

La surmortalité masculine : une règle historique et universelle ?

La surmortalité masculine est donc largement observable en France ainsi que dans la plupart des pays « développés » ; les statistiques démographiques démontrent en effet que cette dernière affecte à divers degrés les nations les plus riches. A contrario, au sein des pays que l'on qualifie de « sous développés » ou encore « en voie de développement », les femmes n'affichent pas forcément une plus grande longévité que les hommes. On peut voir là, entre autres facteurs, les conséquences d'une maternité qui n'est pas toujours sans péril dans ces sociétés encore délaissées d'un point de vue médical, notamment en termes d'obstétrique et d'hygiène.

Si les hommes, en France, ont aujourd'hui d'une espérance de vie plus réduite que celle des femmes, l'inégalité des sexes devant la mort a aussi une histoire à laquelle il est utile de se référer si l'on veut mieux saisir l'évolution dans le temps du différentiel de longévité entre les deux sexes.

1 - Un peu d'histoire...

La mortalité plus prononcée des hommes ne date pas d'aujourd'hui, toutefois, l'écart de 7 ans que l'on observe actuellement n'a pas toujours été la règle.

Le problème de la surmortalité masculine n'a pas laissé indifférents les premiers démographes : Kersseboom en fait état dès 1738 aux Pays Bas, tout comme Wargentini quelques années plus tard en Suède. Deparcieux l'avait également relevée en France où elle se

manifeste de manière décisive depuis la fin du 19^{ème} siècle¹. Cependant, pour la période 1740-1789, on dispose de tables de mortalité nationales calculées par Y. Blayo (d'après les résultats de l'INED) qui révèlent que les différences de mortalité entre les deux sexes étaient quasiment insignifiantes².

L'écart à la naissance, d'environ 1,6 an en moyenne, s'annule pratiquement au 25^{ème} anniversaire, du fait des risques importants liés à la maternité. En effet, tout laisse à penser que les risques de mortalité à chaque accouchement sont considérables : à Rouen, au 18^{ème} siècle, le nombre de décès maternels survenus dans les soixante jours après l'accouchement est de l'ordre de 10,9 pour mille ; pour l'ensemble de la France, selon l'enquête de l'INED, il est de 11,5 pour mille³. L'âge de la mère est également un facteur déterminant : pour la période 1700-1829, le risque est de 9,8 pour mille chez les femmes de moins de 25 ans, de 12,5 ensuite et de 16,6 pour mille après le trente cinquième anniversaire.

Sur cette question des risques inhérents à la maternité, favorisant une surmortalité pour le sexe féminin, la différence avec notre époque est très nette. Aujourd'hui, tout un cérémonial accompagne la venue d'un enfant ; c'est un évènement heureux, très attendu et relativement sûr, du fait d'une assistance médicale (gynécologie, médecins, obstétriciens, sages femmes, pédiatres...) omniprésente tout au long de la grossesse, mais aussi pendant et après l'accouchement. On pourrait dire qu'en règle générale, durant ces périodes, les femmes sont relativement protégées et sont rarement en péril.

En d'autres temps, l'accouchement, pour les mères, était une tout autre épreuve ; avoir un enfant demeurait une aventure périlleuse et cette part de risque qui subsistait au moment de donner la vie accentuait fortement la mortalité des femmes.

Vers 1820, l'espérance de vie à la naissance des femmes était de 39 ans, contre 38 ans pour les hommes. Cependant la mortalité des femmes était supérieure à celle des hommes entre 5 et 18 ans, ainsi qu'aux âges de procréation. Les taux de mortalité pour les deux sexes étaient donc relativement proches et l'on estime qu'ils étaient même pratiquement égaux en 1825. Toutefois, à partir de 1860, la mortalité diminue plus rapidement pour les femmes que pour les hommes, et le différentiel d'espérance de vie entre les deux sexes commence progressivement à croître.

¹ J. Guillerme, *op. cit.*, p. 49.

² J. Dupâquier, *op. cit.*, t. II, p. 236, 237.

³ *Ibid.*, p. 238.

C'est au cours du dernier quart du 19^{ème} siècle qu'apparaît, dans la plupart des départements et à l'échelle nationale, l'écart qui se creusera jusqu'à nos jours entre la proportion des femmes âgées et celle des hommes. La vieillesse devient de plus en plus du genre féminin. Les socio-démographes y lisent tout à la fois l'indice, et l'une des conséquences visibles de la généralisation et de l'accentuation de la surmortalité masculine⁴.

En effet, tout au long des soixante-dix années qui se sont écoulées depuis la fin du premier conflit mondial, la surmortalité masculine s'est aggravée. En 1986, les femmes pouvaient, en moyenne, espérer vivre huit années de plus que les hommes ; au début du 20^{ème} siècle, vers 1920, l'écart n'était que de trois ans ; au milieu du 19^{ème} siècle, il ne dépassait pas deux ans⁵...

Aujourd'hui, nous savons qu'il est d'environ sept ans en France.

La vie plus longue des femmes est de nos jours un fait tellement anodin, largement vérifiable dans la plupart des pays industrialisés, que l'on a tendance à justifier cet avantage en invoquant des causes naturelles et des différences biologiques ; en gros, les femmes se verraient gratifier à la naissance d'une vie plus longue que les hommes, tout cela grâce à « dame nature », qui, abandonnant soigneusement aux oubliettes l'influence que peut exercer le milieu, inscrirait dans le patrimoine génétique de ces dernières quelques années de vie supplémentaires. Sans être catégoriques, nous préférons rester prudent quant à ce prétendu « avantage naturel » dont jouiraient les femmes au détriment des hommes ; il incite, selon nous, à une lecture de ces écarts de mortalité qui n'intègre pas assez - voire pas du tout - des éléments relatifs au milieu et à l'environnement. Des facteurs, plus directement observables, de nature sociologique, semblent en mesure d'apporter davantage de lumière sur cette inégalité des sexes devant la mort.

La scientificité d'une argumentation strictement fondée sur des hypothèses biologique semble demeurer incertaine ; du reste, ce différentiel sexuel est à relativiser d'un double point de vue : *historique et culturel*.

L'examen du passé nous a révélé que le différentiel de longévité entre hommes et femmes variait considérablement selon les époques, et qu'en somme la « nature » d'aujourd'hui ne serait plus celle d'hier ! En effet, les hommes n'ont pas toujours devancé les femmes sur le terrain de la mortalité : on a vu, par exemple, qu'au début du 19^{ème} siècle, les deux sexes affichaient pratiquement la même espérance de vie.

⁴ J. Dupâquier, *op. cit.*, t. 3, p. 236.

⁵ *Ibid.*, t. IV, p. 238.

2 - Le différentiel sexuel : variations dans l'espace

L'écart de durée de vie entre hommes et femmes varie aussi selon les sociétés considérées.

Concrètement, on peut affirmer qu'il n'y a pas *un* écart universel, valable pour toutes les cultures, mais plutôt *des* écarts, qui diffèrent grandement selon les lieux où ils sont observés.

A ce titre, on constate que certaines sociétés plus que d'autres favorisent une mortalité précoce des femmes.

Prenons le cas de la Chine. Si l'on s'intéresse d'un peu plus près au sort qui est réservé aux petites filles chinoises qui ont le malheur de naître (quand elles naissent...) en milieu rural⁶, on comprend alors mieux pourquoi la mortalité féminine, aux jeunes âges, atteint dans ce pays des niveaux record. Dans une Chine qui veut à tout prix limiter la croissance de sa population, la disparition des petites filles est tolérée, voire encouragée : être de sexe féminin est une malédiction qui vous tombe dessus très tôt ; avant même que vous naissiez...(Selon la démographe anglaise K. Johnson, la pratique des échographies aboutit chaque année à un million de « naissances manquantes » celles, bien entendu, des fœtus de sexe féminin). Les autorités chinoises tolèrent deux enfants en milieu rural, contre un seul en ville, mais tous les couples veulent avoir au moins un garçon. Seulement pour le prestige ? Pas uniquement. Une fois mariée, la jeune femme chinoise quitte le domicile familial pour entrer pleinement dans sa belle-famille ; en l'absence de tout système de retraite, il est donc impératif de donner naissance à un garçon pour assurer ses vieux jours. Pour les familles qui ont une, voire deux filles, le seul moyen d'obtenir l'autorisation légale de procréer à nouveau, c'est de s'en débarrasser⁷. Avortement sélectif, infanticide à la naissance, abandon, mais aussi moindre qualité des soins et de la nourriture prodigués aux petites filles, sevrées plus rapidement et plus rarement conduites à l'hôpital en cas de maladie, on comprend aisément pourquoi la surmortalité féminine, aux âges précoces, atteint des niveaux considérables⁸.

⁶ Voir à ce sujet l'article du journal *Le Monde* (07/03/1998), intitulé « *La mort des petites filles chinoises* », par S. Brunel & Y. Blayo.

⁷ La politique « deux enfants-un fils » conduit de fait les responsables politiques locaux des régions rurales à fermer les yeux sur le nombre réel de grossesses et de naissances de chaque femme mariée pour ne contrôler étroitement que le nombre final d'enfants de chaque couple. Voilà pourquoi les abandons sont tolérés, voire organisés.

⁸ Le déséquilibre de la pyramide des âges en faveur des garçons est frappant : dans la province de Hainan, par exemple, il y a 175 garçons pour 100 filles chez les femmes de 50 ans qui n'ont qu'un seul enfant ; dans celle du Shandong, le 1^{er} enfant des femmes de 35-39 ans est presque trois fois plus souvent un garçon qu'une fille...

La chine connaît certes une croissance économique sans précédent, néanmoins, elle est encore trop pauvre pour que l'enfant mâle cesse d'être regardé comme une assurance sociale, ce qui aboutit aujourd'hui au sacrifice presque institutionnalisé de millions de petites filles.

Dans l'exemple que nous venons de citer, on voit comment des problèmes d'ordre économique, liés à un niveau de richesse global qui ne permet pas la mise en place d'un système de retraite efficace qui assurerait une fin de vie décente aux vieilles générations, d'ordre démographique (problème de surpopulation) et politique (autorités qui ferment les yeux sur ces pratiques), s'entremêlent pour le plus grand malheur des jeunes filles des campagnes. En réalité, c'est tout le poids de la société qui s'abat sur des destinées individuelles ; autrement dit, on voit comment tout un climat social, économique, politique, peut favoriser une mortalité précoce dans certaines fractions du corps social. Ici, les victimes désignées, ce sont les petites filles des régions rurales ; dans un tel contexte de société, mieux vaut naître mâle !

Aux jeunes âges, la mortalité des filles chinoises est donc supérieure à celle des garçons. Cependant, pour ce qui est de l'espérance de vie à la naissance, les femmes peuvent espérer vivre en moyenne trois années de plus que les hommes (75 ans contre 72 ans), ce qui reste toutefois en deçà des écarts que l'on relève généralement dans les pays les plus « développés » (de l'ordre de 7 ans)⁹.

Dans certaines régions du monde - notamment les plus pauvres -, le différentiel de longévité entre sexe est quasiment nul. Comme nous allons le voir, les femmes affichent même dans certains pays une espérance de vie inférieure aux hommes.

Si l'on s'en tient aux *statistiques sanitaires mondiales* fournies par l'*Organisation Mondiale de la Santé*, on constate, par exemple, que dans de nombreux pays africains, il n'existe pratiquement pas de différence de longévité entre hommes et femmes. L'espérance de vie, pour les deux sexes, est généralement très courte : mortalité infantile, mortalité maternelle et néonatale, fléaux épidémiques (SIDA notamment ; choléra au Zimbabwe actuellement...), conflits armés, systèmes de soins défaillants, manque d'hygiène (prévention et information), etc., autant d'éléments qui jouent en faveur d'une mortalité élevée à tous les âges.

En Guinée Equatoriale, par exemple, l'espérance de vie est de 46 ans pour les hommes, contre 47 ans pour les femmes ; au Niger, elle est de 42 ans pour les hommes, de 43 ans pour les femmes ; en République Centre Africaine, les deux sexes affichent la même longévité, qui est

⁹ On peut penser que la surmortalité des filles aux jeunes âges affecte la durée de vie moyenne des femmes...

de l'ordre de 48 ans ; en Tanzanie, hommes et femmes peuvent espérer vivre environ une cinquantaine d'années ; pour ce qui est de l'Afrique Australe, on observe en Zambie une espérance de vie, pour les deux sexes, qui se situe aux alentours de 42 ans ; au Zimbabwe, pays voisin, ce sont les femmes qui affichent une durée de vie plus courte : 43 ans, contre 44 ans pour leurs compagnons masculins¹⁰.

Dans la plupart de ces pays, la mortalité maternelle et l'épidémie de sida (qui touche plus fortement les femmes et les jeunes filles, nous le verrons) comptent pour beaucoup dans l'explication de la surmortalité féminine. 538 000 femmes sont mortes en 2005 dans le monde de causes liées à la grossesse et à l'accouchement. 51% étaient en Afrique, 43% en Asie ; le taux de décès maternels en Afrique est de 820 pour 100 000 naissances vivantes¹¹.

La Sierra Leone affiche le taux de décès maternels le plus élevé du monde et deux pays (l'Inde et le Nigeria) regroupent un tiers de ce type de décès de la planète. La mortalité maternelle est encore une fois le produit de la pauvreté : d'après les Nations Unies, plus de 99% des décès d'accouchement ou de nouveaux nés surviennent dans des pays « en voie de développement ». Comme il est mentionné dans un article du *Monde* consacré à ces questions¹², « le fossé entre les pays riches et les pays pauvres reste abyssal » : l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Ouest comptabilisent 11 décès maternels pour mille naissances contre seulement 8 dans les pays industrialisés (chiffres qui n'ont pas évolué entre 1990 et 2005). L'Unicef note que pour les femmes originaires des pays les « moins avancés », le risque moyen, sur toute une vie, de mourir de complications liées à la grossesse et à l'accouchement est 300 fois plus élevé que pour une femme issue d'un pays « développé ».

Les origines de ces fortes disparités de mortalité au moment de la maternité sont connues : dans les régions les plus pauvres du globe, les femmes accouchent généralement à domicile, sans suivi médical et sans l'assistance d'un personnel qualifié. Une grande part des décès maternels est liée à des complications obstétricales (hémorragies post-partum, infections,

¹⁰ Il sévit à l'heure où nous écrivons une importante épidémie de choléra au Zimbabwe, qui aurait déjà fait plus de 2000 morts. Selon le bilan établi par l'OMS, le pays compte aujourd'hui 40 000 malades. Les craintes sont d'autant plus vives que commence la saison des pluies, propice à la propagation de la maladie par les eaux souillées, sur fond de crise générale, dans un pays économiquement ruiné et politiquement paralysé. L'OMS indique que près de 90 % du pays est touché. Normalement guérissable, l'épidémie tue cependant plus de 5 % des personnes atteintes au Zimbabwe. Pour l'organisation Physicians for Human Rights, le président du pays est largement responsable de ce désastre humanitaire, et devrait être condamné pour crimes contre l'humanité, en raison des nombreuses violations des droits de l'homme et de l'effondrement du système de santé dans son pays. Outre les meurtres, viols, tortures, esclavages sexuels et enlèvements qui sont monnaie courante au Zimbabwe, le régime a complètement négligé les questions touchant au domaine de la santé. Aujourd'hui, le corps médical est impuissant face au choléra. Selon une ONG locale, l'irresponsabilité du régime de Harare a aussi des répercussions sur l'espérance de vie qui serait de 36 sous le règne du président Mugabe. (cf. *Le monde*, 13/01/2009, « deux mille morts du choléra au Zimbabwe »)

¹¹ Cf. article in *Le Monde* (16/01/2009), « mortalité maternelle et néonatale : la grande inégalité. »

¹² *Ibid.*

éclampsie, caractérisée par des convulsions, ou travail prolongé et difficile). Les femmes enceintes de ces pays peuvent être également fragilisées par le paludisme, l'anémie, le sida ou les parasites intestinaux.

Le problème de la surmortalité maternelle se pose aussi en dehors du continent africain.

En Afghanistan, par exemple, où l'espérance de vie des hommes et des femmes est à peu près équivalente (de l'ordre de 42 ans)¹³, la région du Badakhshan totalise 65 décès maternels pour mille naissances, ce qui constitue le chiffre le plus élevé jamais enregistré ; si l'on s'en tient aux statistiques les plus récentes de l'OMS (Unicef & Fnuap¹⁴), le taux de mortalité maternelle du reste de l'Afghanistan pointe à la seconde place au classement mondial, juste derrière celui de la Sierra Leone : il atteint 18 morts pour mille naissances. La sociologue Carol Mann, qui travaille sur ces questions, constate qu'en moyenne, une femme enceinte a une chance sur huit de décéder, généralement pour des causes évitables, et il y a de grandes chances que plus de la moitié d'entre elles n'atteignent pas l'âge de seize ans¹⁵. Ces risques liés à la maternité n'apparaissent pas être une priorité pour les autorités afghanes ; pourtant, ils constituent la première cause de mortalité du pays. La discrimination fondée sur le genre peut être considérée comme source de morbidité et de mortalité pour la gente féminine. La vie d'une femme, semble-t-il, n'a pas la même valeur que celle d'un homme, et ce dès les premiers âges. Aux yeux des familles afghanes, nous dit C. Mann, un garçon représente un investissement à long terme car il est destiné à soutenir ses proches toute sa vie durant ; différente est la situation de la fille qui elle, à la puberté ou avant, partira chez d'autres (selon le dicton populaire, il ne sert à rien d'engraisser la propriété d'autrui !). En terres afghanes, l'inégalité de traitement en fonction du sexe commence dès le berceau : le garçon, toujours préféré et conférant un statut à la jeune maman auprès de la belle famille chez qui elle est installée, est toujours mieux nourri, protégé et soigné. Il n'est d'ailleurs pas surprenant qu'à l'hôpital français pour enfants de Kaboul la majorité des patients soit des petits garçons. C'est à eux que l'on réserve la viande et les meilleurs mets, tandis que les petites filles doivent se satisfaire de quelques restes. C. Mann fait également remarquer que les vestiges de la tradition ayurvédique¹⁶, qui veut que des aliments dits « chauds » et « froids » soient appropriés différemment selon le sexe, défavorisent les femmes d'un point de vue nutritif. Du fait de ces coutumes, celles-ci sont exposées à d'énormes carences en protéines et en calcium. De plus, au cours de la grossesse, les femmes ne mangent presque pas ; elles adaptent même leur

¹³ Statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (source : internet, site officiel de l'OMS).

¹⁴ Fonds des Nations unies pour la population.

¹⁵ Cf. Carol Mann, article in *Le Monde* (10/09/2008).

¹⁶ L'ayurvéda est une médecine traditionnelle indienne visant à établir un équilibre entre le corps et l'esprit...

régime en fonction du garçon qu'elles espèrent concevoir. Autant de pratiques qui tendent à fragiliser les organismes féminins et qui peuvent contribuer à des accouchements compliqués, allant jusqu'au décès maternel.

Pour ce qui est de l'accès aux soins, quand bien même le nombre d'hôpitaux serait suffisant pour combler les besoins des femmes durant les périodes de maternité (et pas seulement durant ces périodes...), ces dernières n'ont pas l'autorisation des maris et des belles mères de s'y rendre. Etre examiné par un médecin étranger est généralement perçu comme un déshonneur pour la famille, donc bien souvent, la mort de la future maman est envisagée comme la solution la plus honorable (toujours d'après les dires de C. Mann, les cliniques qui soignent les femmes et les enfants toxicomanes en Afghanistan rencontrent le même problème : les hommes craignent que les consommatrices et consommateurs de drogues soient reconnus et que la respectabilité de toute une famille soit remise en cause. On s'adonne donc à ces pratiques dévastatrices à la maison, dans son coin, à l'abri de tout regard et de tout jugement...et de tous soins essentiels).

La mortalité maternelle n'est pas le seul fléau à favoriser une mortalité précoce dans les populations féminines issues des pays les plus pauvres. La pandémie du sida, à l'instar d'une peste noire, décime le continent africain (principalement), et plus particulièrement l'Afrique subsaharienne et l'Afrique australe¹⁷.

Dans les pays les plus sévèrement touchés par la maladie, on note d'ailleurs une diminution de l'espérance de vie ; d'après les estimations des Nations unies, l'épidémie pourrait, en Afrique du Sud, faire perdre plus de vingt huit années d'espérance de vie en 2010-2015 par rapport à un scénario sans sida¹⁸.

Dans son rapport 2004, l'Onusida souligne que l'épidémie progresse à un rythme effréné, avec près de 5 millions de nouvelles infections en 2003¹⁹. Cela porte à environ 38 millions le nombre de personnes porteuses du VIH (pour l'instant...). En Asie et en Europe orientale, la maladie connaît un taux de croissance des plus élevés. Mais c'est bien en Afrique (subsaharienne et australe) que le sida fait le plus de dégâts : à la fin de l'année 2003, on enregistre dans ces régions du monde 25 000 000 de séropositifs...

¹⁷ Dans un entretien accordé au journal *Le Monde* (14/09/1999), le directeur exclusif de l'Onusida, Peter Piot, fait remarquer qu'il y a une grande différence entre la situation des pays occidentaux, où l'infection par le virus du sida concerne avant tout certains groupes à risque (usagers de drogues par voie intraveineuse, homosexuels), et celle de l'Afrique, où toute la population est à risque.

¹⁸ Nations unies, *World Population Prospects. The 2002 Revision*, cité par J. Véron (in J. Véron, *L'espérance de vivre*, Ed. du Seuil, 2005, p. 34.

¹⁹ Cf. Art. in *Le Monde* (07/07/2004), « le sida progresse « sans frein » en Asie et en Europe orientale... »

Le rapport de l'Onusida résume en quelques chiffres l'impact de la pandémie dans cette partie du continent africain : « *l'Afrique subsaharienne n'abrite guère plus de 10% de la population mondiale, mais près du deux tiers du total des personnes infectées par le VIH. En 2003, on estime à 3 millions le nombre de nouvelles infections dans la région et à 2,2 millions celui des décès dus au sida (soit 75% des 3 millions de décès dus au sida cette année-là dans le monde)* ».

La plupart des études montrent que le sida, première cause de mortalité en Afrique, touche plus fortement les femmes et surtout les jeunes filles.

Une étude conduite dans quatre pays par l'Onusida rapporte que, chez les jeunes gens âgés de quinze ou seize ans, les filles sont quatre fois plus touchées que les garçons. Ces jeunes filles, qui ont peu de contacts sexuels, sont contaminées par des hommes adultes²⁰ ; pour Peter Piot, directeur de l'Onusida, ces comportements à risques sont le reflet d'une société où les hommes peuvent s'approprier n'importe quelle jeune femme (faible pouvoir de négociation sexuelle), surtout si celle-ci mène une existence précaire. Dans les pays où les jeunes représentent plus de 60% des nouvelles infections, on compte deux jeunes filles séropositives pour un jeune homme. A l'occasion de la *onzième Conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique*, qui s'est tenue en septembre 1999 dans la capitale zambienne (Lusaka), l'Onusida a rendu publique une étude sur la prévalence de l'infection par le VIH dans quatre villes africaines, qui confirme cette tendance à une prédominance féminine.

Certaines régions du monde, certaines sociétés, favorisent donc une mortalité précoce des femmes et des jeunes filles. C'est notamment dans les pays pauvres, fortement affectés par la mortalité maternelle et par la pandémie du sida, que cette surmortalité féminine est plus largement identifiable.

Le différentiel sexuel de longévité, dans ces pays, n'a rien de comparable avec ce que connaissent les pays « développés ». Nous l'avons mentionné : la vie y est généralement assez

²⁰ Les hommes ont contracté et contractent encore le virus en ayant des rapports sexuels avec des prostituées ; les politiques de l'emploi qu'ont connues les pays d'Afrique australe, d'Afrique de l'Est ou la côte d'Ivoire, notamment, ont abouti à un excédent démographique masculin dans les grandes villes. Les hommes des populations rurales ont servi et servent toujours de main d'œuvre, sans que leur famille les accompagne : la dissémination du virus s'est faite lors des rapports avec les prostituées.

brève, hommes et femmes, en termes d'espérance de vie, étant à peu près logés à la même enseigne.

En plus des risques liés à la maternité, du sida, qui occasionnent de lourdes pertes dans les populations féminines issues des nations les « moins avancées », des facteurs d'ordre culturels, semble-t-il, doivent être également considérés pour mieux appréhender le problème de la mortalité précoce des femmes. Certaines sociétés, en effet, par le traitement qu'elles réservent à ces dernières, le statut qu'elles leur assignent, ne préservent guère les destins féminins ; en somme, on peut légitimement penser que dans tous les lieux où se pratique la discrimination fondée sur le genre, les violences sexuelles, les mauvais traitements à leur égard, une soumission et une exploitation qui prennent des formes démesurées et qui les « enferment » en quelque sorte dans des modes de vies oppressants, les femmes se voient limitées dans leurs possibilités de jouir d'une vie plus longue. Le fondamentalisme religieux, l'intégrisme, par exemple, pratiqués ici ou là, et qui construisent leurs doctrines sur l'idée d'une soumission totale du sexe « faible » à l'égard du sexe « fort », apparaissent comme source de morbidité et de mortalité pour les femmes. On se souvient qu'en Afghanistan, le simple fait d'être femme limite les possibilités d'accès aux soins : les maris, bien souvent, refusent que leurs épouses soient « entre les mains » d'un autre, à plus forte raison si cet autre est un professionnel de santé étranger. On pourrait dire que dans les pays où elle est encore établie comme une véritable règle culturelle, la discrimination fondée sur le sexe nuit gravement à la santé des femmes...

Prenons encore le cas de l'Afghanistan (pour ne citer que ce pays...). Les décès maternels, dans cette région, sont tout autant le résultat de la pauvreté que de l'absence de considération portée aux populations féminines. D'ailleurs, les autorités afghanes ferment les yeux sur le problème de la mortalité maternelle alors qu'elles ont choisi de prendre en main celui de la mortalité infantile. A travers cet exemple afghan, on perçoit comment l'indifférence ou le mépris volontaire que porte une société à certains de ses membres se traduit inéluctablement en des problèmes sanitaires et sociaux pour le groupe discriminé.

L'inégalité de traitement en fonction du genre peut empêcher les filles et les femmes de chercher à obtenir ou de bénéficier de soins de santé adéquats et d'une préparation à la vie active, si importante pour les protéger contre les infections sexuellement transmissibles, la violence, la maltraitance et l'exploitation. Les études montrent d'ailleurs que les petites filles qui sont allées à l'école se marient plus tardivement que les autres, ont moins d'enfants que

celles qui n'ont pas étudié, respectent mieux les calendriers de vaccination et manifestent une attention plus soutenue à la qualité de l'alimentation²¹.

Ainsi, certaines sociétés plus que d'autres, par les modes de vies et les pratiques qui s'y développent, favorisent une mortalité précoce des femmes. De façon triviale, nous dirons que c'est un climat général de pauvreté – une misère matérielle, économique, culturelle et sociale - qui confère un caractère éphémère à leurs existences. Dans les continents « sous développés », l'épidémie du sida (entre autre) progresse plus vite que les traitements, les systèmes de santé et de soins, souvent défaillants, n'arrive pas à enrayer le problème de la mortalité maternelle, sans parler des problèmes d'hygiène, d'habitat ou encore d'alimentation. Cette pauvreté et ses conséquences dramatiques en termes de santé touche aussi bien des femmes que des hommes ; avec, bien entendu, des nuances selon les milieux sociaux. Mais là n'est pas le sujet de la discussion pour l'instant. Pour ce qui est du différentiel sexuel de longévité, nous savons maintenant qu'il est quasi nul dans certaines régions du globe. En règle générale, ces pays qui, contrairement à nombre de pays riches, encouragent une mortalité prématurée des femmes, ont un certain « profil » : ce sont des pays pauvres, le niveau général de la mortalité y est élevé, et, pour quelques uns, la discrimination fondée sur le sexe persiste de manière violente²².

Nous pensons, pour notre part, que le statut social dévolu au sexe masculin ou féminin selon la société considérée peut exercer une influence sur les modes de vie et, au final, sur la longévité²³. Notre exemple afghan, encore une fois, illustre bien cela : inégalités de traitement selon le sexe dès la naissance, indifférences à l'égard de la mortalité maternelle, accès aux soins restreint pour les femmes pour des raisons « culturelles » et « religieuses »...

Finalement, on pourrait dire que certaines sociétés sont plus dangereuses pour les femmes que d'autres...et que ces risques de différentes natures peuvent avoir des répercussions directes sur les probabilités de vivre plus ou moins longtemps.

²¹ Conclusions d'un rapport de l'Unicef. Cf. art. in *Le Monde* (16/01/2009), « mortalité maternelle et néonatale : la grande inégalité ».

²² Il faut préciser que tous les pays connaissent, à des degrés différents, le problème de la discrimination fondée sur le genre, des violences faites aux femmes, etc. cependant, nous parlons là de pays où cette discrimination et ces mauvais traitements prennent des formes extrêmes, au point que ces pratiques expliquent en partie la surmortalité féminine. Il ne nous semble pas que toutes les femmes du monde, malgré les violences qu'elles peuvent subir ici où là, connaissent la dure réalité des femmes afghanes qui ne peuvent pas se soigner sans l'autorisation des hommes (sans parler des pratiques extrêmes comme la lapidation...).

²³ Par exemple, en Syrie, en Tunisie, ou encore en Algérie, le différentiel (plus trois ans en moyenne pour les femmes), apparaît « anormalement faible ». A ce sujet, voir J.P. Renard, « la surmortalité masculine dans le monde, espace, populations », sociétés, 1990-3 ; p. 462.

En examinant, dans une première étape, ce qu'a pu être le différentiel de longévité entre hommes et femmes pour des périodes plus éloignées (en France notamment), puis, dans une seconde phase, les diverses formes que peut revêtir ce différentiel sexuel selon les sociétés et les cultures considérées, nous avons voulu montrer plusieurs choses.

D'abord, que *l'écart de longévité entre sexe varie considérablement selon l'espace et le temps*. La surmortalité masculine n'a pas toujours fait loi dans nos sociétés ; dans nombre de nations « sous développées », hommes et femmes affichent une durée de vie à peu près égale, et dans certains pays, ce sont les femmes qui partent plus tôt... pour des raisons à la fois *socio-économiques, culturelles, et non naturelles*.

Aussi, nous pensons que ce différentiel sexuel, qui fluctue au gré du temps et des lieux, *obéit plus à des règles culturelles que biologiques*. Dire que les femmes vivent plus longtemps que les hommes ne signifie rien en soi. Sans soumettre à la relativité historique et culturelle cette proposition, celle-ci reste vide de contenu. Dans certaines sociétés, pour une époque donnée, oui, effectivement, les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes : c'est le cas de la France, où nous savons que celles-ci devancent de sept années leurs compagnons masculins. Notre prochaine tâche consistera d'ailleurs à étudier les facteurs qui sont susceptibles d'alimenter ce différentiel. En d'autres endroits, cette « règle » française, qui est aussi celle de la plupart des pays riches, est peu ou pas respectée. Encore une fois, il nous paraît risqué de lire les écarts de mortalité entre sexes à la lumière de la biologie et de la génétique. Si l'on s'adonne au jeu des comparaisons internationales, on s'aperçoit que le prétendu avantage naturel dont jouiraient les femmes au détriment des hommes ne pèse pas bien lourd face au poids exercé par le social, l'économique (état de pauvreté, terrain propice aux maladies, médiocrité des soins) et le culturel (statut social dévolu selon le sexe, modes de vies, pratiques, comportements, représentations). Songeons, à cet égard, qu'une femme zambienne, ou afghane, etc., vit en moyenne trente cinq années de moins qu'un homme français (43 contre 77) ! Et l'on pourrait multiplier les exemples. Faut-il y voir pour autant un avantage biologique ou hormonal en faveur des ces derniers ? Évidemment non. Nous avons vu pourquoi ces femmes subissaient une mortalité précoce ; la nature, censée les privilégier de ce point de vue là, semble impuissante à panser les plaies des blessures que peut infliger une société. Si l'hypothèse naturaliste, qui d'ailleurs n'a jamais été sérieusement démontrée, a une quelconque validité, elle éprouve alors bien des difficultés à s'imposer au social. Au point qu'un homme des pays riches puisse espérer vivre presque quarante années de plus que certaines femmes du monde ...