180</i>
Un monde de femmes.....	180
Des fonctions subalternes.....	181
<i>2 - Le travail des employés</i> .....	<i>182</i>
Hétérogénéité des situations professionnelles.....	182
Comprendre et analyser le travail d’employé.....	184
Traitement de la matière, traitement de l’information.....	185
Traiter de l’information : un travail mécanique et standardisé.....	187
Employés administratifs.....	189
Public, privé.....	191
<i>3 - Conditions de travail...et santé</i> .....	<i>192</i>
Commerces et services.....	194
Le poids des conditions de travail.....	195
<b>III - Cadres, professions intellectuelles supérieures &amp; professions intermédiaires :</b>	
<b><i>Un autre rapport au travail ?</i></b> .....	<b>199</b>
<b>1 - Les professions intermédiaires</b> .....	<b>200</b>
Des « classes moyennes » ?.....	200

Travail & santé.....	200
Accidents & maladies professionnelles.....	203
Modalités d'organisation du travail et charge mentale.....	205
<b>2 - Les cadres et leur travail : Quelles répercussions sur la santé ?.....</b>	<b>208</b>
« Cadres & professions intellectuelles supérieures » : qui sont-ils ?.....	209
A propos des conditions de travail.....	210
Intensification, rythme de travail & charge mentale.....	213
Avantages du statut cadre : pouvoir, autonomie & marges de manœuvre.....	217
<b>IV - Travail précaire &amp; santé.....</b>	<b>219</b>
Inégalités face à la précarité de l'emploi.....	221
Conditions de travail des précaires.....	222
<b>V - La surmortalité des chômeurs.....</b>	<b>226</b>
<b>VI - TRAVAIL &amp; SANTE : Essai de synthèse .....</b>	<b>233</b>
Incidences sur la santé.....	236
Intensification du travail & répercussions sur la santé mentale.....	238
Troubles et pathologies associées.....	242
Mécanismes et conséquences sur la santé du stress.....	243
<b>CHAPITRE II - INCIDENCE DES MODES DE VIE.....</b>	<b>247</b>
<b>I - Alimentation, Conduites alimentaires.....</b>	<b>248</b>
<i>1 - Consommation alimentaire : le « poids » du milieu.....</i>	<i>248</i>
Manger : un besoin « naturel » empreint de culture.....	250
Catégories sociales : qui mange quoi ?.....	251

<i>2 - Des inégalités de consommation alimentaire aux inégalités nutritionnelles</i> .....	254
Qu'entend-on par « alimentation équilibrée » ?.....	254
<i>3 - L'obésité : l'alimentation, la sédentarisation</i>	
<i>et le manque d'activité physique en causes</i> .....	256
Un phénomène qui ne cesse de croître.....	256
Une maladie sociale : pas d'égalité devant l'obésité.....	257
Sédentarisation et inactivité : des facteurs qui pèsent !.....	259
Régimes.....	261
<i>4 - Conséquences de santé associées à l'obésité et au surpoids</i> .....	262
Risque cardiovasculaire et diabète.....	262
Cancers.....	263
Autres complications.....	264
<i>5- comment interpréter les différences sociales</i>	
<i>de consommation alimentaire ?</i> .....	266
Du « pouvoir » au « savoir » bien manger.....	269
«Les individus ont le goût de ce à quoi ils sont de toute façon condamnés».....	272
Education, diplômes.....	274
<b>II – Tabagisme</b> .....	275
<b>III – Alcoolisme</b> .....	278
<b>CHAPITRE III - ENVIRONNEMENT, HABITAT :</b>	
<b>QUELLES INCIDENCES SUR LA SANTE ?</b> .....	282
<i>1 - A propos de l'environnement</i> .....	283
La ville tue les pauvres !.....	284

<b>2 - A propos des conditions de logement</b> .....	285
Déjà avoir un toit.....	285
Logés...mais dans quelles conditions ?.....	289
Peu d'espace pour beaucoup de monde !.....	290
<b>CHAPITRE IV – SOUTIEN SOCIAL, FAMILLE &amp; MORTALITE</b> .....	293
Mesurer la vie sociale : « objectiver » le soutien social ?.....	296
Que signifie être seul ?.....	297
Vivre seul.....	299
Divorces, séparations.....	299
Vie associative & inégalités.....	301
Travail & relations sociales.....	303
Mortalité et vie conjugale, environnement familial.....	304
Comprendre l'effet protecteur de la famille.....	308
<b>CHAPITRE VI - L'INEGALITE FACE AUX SOINS</b> .....	311
1 - Les déterminants économiques : <i>d'abord une question d'argent</i> .....	315
2 - Les déterminants géographiques : <i>le problème des « déserts médicaux »</i> .....	319
<i>Les zones sous-médicalisées</i> .....	319
3 - Les déterminants culturels.....	322
<i>Gestion et prévention du mal</i> .....	325
4 - La notion de distance.....	328

## QUATRIEME PARTIE

### ***SYNTHESE GENERALE***

#### **CHAPITRE PREMIER –**

<b>LA MORT : <i>UN PHENOMENE SOCIAL</i></b> .....	332
« Double peine »...ou « double avantage ».....	336
Des « CSP » aux « classes » pour penser l'inégalité devant la mort.....	341
« Reconstruction utopique » : un pari sur le réel.....	342
« Un métier implique aussi une condition... ».....	344
Domination et pauvreté : condition des dominés.....	345
Au final.....	350

#### **CHAPITRE II – *LA PISTE ANTHROPOLOGIQUE***..... 351

<i>1 - Biologie des comportements</i> .....	352
Le système nerveux, le cerveau.....	353
« La seule raison d'être d'un être, c'est d'être ».....	354
Un cerveau à trois étages.....	355
L'expérimentation avec des rats.....	360
<i>2 - L'inhibition de l'action</i> .....	362
Homme, société, inhibition de l'action.....	363
Conséquences somatiques, effets sur la santé de l'IA.....	367
Les radicaux libres.....	368
<i>3 - Du biologique au sociologique :</i>	
<i>Inhibition de l'action, société &amp; inégalités</i> .....	369

<i>4 - La question de la justification de l'existence</i> .....	382
L'accès à l'humanité.....	383
<i>Epilogue</i> .....	385
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	398
<b>ANNEXES</b> .....	409

## BIBLIOGRAPHIE

### *Bibliographie générale*

- P. Adam, C. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Ed. Nathan, 1994.
- P. Aiach, *Les inégalités sociales de santé*, Ed. Economica, 2010.
- P. Ancel, L. Gaussoit, *Alcool et alcoolisme, Pratiques et représentations*, l'Harmattan, 1998.
- R. ARON, *Le marxisme de Marx*, Ed. de Fallois, Paris, 2002.
- S. Beaud, M. Pialoux, *Retour sur la condition ouvrière*, Librairie Arthème Fayard, 1999, 2004.
- J. M. Bessette, *Sociologie du crime*, P.U.F., 1982.
- A. Bihl, R. Pfefferkon, *Hommes, femmes, quelle égalité ?*, Ecole, travail, couple, espace public, Ed. de L'Atelier, 2002
- A. Bihl, R. Pfefferkorn, *Le système des inégalités*, Ed. La Découverte, Paris, 2008.
- A. Bihl, R. Pfefferkorn, *Le système des inégalités*, Ed. La Découverte, Paris, 2008.
- A. Bhir, R. Pfefferkorn, *Déchiffrer les inégalités*, Ed. La Découverte et Syros, Paris, 1999.
- M. Bresson, *Sociologie de la précarité*, Armand Colin, 2010.
- P. Bouffartigue, *Cadres : la grande rupture*, La Découverte, 2001.
- S. Bosc, *stratification et classes sociales*, Armand Colin, Paris, 2008.
- P. Bourdieu, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Les Editions de Minuit, 1979.
- P. Bourdieu, *La domination masculine*, Ed. du Seuil, coll. « Liber », 1998.
- P. Bourdieu, *La misère du monde*, Ed. du Seuil, 1998.
- P. Bourdieu, *Méditations Pascaliennes*, Ed. du Seuil, 1997.

- P. Bourdieu, *Questions de sociologie*, Les Editions de Minuit, 1984.
- J. M. Bourre, *La diététique du cerveau*, Ed. Odile Jacob, 2003.
- L. F. Céline, *Voyage au bout de la nuit*, Ed. Galliamard, 1952.
- A. Chenu, *Sociologie des employés*, Ed. La Découverte, Paris, 2005.
- C. Detrez, *La construction sociale du corps*, Ed. du Seuil, 2002.
- E. Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, P.U.F., 1937, 10<sup>ème</sup> édition Quadrige, 1999.
- E. Durkheim, *Le suicide*, P.U.F., 1930, 9<sup>ème</sup> édition Quadrige, 1997.
- N. Elias, *La civilisation des mœurs*, Pocket Agora, 1973.
- *L'état des inégalités en France 2009*, Ed. Belin, 2008.
- M. Fournier, *Emile Durkheim (1858-1917)*, Fayard, 2007.
- M. Gollac, S. Volkoff, *Les conditions de travail*, Ed. La Découverte & Syros, Paris, 2000.
- J. Guillerme, *La longévité*, P.U.F., 1957.
- H. Laborit, *Eloge de la fuite*, Ed. Robert Laffont, S. A., Paris, 1976.
- H. Laborit, *La légende des comportements*, Flammarion, Paris, 1994.
- H. Laborit, *La nouvelle grille*, Ed. Robert Laffont, S. A., Paris, 1974.
- A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, Inserm & La Découverte, Paris, 2000.
- D. Ledent, *Norbert Elias, « vie, œuvres, concepts »*, Ellipses, Paris, 2009.
- D. Le Breton, *Sociologie du corps*, P.U.F., 2002.
- J. Leplat & X. Cuny, *Les accidents du travail*, P.U.F., 1979.
- R. E. Leakey, R. Lewin, *Les origines de l'Homme*, Flammarion, 1985.
- A Leroi-Gourhan, *Le geste et la parole*, t. 1, *technique et langage*, Albin Michel, 1963.
- Mac Lean, *L'unité de l'homme*, Le seuil, 1974.
- K. Marx, *Manuscrits de 1844*, Flammarion, 1996.
- K. Marx, *Le Capital*, Livre 1, *sections I à IV*, Flammarion, Paris, 1985.



- M. Mauss, *Sociologie et Anthropologie*, P.U.F., 1950, 8<sup>ème</sup> édition Quadrige, 1999.
- C. W. Mills, *L'imagination sociologique*, Ed. La Découverte, Paris, 1997 (1<sup>ère</sup> Ed., Maspéro, 1967)
- F. Nietzsche, *Ecce homo*, in *œuvres philosophiques complètes*, Gallimard, 1974.
- Pascal, *Pensées*, Booking International, Paris, 1995.
- J. P. Poulain, *Sociologie de l'obésité*, P.U.F., 2009.
- P. Surault, *L'inégalité sociale devant la mort*, Economica, 1979.
- A. Thébaud-Mony, *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, La Découverte, coll. « La Découverte/Poche », 2008.
- L. V. Thomas, *Anthropologie de la mort*, Payot, Paris, 1975.
- J. J. Rousseau, *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, Flammarion, Paris, 1992.
- F. Villemain, *Stress et immunologie*, P.U.F., 1989.
- M. Verret, *La culture ouvrière*, L'Harmattan, Paris, 1988, 1996.
- J. Ziegler, *L'empire de la honte*, Fayard, 2005.
- J. Ziegler, *La faim dans le monde*, Editions Sociales, Paris, 1984.

### **Archéologie, Histoire & démographie (ouvrages, articles & revues)**

- P. Ariès, *Essais sur l'histoire de la mort en occident, du Moyen-âge à nos jours*, Ed. du Seuil, 1975.
- F. Braudel, E. Labrousse, *Histoire économique & sociale de la France*, P.U.F., 1993, tome III.
- J. P. Bardet, *Rouen aux 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles : les mutations d'un espace social*, Paris, SEDES, 1983, tome II.
- J. Dupâquier, *Histoire de la population française*, P.U.F., 1988, tome I.
- J. Dastugue, *Les maladies des hommes préhistoriques du paléolithique et du mésolithique*, in *La préhistoire française*, Paris, CNRS, 1976, tome I.

- G. Desplanques, *La mortalité des adultes suivant le milieu social : 1955 – 1971*, Collections de l'INSEE, D 44, 1976.
- R. Muchembled, *Une histoire de la violence – de la fin du Moyen-âge à nos jours*, Ed. du Seuil, 2008..
- *La préhistoire dans le monde*, ouvrage collectif dirigé par J. Garanger, Nouvelle édition de *La préhistoire* d'André Leroi-Gourhan, P.U.F., 1992
- A. Perrenoud, *L'inégalité sociale devant la mort à Genève au 17<sup>ème</sup> siècle*, « population », 30, n° spécial, nov. 1975.
- G. Pison, « population & sociétés » N° 40, Mars 2005, INED.
- A. Sauvy, *Les limites de la vie humaine*, Hachette, 1961.
- J. Stoezel. « Sociologie et démographie », *Population*, 1946, n° 1.
- James C. Riley, *Rising life expectancy. A global history*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001.
- M. Vovelle, *La mort et l'occident de 1300 à nos jours*, Ed. Gallimard et Pantheon Books, 1983.

#### **A propos du travail et des conditions de travail (articles & revues)**

- INSEE, « enquête sur l'emploi de mars 2001. Résultats détaillés », INSEE Résultats, n° 748-749.
- *Enquête Sumer 1994 et 2003* (temps de travail), DRT-Dares, in Données sociales, INSEE, 2006.
- Serge Volkoff, « conditions de travail et santé », Données Sociales, 1987.
- Enquête *Conditions de travail 1998*, in « Efforts, risques et charge mentale. Résultats des enquêtes « conditions de travail » 1984, 1991, 1998 », les données de la Dares, n° spécial, 1999, *passim*.
- DRT-Dares, *enquêtes Sumer 1994 et 2003*, Données sociales, 2006.
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM), *Statistiques financières et technologiques des accidents du travail. Années 1996-1997-1998, 2000*.

- CNAM, *statistiques technologiques des maladies professionnelles 2006*, résultats ventilés par CTN.
- N. Guignon, N. Sandret, « *les expositions aux produits cancérogènes* », *Premières Synthèses*, n° 28-1, juillet 2005.
- INSEE, *Données sociales*, 2006.
- *La Santé en chiffres*, Caisse Nationale d' Assurance Maladie, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Comité Français d'Education pour la Santé, non daté.
- DARES, *Premières synthèses*, janvier 2007- n° 01.2
- « *Premières synthèses* », « *conditions de travail : une pause dans l'intensification* », DARES, janvier 2007.
- *Enquêtes Conditions de travail*, 2005, DARES.
- *Enquêtes Conditions de travail* 1984, 1991, 1998, 2005, DARES.
- « *Les expositions aux risques professionnels* », résultats SUMER 2003, juillet 2006, DARES.
- *The Lancet Oncology*, revue médicale britannique, décembre 2007.
- « *Accidents, accidentés et organisation du travail* », résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998, DARES.
- « *Taux de fréquence des AT par secteur d'activité et CSP, en 2007* », in *premières synthèses*, « *l'exposition des salariés aux accidents du travail en 2007* » (décembre 2009 – N° 50.2), DARES.
- D. Cru et C. Dejours, « *Les savoir-faire de prudence dans les métiers du bâtiment* », *Cahiers médico-sociaux*, n°3, Genève.
- Publications DARES, *Premières synthèses*, janvier 2007 : « *conditions de travail, les marges de manœuvre en léger recul* » ; « *l'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003* » in *Données sociales – La société française édition 2006*, INSEE, Paris.
- T. Coutrot « *L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003* » in *Données sociales – La société française édition 2006*, INSEE, Paris, 2006.
- *Premières synthèses*, « *conditions de travail : un pause dans l'intensification ?* », DARES, janvier 2007.
- « *La société précaire* », in *sciences humaines* n° 168, février 2006.
- *Enquêtes Emploi*, INSEE, 2005.

- « *Conditions de travail et précarité de l'emploi* », Premières synthèses, DARES, juillet 2009 – N°28.2.
- « *Les nouveaux cahiers du Grée* » (groupe de recherche sur l'éducation et l'emploi) : « *la précarité : quelles incidences sur la santé des travailleurs ? L'exemple des travailleurs intérimaires* », R. Belkacem, L. Montcharmont. Numéro 1 – juillet 2005.
- A. Mesrine, « *La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ?* », *Economie & statistique* N° 334, 2000 – 4.
- INSEE, 1998 – 1999. *Enquête handicap, incapacités, dépendance*.
- « *Le chômage de longue durée* », rapport du *Conseil d'orientation pour l'emploi*, décembre 2011.
- « *Perte d'emploi et santé. Le concours médical* », octobre 1998, par Marie-Odile Achard, Vincente Chastel et Pierre Dell'Accio.
- C. Dejours, « *Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ?* », *Le Travail humain*, n° 58 – 1
- P. Davezies, « *De la récupération psychique* », in « *Repos et récupération* », *Santé et Travail*, n°25, 1998).
- « *Intensification du travail et répercussions sur la santé mentale* » : arguments épidémiologiques apportés par l'enquête ESTV, F. Derriennic, M. Vezina, INSERM U 88 Saint Maurice – France ; Université Laval – Québec.
- « *Davantage de troubles dépressifs chez les ouvriers et employés* », C. Cohidon (INVS), in *Santé & Travail* n° 060 – octobre 2007.

### **A propos des modes de vie et des pratiques (articles & revues)**

- *Le Monde*, « *L'alcool, un danger mal combattu* » (13/09/06).
- *Le Monde* (3/06/2003), « *Tabagisme féminin : une catastrophe sanitaire annoncée* »
- « *Drogues et usages : chiffres clefs* », Comité Français d'Education pour la Santé et Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, décembre 1999.
- Rapport présenté par le Centre international de recherche sur le cancer et les académies des sciences et de médecine (septembre 2007).

- N. Guignon, *alcool, tabac, des plaisirs qui empoisonnent*, Données sociales, INSEE, 1990.
- S. Tellier, « *la prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999* », *Document de travail*, n° 19, DRESS, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001.
- F. Beck et S. Legleye : « *les adultes et les drogues en France : niveaux d'usages et évolutions récentes* », *Tendances n°30*, OFDT, juin 2003.
- *Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002*, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, et Baromètre Santé 2000 INPES, exploitation OFD.
- *Expérimentation de substances psycho actives au cours de la vie* », EROPP 2002, OFDT et Baromètre Santé 2000 INPES, exploitation OFDT.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 24/2001.
- Thibaud de Saint Pol, *La consommation des hommes et femmes vivant seuls* », *INSEE première 1194*, mai 2008.
- *Le Monde* (03/06/2004), « *les hommes adoptent une meilleure hygiène de vie* ».
- « *La consommation alimentaire : des inégalités persistantes mais qui se réduisent* », F. Caillavet, C. Lecogne, V. Nichèle, Inra-Aliss, UR 1303, 2008.  
« *Les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée ?* », CREDOC, cahier de recherche n° 232, 2006.
- Brousseau et al., cahier de recherche n°158 du Credoc, 2001.
- « *Sciences humaines* » N° 223, février 2011.
- Thibaut de Saint Pol, « *L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent* », *Insee Première* N° 1123 – février 2007.
- « *Surpoids et obésité des adolescents en classe de troisième selon la catégorie sociale du père* », Ministère des affaires sociales – enquête du cycle triennal auprès des classes de troisième, année scolaire 2003-2004
- L. Muller, « *la pratique sportive en France, reflet du milieu social* », in *Données sociales – La société française*, édition 2006, Insee, Paris, 2006, p. 657-663.
- Revue médicale, *The Lancet*, 2009 (mois non précisé)

- Expertise collective de l'INSERM : « *Obésité : bilan et prévention des programmes de prévention et de prises en charge* », INSERM, 2006 (diffusée sur internet).
- *Le Monde* : « *travailler quand on a faim, c'est trop dur* » (23/09/2008).
- Enquête « *obésité, goût et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale* », menée par F. Régnier et A. Masullo, in *Revue française de sociologie*, vol. L, n° 4, 2009.
- « *Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation* », Insee Première N° 808 – octobre 2001.
- « *Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ?* », *Questions d'économie de la santé* n° 129 – janvier 2008, IRDES.
- Association Nationale de prévention en alcoologie et addictologie, *Données épidémiologiques sur la consommation d'alcool*, 2009).

#### **A propos des conditions de logement (articles & revues)**

- Fondation Abbé Pierre, *Rapport annuel 2007 – L'état du mal-logement en France*, Paris, 2007.
- Enquête présentée en décembre 2007 par l'*Observatoire du SAMU social de Paris* (in *Le Monde*, 30/01/2008).
- B. De la Rochere, « *La santé des sans-domicile usagers des services d'aide* », *Insee première* N° 893, INSEE, Paris, avril 2003.
- P. Peretti-Watel, « *Lien social et santé en situation de précarité* », *Economie et statistique*, n° 391-392, Paris, Insee, 2006.
- C. Rizk, « *Le cadre de vie des ménages les plus pauvres* », *Insee Première* n° 926, Insee, Paris, octobre 2003.
- Enquête logement, Insee, 2006.

#### **A propos de la « solitude » (articles & revues)**

- J. L. Pan ké Shon, « *Être seul* », *Données sociales*, la société française, 2002, 2003, Insee.
- *Le Monde*, « *un tiers des familles monoparentales sont pauvres* » (07/01/2012).

- « *Les personnes en couple vivent plus longtemps* », INSEE Première N° 1155, août 2007.
- « *Mortalité des femmes et environnement familial, rôle protecteur de la vie de famille* », INSEE première n° 892, avril 2003.
- Etude de l'Université anglaise de Warwick, citée par le quotidien *The Independent* (cf. *Le Monde*, 07/09/2004).

### **A propos du recours aux soins (articles & revues)**

- T. de Saint Pol, « *La santé des plus pauvres* », Insee première N° 1161, Insee, Paris, 2007. Observatoire des inégalités, « *l'inégal accès à la complémentaire santé* », art. du 25/12/2008 (site officiel, internet)
- C. Allonier, T. Debrand, V. Lucas-Gabrielli, A. Pierre, « *Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles* », Questions d'économie de la santé, n° 117, Irds, Paris, janvier 2007.
- « *Questions d'économie de la santé* », Irds n° 100, novembre 2005.
- « *Histoires de consultations* », rapport rédigé par M. Denantes et M. Chevillard, *Le Monde* (23/04/2009).
- *La consommation médicale de ville selon le sexe en 1991-1992 (INSEE)*.

### **A propos de la mortalité en général (articles & revues)**

- « *La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte* », Population & sociétés N° 441, janvier 2008.
- G. Desplanques, *La mortalité des adultes suivant le milieu social : 1955 – 1971*, Collections de l'INSEE, D 44, 1976.
- F. Prioux, "L'évolution démographique récente en France", Population, 2008
- *Le Monde* (07/03/1998), « *La mort des petites filles chinoises* », par S. Brunel & Y. Blayo.
- *Le Monde*, (13/01/2009), « *deux mille morts du choléra au Zimbabwe* »
- *Le Monde* (16/01/2009), « *mortalité maternelle et néonatale : la grande inégalité.* »

- *Le Monde* (07/07/2004), « *le sida progresse « sans frein » en Asie et en Europe orientale...* »
- Rapport de l'Unicef, 16/01/200, « *mortalité maternelle et néonatale : la grande inégalité* ».
- J.P. Renard, « *la surmortalité masculine dans le monde, espace, populations* », sociétés, 1990-3.
- Jean-René Carré, Hubert Duval, Hélène Fontaine, Sylvain Lassare, « *les usagers de la route : une exposition aux risques inégale* », Données sociales, INSEE, 1993.
- *Le Monde* (26/09/06), « *hommes au volant, mort au tournant* ».
- J. C. Chesnay, « *les morts violentes en France depuis 1826* », comparaisons internationales, INED, *travaux et documents*, cahier n°75, PUF.
- DRESS (direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques), *Etudes et résultats* N° 109, Avril 2001.
- C. Baudelot, R. Establet, S. Lahlou, « *Le suicide, un fait social* », Données sociales, INSEE, 1993.
- E.A. Fattah, « *la victime est-elle coupable ?* », Presses de l'Université de Montréal, 1971.
- J. M. Bessette, « *éléments pour une approche sociologique des rapports entre agresseurs et agressés en matière criminelle* », in *revue de sociologie et d'anthropologie* janvier/mars 1994, L'Harmattan.
- J. M. Bessette, *les Ages de la mort*, collection UTINAM, L'Harmattan (année ?).
- « *Espérance de vie : un avantage féminin menacé ?* », *Population et sociétés*, bulletin mensuel d'information de l'INED (mai/juin 2004)
- *Le Monde* (3/06/2004), « *l'espérance de vie des hommes tend à rattraper celle des femmes* ».
- M. Halbwachs, *le point de vue du nombre*, in *Encyclopédie française* (1936), t. VII, troisième partie, réédition sous la direction d'E. Brian et M. Jaisson, Paris, INED, 2005.
- INSEE, *Données sociales*, 1993.
- *INSEE Première*, n° 1025, juin 2005
- « *L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent* », INSEE Première N° 1372 – octobre 2011.
- G. Menvielle, A. Leclerc, J.F. Chastang, D. Luce, « *inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle* », Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 33, INVS, 2 septembre 2008.



- « *Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles* », INVS, Avril 2010.

# ANNEXES

## ANNEXES

## A - MORTALITE, ESPERANCE DE VIE

### Évolution de l'espérance de vie à la naissance en France de 1740 à 2005

Espérance de vie  
à la naissance (ans)

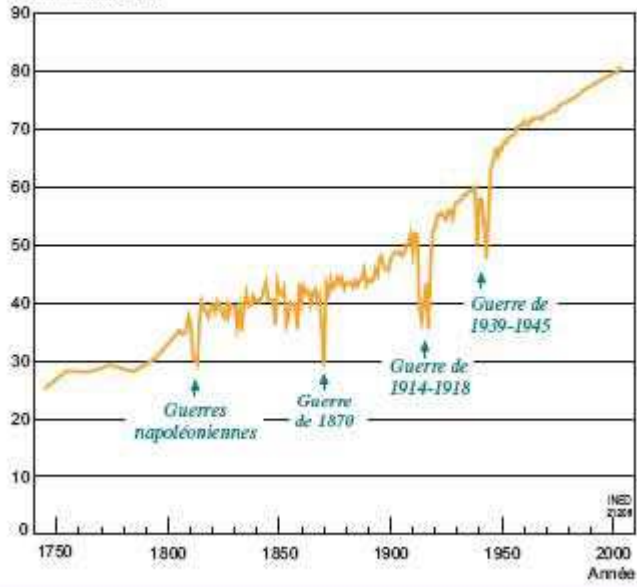


Tableau 1 - Espérance de vie totale et espérance de vie sans incapacité, selon le sexe, en France, en 2003

	Espérance de vie (années)									Espérance de vie totale (années) (b)
	Avec ou sans difficultés dans les activités de soins personnels (incapacités de type III)			Avec ou sans difficultés dans les activités en général (incapacités de type II)			Avec ou sans problèmes fonctionnels physiques et sensoriels (incapacités de type I)			
	avec	sans (a)	rapport* (a/b)	avec	sans (a)	rapport* (a/b)	avec	sans (a)	rapport* (a/b)	
<b>À 35 ans</b>										
Hommes	3,0	39,8	93 %	8,7	34,1	80 %	15,1	27,7	65 %	42,8
Femmes	5,3	43,5	89 %	12,1	36,7	75 %	20,0	28,8	59 %	48,8
Différence	+2,3	+3,7	-	+3,4	+2,6	-	+4,9	+1,1	-	+6,0
<b>À 60 ans</b>										
Hommes	2,7	18,0	87 %	6,2	14,5	70 %	11,2	9,5	46 %	20,7
Femmes	4,8	20,1	81 %	9,1	15,8	63 %	15,3	9,6	38 %	24,9
Différence	+2,1	+2,1	-	+2,9	+1,3	-	+4,1	+0,1	-	+4,2

\* Proportion de l'espérance de vie totale indemne d'incapacité.

Champ : France métropolitaine.

(E. Cambois, C. Laborde, J.-M. Robine, *Population & Sociétés*, n° 441, Ined, janvier 2008)

Source : Calculs des auteurs d'après les données de l'Échantillon démographique permanent (décès survenus entre 1999 et 2003) et de l'enquête de l'Insee sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003.

Figure 1 - Espérance de vie à 35 ans avec et sans incapacité chez les cadres supérieurs et les ouvriers, pour différents indicateurs d'incapacité. Hommes et femmes, France, 2003

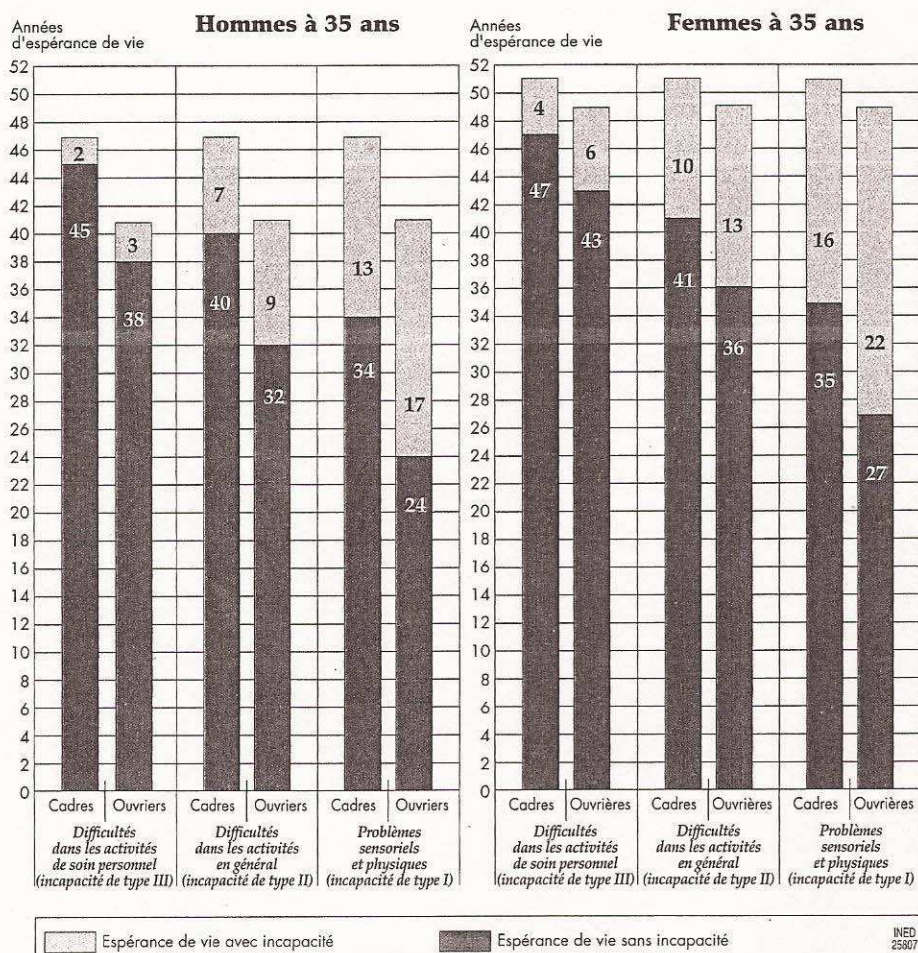




Tableau 2 - Espérance de vie totale et sans incapacité à 35 ans selon la catégorie de profession\* des hommes et des femmes, France 2003 (deux indicateurs d'incapacité)

Profession et catégorie sociale	Répartition dans la population (%)	Espérance de vie (années)						Espérance de vie totale (années) (b)
		Avec ou sans difficultés dans les activités de soins personnels (incapacités de type III)			Avec ou sans problèmes fonctionnels physiques et sensoriels (incapacités de type I)			
		avec	sans (a)	rapport** (a/b)	avec	sans (a)	rapport** (a/b)	
<b>Hommes, 35 ans</b>								
Cadres supérieurs	16 %	2,1	44,5	96 %	12,6	34,0	73 %	46,6
Professions intermédiaires	21 %	2,4	42,4	95 %	14,0	30,8	69 %	44,8
Agriculteurs exploitants	6 %	2,9	42,4	94 %	16,3	29,0	64 %	45,3
Indépendants	10 %	2,5	41,9	94 %	14,3	30,1	68 %	44,4
Employés	10 %	3,1	39,0	93 %	13,7	28,4	67 %	42,1
Ouvriers	34 %	3,4	37,5	92 %	16,5	24,4	60 %	40,9
Inactifs*	3 %	8,7	21,7	71 %	19,9	10,5	35 %	30,4
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>3,0</b>	<b>39,8</b>	<b>93 %</b>	<b>15,1</b>	<b>27,7</b>	<b>65 %</b>	<b>42,8</b>
<b>Femmes, 35 ans</b>								
Cadres supérieures	8 %	4,4	46,5	91 %	15,5	35,4	70 %	50,9
Professions intermédiaires	14 %	4,4	45,4	91 %	17,7	32,1	65 %	49,8
Agricultrices exploitantes	5 %	6,2	43,9	88 %	20,7	29,4	59 %	50,1
Indépendantes	5 %	5,3	44,8	89 %	18,4	31,7	63 %	50,1
Employées	35 %	5,0	44,4	90 %	20,5	28,9	59 %	49,4
Ouvrières	12 %	6,1	42,5	87 %	21,8	26,8	55 %	48,6
Inactives*	21 %	5,6	41,1	88 %	21,2	25,5	55 %	46,7
<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>5,3</b>	<b>43,5</b>	<b>89 %</b>	<b>20,0</b>	<b>28,8</b>	<b>59 %</b>	<b>48,8</b>

\* voir note (1) dans le texte.

\*\* Proportion de l'espérance de vie totale indemne d'incapacité.

Champ : France métropolitaine..

(E. Cambois, C. Laborde, J.-M. Robine, *Population & Sociétés*, n° 441, Ined, janvier 2008)

Source : Calculs par les auteurs d'après les données de l'Échantillon démographique permanent (décès survenus entre 1999 et 2003) et de l'enquête de l'Insee sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003.

Taux de décès par cause (hommes actifs 25-54 ans)

Statistiques INSERM des causes de décès 1987-1993 et 1979-1985

Employés

Évolution entre les deux périodes %	1987-1993 (a)/(c)	1979-1985 (b)/(d)
-21	3,4	2,7
-6	3,5	2,8
-30	10,8	9,1
-33	2,3	1,6
-24	3,1	3,0
-25	2,2	1,5
0	1,4	1,2
-26	2,5	1,8
-41	2,8	2,1

-21	3,4	2,7
-6	3,5	2,8
-30	10,8	9,1
-33	2,3	1,6
-24	3,1	3,0
-25	2,2	1,5
0	1,4	1,2
-26	2,5	1,8
-41	2,8	2,1

Intestin	5,4	5,6	-4	2,4	3,5	-33	2,3	1,6
Estomac	3,8	4,7	-20	1,2	1,6	-24	3,1	3,0
Pancréas	3,7	3,4	9	1,7	2,2	-25	2,2	1,5
Encéphale	3,3	2,8	18	2,3	2,3	0	1,4	1,2
autres	39,9	38,7	3	15,7	21,2	-26	2,5	1,8
Cardio-vasculaire	52,4	64,7	-19	18,4	31,0	-41	2,8	2,1

dont								
infarctus du myocarde	23,8	28,9	-18	9,7	16,9	-43	2,5	1,7
accidents vasculo-cérébraux	10,5	14,1	-26	3,0	5,4	-44	3,5	2,6
Autres	18,1	21,6	-16	5,7	8,7	-34	3,2	2,5
Morts violentes	104,7	114,1	-8	37,6	49,2	-24	2,8	2,3
dont Suicides	39,2	37,5	5	13,8	16,1	-14	2,8	2,3
Accidents de la circulation	31,2	34,9	-11	11,3	15,6	-27	2,8	2,2
Autres accidents	25,7	33,1	-22	9,7	14,2	-32	2,7	2,3
Autres	8,6	8,7	-1	2,7	3,4	-20	3,1	2,5
Alcoolisme	25,0	36,4	-31	2,5	3,6	-31	10,0	10,0
Maladies respiratoires	7,2	8,8	-19	1,6	1,9	-17	4,5	4,5
Sida	14,9	0,3	5812	16,6	0,6	2500	0,9	0,4
Diabète	1,7	1,8	-4	0,3	0,6	-48	5,8	3,2
Causes inconnues	15,4	17,6	-12	7,9	9,7	-18	1,9	1,8
Autres causes	25,3	30,5	-17	7,2	10,5	-31	3,5	2,9
Ensembles	365,9	394,5	-7	127,3	151,7	-16	2,9	2,6



**Taux de mortalité standardisés\* par suicide chez les travailleurs salariés selon le secteur d'activité et en population générale. Période 1976-2002, hommes âgés de 15 à 64 ans**

Population	Nb décès 1976-2002	Taux 1976-1982	Taux 1983-1989	Taux 1990-1996	Taux 1997-2002	Taux 1976-2002
<b>Groupe socioprofessionnel</b>						
Cadres	119	8,2	10,5	11,9	11,7	11,0
Professions intermédiaires	327	16,8	18,5	19,6	15,6	17,7
Employés	306	25,2	26,1	26,3	26,0	26,3
Ouvriers	1 227	26,9	32,9	32,4	33,1	31,8
<b>Secteur d'activité économique</b>						
Industries extractives	7	18,0	14,1	8,6	32,9	19,9
Industrie manufacturière	650	23,3	25,3	25,1	25,5	25,0
Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau	18	35,3	0,0	16,9	9,7	15,5
Construction	248	24,7	30,6	31,0	22,6	27,3
Commerce; réparations automobile et articles domestiques	239	15,7	21,8	21,5	21,9	20,5
Hôtels et restaurants	55	21,1	15,0	25,4	20,9	20,4
Transports et communications	177	24,6	22,0	26,0	21,4	23,9
Activités financières	49	18,8	19,8	16,1	15,2	18,9
Immobilier, location et services aux entreprises	289	30,4	28,0	23,6	26,4	26,7
Administration publique	120	30,7	32,0	30,5	26,4	29,8
Éducation	16	7,6	40,8	9,2	7,8	15,6
Santé et action sociale	135	33,5	38,9	27,6	38,0	34,3
Services collectifs, sociaux et personnels	75	16,7	23,9	27,6	23,2	23,8
<b>Salariés tous secteurs</b>	<b>1 931</b>	<b>23,0</b>	<b>26,3</b>	<b>25,5</b>	<b>24,7</b>	<b>25,1</b>
<b>Absence d'activité salariée</b>	<b>1 721</b>	<b>58,1</b>	<b>58,6</b>	<b>67,6</b>	<b>50,0</b>	<b>58,1</b>
<b>Population générale</b>	<b>154 506</b>	<b>30,3</b>	<b>36,0</b>	<b>35,5</b>	<b>31,2</b>	<b>33,4</b>

\* Standardisation sur l'âge quinquennal et le sexe. (ref. population masculine salariée occupée au recensement général de population de 1990).  
Taux pour 100 000.

Source : unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement (InVS-UCBL-Inrets)

## B – CONDITIONS DE TRAVAIL



## LES INDICATEURS SYNTHÉTIQUES DE CONDITIONS DE TRAVAIL

Les indicateurs utilisés dans cette étude sont construits de la façon suivante à partir du questionnaire de l'enquête Conditions de Travail 2005 :

### Horaires de travail :

- **Horaires variables** : « Vos horaires de travail quotidiens sont-ils variables d'un jour à l'autre ? » (réponse « oui »)
- **Horaires atypiques** : l'enquêteur travaille le dimanche, ou bien de nuit (minuit à 5 heures) ou le soir (20 heures à minuit)
- **Horaires faiblement prévisibles** : « Connaissez-vous les horaires que vous devrez effectuer la semaine prochaine ? » (réponse « non »)

### Organisation du travail :

- **Cadences** : « Votre rythme de travail est-il imposé par le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce ou par la cadence automatique d'une machine ? » (réponse « oui ») ou bien « Travaillez-vous à la chaîne ? » (réponse « oui ») ou bien « Votre travail consiste-t-il à répéter continuellement une même série de gestes ou d'opérations en moins d'une minute ? » (réponse « oui »)
- **Contraintes marchandes** : « Votre rythme de travail est-il imposé par une demande extérieure (clients, public) obligeant à une réponse immédiate ? » (réponse « oui »)
- **Contraintes industrielles** : « Votre rythme de travail est-il imposé par des normes de production, ou des délais, à respecter en une heure au plus ? » (réponse « oui »)
- **Faible autonomie** : « Pour faire votre travail, avez-vous la possibilité de faire varier les délais fixés ? » ou bien « Les indications données par vos supérieurs hiérarchiques vous disent ce qu'il faut faire. En général, est-ce que (1) ils vous disent aussi comment il faut faire ou (2) ils indiquent plutôt l'objectif de travail et vous choisissez vous-même la façon d'y arriver ? » ou bien « Vous recevez des ordres, des consignes, des modes d'emploi. Pour faire votre travail correctement, est-ce que (1) vous appliquez strictement les consignes, ou bien, (2) dans certains cas, vous faites autrement, ou (3) la plupart du temps, vous faites autrement ? » ou bien « Quand au cours de votre travail, il se produit quelque chose d'anormal, est-ce que (1) la plupart du temps, vous réglez personnellement l'incident, ou, (2) vous réglez personnellement l'incident dans des cas bien précis, prévus d'avance, ou, (3) vous faites généralement appel à d'autres (un supérieur, un collègue, un service spécialisé) ? »
- **Intensité du travail forte** : « Êtes-vous obligé de vous dépêcher ? » (réponse « toujours » ou « souvent ») ou bien « Devez-vous fréquemment interrompre une tâche que vous êtes en train de faire pour en effectuer une autre non prévue ? » (réponse « oui ») et « Diriez-vous que cette interruption d'activité qu'elle est un aspect négatif de votre travail ? » (réponse « oui ») ou bien « Vous changez de poste en fonction des besoins de l'entreprise ? » (réponse « oui ») et « Du point de vue de l'intérêt de votre travail, de vos compétences, de votre qualification, est-ce positif ? négatif ? sans effet ? » (réponse « négatif »)
- **Moyens insuffisants** : au moins une réponse « non » aux questions « Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général : un temps suffisant », « des informations claires et suffisantes », « la possibilité de coopérer », « des collaborateurs ou collègues en nombre suffisant », « des logiciels et des programmes informatiques bien adaptés », « un matériel suffisant et adapté », « une formation suffisante et adaptée ? », ou bien « Arrive-t-il qu'il vous soit impossible de respecter à la fois la qualité et les délais imposés ? » (réponse « toujours » ou « souvent »)

### Pénibilités physiques

Au moins six réponses « oui » aux questions suivantes : « L'exécution de votre travail vous impose-t-elle de rester longtemps debout », « rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante à la longue », « effectuer des déplacements à pieds, longs ou fréquents », « porter ou déplacer des charges lourdes », « effectuer des mouvements douloureux ou fatigants », « subir des secousses ou vibrations », « Votre travail ou votre lieu de travail présente-t-il les inconvénients suivants : humidité ou température élevée ou température basse ? », « Quand vous travaillez, si une personne, placée à deux ou trois mètres de vous, vous adresse la parole : vous ne pouvez pas l'entendre »

### Exposition aux risques professionnels

Au moins une réponse « oui » aux questions : « À votre emplacement de travail, êtes-vous amené à respirer des fumées ou des poussières », « être en contact avec des produits dangereux », « être exposé à des risques infectieux », « risquer d'être blessé ou accidenté », « risquer des accidents de la circulation au cours du travail ? »

### Collectif de travail

**Manque de soutien de la hiérarchie** : « Si vous avez du mal à faire un travail délicat, compliqué, est-ce que vous êtes aidé par vos supérieurs hiérarchiques ? » (réponse « non »)

**Manque de soutien ou d'échanges avec les collègues** : « Si vous avez du mal à faire un travail délicat, compliqué, est-ce que vous êtes aidé par les autres personnes avec qui vous travaillez habituellement, d'autres personnes de l'entreprise, des personnes extérieures à l'entreprise ? » (réponses « non ») ou bien « Avez-vous l'occasion d'aborder collectivement avec d'autres personnes de votre service ou de votre atelier des questions d'organisation ou de fonctionnement de votre unité de travail ? » (réponse « non »)

### Prévention

- **Information sur la sécurité** : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous reçu une information sur les risques que votre travail fait courir à votre santé ou votre sécurité ? » (réponse « oui »)

- **Actes de prévention** : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous bénéficié d'une formation à la sécurité dispensée par votre entreprise ? » (réponse « oui ») ou bien « À quand remonte votre dernière visite médicale avec un médecin du travail ou de prévention ? » (réponse « à deux ans au plus ») ou bien « Pour préserver votre sécurité ou votre santé dans votre travail, disposez-vous de consignes ou d'instructions écrites, en dehors des consignes d'évacuation en cas d'incendie ? » (réponse « oui ») et « pouvez-vous les appliquer totalement ? » (réponse « oui »)

### - Accidents du travail

« Dans les douze derniers mois, au cours de votre travail, avez-vous eu un (ou plusieurs) accident(s), même bénin(s), qui vous a (ont) obligé à vous faire soigner ? » (réponse « oui »)



DARES

## Précarité et conditions de travail

En milliers

Indicateurs	Salariés en emploi stable %	Salariés en emploi instable		Salariés en emploi instable, par type							
		Ensemble		Contrats courts		Intérimaires		CDI en sous-emploi		CDI fragilisés	
		%	Odd-ratios*	%	Odd-ratios*	%	Odd-ratios*	%	Odd-ratios*	%	Odd-ratios*
<b>Horaires</b>											
Horaires variables . . . . .	27,0	29,2	1,26	32,4	1,26	17,6	n.s.	39,1	1,83	24,1	n.s.
Horaires atypiques . . . . .	19,9	21,2	n.s.	21,5	0,81	23,9	n.s.	20,9	n.s.	20,5	1,19
Faible prévisibilité des horaires . . . . .	9,1	13,4	1,64	14,2	1,89	24,4	2,91	8,9	1,60	12,2	1,37
<b>Organisation du travail</b>											
Cadences . . . . .	12,8	20,0	1,23	14,2	n.s.	42,3	1,59	14,3	1,32	23,5	1,25
Contraintes marchandes . . . . .	53,8	51,6	n.s.	49,0	n.s.	34,7	0,63	49,5	n.s.	59,1	1,25
Contraintes industrielles . . . . .	23,8	28,4	1,14	22,2	n.s.	39,7	n.s.	19,9	n.s.	36,0	1,39
Faible autonomie . . . . .	17,8	27,0	1,25	29,6	1,25	50,1	1,86	20,7	n.s.	22,1	1,22
Intensité du travail . . . . .	54,8	55,5	n.s.	48,0	0,79	51,1	0,78	48,4	n.s.	67,3	1,62
<b>Pénibilités physiques</b>											
Six pénibilités ou plus . . . . .	19,0	23,9	1,13	22,6	n.s.	29,2	0,70	14,9	n.s.	28,0	1,49
<b>Exposition aux risques professionnels</b>											
Exposition à au moins un risque professionnel . . . . .	67,6	70,4	n.s.	67,9	0,85	79,8	0,72	65,7	0,84	72,9	n.s.
Exposition à au moins un risque professionnel, hors risque route . . . . .	60,2	65,4	n.s.	63,9	n.s.	77,6	0,79	61,3	0,82	66,0	1,15
<b>Moyens insuffisants</b> . . . . .	62,9	65,4	1,25	58,7	0,84	53,5	n.s.	69,5	1,34	73,2	1,90
<b>Collectif de travail</b>											
Absence de soutien de la hiérarchie . . . . .	31,0	30,6	1,10	22,2	0,77	31,4	n.s.	32,2	1,20	38,4	1,42
Absence de soutien ou d'échanges avec les collègues . . . . .	38,6	42,2	1,40	41,5	1,51	51,9	2,03	57,0	1,66	34,1	1,13
<b>Prévention de risques professionnels</b>											
Information sur la prévention . . . . .	19,6	18,6	n.s.	19,5	n.s.	29,8	n.s.	12,1	n.s.	18,0	0,84
Absence de prévention . . . . .	12,4	16,9	1,44	22,6	1,78	15,2	5,00	24,4	1,34	8,0	n.s.
<b>Accidents du travail</b> . . . . .	6,4	8,3	n.s.	7,6	n.s.	10,7	n.s.	4,9	n.s.	9,9	1,51

n.s. : non significatif. \* Logit binomiaux, contrôlés par l'âge, le sexe, le diplôme, la catégorie socioprofessionnelle (CS, 6 postes), la fonction, le secteur d'activité et la taille de l'établissement, qui apprécient le risque pour le salarié d'être exposé à l'une de ces conditions de travail, selon ses conditions d'emploi. Indication de lecture : les salariés en emploi instable présentent plus de risques que les autres salariés d'avoir des horaires variables (+26 %).

Lecture : 27 % des salariés en emploi stable ont des horaires de travail variables.

Champ : salariés actifs occupés

Source : enquête Conditions de travail 2005, Insee-Dares.

**C – ACCIDENTS DU TRAVAIL,  
MALADIES PROFESSIONNELLES**

Tableau 4  
Taux de fréquence des AT par secteur d'activité et catégorie socioprofessionnelle, en 2007

Secteur d'activité (NES36)	Cadres et chefs d'entreprise	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Total
A0 - Agriculture, sylviculture, pêche .....	nd	nd	nd	nd	24,7
B0 - Industries agricoles et alimentaires .....	3,8	5,0	19,1	41,3	30,7
C1 - Habillement, cuir .....	1,7	2,7	11,3	14,1	10,7
C2 - Édition, imprimerie, reproduction .....	1,6	3,2	6,9	28,4	13,2
C3 - Pharmacie, parfumerie et entretien .....	1,9	4,9	21,0	21,8	10,1
C4 - Industries des équipements du foyer .....	2,3	4,2	10,9	37,2	25,4
D0 - Industrie automobile .....	0,8	1,8	12,5	21,7	14,1
E1 - Construction navale, aéronautique et ferroviaire..	0,8	2,3	11,9	42,5	18,4
E2 - Industries des équipements mécaniques .....	2,3	4,7	12,9	53,1	31,4
E3 - Ind. des équipements électriques et électroniques	1,3	3,7	7,6	23,7	8,5
F1 - Industries des produits minéraux .....	2,8	4,2	10,1	40,5	28,2
F2 - Industrie textile .....	1,6	4,0	16,4	32,5	23,0
F3 - Industries du bois et du papier .....	3,3	4,1	13,6	52,5	38,6
F4 - Chimie, caoutchouc, plastiques .....	1,9	2,9	14,6	35,3	21,5
F5 - Métallurgie et transformation des métaux .....	2,8	3,3	14,8	43,6	31,1
F6 - Ind. des composants électriques et électroniques.	1,0	2,9	11,2	23,8	12,4
G1 - Production de combustibles et de carburants .....	1,4	1,3	5,4	13,3	5,0
G2 - Eau, gaz, électricité .....	1,3	4,6	8,2	28,6	12,8
H0 - Construction .....	7,1	4,3	6,8	64,7	49,8
J1 - Commerce et réparation automobile .....	4,7	3,3	12,4	39,6	24,3
J2 - Commerce de gros, intermédiaires .....	2,2	5,3	23,9	41,9	19,0
J3 - Commerce de détail, réparations .....	8,0	7,2	25,8	47,5	24,1
K0 - Transports .....	4,1	6,0	33,5	45,1	35,0
L0 - Activités financières .....	0,8	1,9	6,4	41,9	2,7
M0 - Activités immobilières .....	1,8	3,6	7,2	44,1	11,1
N1 - Postes et télécommunications .....	0,8	5,0	nd	nd	22,3
N2 - Conseils et assistance .....	1,1	3,2	6,2	37,6	4,7
N3 - Services opérationnels * .....	4,0	6,5	21,4	51,5	37,4
Travail temporaire .....	3,7	4,8	26,7	59,2	49,0
Hors Travail temporaire .....	4,1	7,6	19,6	40,5	27,0
N4 - Recherche et développement .....	1,5	3,9	6,6	22,6	3,5
P1 - Hôtels et restaurants .....	18,3	4,2	33,8	36,8	29,2
P2 - Activités récréatives, culturelles et sportives .....	5,6	53,0	13,9	35,4	25,5
P3 - Services personnels et domestiques .....	8,7	7,9	8,6	43,1	12,8
Q1 - Éducation .....	6,8	4,3	nd	nd	8,5
Q2 - Santé, action sociale .....	9,7	11,9	nd	nd	24,8
R1 - Administration publique .....	2,7	9,6	nd	nd	14,9
R2 - Activités associatives et extraterritoriales .....	3,7	7,2	nd	nd	12,4
Total .....	3,2	6,5	20,6	48,2	24,3

Sources : données  
CNAM-TS pour le  
nombre d'AT ;  
DADS-Insee pour  
le nombre d'heures  
salariées ;  
calculs Dares.

nd : non disponible.

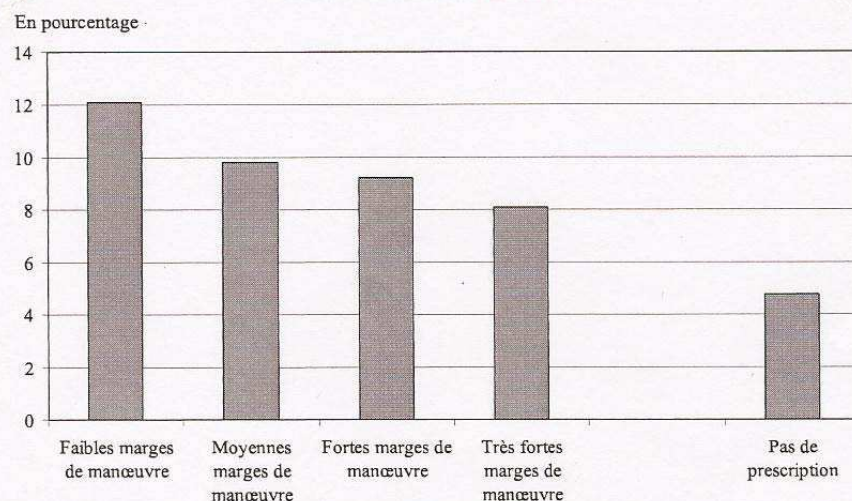
\* Au sein du secteur N3 « Services opérationnels », on distingue les intérimaires, y compris les permanents des entreprises d'intérim (ligne « Travail temporaire », correspondant au code NAF700 745B - Travail temporaire) des autres salariés du secteur (ligne « Hors travail temporaire »).

Remarque : les intérimaires sont comptabilisés dans le secteur N3 « Services opérationnels ». Dans les autres secteurs, les effectifs pris en compte n'incluent pas les intérimaires.

Lecture : en 2007, pour un million d'heures de travail, les ouvriers de la construction ont subi 64,7 AT.

Champ : salariés du régime général de sécurité sociale présents dans les DADS-Insee. France.

Graphique 7  
Accidentabilité et autonomie



Source : enquête Conditions de travail de 1998, MES-DARES.



Taux d'accident en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques du salarié

En pourcentage

Ensemble	8,5
Hommes	11,2
Femmes	5,3
Cadres	2,8
Professions intermédiaires	6,3
Employés	6,1
Ouvriers	15,3
15-24 ans	13,2
25-34 ans	9,5
45-54 ans	8,4
55 ans et plus	6,7
Moins de 2 ans d'ancienneté	6,7
2 ans d'ancienneté	10,5
3 ans d'ancienneté	10,3
4 ans d'ancienneté	9,4
5 ans à moins de 10 ans d'ancienneté	9,9
10 ans d'ancienneté ou plus	6,8
Intérimaires	13,3
Apprentis	15,7
Contrats à durée déterminée	7,8
Autres salariés	8,3
Agriculture	11,9
Industrie	11,1
Construction	13,9
Tertiaire	7,2

Source : enquête Conditions de travail de 1998, MES-DARES.



# E – INHIBITION DE L'ACTION

D – DONNEES GENERALES (CSP),  
INDICATEURS D'INEGALITES  
SOCIALES

## Les revenus selon les catégories sociales

### Niveau de vie mensuel moyen des individus du ménage

Unité : euros

#### Agriculteurs exploitants, artisans, commerçants, chefs d'entreprise

Agriculteurs exploitants, artisans, commerçants, chefs d'entreprise 2 157

#### Cadres supérieurs et professions libérales

Professions libérales 3 776

Cadres de la fonction publique 2 963

Professeurs, professions scientifiques 2 918

Professions de l' information,des arts et des spectacles 2 183

Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 3 169

Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise 2 820

#### Professions intermédiaires

Professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées 2 099

Professions intermédiaires de la santé et du travail social 2 213

Professions intermédiaires administratives de la fonction publique 2 093

Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises 2 072

Techniciens 1 949

Contremaîtres, agents de maîtrise 1 957

#### Employés

Employés civils et agents de service de la fonction publique 1 691

Agents de surveillance 1 667

Employés administratifs d'entreprise 1 950

Employés de commerce 1 595

Personnels des services directs aux particuliers 1 406

#### Ouvriers

Ouvriers qualifiés de type industriel 1 643

Ouvriers qualifiés de type artisanal 1 517

Chauffeurs 1 521

Ouvriers qualifiés de la manutention,du magasinageet du transport 1 595

Ouvriers non qualifiés de type industriel 1 448

Ouvriers non qualifiés de type artisanal 1 312

Ouvriers agricoles et assimilés 1 411

*Ces revenus ne comprennent pas une part importante des revenus du patrimoine*

Source : Insee. Année des données : 2009, 15 ans et plus, appartenant aux ménages dont la personne de référence n'est pas étudiante, France métropolitaine

## Le diplôme des actifs selon la catégorie sociale

Unité : %

	Diplôme supérieur à Bac + 2	Bac + 2	Bac ou brevet professionnel ou autre diplôme de ce niveau	CAP, BEP ou autre diplôme de ce niveau	Brevet des collèges	Aucun diplôme ou CEP
Agriculteurs exploitants	3,7	11,4	20,3	39,0	6,8	18,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	10,1	11,2	19,9	34,8	8,4	15,5
Cadres, professions intellectuelles supérieures	62,1	15,1	12,9	5,1	2,8	2,0
Professions intermédiaires	20,5	30,6	22,4	15,9	5,3	5,4
Employés	5,8	10,3	23,4	29,7	10,8	20,0
Ouvriers	1,3	3,2	13,5	40,1	8,7	33,2
<b>Ensemble</b>	<b>17,4</b>	<b>14,2</b>	<b>19,0</b>	<b>25,2</b>	<b>7,6</b>	<b>16,6</b>

Lecture : 62,1 % des cadres supérieurs ont un niveau de diplôme supérieur à bac+2.

Source : Insee - Enquête emploi. Année des données : 2010, Population active, hors non renseignés et chômeurs n'ayant jamais travaillé

### Niveau atteint par les élèves selon leurs origines sociales

Unité : %

	Diplôme inférieur au Bac ou aucun diplôme	Bac et pas d'autre diplôme	Diplôme Bac+2	Diplôme Bac+3/4	Diplôme Bac+5
Enseignants	9	15	9	29	38
Cadres supérieurs, chefs d'entreprise, professions libérales	13	11	12	23	41
Professions intermédiaires	24	19	14	23	20
Agriculteurs	32	17	17	17	17
Artisans, commerçants	37	20	13	15	15
Employés	43	22	11	15	9
Ouvriers qualifiés	48	21	12	12	7
Ouvriers non qualifiés	60	20	8	8	4

qualifiés

Source : Ministère de l'éducation nationale, ensemble des élèves entrés en sixième en 1995

### Nombre de livres lus selon la catégorie sociale

Unité : %

	0	1 à 4	5 à 9	10 à 19	20 à 49	50 ou plus	nombre moyen de livres lus
Agriculteurs	50	25	8	8	3	6	17
Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	27	28	9	15	12	7	19
Cadres supérieurs	10	21	14	24	18	12	23
Professions intermédiaires	19	29	14	19	12	6	16
Employés	32	28	12	14	9	4	13
Ouvriers	45	27	10	8	7	2	11

Source : Ministère de la Culture - Enquête sur les pratiques culturelles 2008, population de 15 ans et plus

### Types\* de livres préférés par catégorie sociale

Unité : %

	Littérature	Romans dont policiers, espionnage	Livres sur l'histoire	Mangas, comics, bandes dessinées	Essais politiques, philosophiques, religieux	Livres pratiques, arts de vivre et loisirs (bricolage, jardin, voyage...)	Livres scientifiques, techniques ou professionnels	Autres livres
Agriculteurs	0	33	13	5	1	21	4	23
Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	4	31	16	10	4	12	3	20
Cadres supérieurs	8	37	12	8	6	5	5	18

s								
Professionnelles intermédiaires	5	39	11	7	4	12	4	18
Employés	4	38	12	10	2	12	2	21
Ouvriers	3	33	11	10	2	16	3	22
Ensemble des lecteurs	5	36	12	9	3	11	4	20

\* Tous les types n'ont pas été retenus dans ce tableau

Source : Ministère de la Culture - Enquête sur les pratiques culturelles 2008, population de 15 ans et plus

Taux d'adhésion par type d'association selon la catégorie socioprofessionnelle

Unité : %

	Ensemble	Action sanitaire et sociale, humanitaire ou caritative	Sport	Culture	Loisirs	Défense de droits et d'intérêts communs	Syndicat, groupement professionnel
Agriculteurs	34,8	2,2	5,4	5,2	6,0	5,9	16,5
Artisans	30,4	3,8	11,3	4,1	6,6	1,5	3,4
Cadres supérieurs	46,9	5,9	19,7	10,9	4,1	5,6	13,0
Professionnelles intermédiaires	42,9	4,2	19,3	7,0	5,0	3,9	13,1
Employés	30,1	3,2	10,7	4,8	2,9	2,2	10,7
Ouvriers	26,4	1,6	12,0	2,3	3,6	1,3	9,4
Ensemble	35,1	3,6	14,3	5,6	4,0	3,0	11,0

Source : Insee. Année des données : 2008, France métropolitaine. Personnes ayant un emploi

## E – INHIBITION DE L'ACTION

## Conséquences somatiques de l'inhibition de l'action

Les répercussions périphériques de l'inhibition de l'action font principalement appel à deux systèmes : le système neurovégétatif et le système endocrinien.

Le système endocrinien est dans ce cas surtout représenté – mais pas seulement – par l'axe formé par l'hypothalamus, l'hypophyse et les glandes surrénales, qui constituent des systèmes régulés dans les périodes de repos comportemental. Si l'organisme se retrouve en inhibition de l'action, l'hypothalamus sécrète une hormone peptidique, le *corticotropin releasing factor* (CRF), facteur provoquant la libération par l'hypophyse dans la circulation sanguine de corticotrophine (ACTH). Celle-ci provoque à son tour la libération de glucocorticoïdes (Gcs) par la corticosurrénale – corticostérone chez le rat, cortisol chez l'homme. Cette série d'influences en cascade se referme sur elle-même, pour ainsi dire, car les glucocorticoïdes inhibent la libération d'ACTH par l'hypophyse et de CRF par l'hypothalamus, ce dernier voyant également sa libération bloquée

par l'ACTH. Ce système, régulé en constance, ne servirait à rien d'autre qu'à maintenir le taux de glucocorticoïdes à une valeur moyenne, avec de faibles oscillations autour de cette moyenne dues au retard d'efficacité des boucles de rétroaction.

Pour influencer sur son fonctionnement, il faut une commande extérieure au système qui transforme le système régulé en servomécanisme. Cette commande vient du cerveau situé au-dessus, dont le fonctionnement dépend lui-même de l'environnement dans lequel l'organisme qu'il anime est plongé.

Les catécholamines cérébrales (CA) permettent le fonctionnement des aires cérébrales aboutissant aux comportements de consommation et de récompense. Elles diminuent la libération de *corticotropin releasing factor* et en conséquence de corticotrophine et de cortisol. On peut en déduire qu'en situation de bien-être, de plaisir, l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien n'a pas besoin de montrer son utilité. La question de cette utilité

pose elle-même des problèmes. Lorsque c'est le PVS (faisceau de la punition) qui est stimulé, *corticotropin releasing factor* et corticotrophine sont également libérés. Mais la corticotrophine favorise l'activité des aires cérébrales commandant l'activité motrice, donc la fuite ou la lutte. Il faut que celles-ci soient rapidement efficaces, sinon la libération secondaire des glucocorticoïdes par les surrénales stimulera au contraire le système inhibiteur de l'action (SIA). Or le SIA, mis en jeu quand ni récompense, ni fuite, ni lutte ne sont réalisables, met à son tour en jeu l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. On pénètre alors, pour peu que la situation environnementale oblige à persister dans le comportement d'inhibition, dans un cercle vicieux de rétroactions positives dont on ne peut se libérer que par l'acte gratifiant.

Parallèlement à cette cascade endocrinienne, le système nerveux végétatif est activé, provoquant la libération des catécholamines circulantes – noradrénaline et adrénaline.



**Titre : L'inégalité devant la mort. Approche socio-anthropologique de la mortalité différentielle en France.**

**Mots clés : mortalité, santé, inégalités, maladie, sociologie, anthropologie, histoire.**

En mobilisant sociologie, anthropologie, démographie et histoire, on remarque que la mort, phénomène biologique, *fait de nature*, et aussi un *fait de culture* devant lequel les hommes ne sont pas égaux. En dépit des progrès de l'espérance de vie, la mort ne frappe pas tout le monde de la même façon. Après avoir finement analysé les statistiques de mortalité en fonction de différentes variables (sexe, professions, niveau d'instruction, état matrimonial, habitat), nous insistons sur les conditions de vie – notamment les conditions de travail – susceptibles de retentir sur l'état physique, psychique des personnes. Les modes de vie, l'habitat, l'environnement, la situation familiale ouvrant sur la vie sociale (affiliations) exercent aussi des effets propres sur la longévité. Les catégories sociales défavorisées, fragilisées par leur condition, pouvant difficilement se soustraire à nombre de facteurs de risques sont davantage soumises à tout un ensemble de causes pouvant conduire à la pathologie. D'où une inégalité sociale face à la morbidité, une inégalité face à l'ensemble des facteurs débouchant potentiellement sur la maladie puis la mort. La *mort inégale* traduit en fait l'inégalité des conditions: les statistiques de la mortalité brossent le tableau de la somme cumulée des inégalités vécues, incorporées. La surmortalité des classes dominées peut même être lue comme un produit de la domination. L'approche socio-anthropologique permet de faire le pont entre une sociologie portant l'accent sur les phénomènes de domination parcourant les rapports sociaux et les effecteurs biologiques des comportements, offrant ainsi une vision globale, *proprement anthropologique* du phénomène étudié.

**Title : inequality against mortality. Socio-anthropological approach of differential mortality in France.**

**Key words: death, mortality, inequality, health, sociology, anthropology, history.**

If we look through sociology, anthropology, demography and history, one may notice that death, being a biological phenomenon, *a natural fact*, is also *a cultural fact* in front of which men are not equal. For, despite the progress made throughout history regarding life expectancy, death does not strike everyone the same way. After having thoroughly analysed mortality statistics according to different variables (gender, employment, education, marriage settlement, housing), we insist on living conditions – mainly on working conditions – which may have consequences on a person's physical and psychological state. We show how way of life, housing, the environment or even affiliations can affect life expectancy. Disadvantaged backgrounds, made vulnerable because of their living conditions, since they cannot avoid some factors of risk, are even more subject to causes that may lead to a pathology, sooner or later. In that respect, we can talk about a social inequality against morbidity, that is to say an inequality against all the various factors which may lead to disease, then to death. Thanks to our research, we learn that unequal death is a result of unequal social conditions. Mortality statistics depict the sum of the inequalities, lived and integrated. Eventually, the highest death rates of the dominated classes could be read as a product of domination. Indeed, the socio-anthropological approach tries to make a link between a social issue, emphasizing on phenomena of domination through social relationships, and biological effectors of behaviours, giving an overall vision, *in a proper anthropological way* of the phenomenon studied. Finally, death is culturally established.

