

Mortalité par cause en France et dans l'ancienne RFA, 1950-1995

Analogies et divergences

Benoît Haudidier

DANS **POPULATION** 2005/1-2 Vol. 60 , PAGES 127 À 154
ÉDITIONS **INED ÉDITIONS**

ISSN 0032-4663

DOI 10.3917/popu.501.0127

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-population-2005-1-page-127?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Ined Éditions.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Mortalité par cause en France et dans l'ancienne RFA, 1950-1995

Analogies et divergences

Benoît HAUDIDIER

La lutte contre la mortalité au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle s'est traduite en Europe par des gains considérables dans l'espérance de vie. Cependant les chemins parcourus par les différents pays européens pour atteindre ce résultat ont été divers. Benoît HAUDIDIER analyse cette diversité à propos de la France et de l'ancienne République fédérale d'Allemagne, pays voisins connaissant des échanges intenses et ayant bénéficié d'une baisse de la mortalité d'ampleur quasi identique.

L'évolution des principales causes de décès montre en effet que dans l'un et l'autre pays, les ressorts de la baisse n'ont pas toujours été les mêmes. Les maladies cardio-vasculaires, et les cancers chez les femmes, affections dont on connaît leur lien avec les modes de vie et de consommation, ont évolué au détriment de l'ex-RFA, tandis qu'au contraire, la France a été désavantagée par l'évolution de la mortalité violente (accidents de la route, suicides...) et de la mortalité infectieuse. Les différences culturelles entre les deux pays, entendues au sens large, semblent donc avoir joué malgré le rapprochement des conditions d'existence.

En favorisant un regard croisé, les études comparatives, dont celle présentée ici, devraient contribuer aux progrès dans la lutte contre la mortalité dans chacun des pays.

À l'instar de l'ensemble des pays d'Europe occidentale, la France et l'ancienne RFA ont enregistré dans la seconde moitié du XX^e siècle une progression considérable de leur espérance de vie. L'évolution a été très proche dans les deux pays. Entre 1958 et 1997, la vie moyenne s'est accrue chez les hommes de 7,8 ans en France et de 7,9 ans en ex-RFA, passant respectivement de 66,8 à 74,6 ans et de 66,5 à 74,4 ans. Chez les femmes, le gain atteint 9,2 ans et 8,9 ans selon le pays, allant respectivement de 73,1 à 82,3 ans et de 71,6 à 80,5 ans. En 40 ans, les progrès ont été identiques, l'espérance de vie restant égale pour les hommes et plus favorable aux Françaises. Si les espérances de vie de nombreux pays d'Europe occidentale sont convergentes tant pour le sexe masculin que pour le sexe féminin, seules la France et l'ancienne RFA connaissent une

progression identique, ou quasi identique, de l'espérance de vie depuis les dernières années 1950. Le fait est d'autant plus remarquable que les deux pays appartiennent à deux ensembles – latin et germanique – culturellement contrastés.

On considère ici l'ancien territoire de la RFA, tout à la fois pour des raisons pratiques (difficultés de reconstitution de statistiques homogènes antérieures à l'unification) et pour des raisons de fond : les deux territoires allemands ont suivi deux modèles de société foncièrement différents. Aussi, la comparaison a-t-elle porté sur deux pays de type occidental, la France et l'ex-RFA. On a poursuivi l'analyse de la mortalité par âge et par cause jusqu'en 1995 parce que les conditions antérieures à l'unification ont nécessairement prévalu sur l'évolution de la mortalité durant quelques années.

Par-delà la synthèse constituée par l'espérance de vie, qui révèle une identité d'évolution globale en France et en ex-RFA, il faut se demander si ce phénomène se vérifie dans toutes les dimensions de la mortalité, particulièrement suivant l'âge ou la cause de décès. On s'interrogera d'abord sur l'origine de l'interruption de la baisse de la mortalité infantile en ex-RFA de 1968 à 1973. Il conviendra ensuite de vérifier les proximités et les dissemblances relativement à la mortalité par infection, par violence et par les pathologies de dégénérescence. Enfin, seront examinées les différences qui peuvent apparaître entre hommes et femmes lorsque l'on compare la mortalité des deux pays.

I. Observations générales et limites de l'étude

La similitude d'évolution globale de la mortalité dans les deux pays dissimule des variations majeures suivant l'âge (figure 1). Les discordances apparaissent nettement : avant 45 ans chez les hommes, ou avant 30 ans chez les femmes, la mortalité a, depuis 1975, plus baissé en ex-RFA qu'en France, alors qu'au-dessus de 45 ans, c'est en France, et sur l'ensemble de la période, que les progrès ont été les plus importants.

Ce phénomène n'est pas surprenant, puisque l'analyse de l'ensemble européen occidental de 1950 à 1995 montre que l'homogénéisation croissante des vies moyennes s'est, de fait, accompagnée (du moins depuis 1965) d'une relative résistance à la baisse de la mortalité des jeunes en Europe méditerranéenne et des personnes âgées en Europe du Nord (Meslé et Vallin, 2002). On ne peut néanmoins manquer de s'interroger sur son ampleur, alors même que les deux pays connaissaient une homogénéisation grandissante des conditions d'existence de leur population, et une interpénétration croissante de leur organisation politique, économique et sociale.

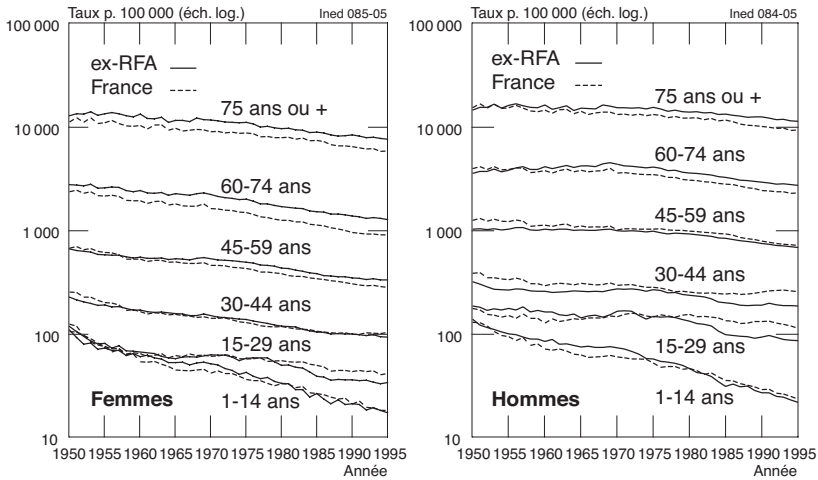


Figure 1. – Taux comparatifs de mortalité toutes causes, selon l'âge et le sexe, en ex-RFA et en France, 1950-1995

Sources : Ex-RFA, WHO Mortality Data Base; France, Inserm et base de données « Les causes de décès en France depuis 1950 », A. Nizard et A. Monnier, Ined.

Indices et sources de données utilisées

La présente étude est limitée aux grands regroupements de causes de décès à 0 an et dans des groupes d'âges étendus. La population-type utilisée pour le calcul des taux comparatifs par intervalles d'âge et tous âges est la population-type européenne, utilisée dans l'annuaire de statistiques sanitaires mondiales publié chaque année par l'OMS jusqu'en 1996. Sept grands groupes de causes de décès, avec quelques subdivisions, sont distingués : maladies infectieuses, de l'appareil respiratoire, tumeurs, maladies cardio-vasculaires, dont vasculaires cérébrales, maladies du système digestif, dont cirrhoses du foie, morts violentes (suicides, accidents de la route et autres morts violentes), sénilité et causes mal définies.

Dans le cas de la France, on se réfère, de 1950 à 1992, aux séries continues de décès par grands groupes de causes reconstituées à l'Ined par A. Monnier et A. Nizard, d'après la statistique des causes de décès de l'Insee (1950-1967) et de l'Inserm (depuis 1968)⁽¹⁾. Ces séries ont été complétées jusqu'à 1995, sur la base des données statistiques de causes médicales de décès publiées annuellement (Inserm, 1995, 1996, 1997).

Pour l'ex-RFA, les sept grands groupes nosologiques ont été constitués d'après la liste détaillée de la classification allemande (révision de

⁽¹⁾ Données publiées sur internet à l'adresse <http://www-deces.ined.fr>

1938) pour la période 1950-1951. Au-delà, nous avons utilisé le fichier informatisé de l'OMS (*WHO Mortality Data Base*), donnant par sexe et par groupes quinquennaux d'âges les décès par cause, selon les listes A des 6^e, 7^e et 8^e révisions de la CIM et selon la liste de base pour la mise en tableau de la 9^e. Pour le traitement des causes de décès, les 8^e et 9^e révisions de la CIM ont été introduites respectivement en 1968 et en 1979 en France comme en ex-RFA. L'adjonction de certaines rubriques détaillées de la CIM, aux groupes de causes que l'on a constitués, n'a pu être faite que pour la période 1952-1995. Pour la période 1953-1967, on ne dispose pas directement de la statistique des décès d'après les listes détaillées des 6^e et 7^e révisions de la CIM; cela a conduit à utiliser une table de correspondance avec le classement détaillé alors en usage en ex-RFA, table de correspondance aimablement communiquée par l'Office fédéral de la statistique.

Une difficulté n'a pu être résolue pour l'ex-RFA, celle des discontinuités de la statistique introduites par les ruptures de la classification des causes de décès (en 1952, en 1968 et en 1979). Une grande cohérence dans l'ensemble des séries constituées peut être néanmoins observée en raison de l'importance des regroupements ici utilisés, avec toutefois deux exceptions : l'une générale en 1952, l'autre spécifique aux maladies cardio-vasculaires en 1968. La faible proportion de décès de cause mal définie en ex-RFA, remarquable dès 1950 – 10 % – et deux fois moindre en 1967 – 5 % – a pour effet d'atténuer l'effet des changements de nomenclatures, surtout pour les grands regroupements de causes. L'annexe 1 présente le contenu des grandes causes retenues sous les diverses classifications.

Les décès de cause inconnue ou mal définie de chaque année civile ont été répartis, suivant l'âge par groupe d'âges quinquennal pour chaque sexe, au prorata des décès de cause définie.

II. Mortalité infantile : évolution plus irrégulière dans l'ancienne RFA qu'en France

La mortalité infantile – mortalité des enfants âgés de moins d'un an – a considérablement baissé en Europe occidentale dans la seconde moitié du xx^e siècle. La France et l'ex-RFA ne font pas exception (figure 2), puisque le taux y a été divisé par 10 de 1950 à 1995, tombant de plus de 50 ‰ à 5 ‰ (respectivement 5,2 et 4,9 en ex-RFA et en France). Très proches en début et fin de période, les deux pays se distinguent néanmoins l'un de l'autre par le profil d'évolution : la baisse ne connaît en France qu'un simple ralentissement au cours des années 1980, alors qu'elle est durablement interrompue en ex-RFA, de 1969 à 1973. Quoique limitée dans le temps, cette interruption fait sentir ses effets jusqu'au

début des années 1980. Arrêtons-nous y quelques instants et examinons l'évolution de chaque composante de la mortalité infantile : mortalité néonatale précoce (0-6 jours), tardive (7-27 jours) et post-néonatale (28-365 jours).

Dans les deux pays, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, la proportion de décès néonataux précoces dans l'ensemble des décès de moins d'un an (figure 3) a été ascendante jusque vers 1970, en raison de la baisse plus rapide de la mortalité infectieuse, ou plus généralement exogène (Bourgeois-Pichat, 1946). À partir des années 1970, la médicalisation de la naissance et les progrès de la médecine périnatale ont mis fin à cette montée : désormais, la baisse de la mortalité néonatale précoce est plus rapide que la diminution des autres composantes de la mortalité infantile. Les deux courbes de la figure 3 inversent leurs parcours après un plateau de quelques années.

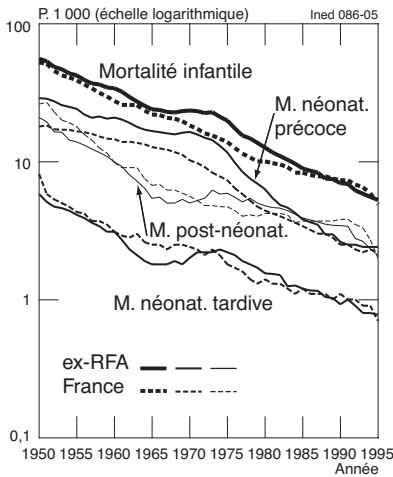


Figure 2. – Taux de mortalité infantile et ses principales composantes en ex-RFA et en France, ensemble des deux sexes, 1950-1995

Sources : Ex-RFA, WHO Mortality Data Base ; France, Inserm et base de données « Les causes de décès en France depuis 1950 », A. Nizard et A. Monnier, Ined.

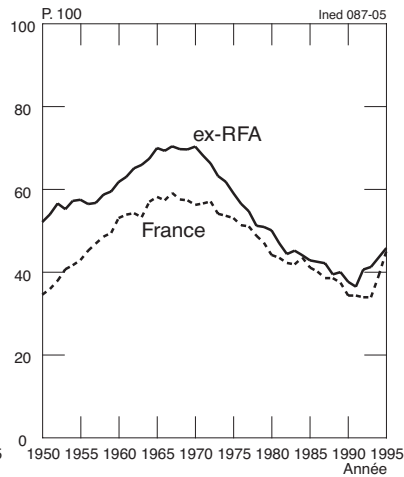


Figure 3. – Proportion des décès survenus dans la période néonatale précoce en ex-RFA et en France, 1950-1995

Cependant, des différences notables apparaissent entre les deux pays. En France, la diminution de la mortalité néonatale précoce s'accroît dès 1968, alors que les baisses des mortalités néonatale tardive et post-néonatale ralentissent. En ex-RFA, en revanche, on observe une diminution ralentie de la mortalité néonatale précoce à partir de 1965, et un brutal arrêt pour les mortalités néonatale tardive et post-néonatale. Dans les

trois cas, le mouvement cède même la place à une hausse, sensible pour la première composante en 1969 et 1970, et plus prononcée pour les deux autres (respectivement de 1968 à 1977 et de 1969 à 1978).

Tout semble donc s'être passé comme si, au changement structurel induit par les nouvelles techniques médicales – tout à fait identique à celui de la France –, s'était juxtaposé en ex-RFA un facteur d'aggravation globale suffisamment puissant pour contrecarrer les progrès réalisés dans la lutte contre la mortalité de la première semaine de vie et accentuer l'effet induit par le report des décès aux âges plus avancés. Selon certains analystes allemands (Rückert, 1972; Höhn, 1978), l'origine de l'interruption du progrès serait à rechercher du côté des nouvelles caractéristiques démographiques des femmes en âge de procréer : augmentation de l'âge moyen des mères à la naissance de leurs enfants, hausse de la proportion des mères célibataires et étrangères. Fondée, cette hypothèse se heurte toutefois au fait que la part relative des naissances hors mariage et de mère étrangère n'a commencé à être significative qu'à partir de 1970. Des simulations précises montrent par ailleurs que l'excès de mortalité induit par ces derniers paramètres atteint seulement 0,3 ‰. Enfin, on peut observer que les nouvelles caractéristiques des naissances ne sont pas spécifiques à la seule ex-RFA, même si l'une d'entre elles – le poids relatif des nouveau-nés de mère étrangère – a augmenté, dans ce pays, plus vite qu'ailleurs, en raison de la baisse particulièrement rapide de la fécondité générale.

Selon toute vraisemblance, d'autres facteurs ont contribué à l'interruption de la baisse de la mortalité infantile de 1969 à 1973. La rupture d'évolution de 1969 survient au moment même où les femmes nées pendant ou après la seconde guerre mondiale arrivent aux âges les plus féconds. Dans un précédent article (Haudidier, 1995), on a pu identifier dans ces mêmes générations un phénomène de fragilisation relative au cours de la période 1960-1990 (résistance à la baisse de la mortalité). De manière plus générale, la rupture s'inscrit dans un contexte de remise en question des valeurs dominantes et de conflit entre les générations. Elle intervient dans le même temps que la chute brutale de la fécondité et l'augmentation spectaculaire, entre 1965 et 1975, de la consommation d'alcool dans les générations féminines allemandes les plus jeunes. La figure 4, comparant la mortalité par cirrhoses au-delà de 40 ans, illustre en partie ce dernier phénomène et montre le contraste d'évolution entre générations allemandes et françaises.

En définitive, il semble que l'interruption brutale de la baisse de la mortalité infantile en ex-RFA puisse être mise en relation avec l'état de santé d'une partie des femmes en âge de procréer et avec la consommation croissante d'alcool dans les nouvelles générations. La figure 5 révèle que, pour l'essentiel, l'interruption de la baisse de la mortalité infantile est causée par les affections périnatales et les anomalies congénitales, très liées à la santé de la mère. Parmi les affections périnatales, celles qui accompagnent souvent la prématurité semblent avoir joué un rôle de pre-

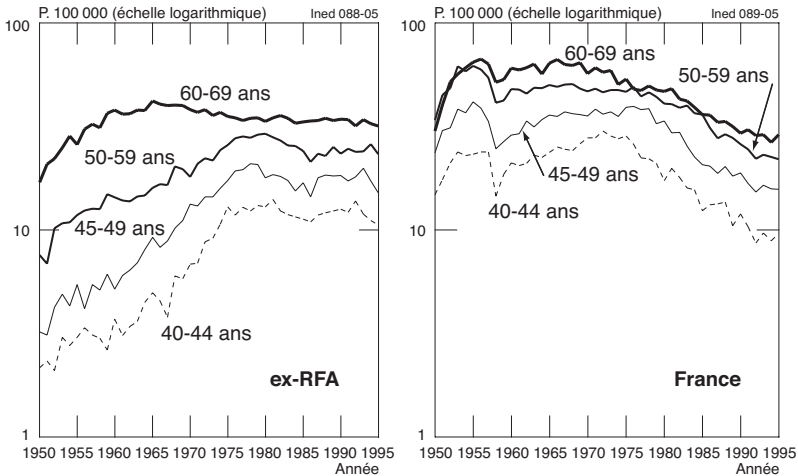


Figure 4. – Taux féminins de mortalité par cirrhoses, selon l'âge en ex-RFA et en France, 1950-1995

Sources : Ex-RFA, WHO Mortality Data Base ; France, Inserm et base de données « Les causes de décès en France depuis 1950 », A. Nizard et A. Monnier, Ined.

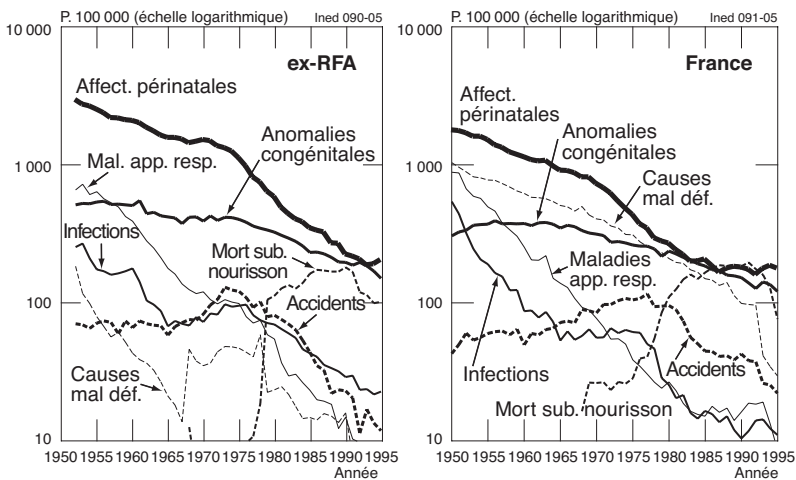


Figure 5. – Évolution des principales causes de décès des enfants de moins d'un an en ex-RFA et en France, ensemble des deux sexes, 1950-1995

Sources : Ex-RFA, WHO Mortality Data Base ; France, Inserm et base de données « Les causes de décès en France depuis 1950 », A. Nizard et A. Monnier, Ined.

mier plan (Leutner, 1976). Le lien de la prématurité avec la consommation d'alcool et de tabac de la mère est bien connu.

La rupture d'évolution de la mortalité infantile s'observe également en Autriche, autre pays de culture germanique, mais non pas dans l'ancienne RDA. Les Autrichiennes semblent avoir partagé le même sort que les Allemandes de l'Ouest, alors que les ressortissantes de RDA paraissent avoir évité un conflit de génération majeur.

III. Évolution comparée des différentes pathologies

La différenciation croissante des structures française et allemande de mortalité par âge s'accompagne d'une évolution également distincte de la mortalité suivant la cause. Cela apparaît sur la figure 6 qui présente, pour les différents groupes de causes de décès et pour chaque sexe, la valeur indiciaire des taux comparatifs allemands tous âges, en prenant comme base 100 les taux français correspondants.

Envisagée dans son ensemble, la figure 6 indique, pour les deux sexes, une grande hétérogénéité des évolutions par cause. À la forte augmentation de surmortalité relative de l'ex-RFA pour les maladies cardiovasculaires sur l'ensemble de la période, s'oppose, depuis le début des années 1970, l'amplification de l'avantage allemand pour les morts violentes et les infections. En revanche, les maladies de l'appareil digestif et les maladies de l'appareil respiratoire (non représentées ici) différencient peu les deux pays. Quant aux tumeurs, en dépit de l'apparition d'un avantage chez les hommes allemands, et de la permanence de la sous-mortalité des Françaises, elles ne forment qu'un élément second de différenciation de la mortalité générale entre les deux pays. L'analyse de leur évolution ne peut toutefois être négligée, dans la mesure où elles sont – avec les maladies cardio-vasculaires et les cirrhoses – une partie essentielle des différences de mortalité selon le genre entre les deux pays. On examinera successivement les infections, les morts violentes, les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs et les cirrhoses.

1. *Infections : l'excès de mortalité française*

L'excès de mortalité française par infections n'est pas un phénomène nouveau, puisqu'on l'observe dès 1950 à tous les âges et pour les deux sexes (figure 7). Cette surmortalité française a diminué jusqu'à disparaître dans les années 1960, du fait du ralentissement de la baisse de la mortalité allemande. Elle réapparaît au début des années 1970 et ne cesse de s'accroître depuis (sauf au-delà de 60 ans, où elle atteint un maximum au début des années 1980).

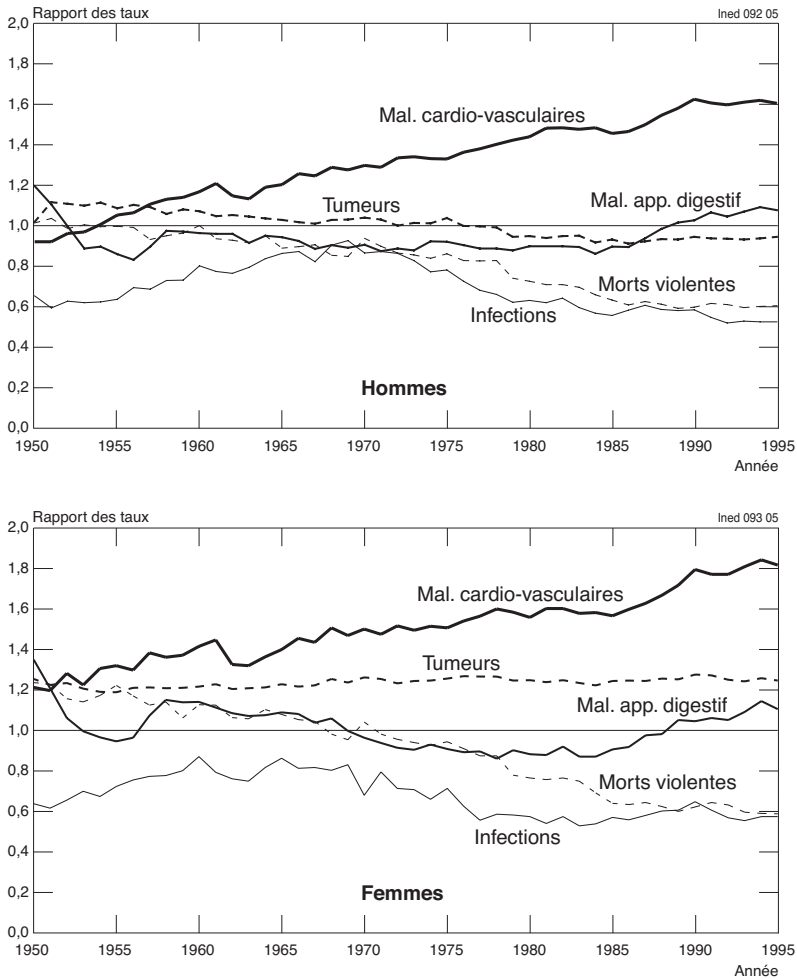


Figure 6. – Rapport des taux comparatifs de mortalité ex-RFA/France (tous âges), selon la cause de décès et le sexe, 1950-1995

Sources : Ex-RFA, WHO Mortality Data Base; France, Inserm et base de données « Les causes de décès en France depuis 1950 », A. Nizard et A. Monnier, Ined.

Cette résurgence de la surmortalité infectieuse des hommes en France à partir des années 1970 se distingue suivant l'âge. À 60 ans et plus, elle est surtout due au ralentissement de la baisse de la mortalité infectieuse en France, plus prononcé qu'Outre-Rhin. Aux âges inférieurs, la surmortalité française s'accroît plus tard, à partir de 1983 : on observe

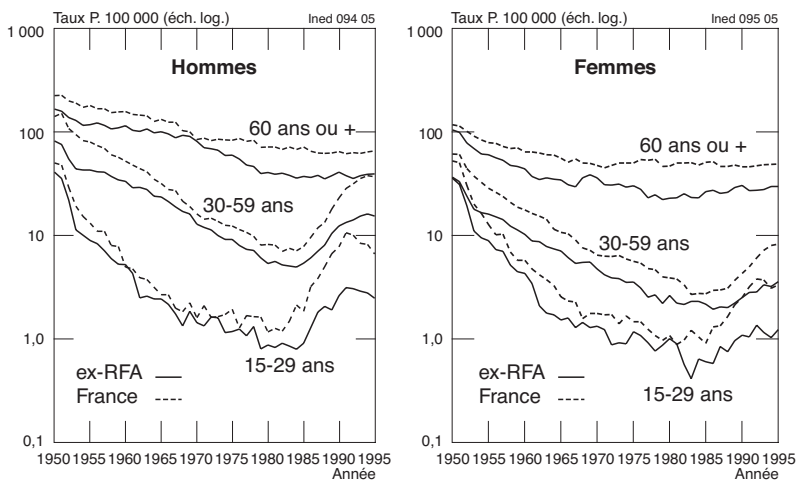


Figure 7. – Taux comparatifs de mortalité par infections, selon l'âge et le sexe, en ex-RFA et en France, 1950-1995

Sources : Ex-RFA, WHO Mortality Data Base; France, Inserm et base de données « Les causes de décès en France depuis 1950 », A. Nizard et A. Monnier, Ined.

alors une remontée des risques dans les deux pays, mais elle est supérieure en France. Les deux schémas d'évolution, au-dessus et au-dessous de 60 ans, renvoient à des phénomènes de nature très différente.

Le premier, au-dessus de 60 ans, est induit par la résistance à la baisse des maladies infectieuses non précisées, mais aussi par l'augmentation de la mortalité provoquée par certaines affections, telle la septicémie. L'incidence défavorable de cet ensemble pathologique résulte probablement de nouveaux facteurs entraînant une plus grande létalité (notamment, apparition et diffusion de bactéries plus résistantes et infections nosocomiales). Corollairement, le fait que la résistance à la baisse soit plus tardive en ex-RFA est peut-être lié à un respect plus strict des règles d'hygiène dans les établissements de soins allemands et à une utilisation beaucoup moins massive de l'antibiothérapie.

Au-dessous de 60 ans, l'émergence de l'épidémie du sida explique tout à la fois la vive remontée du taux comparatif de mortalité des hommes dans les deux pays et l'aggravation considérable de la surmortalité française. Dans cet intervalle d'âges, cette pathologie domine en effet de plus en plus l'ensemble infectieux⁽²⁾ et son incidence est beaucoup plus élevée en France qu'en ex-RFA⁽³⁾. Sans remettre en cause la surmortalité

⁽²⁾ En 1994, le sida représentait dans ce groupe d'âges, respectivement en France et en ex-RFA, 85 % et 73 % du total de la mortalité infectieuse.

⁽³⁾ En 1994, le taux comparatif de mortalité dû au sida s'élevait chez les hommes à 30,4 pour 100 000 habitants en France contre 11,5 en ex-RFA.

par sida en France, on ne peut exclure, dans la tranche d'âges 15-29 ans, l'hypothèse d'une sous-estimation de la mortalité allemande, elle-même due à une sous-déclaration des décès dus au sida. On note en effet, en 1988, un décrochage suspect de la courbe allemande associée aux infections, auquel correspond une augmentation brutale des décès enregistrés dans les rubriques 304 et 305 de la liste détaillée de la CIM (pharmacodépendance et abus de drogue chez une personne non dépendante). L'excès de mortalité française par sida doit être imputé à des comportements individuels à risques, plus fréquents qu'en ex-RFA, plutôt qu'à d'autres facteurs, telles les défaillances d'organisation sanitaire du pays.

L'évolution de la mortalité infectieuse des femmes dans les deux pays est évidemment parallèle à celle des hommes, tout en étant moins prononcée. Cependant, en raison même de la précocité de la mortalité par sida des femmes, et de la moindre mortalité Outre-Rhin, le risque de décès infectieux à 15-29 ans en France devient supérieur à celui de l'ex-RFA à 30-59 ans vers la fin de la période d'observation.

2. Morts violentes : ***les multiples aspects de la divergence franco-allemande***

La violence est la cause qui a évolué de la manière la plus défavorable à la France sur l'ensemble de la période. Les taux comparatifs des deux sexes sont peu différents d'un pays à l'autre en 1950. Mais au terme d'une période de près de cinquante ans, la mortalité française par morts violentes représente presque le double de celle de l'ex-RFA tant pour les hommes que pour les femmes. Comme le montre clairement la figure 8, l'écart entre les deux pays se creuse surtout à partir du début des années 1970, avec le retournement de tendance de la mortalité violente. Les diverses composantes de l'ensemble (accidents de la route, suicides et autres morts violentes) ont contribué au phénomène.

Accidents de la route

L'évolution de la mortalité routière suit de près — mais avec de plus grandes fluctuations — le schéma général : augmentation importante et presque identique des risques de décès en ex-RFA et en France au cours des deux premières décennies (si l'on met à part les trois premières années de hausse considérable en France), suivie d'une forte baisse, à la faveur du premier choc pétrolier et des premières mesures de prévention routière, plus prononcée en ex-RFA qu'en France. Jusqu'en 1970, la mortalité routière est dans les deux pays l'unique cause d'augmentation de la mortalité violente chez les hommes, et la principale chez les femmes ; elle devient ensuite une source de divergence entre les deux pays. En fin de période, l'écart est tel que la France enregistre (pour une population sensiblement inférieure) 8 000 tués par an contre seulement 6 000 en ex-RFA.

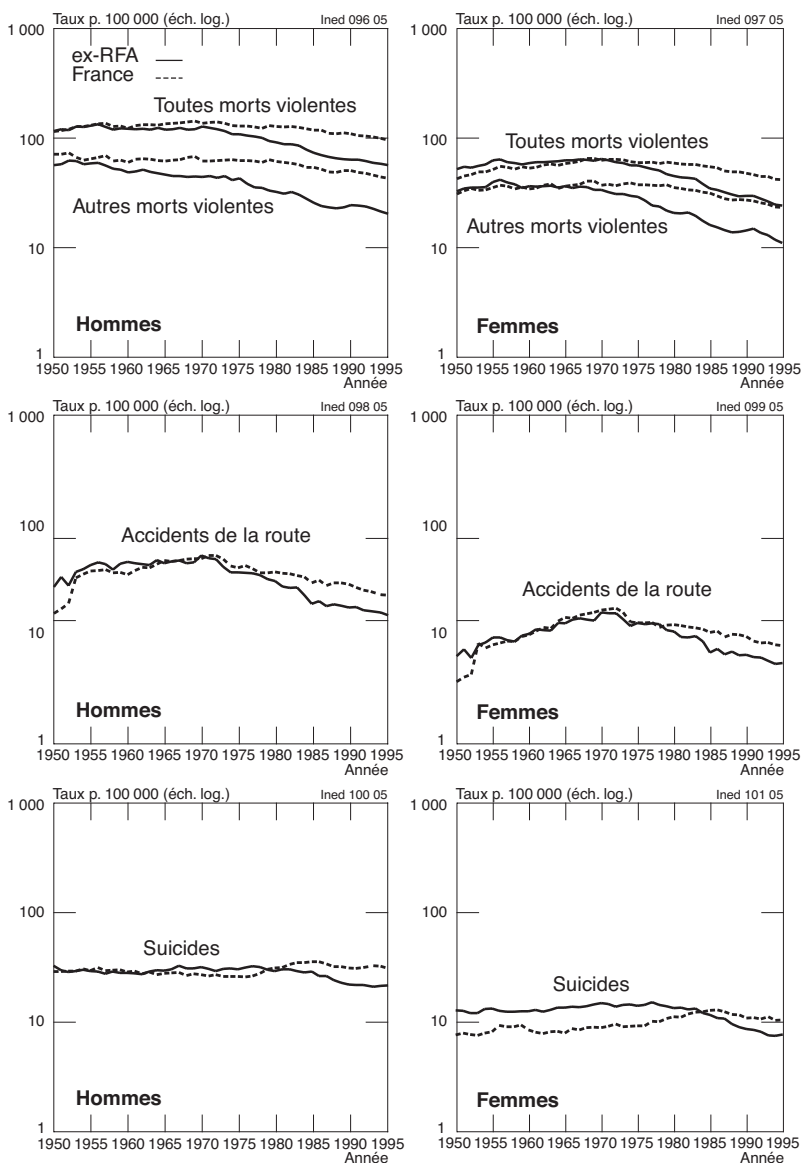


Figure 8. – Taux comparatifs de mortalité violente (tous âges), selon le sexe et les principales composantes, en ex-RFA et en France, 1950-1995

Sources : ex-RFA, WHO Mortality Data Base ; France, Inserm et base de données « Les causes de décès en France depuis 1950 », A. Nizard et A. Monnier, Ined.

Comment expliquer un bilan aussi accablant pour le premier pays, alors qu'il a adopté au cours de la même période des réglementations très proches, voire plus sévères que son voisin d'Outre-Rhin⁽⁴⁾ ? Certains maux propres à la France sont bien identifiés. Il s'agit tout d'abord de l'alcool au volant, responsable du tiers des accidents mortels⁽⁵⁾. Après avoir sensiblement baissé, cette proportion n'a pas varié en France depuis 1980, alors qu'elle est passée en ex-RFA de 21 % en 1975 à 14 % en 1998. Cette situation est d'autant plus paradoxale que la tendance à la convergence de la consommation d'alcool entre les deux pays s'est poursuivie depuis les années 1960 (baisse sensible de la consommation en France, augmentation en ex-RFA).

D'autres maux sont moins visibles mais s'avèrent à terme tout aussi redoutables : le non-respect généralisé des lois et règlements et, son corollaire, le laxisme sinon l'arbitraire dans la répression de la délinquance routière⁽⁶⁾. Des preuves précises manquent pour affirmer qu'il en va autrement en ex-RFA. On remarque toutefois que les lois les plus importantes édictées dans ce pays en matière de prévention routière en 1973, 1974 et 1984 ont eu sur la baisse de la mortalité une incidence beaucoup plus immédiate et importante que leurs homologues françaises (figure 8).

Suicides

De manière générale, l'analyse comparative de la mortalité par suicide se heurte au fait que les données ne sont pas strictement comparables, en raison des pratiques d'enregistrement propres à chaque pays, et de la part plus ou moins importante de la dissimulation. Dans le cas de la France et de l'ex-RFA, l'observation prend tout son sens, puisque les traditions religieuses dominantes ont modelé des attitudes et comportements différents⁽⁷⁾.

Par-delà la précédente réserve, il reste que, globalement, les taux comparatifs sont identiques chez les hommes jusqu'à la fin des années 1970, tandis qu'ils sont supérieurs de moitié en ex-RFA chez les femmes (figure 8). Dans les années 1980 et 1990, les taux comparatifs deviennent supérieurs en France, avec une différence grandissante, tant pour les

⁽⁴⁾ À l'exception notable du permis à points (juillet 1992 et mai 1974), les principaux dispositifs de sécurité routière ont été mis en place plus tôt en France qu'en ex-RFA : respectivement juillet 1970 et juillet 1973 pour le contrôle de l'alcoolémie, juillet 1973 et août 1984 pour le port obligatoire de la ceinture de sécurité. La limitation de la vitesse maximale à 130 km/h sur autoroute a été instaurée dans les deux pays en 1974. Elle est obligatoire en France et seulement conseillée en ex-RFA, mais il n'est pas sûr que la pratique des deux pays soit très différente.

⁽⁵⁾ Même si la comparabilité des définitions d'accidents liés à l'alcool est douteuse, la différence de niveau et d'évolution entre les deux pays semble peu discutable.

⁽⁶⁾ On estimait, à la fin des années 1990, qu'en France environ 50 % des procès verbaux d'infraction restaient sans suite.

⁽⁷⁾ En contraste avec la France de tradition dominante catholique, l'ex-RFA – influencée par l'esprit de la Réforme – est depuis longtemps déjà tolérante vis-à-vis du suicide. Le taux de dissimulation y est selon toute vraisemblance (du moins dans les deux premières décennies) bien moindre qu'en France, notamment chez les jeunes.

hommes que pour les femmes, en raison tout à la fois de la montée des taux en France et de leur baisse en ex-RFA. Cette double évolution porte en 1995 le taux comparatif français à quelque 40 % au-dessus de celui de son voisin d'Outre-Rhin pour chacun des deux sexes.

Pour tenter d'appréhender les caractères de l'évolution contrastée dans les deux pays, on distinguera les âges (figure 9, tableau 1). D'emblée,

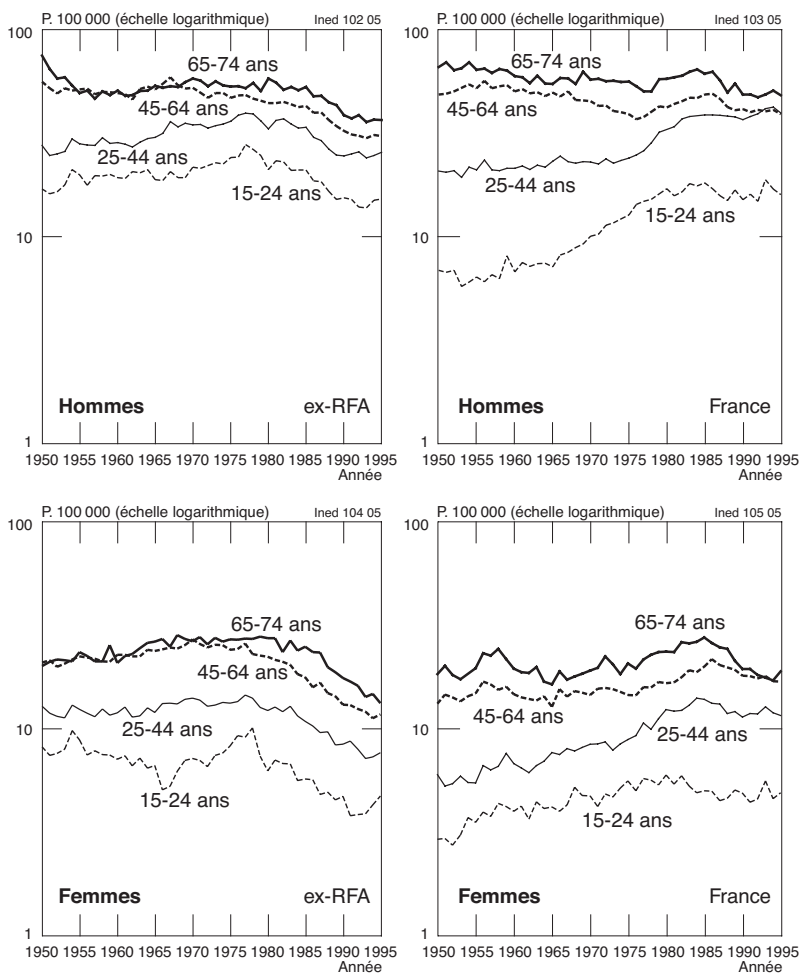


Figure 9.– Taux comparatifs de mortalité par suicide, selon l'âge et le sexe, en ex-RFA et en France, 1950-1995

Sources : ex-RFA, WHO Mortality Data Base; France, Inserm et base de données « Les causes de décès en France depuis 1950 », A. Nizard et A. Monnier, Ined.

dans les années 1950, la mortalité par suicide apparaît beaucoup plus élevée en ex-RFA avant 35 ans chez les hommes, et jusqu'à 55 ou 60 ans chez les femmes. Au terme d'une augmentation relative des suicides des jeunes et des adultes beaucoup plus importante en France jusqu'en 1975-1979, l'écart entre les deux pays se réduit : le rapprochement est considérable chez les hommes à 15-24 ans, et reste sensible à 25-34 ans. Chez les femmes, le rapprochement des taux est vérifié avant 45 ans, mais on ne l'observe guère au-dessus de 45 ans.

L'augmentation considérable de la suicidité des jeunes Français semble due au bouleversement des valeurs traditionnelles survenu au cours des années 1960-1970, qui se manifeste particulièrement dans les générations du *baby-boom* (Surault, 1995). Cet effet semble plus modéré en ex-RFA, probablement parce que la suicidité des jeunes et des adultes était déjà très élevée.

TABLEAU 1. – SUICIDES EN EX-RFA ET EN FRANCE EN 1955-1959, 1975-1979 ET 1990-1994 : TAUX COMPARATIF* DE MORTALITÉ PAR SEXE ET ÂGE (POUR 100 000) ET RAPPORT DES TAUX COMPARATIFS EX-RFA/FRANCE (EN %)

Âge	Taux comparatif* de mortalité par sexe et âge (pour 100 000)					
	1955-1959		1975-1979		1990-1994	
	ex-RFA	France	ex-RFA	France	ex-RFA	France
Sexe masculin						
15-24 ans	18,5	6,7	24,1	14,7	14,0	16,5
25-34 ans	24,2	16,5	32,8	24,3	22,3	35,9
35-44 ans	29,4	27,0	38,7	30,3	24,8	44,2
45-54 ans	45,0	48,4	44,2	38,2	28,4	42,5
55-64 ans	50,2	61,8	44,0	41,7	30,6	39,4
65-74 ans	46,0	64,6	49,6	54,2	35,3	49,3
Sexe féminin						
15-24 ans	7,8	4,0	8,8	5,4	4,1	4,8
25-34 ans	9,9	5,3	11,8	8,9	7,2	9,9
35-44 ans	14,1	7,6	15,8	11,0	8,7	13,8
45-54 ans	20,9	13,4	22,4	13,4	12,1	17,1
55-64 ans	22,9	18,6	26,3	17,9	12,8	18,0
65-74 ans	22,8	22,1	27,4	21,4	16,0	18,2
Âge	Rapport des taux comparatifs ex-RFA/France (en %)					
	Sexe masculin			Sexe féminin		
	1955-1959	1975-1979	1990-1994	1955-1959	1975-1979	1990-1994
15-24 ans	275	164	85	195	163	85
25-34 ans	147	135	62	187	133	73
35-44 ans	109	128	56	186	144	63
45-54 ans	93	116	67	156	167	71
55-64 ans	81	106	78	123	147	71
65-74 ans	71	92	72	103	128	88

* D'après la population-type européenne anciennement utilisée par l'OMS.

Sources : base de données sur les causes de décès en France sur le serveur Ined, d'après la statistique des causes de décès établie par l'Insee (1950-1967) et par l'Inserm (depuis 1968). Pour l'ex-RFA, données publiées par l'Office fédéral allemand de la statistique.

La seconde période 1975-1995 oppose clairement la baisse très nette de la suicidité dans l'ensemble des groupes d'âges en ex-RFA et sa forte hausse en France, notamment de 25 à 44 ans chez les hommes et de 35 à 54 ans chez les femmes. Côté français, un lien étroit a été mis au jour entre, d'une part, la montée en force du chômage, et de l'autre, l'augmentation des comportements suicidaires (Nizard, 1998). Pourquoi n'en retrouve-t-on aucune trace en ex-RFA, alors même que le marché du travail s'y est depuis le début des années 1970 tout autant dégradé⁽⁸⁾ (sauf chez les jeunes 15-24 ans) ? Force est ici de constater que de nombreux autres facteurs influent sur le comportement suicidaire et que la corrélation entre chômage et suicides n'a valeur de causalité que dans un contexte socioculturel bien déterminé.

Autres morts violentes

Quoique leur part relative ait sensiblement diminué sur l'ensemble de la période, les morts violentes autres que celles précédemment décrites représentent encore en 1995 environ 50 % de l'ensemble dans les deux pays. Aussi, jouent-elles un rôle prépondérant dans l'évolution globale de la mortalité par traumatisme dans chaque pays, et conséquemment dans l'écart croissant de la mortalité traumatique entre les deux pays. En ex-RFA comme en France, les autres morts violentes, essentiellement constituées de décès par accidents hors circulation, sont tendanciellement en déclin depuis les années 1950, mais la pente est beaucoup plus prononcée dans le premier pays. Cette situation témoigne, sans doute, d'une prévention des accidents plus efficace en ex-RFA. Cependant, une heureuse exception doit être signalée : au-dessous de 10 ans, dans les années 1990, les morts violentes ne sont guère supérieures en France.

3. Maladies cardio-vasculaires : avantage croissant pour la France

À l'inverse des infections et des morts violentes, la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires évolue de manière beaucoup plus favorable en France qu'en ex-RFA. Le phénomène n'est pas inattendu, puisque la France occupe, relativement à cette pathologie, une position privilégiée en Europe. La divergence d'évolution entre les deux pays a été continue depuis 1950, creusant un écart croissant (figure 10).

Chez les hommes, on passe d'une situation proche de l'égalité en 1950 à un excès de mortalité allemande de plus de 70 % en 1995. Cet écart est déterminé par l'évolution contrastée entre les deux pays des taux par « autres maladies cardio-vasculaires » (lesquelles comprennent les mala-

⁽⁸⁾ Le taux de chômage allemand (sexes réunis), proche de 1 % de la population active en 1970, atteint respectivement en 1975, 1985 et 1996, 5,1 %, 9,3 % et 10,1 %, soit des chiffres comparables (voire supérieurs) à ceux que l'on observe en France.

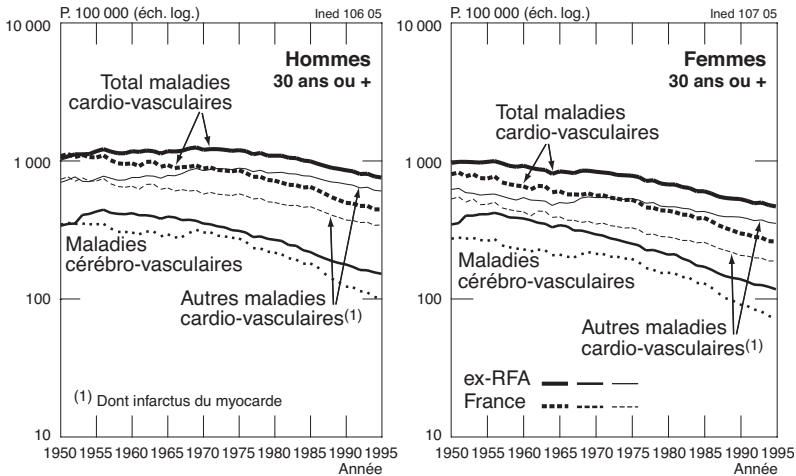


Figure 10. – Taux comparatifs de mortalité cardio-vasculaire 30 ans ou plus, selon le sexe et les principales composantes, en ex-RFA et en France, 1950-1995

Sources : Ex-RFA, WHO Mortality Data Base ; France, Inserm et base de données « Les causes de décès en France depuis 1950 », A. Nizard et A. Monnier, Ined.

dies du cœur) : la baisse est forte et ininterrompue en France, alors qu'elle est seulement modérée en ex-RFA et, surtout, précédée d'un mouvement de hausse jusqu'au milieu des années 1970. Quant à la mortalité cérébro-vasculaire, elle part d'un niveau nettement plus élevé en ex-RFA⁽⁹⁾, mais la baisse est similaire dans les deux pays. L'accélération du progrès, observée à partir des années 1970, est plus prononcée en France.

Chez les femmes, pour l'ensemble de la mortalité cardio-vasculaire, la divergence est tout aussi importante que chez les hommes, en dépit d'une évolution générale nettement plus favorable au sexe féminin dans les deux pays. La mortalité allemande étant dès le départ supérieure à celle de la France, l'écart relatif entre les deux pays est, en fin de période, encore plus important que chez les hommes : en 1995, tous âges, la surmortalité cardio-vasculaire allemande atteint 80 % chez les femmes, contre seulement 60 % chez les hommes.

S'agissant des autres maladies cardio-vasculaires, le saut brutal de la courbe allemande en 1968-1970 n'est peut-être qu'un artefact statistique. Il peut être dû à la forte réduction du nombre de décès attribués à la sénilité, consécutive à l'amélioration de la qualité de déclaration des causes de décès, lors de la mise en œuvre de la 8^e révision de la CIM.

⁽⁹⁾ Si l'on fait abstraction des années 1950-1952 pour lesquelles le regroupement des causes de décès effectué sur la base de la classification allemande de 1938 sous-estime fortement les décès dus aux maladies cérébro-vasculaires.

L'ampleur de la divergence franco-allemande conduit à se demander si elle ne résulte pas en partie de pratiques différenciées dans la déclaration et la certification des causes de décès. La comparaison de la mortalité cardio-vasculaire entre différents pays européens (OMS, 1973) infirme en grande partie cette hypothèse. Elle relève en effet une forte proximité des pratiques de codage française et allemande en matière de cardiopathies ischémiques, pathologie dominante de l'ensemble. On note seulement une plus forte propension à déclarer les « autres cardiopathies » en France et les maladies hypertensives en ex-RFA.

Peut-on, dès lors, imputer la divergence franco-allemande aux seuls facteurs de susceptibilité individuelle (obésité, hypercholestérolémie, diabète de type 2, hypertension artérielle) et de risque (tabagisme, sédentarité, déséquilibre nutritionnel) habituellement mis en cause dans la genèse des maladies cardio-vasculaires ? Les indices de masse corporelle (tableau 2) et la forte prévalence de l'hypercholestérolémie et de l'hypertension en Allemagne en 1995⁽¹⁰⁾ (respectivement 80 % et 30 %) suggèrent une prédisposition de la population germanique aux pathologies cardio-vasculaires, qui pourrait, elle-même, résulter d'une plus grande propension à la sédentarité (tableau 3), et peut-être également d'une consommation élevée de tabac. Les indicateurs de consommation alimentaire sont, en revanche, curieusement plutôt défavorables à la France, puisque aussi bien le nombre moyen de calories consommées par personne et par jour que la part des graisses saturées dans l'ensemble des acides gras excèdent ceux que l'on observe Outre-Rhin (tableau 4). Il est possible que ces indicateurs

TABLEAU 2.— INDICES DE MASSE CORPORELLE (IMC) EN RFA ET EN FRANCE EN 1995

	Indice de masse corporelle (IMC) (en % de la population)									
	Insuffisance pondérale grave		Insuffisance pondérale		IMC normal		Obésité		Obésité grave	
	RFA	France	RFA	France	RFA	France	RFA	France	RFA	France
Hommes	0,4	0,6	1,8	5,4	69,1	72,9	23,2	16,5	5,4	4,6
Femmes	1,9	4,6	8,9	20,5	71,1	59,7	15,1	10,4	3,8	4,4

Source : Eurostat, Chiffres clés sur la santé, 2000.

TABLEAU 3.— INDICES DE SÉDENTARITÉ EN 1997, EN RFA ET EN FRANCE, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION

Niveau d'instruction	RFA	France
Primaire	14,0	2,2
Secondaire	8,2	1,1
Supérieur	4,3	1,0

NB : La propension à la sédentarité est d'autant plus forte que l'indice est élevé.

Source : Eurostat, Chiffres clés sur la santé, 2000.

⁽¹⁰⁾ Chiffres pour l'Allemagne réunifiée; nous ne disposons malheureusement pas des données correspondantes pour la France

ne soient pas tout à fait comparables, ou encore qu'ils ne soient pas en mesure de rendre compte de l'ensemble des facteurs nutritionnels.

Les données relatives à la consommation d'alcool sont, elles aussi, d'interprétation délicate (tableau 4) : après un mouvement opposé de hausse temporaire en ex-RFA et de baisse en France, qui n'est certainement pas étranger à l'évolution plus favorable de la mortalité cardio-vasculaire dans ce dernier pays, on observe, en 1990, des consommations moyennes qui sont voisines dans les deux cas, mais il semble que l'effet nocif soit supérieur en ex-RFA. Il faut, en effet, prendre en considération le type et le mode de consommation dans chacun des pays : consommation dominante plutôt modérée, de vin pendant les repas en France ; consommation plutôt excessive de bière et, en second lieu, de vin, en dehors des repas en ex-RFA.

TABLEAU 4. – INDICATEURS DE CONSOMMATION ALIMENTAIRE EN EX-RFA ET EN FRANCE

Indicateurs de consommation alimentaire	ex-RFA	France
Nombre moyen de calories (par personne et par jour)*		
1970	3166,1	3300,4
1995	3396,5	3535,7
Proportion des lipides dans la consommation énergétique totale des adultes (y compris alcool)	38,8	37,0
Part des graisses saturées dans l'ensemble des acides gras	42,0	48,0
Consommation par personne et par an d'alcool (en décalitres d'alcool pur)		
1970	11,7	16,7
1980	12,8	16,0
1990	11,8	13,2
* Les apports alimentaires recommandés sont d'environ 2 900 kilocalories (hommes de 25-50 ans, d'environ 176 centimètres et 79 kilos) et de 2 200 kilocalories pour les femmes (de 25-50 ans, d'environ 163 centimètres et 63 kilos). Selon les recommandations de certains organismes de nutrition, les graisses saturées, néfastes à la santé, ne devraient pas représenter plus de 30 à 33 % de l'apport énergétique procuré par l'ensemble des acides gras.		
Sources : France. Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). Enquête de consommation alimentaire individuelle (ASPCC, 1994) et enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires (enquête INCA, 1999); ancienne RFA. <i>Nutrition Survey and Risk Factor Analysis Study in West Germany 1987-1988</i> (VERA).		

On doit, en définitive, constater qu'aucune relation simple de cause à effet ne peut être établie entre les indicateurs de consommation alimentaire dont nous disposons et les niveaux de mortalité cardio-vasculaire. Reste que, dans le clivage opposant les pays méditerranéens, à faible mortalité coronarienne, aux pays septentrionaux (figure 11), la responsabilité du régime alimentaire – parmi d'autres consommations ou facteurs culturels – ne fait aucun doute (Keys, 1986 ; Kuschi *et al.*, 1995), et que, dans le gradient Nord/Sud, l'ex-RFA et la France occupent une position conforme à leur situation géographique.

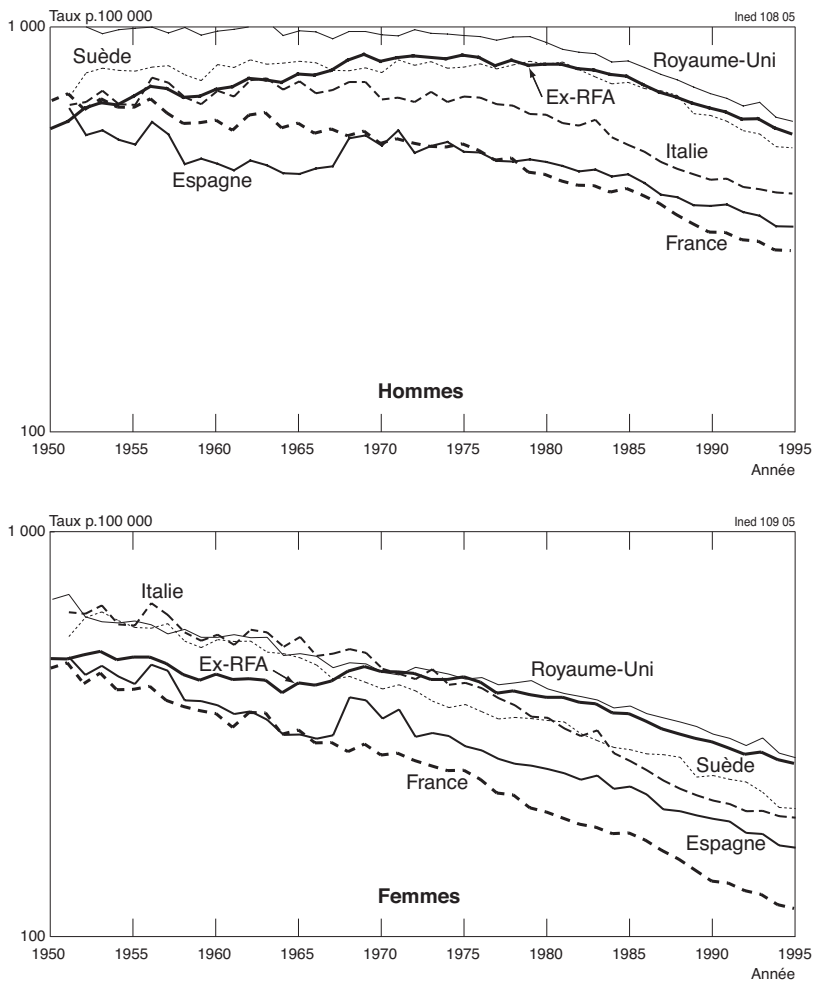


Figure 11.— Taux comparatifs de mortalité par maladie du cœur (40-84 ans), selon le sexe, dans différents pays européens, 1950-1995

Sources : base de données OMS (WHO Mortality Data Base), pour l'Espagne, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suède.

4. Tumeurs et cirrhoses : différenciation sexuée de la mortalité en ex-RFA et en France

Hormis les maladies cardio-vasculaires, deux causes de décès présentent une forte différenciation entre les deux pays selon le genre, soit de niveau pour les tumeurs, soit d'évolution pour les cirrhoses.

Mortalité par tumeurs : globalement peu différenciée pour les hommes et désavantageuse pour les femmes allemandes

Dans l'échelle des mortalités tumorales en Europe occidentale, l'ancienne RFA est parmi les pays à haute mortalité, tant pour les hommes que pour les femmes, tandis que la France est tout à la fois un pays à haute mortalité pour les hommes et à basse mortalité pour les femmes. Les figures 12a et 12b tracent l'évolution des taux comparatifs pour l'ensemble des tumeurs et pour les principaux sites.

Chez les hommes, dans les années 1950, l'égalité globale des mortalités entre les deux pays (figure 12a) ne se retrouve guère au niveau des localisations (figure 12b), exception faite des « autres localisations » : les tumeurs aérodigestives sont maximales en France, ce qui contraste avec

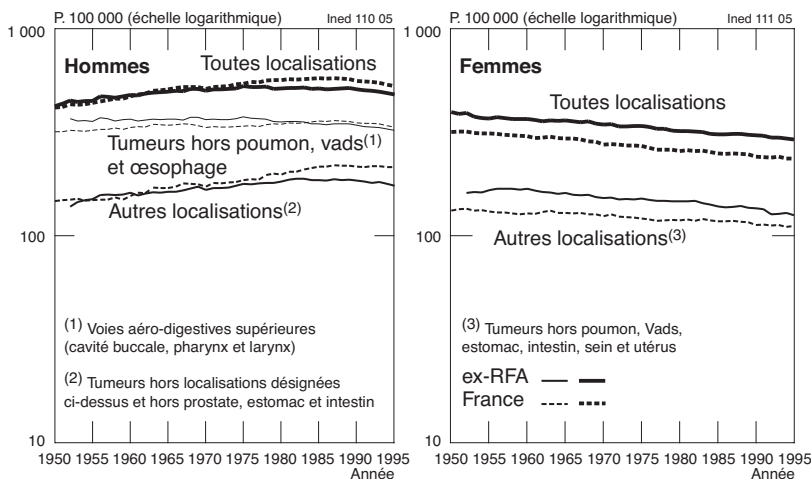


Figure 12a. – Taux comparatifs de mortalité par tumeurs 30 ans ou plus, selon le sexe, en ex-RFA et en France, 1950-1995

Sources : Ex-RFA, WHO Mortality Data Base ; France, Inserm et base de données « Les causes de décès en France depuis 1950 », A. Nizard et A. Monnier, Ined.

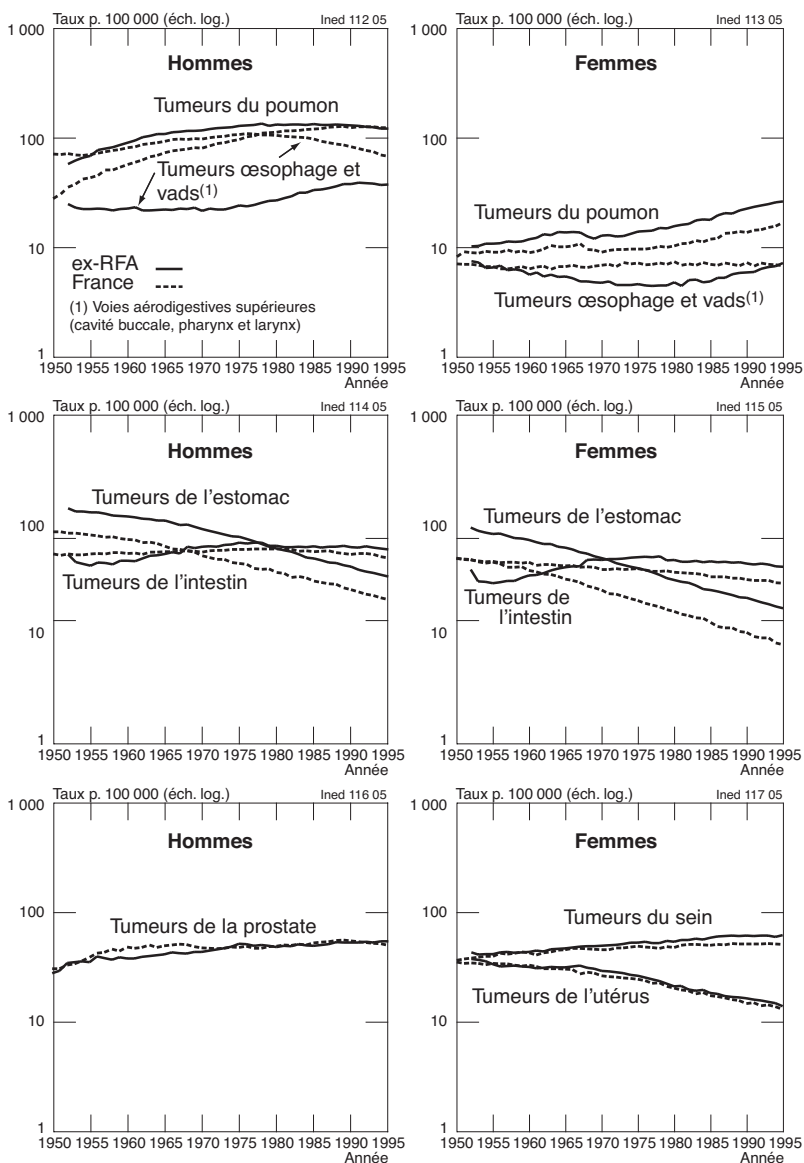


Figure 12b. – Taux comparatifs de mortalité par tumeurs 30 ans ou plus, selon la localisation et le sexe, en ex-RFA et en France, 1950-1995

Sources : ex-RFA, WHO Mortality Data Base ; France, Inserm et base de données « Les causes de décès en France depuis 1950 », A. Nizard et A. Monnier, Ined.

les cancers du poumon, de l'estomac et de l'intestin⁽¹¹⁾, nettement plus élevés en ex-RFA. Cet équilibre est progressivement rompu à l'avantage de l'ex-RFA, en raison du poids déclinant des tumeurs de l'estomac et de la hausse nettement plus prononcée en France de la mortalité associée aux tumeurs du poumon – qui rejoignent les taux en ex-RFA – et des « autres localisations » – dont la mortalité devient supérieure en France dès les années 1960. Ces phénomènes conduisent à l'émergence d'un excès de mortalité tumorale française d'environ 10 % à partir de la fin des années 1970, en dépit de la rapide réduction de la surmortalité française pour les voies aérodigestives supérieures.

En fait, globalement, hors des tumeurs du poumon, des voies aérodigestives et de l'œsophage, la mortalité tumorale masculine n'a guère augmenté en France et en ex-RFA, malgré l'incidence de l'éthylotabagisme sur les autres localisations (pancréas, rein, vessie, etc.) (figure 12a).

Le schéma d'évolution féminin est, dès les années 1950, différent de celui des hommes. Il est caractérisé par un excès de mortalité allemande de plus de 20 %, imputable à l'ensemble des sites, à l'exception des voies aérodigestives supérieures. En dépit d'une évolution générale beaucoup plus favorable – baisse régulière due au poids dominant des « autres localisations » –, l'écart entre les deux pays se maintient jusqu'à la fin de la période d'observation.

L'avantage relatif des femmes françaises pour les cancers de l'estomac et de l'intestin, supérieur à celui des hommes français (relativement à l'ex-RFA, sous-mortalité respective de 35 % et de 25 %) n'est pas inattendu. Il s'explique par l'importance du facteur nutritionnel⁽¹²⁾ : les femmes étant de manière générale plus attentives que les hommes aux besoins réels de leur corps, il est probable que les Françaises ont encore bénéficié que leurs compatriotes masculins des avantages d'un régime alimentaire plus équilibré.

On constate en revanche que les femmes allemandes sont bien moins placées que les hommes allemands (comparativement à la France), vis-à-vis des tumeurs associées à l'éthylotabagisme : poumon à partir du début des années 1970, voies aérodigestives supérieures et, en partie, « autres localisations » sur l'ensemble de la période. On s'arrêtera ici sur les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, pour lesquelles le désavantage relatif des femmes allemandes est le plus important. Le contraste entre les positions des femmes dans chacun des pays, relativement aux hommes, est saisissant (figure 12b). Cette situation semble devoir perdurer puisqu'on observe, pour les dernières années, une double tendance, divergente chez les femmes, au détriment des Allemandes, et convergente chez les hommes.

(11) La sous-mortalité allemande par tumeurs de l'intestin – jusqu'à la fin des années soixante – est illusoire. Elle tient exclusivement à la sous-estimation des décès associés à ce site, avant la mise en œuvre de la 8^e révision de la CIM.

(12) On estimait en France en 1995 qu'environ 35 % du total des cancers – principalement localisés dans l'appareil digestif – pouvaient être imputés au facteur nutritionnel.

Mortalité par cirrhoses : inversion des positions allemande et française, évolution défavorable pour les Allemandes

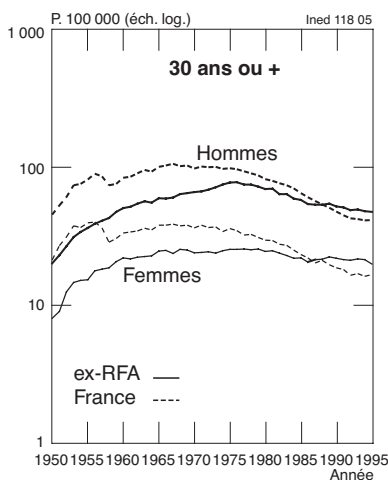


Figure 13. – Taux comparatifs de mortalité par cirrhoses, selon l'âge et le sexe, en ex-RFA et en France, 1950-1995

Sources : ex-RFA, WHO Mortality Data Base; France, Inserm et base de données « Les causes de décès en France depuis 1950 », A. Nizard et A. Monnier, Ined.

consommation d'alcool. Finalement, les deux phénomènes se neutralisent, et c'est bien ce que montre la relative constance du taux comparatif des Allemandes depuis 1965.

Conclusion

Cette étude montre que la tendance à l'homogénéisation des schémas de mortalité en Europe de l'Ouest n'a pas empêché le maintien, ni même l'apparition, de discordances importantes dans l'évolution de la mortalité par âge, par sexe et par les principales causes de décès entre l'ancienne RFA et la France.

Pour chacun des deux sexes, la mortalité aux âges avancés et aux grands âges est moindre en France, de manière de plus en plus accentuée au fil des ans. En revanche, chez les adolescents et les jeunes adultes (jusque vers 30 ans chez les femmes, et jusqu'à 50 ans pour les hommes), c'est en ex-RFA que la mortalité est la plus basse, et l'écart s'est nettement accru au cours de la période.

Par-delà la convergence spectaculaire des deux pays, la comparaison des taux comparatifs de mortalité par cirrhoses du foie au-delà de 30 ans fait apparaître une surmortalité allemande autour de 1990 (figure 13). La mortalité cirrhotique décline en France depuis 1970; ce mouvement apparaît quelques années plus tard en ex-RFA pour le seul sexe masculin, il est imperceptible pour le sexe féminin. La différence d'évolution entre hommes et femmes en ex-RFA semble indiquer que le phénomène de rapprochement des conduites féminines de celles des hommes peut s'opposer aux évolutions communes aux deux sexes. Ainsi, à la tendance à la diminution de la consommation d'alcool dans la société allemande depuis le milieu des années 1970, s'oppose, chez les femmes, une évolution vers des conduites « masculines » qui joue dans le sens d'une augmentation de leur

Les maladies cardio-vasculaires sont la seule cause ayant évolué de manière beaucoup moins favorable dans ce dernier pays sur l'ensemble de la période. Plus qu'à une différence spécifique entre les deux pays, cette divergence renvoie à un clivage entre pays du Nord et pays méditerranéens. Reste que son ampleur est surprenante, compte tenu des rapprochements de comportements et d'habitudes de vie observés de part et d'autre du Rhin (relativement à la consommation d'alcool et de tabac, entre autres) au cours du dernier demi-siècle écoulé.

S'agissant de la violence et des infections, l'avantage revient en revanche clairement à l'ex-RFA : depuis 1970, baisse plus forte de la mortalité due à la première cause dans ce pays, résistance à la baisse, ou augmentation supérieure, pour la seconde cause en France. Une insuffisance de la culture du risque et de l'anticipation chez les Français a, selon toute vraisemblance, joué un rôle majeur. Dans le cas des suicides et de la mortalité routière, il est possible que la divergence franco-allemande ait été accentuée par une moindre cohésion sociale de la France. L'évolution de la mortalité par suicides – beaucoup plus corrélée à celle du chômage en France qu'en ex-RFA – semble témoigner de cette différence.

Enfin, l'excès de mortalité par pathologies de dégénérescence (maladies cardio-vasculaires et tumeurs) des femmes allemandes contraste avec une moindre différenciation chez les hommes. Cela tient au niveau très faible de la mortalité féminine française, mais renvoie aussi à un phénomène plus général : le moindre écart de mortalité entre les sexes dans le Nord que dans le Sud de l'Europe, lui-même dû à une plus grande proximité des habitudes de vie.

On observe notamment un moindre écart entre les genres en ex-RFA qu'en France pour la mortalité liée à la consommation d'alcool et de tabac, particulièrement pour la cirrhose et pour les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage et du poumon. Par ailleurs, l'accroissement considérable de la consommation d'alcool en ex-RFA jusqu'en 1975 pourrait être à l'origine de l'interruption de la baisse de la mortalité infantile de 1968 à 1973.

Au total, les dissemblances d'évolution des mortalités, tant par âge que par cause, se compensent. Les deux pays se maintiennent au même niveau pour les hommes tandis que la France conserve son avantage chez les femmes. Plus généralement, ce maintien des écarts selon le genre entre les deux pays témoigne de la forte résistance des cultures à l'uniformisation grandissante des conditions d'existence en Europe occidentale.

TABLEAU ANNEXE.- GROUPES DE CAUSES UTILISÉES POUR L'ANCIENNE RFA ET RUBRIQUES CORRESPONDANTES DES CLASSIFICATIONS ALLEMANDES ET DES 8^e ET 9^e RÉVISIONS DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM)

Groupe de causes	Rubriques de la Classification allemande (1938)	Rubriques de la Classification allemande (1950 et 1958)	Rubriques de la CIM	
			8 ^e révision (1965)	9 ^e révision (1975)
1. Maladies infectieuses	1-32; 34-44	000-091; 101-199; 661-662; 843; 845	00-136; 561	01-139; 558
2. Maladies de l'appareil respiratoire	104-114; 33	301; 501-579; 844	460-519	460-519
3. Tumeurs	45-57; 74	201-279	140-239	140-239
dont :				
Voies aérodigestives supérieures		201-209; 211; 222	140-149; 161	140-149; 161
Œsophage			150	150
Estomac		212	151	151
Intestin et rectum		213-215	152-154	153-154
Poumon		223	162	162
Sein		231	174	174-175
Utérus - Prostate		232-233 - 236	180-182 - 185	179-183 - 185
4. Maladies cardio-vasculaires	83; 90-103	371-372; 401-498; 895	390-458; 782.4	390-459
dont :				
Maladies cérébro-vasculaires	83	371-372	430-438	430-438
5. Maladies de l'appareil digestif	115-129	601-651; 663-691	520-560; 562-577	520-557; 560-577 50 % de 578.9; 579
dont :				
Cirrhoses du foie	124	672	571	571
6. Morts violentes	163-198	901-999	800-999	800-999
dont :				
Accidents de la route	170-171	901	810-819; 820-823	810-819; 820-825
Suicides	163-164	970-979	950-959	950-959
7. Autres maladies	58-73; 75-82; 84-89; 130-161	319-369; 381-399; 701-799; 801-842; 846-889	240-389; 580-779	240-389; 580-779 50 % de 578.9
8. Stérilité et causes mal définies	162; 199-200	891-894; 896-899	780-782.2; 782.5-796	780-799

RÉFÉRENCES

- BOURGEAIS-PICHAT Jean, 1946, « De la mesure de la mortalité infantile », *Population*, 1(1), p. 53-68.
- DURKHEIM Émile, 1897, *Le suicide*, Paris, F. Alcan.
- EUROSTAT, 2001, *Chiffres clés sur la santé 2000*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes.
- HAUDIDIER Benoît, 1995, « Évolution comparée de la mortalité en RFA et en France », *Population*, 50(3), p. 653-688.
- HÖHN Charlotte, 1978, « Entwicklung der Säuglingssterblichkeit und Ihre Einflussgrößen », *Wirtschaft und Statistik*, n° 1, p. 30-37.
- INSERM, 1996, 1998, *Causes médicales de décès, années 1994, 1995, France*, Service d'information sur les causes médicales de décès et service d'informatique et de saisie de données, Paris, Les Éditions Inserm.
- KEYS Ancel, MENOTTI Alessandro, KARVONEN-MARTTI J. *et al.*, 1986, « The diet and the 15-year death rate in the seven country study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 124, p. 903-915.
- KUSCHI L.H., LENART E.B., WILLET W.C., 1995, « Health implications of Mediterranean diets in light of contemporary knowledge. 1. Plants foods and diary products. 2. Meats, wine, fats and oils », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 61, p. 1407S-1427S.
- LEUTNER Rudolf, 1976, « Lebend und Totgeborene sowie gestorbene Säuglinge 1972 und 1973 nach Körperlänge und Gewicht bei der Geburt », *Wirtschaft und Statistik*, n° 1, p. 25-32.
- MESLÉ France, VALLIN Jacques, 2002, « Mortalité en Europe : la divergence Est-Ouest », *Population-F*, 57(1), p. 171-212.
- NIZARD Alfred, 1998, « Suicide et mal-être social », *Population et Sociétés*, n° 334.
- OMS, 1973, *La certification médicale des causes de décès*, Copenhague, Bureau régional de l'Europe, (Rapport d'études n° 4906).
- RÜCKERT Gerd-Rüdiger, 1972, « Untersuchungen zur Entwicklung der Säuglingsterblichkeit », *Wirtschaft und Statistik*, n° 3, p. 168-171.
- Statistisches Bundesamt, 1953, Gesundheitswesen, *Statistische Ergebnisse, 1938, 1950, 1951*, (Statistik der Bundesrepublik Deutschland, Band 74). Stuttgart, Köln, W. Kohlhammer.
- SURAUULT Pierre, 1995, « Variations sur les variations du suicide en France », *Population*, 50(4-5), p. 983-1012.

Bases de données :

- MONNIER Alain, NIZARD Alfred, *Les causes de décès en France* (<http://www.deces.ined.fr>).
- OMS, *Who Mortality data base* (<http://www.who.int/whosis>).

Remerciements : L'auteur remercie Alfred Nizard et Jean-Paul Sardon pour leurs observations critiques et les retouches suggérées au cours de la relecture de ce document. Il exprime aussi sa gratitude à Martine Deville-Velloz pour son aide efficace dans la recherche documentaire ayant permis sa réalisation.

HAUDIDIER Benoît.— Mortalité par cause en France et dans l'ancienne RFA, 1950-1995 : analogies et divergences

Par-delà la tendance générale à l'homogénéisation des schémas de mortalité en Europe de l'Ouest, des différences importantes subsistent entre certains pays. La comparaison entre l'ex-RFA et la France laisse ainsi apparaître, depuis le début des années 1970, une évolution nettement différenciée de la structure de la mortalité par âge.

Ce phénomène résulte de fortes discordances dans l'évolution des principales causes de décès. Ainsi la mortalité cardio-vasculaire, qui a évolué de manière beaucoup plus favorable en France qu'en ex-RFA sur l'ensemble de la période, alors que l'avantage revient depuis 1970 au second pays pour les mortalités violente et infectieuse.

Les pathologies de dégénérescence (maladies cardio-vasculaires et tumeurs) ainsi que les cirrhoses mettent aussi clairement en lumière des différences importantes de mortalité selon le genre entre les deux pays. Ces différences de niveau et d'évolution témoignent — notamment vis-à-vis des comportements de consommation éthylo-tabagique — de la plus grande proximité des modes de vie masculin et féminin dans le Nord que dans le Sud de l'Europe. Plus généralement, elles illustrent la résistance des cultures à l'uniformisation grandissante des conditions d'existence des populations allemande et française.

HAUDIDIER Benoît.— Cause-specific Mortality in France and in the Former FRG, 1950-95: Similarities and Differences

Despite a general convergence of mortality patterns in western Europe, major differences still exist between certain countries. Thus, the comparison between the former FRG and France shows that the structure of age-specific mortality has undergone a markedly different evolution.

The phenomenon is due to strongly diverging trends in the main causes of death. Thus, cardiovascular mortality has evolved much more favourably in France than in the former FRG over the period, whereas the former FRG has held an advantage since 1970 for mortality from violent causes and infectious diseases.

Major sex differentials in mortality between the two countries are also observed for degenerative pathologies (cardiovascular disease and cancers) and cirrhoses. These differences of level and trends reflect the greater similarity of male and female lifestyles — notably with respect to alcohol consumption and smoking — in northern than in southern Europe. More generally, they illustrate the cultural resistance of the German and French populations to the growing uniformity of living conditions.

HAUDIDIER Benoît.— Mortalidad por causa en Francia y en la antigua República Federal Alemana, 1950-1995: similitudes y diferencias

A pesar de la tendencia general a la homogeneización de los esquemas de mortalidad en Europa Occidental, todavía existen diferencias importantes entre ciertos países. Una comparación de Francia con la ex-RFA, por ejemplo, muestra que la estructura de la mortalidad por edad ha seguido una evolución distinta en cada país.

El resultado de tales divergencias es una evolución distinta de las causas principales de mortalidad. Tal es el caso de la mortalidad cardiovascular, que evolucionó de forma mucho más favorable en Francia que en la ex-RFA a lo largo de este periodo, mientras que la mortalidad por causas violentas o infecciosas presenta una situación más favorable en la ex-RFA.

Las patologías degenerativas (enfermedades cardiovasculares y tumores) y las cirrosis ponen en evidencia diferencias de género importantes entre estos dos países. Tales diferencias tanto en los niveles como en la evolución de estas enfermedades revelan que los comportamientos masculinos y femeninos son más similares en el norte que en el sur de Europa (en lo relativo al consumo de alcohol y tabaco, por ejemplo). En general, tales diferencias ilustran cómo las culturas se resisten a la uniformización creciente de las condiciones de vida de las poblaciones alemana y francesa.