

Deuxième partie

LA MORTALITÉ EN FRANCE : LE REcul SE POURSUIT

Au début du XX^e siècle, l'espérance de vie à la naissance en France n'était encore que de 43,4 ans chez les hommes et 47,0 ans chez les femmes

(annexe 1). En 1994, elle atteint respectivement 73,6 et 81,8 ans.

Si l'on fait abstraction des deux larges fossés creusés par les guerres mondiales, l'évolution de la vie moyenne paraît répondre depuis 100 ans au même processus régulier (figure 1).

En réalité, si les progrès n'ont pratiquement jamais cessé, les moteurs de ces progrès ont complètement changé au cours du siècle. Commandé essentiellement jusqu'aux années soixante par la baisse de la mortalité infantile liée aux victoires remportées sur les maladies infectieuses, l'accroissement de l'espérance de vie tient surtout depuis 1970 au recul de la mortalité aux âges élevés grâce à la maîtrise des maladies cardio-vasculaires et dans une moindre mesure des cancers. Il concerne la France comme les

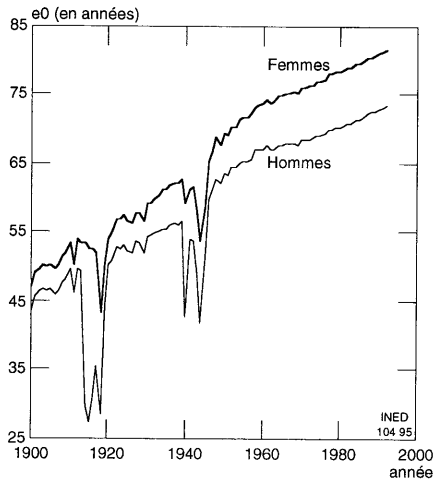


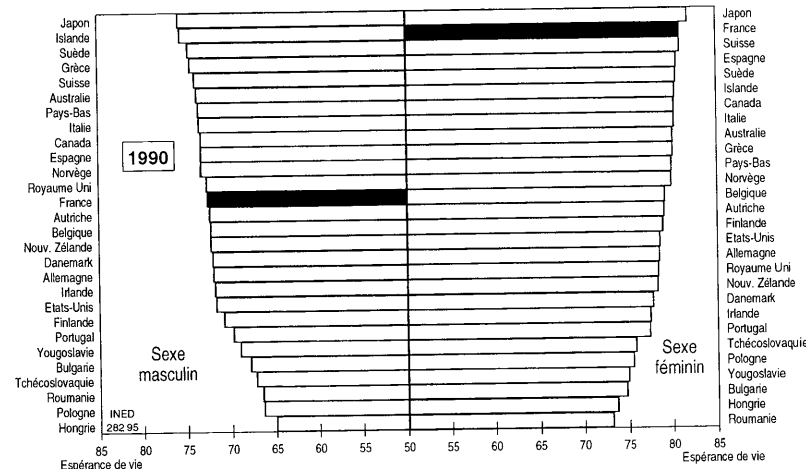
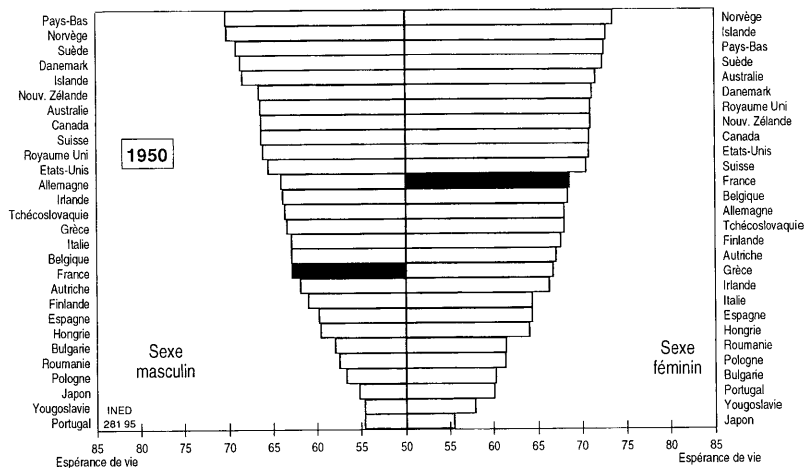
Figure 1. – Évolution annuelle de l'espérance de vie à la naissance de 1900 à 1994

pays qui l'entourent (voir encadré *La position de la France par rapport aux autres pays industrialisés*, p. 20).

Dans les deux dernières décennies, l'adoption d'une politique sanitaire, davantage tournée vers la prévention, et les progrès thérapeutiques ont accéléré le recul de certaines maladies (maladies cérébro-vasculaires

La position de la France par rapport aux autres pays industrialisés

De manière générale, l'évolution de la mortalité en France est bien représentative de celle de l'ensemble de l'Europe occidentale. En France, comme dans les autres pays de la région, l'espérance de vie à la naissance a continué à augmenter très régulièrement au cours des trois dernières décennies, prolongeant une tendance observée depuis le début du siècle, à peine



Espérance de vie à la naissance des hommes à gauche, des femmes à droite, dans les pays industrialisés en 1950 et 1990

Source : Meslé, 1990

interrompue par les guerres et par un léger ralentissement au cours des années 1960. Cette progression s'oppose à la stagnation enregistrée depuis plus de vingt-cinq ans en Europe de l'Est, voire à la dégradation observée dans certains pays de cette région. La France se distingue cependant de ses voisins par un allongement exceptionnellement rapide de l'espérance de vie à la naissance des femmes, associée à un écart particulièrement important et encore légèrement croissant de la durée de vie moyenne entre les deux sexes (Meslé, 1990). Entre 1950 et 1990, la France est passée du 12^e au 2^e rang des pays industrialisés pour les femmes et du 18^e au 13^e rang pour les hommes. En termes d'espérance de vie à la naissance, la France a donc amélioré sa position au sein du monde développé.

La situation de la France est particulièrement favorable lorsque l'on compare le niveau et les tendances de la mortalité pour les deux groupes d'âge extrêmes. La France se caractérise en effet par un rythme de baisse remarquablement soutenu de la mortalité infantile qui, depuis 1950, a été plus rapide que dans n'importe quel pays du monde, à l'exception du Japon. Cette amélioration rapide de la survie des très jeunes enfants résulte d'un recul très marqué des affections d'origine périnatale (Garros et Bouvier-Colle, 1990). L'espérance de vie à 65 ans est aussi plus élevée en France que dans n'importe quel autre pays européen, grâce notamment au niveau exceptionnellement bas de la mortalité due aux maladies ischémiques du cœur. En revanche, la France enregistre un niveau relativement élevé de mortalité aux âges adultes avant 65 ans et souffre plus que ses voisins de la vive remontée qui affecte la mortalité des jeunes (des jeunes hommes surtout) depuis 1960 (HCSP, 1994). La comparaison des causes de mortalité dans les pays européens fait apparaître une autre particularité de la France. Grâce à l'évolution très favorable de la mortalité cardio-vasculaire, notre pays est aujourd'hui le seul dans lequel cette mortalité a été rejointe par la mortalité par cancer, et cela en dépit d'une évolution également à la baisse de ce dernier type de mortalité (Caselli *et al.* 1995).

par exemple) et retourné pour d'autres (maladies ischémiques du cœur) une tendance jusqu'alors défavorable (voir encadré *Les politiques de prévention sanitaire en France*, p. 24). L'attention de plus en plus grande portée à la santé des femmes pendant la grossesse et le développement de la périnatalogie ont favorisé la poursuite de la baisse de la mortalité infantile. Dans ce bilan largement positif, l'évolution de la mortalité des jeunes adultes tranche par une évolution récente beaucoup moins favorable. La montée de la mortalité accidentelle à peine stoppée, le suicide s'est mis à croître fortement et, depuis 1985, le sida provoque une hausse importante de la mortalité.

La différence d'espérance de vie à la naissance entre les sexes s'est stabilisée à un peu plus de huit ans depuis une dizaine d'années. Cette stabilisation ne s'accompagne toutefois pas d'une réduction de la surmortalité des hommes. Quel que soit l'âge et quelle que soit la cause, les risques masculins diminuent moins vite ou augmentent davantage que les risques féminins.

I. – Les différentes composantes de l'évolution de l'espérance de vie

Si l'on compare la progression, depuis 1900, de l'espérance de vie à la naissance à celles des espérances de vie à 15 et 60 ans, on est frappé par les différences de rythme (figure 2 et annexe 1).

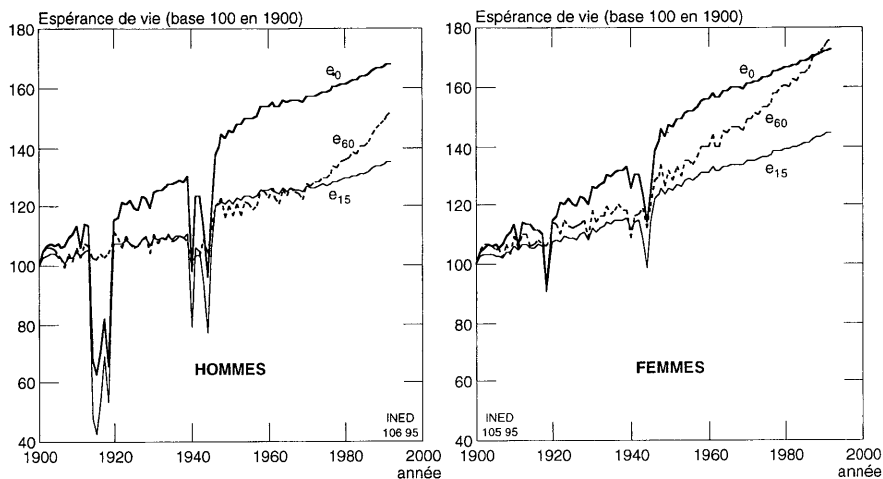


Figure 2. – Évolution de l'espérance de vie à la naissance, à 15 ans et à 60 ans entre 1900 et 1992 (base 100 en 1900)

Entre 1900 et 1992, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue de 70 % pour l'un et l'autre sexe, la moitié de cette progression étant acquise dès 1946. L'accroissement de l'espérance de vie à 15 ans est plus modeste (35 % pour les hommes et 45 % pour les femmes) mais, comme pour la vie moyenne, il se répartit à peu près également entre l'avant et l'après deuxième guerre mondiale. Les progrès de l'espérance de vie à 60 ans se sont au contraire brusquement accélérés dans la période la plus récente, mais plus tard chez les hommes que chez les femmes.

Chez ces dernières, jusqu'au début des années cinquante, ils suivent un rythme à peine supérieur à celui de l'espérance de vie à 15 ans, mais à partir de 1950, ils sont bien plus rapides. Chez les hommes, ce n'est qu'à partir de 1970 que l'espérance de vie à 60 ans progresse plus vivement : sur un gain total de 50 % en quatre-vingt-dix ans, la moitié a été acquise dans les vingt dernières années.

Des progrès inégaux selon les âges

Essayons de cerner plus précisément le rôle joué par la mortalité aux différents âges dans ces évolutions de l'espérance de vie.

La figure 3 présente les courbes de quotients de mortalité par année d'âge en 1952-1956, 1973-1977 et 1989-1991⁽¹⁾; la figure 4, qui compare les cinq tables de mortalité quinquennales récentes à la table de 1952-1956, illustre plus clairement la complexité des mouvements qui ont affecté la mortalité dans les quatre dernières décennies, notamment chez les hommes.

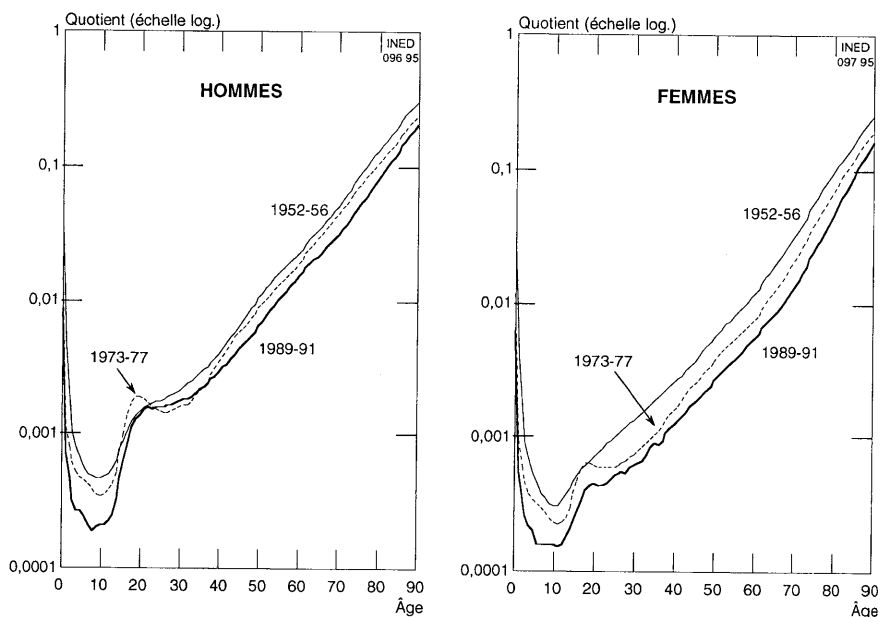


Figure 3. – Courbe des quotients de mortalité par âge, selon le sexe, en 1952-1956, 1973-1977 et 1989-1991

Côté masculin, jusqu'à la fin des années soixante-dix, les progrès concernent surtout la mortalité infantile et la mortalité avant dix ans. Au contraire, certains âges résistent fortement à la baisse : autour de 20 ans, où, en 1966-1970, la mortalité est supérieure à celle de 1952-1956 et vers 65 ans où aucun progrès n'est enregistré en 15 ans. Dans les années cinquante et soixante, l'augmentation irrésistible des accidents de la route et l'émergence des maladies de société expliquent ces tendances à des âges où la baisse des maladies infectieuses pèse moins lourd (Meslé et Vallin,

(1) L'INSEE calcule autour de chaque recensement une table complète de mortalité sur 5 années de calendrier. Ont ainsi été calculées et publiées 4 tables : 1952-1956, 1960-1964, 1966-1970, 1973-1977. La table 1980-1984, non publiée intégralement, nous a été aimablement communiquée par M. Q.C. Dinh. Enfin, la table quinquennale centrée sur le recensement de 1990 n'étant pas encore disponible, nous nous référons ici à la table triennale 1989-1991.

Politiques de prévention sanitaire en France

La politique de santé en France est de plus en plus centrée sur la prévention, utilisant comme moyens d'action à la fois des mesures législatives et des programmes d'information et d'éducation pour la santé. Dans certains cas, l'objectif est d'abaisser la fréquence de maladies particulières, dans d'autres de faire reculer des pratiques néfastes à la santé, à même de favoriser tout un faisceau de maladies, comme par exemple la consommation de tabac ou d'alcool. Ces interventions ont connu un succès variable, dans la mesure où elles cherchaient à contrecarrer des habitudes de vie profondément ancrées dans les mentalités et allaient à l'encontre des intérêts financiers de nombreux acteurs économiques.

Tabac et alcool

Votée le 10 janvier 1991, la loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi Evin, imposait, entre autres, une limitation de la publicité et une interdiction de fumer dans les lieux publics. Sous la pression des producteurs d'alcool, des fabricants de cigarettes et des annonceurs, le texte de la loi a été progressivement dénaturé, avec, en 1992, un assouplissement autorisant la retransmission télévisée de manifestations sportives à l'étranger parrainées par des marques de tabac, et en 1994 une modification autorisant l'affichage de publicités pour les boissons alcoolisées (*Alternatives économiques*, 1994; *Le Quotidien du médecin*, 1995; Got, 1995). En l'absence d'évaluation de la loi, on note qu'entre 1992 et 1994 les ventes de cigarettes ont baissé de 7,2 % en France; cependant le « noyau dur » des fumeurs a tendance à augmenter sa consommation (*Le Quotidien du médecin*, 1994).

Maladies cardio-vasculaires

La politique de prévention des maladies cardio-vasculaires associe des actions qui s'adressent à l'ensemble de la population et des actions individuelles de dépistage des individus à haut risque. Cette stratégie, couplée à l'amélioration des systèmes de soins et aux progrès en matière de traitement s'est avérée très payante, avec, à partir des années 1950, une baisse très rapide de la mortalité cardio-vasculaire chez les femmes, une baisse lente puis plus rapide chez les hommes.

Cancers

Les facteurs susceptibles de favoriser l'apparition de cancers sont nombreux, et la réduction de l'exposition à ces facteurs constitue un moyen efficace de prévenir ce groupe de maladies. En particulier, toutes les actions menées dans le cadre de la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme constituent un des fers de lance de la lutte contre le cancer. La réglementation en vigueur vise à limiter l'exposition aux rayons ultra-violets et aux radiations ionisantes, de même que les risques d'exposition professionnelle à certaines substances chimiques. Un autre mode de prévention est le dépistage précoce de certaines tumeurs : à l'heure actuelle, seuls les cancers du sein et du col de l'utérus en font l'objet. L'impact de cet ensemble d'actions sur la mortalité cancéreuse totale reste modéré : chez les femmes, la baisse est lente; chez les hommes, le recul ne s'amorce que dans les années récentes.

Accidents

Les principales mesures de prévention des accidents de la route ont été prises entre 1972 et 1980 par la Délégation Interministérielle à la Sécurité Routière (Ministère de la solidarité... 1989) : limitation des facteurs de risque (vitesse, alcoolisation excessive) et port obligatoire de systèmes de protection passive (ceinture, casque). Des réglementations encore plus sévères ont été imposées dans les années 1980.

Une des dispositions adoptées pour améliorer la sécurité au travail est la création en 1982 des Comités d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail, obligatoires dans tous les établissements employant plus de 50 salariés. Enfin, la prévention des accidents domestiques a fait l'objet de réglementations (normes de sécurité dans la fabrication des jouets, dans le conditionnement des produits toxiques, etc.), et de campagnes d'information par le Comité Français d'Éducation pour la Santé.

D'une manière générale, cet ensemble de mesures de prévention des accidents s'est accompagné d'un spectaculaire retournement de tendance de la mortalité par « morts violentes ».

Mortalité périnatale

Depuis le début des années 1970, un vigoureux effort a été fait en France pour la prévention de la mortalité périnatale et des handicaps congénitaux (Rumeau-Rouquette et Blondel, 1985). Parmi les mesures réglementaires accompagnant le programme de périnatalogie, citons l'élévation du nombre de visites prénatales pour les grossesses à haut risque, la prise en charge intégrale de tous les soins et de tous les examens effectués à partir du sixième mois de grossesse, l'aménagement des conditions de travail des femmes enceintes, l'allongement du congé de maternité et la garantie de l'emploi, le développement des allocations pré- et postnatales. Cette surveillance accrue a permis la poursuite de la baisse de la mortalité infantile, à un moment où la mortalité infectieuse avait pratiquement atteint un niveau plancher.

Sida

En matière de lutte contre le sida, en l'absence de vaccin et de traitement curatif, c'est la prévention de la transmission de l'infection qui constitue la priorité. L'Agence Nationale de Lutte contre le Sida est chargée de développer les actions de prévention et d'éducation sanitaires. Deux types d'interventions sont associés depuis quelques années : la communication grand public et les actions de proximité adressées aux jeunes et aux groupes à haut risque, toxicomanes notamment (Haut Comité de la Santé Publique, 1994a). La mise à disposition de préservatifs a également été facilitée par l'installation de distributeurs automatiques, et par une baisse sensible des prix. A l'heure actuelle, on ne dispose pas encore du recul nécessaire pour juger de l'impact des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité causée par cette maladie.

Bilan et perspectives

Malgré les résistances qui ont entravé leur application, les politiques de santé ont conduit à une amélioration de l'état de santé de la population, et à une élévation régulière de l'espérance de vie. Beaucoup reste encore à faire, et le dernier rapport du Haut Comité pour la Santé Publique met en évidence trois grands types d'inégalités : entre les hommes et les femmes, entre les catégories sociales les plus favorisées et les moins favorisées, et entre les régions (Haut Comité de la Santé Publique, 1994b). La réduction de ces écarts est à présent l'un des objectifs de la politique de santé à moyen terme en France.

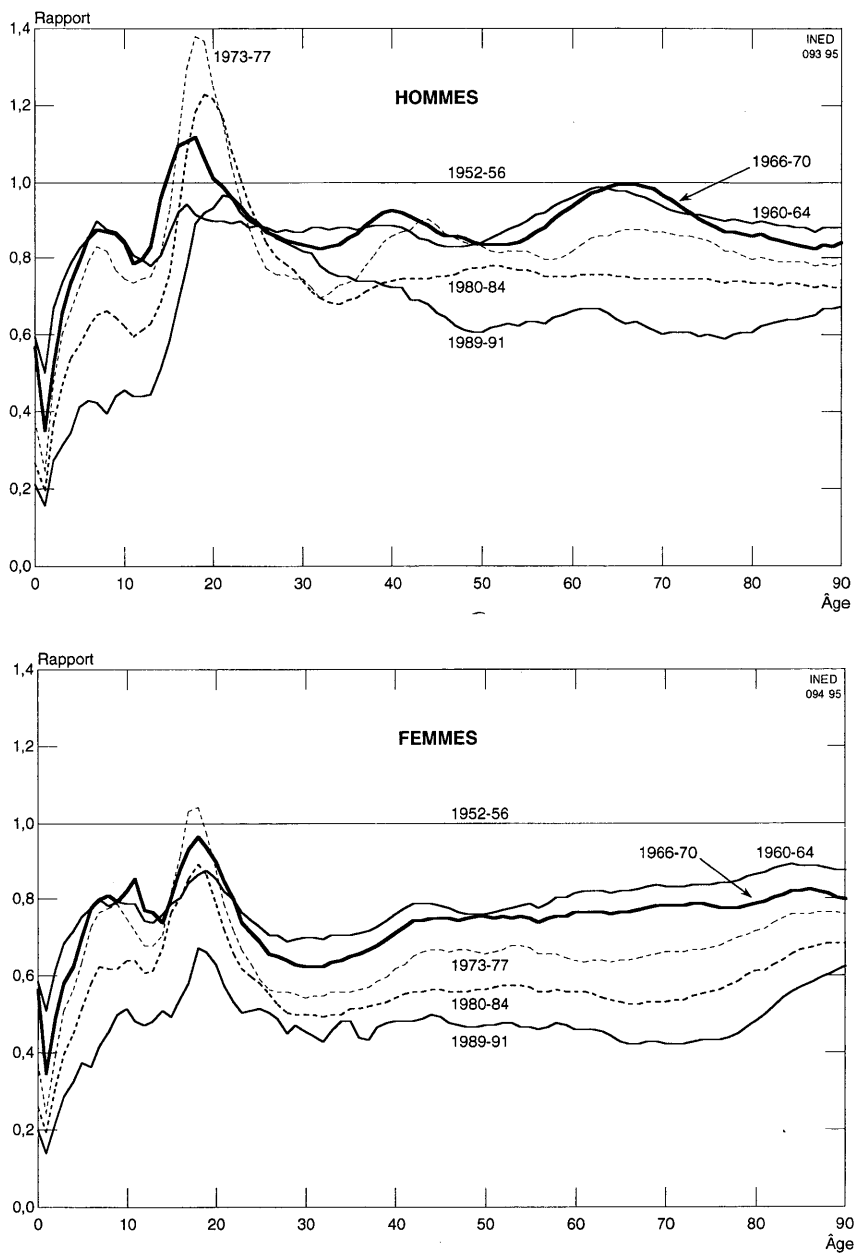


Figure 4. – Rapport des quotients de mortalité des tables INSEE, centrées sur les recensements, à la table 1952-1956, selon le sexe

1993a). La hausse de la mortalité à 20 ans se poursuit au début des années soixante-dix. La mortalité à cet âge dépasse de 40 % son niveau de 1952-1956. Par contre, alors que les progrès semblent piétiner chez les enfants (mais pas chez les nourrissons), on observe un net recul de la mortalité après 60 ans. Ce recul se confirme dès la fin de la décennie soixante-dix et s'accroît dans les années quatre-vingt. En 1989-1991, la mortalité après 50 ans est à environ 60 % de son niveau de 1952-1956.

Chez les enfants, également, après la légère pause de la décennie soixante, les progrès reprennent grâce, notamment, à la baisse de la mortalité accidentelle (accidents de la route et accidents domestiques). Enfin, même la mortalité à 20 ans recule dans les années quatre-vingt, d'abord modestement au début de la décennie, puis de façon beaucoup plus nette. En 1989-1991, le niveau de mortalité à cet âge retrouve grossièrement son niveau du début des années soixante. Seule ombre au tableau des dix dernières années : une légère recrudescence de la mortalité vers 30 ans, liée à l'apparition du sida.

Côté féminin, on est frappé par la beaucoup plus grande régularité des progrès aux âges adultes et par la moins grande détérioration de la situation autour de 20 ans. Le mouvement est le même que celui observé chez les hommes, mais le niveau du milieu des années soixante-dix est à peine supérieur à celui de 1952-1956 et le recul des années quatre-vingt abaisse la mortalité à 20 ans à près de 60 % de son niveau de départ. Enfin, même si l'on peut sentir une légère résistance à la baisse autour de 30 ans, les conséquences de l'épidémie de sida sont beaucoup moins marquées que chez les hommes.

Le poids grandissant de la mortalité aux âges élevés

Les variations de la mortalité aux différents âges ne pèsent pas de façon égale sur l'évolution de l'espérance de vie à la naissance. Depuis le début du siècle, la moitié des gains d'espérance de vie sont dus au recul de la mortalité avant 15 ans, et plus du tiers à la seule baisse de la mortalité infantile. Toutefois cette part des gains était presque totalement acquise dès 1960. Dans les trente dernières années, l'effet de l'évolution de la mortalité à ces âges n'a plus joué qu'un rôle très marginal. Si l'accroissement de la vie moyenne se poursuit, c'est grâce à la baisse de la mortalité aux âges adultes, puis, dans la période la plus récente, grâce aux progrès de la survie aux âges élevés (Bourgoin et Nizard, 1995 ; Meslé, 1995). C'est ce qu'illustrent la figure 5 et le tableau 1 qui présentent la contribution de six grands groupes d'âges (0, 1-14, 15-29, 30-59, 60-74 et plus de 75 ans) aux variations de l'espérance de vie à la naissance⁽²⁾ dans les quatre dernières décennies (voir encadré *Mortalité des personnes âgées et perspectives d'évolution*, p. 29).

Chez les hommes, entre 1952 et 1962, la baisse de la mortalité infantile compte encore pour plus de la moitié de l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance. Le reste revient à part égale aux progrès de

⁽²⁾ Ces contributions ont été calculées selon la méthode proposée par John Pollard (1988).

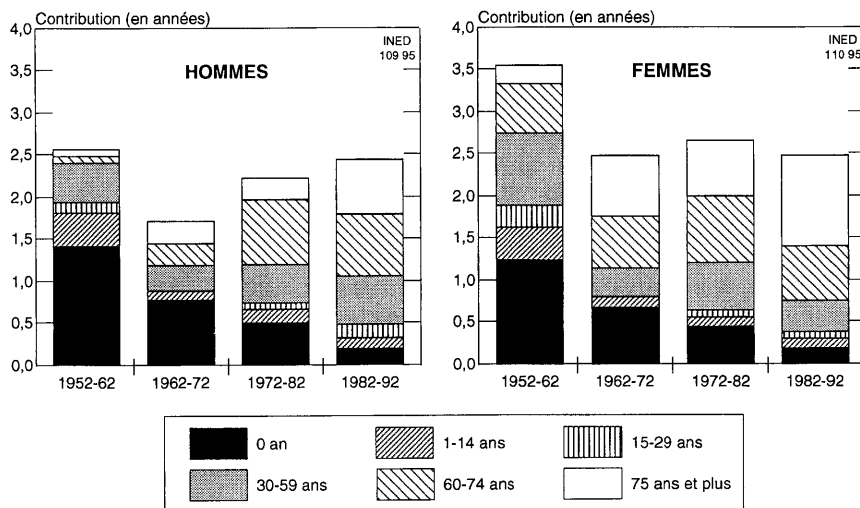


Figure 5. – Contributions de six grands groupes d'âges aux variations de l'espérance de vie à la naissance dans les quatre dernières décennies

TABLEAU 1. – CONTRIBUTIONS DE SIX GRANDS GROUPES D'ÂGES AUX VARIATIONS DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE DANS LES QUATRE DERNIÈRES DÉCENNIES

	Tous âges	0 an	1-14 ans	15-29 ans	30-59 ans	60-74 ans	75 ans et +
Hommes							
1952-62	2,58	1,41	0,40	0,14	0,46	0,08	0,09
1962-72	1,54	0,78	0,11	-0,19	0,30	0,27	0,27
1972-82	2,23	0,50	0,14	0,09	0,46	0,78	0,26
1982-92	2,46	0,20	0,13	0,16	0,59	0,73	0,65
Femmes							
1952-62	3,55	1,23	0,39	0,26	0,85	0,60	0,22
1962-72	2,46	0,67	0,12	-0,01	0,34	0,61	0,73
1972-82	2,66	0,45	0,11	0,09	0,56	0,79	0,66
1982-92	2,49	0,19	0,11	0,09	0,37	0,64	1,09

la mortalité à 1-14 ans et à celle de la mortalité à 30-59 ans, tandis que la mortalité des jeunes gens (15-29 ans) et celle des personnes âgées (plus de 60 ans) ne contribuent que très faiblement à l'accroissement de la vie moyenne. Entre 1962 et 1972, les gains sont moins importants (1,5 an en 10 ans); l'apport dû à la mortalité des enfants et à la mortalité adulte est plus limité et la croissance des gains à plus de 60 ans ne suffit pas à compenser cette réduction. Dans les deux décennies les plus récentes, les progrès à ces âges prennent une ampleur grandissante qui assure la croissance de l'espérance de vie. Entre 1972 et 1982, la baisse de la mortalité

Mortalité des personnes âgées et perspectives d'évolution

La grande majorité des décès qui surviennent en France se produisent après 60 ans (68 % en 1950, 83 % en 1990). Cette proportion est destinée à augmenter, non pas à cause d'une détérioration de l'état sanitaire après 60 ans, mais en raison du vieillissement continu de la population.

L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance se poursuit depuis le milieu du XVIII^e siècle. Mais, jusqu'en 1950 pour les femmes et jusqu'en 1970 pour les hommes, les gains aux âges élevés ont été très modestes : de 1750 à 1970, la vie moyenne des hommes et des femmes a été multipliée par près de trois (passant respectivement de 25,5 à 68,4 ans et de 27,2 à 75,8 ans); dans le même temps, l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue d'un tiers seulement pour les hommes et de deux tiers pour les femmes (passant respectivement de 12,3 à 16,2 et de 12,4 à 20,8 ans). L'espérance de vie à 60 ans a vraiment décollé dans les 25 dernières années, pour atteindre en 1992, 19,4 ans pour les hommes et 24,5 ans pour les femmes. La baisse de la mortalité aux âges élevés concerne aussi bien le troisième âge que les grands vieillards. L'espérance de vie à 100 ans, elle-même, augmente : elle est actuellement d'environ 2 ans (1,8 an pour les hommes et 2,2 ans pour les femmes) contre 1,5 an vers 1955 (Allard *et al.*, 1993).

Au cours du dernier quart de siècle, la diminution de la mortalité des personnes âgées, associée à un risque de décès devenu relativement faible avant 60 ans, a donc révolutionné le mode de progression de l'espérance de vie à la naissance. Cette progression repose désormais sur le seul recul de la mortalité aux âges élevés (Bourgoin et Nizard, 1994, 1995).

Dans ses dernières projections de population, l'INSEE a pris acte de cette évolution et supposé la poursuite de la baisse de la mortalité des personnes âgées, principalement liée au recul des maladies cardio-vasculaires. Il propose une seule hypothèse d'évolution de la mortalité, en prolongeant pour chaque âge les évolutions des risques de mortalité observés entre 1970 et 1990 (Dinh, 1994). Cette hypothèse conduit en 2050 à une espérance de vie de 82,2 ans pour les hommes et 90,4 ans pour les femmes. Contrairement aux prévisions d'évolution de la mortalité effectuées par la plupart des pays, les perspectives françaises ne tablent pas sur un amortissement des progrès. Elles dépassent largement les prévisions des Nations Unies (1994) pour la France (79,1 et 85,6 ans selon le sexe en 2045-2050) et supposent, contrairement à ces dernières, le maintien de l'écart entre les sexes.

La multiplication du nombre de grands vieillards va se poursuivre, sous l'effet de l'accroissement des probabilités de survie. Dans les conditions de mortalité de 1950, la moitié des hommes et les deux tiers des femmes âgés de 60 ans étaient encore en vie à 75 ans. En 1990, ces proportions s'élèvent à 66 et 84 %. Le nombre de centenaires, qui a presque quadruplé depuis 1970, devrait encore être multiplié par cinq d'ici 2020, dépassant alors largement 20 000. Pourtant, l'INSEE garde, sur toute la période de projection, le même âge maximum de 115 ans, sans remettre en question les limites mêmes de la vie humaine. Sur cette question, les avis sont partagés. Certains pensent qu'un allongement de la vie humaine est possible au-delà de 120 ans. Les données les plus récentes sur la mortalité aux très grands âges (Kannisto, 1994), ainsi que les progrès des connaissances en matière de biologie et de génétique du vieillissement vont plutôt dans ce sens. Pour d'autres, il existe une limite biologique infranchissable et une espérance de vie à 100 ans relève de l'utopie (Fries, 1989; Olshansky, 1990). Quoi qu'il en soit, la poursuite de la baisse de la mortalité aux âges élevés devrait contribuer à un vieillissement accru de la population française.

à plus de 60 ans compte pour environ la moitié des gains totaux, et pour près de 60 % entre 1982 et 1992. Chez les femmes, les différences entre les quatre périodes sont moins marquées. On retrouve l'effacement progressif du rôle joué par la mortalité infantile, mais dès 1952-1962, les autres groupes d'âges participent davantage que chez les hommes aux gains d'espérance de vie. Ainsi dès cette époque, la baisse de la mortalité à plus de 15 ans compte pour plus de la moitié de l'accroissement. Dès 1962-1972, la mortalité des personnes âgées tient le rôle principal; elle prend encore de l'importance dans les décennies suivantes. En 1982-1992, les progrès de la mortalité à plus de 60 ans représentent 70 % des gains de la vie moyenne, et à eux seuls les progrès à plus de 75 ans près de 45 %.

On est donc bien entré au cours de ces quatre dernières décennies dans une nouvelle phase de l'évolution de l'espérance de vie, dont le moteur principal est l'évolution de la santé du « troisième » et de plus en plus du « quatrième » âge.

De l'infection aux maladies cardio-vasculaires

Les variations de l'espérance de vie, que nous venons de décomposer selon six grands groupes d'âges, peuvent être réparties de la même façon selon les grandes causes de décès. Nous avons retenu ici huit grands groupes de causes : maladies infectieuses, tumeurs, maladies cérébro-vasculaires, autres maladies cardio-vasculaires, maladies de l'appareil respiratoire, maladies du système digestif, autres maladies et morts violentes. Nous utilisons les séries continues de décès par causes reconstituées à l'INED (Vallin et Meslé, 1988; Meslé et Vallin, 1993b), après répartition des décès de cause inconnue ou mal définie⁽³⁾.

Les contributions des différentes causes de décès à l'accroissement de l'espérance de vie depuis 1925 sont très inégales d'une pathologie à l'autre (Meslé, 1995). Pour les deux sexes, le rôle des maladies infectieuses et des maladies de l'appareil respiratoire est dominant : ces deux groupes d'affections ont contribué pour près de 60 % à la hausse de la vie moyenne masculine et pour près de 50 % à celle de la vie moyenne féminine. Toutefois, pour l'un et l'autre sexe, les gains dus à la baisse de la mortalité infectieuse et respiratoire ont surtout été importants dans les premières décennies et particulièrement dans les années cinquante grâce à la diffusion des traitements antibiotiques. Depuis 1960, ces affections ont laissé le premier rôle aux maladies cardio-vasculaires et aux « autres maladies ». Si les progrès liés à la baisse de la mortalité pour ce dernier groupe, forcément hétérogène, se répartissent assez régulièrement sur l'ensemble de la période, les effets du recul de la mortalité cardio-vasculaire, et au sein de

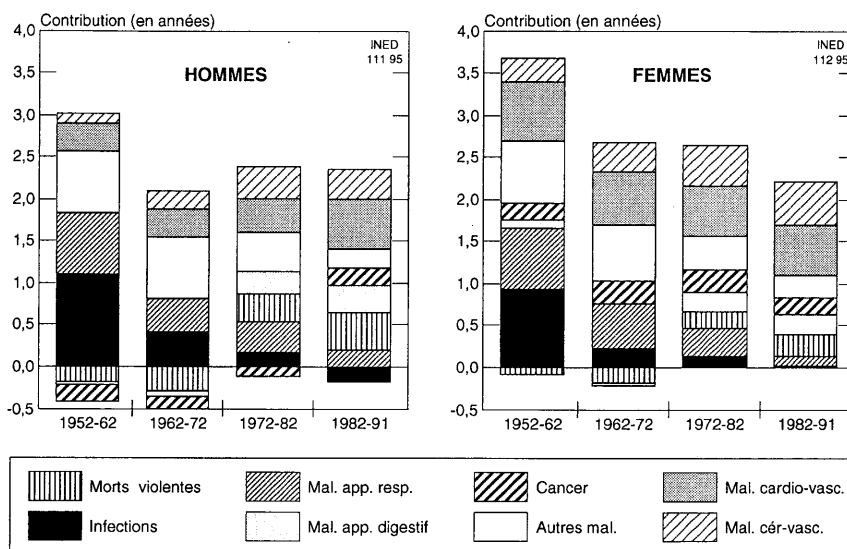
⁽³⁾ La reconstitution de séries continues 1925-1991 dans la 9^e révision de la Classification internationale des maladies est en cours d'achèvement. Toutefois, la méthode de répartition des causes de décès mal définies n'ayant pas encore été testée pour la 9^e révision, nous avons préféré reclasser les décès 1925-1991 dans la huitième révision et appliqué à ces séries la méthode de répartition déjà utilisée pour les années 1925-1978 (Vallin et Meslé, 1988).

celle-ci, de la mortalité cérébro-vasculaire s'amplifient dans les années soixante chez les femmes et dans la décennie suivante chez les hommes.

Ainsi, on retrouve, en termes de causes de décès, les échanges observés en termes de groupes d'âges : la baisse de la mortalité cardio-vasculaire prend le relais de celle de l'infection, comme les progrès de la mortalité aux grands âges ont permis la poursuite de la hausse de la vie moyenne quand le recul de la mortalité infantile n'apportait plus de gains suffisants. Cette correspondance entre âges et causes apparaît encore nettement à la figure 6, et au tableau 2 qui reprennent les contributions de chaque groupe de causes dans les quatre dernières décennies⁽⁴⁾.

Au cours des dix dernières années (1982-1992), les progrès liés aux maladies cardio-vasculaires ont permis une augmentation de l'espérance d'un an pour les hommes et de plus d'un an pour les femmes. La réduction des morts violentes s'est traduite par des gains respectifs de 0,44 an et 0,26 an.

L'effacement des maladies infectieuses et des maladies respiratoires est spectaculaire et régulier. Entre 1952 et 1962, la baisse de la mortalité



⁽⁴⁾ Sur cette figure, le gain total d'espérance de vie entre deux années correspond à la résultante des contributions positives des causes dont la mortalité a diminué (figurant au-dessus de zéro) et des contributions négatives des causes dont la mortalité a augmenté (figurant au-dessous de zéro).

TABLEAU 2. – CONTRIBUTIONS DE HUIT GRANDS GROUPES DE CAUSES AUX VARIATIONS DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE DANS LES QUATRE DERNIÈRES DÉCENNIES

	Toutes causes	Infections	Cancers	Maladies cardio-vasc.	Maladies céréb.-vasc.	Maladies app. resp.	Maladies digestives	Autres maladies	Morts violentes
Hommes									
1952-62	2,58	1,09	-0,23	0,32	0,14	0,75	0,02	0,73	-0,20
1962-72	1,54	0,40	-0,19	0,35	0,22	0,38	-0,05	0,74	-0,31
1972-82	2,23	0,15	-0,15	0,40	0,41	0,37	0,27	0,45	0,33
1982-91	2,18	-0,19	0,18	0,62	0,37	0,19	0,35	0,22	0,44
Femmes									
1952-62	3,55	0,93	0,19	0,70	0,29	0,74	0,09	0,76	-0,12
1962-72	2,46	0,22	0,25	0,64	0,34	0,55	-0,01	0,68	-0,21
1972-82	2,66	0,12	0,25	0,60	0,51	0,36	0,24	0,40	0,18
1982-91	2,25	0,02	0,20	0,60	0,53	0,13	0,24	0,27	0,26

* Lire ainsi : entre 1952 et 1962, l'espérance de vie à la naissance des hommes a augmenté de 2,58 ans ; la baisse de la mortalité par infections a permis un gain de 1,09 an alors que la hausse de la mortalité cancéreuse a réduit de 0,23 an le gain total.

pour ces deux groupes de causes était encore responsable de plus de 70 % des progrès de l'espérance de vie féminine. Dans la dernière décennie, la contribution du recul des maladies respiratoires n'atteint pas 10 %. Quant aux maladies infectieuses, elles jouent même un rôle négatif chez les hommes à travers le sida. A l'inverse, la contribution des maladies cérébro-vasculaires et des autres maladies cardio-vasculaires va croissant. Elle est passée de 18 et 24 % des gains selon le sexe en 1952-1962 à 45 et 50 % en 1982-1991⁽⁵⁾.

Le rôle de certaines causes s'est inversé au cours de la période. La hausse des morts violentes, liée à l'accroissement des accidents de la circulation dans les années cinquante et soixante, a freiné pour les deux sexes les progrès de l'espérance de vie. La tendance à la baisse de la mortalité accidentelle observée depuis les années soixante-dix contribue de façon de plus en plus marquée à ces progrès dans les deux dernières décennies (20 % des gains masculins et 12 % des gains féminins entre 1982 et 1991). Chez les hommes, l'évolution des cancers, qui jouait un rôle négatif jusqu'au début des années quatre-vingt, apporte désormais une contribution positive.

Même si dans ce premier aperçu, on a pu associer l'évolution de la mortalité des enfants à celle des maladies infectieuses et les tendances de la mortalité des personnes âgées à celles des maladies cardio-vasculaires, en réalité, c'est bien à chaque âge qu'il y a eu un bouleversement important de la structure de la mortalité par cause. Voyons à présent les évolutions particulières à chaque groupe d'âges.

⁽⁵⁾ Malheureusement, au moment de la rédaction de ce *Rapport*, l'INSERM n'avait pas encore publié les données de l'année 1992.

II. – A chaque groupe d'âges, ses succès et ses problèmes

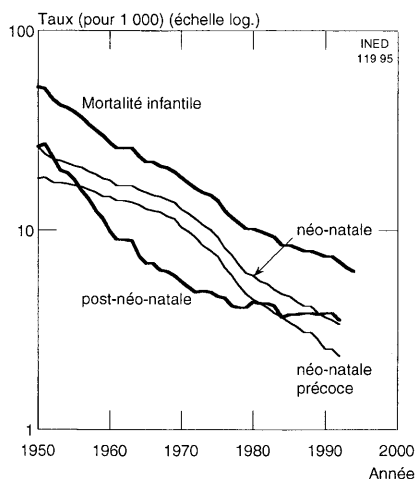


Figure 7. – Évolution annuelle de la mortalité infantile et de ses composantes, de 1950 à 1994

Entre la mortalité des enfants dont le recul paraît ne jamais devoir s'arrêter et celle des personnes âgées qui connaît actuellement une réduction sans précédent, la situation des adultes, et notamment des plus jeunes, apparaît beaucoup moins favorable.

Mortalité des enfants : toujours des progrès

Entre 1950 et 1994, le taux de mortalité infantile a été divisé par plus de 8, passant de 52 à 6,1 pour 1 000 (figure 7). Le rythme de baisse est resté très soutenu jusqu'en 1980 puis s'est légèrement ralenti dans la dernière décennie. Cette évolution régulière de la mortalité à moins d'un an résulte en réalité d'évolutions assez différentes de la

mortalité des enfants de moins d'un mois (mortalité néonatale) et de la mortalité des enfants âgés de 1 à 11 mois (mortalité post-néonatale).

Dans un premier temps, le recul de la mortalité post-néonatale a été le principal artisan de la baisse de la mortalité infantile, alors que la mortalité néonatale diminuait beaucoup plus modérément. C'est ainsi que partant d'un niveau à peu près équivalent en 1950 (environ 25 pour 1 000), la première n'était plus que de 5,5 pour 1 000 en 1970 alors que la seconde s'élevait encore à 12,6. Dans un deuxième temps, toutefois, le rythme des progrès s'est inversé : la baisse de la mortalité à moins d'un mois s'est accélérée tandis que celle de la mortalité tardive se ralentissait, puis faisait même la place à une stagnation à la fin des années soixante-dix. Au total, en 1992, les deux composantes de la mortalité infantile se retrouvent à égalité, aux environs de 3,5 pour 1 000. La mortalité néonatale précoce (moins d'une semaine) a d'abord baissé moins vite que la mortalité néonatale, puis rattrapé le rythme de cette dernière. Depuis une dizaine d'années, elle recule plus vite. Le mouvement de concentration des décès infantiles de plus en plus près de la naissance semble donc bien stoppé. La surveillance des grossesses et le développement de la médecine péri-

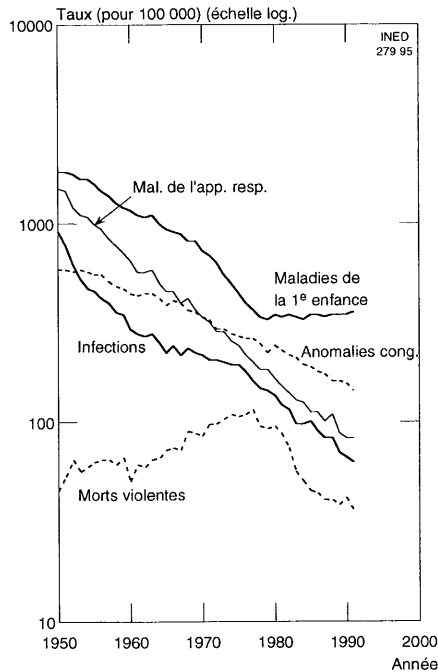
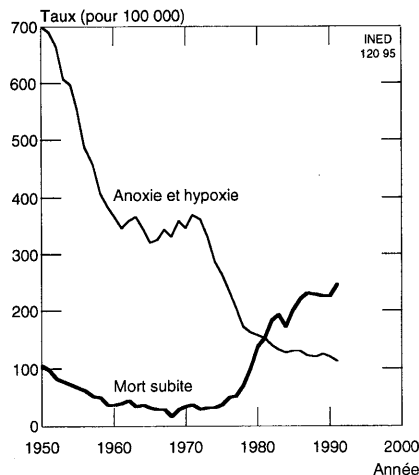


Figure 8. – Évolution des principales causes de décès des enfants de moins d'un an



natale sont venus suppléer la baisse de la mortalité infectieuse, devenue trop faible pour peser encore sur la mortalité infantile.

L'évolution des causes de décès des nourrissons présente le tableau sous un jour un peu différent (figure 8). La mortalité infectieuse suit l'évolution de la mortalité post-néonatale (baisse rapide, puis ralentissement) jusqu'au milieu des années soixante-dix mais ensuite son recul s'accélère à nouveau. Les maladies de l'appareil respiratoire, en majorité infectieuses à ces âges, diminuent très régulièrement sur toute la période tout comme les anomalies congénitales. Le retournement de tendance des morts violentes est spectaculaire : en hausse jusqu'à la fin des années soixante-dix, elles baissent ensuite très rapidement probablement sous le double effet des mesures de prévention routière et du développement de normes de sécurité de plus en plus draconiennes, permettant de lutter contre les accidents domestiques. L'évolution des maladies de la première enfance, enfin, est assez particulière : baisse régulière et modérée dans les deux premières décennies, accélération dans les années soixante-dix, puis stagnation dans les années quatre-vingt. Parmi les affections de la première enfance, se trouve la mort subite du nourrisson. La montée de cette cause de décès dans les années récentes a donné lieu à de nombreuses études (Nam *et al.*, 1988; Rodrigues et Botting, 1989; Bouvier-Colle *et al.*, 1991) sans que

Figure 9. – Évolution de la mortalité des petits garçons de moins d'un an par mort subite et par anoxie et hypoxie de 1950 à 1991

les facteurs de risque en soient clairement élucidés. Certaines études concluant à la nocivité du couchage sur le ventre, des recommandations ont été édictées dans plusieurs pays, dont la France, pour conseiller aux parents de coucher les enfants de préférence sur le côté et sur le dos. Nous avons isolé à la figure 9 l'évolution de la mortalité masculine par mort subite.

L'accroissement récent est effectivement impressionnant : entre 1975 et 1991, la mortalité par mort subite a été multipliée par 8. Sans nier l'importance du phénomène, il faut sans doute relativiser la signification de son irruption dans la statistique des causes de décès. La brusque montée des morts subites correspond en effet à un repli tout aussi brutal d'autres causes et notamment de l'anoxie-hypoxie (cette rubrique regroupe différents syndromes de souffrance respiratoire et les asphyxies des nourrissons) (figure 9). Une bonne partie de la hausse observée pour la mort subite n'est probablement que le résultat d'un transfert de diagnostic. Il n'en reste pas moins que, quelle que soit la terminologie employée, après l'effacement des autres causes, la mort subite du nourrisson est devenue le principal obstacle à la poursuite de la baisse de la mortalité post-néonatale⁽⁶⁾.

Le risque de décès des enfants entre 1 et 5 ans suit la même évolution favorable que celle de la mortalité infantile (figure 10). Entre 1950 et 1992,

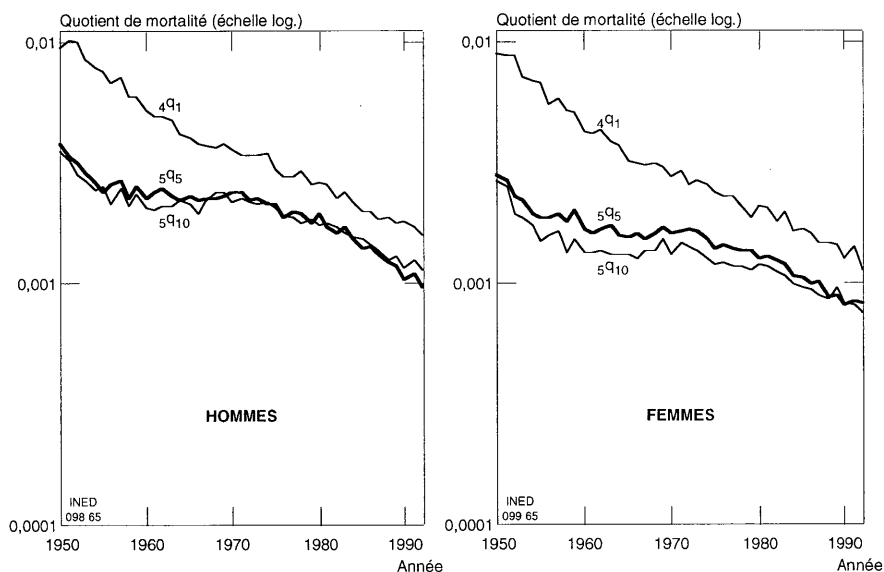


Figure 10. – Évolution annuelle des risques de décès des enfants de plus d'un an, de 1950 à 1992, selon le sexe

⁽⁶⁾ L'accélération de la baisse de la mortalité accidentelle tient peut-être également en partie à un transfert de décès entre les rubriques « suffocation ou obstruction des voies respiratoires » classées parmi les morts violentes et la rubrique « mort subite ».

il a été divisé par 6 chez les garçons et par 8 chez les filles. Autour de 10 ans, âges où la mortalité est à son niveau le plus faible, les évolutions sont plus heurtées : la baisse du début des années cinquante a rapidement fait place à une stagnation dans les années soixante et le début des années soixante-dix ; elle a repris à un rythme soutenu dans les quinze dernières années. Chez les garçons, les courbes d'évolution des risques quinquennaux de décès à 5 et à 10 ans sont totalement enchevêtrées alors que chez les filles, la mortalité à 5-9 ans est restée supérieure à la mortalité à 10-14 ans jusqu'aux années récentes. Dans les cinq dernières années, toutefois, grâce à un recul un peu plus prononcé, elle a rejoint le même niveau.

Au début des années cinquante, l'importance des maladies infectieuses et des maladies respiratoires était encore très grande à ces âges⁽⁷⁾ (figure 11). Leur profonde baisse explique l'évolution très favorable de la mortalité à 1-4 ans sur toute la période et les progrès des années cinquante à 5-14 ans. Mais très vite, pour ces derniers âges, elle n'a pu compenser la montée de la mortalité accidentelle et la stagnation de la mortalité cancéreuse. Au début des années soixante-dix, l'instauration de mesures de sécurité routière a permis de réduire les accidents de la circulation, dont les enfants étaient souvent les premières victimes, et entraîné un retournement de tendance de la mortalité accidentelle. L'accélération récente de la baisse de la mortalité par tumeurs a amplifié la tendance favorable des

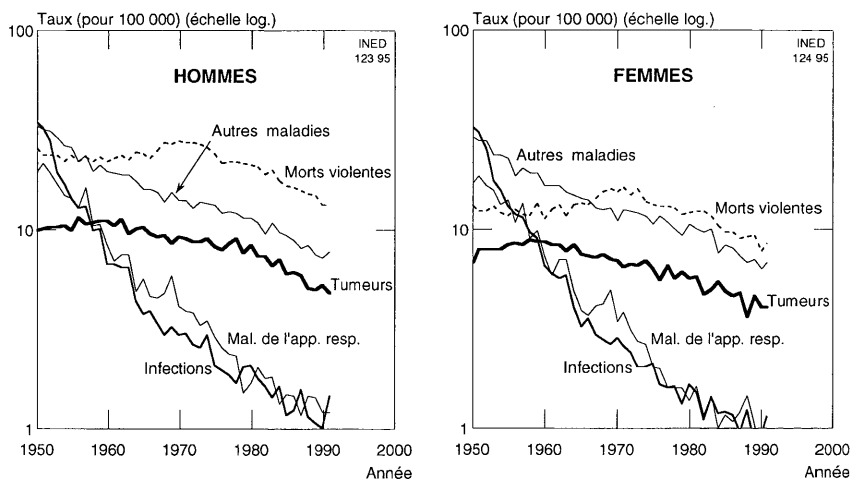


Figure 11. – Évolution annuelle du taux comparatif de mortalité à 1-14 ans pour les principales causes de décès, de 1950 à 1991, selon le sexe

⁽⁷⁾ Les taux comparatifs par grands groupes d'âges présentés dans la suite de cet article ont été standardisés sur la nouvelle population standard européenne de l'OMS (OMS, 1993).

années soixante et soixante-dix. Les cancers des enfants sont dominés par les leucémies et les autres tumeurs des organes hématopoïétiques (moëlle épinière, ganglions lymphatiques), qui comptent à ces âges pour près de 45 % de la mortalité cancéreuse. Les protocoles de chimiothérapie mis au point depuis les années soixante-dix se sont révélés particulièrement efficaces pour ce type de tumeurs.

Au total, donc, même si elle ne pèse plus guère dans l'évolution de l'espérance de vie à la naissance, la mortalité des enfants poursuit son recul et rien n'incite à penser que les progrès doivent prochainement s'arrêter.

**Adolescents et adultes :
alcool, tabac, accidents et sida**

Comme nous l'avons vu, l'évolution des quotients quinquennaux masculins entre 15 et 60 ans est d'autant plus favorable que l'âge est élevé (figure 12). À 15 et 20 ans, après avoir légèrement diminué dans les années cinquante, la mortalité a fortement augmenté dans la décennie soixante, avant de reprendre sa baisse dans la dernière décennie. À 20-24 ans, la hausse a été si importante que le risque de décès vers 1980 était supérieur aux risques de décès à 25-29 ans et même 30-34 ans. Autour de 30 ans, en effet, la mortalité était à la baisse dans les trois premières décennies. Dans les années quatre-vingt, toutefois, elle a d'abord stagné puis augmenté dans les cinq dernières années.

Le recul des accidents de la route qui touchaient particulièrement les plus jeunes a laissé la place au sida, particulièrement virulent autour de

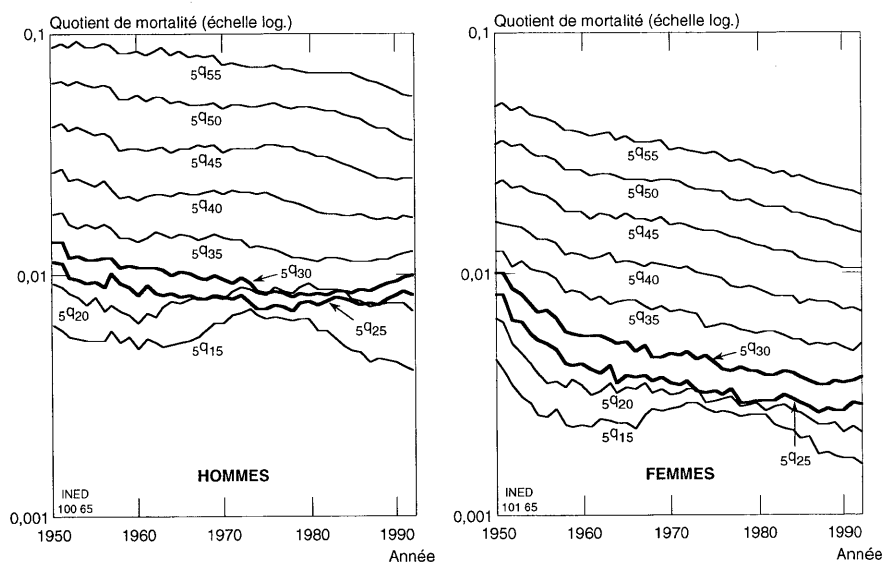


Figure 12. – Évolution annuelle des risques quinquennaux de décès entre 15 et 60 ans, de 1950 à 1992, selon le sexe

La mortalité par sida en France devrait bientôt plafonner

Le sida est le stade ultime de l'infection par un micro-organisme, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Il est apparu peu avant 1980. L'absence de vaccin et de traitement permettant la guérison de cette maladie placent la prévention en première ligne. Celle-ci repose notamment sur l'information et l'éducation pour la santé.

1. Nombre de cas de sida

Le sida fait depuis mars 1982 l'objet d'une surveillance, coordonnée au niveau national par le RNSP (Réseau national de Santé publique), qui repose sur la déclaration des cas par les praticiens. Jusqu'en 1989, le nombre de nouveaux cas déclarés chaque année en France métropolitaine et dans les DOM a augmenté très rapidement, passant de 153 en 1984 à 3 728 en 1989. L'accroissement est encore à deux chiffres en 1990 (14 %), mais il n'est que de 4 % en 1994, avec 5 790 cas. Au total, au 31 décembre 1994, 34 287 cas ont été déclarés. En raison des délais de déclaration, le RNSP évalue à 36 270 le nombre de cas diagnostiqués à la même date. 10 à 20 % des cas de sida ne seraient pas déclarés, ce qui porterait le nombre de cas diagnostiqués à 42 000 au total, dont quelque 6 600 en 1994.

La proportion de femmes parmi les personnes atteintes du sida est en constante augmentation : 9 % des nouveaux cas en 1984, 20 % en 1994. Cette augmentation est liée à l'évolution du nombre de cas de sida selon le mode de transmission. En effet, le pourcentage de nouveaux cas de sida se rapportant aux homosexuels masculins décroît au fil des ans : 64 % en 1984, 49 % en 1990, 40 % en 1994. Parallèlement, on assiste jusqu'en 1990 à une montée de la proportion des toxicomanes (infections par seringues contaminées) : 5 % en 1984, 26 % depuis 1990. Les cas de sida d'origine hétérosexuelle (42 % de femmes) tendent à prendre le relais des toxicomanes : 14 % en 1990, 21 % en 1994. L'accroissement de la proportion de femmes s'explique donc par celle des toxicomanes jusqu'en 1990, puis par celle des « hétérosexuels » depuis 1990.

Le RNSP distingue d'autres groupes. Ce sont d'abord les hémophiles et autres patients ayant des troubles de la coagulation (surtout des hommes) dont le nombre ne régresse guère : 60 à 70 cas par an depuis 1991. Le nombre de transfusés et celui des enfants avec transmission materno-fœtale sont en baisse depuis 1990. La part des autres cas de sida (d'origine inconnue) est croissante) : 3 % de l'ensemble des cas en 1984, près de 10 % en 1994.

Dans les dernières années, les cas d'origine hétérosexuelle (1 200 en 1994) sont les seuls à croître encore fortement, à un rythme voisin de 20 % chaque année. Au cours des prochaines années, il semble que le nombre de nouveaux cas de sida se rapportant à des homosexuels ou à des toxicomanes devrait régresser, tandis que celui des hétérosexuels continuera d'augmenter.

2. Nombre de décès par sida

Le sida et l'infection par le VIH sont enregistrés par l'INSERM comme cause de décès depuis 1983. En considérant l'ensemble des décès pour lesquels le sida est mentionné comme cause principale ou associée, la mortalité liée au sida augmente progressivement en France métropolitaine : 1 000 décès en 1987, 5 000 en 1994, dont 1 000 femmes (tableau 1).

D'après la variation du taux d'accroissement des décès liés au sida, il semble que le nombre annuel de décès pourrait plafonner vers 1996 ou 1997

Années	Cas de sida déclarés (RNSP ; DOM et France métropolitaine)				Décès par sida et infection VIH (INSERM ; France métropolitaine)		
	Par année de déclaration	Par année de diagnostic			Cause principale	Cause principale ou associée	
		Deux sexes	Deux sexes	dont femmes		Rapport H/F	Deux sexes
Av. 1983	44	48	5	8,6			
1983	63	93	12	6,8	32	35	7,8
1984	153	237	22	9,8	75	75	9,7
1985	313	582	69	7,4	214	224	8,7
1986	648	1252	180	6,0	607	625	6,5
1987	1772	2246	314	6,2	964	1036	6,3
1988	2162	3044	430	6,1	1384	1503	5,4
1989	3728	3782	595	5,4	2060	2223	5,2
1990	4262	4282	702	5,1	2785	2962	5,6
1991	4691	4576	755	5,1	3551	3755	5,7
1992*	5103	4993	855	4,8	4140	4364	5,0
1993*	5558	5359	1078	4,0	4492	4737	4,5
1994*	5790	5776	1143	4,1	4788	5050	4,1
1978-1994	34287	36270	6160	4,9	25092	26589	5,0

* Évaluations

et s'approcher de 6 000 décès (un décès sur cent). En l'absence de sida, l'espérance de vie à la naissance des Français serait plus élevée de 0,34 an et celle des Françaises de 0,09 an ; pour les hommes, ceci équivaut à la progression de l'espérance de vie durant une année civile et demi.

Les décès par sida sont précoces. En 1993, l'ensemble des personnes décédées en France ont vécu en moyenne 74 ans et celles qui ont succombé à la suite du sida, 39 ans. Les décès où le sida est la cause principale représentent 17,3 % des décès masculins à 25-34 ans et 10,4 % à 35-44 ans. Pour les femmes, les proportions respectives sont de 14 % et 4 %. Dans ces tranches d'âge, le sida a annihilé les progrès effectués au cours des années précédentes : en 1992, pour le sexe masculin, la mortalité à 25-29 ans et à 30-34 ans est revenue à ce qu'elle était 30 ans auparavant. Mais, en 1993, la progression du nombre de décès par sida a plutôt concerné les âges supérieurs à 35 ans pour les hommes et à 30 ans pour les femmes. On observe ici que la mortalité par sida affecte particulièrement certaines générations qu'elle accompagne dans leur vieillissement.

La mortalité par sida frappe particulièrement les hommes célibataires : 20 % des décès de 25 à 44 ans en 1990, contre 3 % pour les décès au même âge des autres états matrimoniaux. En revanche, les résultats par catégorie socioprofessionnelle ne reproduisent pas la hiérarchie de la mortalité sociale mise en évidence par les études de l'INSEE. Parmi les catégories socioprofessionnelles d'actifs, en 1989-1991, celles ayant la plus forte mortalité par sida sont communes aux hommes et aux femmes : professions de l'information, des arts et du spectacle, services directs rendus aux particuliers (employés de restaurant ou d'hôtel, coiffeurs...). A l'opposé, les agriculteurs et les ouvriers, groupes qui adhèrent plus volontiers aux valeurs traditionnelles, sont assez peu touchés. Cette situation peut changer ; sans aucun doute, les groupes les mieux informés se défendront de plus en plus efficacement.

30 ans (voir encadré *Le sida*, p. 38). Entre 35 et 50 ans, on retrouve une évolution comparable à celle des plus jeunes (baisse, accroissement puis nouvelle baisse) mais les mouvements sont beaucoup moins nets. Les causes en sont surtout assez différentes. Les accidents de la route ont contribué à la hausse de la mortalité à ces âges, mais, dans les années cinquante et soixante, c'est l'augmentation de la consommation d'alcool et de tabac qui était le moteur principal de cette hausse. Dans la tranche d'âges 50-60 ans, les risques de décès enregistrent une baisse assez régulière, qui s'accélère toutefois dans la dernière décennie.

Chez les femmes, les évolutions à 15-24 ans sont comparables à celles des hommes, mais l'accroissement de mortalité des années soixante a moins d'ampleur. Elles sont également beaucoup moins touchées par la hausse récente de la mortalité autour de 30 ans. Après 35 ans, les tendances féminines sont nettement plus favorables que les tendances masculines, et le recul de la mortalité se fait à un rythme régulier sur toute la période. Les femmes ont été moins touchées par la hausse de la mortalité accidentelle, sont peu concernées par le développement du sida et ont été jusqu'ici pratiquement épargnées par l'alcool et le tabac.

– 15-29 ans

Jusqu'au début des années quatre-vingt, l'évolution de la mortalité par cause, à ces âges, se traduisait par un complet effacement des maladies au profit des morts violentes (figure 13). Cette tendance est particulièrement nette chez les hommes, pour lesquels les accidents de la route, les suicides et les autres morts violentes sont devenues les trois principales

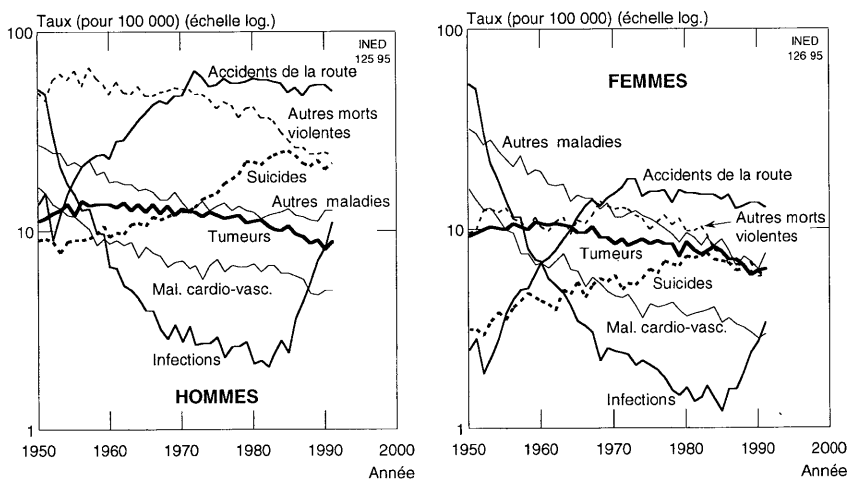


Figure 13. – Évolution annuelle du taux comparatif de mortalité à 15-29 ans pour les principales causes de décès, de 1950 à 1991, selon le sexe

causes de décès. Entre 1950 et 1972, la mortalité par accidents de la route a presque quintuplé. Depuis lors, elle diminue lentement mais occupe sans conteste la première place (voir encadré *Les accidents de circulation*, p. 42). De moins grande ampleur, l'augmentation de la mortalité par suicide, qui a triplé de 1950 à 1985, impressionne par sa régularité. Toutefois dans les années les plus récentes, la tendance s'est nettement inversée. Les autres morts violentes régressent sur toute la période, mais partant d'un niveau très élevé, elles pèsent encore lourd dans la mortalité à ces âges. La réduction du nombre d'accidents de travail a contribué à cette évolution. Forte dans les années soixante-dix et au début des années quatre-vingt, elle est cependant beaucoup plus lente depuis quelques années, sans doute à cause de l'extension des formes d'emploi précaire (Thébaud-Mony, 1994).

Les infections, première cause de décès en 1950, avaient, en 1980, quasiment disparu du tableau pathologique des jeunes adultes, la mortalité pour cette étiologie ayant été divisée par 25. Le retournement lié à l'apparition du sida n'en est que plus spectaculaire : en moins de 10 ans, la mortalité par infection a retrouvé son niveau de la fin des années cinquante.

Chez les femmes, les morts violentes pèsent un peu moins lourd. Si les accidents de la route sont désormais, comme chez les hommes, la première cause de décès à ces âges, les suicides (en augmentation), les tumeurs (en baisse modérée), les autres maladies et autres morts violentes (en baisse rapide) se retrouvent au même niveau. La baisse de la mortalité infectieuse a été également interrompue par l'irruption du sida, mais l'accroissement est moins important que pour le sexe masculin.

– 30-59 ans

Même si les morts violentes restent parmi les principales causes de décès, les cancers sont, à 30-59 ans, les acteurs principaux de la mortalité (figure 14).

L'évolution de la mortalité cancéreuse est très différente selon le sexe : l'augmentation régulière de la mortalité masculine s'oppose à la baisse constante de la mortalité féminine. On note toutefois dans les années les plus récentes l'amorce d'un recul chez les hommes. Les tendances régulières de la mortalité cancéreuse totale cachent des évolutions contrastées selon les localisations tumorales (figure 15). Côté masculin, la mortalité par cancer des bronches et du poumon s'est considérablement accrue depuis 1950 : le taux comparatif de mortalité a été multiplié par 3,5. Toutefois, depuis la fin des années quatre-vingt, elle a cessé d'augmenter. Cette stabilisation est sans doute l'indice d'un prochain retournement de tendance, qui s'est déjà produit dans quelques pays occidentaux (Meslé et Vallin, 1992). La consommation de tabac, en très forte augmentation jusqu'en 1975, s'est stabilisée depuis (Nizard et Munoz, 1993). Dix ans plus tard, les conséquences de cette stabilisation sur la mortalité par cancer du poumon ont commencé à se faire sentir.

Les accidents de la route en France⁽¹⁾

En 1994, les accidents ont fait 8 533 tués et 180 832 blessés ; c'est le nombre de tués le plus faible depuis 30 ans. En effet, de 1953 à 1972, l'effectif annuel des victimes des accidents de la route a augmenté régulièrement, en même temps que le trafic routier. En 1972, un chiffre record de 404 760 victimes est atteint : 16 621 tués et 388 139 blessés. Depuis cette date, le nombre annuel de victimes décroît régulièrement, sous l'effet du choc pétrolier et de mesures préventives telles que la limitation de vitesse et le port obligatoire de la ceinture de sécurité. La baisse est encore plus sensible si l'on tient compte de l'accroissement considérable du parc automobile au cours des quarante dernières années. Pour une même distance parcourue, le risque individuel d'être tué ou blessé est environ six fois moindre en 1994 qu'en 1953.

Toutefois, cette baisse n'a pas suffi pour ramener notre pays dans la moyenne des pays industrialisés, d'autant plus que l'évolution était commune à l'ensemble des pays européens. Avec une population et un parc automobile comparables, la RFA, l'Italie et le Royaume-Uni ont compté respectivement 7 350, 4 200 et 4 050 tués en 1993 contre plus de 9 000 en France (*Bilan annuel de la Sécurité routière*, 1993). Le taux de mortalité par accident de la route est actuellement en France l'un des plus élevés du monde.

La baisse de la morbidité depuis 1972 est plus sensible chez les hommes que chez les femmes : de plus en plus de femmes prennent le volant et s'exposent au risque d'accident. En revanche, la surmortalité masculine routière reste stable : depuis 1953, le risque de décès sur la route est trois fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes. Cette divergence d'évolution entre surmortalité et surmorbidité masculines s'explique par une moindre gravité des accidents quand les victimes sont des femmes. C'est chez les enfants de moins de 10 ans que la baisse de la mortalité est la plus sensible, ce qui tend à convaincre de l'efficacité des politiques de prévention en faveur des enfants en bas âge (dispositifs de retenue).

La mortalité est à la fois corrélée à l'âge et à l'intensité de la conduite : les plus exposés sont les 20-29 ans – chez lesquels les proportions de « jeunes » conducteurs et d'usagers de deux-roues sont particulièrement élevées – et les personnes âgées (70 ans et plus) ; les moins exposés sont les enfants. Au cours des années récentes, les accidents de la route comptent pour près de 40 % de la mortalité des 20-29 ans. A cet âge, la morbidité est aussi très importante : chaque année, un jeune homme sur 100 et une jeune femme sur 200 sont blessés sur la route.

En dépit des progrès réalisés, certaines catégories d'usagers de la route restent vulnérables. En particulier, la mortalité est très élevée parmi les conducteurs de motos de grosse cylindrée, du fait de la structure de ce type de véhicule et de leur vitesse souvent excessive. La vitesse excessive est en effet le premier facteur de risque d'accident (*La sécurité routière*, 1989). Selon la Commission de la Sécurité Routière, un relèvement de 10 % des vitesses maxi-

(1) Cette note reprend le texte d'une communication aux *Quatrièmes Rencontres Sociologiques de Besançon* : « Mourir jeune. Les accidents de la route en France depuis 1953 », par Alfred Nizard et Nicolas Bourgoïn.

Les accidents de la route sont ceux survenant sur une voie ouverte à la circulation publique impliquant au moins un véhicule et provoquant au moins une victime, blessée ou tuée.

males entraînerait une augmentation des accidents graves (faisant un ou plusieurs blessés graves) estimée à 12 %.

L'alcoolisme est également un facteur de mortalité routière important. L'alcool, même dans la limite autorisée (0,7 g/l depuis 1994), est un facteur très important de mauvaise appréciation de sa propre vitesse et de celle des autres et de manque d'attention. Il expliquerait en partie la surmortalité routière de la France – dont on sait le niveau de consommation élevé – par rapport à d'autres pays d'Europe, en particulier l'Italie (Rallu, Maffenini, 1991). Il rendrait également compte de la surmortalité masculine, les hommes prenant plus souvent le volant après avoir bu que les femmes⁽²⁾.

(2) Les hommes constituent 95,7 % des condamnés de 1992 pour conduite en état alcoolique (*Bilan annuel de la Sécurité routière, 1993*).

Le tabac associé à l'alcool est également le principal responsable de la hausse de la mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures qui occupe la deuxième place dans la mortalité cancéreuse masculine. Pour cette localisation, un retournement de tendance est très nettement amorcé depuis le début des années quatre-vingt, sans doute grâce à la baisse de

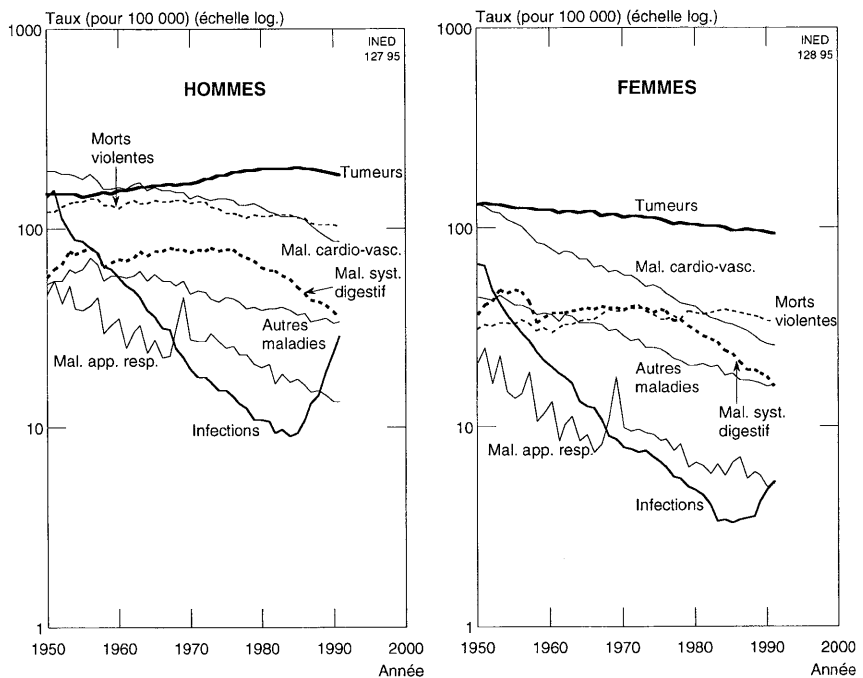


Figure 14. – Évolution annuelle du taux comparatif de mortalité à 30-59 ans pour les principales causes de décès, de 1950 à 1991, selon le sexe

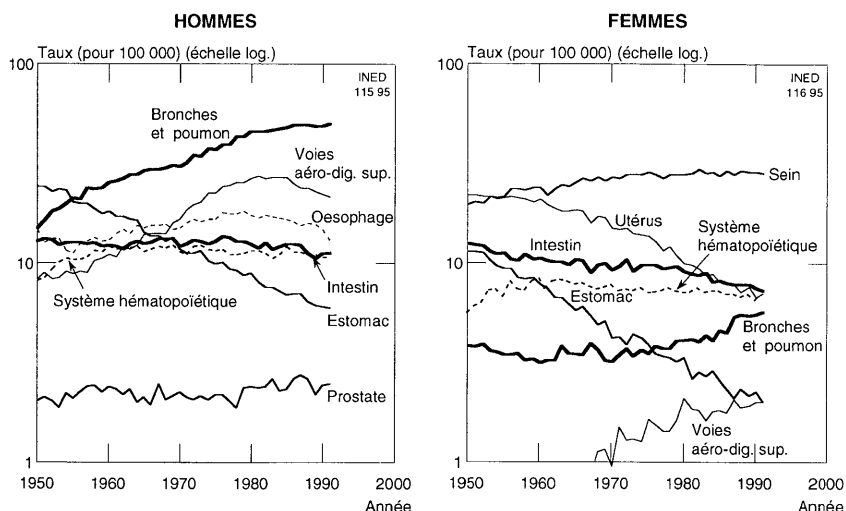


Figure 15. – Évolution annuelle du taux comparatif de mortalité à 30-59 ans pour les différentes localisations cancéreuses, de 1950 à 1991, selon le sexe

la consommation d'alcool qui s'est produite vingt ans plus tôt (Nizard et Munoz, 1993). Cette dernière explique également l'évolution de la mortalité par cancer de l'œsophage. Ainsi chez les hommes de 30-59 ans, les évolutions de la mortalité due aux trois principales localisations cancéreuses sont étroitement liées à celle des consommations d'alcool et de tabac.

La mortalité par cancer gastrique qui occupait la première place en 1950 a profondément reculé, comme partout dans le monde, et se retrouve à un niveau nettement inférieur à celui de la mortalité par cancer de l'intestin et des organes hématopoïétiques, en légère diminution depuis une vingtaine d'années.

Chez les femmes, c'est le cancer du sein qui domine la pathologie cancéreuse. Au même niveau que le cancer de l'utérus en 1950, la mortalité due à cette cause a augmenté jusqu'en 1980 et reste stable depuis. Alors que l'incidence de ce cancer est probablement en augmentation, la stabilisation de sa mortalité tient essentiellement au dépistage précoce et à la plus grande efficacité des traitements. Le dépistage systématique des cancers du col de l'utérus explique également une partie du recul de leur mortalité, mais il existe également pour cette localisation une réelle diminution de l'incidence de la maladie, liée probablement à la réduction des infections locales (Coleman *et al.*, 1993).

La divergence d'évolution entre les cancers intestinaux et les cancers gastriques est spectaculaire. La mortalité est à la baisse pour ces deux localisations, mais à des rythmes très différents. Ainsi entre 1950 et 1991, la mortalité par cancer de l'estomac a été divisée par cinq, tandis que celle due aux cancers de l'intestin ne diminuait que de 40 %. Partis d'un niveau

équivalent en 1950, les taux comparatifs de mortalité sont maintenant dans un rapport de 1 à 3. Le cancer de l'estomac a d'ailleurs été largement dépassé par le cancer des bronches et du poumon, dont le développement, moins spectaculaire que chez les hommes, n'en est pas moins inquiétant. Contrairement aux hommes, les femmes, qui se sont mises à fumer plus tardivement, n'ont pas jusqu'ici modéré leur consommation de tabac. La hausse de la mortalité due à cette cause n'est probablement pas près de s'arrêter et le cancer des bronches et du poumon deviendra très prochainement plus meurtrier à ces âges que les cancers de l'utérus et de l'intestin.

Revenant aux autres causes de décès (figure 14), la baisse profonde de la mortalité cardio-vasculaire féminine contraste avec le recul plus modeste du côté masculin. À l'inverse, les morts violentes diminuent chez les hommes tandis qu'elles augmentent chez les femmes. Cette différence tient à l'évolution de la mortalité par suicide, qui a augmenté chez les femmes et diminué chez les hommes (Surault, 1995). Les maladies de l'appareil digestif, dominées par la cirrhose du foie, suivent, avec un décalage d'une dizaine d'années, l'évolution de la consommation d'alcool. Enfin la mortalité par maladies infectieuses et respiratoires⁽⁸⁾ a beaucoup diminué, mais la première subit, comme aux âges plus jeunes, un brutal revirement avec l'arrivée du sida.

**Troisième et quatrième âges :
des progrès spectaculaires**

Chez les hommes, la mortalité à plus de 60 ans a évolué en deux temps. Jusqu'en 1970 environ, les risques de décès quinquennaux sont restés stationnaires ou n'ont diminué que lentement. Au contraire, depuis cette date, la baisse est franche et s'est même accélérée tout récemment (figure 16, p. 48).

On retrouve là la rupture du début des années soixante-dix observée dans l'évolution de l'espérance de vie à 60 ans (figure 2). Chez les femmes, en revanche, comme pour l'espérance de vie à 60 ans, la progression est forte sur les quatre décennies, mais s'accélère aux très grands âges dans la plus récente.

– 60-74 ans

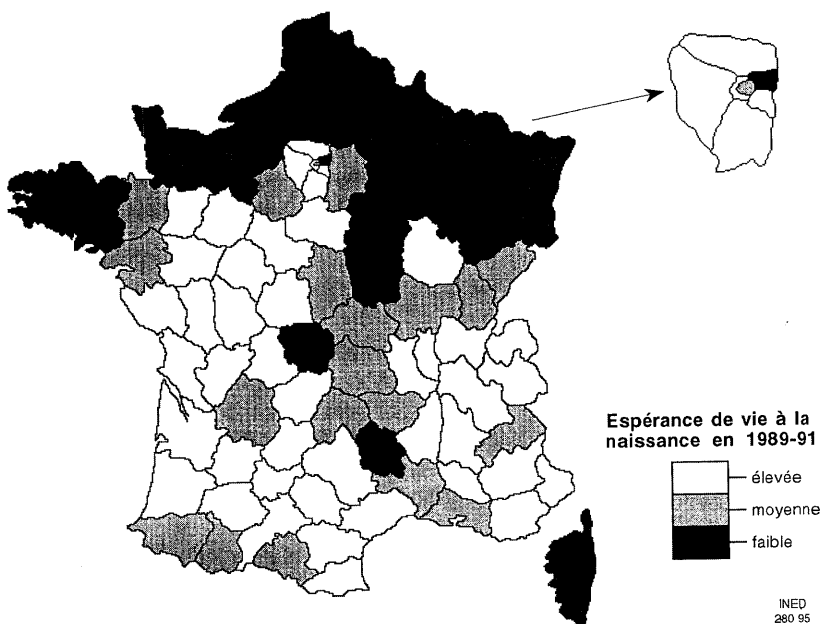
Les tumeurs et les maladies cardio-vasculaires occupent les deux premières places, nettement devant les autres causes de décès (figure 17, p.49). Mais au cours de la période, la hiérarchie entre ces deux pathologies s'est inversée. En 1950, la mortalité cardio-vasculaire était prépondérante chez l'un et l'autre sexe, mais elle a ensuite baissé, très rapidement chez les femmes, d'abord lentement puis plus vite chez les hommes de telle sorte qu'en 1991, elle était, dans les deux cas, dépassée par la mortalité cancéreuse. L'évolution de cette dernière est en effet moins favorable. Côté mas-

⁽⁸⁾ Il persiste une légère rupture dans l'évolution de la mortalité par maladies respiratoires à la fin des années soixante, probablement liée au passage de la septième à la huitième révision de la CIM.

Les différences inter-départementales de mortalité générale

Le croissant formé par les départements situés de la Bretagne à l'Alsace se caractérise par un niveau d'espérance de vie à la naissance sensiblement plus faible que celui des départements du centre et, plus encore, du sud du pays. Tandis que, dans les premiers, l'espérance de vie à la naissance oscille autour de 75 ans, elle atteint plus de 78 ans dans ces derniers. L'opposition régionale entre une France de l'Ouest, du Nord et de l'Est à forte mortalité et une France du Centre et du Sud à faible mortalité perdure depuis plusieurs décennies. Cependant, l'écart s'est progressivement réduit, puisque la différence entre les espérances de vie maximale et minimale (à l'échelle des départements) a diminué de 6,2 ans en 1974-1976 à 4,5 ans en 1989-1991. Les contrastes géographiques sont de même nature pour les deux sexes, mais ils sont moins marqués pour les femmes que pour les hommes. De plus, la différence entre l'espérance de vie à la naissance des femmes et celle des hommes est étroitement associée au niveau général de la mortalité : les différences les plus importantes entre les deux sexes se trouvent dans les départements de l'Ouest, du Nord et de l'Est, là où la mortalité est élevée (Garros et Bouvier-Colle, 1990).

Les causes de décès qui expliquent l'opposition entre les deux groupes de régions se résument aux maladies cardio-vasculaires d'une part, aux maladies associées à la consommation d'alcool et de tabac d'autre part. Ainsi, les départements caractérisés par une faible espérance de vie à la naissance sont aussi ceux dans lesquels on observe une mortalité due aux cardiopathies ischémiques, aux cancers des voies aéro-digestives supérieures, à l'alcoolisme



et aux cirrhoses du foie supérieure à la moyenne. Bien que moins clairement associés au gradient géographique observé plus haut, les cancers du poumon expliquent une partie des disparités : grâce à un niveau de mortalité par ce type de cancer plus faible, les départements situés dans le sud du pays bénéficient d'une espérance de vie à la naissance plus élevée que les autres. Enfin, les maladies chroniques de l'appareil respiratoire pèsent particulièrement lourd dans les départements industrialisés du Nord et de l'Est, tandis que les maladies de l'appareil digestif sont plus meurtrières dans l'Ouest (Michel, 1993).

Les variations régionales observées tant au niveau de la mortalité générale qu'en matière de causes de décès ne peuvent entièrement s'expliquer par la structure socio-économique de la population. S'il est vrai que la mortalité des ouvriers, plus représentés dans le Nord et l'Est que dans les autres régions, est largement plus faible que celle des cadres ou des employés, il est également vrai qu'on retrouve, à l'intérieur d'une même catégorie socio-professionnelle, les différences géographiques opposant les départements de l'Ouest, du Nord et de l'Est et ceux du Centre et du Sud. Ces différences ne s'expliquent pas non plus complètement par la disponibilité de personnel médical et d'équipement sanitaire, ni par la consommation en soins de santé, même si la situation des régions Ouest, Nord et Est n'est pas particulièrement favorable dans ce domaine (HCSP, 1994). En fait, ce sont les comportements individuels, tout particulièrement la consommation d'alcool mais aussi le tabagisme, qui rendent le mieux compte des disparités géographiques observées : comme le montre une récente enquête nationale sur la santé, il existe une relation très forte entre le niveau d'espérance de vie à la naissance et la proportion de la population buvant au moins 7 verres de boissons alcoolisées par jour.

culin, elle s'est accrue jusqu'à la fin des années quatre-vingt. Côté féminin, elle a diminué, mais à un rythme beaucoup plus lent que celui de la mortalité cardio-vasculaire. Comme aux âges plus jeunes, la mortalité cancéreuse est dominée par le cancer bronchique chez les hommes et le cancer du sein chez les femmes (Meslé, 1993b).

Toutes les autres causes de décès sont orientées à la baisse. Le recul de l'infection, qui, à ces âges, n'est pas contrecarré par le sida, est très profond pour les deux sexes, de même que celui des maladies respiratoires surtout chez les femmes. La mortalité due aux maladies digestives diminue très rapidement depuis le début des années soixante-dix, grâce au recul de l'alcoolisme et aux progrès accomplis dans le traitement des ulcères.

Le recul de la plupart des causes de décès est venu renforcer la tendance favorable de la mortalité cardio-vasculaire, mais c'est celle-ci qui s'est montrée déterminante dans l'évolution de la mortalité à ces âges. Toutes ses composantes n'ont pourtant pas évolué dans le même sens (figure 18, p. 49).

La baisse de la mortalité par maladies cérébro-vasculaires et autres maladies du cœur contraste jusqu'en 1980 avec l'accroissement des maladies ischémiques du cœur, essentiellement lié à la montée du tabagisme et aux changements de régime alimentaire. Le recul des maladies de la

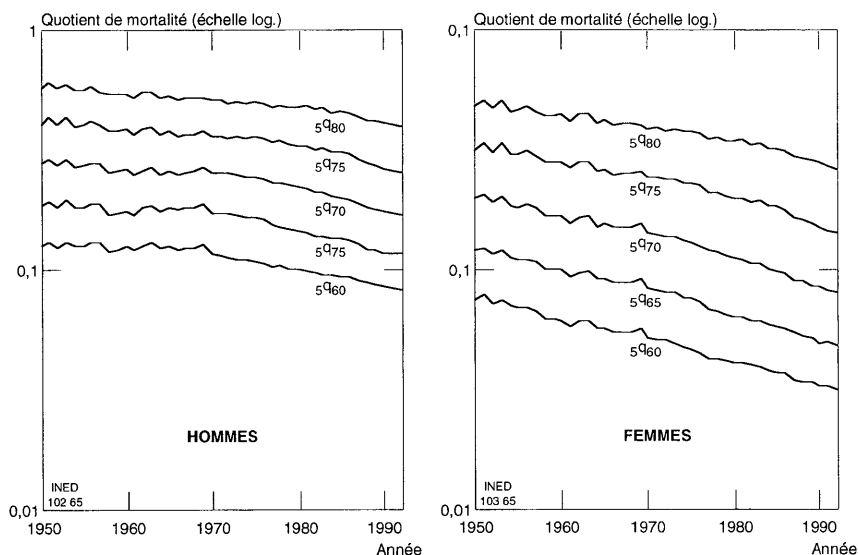


Figure 16. – Évolution annuelle des risques quinquennaux de décès entre 60 et 85 ans, de 1950 à 1992, selon le sexe

circulation cérébrale s'est fait en deux étapes : les progrès, d'abord assez lents, surtout chez les hommes, se sont accélérés depuis 20 ans. C'est cette accélération, mais surtout le retournement des maladies ischémiques du cœur, qui explique le repli massif des années récentes. Les progrès réalisés dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires relèvent de différents facteurs : le dépistage et le traitement systématique des hypercholestérolémies et des hypertensions, la réduction du tabagisme, le développement de la diététique, la plus grande efficacité des services d'urgence, la prescription de nouveaux médicaments (bêtabloquants, aspirine, fibrinolytiques) sont autant d'éléments qui ont joué en synergie (Biraben, 1988). Bien plus qu'une découverte-miracle, c'est la prise en charge de ce problème de santé publique par l'ensemble des acteurs (pouvoirs publics, médecins et patients) qui a porté ses fruits.

– 75 ans et plus

L'ensemble maladies cérébro-vasculaires et autres maladies cardio-vasculaires reste la pathologie dominante à plus de 75 ans (figure 19). La mortalité par autres maladies cardio-vasculaires diminue régulièrement, mais à un rythme plus lent que celui des plus jeunes âges. La mortalité cérébro-vasculaire ayant très peu régressé dans les deux premières décen-

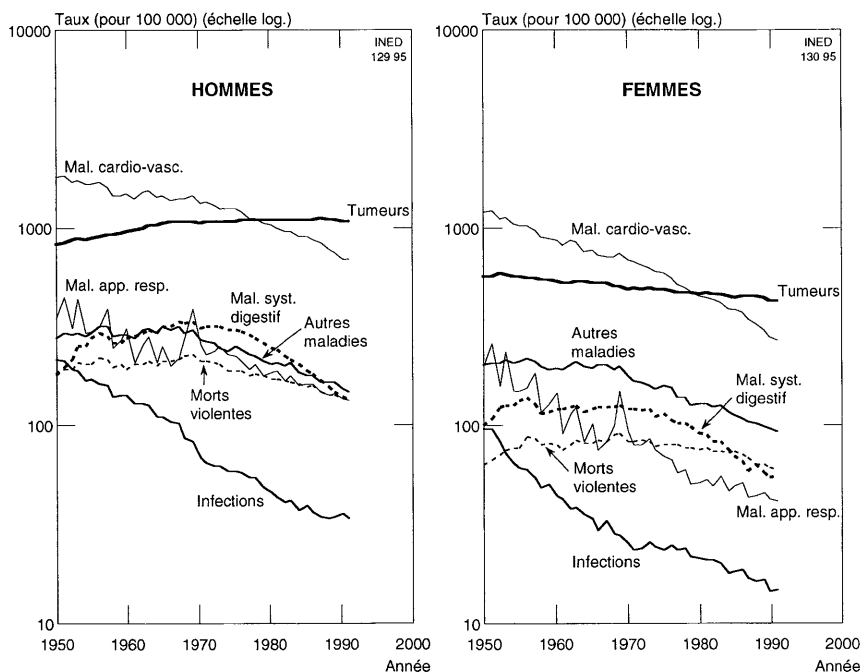


Figure 17. – Évolution annuelle du taux comparatif de mortalité à 60-74 ans pour les principales causes de décès, de 1950 à 1991, selon le sexe

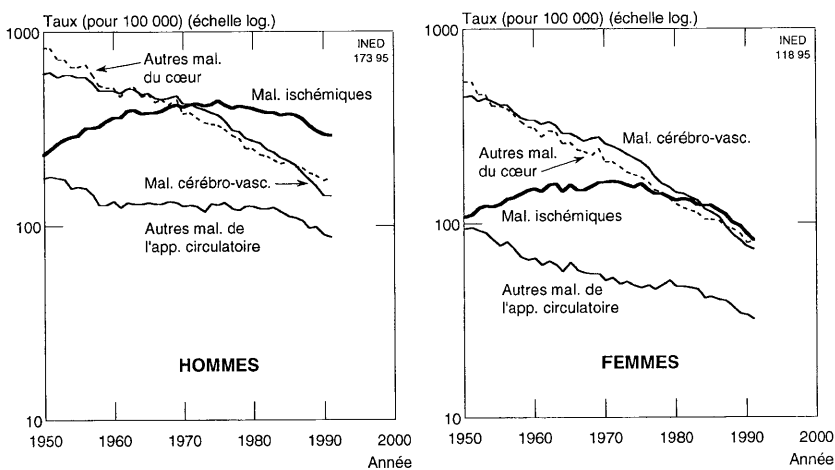


Figure 18. – Évolution annuelle du taux comparatif de mortalité à 60-74 ans pour les principales maladies cardio-vasculaires, de 1950 à 1991, selon le sexe

L'inégalité sociale devant la mort

Pour une large part, la baisse de la mortalité s'explique par l'amélioration de l'hygiène et des conditions sanitaires et par les progrès médicaux. Elle a profité à l'ensemble du corps social. Cependant, les conditions de vie, les comportements et les consommations, l'attitude face à la santé ou les modes de recours au système de soins sont très variables d'un individu à l'autre, d'un groupe à l'autre. La diversité entre pays des écarts de mortalité entre hommes et femmes, de la mortalité par accidents de la route, montre bien que l'environnement médical n'explique pas tout.

Ainsi, on observe de larges disparités entre les groupes sociaux, dans la plupart des pays où on a pu les mesurer (*Socio-economic differential Mortality...*, 1991). La France fait partie de ces pays : des études longitudinales mises en place dès le début des années soixante permettent de mesurer avec une bonne précision les niveaux de mortalité des différentes catégories et leur évolution. Selon ces études, les cadres et professions libérales ont la mortalité la plus faible, tandis que les ouvriers les moins qualifiés, manœuvres ou ouvriers agricoles, sont les plus exposés (Desplanques, 1993). Entre ces catégories, le classement en matière de mortalité rappelle la hiérarchie sociale, telle qu'on la perçoit avec d'autres variables (niveau d'éducation, revenu, etc.). La seule exception notable concerne les agriculteurs, dont la mortalité est relativement faible : ils se classent au niveau des cadres moyens (ceux qu'on appelle aujourd'hui professions intermédiaires). Le risque de décéder avant 60 ans, pour une personne de 35 ans, est trois fois plus élevé pour les manœuvres que pour les professeurs : 27,7 % au lieu de 8 % (tableau 1). Sur la base de la mortalité des années quatre-vingt, sur 100 manœuvres de 35 ans, 72 seulement atteignent donc l'âge de la retraite. Si les conditions de travail proprement dites jouent un rôle, les écarts tiennent à l'ensemble des conditions de vie. Plus marqués vers 40 ans, en termes relatifs, ils perdurent au-delà de la cessation d'activité : entre 70 et 85 ans, l'indicateur de mortalité des anciens ouvriers non qualifiés atteint l'indice 104 au lieu de 75 pour les anciens cadres. Les membres des couches populaires apparaissent comme vieilliss prématurément.

Des disparités existent aussi pour les femmes en fonction de leur métier. Comme pour les hommes, la hiérarchie habituelle des catégories est à peu près respectée : parmi les femmes actives, ce sont les femmes cadres qui ont la plus faible mortalité et les ouvrières non qualifiées et le personnel de service qui encourent les risques les plus élevés et toutes les catégories ont une mortalité plus faible que les inactives. Entre les différentes catégories, les écarts sont plus ténus que pour les hommes. Pour les premières, la probabilité de décès entre 35 et 60 ans, calculée à partir des résultats de la période 1980-1989 est de 5,1 % ; pour les ouvrières non qualifiées elle s'élève à 7,7 %. Si on classe les femmes vivant en couple en fonction de la catégorie socio-professionnelle de leur conjoint, on obtient un classement identique à celui observé pour les hommes. Ce résultat tend à conforter un effet de milieu de préférence à un effet lié au métier lui-même. L'analyse des disparités sociales selon la cause de décès permet de mieux comprendre les écarts. Pour les hommes, le classement des catégories est pratiquement le même pour toutes les causes. Les plus fortes disparités relatives entre les catégories sociales sont dues aux tumeurs de l'œsophage et des voies respiratoires (larynx, trachée, bronches, poumons). Elles conduisent à incriminer la consommation d'alcool et de tabac, mais aussi l'environnement de travail, notamment pour les tumeurs des bronches et des poumons. Si la mortalité par maladies de

l'appareil circulatoire est moins dispersée en fonction du milieu, elle contribue largement aux écarts, compte tenu de son poids dans la mortalité. Ainsi, contrairement à certaines idées reçues, le risque de décès par maladie cardiovasculaire n'est pas spécifique aux cadres : il est plus fort pour les membres des catégories défavorisées.

TABLEAU 1.- MORTALITÉ DES HOMMES PAR CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE (1).
PROBABILITÉ DE DÉCÈS (%) ENTRE DIVERS AGES
(Période 1980-1989)

Catégorie socioprofessionnelle	Entre 35 et 60 ans	Entre 60 et 75 ans	Entre 75 et 90 ans
Professeurs	8,0	26,9	83,6
Ingénieurs	8,4	24,0	84,8
Cadres supérieurs	9,8	27,1	81,6
Instituteurs	9,9	27,1	81,3
Indust. et gros commerçants	10,3	31,2	84,3
Professions libérales	10,7	26,5	81,9
Techniciens	11,7	31,4	85,1
Contremaîtres	12,4	30,6	87,0
Agriculteurs	12,7	32,5	87,5
Cadres moyens	12,7	31,1	84,5
Artisans	13,2	32,5	88,4
Employés de commerce	14,1	35,8	nd
Petits commerçants	15,1	35,9	86,2
Armée et police	15,6	28,0	nd
Employés de bureau	17,6	36,3	88,2
Ouvriers qualifiés	18,5	38,4	87,6
Personnel de service	19,5	42,6	nd
Ouvriers spécialisés	20,7	38,0	90,3
Salariés agricoles	22,7	43,6	90,4
Manœuvres	17,7	46,0	91,6
Ensemble	17,1	38,6	nd

(1) Les catégories socioprofessionnelles sont celles de la nomenclature de 1975.
Sources : INSEE. Étude longitudinale de 1975 (2 premières colonnes) ; Étude longitudinale de 1954 (dernière colonne) ; nd : non disponible.

Ce résultat s'explique plutôt par des différences d'attitude face à la santé et au système de soins. Les maladies hypertensives, par exemple, sont moins souvent fatales dans les catégories aisées, où elles sont dépistées et traitées plus systématiquement. Ainsi les progrès médicaux profitent d'abord à ceux qui sont les plus familiers du système de soins.

C'est en partie pour de telles raisons que les disparités sociales en matière de mortalité se sont maintenues et se sont même légèrement aggravées au cours des dernières décennies, malgré la croissance économique.

nies, l'accélération des années quatre-vingt est d'autant plus spectaculaire. Les tumeurs, toujours orientées à la hausse chez les hommes et à la baisse chez les femmes, occupent la deuxième place. A ces âges, les cancers de l'intestin sont prépondérants chez les femmes et c'est le recul de la mortalité due à ces tumeurs qui est le principal moteur de la baisse de la

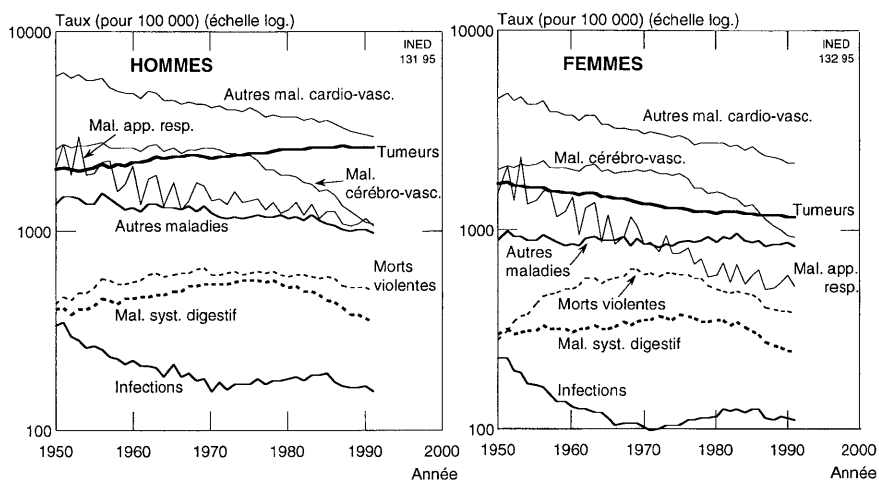


Figure 19. – Évolution annuelle du taux comparatif de mortalité à plus de 75 ans pour les principales causes de décès, de 1950 à 1991, selon le sexe

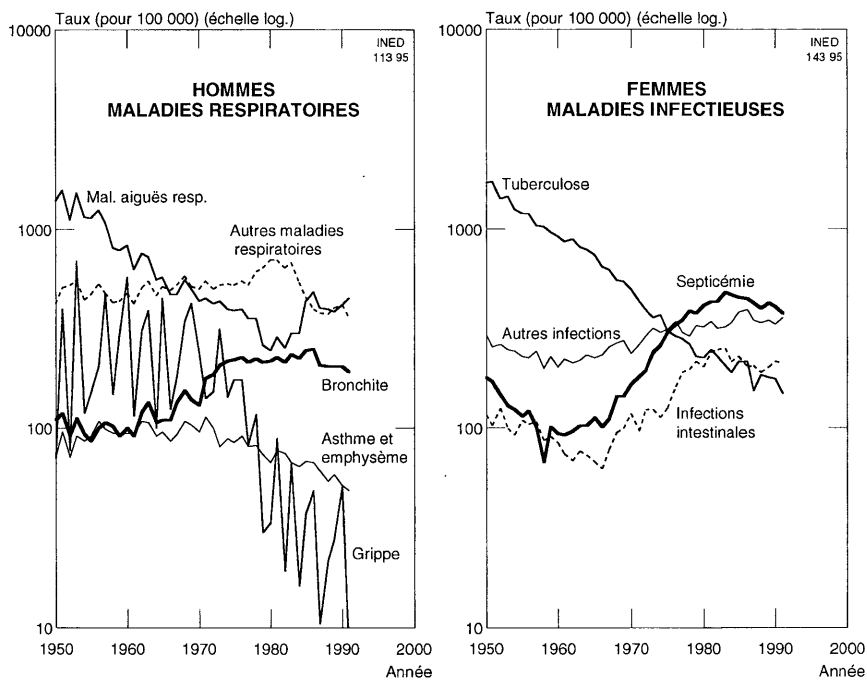


Figure 20. – Évolution annuelle du taux comparatif de mortalité à plus de 75 ans pour les principales maladies respiratoires (sexe masculin) et infectieuses (sexe féminin), de 1950 à 1991

mortalité cancéreuse féminine. Chez les hommes, les tumeurs du poumon, de la prostate et de l'intestin pèsent d'un poids à peu près équivalent. L'accroissement de la mortalité due aux deux premières l'emporte nettement sur la réduction de la mortalité due aux cancers intestinaux (Meslé, 1993 ; Hill *et al.*, 1993).

Les maladies respiratoires représentent une part importante de la pathologie à cet âge. Alors que la mortalité due à ces affections a reculé régulièrement chez les femmes, l'évolution s'est faite en trois temps chez les hommes : baisse dans les années cinquante, stagnation dans les vingt années suivantes et reprise de la baisse dans la dernière décennie. Ce groupe de causes rassemble, en réalité, des affections d'étiologie différente aux évolutions contrastées (figure 20).

Les maladies aiguës respiratoires, d'origine infectieuse, ont nettement régressé⁽⁹⁾. La mortalité par grippe, très fluctuante, a stagné jusqu'au début des années soixante-dix avant de s'effondrer grâce à la mise au point du vaccin polyvalent. À l'inverse, la bronchite, très liée à la consommation de tabac, a vu sa mortalité augmenter jusqu'au milieu des années quatre-vingt. À l'image du cancer du poumon, ce n'est que dans les toutes dernières années que la tendance s'est inversée. Ce retournement, conjugué au recul de la grippe et à la baisse de l'asthme et de l'emphysème, explique chez les hommes la reprise récente des progrès, freinés jusqu'alors par l'augmentation de la mortalité due aux affections liées au tabagisme.

À un niveau beaucoup trop bas pour avoir une influence sur les tendances de la mortalité totale, l'évolution atypique de la mortalité infectieuse mérite cependant quelques explications (figure 19). Après avoir diminué dans les années cinquante et soixante, les infections ont augmenté jusqu'au milieu des années quatre-vingt. Depuis 1985, une nouvelle baisse semble amorcée. Là encore, ce mouvement résulte d'évolutions divergentes des différents composantes de la mortalité infectieuse (figure 20). Le recul de la mortalité par tuberculose n'a pu compenser dans les années soixante-dix la montée d'autres infections, au premier rang desquelles les septicémies et les infections intestinales. À un moment où la lutte contre nombre de maladies chroniques devenait efficace chez les personnes âgées, on est surpris par la résistance de l'infection. Celle-ci peut tenir en partie à la chimiothérapie mise en œuvre dans le traitement de certains cancers, qui guérit la tumeur mais affaiblit les défenses immunitaires des malades. Plus généralement, la médicalisation grandissante de la santé des personnes âgées a peut-être négligé dans un premier temps la prise en charge d'une pathologie triviale, notamment dans le cadre de l'hospitalisation. La baisse de la mortalité amorcée récemment pour ces pathologies va probablement de pair avec une vision plus globale de la santé des personnes âgées.

⁽⁹⁾ La reprise observée dans les années les plus récentes est artificielle. L'INSERM a changé ses habitudes de codage et un certain nombre de décès classés antérieurement dans les autres maladies de l'appareil respiratoire se sont retrouvés classés en maladies aiguës (Meslé, 1991).

III. – L'extension de la surmortalité masculine

De 1900 à 1994, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les sexes est passé de 3,6 à 8,2 ans. Après avoir régulièrement augmenté jusqu'à la fin des années soixante-dix, il s'est cependant stabilisé, oscillant entre 8 et 8,2 ans depuis une quinzaine d'années. Cette stabilisation était prévisible : pour produire le même effet sur l'espérance de vie, la baisse relative des quotients de mortalité féminins⁽¹⁰⁾, dont le niveau est nettement inférieur à celui des quotients masculins, doit être beaucoup plus forte que la baisse relative de ces derniers (Vallin et Meslé, 1989). Cette stabilisation se produit donc alors même que l'augmentation de la surmortalité masculine à chaque âge se poursuit.

Les rapports de surmortalité masculine

À la figure 21, la déformation progressive de la courbe des rapports de surmortalité masculine par âge est spectaculaire. En 1952-1956, deux bosses se dessinent déjà autour de 20 et de 60 ans, mais dans les quinze années qui suivent, les rapports de surmortalité masculine aug-

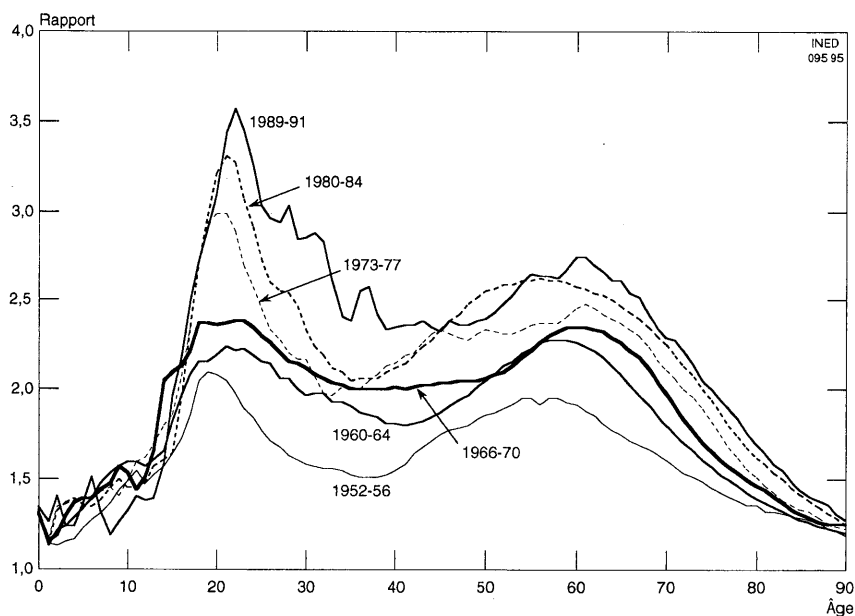


Figure 21. – Évolution du rapport de surmortalité masculine selon les tables de l'INSEE centrées sur les recensements

⁽¹⁰⁾ Le quotient de mortalité mesure le risque de décéder entre deux anniversaires.

mentent à tous les âges si bien que la courbe garde grossièrement le même aspect. Entre 1966-1970 et 1973-1977, en revanche, on assiste à l'apparition d'un pic plus aigu autour de 20 ans, avec des risques masculins de décès à ces âges trois fois supérieurs aux risques féminins. En même temps, entre 40 et 70 ans, l'accroissement de la surmortalité masculine se poursuit, le rapport à ces âges se rapprochant de 2,5. De 1975 à 1990, le pic à 20 ans s'élève encore et culmine désormais à plus de 3,5, mais dans le même temps, il s'élargit gagnant vers les âges plus élevés. L'augmentation de la surmortalité masculine entre 25 et 40 ans tend à effacer la deuxième bosse et le rapport est constamment supérieur à 2,3 de 18 à 70 ans.

Contributions des différentes causes de décès

L'accroissement de la surmortalité masculine à tous les âges n'est pas étonnante compte tenu des évolutions décrites au paragraphe précédent. Très souvent, nous y avons souligné le contraste entre évolutions masculines et féminines, presque toujours en faveur des secondes. Le calcul des contributions par âge des principales causes de décès à l'écart d'espérance de vie entre les sexes permet de hiérarchiser le rôle joué par chaque âge et chaque cause (figure 22 et tableau 3).

De 1950 à 1990, la contribution de la mortalité des enfants s'est considérablement réduite. En 1950, elle comptait pour 20 % de la différence. En 1990, elle ne compte plus que pour 3 %. A l'autre extrémité de la vie, le poids de la mortalité des personnes âgées s'est accru : de 38 à 56 %.

En 1950, chez les adolescents et chez les jeunes adultes, certaines causes contribuaient encore à réduire la différence de vie moyenne entre les sexes. C'était le cas de l'infection entre 10 et 25 ans, des « autres maladies » entre 15 et 35 ans et des cancers entre 25 et 45 ans. On retrouvait là un léger reste de la surmortalité féminine présente au XIX^e et au début du XX^e siècle et caractérisant l'adolescence et les âges de la reproduction (Vallin, 1988 ; Tabutin et Willems, 1995). Hormis ces très faibles contributions négatives, toutes les autres causes jouaient en faveur des femmes. Entre 10 et 35 ans, les morts violentes expliquaient l'essentiel de la différence tandis qu'aux âges plus élevés toutes les causes y participaient, l'infection pesant surtout autour de 45 ans, les cancers autour de 55 ans et les maladies cardio-vasculaires vers 60 ans.

En 1990, les contributions des infections, des maladies respiratoires et des autres maladies se sont réduites tandis que celles des maladies cardio-vasculaires, des morts violentes et des maladies digestives augmentaient substantiellement. Mais ce sont les évolutions divergentes de la mortalité par cancer qui expliquent l'essentiel de l'accroissement de l'écart entre les espérances de vie masculine et féminine. Comptant pour 0,5 an en 1950, la différence de mortalité par cancer entre les sexes contribue en 1990 pour 2,9 ans. L'augmentation de leur contribution, 2,4 ans, correspond exactement à l'augmentation de l'écart entre les vies moyennes de 1950 à 1990.

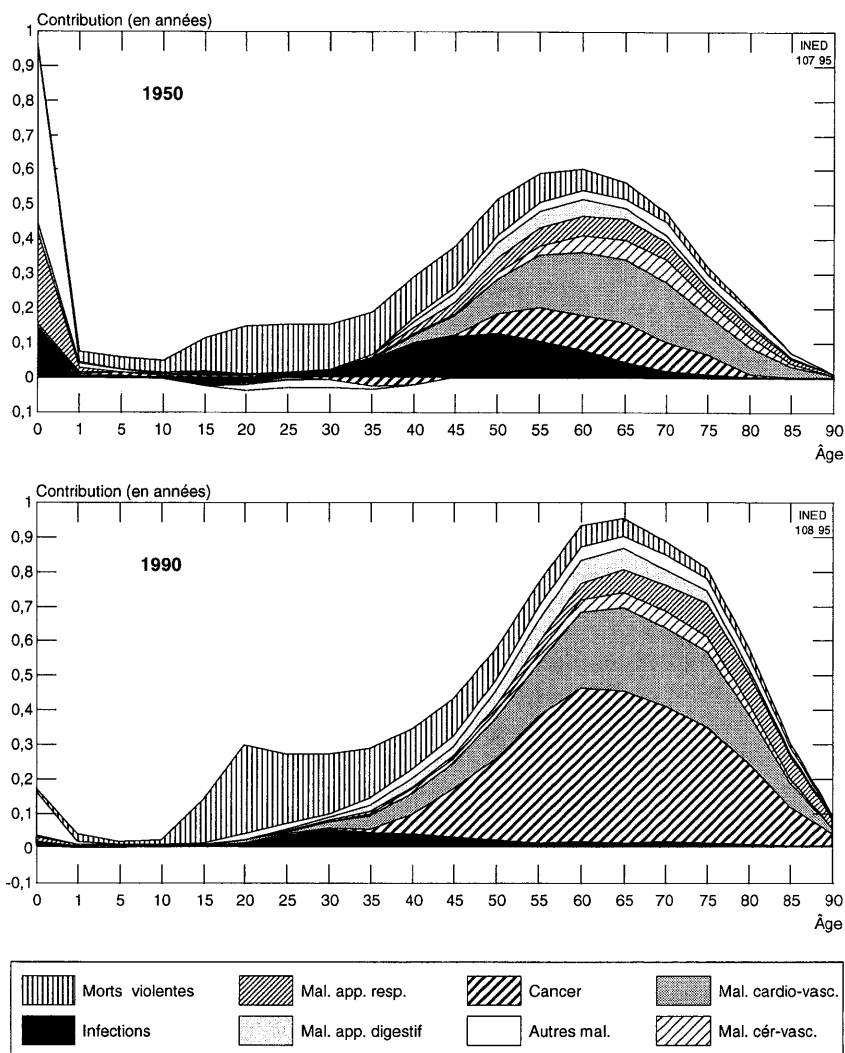


Figure 22. – Contributions par âges des grands groupes de causes de décès à la différence d'espérance de vie entre les sexes, en 1950 et 1990

Ainsi, les divergences d'évolution de la mortalité cancéreuse ont-elles lourdement pesé dans l'augmentation des différences d'espérance de vie entre les sexes. Elles tiennent à la fois à des différences de comportement et à la structure par localisation de la mortalité cancéreuse propre à chaque sexe. Les hommes qui consomment davantage d'alcool et qui se sont mis plus précocément à fumer que les femmes ont été beaucoup plus sévèrement

TABLEAU 3. — CONTRIBUTIONS PAR GROUPES D'ÂGES DES PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS À LA DIFFÉRENCE D'ESPÉRANCE DE VIE ENTRE LES SEXES, EN 1950, 1970 ET 1990

Causes	Tous âges	0 an	1-14 ans	15-29 ans	30-59 ans	60-74 ans	75 ans et +
1950							
Infections	0,85	0,15	0,01	-0,02	0,54	0,15	0,02
Tumeurs	0,50	0,00	0,02	0,01	0,10	0,30	0,07
Mal. cardio-vasc.	1,11	0,00	0,00	0,00	0,34	0,54	0,23
Mal. cérébro-vasc.	0,33	0,01	0,00	0,01	0,06	0,17	0,08
Mal. respiratoires	0,72	0,27	0,02	0,00	0,17	0,17	0,09
Mal. digestives	0,31	0,03	0,02	0,01	0,13	0,10	0,02
Autres maladies	0,68	0,51	0,01	-0,04	0,04	0,09	0,07
Morts violentes	1,33	0,01	0,10	0,37	0,68	0,14	0,03
Toutes causes	5,83	0,98	0,18	0,34	2,06	1,66	0,61
1970							
Infections	0,20	0,02	0,00	0,00	0,09	0,07	0,02
Tumeurs	1,58	0,00	0,02	0,03	0,39	0,84	0,30
Mal. cardio-vasc.	1,54	0,00	0,00	0,01	0,51	0,71	0,31
Mal. cérébro-vasc.	0,54	0,00	0,00	0,01	0,11	0,25	0,17
Mal. respiratoires	0,62	0,06	0,01	0,01	0,14	0,24	0,16
Mal. digestives	0,64	0,01	0,00	0,01	0,27	0,29	0,06
Autres maladies	0,65	0,23	0,02	0,01	0,14	0,15	0,10
Morts violentes	1,75	0,03	0,11	0,57	0,83	0,20	0,01
Toutes causes	7,52	0,35	0,16	0,65	2,48	2,75	1,13
1990							
Infections	0,31	0,01	0,00	0,04	0,19	0,04	0,03
Tumeurs	2,86	0,00	0,01	0,01	0,82	1,29	0,73
Mal. cardio-vasc.	1,61	0,00	0,00	0,01	0,46	0,69	0,45
Mal. cérébro-vasc.	0,31	0,00	0,00	0,00	0,08	0,13	0,10
Mal. respiratoires	0,55	0,01	0,00	0,00	0,07	0,19	0,28
Mal. digestives	0,43	0,00	0,00	0,01	0,18	0,17	0,07
Autres maladies	0,55	0,13	0,01	0,04	0,16	0,12	0,09
Morts violentes	1,58	0,01	0,05	0,59	0,71	0,15	0,07
Toutes causes	8,20	0,16	0,07	0,70	2,67	2,78	1,82

touchés par les cancers liés à ces abus (cancers des bronches et du poumon, de la vessie, de l'œsophage, des voies aéro-digestives supérieures). Mais les femmes ont aussi eu la chance d'avoir une pathologie cancéreuse dominée par des cancers typiquement féminins (sein et utérus), qui pouvaient être plus facilement dépistés et soignés. Le développement de la contraception depuis le début des années soixante-dix en obligeant les femmes à consulter régulièrement a facilité la surveillance et permis des dépistages précoces. Il a ainsi renforcé la relation des femmes avec le monde médical et favorisé la prise en charge de leur propre santé.

*

* *

Dans les années soixante-dix, et davantage encore dans les années quatre-vingt, l'accroissement de l'espérance de vie a trouvé son deuxième souffle grâce au recul spectaculaire de la mortalité des personnes âgées. Ce recul, essentiellement dû aux progrès de la lutte contre les maladies cardio-vasculaires, devrait s'amplifier chez les hommes dans les prochaines années si le retournement de tendance de la mortalité cancéreuse se confirme.

La baisse de la mortalité aux grands âges n'est pas seulement due à une diminution de la léthalité des affections, mais elle tient aussi aux progrès de l'état de santé des populations âgées. L'espérance de vie sans incapacité, nouvel indicateur de santé développé dans les années quatre-vingt, augmente en France plus rapidement que l'espérance de vie à la naissance (Robine et Mormiche, 1994). Des trois hypothèses d'évolution de la morbidité (compression, équilibre ou expansion), il semble bien que c'est plutôt la première qui se vérifie actuellement.

Cette vision optimiste ne doit pas faire oublier que l'accélération de la baisse de la mortalité aux grands âges est devenu un facteur essentiel du vieillissement de la population et que le nombre de personnes âgées va fortement croître dans les années qui viennent. Les structures sanitaires doivent continuer à s'adapter aux pathologies propres à ces âges.

Enfin, la poursuite de la hausse de l'espérance de vie à la naissance ne s'est pas faite également dans toute la société. Entre les années soixante et les années quatre-vingt, les écarts se sont accrus entre classes sociales (Desplanques, 1993). La réduction de ces écarts devrait être le but prioritaire des politiques sanitaires.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALLARD (Michel), VALLIN (Jacques), ANDRIEUX (Jean-Michel), ROBINE (Jean-Marie), (1993), *In search of the secret of centenarians : a French demographic and medical survey about centenarians*, Paris, IPSEN, INED, 24 p. (Communication au Colloque « Health and mortality trends among elderly populations : determinants and implications », Sendai, Japon, 21-25 juin 1993).
- Agence Nationale de Recherches sur le Sida, (1995), *Le sida en France - Etat des connaissances en 1994*, Paris, ANRS, 216 p.
- Bilan annuel de la sécurité routière* (1993), Observatoire national interministériel de sécurité routière
- BIRABEN (Jean-Noël), (1988), « Les progrès de la médecine », In : *Histoire de la population française*, tome IV, éd. par Dupâquier (Jacques), chap. VI, pp. 263-277, Paris, PUF.
- BOURGOIN (Nicolas), NIZARD (Alfred), (1994), « Sur l'évolution de la mortalité au troisième âge et aux âges antérieurs », *Gérontologie et Société*, n° 71, pp. 42-65.
- BOURGOIN (Nicolas), NIZARD (Alfred), (1995), « La survie des personnes âgées », *Population et Sociétés*, n° 302.
- BOURGOIN (N.), NIZARD (A.), (1995), « Mourir jeune. Les accidents de la route en France depuis 1953 », In : *Autour d'Alain Girard*, Paris, L'Harmattan, Collection Utinam, pp. 55-72.
- BOUVIER-COLLE (M.H.), HATTON (F.), (1990), « Mortalité infantile », in : *Mortalité et causes de décès en France*, éd. par Bouvier-Colle (M.H.), Vallin (J.), Hatton (F.), Paris, Les Editions INSERM, Doin Editeur, pp. 197-222.
- BOUVIER-COLLE (M.-H.), VARNoux (N.), HAUSHERR (É.), HEURTEBIZE (P.), BOUVIER (S.), HATTON (F.), (1991), « Causes et facteurs de risque de la mortalité postnéonatale en France en 1987, d'après une enquête nationale », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 39, n° 5, pp. 435-445.

- BRESLOW (L.), (1985), « Le cas des maladies cardio-vasculaires ». In : *La lutte contre la mort. Influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité*, éd. par Vallin (Jacques) et Lopez (Alan), Paris, INED, PUF (Travaux et Documents, Cahier 108).
- CASELLI (Graziella), MESLÉ (France), VALLIN (Jacques), (1995), *Le triomphe de la médecine. Evolution de la mortalité en Europe depuis le début du siècle*, Dossiers et Recherches, n° 45, février, INED, 60 p.
- Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida, « Surveillance du sida en Europe », (1995), *Rapport trimestriel*, n° 44, 31 décembre 1994, pp. 1-72.
- COLEMAN (M.P.), ESTEVE (J.), DAMIECKI (P.), ARSLAN (A.), RENARD (H.), (1993), *Trends in cancer incidence and mortality*, Lyon, WHO, IARC (IARC scientific publications n° 121). « Comment le lobby de l'alcool bloque la loi Evin », *Alternatives Économiques*, juillet-août 1994, pp. 52-55.
- DESPLANQUES (Guy), (1985), « La mortalité des adultes. Résultats de deux études longitudinales (période 1955-1980) », INSEE, *Collections*, n° D102.
- DESPLANQUES (Guy), (1993), « L'inégalité sociale devant la mort ». In : *La Société française (Données sociales 1993)*, pp. 251-258, INSEE, Paris.
- DINH (Quang Chi), (1994), « La population de la France à l'horizon 2050 », *Économie et statistique*, n° 274, 4, pp. 7-32.
- FRIES (James), (1989), « The compression of morbidity : near or far ? », *The Milbank quarterly*, vol. 67, p. 208.
- GARROS (B.), BOUVIER-COLLE (M.H.), (1990), « Variations géographiques de la mortalité », in : *Mortalité et causes de décès en France*, éd. par Bouvier-Colle (M.H.), Vallin (J.), Hatton (F.), Paris, Les Editions INSERM, Doin Editeur, pp. 289-323.
- GOT (Claude), (1995), « Questions sur la santé publique », *Le Concours Médical*, 18 mars, pp. 865-867.
- HATTON (F.), FLAMANT (R.), BOUVIER-COLLE (M-H), et al., (1985), « La lutte contre la mortalité cancéreuse ». In : *La lutte contre la mort. Influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité*, éd. par Vallin (Jacques) et Lopez (Alan), Paris, INED, PUF (Travaux et Documents, Cahier 108).
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, (1994a), *La santé en France. Rapport général*, Paris, La Documentation Française.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, (1994b), *La santé en France. Annexe : travaux des groupes thématiques*, Paris, La Documentation Française.
- HAUT COMITÉ POUR LA SANTÉ PUBLIQUE, (1992), *Stratégie pour une politique de santé*, Rennes, Éditions de l'École Nationale de Santé Publique.
- HILL (Catherine), KOSCIELNY (Serge), DOYON (Françoise), BENHAMOU (Ellen), (1993), *Évolution de la mortalité par cancer en France 1950-1990. Mise à jour 1986-1990*, Paris, Les Éditions INSERM, 87 p.
- JOUGLA (E.), HATTON (F.), LE TOULLEC (A.), MICHEL (E.), (1992), « Caractéristiques de l'évolution de la mortalité par sida en France de 1983 à 1988 », *Revue d'Epidémiologie et Santé Publique*, n° 40, pp. 164-174.
- KAMINSKI (M.), BLONDEL (B.), (1985), « Mortalité des enfants de moins de 1 an », in : *Mortalité des jeunes dans les pays de la Communauté européenne (de la naissance à 24 ans)*, éd. par Kaminski (M.), Bouvier-Colle (M.H.), Blondel (B.) Paris, Les Editions INSERM, Doin Editeur, pp. 29-52.
- KANNISTÖ (Väinö), (1994), *Development of oldest-old mortality 1950-1990 : evidence from 28 developed countries*, Odense (Danemark), Odense University Press, 108 p. (Odense monographs on population ageing n° 1).
- MESLÉ (France), (1990), « Tendances récentes de la mortalité dans les pays industriels. La position de la France », in : *Mortalité et causes de décès en France*, éd. par Bouvier-Colle (M.H.), Vallin (J.), Hatton (F.), Paris, Les Editions INSERM, Doin Editeur, pp. 59-76.
- MESLÉ (France), (1991), L'enregistrement des causes de décès en Europe, Paris, INED, 36 p. (Communication à la Chaire Quételet « Collecte et comparabilité des données démographiques et sociales en Europe », Gembloux (Belgique), 17-20 septembre 1991).
- MESLÉ (France), (1993a), « Les grandes caractéristiques de la population. La mortalité », in : *La France et sa population*, La Documentation Française, *Cahiers français*, n° 259, janvier-février, pp. 24-30.
- MESLÉ (France), (1993b), « Le cancer », In : *La Société française. Données sociales 1993*, pp. 275-282., INSEE, Paris.
- MESLÉ (France), (1995), « La mortalité en France : le recul se poursuit », *Population*, vol. 50, n° 4-5, pp. 743-776.

- MESLÉ (France), VALLIN (Jacques), (1992), *Évolution de la mortalité par cancer et par maladies cardio-vasculaires en Europe depuis 1950*, Paris, INED, 46 p. (Dossiers et Recherches n° 34).
- MESLÉ (France), VALLIN (Jacques), (1993a), « Développement économique et espérance de vie : la transition sanitaire au tournant des années soixante », In : *Congrès international de la population*, Montréal, août-septembre 1993, vol. 2, pp. 365-382, Liège, UIESP.
- MESLÉ (France), VALLIN (Jacques), (1993b), *Reconstructing Long Term Series of Causes of Death : the Case of France*, Conference Paper, Population Institute for Research and Training, Indiana University (CD-21. Conference on « The History of Registration of Causes of Death », Bloomington, Indiana).
- MICHEL (Eliane), (1993), « Les disparités régionales de la mortalité en France : situation en 1990 », *Solidarité, Santé, Etudes Statistiques*, n° 1, janvier-mars, pp. 77-91.
- MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, (1989), *La Santé en France. Faits majeurs, grandes tendances*, Paris, La Documentation Française.
- NAM (Charles), EBERSTEIN (Isaac), DEEB (Larry), (1988), « Sudden infant death syndrome as a socially determined cause of death », *Social Biology*, vol. 36, n° 1-2.
- NATIONS UNIES, (1994), *World population prospects : the 1994 revision, annex tables*, New York, Division de la population, 255 p.
- NIZARD (Alfred), MUNOZ-PEREZ (Francisco), (1993), « Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950 », *Population*, vol. 48, n° 4, pp. 975-1014.
- OLSHANSKY (S. Jay), CARNES (Bruce A.), CASSEL (Christine), (1990), « In search of Methusalem : estimating the upper limits to human longevity », *Science*, vol. 250, 2 novembre, pp. 634-640.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1993), *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales 1993*, OMS, Genève.
- POLLARD (John), (1988), « Causes de décès et espérance de vie : quelques comparaisons internationales ». In : *Mesure et analyse de la mortalité : nouvelles approches*, éd. par Vallin (Jacques), D'Souza (Stan) et Palloni (Alberto), pp. 291-313, Paris, INED, PUF (Travaux et documents, Cahier n° 119).
- « Publicité pour l'alcool à la télé : la loi de 1990 est dénaturée », *Le Quotidien du Médecin*, mercredi 29 mars 1995, p. 17.
- RALLU (J.-L.), MAFFENINI (W.), (1991), « Les accidents de la circulation en Italie et en France », *Population*, 4, pp. 913-940.
- Réseau National de Santé Publique (RNSP), (1995), « Surveillance du sida en France (situation au 31 décembre 1994) », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)*, n° 8, 21 février 1995, pp. 31-37.
- ROBINE (Jean-Marie), MORMICHE (Pierre), (1994), « Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991 », *Solidarité Santé, études statistiques*, n° 1 (« Les Français et leur santé, enquête santé 1991-1992 »).
- RODRIGUES (L.), BOTTING (B.), (1989), « Recent trends in postneonatal mortality in England », *Population Trends*, n° 55, printemps.
- RUMEAU-ROUQUETTE (C.), BLONDEL (B.), (1985), « Un exemple : le programme français de périnatalogie ». In : *La lutte contre la mort. Influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité*, éd. par Vallin (Jacques) et Lopez (Alan), Paris, INED, PUF (Travaux et Documents, Cahier 108).
- La sécurité routière* (1989), Livre blanc présenté au Premier ministre, La Documentation française.
- Socio-economic Differential Mortality in industrialized Societies*, (1991), vol. n° 7, Paris, CI-CRED, INED, INSEE.
- « Sondage : moins de fumeurs, mais des fumeurs durs », (1994), *Le Quotidien du Médecin*, lundi 10 octobre.
- SURAUULT (Pierre), (1995), « Variations sur les variations du suicide », *Population*, à paraître dans le n° 4-5.
- TABUTIN (Dominique), WILLEMS (Michel), (1995), « Les différences de mortalité entre sexes de la naissance à la puberté : l'expérience historique de l'Occident (1750-1930) ». In : *Sex differentials in infant and child mortality*, Nations Unies, New York (à paraître).
- THÉBAUD-MAURY (Annie), (1994), Précarisation, organisation du travail et santé. Communication aux journées d'études nationales, « Santé, précarité, exclusion sociale : approches méthodologiques », Montpellier, 24-25 novembre 1994.
- VALLIN (Jacques), (1988), *Évolution sociale et baisse de la mortalité, conquête ou reconquête d'un avantage féminin ?*, Paris, INED (Dossiers et recherches n° 17).
- VALLIN (Jacques), MESLÉ (France), (1988), *Les causes de décès en France de 1925 à 1978*, Paris, INED, PUF (Travaux et Documents, Cahier n° 115).
- VALLIN (Jacques), MESLÉ (France), (1989), « A long terme, l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes devrait diminuer », *Population*, vol. 44, n° 6, pp. 1244-1251.

ANNEXE 1. – ÉVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE, À 15 ET À 60 ANS, DE 1900 À 1994, SELON LE SEXE

Années	Espérance de vie					
	à la naissance		à 15 ans		à 60 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1900	43,4	47,0	43,6	46,3	12,7	13,9
1901	45,4	49,0	44,7	47,4	13,3	14,6
1902	46,4	49,5	45,1	47,8	13,5	14,8
1903	46,8	50,2	45,5	48,0	13,5	14,9
1904	46,5	49,8	45,5	48,0	13,5	14,8
1905	46,6	50,3	44,9	47,7	13,2	14,6
1906	46,0	49,7	44,8	47,7	13,1	14,7
1907	46,5	50,2	44,0	47,2	12,7	14,2
1908	47,5	51,4	45,0	48,2	13,3	14,8
1909	48,1	52,0	44,8	48,0	12,9	14,4
1910	49,5	53,3	45,8	49,1	13,5	15,2
1911	46,3	50,1	45,2	48,4	13,1	14,6
1912	49,6	53,8	45,8	49,3	13,7	15,3
1913	49,4	53,5	45,9	49,4	13,6	15,3
1914	29,5	53,3	20,9	48,7	13,1	14,7
1915	27,2	52,6	18,6	48,7	13,0	14,9
1916	30,8	52,4	23,6	49,3	13,3	15,0
1917	35,6	52,0	30,1	49,2	13,1	14,8
1918	28,6	43,3	23,3	42,1	13,2	14,8
1919	43,7	50,3	41,1	47,6	13,6	15,1
1920	50,2	53,9	46,8	49,9	14,2	15,9
1921	50,6	54,8	46,9	50,2	14,0	15,7
1922	52,9	56,8	46,8	49,9	13,5	15,3
1923	52,6	56,7	47,4	50,7	14,0	15,9
1924	53,0	57,4	46,9	50,4	13,7	15,7
1925	52,1	56,7	46,5	50,2	13,5	15,6
1926	51,8	56,2	46,6	50,2	13,6	15,7
1927	53,7	57,8	47,5	50,9	13,8	15,8
1928	53,3	57,6	47,8	51,2	14,0	16,0
1929	51,9	56,5	46,5	50,2	13,2	15,2
1930	54,3	59,3	47,6	51,9	14,1	16,4
1931	54,5	59,2	47,5	51,4	13,7	15,9
1932	54,7	59,7	47,9	52,0	13,9	16,2
1933	55,1	60,2	47,9	52,1	13,8	16,1
1934	55,5	61,2	48,1	53,0	14,1	16,6
1935	55,4	61,1	47,6	52,4	13,8	16,2
1936	55,9	61,7	48,0	53,0	13,9	16,4
1937	56,1	62,1	48,2	53,3	14,1	16,7
1938	55,9	62,0	47,8	53,2	13,9	16,5
1939	56,5	62,6	48,2	53,5	13,7	16,4
1940	42,6	59,1	34,5	51,6	12,6	15,2
1941	53,9	61,2	46,2	53,0	13,2	16,2
1942	53,6	61,5	45,7	53,0	13,2	16,3
1943	48,9	58,1	41,0	50,0	13,9	16,5
1944	41,8	53,7	33,6	45,5	13,3	15,6
1945	51,3	58,6	46,3	52,7	14,3	16,6
1946	59,8	65,1	52,5	56,7	15,3	17,9

ANNEXE 1 (suite)

Années	Espérance de vie					
	à la naissance		à 15 ans		à 60 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1947	61,2	66,6	52,8	57,3	15,5	18,0
1948	62,7	68,7	53,1	58,2	15,6	18,6
1949	62,1	67,5	52,8	57,3	14,8	17,5
1950	63,4	69,2	53,3	58,3	15,3	18,3
1951	63,1	68,8	52,9	57,9	14,9	17,8
1952	64,4	70,2	53,8	58,9	15,4	18,5
1953	64,3	70,2	53,3	58,5	14,9	18,0
1954	65,0	71,2	53,9	59,5	15,5	18,8
1955	65,2	71,5	53,9	59,6	15,4	18,8
1956	65,2	71,6	53,6	59,5	15,1	18,6
1957	65,5	72,2	53,8	60,0	15,3	19,0
1958	66,8	73,2	54,9	60,8	16,0	19,4
1959	66,9	73,3	54,8	60,8	15,9	19,5
1960	67,0	73,5	54,7	60,8	15,7	19,4
1961	67,5	74,3	55,1	61,5	16,1	20,0
1962	67,0	73,7	54,6	60,9	15,6	19,5
1963	66,8	73,8	54,4	60,9	15,4	19,4
1964	67,7	74,8	55,0	61,7	16,0	20,2
1965	67,5	74,7	54,7	61,6	15,7	20,1
1966	67,8	75,1	55,0	62,0	16,1	20,4
1967	67,8	75,2	54,9	61,9	15,9	20,4
1968	67,8	75,2	54,8	62,0	15,8	20,4
1969	67,5	75,1	54,5	61,8	15,6	20,2
1970	68,4	75,8	55,3	62,4	16,2	20,8
1971	68,3	75,9	55,2	62,4	16,2	20,8
1972	68,5	76,2	55,2	62,7	16,3	21,0
1973	68,7	76,3	55,4	62,7	16,4	21,0
1974	69,0	76,7	55,6	63,1	16,5	21,3
1975	69,0	76,9	55,5	63,1	16,5	21,3
1976	69,2	77,2	55,6	63,3	16,6	21,5
1977	69,7	77,8	56,1	63,9	17,1	22,0
1978	69,9	77,9	56,1	64,0	17,0	22,0
1979	70,1	78,2	56,3	64,2	17,2	22,2
1980	70,2	78,4	56,4	64,4	17,3	22,3
1981	70,4	78,4	56,6	64,4	17,3	22,3
1982	70,7	78,8	56,9	64,8	17,7	22,6
1983	70,7	78,8	56,8	64,7	17,6	22,5
1984	71,2	79,3	57,2	65,1	17,9	22,9
1985	71,3	79,4	57,3	65,2	17,9	22,9
1986	71,5	79,6	57,5	65,4	18,0	23,1
1987	72,1	80,2	58,0	66,0	18,4	23,6
1988	72,4	80,4	58,3	66,2	18,7	23,8
1989	72,5	80,6	58,4	66,4	18,8	23,9
1990	72,7	80,9	58,6	66,6	19,0	24,1
1991	72,9	81,1	58,8	66,8	19,2	24,3
1992	73,2	81,3	59,0	67,0	19,4	24,5
1993	73,3	81,4				
1994	73,6	81,8				

LOUIS - JEAN
avenue d'Embrun, 05003 GAP cedex
Tél. : 92.53.17.00
Dépôt légal : 757 — Octobre 1995
Imprimé en France