

et

SOCIÉTÉS

Bulletin Mensuel d'Informations Démographiques, Économiques, Sociales

Les maux de la richesse

Morts violentes et surmortalité masculine

LA diminution considérable de la mortalité, dans les pays industriels, depuis le début du siècle et l'accroissement de ce déclin dans les années 1930 à 1950, les progrès de la médecine, de la chirurgie, de la chimie ont répandu dans le public l'impression que, sur la voie de la protection et de la prolongation de la vie humaine, presque plus rien n'était impossible.

L'histoire récente et l'actualité renforcent ce sentiment. L'espérance de vie à la naissance, qui en France, en 1825, dépassait légèrement 39 ans, frôlait 47 ans en 1900, passait en 1966 à 71 ans (68 pour les hommes et 75 pour les femmes). Grâce à l'extraordinaire publicité qui les entoure, les greffes d'organes de plus en plus délicats et aux rôles les plus nobles dans la hiérarchie des fonctions, ne peuvent qu'exciter l'imagination et nourrir l'illusion. Jusqu'au spectre du cancer, ce mal responsable, en France, du cinquième des décès, que l'information quotidienne s'efforce d'exorciser !

Et pourtant, depuis près de deux décennies, le démographe observe des faits inquiétants, en particulier dans les pays les plus avancés en matière de santé publique : alors que, dans les cinq premières décennies du siècle, on avait gagné en moyenne 4 ans d'espérance de vie toutes les 10 années de calendrier, de 1950 à 1960, le gain tombe à un ou deux ans dans les pays têtes de file et, depuis 1960, le progrès est encore moindre ; d'autre part, les taux moyens de mortalité ne baissent presque plus ou même remontent légèrement (tableau I) ; c'est comme si la baisse de la mortalité du fait de son ralentissement n'était plus suffisante pour contrebalancer l'effet de l'accroissement de la proportion des personnes âgées dans la population, ce qui, bien évidemment, a pour conséquence inéluctable d'élever le taux brut de mortalité, toutes choses égales (1).

Aussi, pour y voir plus clair, n'est-il pas inutile d'examiner l'évolution de la mortalité par groupe d'âges (pour éliminer l'effet de la composition par âge de la population). Nous avons présenté dans le tableau II, à titre d'exemple, le groupe 50 à 54 ans, mais la tendance est la même de 40 à 64 ans.

La quasi-stabilisation des taux de mortalité, ces dernières années, en particulier depuis 1961, et dans les pays où ils sont les plus bas, est frappante. D'autres constatations s'imposent : de très grandes différences entre des pays assez semblables sur le plan sanitaire qui vont du simple au double pour les hommes, de 1 à 1,5 pour les femmes, et l'évolution divergente des taux entre les deux sexes depuis 1950 : jusqu'en 1960, la baisse pour les hommes était déjà très ralentie sinon arrêtée (Norvège, Pays-Bas, Danemark), alors qu'elle était encore sensible pour les femmes, ce qui ne fait qu'augmenter l'écart entre mortalité masculine et féminine. On voit là, s'inscrire en chiffres, l'une des expressions de la surmortalité masculine croissante dans les temps modernes (qui dans cette tranche d'âges va de 50 à 100%).

Un autre fait démographique, général dans les pays industriels, est à signaler pour les âges plus jeunes : la gravité accrue de la mort violente (accident, empoisonnement, traumatisme, suicide) parmi les enfants, les adolescents et les adultes de moins de 35 ans. Nous avons pris à titre d'exemple les données des groupes de 15 à 24 ans à dix ans d'écart, en 1954 et en 1964 (tableau III).

(1) Une population ayant 70 ans d'espérance de vie à la naissance, et dont l'effectif demeurerait constant, aurait des taux bruts de mortalité et de natalité égaux à 14,3 p. 1 000. C'est d'ailleurs pour cette raison, qu'en France, un taux de natalité de 14 p. 1 000 conduirait à la longue, à une dépopulation.

Partout cette mortalité violente s'accroît fortement dans les deux sexes, mais les taux masculins apparaissent considérablement plus élevés que les taux féminins, c'est là une seconde source de surmortalité masculine.

Parmi ces morts violentes, le rôle des accidents de la route entre pour beaucoup dans l'explication de la surmortalité masculine aux âges jeunes. Ainsi, en France en 1967 (tableau IV), les décès consécutifs aux accidents de la route, entre 15 et 34 ans, représentent 66% des décès masculins et 39% du côté féminin.

On sait, en général, le tribut fort lourd que prélèvent sur les jeunes hommes, la route, l'automobile et les deux roues. Mais il est surprenant de voir la part prise par la mortalité accidentelle (au sens le plus large) parmi les enfants, surtout de sexe masculin. Certes, l'élimination progressive des causes traditionnelles de décès, notamment les maladies infectieuses, met en relief la part revenant aux accidents, mais des proportions, pour les garçons, de 33% entre 1 et 4 ans et de 50% de 5 à 14 ans, frappent l'imagination. Au point qu'on peut se demander s'il ne faudrait pas se préoccuper de ce problème avec le sérieux et les moyens mis à combattre microbes et virus.

Le rôle des accidents dans la mortalité des jeunes et dans la surmortalité masculine étant ainsi mis en lumière, n'y aurait-il pas une piste pour interpréter l'allure des courbes de plus en plus différentes concernant les plus de 40 ans, hommes et femmes? Une étude américaine approfondie sur la mortalité (1) nous met peut-être sur la voie.

Cette enquête a montré que le poids et la tension artérielle des individus, à carrure et taille identiques, jouent un rôle décisif dans la mortalité. Les compagnies d'assurances ont même été amenées à appliquer des tarifs différenciés en fonction des critères taille-poids, comme elles le font en matière d'assurance automobile selon les « prédispositions » aux accidents. C'est ainsi que l'enquête montre que parmi les hommes de 15 à 69 ans, la mortalité est de 20% supérieure au risque de l'ensemble des assurés lorsque le poids excède de 10% ou davantage le poids idéal; l'excès de mortalité est plus que proportionnel à l'excès de poids et lorsque les individus sont atteints d'une lésion quelconque, la probabilité d'augmentation de décès est plus grande encore lorsque le poids est excessif.

Or, l'enquête montre que de 1941 à 1963, le poids, à taille égale, a crû fortement parmi les hommes et diminué chez les femmes (2). Selon l'enquête, l'amélioration relativement plus grande en matière de mortalité féminine aux Etats-Unis reflète le contrôle de poids exercé

(1) *Build and Pressure Blood Study 1959*. Enquête de la Société des actuaires américains portant sur 350 000 personnes durant la période 1935-1953 relevant de 26 compagnies d'assurances sur la vie.

parmi les femmes, notamment pour des raisons de mode. Il est regrettable que des études semblables, en Europe, ne permettent pas des comparaisons car, si elles corroboraient les données américaines, on aurait peut-être là une des explications de l'accroissement de la surmortalité masculine aux âges plus élevés.

En tout cas, selon ce rapport, le contrôle de poids serait l'un des moyens les plus efficaces pour prévenir ou retarder le déclenchement des maladies dégénératives (3).

En somme, les actuaires américains ont essayé de dégager statistiquement les effets de l'alimentation, des régimes de vie sur la morbidité et la mortalité des êtres humains; s'il existe encore aujourd'hui dans les pays sous-développés de nombreuses maladies de carence, ce rapport montre les risques de l'excès ou mieux du déséquilibre entre une dépense énergétique insuffisante et une ration alimentaire trop abondante.

Les accidents, l'alimentation, le tabac, et, au sens large, le mode de vie — on pourrait ajouter, en particulier pour la France, l'alcoolisme — voici donc, dans les pays riches, des facteurs qui prennent à l'égard de la santé et de la vie de l'homme une importance grandissante, alors que les maladies infectieuses par exemple, ont été réduites à peu de choses par la conjonction du progrès scientifique et d'un effort social considérable. Or, ces maux dépendent plus directement de l'attitude personnelle de l'individu devant l'existence, de sa sagesse, de son ascèse que de l'action collective. Au fur et à mesure que la société élimine les atteintes à la santé venant de l'extérieur, la responsabilité individuelle est relativement plus engagée; l'être humain, de plus en plus, détient en lui-même les clefs de la santé et d'une certaine longévité; toute relative, puisque, quoiqu'il fasse et quoique la société fasse pour lui, des mécanismes inexorables fixent, par l'usure, un terme à l'existence qui n'a été que bien peu reculé malgré un siècle de découvertes magistrales. Il est assez paradoxal de voir que la société prend de plus en plus à son compte la protection de la santé des hommes alors qu'il apparaît que la responsabilité personnelle de ces derniers est bien plus engagée qu'autrefois dans cette protection. Peut-être pourrait-on ajouter que, dans la mesure où nos sociétés modernes, par un certain conditionnement de l'homme, incitent à l'abus, elles devraient au moins autant informer que réparer.

P. LONGONE

(2) Augmentation, pour les hommes, de plus de 8 livres anglaises (1L = 0,453 kg) au-dessous de 45 ans et de 5 livres au-dessus; diminution, chez les femmes de 5 livres de 35 à 54 ans et de 10 livres de 55 à 64 ans.

(3) La mortalité par maladie cérébrale vasculaire (thrombose, hémorragie cérébrale) est, selon l'enquête, accrue de 16% si le « surpoids » est léger, de 36% s'il est modéré, de 83% lorsqu'il est élevé et de 115% en cas d'obésité.

QUELQUES CHIFFRES

TABLEAU I
Taux brut de mortalité pour 1.000

Pays	Années ou groupes d'années						
	1945-49	1950-54	1955-59	1960-64	1965	1966	1967
Danemark	9,6	9	9,1	9,7	10,1	10,3	
France	13,9	12,7	11,8	11,2	11	10,6	10,8
Allemagne Fédérale		10,7	11	10,8	11,2	11,3	11,2
Pays-Bas	9,4	7,5	7,6	7,8	8	8,1	7,9
Norvège	9,3	8,6	8,8	9,5	9,1		9,2
Suède	10,4	9,7	9,6	10	10,1	10	10,1
Royaume-Uni	11,6	11,7	11,6	11,8	11,5	11,8	11,2

TABLEAU II

Sont remarquables dans les données ci-dessous : la surmortalité masculine, particulièrement élevée en France, les différences de taux sensibles entre pays de civilisation analogue, ainsi que la tendance, chez les hommes, à une élévation de la mortalité dans les années 1963 à 1966.

Evolution récente de la mortalité masculine et féminine dans le groupe d'âges 50-54 ans
(Taux pour 1.000)

Pays	Sexe masculin							Sexe féminin						
	1950	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1950	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Finlande	16,2	13,4	13,3	14,3	13,6	14,3		7,4	5,6	5,6	5,8	5,3	5,2	
Etats-Unis	13,1	12,1	12,2	12,3	12,1	12,2	12,7	7,0	6,3	6,3	6,4	6,4	6,3	6,2
France (a)	12,2	10,3	10,8	10,7	10,1	10,6	10,3	6,7	4,9	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9
Belgique	12,2	10,0	10,0	10,0	10,5	9,7		6,9	5,0	5,0	5,2	5,1	5,2	
Autriche	11,0	9,9	10,1	10,1	10,3	10,7	9,7	6,8	5,4	5,7	5,6	5,7	5,5	5,4
Australie	11,0	9,9	10,1	10,1	10,3	10,7	10,8	6,8	5,4	5,7	5,6	5,7	5,5	5,6
Angleterre et Pays de Galles	10,5	9,4	9,3	9,5	9,2	9,4	9,3	6,4	5,4	5,3	5,3	5,2	5,2	5,4
Allemagne Fédérale	10,1	9,5	9,3	9,2	9,3	9,4		6,5	5,3	5,3	5,2	5,2	5,3	
Nouvelle Zélande	8,9	9,3	8,8	8,7	9,3	9,4	9,5	6,2	5,5	5,3	5,6	5,5	5,7	5,6
Danemark	7,4	7,5	7,8	7,5	7,6	7,7		6,2	4,8	4,7	4,8	4,8	5,0	
Suède	7,4	6,5	6,5	6,2	6,4	6,8	6,6	5,8	4,4	4,3	4,1	4,3	4,2	4,0
Pays-Bas	7,2	7,3	7,5	7,5	7,1	7,9	7,7	5,2	4,3	3,9	4,1	4,2	4,0	4,2
Norvège	6,9	6,9	7,3	7,0	7,0	7,6		4,8	3,8	4,0	3,9	3,7	3,4	

(a) 1967 = 10,4 masculin et 5,0 féminin

TABLEAU III

Taux de mortalité par accident, empoisonnement et traumatisme, par sexe, pour 100.000 personnes

Pays	Hommes				Femmes			
	15 à 19 ans		20 à 24 ans		15 à 19 ans		20 à 24 ans	
	1954	1964	1954	1964	1954	1964	1954	1964
France	46,1	63,7	76,6	105,2	11,6	20,1	14,5	26
Allemagne Fédérale	63,2	89,9	119,9	137,2	11	22,2	12	24,7
Pays-Bas	27,3	51,7	41	67,1	8,3	10,1	7,4	10,9
Norvège	51,1	63,3	61,1	76,2	10	13	4,8	6,8
Suède	50,3	74,3	68	80,9	12	20,8	6	16,6
Angleterre et Pays de Galles	34,1	66	51,3	70,5	6,5	15,4	6,1	15
Autriche	65	87,8	111,9	129,9	14,9	29	15,4	29,1
Danemark	49,6	68,2	75	64,5	11,3	14,9	4,2	19,6
Belgique	37,1	67,3	66,1	116,2	8,3	16,3	8,8	29,4
Etats-Unis	80,8	96,7	114,3	138,6	18,8	26,7	17,2	30,9

Que ces taux soient en 1954 plus faibles (Pays-Bas, Angleterre, Belgique) ou plus élevés (Allemagne, Autriche, Etats-Unis surtout), partout ils augmentent fortement et davantage encore pour le sexe féminin que pour le sexe masculin. Etant donné les écarts entre les taux des deux sexes en 1954, il se trouve qu'en 1964, les décès par mort violente sont encore quatre à six fois plus nombreux parmi les hommes que chez les jeunes femmes de 20 à 24 ans et trois à cinq fois parmi le groupe des 15 à 19 ans.

TABLEAU IV

Décès masculins et féminins de 15 à 34 ans en France en 1967

	Hommes	Femmes
Accidents de la route	3.415	927
Autres accidents	2.553	559
Suicides	863	348
<i>Morts violentes</i>	<i>6.831</i>	<i>1.834</i>
Maladies de cœur	364	202
Causes indéterminées	771	444
Toutes autres causes	2.651	2.268
<i>Décès par mort non violente</i>	<i>3.786</i>	<i>2.914</i>
Toutes causes	10.617	4.748

Sur cette tranche de vingt ans de vie (15 à 34 ans), les décès par accidents de la route représentent, parmi les hommes le tiers des décès totaux, les morts violentes les deux tiers. La mortalité féminine aux mêmes âges a été inférieure à la moitié de celle des hommes.

SANTÉ ET POPULATION

Un fléau d'autrefois : la peste

L'épidémie qui commence à Marseille en 1720 est la dernière grande épidémie de peste en Europe occidentale, et nous la connaissons relativement bien, grâce à l'abondance des rapports administratifs beaucoup plus rares dans les périodes antérieures.

C'est un navire, le « Grand Saint-Antoine », qui l'apporte de Syrie le 25 mai 1720, et, après une quarantaine insuffisante, la mort frappe à partir du 20 juin. Mais ce n'est que le 9 juillet seulement que des médecins reconnaissent la peste (maladie qu'ils voient pour la première fois), cependant que d'autres persistent à la nier. C'est pourquoi la municipalité hésite à prendre des mesures extrêmes qui paraissent d'un autre âge, et lorsque Marseille est enfin bloquée le 31 juillet, déjà 10.000 fuyards répandent le mal dans une grande partie de la Provence.

Dans la ville le drame est terrible : dès le 11 août, tous les services municipaux sont débordés et désorganisés, à partir du 15 août il n'est plus possible d'enterrer tous les cadavres et on estime qu'un « corbeau » (homme enterrant les pestiférés) engagé, ne travaille que deux jours en moyenne, il tombe malade à son tour. En septembre enfin, le commandement militaire prend la situation en main peu à peu, l'ordre revient et le mal régresse. Après le 18 avril 1721, il n'y a

plus que des cas isolés jusqu'au dernier mort le 19 août 1721. Sur environ 80.000 habitants restés à Marseille, on estime que la moitié ont péri, et certaines professions très exposées au danger, ont perdu une beaucoup plus forte proportion de leurs membres (32 chirurgiens sur 35 par exemple et sur 696 forçats mis à la disposition de la ville, 486 morts).

Par ailleurs, la peste a gagné Aix et Apt dès le 1^{er} août 1720, le 15 août, elle est à Aubagne, le 7 octobre à Toulon, le 12 à Martigues, le 4 novembre à Salon, le 17 décembre, à Tarascon puis, le 12 juillet 1721, elle éclate à Marvejols, en Languedoc, peu après à Mende ; le 17 août, elle est à Avignon dans le Comtat et le 9 septembre à Alès.

C'est à Avignon, le 2 octobre 1722, qu'elle cesse enfin après avoir emporté au total près de 100.000 victimes, en Provence, Languedoc et Comtat.

Au cours de l'épidémie, l'administration demande à toutes les communautés atteintes de fournir tous les dix jours un état de la situation selon un questionnaire imprimé. Puis elle dresse un état général des villes et lieux de Provence attaqués donnant pour chaque localité, la population estimée avant l'épidémie, la date de l'attaque, le nombre de morts et la date du dernier décès ou du dernier malade. Sans compter les nombreuses lacunes et les incertitudes, ce tableau présente évidemment de graves défauts. D'abord, rares sont les communautés qui ont eu, comme Toulon, le loisir de procéder à un recensement avant que

la peste ne se déclare, la plupart donnent une évaluation grossière à partir des états de capitulation. Par ailleurs, beaucoup parmi les plus touchées n'ont pu dénombrer correctement les décès parce que ceux qui étaient chargés d'en tenir l'état ont succombé eux aussi, enfin les dates sont assez incertaines, la première atteinte est parfois minime alors qu'une rechute quelques mois après, emporte le quart ou le tiers de la population.

Cependant, tel qu'il est, ce tableau permet un certain nombre d'observations sommaires sur les incidences démographiques d'une épidémie de peste : sur 228 localités, les moins peuplées sont assez rarement touchées, (celles qui le sont étant généralement sur une grande voie de communication), mais que les plus importantes le sont beaucoup plus souvent, les villes de 10.000 habitants et plus étant toutes atteintes.

Nombre d'habitants	% de localités touchées par la peste
0 à 99	11,8
100 - 499	13,8
500 - 699	31,8
700 - 999	33,3
1 000 - 1 999	36,5
2 000 - 4 999	48,6
5 000 - 9 999	66,7
10 000 et plus	100,0

On ne remarque aucune corrélation entre l'importance de la population des localités et la violence de l'épidémie, mais la distribution, bien que très grossière, des communautés selon la proportion des morts dans la population, suggère l'existence de deux distributions : d'une part, les localités assez faiblement touchées avec moins de 10% de morts, d'autre part les localités sévèrement touchées qui ont perdu 20 à 50% et davantage de leur population.

% de décès	Nombre de localités
0 à 9,9	24
10 - 19,9	9
20 - 29,9	11
30 - 39,9	11
40 - 49,9	9
50 - 59,9	8
60 - 69,9	5
70 - 79,9	1
80 - 89,9	—

Cette dualité bien particulière dans la violence de la peste demande à être examinée de près et de nouvelles recherches plus approfondies sont nécessaires, pour élucider ce problème.

J.N. BIRABEN