



Durée de vie : les femmes creusent l'écart

Il était courant, dans les années 1960, de pronostiquer une réduction progressive de l'écart de *vie moyenne* (ou espérance de vie à la naissance) entre hommes et femmes : les comportements masculin et féminin se rapprochent, expliquait-on : les femmes fument, conduisent, travaillent, il n'y a pas de raison pour que la mortalité des femmes ne s'aligne pas sur celle des hommes. C'était mettre l'accent sur l'aspect négatif du retard masculin plus que sur l'aspect positif de l'avance féminine.

L'évolution ultérieure a, dans de nombreux pays, entièrement démenti ce pronostic. En France, l'écart entre sexes, qui était de 3,7 ans après la Première guerre, et de 5,5 ans après la Seconde, a maintenant dépassé 8 ans (tableau 1). L'espérance de vie des femmes est proche des meilleurs niveaux mondiaux, tandis que celle des hommes est comparativement médiocre. Les femmes très âgées étant souvent malades ou handicapées, il est vrai que l'écart d'espérance de vie « en bonne santé » est nettement moindre que l'écart total [1]. La différence de vie moyenne entre les sexes n'en reste pas moins un trait majeur de notre société.

Du coup, plutôt qu'une explication « sociologique », la tentation est aujourd'hui de chercher une explication « biologique » : les femmes disposeraient d'un avantage « naturel », dont témoignait l'écart de mortalité infantile.

En fait, cet avantage « biologique » n'est pas très grand. Roland Pressat l'estime par exemple à deux ans d'espérance de vie [2]. Il était d'ailleurs contrecarré, dans les populations anciennes, et l'est encore aujourd'hui dans les populations à forte mortalité, par une surmortalité féminine aux jeunes âges et aux âges de la fécondité, qui compensait ou même surpassait la surmortalité masculine aux âges ultérieurs.

La surmortalité féminine aux âges de la procréation a été souvent observée et mesurée [3]. En France, au XVIII^e siècle et au début du XIX^e siècle, entre 25 et 45 ans, la probabilité des femmes de mourir dans l'année (*quotient de morta-*

Tableau 1 : Évolution de l'espérance de vie par sexe en France depuis 1740-49

Période	Espérance de vie à la naissance		Différence
	Sexe féminin	Sexe masculin	
1740-1749	25,7	23,8	1,9
1750-1759	28,7	27,1	1,6
1760-1769	29,0	26,4	2,6
1770-1779	29,6	28,2	1,4
1780-1789	28,1	27,5	0,6
1790-1799	32,1	—	—
1800-1809	34,9	—	—
1810-1819	37,5	—	—
1820-1829	39,3	38,3	1,0
1835-1837	40,7	39,2	1,5
1845-1846	41,9	40,7	1,2
1855-1857	40,1	37,7	2,4
1861-1865	40,6	39,1	1,5
1877-1881	43,6	40,8	2,8
1898-1903	48,7	45,3	3,4
1908-1913	52,4	48,5	3,9
1920-1923	55,9	52,2	3,7
1928-1933	59,0	54,3	4,7
1933-1938	61,6	55,9	5,7
1946-1949	67,4	61,9	5,5
1952-1956	70,9	64,7	6,2
1960-1964	74,3	67,2	7,1
1966-1970	75,2	67,7	7,5
1973-1977	77,0	69,1	7,9
1984-1986	79,5	71,3	8,2

Sources : INED, INSEE.

lité) dépassait de 5 à 20% celle des hommes, selon le groupe d'âges et selon l'époque [4]. Il en allait de même, de façon assez générale jusqu'à une époque très récente, dans les pays en développement.

Cette surmortalité était évidemment liée, pour l'essentiel, à la mortalité maternelle. Elle pourrait en ce sens être qualifiée de biologique, la nature reprenant elle-même à la femme, par les risques de la grossesse et de l'accouchement, l'avantage qu'elle lui donnait par ailleurs. Mais ces risques maternels dépendaient eux-mêmes

fortement des conditions culturelles et sociales dans lesquelles vivaient les femmes.

La surmortalité des petites filles était manifeste dans l'Europe ancienne. Elle semble s'être aggravée au XIX^e siècle [4] et n'a disparu que vers la Seconde guerre. La mortalité des filles, due surtout à certaines maladies infectieuses — tuberculose, grippe, appendicite — l'emportait largement sur celle des garçons, pourtant marqué par les accidents et par la violence. Cette surexposition des filles aux risques infectieux semble bien être directement liée aux conditions défavorables de soins qui leur étaient plus ou moins consciemment faites. On trouve ici trace d'une attitude, venue du fond des âges, accordant une moindre valeur aux filles, encore très présente chez Jean-Jacques Rousseau, Auguste Comte ou Balzac. Proud'hon n'avait-il pas « scientifiquement » calculé que la valeur d'une femme n'était que les... 8/27 de celle de l'homme ?

C'est aussi cette dévalorisation du sexe féminin qui explique la surmortalité des filles observée aujourd'hui dans nombre de pays en développement. Les exemples les plus flagrants viennent du sous-continent indien. Au Bangladesh, la mortalité des filles est, à 1-4 ans, supérieure de moitié à celle des garçons, en raison de l'inégalité des rations alimentaires et des soins. Mais le phénomène a été observé dans d'autres aires culturelles. En Algérie, on a pu mettre en évidence une surmortalité féminine dès le troisième mois de vie. En Chine, des pratiques anciennes d'abandons et d'infanticide des petites filles ont été ravivées ici et là par la politique de l'enfant unique.

Ce cumul de la surmortalité féminine aux jeunes âges et de la mortalité maternelle peut aller jusqu'à entraîner une vie moyenne plus courte pour les femmes. C'était le cas, jusqu'à la fin des années 1960, en Inde, au Bangladesh, au Pakistan et au Sri-Lanka. Une telle situation n'a jamais été attestée pour la France. Cependant, au XVIII^e siècle, l'espérance de vie à un an (une fois passé le risque de mortalité infantile défavorable aux garçons) était plus courte pour les femmes que pour les hommes.

Mais l'évolution récente de la mortalité est allée au-delà de la simple reconquête d'un avantage « naturel » des femmes. L'amélioration considérable de la condition des femmes enceintes ou en couches, et la baisse de la fécondité, ont effectivement fait disparaître un important désavantage des femmes. De même, la mortalité des jeunes enfants, fortement réduite et concentrée progressivement sur les premiers jours de la vie, ne laisse plus guère de prise à une différence d'attitude selon le sexe de l'enfant, différence qui a d'ailleurs aujourd'hui disparu (1). Au contraire, autour de 20 ans, l'âge des accidents, une très

(1) Une analyse récente des comportements de parents pendant un enfant a montré que le désir de « remplacement » était indépendant du sexe de l'enfant décédé.

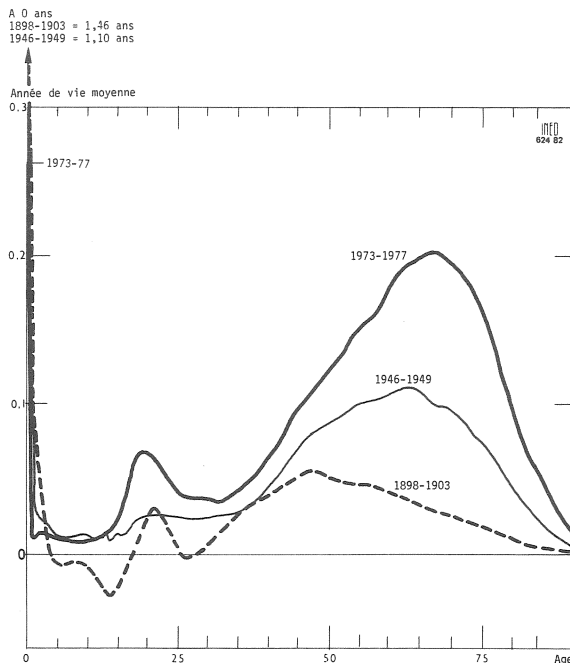


Figure 1 : Contribution de chaque classe d'âge à la différence d'espérance de vie à la naissance entre les femmes et les hommes. (Les surfaces sous les courbes sont proportionnelles aux différences d'espérance de vie entre sexes).

forte surmortalité masculine s'est maintenant développée. Dramatique sur le plan humain, la mortalité à cet âge n'a cependant qu'un poids modéré sur l'espérance de vie. De ce fait, l'essentiel de l'écart des vies moyennes tient de plus en plus à la surmortalité masculine entre 50 et 75 ans (figure 1), et plus précisément à celle liée aux maladies cardio-vasculaires et aux tumeurs. Comment analyser cette inégalité ?

Si les comportements se sont rapprochés, ils restent loin d'être identiques : aujourd'hui encore, les hommes continuent de fumer beaucoup plus que les femmes, conduisent beaucoup plus et travaillent plus fréquemment dans des activités à plus grands risques. Quant à l'alcoolisme, la différence entre sexes ne s'est que modérément atténuée. Tout cela expliquerait le maintien, mais non l'aggravation, de la surmortalité masculine.

Celle-ci a accompagné d'extraordinaires progrès sanitaires. Plutôt que de chercher à quels travers les hommes sont plus exposés que les femmes, ne faut-il pas se demander pourquoi les femmes tirent de ces progrès de plus grands bénéfices ? L'ancien statut de la femme n'avait pas que des inconvénients. Réputées faibles et fragiles, elles avaient droit aux égards de la galanterie, et à certaines protections, comme d'être dispensées de la guerre et de la chasse. A l'époque industrielle, se sont ajoutées aux coutumes nombre de lois interdisant aux femmes certains travaux dangereux (mines), ou pénibles (travail de nuit), limitant leur durée de travail journalier et protégeant leur fécondité (surveillance des grossesses, congés de maternité). Tout comme la guerre et le ser-

vice militaire, la brutalité de la grande industrie leur a été ainsi, en grande partie, épargnée.

Largement désuet, cet héritage n'est pourtant pas complètement dissipé. Les femmes ont préservé certains aspects positifs de leur statut ancien, non pas tant d'ailleurs sous forme de protections légales particulières que sous celle d'une conception différente de la vie et de la société. Que la femme tende à devenir l'égal de l'homme ne signifie nullement que le comportement féminin devienne de plus en plus masculin. La pratique féminine reste moins aventurée que celle de l'homme. Par exemple, le nombre moyen de cigarettes fumées par les fumeurs réguliers est plus faible chez les femmes que chez les hommes. De même la femme au volant, qu'on dit souvent plus maladroite, est en moyenne plus prudente, roule moins vite, et prend moins de risques.

Mais surtout les formes d'activité professionnelle sont très différentes. Les femmes accèdent moins souvent aux postes de responsabilité les plus élevés, d'ailleurs peu nombreux dans l'ensemble de la population active, mais sont en général plus qualifiées et occupent des emplois de bureau, de laboratoire, ou d'enseignement, plutôt que des emplois industriels (tableau 2).

Allons plus loin : chez les hommes, les risques de décès varient beaucoup selon la catégorie socio-professionnelle. Entre cadres supérieurs et professions libérales d'un côté et manœuvres de l'autre, l'écart d'espérance de vie est de 9 ans [5]. Chez les femmes au contraire, la variation est très faible. Non seulement les femmes se concentrent dans des professions à risque sanitaire faible (instituteurs), ou moyen (employés), mais quand elles s'insèrent dans des secteurs plus dangereux, elles semblent être mieux protégées. Il faudrait descendre dans le détail des professions pour bien comprendre ces mécanismes. Ainsi deux des professions les plus dangereuses de la société moderne — policiers, chauffeurs-routiers — sont aussi parmi les moins féminines (5% et 2%). Non seulement les femmes s'engagent dans des types d'activités moins agressifs, mais elles entretiennent, d'une manière générale, un rapport avec leur corps et leur santé très différent de celui des hommes. Dans le même temps où la maîtrise de la fécondité allégeait le poids des maternités, la protection maternelle, la gynécologie, l'obstétrique accroissaient leur part des ressources, elles-mêmes croissantes, consacrées à la santé. Le développement de ces spécialités, et de la contraception médicale, a fait plus que compenser les risques propres de la maternité, en habituant les femmes, plus que les hommes, à fréquenter les services médicaux, y compris dans les milieux culturellement éloignés de cette pratique. Le dépistage précoce des tumeurs du col de l'utérus, à l'occasion des visites gynécologiques, n'en est qu'une illustration parmi d'autres.

Mais le rapport particulier que les femmes entretiennent avec leur corps n'est pas seulement lié à leur fonction reproductrice. La culture de la

Tableau 2 : France : population active ayant un emploi au recensement de 1982, par grands groupes de professions, selon le sexe (en milliers)

Groupe de professions	Sexe masculin	Sexe féminin	Proportion de femmes (%)
Agriculteurs, artisans, commerçants	2 024	1 134	36
Chefs d'entreprise, professions libérales, cadres de la fonction publique, cadres d'entreprise, ingénieurs	1 853	336	15
Professeurs, professions scientifiques, professions de l'information et des arts, clergé, professions intermédiaires de la fonction publique et des entreprises	994	720	42
Contremaîtres, ouvriers qualifiés et non qualifiés, ouvriers agricoles, policiers, chauffeurs	6 516	1 415	18
Instituteurs, professions intermédiaires de la santé et du travail social, employés de la fonction publique, employés administratifs d'entreprises, personnels de service	1 619	4 855	75
TOTAL	13 005	8 460	39

féminité est une contrainte différente de celle qu'impose l'exaltation de la virilité. La recherche de la beauté s'oppose à celle de la force et de la puissance. La première tend à conserver, aussi longtemps que possible, le corps jeune, beau et sain. La seconde le soumet très tôt à l'épreuve et au risque. Toujours est-il que la femme recourt plus souvent aux services sanitaires, et qu'elle entretient avec le praticien un dialogue plus confiant et plus complice.

Davantage portées à la tempérance, exerçant des activités moins risquées sur un mode probablement plus respectueux de leur santé, les femmes ont su tirer meilleur profit des possibilités offertes par le progrès sanitaire. Elles ont encore renforcé leur avantage dans tous ces domaines en accédant à un meilleur niveau d'instruction générale que les hommes [6]. Un atout de plus dans leur jeu, et non des moindres.

Jacques VALLIN

RÉFÉRENCES

- [1] Jean-Marie ROBINE, Nicolas BROUARD et Alain COLVEZ. Les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) : des indicateurs globaux de l'état de santé des populations. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 1987, n° 3-4, p. 206-224.
- [2] Roland PRESSAT : « Surmortalité biologique et surmortalité sociale », *Revue française de sociologie*, vol. XIV, n° spécial, 1973, p. 102-110.
- [3] Dominique TABUTIN : « La surmortalité féminine en Europe avant 1940 », *Population*, INED, 1978, p. 121-148.
- [4] Yves BLAYO : « La mortalité en France de 1740 à 1829 » *Population*, INED, n° spécial, 1975, p. 123-142.
- [5] Guy DESPLANQUES : « L'inégalité sociale devant la mort », *Economie et statistique*, INSEE, n° 162, 1980, p. 29-50.
- [6] « Garçons et filles à l'école », *Population et sociétés*, INED, n° 151, octobre 1981.

INSTITUTIONS

Les aides à la famille (1)

Pour caractériser l'importance des prestations familiales et le caractère plus ou moins « nataliste » de la politique familiale, on a comparé, dans 28 pays de l'OCDE et du COMECON, les sommes versées pour chaque enfant, pendant qu'il est à la charge de ses parents, en les rapportant au salaire net moyen, après impôt, d'un ouvrier.

En 1979, la progression des prestations familiales suivant la taille de la famille, permettait de distinguer trois groupes :

- Dix pays donnent peu, mais la même somme pour chaque enfant, sans distinguer la taille de sa famille. Leur politique reflète une absence d'objectif nataliste, et obéit à la logique d'un droit de l'enfant. L'Espagne offre moins de 0,7 % du salaire. Puis, dans l'ordre, la Grèce (1,3 %), l'Irlande (1,4 %), l'Italie (2,1 %), le Canada (2,3 %) et le Danemark (2,9 %) ; en Grande-Bretagne et en Suède les taux voisinent 5 %. L'Australie, l'U.R.S.S., la Pologne, le Japon s'apparentent à ce groupe par la faiblesse des prestations : + 3 % par enfant au plus pour les familles nombreuses. Les Etats-Unis ne donnent rien.

- La France, la Bulgarie, la Tchécoslovaquie et la Hongrie ont l'approche la plus nataliste : elles offrent des montants élevés, allant de 18 % à 27 % du salaire moyen, et concentrent leurs aides sur le troisième enfant (ou le deuxième enfant en Hongrie). Pour les autres enfants les taux sont les suivants : de 0 à 3 % pour les premiers, de 9 à 12 % pour les seconds, de 10 à 15 % pour les quatrièmes — sauf en Bulgarie où les quatrièmes ont 3 %. L'Autriche extrait de ce groupe jusqu'à 1980. La France est la plus généreuse et se caractérise en outre par le grand nombre de ses prestations, — allocation de naissance, d'orphelin, de logement etc. —, proche en cela de la Belgique et du Luxembourg.

- La majorité des pays offrent des prestations par enfant croissantes avec le rang de naissance. La Belgique et le Luxembourg donnent respectivement 5 et 8 % du salaire

pour le deuxième enfant, 12 % pour le troisième et le quatrième. La R.F.A. offre aussi des prestations croissantes, mais à un niveau plus bas. Aux Pays-Bas, en Norvège, en R.D.A., et en Finlande la croissance avec le rang de l'enfant est plus régulière et plus faible, et les niveaux sont compris entre 8 % et 6 % du salaire moyen pour le troisième enfant.

Les systèmes d'imposition directe sont divers et difficiles à quantifier. Parmi les 23 pays de l'O.C.D.E., seuls la France et le Luxembourg tiennent compte d'un revenu divisé par un nombre de part représentant les membres de la famille (quotient familial). Aux Etats-Unis, au Canada, au Japon, en Finlande, en Irlande et aux Pays-Bas, l'abattement est fixe et ne dépend pas du revenu. En 1978, pour un ménage de deux enfants où le mari gagne deux fois le salaire moyen de l'ouvrier, la réduction est de 5 % du salaire brut au Luxembourg, de 3 % en France, en Irlande et au Japon, de 2 % en Belgique, en Espagne et en Finlande, et de 1 % en Grèce, en Autriche, en Norvège et aux Pays-Bas. Elle est nulle en Grande-Bretagne, au Danemark, en Suède, au Portugal, et en Italie.

Les congés de maternité sont aussi un élément important de la politique. A ce titre, la Tchécoslovaquie, la Suède, la Finlande et les pays méditerranéens payent plus de six mois de congés, la R.D.A., la France et la Bulgarie aussi à partir du deuxième ou troisième enfant. A l'opposé, la Grande-Bretagne, l'Irlande et le Canada payent l'équivalent de moins de deux mois de salaire. Les autres pays accordent trois ou quatre mois de salaire.

Dans un contexte de crise économique, le maintien des équilibres financiers des comptes sociaux conduit à freiner les dépenses sociales. Il est tentant de sacrifier la politique familiale. Au Danemark, le pouvoir d'achat de prestations désormais refusées aux familles de hauts revenus, diminue de moitié en cinq ans. En France, les prestations ont perdu 1 % par an de pouvoir d'achat depuis 1983.

Dans la majorité des pays cependant, les prestations sont restées stables, la baisse du nombre des naissances atténuant la progression des dépenses. Les années 1979 à 1983 ont même vu un mouvement

de hausse des prestations dans certains pays, où les politiques tâtonnent parfois. L'augmentation est de 100 % en Grande-Bretagne et en Autriche — en partie gagées par des suppressions d'abattements fiscaux, et de 25 % en France et au Luxembourg, de 20 % en Belgique, en Norvège et aux Pays-Bas à partir du deuxième enfant. La Grèce met en place une politique qui accorde jusqu'à 5 % du salaire moyen par enfant pour trois enfants et plus.

Cependant, la crise a rendu les choix plus difficiles ; on a dû « cibler » les bénéficiaires : les familles nombreuses ou les familles pauvres (Italie en 1984, Espagne en 1985). En devenant un instrument de lutte contre la pauvreté, ces politiques risquent de perdre leur objectif familial.

Olivia EKERT-JAFFÉ

(1) Adapté d'un article de l'auteur dans « Dossier : familles et politiques familiales », *Solidarité - Santé - Etudes statistiques*, juillet-août 1988, p. 47-58.

POPULATION

SOMMAIRE numéro 4-5 / 1988

INED

Dix-septième Rapport sur la situation démographique de la France.

Anatole VICHNEVSKIJ

Révolution démographique et fécondité en URSS du XIX^e siècle à la période contemporaine.

Patrice FESTY

Les divorces en France et la Seconde Guerre mondiale.

Benoît RIANDEY

La qualité du suivi des échantillons dans les enquêtes démographiques : un bilan.

France PRIOUX

La fécondité par rang de naissance dans les générations : évolution comparée en Angleterre-Galles et aux Pays-Bas, depuis la génération 1930.

Daniel COURGEAU

Méthodes de mesure de la mobilité spatiale : migrations internes, mobilité temporaire et navettes. *Présentation d'un Manuel de l'INED.*

Catherine BONVALET

et Pierre MERLIN

Transformation de la famille et habitat. *Présentation d'un Cahier de l'INED.*

La conjoncture démographique par Alain MONNIER

Notes et documents par Jacques HOUDAILLE

Comptes rendus de colloques par Alain BLUM, Didier BLANCHET et Éva LELIÈVRE

Bibliographie critique - Informations