

Approche par la population : Démographie

Gérard-François Dumont

► **To cite this version:**

Gérard-François Dumont. Approche par la population : Démographie. Bourdillon, François, Brücker, Gilles, Tabuteau, Didier. Traité de santé publique, Lavoisier, pp.123-130, 2016, 978-2-257-20679-4. halshs-01385167

HAL Id: halshs-01385167

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01385167>

Submitted on 28 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

APPROCHE PAR POPULATION : DÉMOGRAPHIE

15 —

Gérard-François DUMONT

La science de la population livre des connaissances précises sur la santé en raison de son champ et de sa nature. D'une part, l'une de ses missions consiste à examiner le mouvement naturel, dont les deux composantes sont la natalité et la mortalité. Or, l'étude de la mortalité conduit inévitablement aux questions de santé, puisque la grande majorité des décès provient de maladies. D'autre part, alors que chaque personne pense d'abord à ses difficultés de santé, qui lui paraissent être indépendantes de celles des autres, sauf dans le cas de maladies contagieuses, l'addition des destins sanitaires des individus d'une société entre dans une logique collective qui justifie l'existence d'une science de la population. Telle personne est emportée rapidement par un cancer, telle autre personne, en suivant le même protocole, parvient à surmonter le même cancer pendant de nombreuses années. Tout cela semble résulter de cheminements de vie propres à chacun. Or, l'addition de ces vécus individuels, donc leur mise en statistiques, donne des résultats d'ensemble de morbidité et de mortalité qui mettent en évidence des logiques et relèvent de facteurs explicatifs sociétaux. En outre, les résultats de mortalité ne se modifient guère d'une année sur l'autre, sauf si interviennent rapidement de profonds changements, comme une guerre, une épidémie imprévue ou, au contraire, la diffusion d'une remarquable avancée médicale venant modifier considérablement la situation.

La santé se trouve donc au cœur de la démographie et celle-ci nourrit elle-même notre connaissance de la question sanitaire, au moins à trois niveaux. D'abord, la science de la population étudie l'amélioration ou la détérioration globale de la santé des populations grâce à des indicateurs comme l'espérance de vie. Ensuite, elle permet d'examiner les causes de mortalité par sexe et, donc, les pathologies. Enfin, l'analyse démographique conduit à s'interroger sur les enjeux de santé.

Une espérance de vie inédite

Concernant la santé en France, un premier enseignement de la démographie consiste à mettre en évidence la considérable amélioration des conditions de santé depuis deux siècles, y compris au cours des plus récentes décennies. En effet, si, malgré l'existence et la diffusion de nombreuses maladies, la population de la France améliore sa longévité, c'est que les maladies n'ont plus ou n'ont pas de conséquences mortifères aussi rapides que par le passé. Certes, le record de Jeanne Calmant, quittant ce monde à l'âge de 122 ans, est exceptionnel, mais celle qui fut pendant environ deux décennies la doyenne des Français symbolise bien les progrès dans la longévité.

Pour en prendre la dimension, il convient de rappeler les extraordinaires changements en examinant l'espérance de vie, dont les gains ont été considérables aux âges jeunes puis, plus récemment, aux âges avancés (seniors). Rappelons que l'espérance de vie est un indicateur qui calcule, pour une année donnée, la durée de vie moyenne des personnes qui seraient soumises, âge après âge, aux conditions de mortalité de l'année. C'est donc ce qu'on appelle une mesure transversale.

Deux siècles de longévité accrue « par le bas »

Au milieu du xviii^e siècle, en France, comme ailleurs dans le monde, la moitié des enfants mourrait avant l'âge de 10 ans et l'espérance de vie à la naissance ne dépassait pas 25 ans. À la suite de premiers progrès, dont la fin des famines périodiques les années de mauvaise récolte ou lors d'hivers particulièrement rigoureux, et de la vaccination contre la variole, en 1806, l'espérance de vie à la naissance du sexe masculin atteint 32,7 ans et celle du sexe féminin de 37,2 ans. L'écart élevé au profit des femmes pour cette année-là est en réalité conjoncturel, essentiellement dû aux guerres napoléoniennes. Ensuite, pendant les années de paix de la période de Restauration, la longévité moyenne des femmes est certes supérieure à celles des hommes, mais dans des proportions limitées, l'écart demeurant généralement inférieur ou presque égal à 2 ans jusque dans les années 1880, sauf les années de forte mortalité masculine liée aux guerres (jusqu'en 1815, 1855-1856, avec la guerre de Crimée et en 1870-1871).

Le même écart en nombre d'années subsiste, alors qu'augmente l'espérance de vie à la naissance qui atteint, en 1850, 42,2 ans pour les hommes et 43,8 ans pour les femmes. Dans les deux dernières décennies du xix^e siècle, les progrès sont plus intenses pour les femmes que pour les hommes, en raison de la baisse de la mortalité maternelle, l'écart entre les sexes s'accroissant donc. En 1900, l'espérance de vie à la naissance des hommes s'élève à 43,4 ans et celle des femmes à 47,0 ans.

Dans la première moitié du xx^e siècle, même si ces espérances, calculées chaque année, connaissent temporairement de fortes périodes de recul les années de surmortalité des deux guerres mondiales [1], leur amélioration est importante puisque l'année 1946 indique une espérance de vie à la naissance de 59,8 ans pour les hommes et de 65,1 ans pour les femmes.

Donc, en 140 ans, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 83 % pour les hommes et de 75 % pour les femmes. Ces

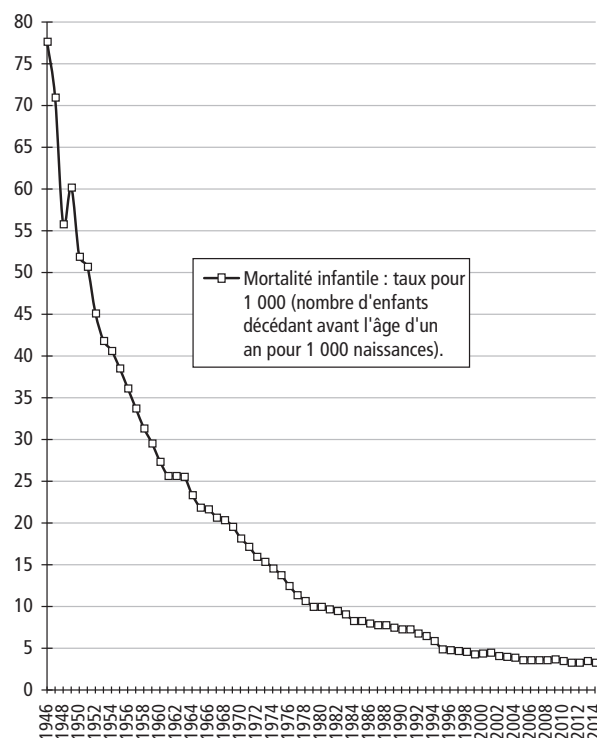


Figure 15-1 Taux de mortalité infantile en France. (© Gérard-François Dumont. Chiffres Insee métropole.)

progrès considérables additionnent tout particulièrement trois baisses de taux de mortalité qui concernent les âges jeunes, d'où notre expression de longévité accrue « par le bas », c'est-à-dire par le bas de la pyramide des âges : la diminution de la mortalité infantile (Figure 15-1), de la mortalité infanto-adolescente et de la mortalité maternelle. Ensuite, les premières années qui suivent la Seconde Guerre mondiale sont marquées par une considérable amélioration des réseaux sanitaires, par un suivi des grossesses encore amélioré et rendu indirectement obligatoire, avec la généralisation à l'ensemble des catégories socioprofessionnelles des allocations prénatales. Aussi le taux de mortalité infantile poursuit-il sa diminution : d'encore 77,8 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances en 1946, il s'abaisse à moins de 30 en 1959, moins de 20 en 1969, moins de 10 en 1981 et même moins de 4 depuis 2004. De tels progrès résultent notamment du développement de la pédiatrie ainsi que de la construction de maternités chargées de prévenir les grossesses à risques et se substituant aux accouchements à domicile effectués dans des conditions hygiéniques pas toujours satisfaisantes. S'y ajoute une généralisation des vaccinations infantiles. Les efforts ci-dessus profitent également aux femmes dont la mortalité maternelle diminue. Concernant la baisse de la mortalité infanto-adolescente, il faut citer, là aussi, la généralisation des vaccinations dans le cadre de la scolarité, avec le développement d'une médecine scolaire.

Parce que les taux de mortalité des nouveau-nés, des jeunes et des femmes baissent considérablement, les années 1946-1961 sont aussi « glorieuses » pour la progression de la longévité, puisque l'espérance de vie à la naissance des hommes passe de 59,4 ans en 1946 à 67,5 ans en 1961 et celle des femmes de

65,1 ans à 73,4 ans en seulement 15 ans. Donc, toujours en 1961, par rapport à la première décennie du XIX^e siècle, l'espérance de vie a doublé.

Puis les années 1960 donnent l'impression qu'un plafond de durée de vie moyenne est proche : l'espérance de vie des femmes baisse légèrement en 1962 et 1963, puis semble vouloir se limiter à une faible progression, tandis que celle des hommes est pratiquement stagnante entre 1960 et 1970. Ce plafond semble logique, puisque les marges de progrès dans la mortalité infantile ou dans la mortalité maternelle ne peuvent plus être que marginales, compte tenu des gains considérables obtenus depuis moins de deux siècles.

La longévité accrue « par le haut »

Mais le plafond des années 1960 se révèle être seulement un palier. Ce dernier est en effet dépassé par une nouvelle progression de la longévité [3], avec des améliorations sanitaires qui profitent désormais essentiellement aux personnes âgées après avoir surtout bénéficié aux nouveau-nés, aux adolescents et aux jeunes femmes. Les soins améliorés, l'héritage de meilleures conditions de travail pendant la vie active, les conditions de vie (niveau des retraites amélioré) et les comportements des personnes âgées allongent leur espérance de vie. La France enregistre donc une nouvelle croissance de la longévité, mais désormais « par le haut », donc surtout pour les générations situées en haut de la pyramide des âges (Figure 15-2).

Le franchissement du palier des années 1960 et des âges qui l'expliquent est bien mesuré par l'espérance de vie à 60 ans (Figure 15-3). Dans les années qui suivent 1946, le progrès

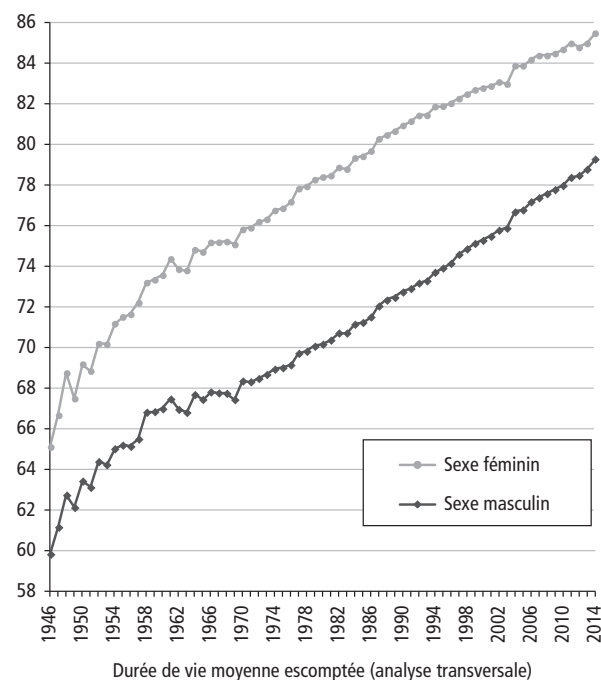


Figure 15-2 Espérance de vie à la naissance en France. (© Gérard-François Dumont. Chiffres Insee métropole.)

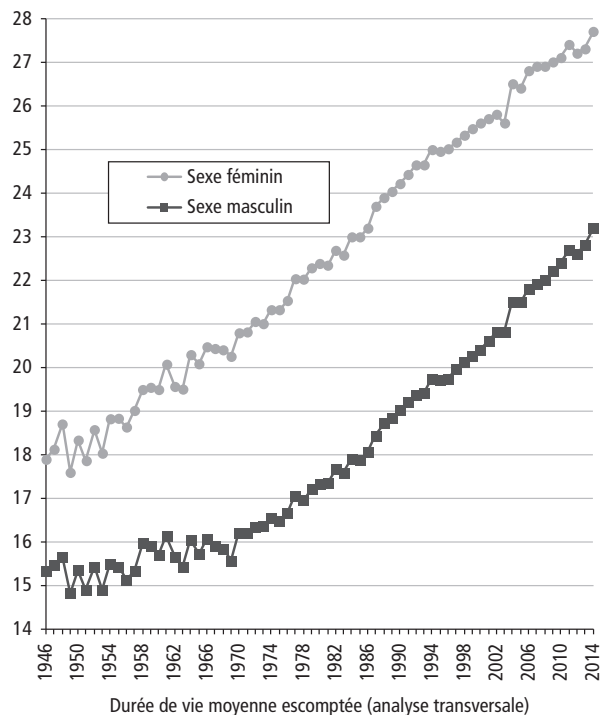


Figure 15-3 Espérance de vie à 60 ans en France (métropole). (© Gérard-François Dumont. Chiffres Insee résultats.)

moyen de cette dernière est modeste, puisqu'elle reste entre 15 et 16 ans pour les hommes pendant un quart de siècle, de 1946 à 1970. En revanche, pour les femmes, cette période de quasi-stagnation de l'espérance de vie à 60 ans dure moins longtemps, de 1946 à 1958, notamment en raison de leur place dans la société qui les rend plus libres vis-à-vis de l'offre de santé, levant les obstacles culturels à leur consommation médicale. Les années suivantes, en dépit de variations erratiques, l'évolution moyenne met en évidence une nette amélioration de la longévité des personnes âgées. L'espérance de vie à 60 ans des femmes passe de 20 ans en 1961 à 22 ans en 1977, à 24 ans en 1989 et à plus de 27 ans en 2009. La courbe montre certes l'effet canicule de 2003, mais la baisse de cette année-là semble n'être, si l'on peut dire, qu'un accident de parcours. Pour les hommes, le déclenchement d'une nouvelle croissance de l'espérance de vie à 60 ans ne s'effectue qu'à partir de 1970, mais la courbe suit le même rythme que celui des femmes, plus de 17 ans en 1979, 19 ans en 1990, plus de 23 ans en 2009 et plus de 23 ans en 2014.

Tous ces chiffres qui soulignent les progrès dans la longévité dénotent donc une amélioration de la santé en France comme facteur causal principal. Néanmoins, l'importance et le caractère continu des progrès suscitent de nouvelles interrogations. Jusque dans les années 1960, il est sous-entendu que la progression de l'espérance de vie est concomitante d'une amélioration de la santé, plus précisément aux âges jeunes. Ensuite, comme cette progression tient essentiellement aux personnes âgées, on en vient à se demander si elle engendre davantage d'années de vie en bonne santé ou, au contraire, une vie allongée en raison d'un plus grand nombre d'années en incapacité.

Vie et santé progressent-elles de concert ?

Il apparaît alors nécessaire d'élaborer un nouvel instrument de mesure : l'espérance de vie sans incapacité. Certes, les données relatives à l'espérance de vie, à la mortalité infantile et aux causes de décès restent des bases importantes pour apprécier l'état sanitaire d'une population et orienter les politiques de santé publique. Mais quelle est la qualité des années supplémentaires accordées par une espérance de vie accrue ? Dans les années 1960 apparaît aux États-Unis la notion d'espérance de vie en bonne santé qui repose, inévitablement, sur une certaine conception de la santé. Il s'agit, au-delà du calcul de l'espérance de vie, de mesurer le nombre d'années vécues dans les différents états de santé possibles. Il faut pour cela réaliser des enquêtes périodiques utilisant les mêmes mesures de l'incapacité avec des échantillons comparables pour obtenir le nombre d'années d'espérance de vie sans incapacité, défini comme la situation d'une personne qui ne se trouve pas « handicapée ou ayant des gênes ou des difficultés dans la vie quotidienne ». En outre, une autre mesure est effectuée, celle de l'espérance de vie sans incapacité sévère.

En France, dans les années 1980, les premiers résultats montrent que la longévité accrue est le résultat d'une santé améliorée, puisque l'accroissement de l'espérance de vie totale ne fait pas apparaître d'augmentation du temps vécu avec une incapacité. L'espérance de vie sans incapacité se révèle en progression, que l'on considère sa mesure à la naissance ou à 65 ans, pour le sexe masculin ou pour le sexe féminin.

Puis de nouvelles méthodes sont retenues à l'échelle de l'Union européenne [5]. Cette organisation se définit en 2004-2005 une nouvelle priorité : s'assurer que sa population, bien que de plus en plus âgée, reste en aussi bonne santé que possible. En 2011, elle se fixe comme objectif d'augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé de 2 ans, d'ici à 2020. L'action européenne privilégie un indicateur principal, l'espérance de vie sans limitation d'activité, sachant que les limitations d'activité, indicateur d'incapacité, sont définies comme des gênes dans des activités quotidiennes dues à un problème de santé. Dans ce dessein, le Programme européen de surveillance de la santé a choisi la question suivante : « Êtes-vous limité à cause d'un problème de santé, depuis au moins six mois, dans les activités que les gens font habituellement ? Oui, fortement limité ; oui, mais pas fortement limité ; non, pas limité du tout. »

Selon les résultats de la France fournis par EHLEIS [4] (Figure 15-4), pour les hommes, l'accroissement annuel de l'espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans n'est pas régulier comme il l'est quasiment pour l'espérance de vie totale, à l'exception de l'effet canicule de 2003 et de ses conséquences. Certaines années montrent même des baisses de l'espérance de vie sans limitation d'activité pour les hommes à 65 ans par rapport à l'année précédente : 1996, 1998, 2001 et 2008. Pour la période connue la plus proche, 2004-2011, l'espérance de vie sans limitation d'activité des hommes à 65 ans a progressé : plus précisément, les années totales d'augmentation de l'espérance se sont partagées entre années avec et sans limitation d'activité.

Pour les femmes, l'espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans est supérieure à celle des hommes sur la période 1995-2011 ; son évolution est haussière, mais très irrégulière. Mais, pour la période connue la plus proche, 2004-2011, l'on constate une stagnation.

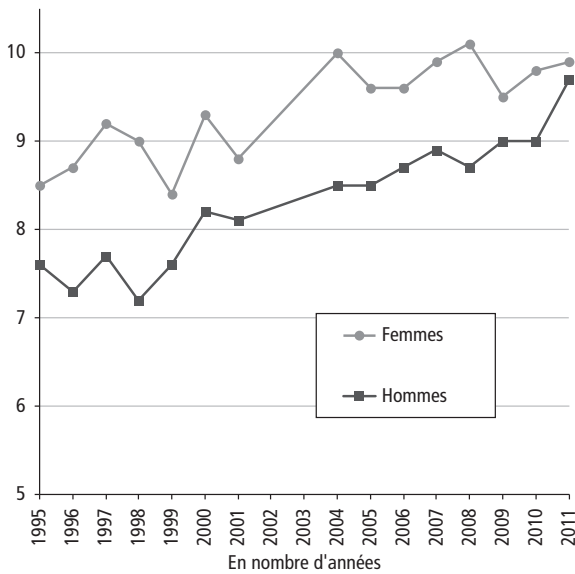


Figure 15-4 Espérance de vie à 65 ans en France (métropole) sans limitation d'activité. (© Gérard-François Dumont. Chiffres EHLEIS.)

En conséquence, les femmes françaises gardent un léger avantage sur les hommes en termes d'années sans limitation d'activité, mais celui-ci s'est nettement réduit. Aussi, au sein de leurs années d'espérance de vie à 65 ans, les hommes bénéficient-ils d'un pourcentage d'années sans limitation d'activité supérieur à celui des femmes (Figure 15-5).

En réalité, ces résultats soulèvent de nombreuses questions. D'abord, il faut se demander si la faible progression moyenne de l'espérance de vie sans limitation d'activité à 65 ans ne

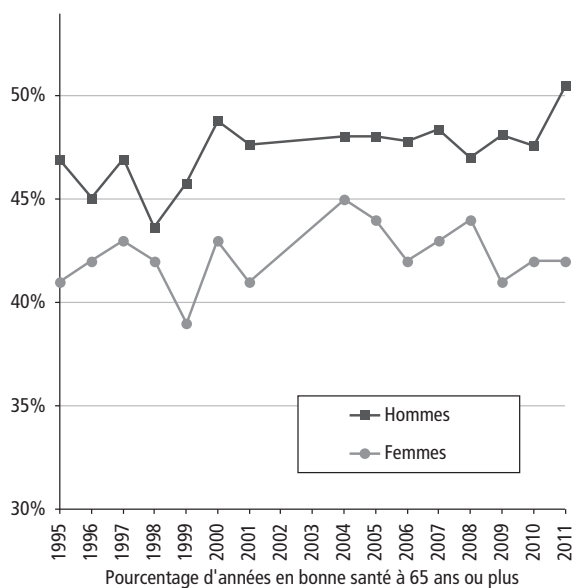


Figure 15-5 Espérance de vie à 65 ans sans limitation d'activité en France (métropole), rapportée à l'espérance de vie totale à 65 ans. (© Gérard-François Dumont. Chiffres EHLEIS.)

s'explique pas en raison d'une déclaration plus systématique des troubles ou des gênes par les personnes enquêtées. Ces dernières, ayant reçu davantage de messages sur la relativité de la santé, seraient plus conscientes de leurs limites. Le résultat pourrait aussi s'expliquer par une plus grande survie des personnes en incapacité en général et, donc, un effet des dynamiques médicales. En outre, il faut se demander si les résultats ne proviennent pas d'effets de génération. Les carrières ou fins de carrière, devenues plus difficiles, pourraient avoir engendré davantage d'incapacité ou de sentiment de limitation d'incapacité. Enfin, la complexité de conciliation entre vies personnelles, vie professionnelle et vie familiale pourrait être un autre élément d'explication.

La démographie enseigne donc que les années de vie gagnées en France au fil des décennies autorisent en moyenne à la fois une vie plus longue et une vie plus longuement active grâce à un gain d'années sans limitation d'activité. La science de la population enrichit la connaissance de la santé en France d'un autre élément : les facteurs de décès.

Les différentiels de causes de décès selon le sexe

En effet, la démographie permet d'analyser les causes de décès par sexe et par âge selon une nomenclature (Figure 15-6). Selon les derniers chiffres disponibles pour 2011, tous les cas ou types de causes ne sont pas détaillés car la rubrique « autres causes » contient 18 % des décès pour les hommes et 24 % pour les femmes. Mais la répartition des décès selon des causes spécifiées met en

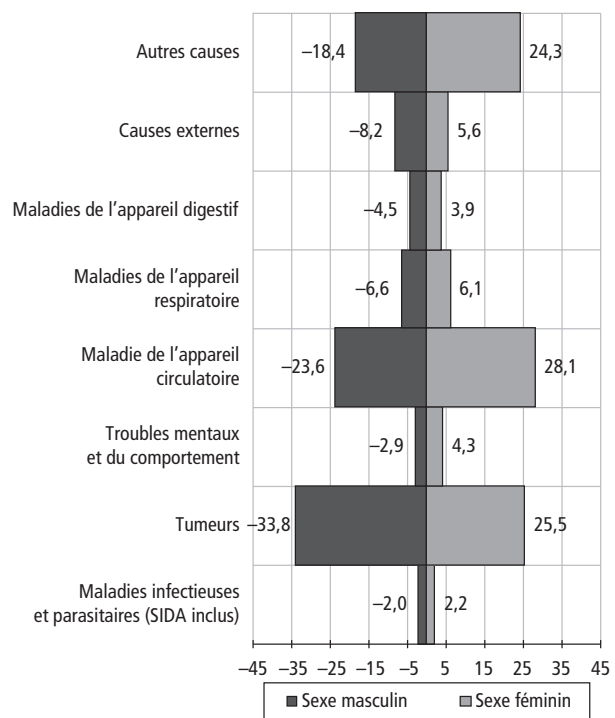


Figure 15-6 Causes de décès en France. (© Gérard-François Dumont. Chiffres Insee-CépiDc 2011.)

évidence l'importance relative de chacun des différents types et également les différences de cause selon les sexes.

Les deux sexes confondus, la cause principale des décès en France, représentant une proportion de 29,7 %, provient des tumeurs, mais cette cause est voisine du tiers (33,8 %) pour les décès masculins et du quart pour les décès féminins (25,5 %). La deuxième grande cause de décès, 30,4 % d'entre eux, tient aux maladies de l'appareil circulatoire ; elles concernent davantage les femmes, dont c'est la première cause de décès (28,1 %), que les hommes (23,6 %). Pour les hommes comme pour les femmes, les autres types de causes possibles ont une importance nettement moindre, toujours inférieure à 10 % et souvent nettement inférieure à 10 %. Pour les femmes, la troisième cause tient aux « maladies de l'appareil respiratoire » (6,1 %) et, pour les hommes, ce sont les « causes externes » (8,2 %), ce qui inclut notamment les « accidents de transport » et les « suicides », avec un taux de surmortalité chez les hommes de, respectivement, 323 et 298 hommes pour 100 femmes.

La quatrième cause par importance chez les hommes, soit 6,6 % des décès, provient des « maladies de l'appareil respiratoire » et, pour le sexe féminin, des « causes externes » (5,6 %). Le sexe féminin compte une proportion de causes plus importantes que le sexe masculin dans les « troubles mentaux et du comportement » et dans les « maladies infectieuses et parasitaires ».

Des données plus fines permettent de préciser les principaux types de cancers explicatifs de décès. Chez les hommes, les « tumeurs du larynx, trachée, bronches et poumon », comprenant donc notamment les effets du tabagisme masculin, viennent largement en tête et représentent plus du quart des décès causés par des tumeurs, très loin devant les « tumeurs du côlon » (7 %

des décès par tumeur) (Figure 15-7). Chez les femmes, plus de 17 % des décès par tumeurs proviennent de « tumeurs du sein », devançant les « tumeurs du larynx, trachée, bronches et poumon » (12 % des décès par tumeurs).

La démographie permet ainsi une analyse quantitative des causes de décès qui s'ajoute à celles de l'espérance de vie. Elle autorise en outre des réflexions prospectives en contribuant à mettre en évidence des enjeux de santé.

La santé face à la « gérontocroissance »

En effet, le caractère très positif de la longévité [2] accrue ne doit pas masquer que les interrelations entre démographie et santé se traduisent pour l'avenir par d'importants questionnements, à commencer par celui lié à l'évolution de la composition par âge de la population. Selon tous les jeux d'hypothèses excluant des catastrophes sanitaires ou des migrations massives, les projections démographiques de la France à l'horizon 2030 mettent en évidence un vieillissement de la population, c'est-à-dire une proportion accrue des personnes âgées dans la population totale et une augmentation quasi certaine [2] du nombre de personnes âgées, phénomène que j'ai proposé de dénommer la « gérontocroissance ». Il suffit d'ailleurs de regarder l'actuelle pyramide des âges de la France pour y déceler l'importance du vieillissement et de la gérontocroissance à venir.

Or, la gérontocroissance, qui résulte de la combinaison de l'arrivée à l'âge des seniors de générations plus nombreuses et de l'augmentation de la longévité des personnes âgées, devrait influencer tout particulièrement sur les dépenses de santé (Figure 15-8). En effet, les perspectives courantes montrent que la proportion des ennuis de santé affectant la population des personnes âgées ne devrait pas augmenter. Mais comme le nombre de personnes âgées s'accroît, un effet de flux devrait mécaniquement se produire, soit, par exemple, la hausse du nombre de fractures du col du fémur, qui pourrait doubler, du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de celles atteintes de la maladie de Parkinson. Sauf progrès médicaux importants, le nombre des séjours hospitaliers devrait aussi s'accroître dans le futur en raison des affections oculaires, des maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, des affections du rein et des voies urinaires, des tumeurs... compte tenu de générations de seniors plus nombreuses.

Considérée isolément, la gérontocroissance annonce donc un budget accru de la santé. La mesure de l'augmentation de la dépense de santé avec le vieillissement individuel le confirme. En effet, la courbe des dépenses de santé en France, qui est à un facteur inférieur à 1 avant l'âge de 20 ans, reste au-dessous de ce niveau jusqu'à l'âge de 40 ans pour les hommes, mais s'accroît au maximum d'environ 50 % chez les femmes autour de la trentaine en raison des soins de santé liée à la maternité. Après une progression régulière après 40 ans, la dépense atteint un facteur 2 à l'âge de 60 ans. Au-delà de cet âge, la dépense des hommes dépasse celle des femmes puis augmente plus rapidement qu'elle, atteignant à l'âge de 80 ans un facteur 3,8 pour les hommes et 2,9 pour les femmes.

Un premier enjeu de la santé est donc de nature purement quantitatif, résultant des perspectives démographiques de la France.

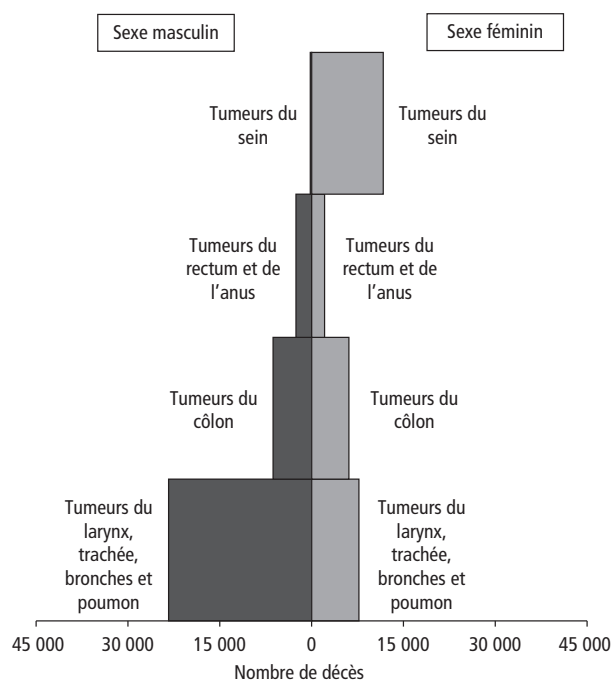


Figure 15-7 Principales causes de décès par tumeurs chez les femmes et chez les hommes en France (métropole). (© Gérard-François Dumont. Chiffres Insee-CépiDc 2011.)

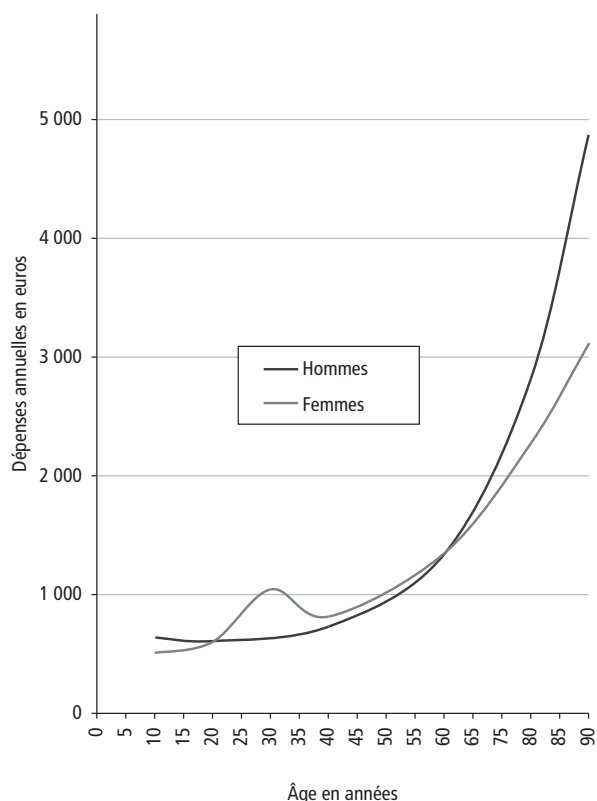


Figure 15-8 Profil de dépense annuelle totale de santé par âge en France. (© Gérard-François Dumont. Chiffres EAPS-ESPS 1997, dernière année disponible.)

La question des effets de génération

Néanmoins, même si l'effet mécanique de la gérontocroissance, qui s'interprète comme un effet d'âge, est incontestable, il convient aussi d'examiner les effets de génération, ceux liés au fait que des personnes, selon leur date de naissance, vivent dans un temps historique qui laisse des empreintes spécifiques sur les comportements. La santé de chaque génération ne dépend pas seulement du niveau atteint par la médecine et de la qualité des infrastructures sanitaires, mais aussi de ses pratiques hygiéniques, d'entretien corporel, de son milieu social, de son niveau de vie, du contexte environnemental dans lequel elle vit ou travaille (ou a travaillé). Par exemple, la hausse de la longévité des seniors des années 1990 tient aussi aux modes de vie que ses générations ont eus ou suivent. Or, s'il s'avérait que les générations suivantes modifiaient leur modes de vie, soit sur un mode moins préventif (davantage de consommation de drogue, d'alcool ou de tabac, régression ou disparition d'habitudes hygiéniques comme le lavage régulier des mains ou l'aération des logements...), soit à l'opposé, les effets sur la santé et les budgets sanitaires seraient différents.

Un autre enjeu tient au comportement vis-à-vis de la maladie : certaines générations, comme les seniors du dernier tiers du xx^e siècle, ont accru le soin qu'elles portaient à consulter un médecin dès que possible, tant chez les hommes que chez les femmes. Or, la persistance d'une telle attitude n'est pas acquise, notamment chez certaines populations issues de l'immigration où peuvent exister des freins culturels.

Les politiques sanitaires doivent donc tenir compte non seulement des dynamiques démographiques globales, mais aussi de l'évolution de la composition des populations, un effort sanitaire particulier pouvant s'avérer nécessaire vers telle ou telle catégorie de la société.

Les effets du progrès technique médical

Un autre enjeu, dont l'anticipation est difficile, concerne les effets du progrès technique médical. Certes, nombre de progrès techniques, comme la chirurgie de la cataracte, ont considérablement réduit le coût de certains soins. Mais, en même temps, leur généralisation a entraîné une multiplication des actes, le patient reculant moins devant les risques d'une opération devenue plus banale. Ainsi le progrès technique peut-il contribuer à l'augmentation des consommations médicales en raison même des avancées qu'il permet, d'où la difficulté de prévoir quels seront ses effets, d'autant plus que le contenu de ce progrès technique demeure incertain. Par exemple, concernera-t-il les jeunes ou les personnes âgées ? Enfin, se pose la question de l'offre de soins : son évolution future résultera de plusieurs facteurs comme la géodémographie des professions de santé, les gains éventuels de productivité, mais aussi de l'intensité des progrès en télémédecine.

Les enjeux démographiques de la santé sont donc multiples. Ceux concernant la gérontocroissance et le vieillissement interrogent les modes de financement du secteur de la santé. La question des comportements sanitaires des jeunes générations ou des immigrants ne peut être éludée. Il faudrait ajouter les besoins de prévention face à des risques de crise sanitaire qui pourraient avoir des effets sur la mortalité. Enfin, la politique publique sanitaire doit continuer d'être attentive aux inégalités existant en matière de santé, inégalités mises en évidence non seulement par les différences d'espérance de vie, mais aussi par les différences d'espérance de vie sans limitation d'activité, selon les différents groupes qui composent la population de la France.

BIBLIOGRAPHIE

1. DUMONT GF. La population de la France, des régions et des DOM-TOM. Paris, Ellipses, 2000, 240 pages.
2. DUMONT GF. Les territoires face au vieillissement en France et en Europe. Paris, Ellipses, 2006, 416 pages.
3. DUMONT GF. La longévité en France : un bilan dual. Population & Avenir, mars-avril 2015, n° 722.
4. Health Expectancy in France. EHLEIS Country Reports, issue 7, April 2014.
5. ROBINE JM, CAMBOIS E. Les espérances de vie en bonne santé des Européens. Population & Société, avril 2013, n° 499.