

Soutien social, famille & mortalité

« *L'être social est plus riche, plus complexe et plus durable que l'être individuel* »

Emile Durkheim¹

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.

¹ E. Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, P.U.F., 1937, 10^{ème} 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^{ème} 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.²

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.

² 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* »³, 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 :

³ 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.⁴ 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

⁴ 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 relationnel⁵ (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.

⁵ 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^{ème} 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 1999.⁶ 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.⁷

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 moindres⁸.

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

⁶ 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.*

⁷ *Ibid.*

⁸ « 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 mère⁹.

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.¹⁰ 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

⁹ Cf. art. in *Le Monde*, « un tiers des familles monoparentales sont pauvres » (07/01/2012).

¹⁰ 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.¹¹

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'associations¹² et l'engagement dans ces activités associatives est encore largement fonction du métier exercé, du niveau de revenus et, peut être plus encore, du diplôme¹³.

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

¹¹ Cf. J. L. Pan Ké Shon, *op. cit.*

¹² 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.

¹³ 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...¹⁴

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'auparavant¹⁵.

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

¹⁴ 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).

¹⁵ *Ibid.*

l'écart des associations.¹⁶ 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,

¹⁶ 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*¹⁷

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.¹⁸ 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

¹⁷ 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.

¹⁸ *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 !* »¹⁹. 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

¹⁹ 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.²⁰ 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,

²⁰ 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.²¹ 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...

²¹ 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* »²². 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...

²² 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* »²³. 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* »²⁴. 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. Verret²⁵) 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

²³ E. Durkheim, *Suicide et natalité. Etude de statistique morale*, 1888, cité par M. Fournier, in *Emile Durkheim (1858-1917)*, Fayard, 2007, p. 141.

²⁴ E. Durkheim, *op. cit.*, p. 224.

²⁵ 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.²⁶

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*²⁷, 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.

²⁶ 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* »...

²⁷ 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 population¹.

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.² 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.³ Les catégories les plus fréquemment hospitalisées sont les ouvriers et les employés, tandis que les cadres le sont le moins souvent.

¹ T. de Saint Pol, « *La santé des plus pauvres* », Insee première N° 1161, Insee, Paris, octobre 2007.

² *Ibid.*

³ *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...)