

# POPULATION & SOCIÉTÉS

## Espérance de vie : un avantage féminin menacé ?

France Meslé \*

Partout dans le monde, au xx<sup>e</sup> siècle, les hommes et les femmes ont vécu des progrès sanitaires considérables. Mais, dans le même temps, l'inégalité entre les sexes s'est creusée et les femmes, bénéficiant de gains plus importants que les hommes, ont progressivement distancé ces derniers. Les raisons de l'avantage féminin ont été largement débattues : avantage biologique, comportements plus favorables à la santé, rapport plus facile à la médecine [1]. Depuis deux décennies toutefois cet avantage a commencé à se réduire, d'abord dans les pays anglo-saxons et nordiques, puis plus récemment en France et dans les pays méditerranéens [2]. À quoi tient ce retournement qui touche l'un après l'autre les pays à faible mortalité ? La surmortalité masculine diminue-t-elle à tous les âges et pour toutes les causes de décès ? Pourquoi le Japon, où l'espérance de vie est la plus élevée du monde, reste-t-il en dehors du mouvement ?

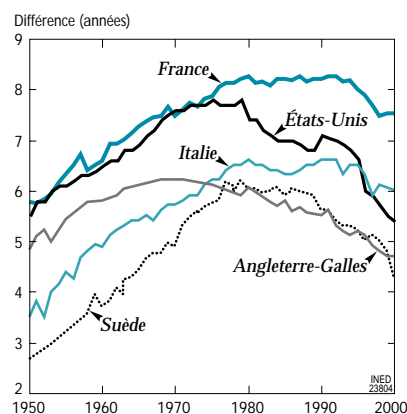
### ◆ L'espérance de vie progresse désormais plus rapidement chez les hommes

L'écart d'espérance de vie entre les sexes s'est creusé dans les pays industrialisés jusqu'aux années 1970 (figure 1). Dès le début de cette décennie toutefois, il a cessé d'augmenter dans les deux pays anglo-saxons retenus ici en exemples, l'Angleterre-Galles et les États-Unis, puis s'est considérablement réduit. En 2000, dans ces deux pays, la différence d'espérance de vie entre les sexes est inférieure à celle que l'on observait en 1950 (5,4 ans contre 5,5 aux États-Unis et 4,7 ans au lieu de 4,8 en Angleterre-Galles). En Suède, prise ici en exemple des pays nordiques, le retournement est un peu plus tardif et l'écart ne s'est réduit qu'à partir de 1980. La différence s'y élève encore à 4,3 ans en 2000, alors qu'elle n'était que de 2,8 ans en 1950. Pour la

France et l'Italie, le schéma est différent : après trois décennies d'élargissement de l'écart, celui-ci s'est stabilisé pendant une douzaine d'années et ce n'est que depuis 1992 en France et 1995 en Italie qu'il diminue véritablement. En France, il n'était plus que de 7,0 ans en 2003 alors qu'il avait culminé à 8,2 ans dans les années 1980.

Ce retournement s'est produit alors que l'espérance de vie continuait à progresser aussi bien pour les hommes que pour les femmes (tableau 1). Il ne dépend ni du niveau d'espérance de vie ni de la valeur de l'écart. Ainsi en Angleterre-Galles en 1970 le retournement se produit alors que la vie moyenne atteint juste 71 ans alors qu'en France l'espérance de vie dépasse 74 ans quand l'écart se stabilise, et atteint presque 78 ans quand il commence à diminuer. Aux États-Unis et en France, la différence d'espérance de vie était du même ordre de grandeur jusqu'aux années 1970. Pour les premiers l'écart a cessé de se creuser dès le début de cette décennie alors qu'il s'élevait à 7,5 ans, tandis qu'en

Figure 1 - Évolution de l'écart d'espérance de vie entre les sexes dans 5 pays industrialisés depuis 1950



\* Institut national d'études démographiques

### Éditorial - Espérance de vie : un avantage féminin menacé ?

• L'espérance de vie progresse désormais plus rapidement chez les hommes - p. 1 • Le poids des maladies chroniques - p. 2 • Les hommes adoptent les comportements féminins favorables à la santé - p. 2 • Une surmortalité masculine qui ne diminue pourtant pas à tous les âges - p. 3 • Et le Japon ? - p. 4

**Tableau 1 - Évolution des espérances de vie masculine et féminine et de l'écart entre les sexes depuis 1950 dans quelques pays industrialisés**

Pays		Espérance de vie (années)			
		1950	1970	1980	2000
Angleterre-Galles	Hommes	66,4	68,8	71,0	75,7
	Femmes	71,2	75,0	77,1	80,4
	<i>écart F-H</i>	<b>4,8</b>	<b>6,2</b>	<b>6,1</b>	<b>4,7</b>
États-Unis	Hommes	65,6	67,1	70,0	74,1
	Femmes	71,1	74,7	77,4	79,5
	<i>écart F-H</i>	<b>5,5</b>	<b>7,6</b>	<b>7,4</b>	<b>5,4</b>
Suède	Hommes	69,8	72,2	72,8	77,4
	Femmes	72,4	77,2	78,9	81,7
	<i>écart F-H</i>	<b>2,6</b>	<b>5,0</b>	<b>6,1</b>	<b>4,3</b>
France	Hommes	63,5	68,4	70,2	75,3
	Femmes	69,2	75,8	78,4	82,8
	<i>écart F-H</i>	<b>5,8</b>	<b>7,5</b>	<b>8,2</b>	<b>7,5</b>
Italie	Hommes	62,4	68,2	71,0	76,5
	Femmes	66,0	74,0	77,8	82,5
	<i>écart F-H</i>	<b>3,6</b>	<b>5,8</b>	<b>6,9</b>	<b>6,0</b>
Japon	Hommes	57,5	69,3	73,4	77,7
	Femmes	60,8	74,7	78,7	84,6
	<i>écart F-H</i>	<b>3,3</b>	<b>5,4</b>	<b>5,3</b>	<b>6,9</b>

France la différence ne s'est stabilisée qu'au début des années 1980 alors qu'elle atteignait 8,2 ans.

### ◆ Le poids des maladies chroniques

Après la seconde Guerre mondiale, l'accroissement des inégalités d'espérance de vie entre hommes et femmes est essentiellement dû aux évolutions, moins favorables pour les hommes, des mortalités cardio-vasculaire et cancéreuse aux âges adultes. Côté cardio-vasculaire, la mortalité recule pour les deux sexes mais à un rythme plus soutenu pour les femmes. L'évolution de la mortalité cancéreuse, en revanche, ne va pas dans le même sens pour chacun des deux sexes. Chez les femmes, elle stagne ou régresse lentement alors qu'elle est en augmentation continue chez les hommes. Selon les pays, le poids respectif de ces deux causes de décès dans l'écart d'espérance de vie entre les sexes varie [2]. En Angleterre-Galles ou en Suède, c'est la mortalité cardio-vasculaire qui joue un rôle prédominant. En revanche, en Italie, au moment où l'écart d'espérance de vie entre les sexes culmine, les cancers font presque jeu égal avec les maladies cardio-vasculaires et en France ils pèsent même davantage.

Le rôle plus important tenu par les cancers dans les pays méditerranéens explique probablement que le retournement s'y soit produit plus tardivement. En effet dans les pays anglo-saxons et les pays nordiques, la réduction de l'écart entre les sexes repose en grande partie sur la diminution des inégalités dans le domaine cardio-vasculaire. En Suède, par exemple, de 1980 à 1999, l'écart s'est réduit de 1,2 an, dont 0,9 du fait de la mortalité cardio-vasculaire. En France, entre 1980 et 1992, la stabilisation de l'écart tient plutôt à la conjonction d'évolutions de sens contraires. Comme en

Angleterre-Galles ou en Suède, dans la décennie 1980, l'évolution de la mortalité cardio-vasculaire contribue à la réduction de la différence mais en revanche celle de la mortalité cancéreuse contribue à son élargissement. Si l'écart reste stable au total, c'est grâce à un troisième facteur, les morts violentes, qui concourent à son resserrement. Ce n'est qu'à partir de 1992 que, grâce au retournement de tendance de la mortalité par cancer chez les hommes, cette dernière est enfin à l'origine d'une réduction des écarts d'espérance de vie entre les sexes.

### ◆ Les hommes adoptent les comportements féminins favorables à la santé

L'évolution des différentes causes de décès dépend à la fois des progrès médicaux et des comportements des individus face à leur santé. Parce que, pour des raisons physiologiques, historiques et culturelles, les comportements des hommes et des femmes diffèrent, les deux sexes n'ont pas toujours bénéficié de la même façon des avancées médicales [1].

Avant le début des progrès sanitaires, dans des contextes de très forte mortalité, les espérances de vie masculine et féminine étaient à peu près semblables: le probable avantage biologique des femmes était annulé par des conditions de vie plus défavorables, particulièrement aux jeunes âges, où une moins grande attention était portée aux filles, et aux âges de la maternité, où le risque de mortalité maternelle était très élevé. Cette situation qui prévalait dans les pays européens au XVIII<sup>e</sup> siècle était encore à l'œuvre très récemment dans de grands pays d'Asie comme le Pakistan, l'Inde ou le Bangladesh où espérances de vie masculine et féminine étaient quasiment au même niveau avec même parfois un avantage masculin. Au Pakistan, la différence était encore de 0,3 an en faveur des hommes en 1995-2000 tandis que l'avantage féminin n'était que de 0,7 ou 0,8 an respectivement au Bangladesh et en Inde [3].

Les progrès remportés dans la lutte contre les maladies infectieuses ont permis de récupérer l'avantage biologique féminin mais le processus ne s'est pas arrêté là et, au fur et à mesure que l'espérance de vie augmentait, les hommes ont accumulé un retard de plus en plus grand. Dans un premier temps, ce retard a été mis sur le compte de comportements masculins plus nocifs pour la santé. Plus engagés dans des activités professionnelles à risque, consommant davantage d'alcool et de tabac, conduisant plus souvent, les hommes ont été touchés, plus prématurément et plus fortement que les femmes, par l'émergence des maladies de société. L'explosion des accidents de la circulation et la montée inexorable des cancers du poumon, pour ne citer que ces deux exemples, ont concouru à creuser profondément les écarts d'espérance de vie entre les sexes.

Dans les années 1960 et 1970, sous l'effet du rapprochement des comportements entre hommes et femmes, on s'attendait toutefois à ce que le fossé se comble progressivement. Dans la plupart des pays, il n'en fut rien et l'espérance de vie des femmes continua de progresser plus rapidement que celle des

hommes (1). Pendant ces décennies, en effet, de nouveaux progrès sanitaires ont vu le jour dans le domaine des maladies cardio-vasculaires : conseils diététiques, dépistage précoce et traitement des facteurs de risques (hypertension, hypercholestérolémie), nouvelles thérapeutiques (bêta-bloquants, aspirine), progrès de la chirurgie, développement des services d'intervention en urgence (SAMU, numéro unique d'appel). Dans un premier temps, les femmes ont davantage tiré parti de ces progrès que les hommes : plus attentives à leur corps, elles ont facilement modifié leur régime alimentaire ; moins soumises à certains facteurs de risque, comme le tabagisme, elles n'ont pas dû bouleverser leurs comportements ; plus proches des services médicaux tout au long de leur vie, à travers la contraception, la maternité ou la santé de leurs enfants, elles ont bénéficié à plein de la prévention et des nouveaux traitements.

Petit à petit, les hommes ont également modifié leurs comportements et davantage pris en charge leur santé, tirant parti à leur tour des progrès remportés dans la lutte contre les maladies cardio-vasculaires. Partant d'un niveau plus élevé de mortalité, ils ont pu engranger des gains supérieurs à ceux des femmes. Ceci a été particulièrement vrai en Angleterre-Galles ou en Suède, où la part des maladies cardio-vasculaires dans la mortalité totale est si massive que l'accélération de la baisse de la mortalité masculine due à ces pathologies a rapidement permis de réduire l'écart d'espérance de vie entre les sexes. En Italie et en France, il a fallu attendre qu'avec les maladies cardio-vasculaires, puis les morts violentes, les pathologies liées au tabagisme, et surtout les cancers broncho-pulmonaires, régressent pour que l'écart rétrécisse enfin.

En France, la loi Veil de 1976 a réglementé la consommation de tabac dans les lieux publics. Elle a été renforcée en 1991 par la loi Évin. Ces mesures législatives ont eu un effet notable sur la consommation de tabac qui diminue depuis 1978 [4]. Cet effet porte essentiellement sur les hommes chez lesquels le pourcentage de fumeurs est en nette diminution. Chez les femmes cette proportion est stable mais la proportion de fumeuses régulières est par contre en augmentation. Compte tenu du long délai de latence entre l'intoxication tabagique et le développement des tumeurs malignes, les effets de la baisse de la consommation masculine sur la mortalité par cancer broncho-pulmonaire ne sont devenus visibles que très récemment [5]. C'est cette nouvelle évolution qui a été déterminante dans la réduction de l'écart d'espérance de vie entre les sexes amorcée en France en 1992.

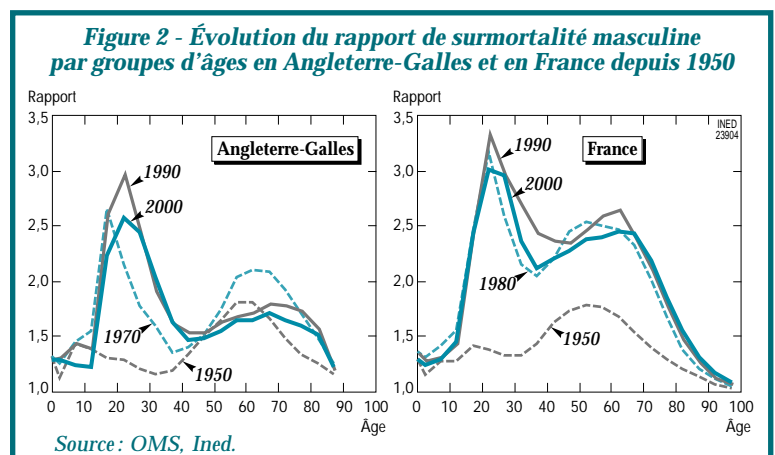
(1) Nous ne traitons pas ici du cas des pays d'Europe centrale et de l'ex-URSS, pour lesquels l'espérance de vie n'a progressé que très lentement chez les femmes et stagné ou même régressé chez les hommes dans les années 1970 et 1980. Ces évolutions défavorables ont conduit à un élargissement considérable du fossé entre les sexes. En Russie, où la situation est la plus grave, l'écart d'espérance de vie dépasse 13 ans en 2000. En Europe centrale, en revanche, les évolutions récentes plus favorables ont conduit à une réduction de cet écart.

## ◆ Une surmortalité masculine qui ne diminue pourtant pas à tous les âges

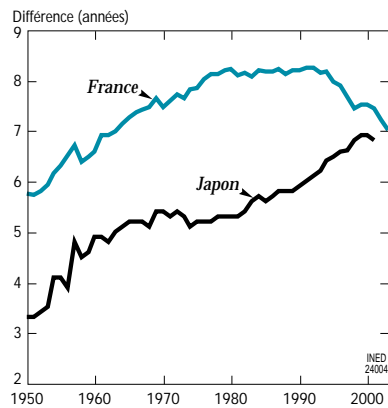
La réduction des différences d'espérance de vie entre les sexes ne signifie pas obligatoirement que la surmortalité masculine diminue à tous les âges. Contrairement aux différences d'espérance de vie, la surmortalité masculine, calculée en rapportant à chaque âge les risques de décès masculins aux risques de décès féminins, est une mesure relative des inégalités entre les sexes indépendante du niveau de la mortalité. La déformation de la courbe de surmortalité masculine témoigne d'évolutions contrastées d'un âge à l'autre (figure 2).

Entre 1950 et 1970, pour l'Angleterre-Galles, ou entre 1950 et 1980, pour la France, le rapport de surmortalité s'est considérablement accru à tous les âges supérieurs à 10 ans. La courbe a pris une allure caractéristique à deux bosses, ou plus exactement un pic et une bosse. Le pic tient à un risque de décès accidentel bien plus élevé chez les hommes autour de 20 ans : leur probabilité de mourir dans l'année est trois fois supérieure à celles des femmes du même âge. La bosse qui s'étend sur un intervalle d'âges plus large (entre 45 et 75 ans) mais culmine à des niveaux moins élevés tient essentiellement à la surmortalité masculine cancéreuse. Accidents de la circulation et cancers sont responsables des plus grands écarts relatifs de mortalité entre hommes et femmes.

À partir de 1970 en Angleterre-Galles, la surmortalité aux âges adultes s'est réduite et la bosse affaissée. En revanche, le pic de mortalité aux âges plus jeunes s'est accentué et élargi jusqu'en 1990, avant de s'émousser dans la dernière décennie. En France, la surmortalité masculine a continué de croître quasiment à tous les âges jusqu'en 1990, accentuant encore les deux bosses du profil par âges. Dans cette période, l'écart d'espérance de vie entre les sexes a cessé de se creuser sans qu'il y ait stabilisation de la surmortalité masculine. Le rythme des progrès à chaque âge est resté plus rapide pour les femmes que pour les hommes et la stabilisation de l'écart tient uniquement au fait que les gains absolus ont été plus importants côté masculin. C'est seulement dans la dernière décennie que l'on observe une baisse de la surmortalité masculine avant 75 ans, qui témoigne de progrès désormais plus rapides

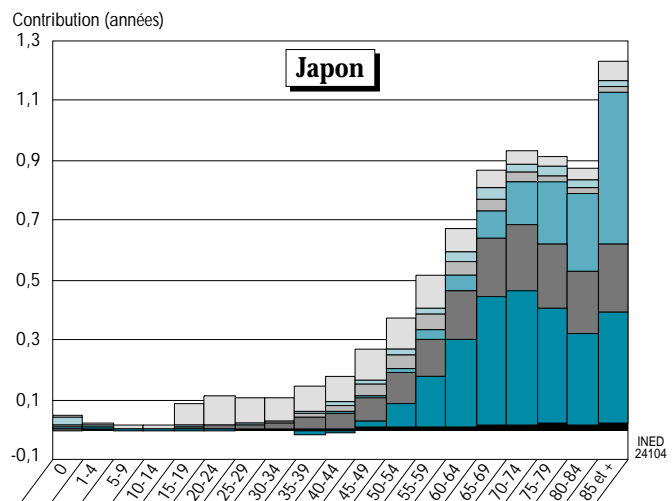
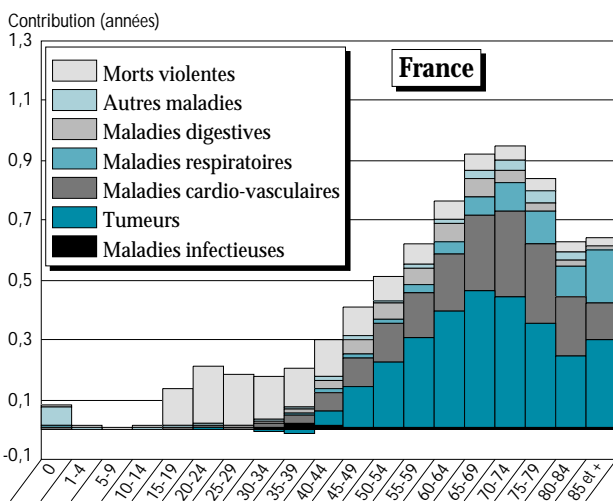


**Figure 3 - Évolution de l'écart d'espérance de vie entre les sexes au Japon et en France depuis 1950**



En France, les morts violentes pèsent encore de façon non négligeable sur l'écart d'espérance de vie entre les sexes entre 15 et 40 ans. Au Japon, ce sont les maladies respiratoires dont le poids est récemment devenu important aux âges très élevés. La mortalité respiratoire à ces grands âges est quasi stagnante pour les femmes et en nette augmentation pour les hommes. Cette évolution récente freine les progrès de l'espérance de vie masculine japonaise et explique la poursuite de l'élargissement de l'écart d'espérance de vie entre les sexes. L'exemple du Japon montre que, même avec les niveaux d'espérance de vie les plus élevés du monde (tableau 1), les inégalités de santé entre hommes et femmes peuvent encore s'accroître. L'enjeu s'est maintenant déplacé aux âges les plus élevés. En France aussi, la mortalité au-delà de 80 ans est en baisse, à un

**Figure 4 - Contributions par groupes d'âges des principales causes de décès à la différence d'espérance de vie entre les sexes en France et au Japon pour l'année 1999**



Lecture : en France, les différences de mortalité entre hommes et femmes à 65-69 ans ont contribué pour 0,92 an à la différence totale d'espérance de vie (7,5 ans en 1999). Cette contribution de 0,92 an se décompose en 0,45 an dû aux tumeurs (en bleu foncé), 0,25 an dû aux maladies cardio-vasculaires (en gris foncé), etc.

chez les hommes que chez les femmes pour ces âges. En revanche la surmortalité masculine continue de croître aux âges élevés.

#### ◆ Et le Japon ?

C'est aussi aux âges élevés qu'il faut chercher les raisons de l'exception japonaise. Le Japon est le seul, parmi les pays à faible mortalité, où l'inégalité d'espérance de vie entre les sexes continue de s'aggraver. L'écart japonais est maintenant tout proche de l'écart français alors que jusqu'au début des années 1990 il lui était nettement inférieur (figure 3).

En 1999, dernière année pour laquelle nous disposons de la statistique des décès par cause pour les deux pays, la différence était de 6,9 ans au Japon et de 7,5 ans en France [2]. Si l'on décompose cette différence par groupes d'âges et grandes causes de décès, on retrouve pour les deux pays le rôle prépondérant des cancers et des maladies cardio-vasculaires, maximum entre 60 et 80 ans (figure 4). En revanche, la cause qui arrive en troisième position n'est pas la même dans les deux cas.

rythme plus rapide pour le sexe féminin que pour le sexe masculin. Si cette tendance se confirme, les femmes pourraient bien récupérer à ces âges les avantages perdus aux plus jeunes. Les inégalités de mortalité entre hommes et femmes ne sont sans doute pas près de totalement s'estomper.

#### RÉFÉRENCES

- [1] Jacques VALLIN - Mortalité, sexe et genre, in: Graziella CASELLI, Guillaume WUNSCH et Jacques VALLIN (dir.), *Démographie : analyse et synthèse. III. Les déterminants de la mortalité*, p. 319-350, Paris, INED, 2002, 478 p.
- [2] France MESLÉ - Écart d'espérance de vie entre les sexes : les causes du recul de l'avantage féminin, *Revue d'épidémiologie et de santé publique* (à paraître).
- [3] Nations Unies - *World Population Prospects. The 2002 Revision. Volume I: Comprehensive Tables*, New York, 2003, 781 p.
- [4] Catherine HILL et Agnès LAPLANCHE - Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 22-23, 2003, p. 98-100.
- [5] Claude GOT - La mort évitable : tabac, alcool et accidents de la route en France, *Population et Sociétés*, n° 393, 2003, p. 1-4.