

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)

	Hommes 2005	Hommes 2006	Femmes 2005	Femmes 2006
Union européenne (27 pays)				
Allemagne	76,7	77,2	82,0	82,4
Autriche	76,7	77,2	82,3	82,8
Belgique	76,2	76,6	81,9	82,3
Bulgarie	69,0	69,2	76,2	76,3
Chypre	76,8	78,8	81,1	82,4
Danemark	76,0	76,1	80,5	80,7
Espagne	77,0	77,7	83,7	84,4
Estonie	67,3	67,4	78,2	78,6
Finlande	75,6	75,9	82,5	83,1
France métropolitaine	76,8	77,4	83,8	84,4
Grèce	76,8	77,2	81,6	81,9
Hongrie	68,7	69,2	77,2	77,8
Irlande	77,3	77,3	81,7	82,1
Italie	77,8		83,4	
Lettonie	65,4	65,4	76,5	76,3
Lituanie	65,3	65,3	77,3	77,0
Luxembourg	76,7	76,8	82,3	81,9
Malte	77,3	77,0	81,4	81,9
Pays-Bas	77,2	77,7	81,7	82,0
Pologne	70,8	70,9	79,3	79,7
Portugal	74,9	75,5	81,3	82,3
République tchèque	72,9	73,5	79,2	79,9
Roumanie	68,7	69,2	75,7	76,2
Royaume-Uni	77,1		81,1	
Slovénie	73,9	74,5	80,9	82,0
Slovaquie	70,2	70,4	78,1	78,4
Suède	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 seconds²⁴.

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...

²⁴ 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>							
	Tumeurs	Maladies cardio-vasculaires	Mal. Infectieuses, Mal, de l'app, respiratoire	Autres maladies	Morts violentes	Causes de décès non décl, ou mal définies	Toutes causes
Hommes							
1997	291	249	86	128	89	48	891
1998	288	239	82	133	88	50	880
1999	283	233	81	135	86	48	866
2000	280	225	72	138	81	45	841
2001	276	217	65	140	79	49	827
2002	272	211	66	138	78	49	813
2003	267	207	68	143	77	51	813
2004	260	189	57	129	70	44	748
2005	258	186	61	131	69	45	751
Femmes							
1997	132	141	40	85	37	30	465
1998	130	136	39	87	38	30	461
1999	131	132	38	89	37	30	457
2000	129	126	34	91	34	28	443
2001	129	123	30	92	34	29	438
2002	129	119	31	93	33	30	435
2003	128	119	33	98	33	32	443
2004	126	106	27	85	29	26	399
2005	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. Bihr et R. Pfefferkorn²⁵, 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 travail²⁶. 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*²⁷. »

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

²⁵ A. Bihr, R. Pfefferkorn, *op. cit.*, p 253.

²⁶ 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.

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

semblent désavantagés²⁸. 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.

²⁸ 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%)²⁹. 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 hommes³⁰ (environ 90 % ...).

Les expositions aux cancérogènes, par exemple, sont davantage concentrées sur ces derniers. 14% des salariés se retrouvent exposés à des produits chimiques cancérogènes³¹ ; 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...

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

³⁰ CNAM, *statistiques technologiques des maladies professionnelles 2006*, résultats ventilés par CTN.

³¹ 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 cancérrogènes 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 domestiques³². 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)

³² 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 sexes³³. 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 femmes³⁴. Ces pratiques ont évidemment des répercussions directes sur l'état de santé des individus.

Dans son *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) publié le 12 septembre 2006³⁵, 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 cinq³⁶. 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,

³³ 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.

³⁴ *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.

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

³⁶ 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'éthanol³⁷. 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 féminité³⁸. 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.

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

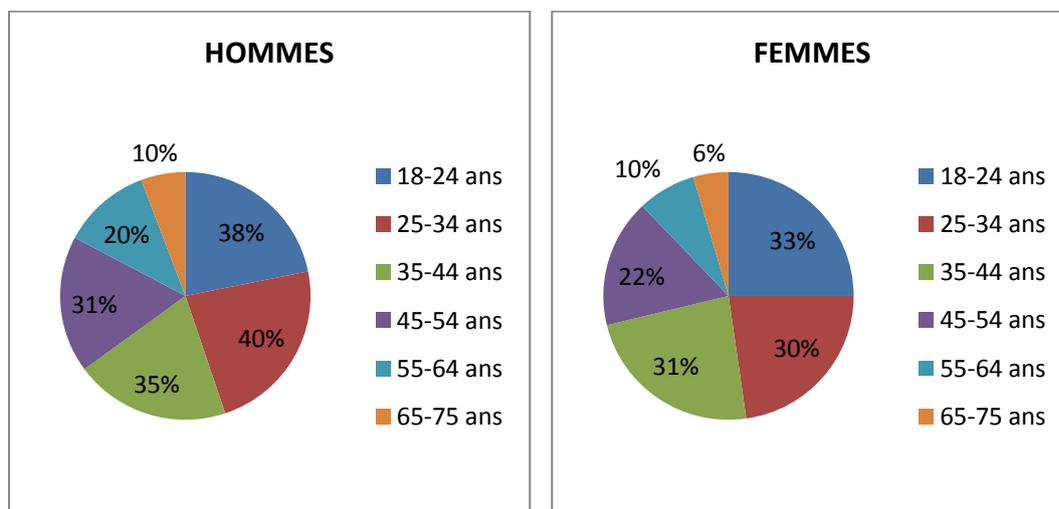
³⁸ *Ibid*, p 68.

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%)³⁹, 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 majorité⁴⁰.

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.,

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

⁴⁰ « 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)⁴¹. 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* »⁴². 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

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

⁴² 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 femmes⁴³. 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

⁴³ 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 deviennent 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 tabac⁴⁴.

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 masculin⁴⁵ ; 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 femmes⁴⁶. Les

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

⁴⁵ 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.

⁴⁶ 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)⁴⁷.

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 douze⁴⁸. 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 femmes⁴⁹. 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

⁴⁷ *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.

⁴⁸ « *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.*

⁴⁹ « *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%)⁵⁰.

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).

⁵⁰ 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 significatifs⁵¹. 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

⁵¹ 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 alcoolisées⁵².

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 britannique⁵³, 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/m². Dans les cas d'obésité modérée (IMC compris entre 30 et 35 kg/m²), le risque correspond à un tiers de la mortalité prématurée due à une consommation régulière de tabac.

⁵² 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.*)

⁵³ 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
Hommes			
Sous poids	1,9	1,7	1,8
Surpoids	30,0	30,9	34,8
Obésité	5,3	5,5	9,8
Femmes			
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/m²), 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 ans⁵⁴. 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/m², chaque palier de 5 kg/m² 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%.

⁵⁴ 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/m² gagne deux années d'espérance de vie par rapport à une personne qui passerait à 32 kg/m². Ce gain serait de trois ans pour des personnes qui se stabiliseraient à 24 kg/m².

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 décès⁵⁵. 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 masculins⁵⁶. Les campagnes de prévention, d'information et de sensibilisation à la sécurité

⁵⁵ 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.

⁵⁶ 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 hommes⁵⁷.

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'alcool⁵⁸. 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 violentes⁵⁹. 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.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ Cf. A. Bihl, R. Pfefferkorn, *op. cit.*, p 256.

⁵⁹ 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 1997⁶⁰ ; 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 élevés⁶¹.

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

⁶⁰ 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*.

⁶¹ 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*⁶². 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 suicide⁶³. 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*⁶⁴. 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 garde⁶⁵. 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

⁶² E. Durkheim, *Le suicide*, P.U.F., 1930, 9^{ème} édition Quadrige, 1997.

⁶³ 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.

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

⁶⁵ 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 mort⁶⁶. 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 hommes⁶⁷, de mourir suite à une agression, une rixe qui dégénère (violence et brutalité des rapports masculins)⁶⁸.

⁶⁶ C. Baudelot, R. Establet, *op. cit.*

⁶⁷ 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-ci⁶⁹. 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.

⁶⁸ 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).

⁶⁹ 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* »⁷⁰.

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 obstétrical⁷¹. 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

⁷⁰ « *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* ».

⁷¹ 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*⁷², 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)⁷³, 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...

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

⁷³ 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*⁷⁴.

⁷⁴ 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'INED⁷⁵, 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 1980⁷⁶.

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

⁷⁵ Population & sociétés, *op. cit.*

⁷⁶ 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...*)⁷⁷.

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.

⁷⁷ 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...