



HAL
open science

L'évolution démographique récente de la France. Naissances, décès, unions et migrations : à chacun sa saison

Didier Breton, Magali Barbieri, Hippolyte d'Albis, Magali Mazuy

► **To cite this version:**

Didier Breton, Magali Barbieri, Hippolyte d'Albis, Magali Mazuy. L'évolution démographique récente de la France. Naissances, décès, unions et migrations : à chacun sa saison. Population (édition française), 2018, 73 (4), pp.623-692. <10.3917/popu.1804.0623>. <hal-02137543v2>

HAL Id: hal-02137543

<https://hal.science/hal-02137543v2>

Submitted on 23 May 2019

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.



HAL Authorization



Didier BRETON^{o*}, Magali BARBIERI*,
Hippolyte D'ALBIS**, Magali MAZUY*

L'évolution démographique récente de la France. Naissances, décès, unions et migrations : à chacun sa saison

I. Évolution générale et structure par âge de la population

1. Accroissement et structure de la population

Un accroissement naturel historiquement bas

Au 1^{er} janvier 2018, la population de la France entière⁽¹⁾ comptait 66,9 millions d'habitants⁽²⁾, dont 2,2 millions dans les départements et régions d'outre-mer (Papon et Beaumel, 2019). Au cours de l'année 2017, la population a augmenté de 221 280 personnes, contre + 247 775 en 2016⁽³⁾. L'accroissement

(1) Les chiffres présentés dans cet article correspondent à la France entière. Par France entière on entend les 101 départements français : 96 départements se situent dans l'espace européen (France métropolitaine) et 5 en dehors (Départements et régions d'outre-mer (Drom anciennement Dom, Guadeloupe, Guyane, La Réunion Martinique et Mayotte). La dénomination « France entière » ne comprend pas les autres territoires de la République française (Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, îles Wallis-et-Futuna, Terres australes et antarctiques françaises, îles éparses de l'Océan Indien ainsi que la collectivité territoriale à statut particulier de Saint-Pierre-et-Miquelon) qui sont en dehors de la comptabilité nationale et ne font pas partie de l'Union européenne. En annexe figurent les séries longues pour la France métropolitaine. En effet, l'Insee ne fournit les données pour la France entière que depuis 1991.

(2) En janvier 2019, l'Insee a publié des estimations de la population aux 1^{er} janvier 2017 et 2018 différents de ceux publiés en janvier 2018 (Papon et Beaumel, 2018, 2019). Ces différences sont une conséquence du remaniement des bulletins du recensement, permettant, entre autres, de mieux repérer les individus ayant plusieurs résidences (Insee, 2019), entraînant alors une diminution de l'effectif total des populations.

(3) Les changements évoqués dans la note 2 ont aussi contraint l'Insee d'ajuster les soldes migratoires estimés des années 2015, 2016 et 2017 de près de 100 000 personnes en moins que le solde migratoire évalué (Insee, 2019).

^o Université de Strasbourg, Sage (UMR n°7363).

* Institut national d'études démographiques (Ined).

** École d'économie de Paris, CNRS.

Correspondance : Didier Breton, Université de Strasbourg, Institut de démographie (IDUS), 22 rue René Descartes - Patio - Bâtiment 5, 67084 Strasbourg Cedex, dbreton@unistra.fr

de la population française est au plus bas depuis près de 20 ans et s'approche de 3‰ (tableau annexe A.1).

Le solde naturel, moteur historique de l'accroissement de la population française, diminue encore en 2017 avec + 164 000 personnes, nouveau record historiquement bas, inférieur à celui de l'année 1976 (Breton *et al.*, 2017), alors que la population totale n'a jamais été aussi importante. Le taux d'accroissement naturel est de 2,4 ‰ (avec un taux brut de natalité de 11,5 ‰ et un taux brut de mortalité de 9,1 ‰)⁽⁴⁾. La diminution de l'accroissement naturel tient à la fois à la baisse du nombre de naissances, continuant à creuser la base de la pyramide (figure 1) et à l'augmentation de celui des décès. Celle-ci est due principalement au recul de l'âge au décès et l'arrivée des générations nombreuses, nées entre 1946 et 1974, aux âges de plus forte mortalité. Dans les prochaines années, l'augmentation du nombre de décès devrait s'atténuer du fait de l'arrivée aux grands âges des générations « creuses » nées dans les années 1930 suite à la Grande Dépression (le nombre annuel de naissances en 1939 était de 130 000 inférieur à celui de 1930, baisse qui a été régulière sur la période) (Bourgeois-Pichat, 1950 ; Pailhé, 2010). Quant au nombre de naissances, il devrait de nouveau croître du fait de l'arrivée en âge de procréer des générations plus nombreuses nées après 1998, qui renforcent par ailleurs depuis deux ans les difficultés d'accueil dans les universités françaises.

Durant l'année 2017, le solde migratoire est estimé à + 58 000 pour l'ensemble de la France et + 66 000 pour la seule métropole⁽³⁾⁽⁵⁾. Notons que la méthode de calcul du solde migratoire entraîne chaque année des corrections pour les années précédentes (Brutel, 2015)⁽⁶⁾.

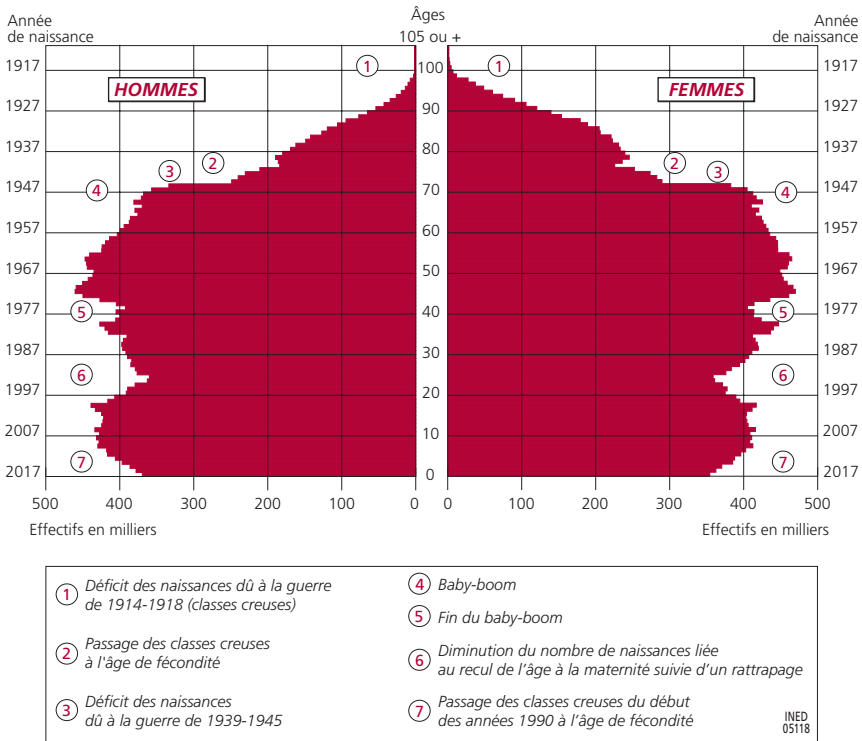
En 2016, l'Allemagne devient le pays de l'UE où le nombre de naissances est le plus élevé, devant la France

Au 1^{er} janvier 2017, la France reste le deuxième pays le plus peuplé de l'Union européenne (UE) après l'Allemagne, et l'un des 4 pays de l'UE peuplés de plus de 60 millions d'habitants (avec l'Allemagne, l'Italie et le Royaume-Uni). En 2016, il est né plus d'enfants en Allemagne qu'en France, avec un accroissement de 7 % des naissances entre 2015 et 2016 (de 737 575 à 792 131 naissances). Toutefois, le solde naturel de l'Allemagne demeure négatif (- 118 000), et si la population allemande augmente, elle le doit à un solde migratoire très important (+ 500 000).

(4) Le taux d'accroissement naturel est la différence entre le taux brut de natalité et le taux brut de mortalité. Il peut se calculer également en faisant le rapport entre le solde naturel et la population moyenne.

(5) Ces soldes migratoires ne tiennent pas compte de l'ajustement. La différence entre les soldes France métropolitaine et France entière s'explique par le solde migratoire négatif des départements d'outre-mer vis-à-vis de la métropole. Les émigrations dépassent en nombre les immigrations, même dans les départements d'outre-mer concernés par de fortes immigrations comme la Guyane ou Mayotte.

(6) La correction est parfois à la hausse et parfois à la baisse. Ainsi, après des prévisions de + 47 000, le solde migratoire de 2013 a été en réalité de + 100 000. À l'inverse, le solde migratoire de 2014, estimé à + 67 000, a été revu à la baisse (+ 32 000) dans le bilan démographique 2017 de l'Insee (Bellamy et Beaumel, 2016, 2017 ; Papon et Beaumel, 2018).

Figure 1. Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2018

Champ : France entière (y compris Mayotte).

Sources : Insee.

Les contributions des soldes naturel et migratoire varient selon les pays et les périodes (tableau 1) et sont affectées à la fois par la crise économique de 2008 et les récents déplacements de population en Europe. La comparaison des périodes 2003-2007 et 2013-2017 montre une diminution de la population de certains pays du fait de soldes naturel et migratoire négatifs sur les deux quinquennats. C'est le cas de pays baltes et d'Europe de l'Est (Bulgarie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Roumanie). À l'opposé, certains pays de l'Ouest de l'Europe ont des taux d'accroissement migratoire et naturel relativement stables et positifs sur les deux périodes (Belgique, France, Royaume-Uni). Pour d'autres, la situation s'est inversée entre les deux périodes. Un premier groupe de pays a connu entre 2013 et 2017 une forte baisse de sa composante migratoire, doublée d'une baisse du taux d'accroissement naturel : la Croatie, l'Espagne, la Grèce et le Portugal. À l'opposé, l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, les Pays-Bas et la Suède ont connu un accroissement migratoire fort dans la période la plus récente, allant parfois jusqu'à compenser un accroissement naturel faible, voire négatif, comme en Allemagne ou en Italie.

Tableau 1. Accroissement total et accroissement migratoire dans les pays de l'Union européenne, périodes 2003-2007 et 2013-2017 (%)

2003 - 2007				2013 - 2017			
	Taux d'accroissement				Taux d'accroissement		
	naturel	migratoire	total		naturel	migratoire	total
Irlande	8,5	14,9	23,5	Malte	2,0	21,7	23,7
Espagne	2,0	15,6	17,6	Luxembourg	3,7	18,1	21,8
Chypre	4,2	12,6	16,8	Suède	2,5	9,0	11,5
Luxembourg	3,6	11,7	15,3	Irlande	7,6	2,1	9,7
Royaume-Uni	2,4	4,4	6,8	Autriche	0,4	8,2	8,6
France	4,4	2,5	6,8	Royaume-Uni	2,8	4,2	7,0
Belgique	1,6	4,3	5,9	Danemark	1,1	5,2	6,3
Suède	1,3	4,1	5,4	Allemagne	-2,0	7,7	5,7
Italie	-0,1	5,4	5,3	Belgique	1,3	3,6	4,9
Malte	1,9	3,4	5,2	France	3,2	1,0	4,2
Autriche	0,3	4,7	5,1	Pays-Bas	1,6	2,4	4,0
Finlande	1,8	1,7	3,6	Finlande	0,4	2,8	3,1
Danemark	1,6	1,8	3,4	Italie	-2,2	4,9	2,7
Slovénie	-0,1	3,2	3,1	République tchèque	0,2	1,6	1,8
République tchèque	-0,4	3,4	3,0	Slovaquie	0,6	0,5	1,2
Grèce	0,2	2,4	2,6	Slovénie	0,5	0,3	0,8
Pays-Bas	3,2	-0,7	2,6	Espagne	0,2	-0,4	-0,3
Portugal	0,3	1,8	2,1	Chypre	4,4	-4,7	-0,4
Croatie	-2,4	2,7	0,3	Estonie	-1,2	0,8	-0,4
Slovaquie	0,1	-0,1	0,0	Pologne	-0,3	-0,2	-0,5
Pologne	-0,1	-0,5	-0,5	Hongrie	-3,6	1,0	-2,6
Allemagne	-1,7	0,9	-0,8	Portugal	-2,3	-1,5	-3,8
Hongrie	-3,7	1,7	-2,0	Grèce	-2,4	-2,5	-4,9
Estonie	-2,3	-3,1	-5,4	Roumanie	-3,1	-1,9	-5,0
Bulgarie	-5,3	-2,2	-7,5	Bulgarie	-5,9	-0,6	-6,6
Roumanie	-2,0	-7,4	-9,4	Croatie	-3,3	-4,2	-7,5
Lettonie	-4,7	-4,9	-9,6	Lettonie	-3,6	-5,4	-9,0
Lituanie	-4,1	-9,1	-13,2	Lituanie	-3,7	-7,6	-11,3
Union européenne	0,7	3,2	3,9	Union européenne	0,0	2,8	2,8

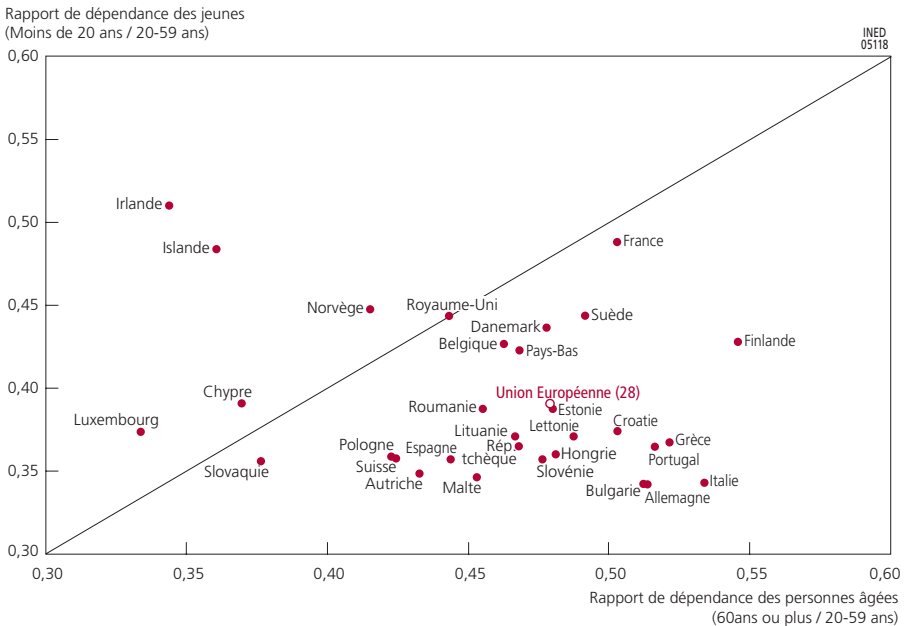
Note : Les valeurs négatives sont en gras, et celles dont la ligne est grisée représentent les pays dont le rang européen a le plus changé entre les deux périodes.
Lecture : Les pays sont classés dans l'ordre décroissant du taux d'accroissement total de la période concernée.
Champ : Europe.
Sources : Eurostat, calculs des auteurs-e-s.

Les 20-59 ans représentent moins de la moitié de la population totale

Au premier janvier 2018, à peine la moitié de la population française est âgée de 20 à 59 ans (49,9 %) (tableau annexe A.2, figure 1). En 2018 comme en 2017, les moins de 20 ans sont proportionnellement presque aussi nombreux que les 60 ans et plus (autour de 25 %), ce qui fait de la France une exception

européenne (figure 2), mais également le pays dont le rapport de dépendance total est le plus élevé en Europe (0,99). Très rares sont les pays dont la proportion des moins de 20 ans est supérieure à celle des 60 ans et plus. Ce sont généralement des pays de petite, voire très petite taille (Irlande et Islande), dont la natalité est restée relativement importante. À l'opposé, les pays dont la fécondité (et la natalité associée) est basse (proche de 1,5 enfant par femme) depuis près de 20 ans, ont des indicateurs de vieillissement très importants : l'Autriche, l'Espagne et la Pologne ou encore l'Allemagne, la Grèce, l'Italie et le Portugal, pays pour lesquels le vieillissement par le bas (diminution des naissances) s'ajoute au vieillissement par le haut (allongement de la durée de vie) de la pyramide.

Figure 2. Rapports de dépendance en Europe au 1^{er} janvier 2017



Lecture : En moyenne, au 1^{er} janvier 2017, il y a en France 49 personnes de moins de 20 ans pour 100 personnes de 20-59 ans, et 52 personnes de 60 ans ou plus, pour 100 personnes de 20-59 ans.

Champ : Europe.

Sources : Eurostat, calculs des auteur-e-s.

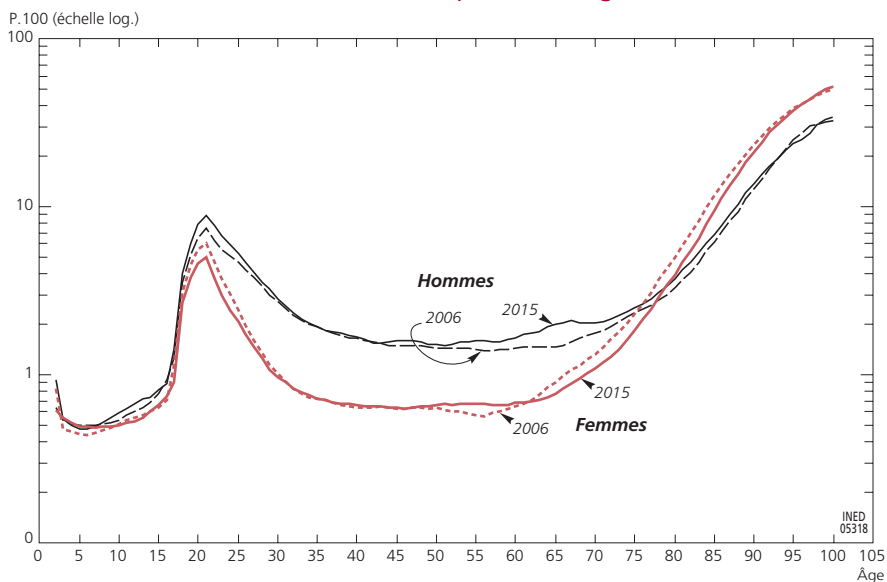
2. La population des ménages

Toujours moins de personnes vivent hors logement ordinaire

Depuis la mise en place du recensement rénové de la population en 2004, l'Insee publie chaque année des données détaillées de recensement cumulant 5 collectes d'enquêtes annuelles de recensement (EAR). Les données disponibles les plus anciennes datent de 2006 (EAR 2004 à 2008) et les plus récentes de 2015 (EAR 2013 à 2017). Au-delà de l'effectif de la population totale, de sa répartition par sexe et par âge (utilisés comme dénominateurs de nombreux indicateurs dans cet article), il est possible de distinguer les individus selon

qu'ils vivent en logement ordinaire ou collectif (foyers de travailleurs, maisons de retraite, résidences universitaires, centres de détention, etc.). En 2015, 2,24 % des Français (près de 1,5 million de personnes) vivent en logement collectif avec un premier pic aux âges d'entrée dans la vie adulte (entre 5 % et 10 % autour de 20 ans ; figure 3) et une augmentation rapide à partir de 60 ans pour s'approcher ou dépasser 50 % aux âges les plus avancés (figure 3). La proportion de personnes vivant en logement collectif diminue légèrement entre 2006 et 2015, prolongeant une tendance amorcée depuis 1990 au moins (Pirou *et al.*, 2013) et cela à tous les âges, mais particulièrement au-delà de 60 ans. La diminution progressive de la proportion de personnes vivant en ménage collectif vient d'une part de la diminution des élèves en internat et, d'autre part, du recul de l'âge à l'entrée en institution des personnes âgées (Muller, 2017 ; Pirou *et al.*, 2013).

Figure 3. Évolution de la proportion de personnes vivant en logement collectif en 2006 et 2015, par sexe et âge



Champ : France entière hors Mayotte, personnes vivant en ménage ordinaire.
Sources : Insee, recensements, calculs des auteur-e-s.

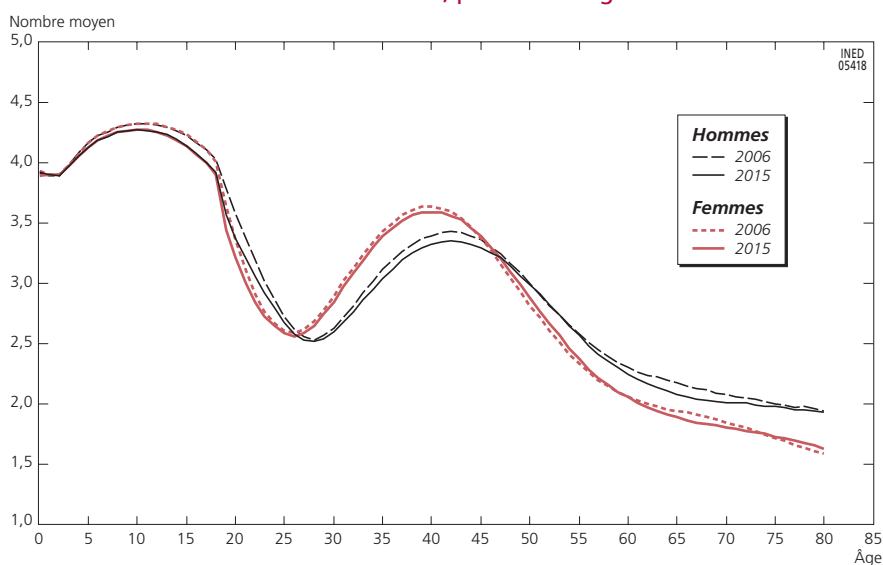
En 2015, la proportion de l'ensemble des hommes vivant en logement collectif est devenue identique ou presque à celle des femmes, après avoir été longtemps légèrement supérieure (2,25 % des hommes et 2,23 % des femmes en 2015, contre respectivement 2,44 % et 2,20 % en 2006). Si les profils des courbes des taux par âge des hommes et des femmes se ressemblent, les positions relatives des courbes féminines et masculines diffèrent (figure 3). Avant 75 ans, les proportions d'hommes en logement collectif sont plus élevées que celles des femmes, puis le rapport s'inverse du fait de la surmortalité des hommes et des nombreux veuvages qui en découlent.

La taille des ménages diminue

En moyenne, en 2015, les ménages comptaient 2,23 personnes contre 2,31 en 2006. Cette diminution prolonge une tendance historique aux origines multiples : la baisse de la fécondité, l'allongement de la vie en bonne santé, l'augmentation des ruptures conjugales, les périodes de vie sans conjoint cohabitant plus fréquentes et plus longues (Daguet, 2017). Le « desserrement » des ménages⁽⁷⁾ associé à ces phénomènes entraîne des besoins en logements⁽⁸⁾ différents à la fois quantitativement et qualitativement (nombre de pièces, superficie, localisation...). C'est ainsi qu'on observe un accroissement du nombre de logements presque deux fois plus rapide que celui de la population entre 2006 et 2015 (+ 8,6 % contre + 4,9 %).

Le nombre de personnes dans le ménage n'est pas constant au fil de la vie : il varie selon l'âge et le sexe au rythme de la trajectoire familiale (figure 4). Aux plus jeunes âges, les enfants vivent en moyenne dans des ménages de taille relativement importante (plus de 4,0 personnes), c'est également le cas des

Figure 4. Évolution du nombre moyen de personnes par ménage en 2006 et 2015, par sexe et âge



Champ : France entière hors Mayotte, personnes vivant en ménage ordinaire.

Sources : Insee, recensements, calculs des auteur-e-s.

(7) C'est-à-dire de la diminution du nombre moyen de personnes par ménage. Le terme de « desserrement » est régulièrement utilisé dans les travaux d'urbanisme et de projections de population, notamment celles tenant compte des contraintes de logement. Il est défini en 1988 dans le « Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement » (Merlin et Choay, 1988) comme le « taux d'occupation du logement ».

(8) Les logements sont ici ceux considérés comme résidence principale. Dans le recensement, la notion de ménage est associée à celle de logement. Un ménage regroupe un ensemble d'individus vivant sous le même toit, au sein d'une résidence dans laquelle ils passent le plus de temps dans l'année.

adultes aux âges de constitution et d'agrandissement des familles (proche de 3,5 personnes). C'est aux âges de l'entrée dans la vie adulte (de 15 à 25 ans) et de la décohabitation des enfants (après 45 ans) que les personnes vivent dans des ménages plus réduits pour atteindre un minimum aux âges les plus avancés (proche de 1 personne par ménage au-delà de 90 ans). Les formes des courbes des hommes et des femmes sont identiques, mais le niveau diffère entre 25 ans et 45 ans du fait notamment de la monoparentalité davantage féminine, et au-delà de 50 ans en raison du moindre risque de veuvage des hommes dû à une espérance de vie plus longue des femmes. La légère diminution de la taille moyenne des ménages entre 2006 et 2015 (– 0,08 personne) s'observe à presque tous les âges (à l'exception des 45 et 60 ans) avec un maximum à 19 et 20 ans (– 6 % pour les hommes) et entre 65 et 67 ans (– 4 %). Cette diminution tient donc en partie au vieillissement de la population. Le prolongement de cette tendance semble inéluctable, sauf si, évolution peu probable, les lieux de vie aux âges de la vieillesse se transforment à nouveau avec un retour à des modes de cohabitation intergénérationnelle.

II. L'immigration en provenance de pays tiers

Le solde migratoire, qui mesure la différence entre les entrées et les sorties de personnes sur le territoire français au cours d'une année, peut se décomposer entre les entrées et les sorties des ressortissants français ou nés en France, et celles des personnes immigrées qui sont caractérisées par le fait qu'elles sont nées étrangères à l'étranger.

Cette section est consacrée à l'évolution récente des entrées de personnes étrangères en provenance de pays dits tiers, dont les ressortissants majeurs sont soumis à l'obligation de détention d'un titre de séjour. Elle ne concerne pas les ressortissants des pays membres de l'Espace économique européen⁽⁹⁾ et de Suisse. Afin de mener des comparaisons temporelles cohérentes, les statistiques sont établies à périmètre géographique constant, ce qui signifie que les flux de ressortissants des pays pour lesquels la détention d'un titre fut obligatoire mais n'est aujourd'hui plus nécessaire, ne sont pas comptabilisés ici⁽¹⁰⁾.

Les flux d'entrées de ressortissants de pays tiers s'établissant légalement en France sont évalués ici à partir des statistiques relatives à la délivrance des titres de séjour et des visas de long séjour valant titres de séjour. Les statistiques sont construites à partir d'extractions de l'Application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France (AGDREF) du ministère de l'Intérieur

(9) Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie et Suède.

(10) Du fait de la modification du champ et des méthodes d'estimation retenues, le tableau annexe A.3 fait l'objet d'une refonte depuis 2014. En particulier, l'ensemble des nationalités considérées peut évoluer d'une note de conjoncture à l'autre en fonction de la législation sur le droit au séjour.

transmises chaque année à l'Ined. La méthodologie suivie pour construire ces flux est décrite en détail dans d'Albis et Boubtane (2015). Le principe de base est le suivant : les personnes sont comptabilisées dans le flux de l'année où elles reçoivent pour la première fois un titre de séjour permettant de résider au moins un an en France. Dans la plupart des cas, cette année est la même que l'année d'entrée, mais elle peut lui être parfois postérieure (notamment parce que la personne a pu détenir auparavant un titre autorisant un séjour plus court). C'est donc davantage l'entrée dans le statut de migrant permanent – autrement dit de résident légal et durable – qui est mesurée, que l'entrée effective sur le territoire.

De façon complémentaire, le ministère de l'Intérieur publie une série statistique de flux migratoires qui repose sur la comptabilisation de tous les premiers titres de séjour délivrés aux personnes majeures. Les champs ne sont donc pas les mêmes. Les flux d'entrées d'étrangers peuvent également être estimés à partir d'autres sources statistiques. L'Insee utilise les recensements de la population, ce qui permet aussi d'évaluer les entrées des ressortissants de l'Espace économique européen et les ressortissants des pays tiers sans titre de séjour. Cependant, pour un même périmètre géographique, les évaluations des flux d'entrées réalisées à partir des recensements sont plus faibles que celles obtenues à partir d'AGDREF (Temporal et Brutel, 2016).

1. Une poursuite de l'augmentation des flux d'entrées

Le tableau 2 présente les flux d'entrées pour les années 2011 à 2016. Le flux a représenté 218 354 personnes en 2016, soit son plus haut niveau depuis 2000 (tableau annexe A.3). Les flux en 2016 représentent 4 % d'entrées supplémentaires par rapport à 2015 et 23 % de plus qu'en 2011.

Tableau 2. Flux d'entrées de ressortissants de pays tiers, selon l'année de début de validité et la durée de validité du premier titre de séjour d'un an et plus

Durée de validité du titre	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Titres de moins de 10 ans	157 669	159 077	173 058	178 677	187 626	193 163
Titres de 10 ans ou plus	20 002	20 934	19 338	21 210	22 414	25 191
Total	177 671	180 011	192 396	199 887	210 040	218 354

Champ : Titres délivrés en France et à l'étranger aux ressortissants des pays étrangers, à l'exception des pays membres de l'Espace économique européen et de la Suisse (périmètre constant de 2011 à 2016). Titres délivrés l'année N et enregistrés dans l'extraction de la base réalisée en juillet de l'année N+2. Les titres de moins de 10 ans ont une durée de validité comprise entre 364 et 3 649 jours ; les titres de 10 ans ou plus ont une durée de validité de plus de 3 649 jours.

Source : Calculs des auteur-e-s à partir des extractions de la base AGDREF transmises à l'Ined.

Parmi les personnes comptabilisées, la part des bénéficiaires d'un premier titre dont la durée de validité est supérieure ou égale à dix ans reste faible, légèrement inférieure à 12 % en 2016. Le titre de séjour de 10 ans ou plus, typiquement la carte de résident, est généralement obtenu après un ou plusieurs titres de moins de 10 ans.

Selon Eurostat, qui diffuse des informations transmises par l'Insee, le flux total d'étrangers s'est établi à 240 888 personnes en 2016⁽¹¹⁾. Cette évaluation inclut également les ressortissants des pays non soumis à l'obligation de détention d'un titre de séjour (soit ceux des pays de l'Espace économique européen et la Suisse). Toujours selon Eurostat, si l'on retire ces derniers, le flux est alors de 158 156 personnes, soit une estimation bien plus faible que l'évaluation réalisée ici à partir des données AGDREF.

2. La part des femmes diminue mais reste hétérogène selon le continent d'origine

Les nouveaux immigrés sont jeunes : en 2016, les personnes âgées de 18 à 34 ans représentaient 63,1 % de l'ensemble du flux (tableau 3) et 70,2 % des adultes. La part des mineurs est stable à 10,3 % en 2016. Il faut préciser que seuls les mineurs détenteurs d'un titre de séjour⁽¹²⁾ sont comptabilisés. La détention d'un titre n'est pas obligatoire pour les étrangers mineurs mais peut être nécessaire, notamment pour se déplacer hors du territoire français. Par ailleurs, les personnes mineures nées en France de parents étrangers ne sont, par définition, pas comptabilisées dans les flux d'entrées. La première ligne du tableau 2 ne recense donc que les personnes mineures nées à l'étranger et titulaire d'un titre de séjour.

Tableau 3. Distribution du flux d'entrées (%) par groupe d'âges, selon l'année de début de validité du premier titre de séjour d'un an et plus

Groupe d'âges	2011	2012	2013	2014	2015	2016
0-17 ans	9,9	9,7	9,5	10,3	10,2	10,3
18-34 ans	64,5	64,4	62,8	62,2	62,5	63,1
35-64 ans	24,2	24,4	26,2	25,7	25,5	24,9
65 ans et plus	1,4	1,5	1,5	1,7	1,7	1,8

Champ : Titres délivrés aux personnes étrangères. Voir tableau 2.
Source : Calculs des auteur-e-s à partir des extractions de la base AGDREF transmises à l'Ined.

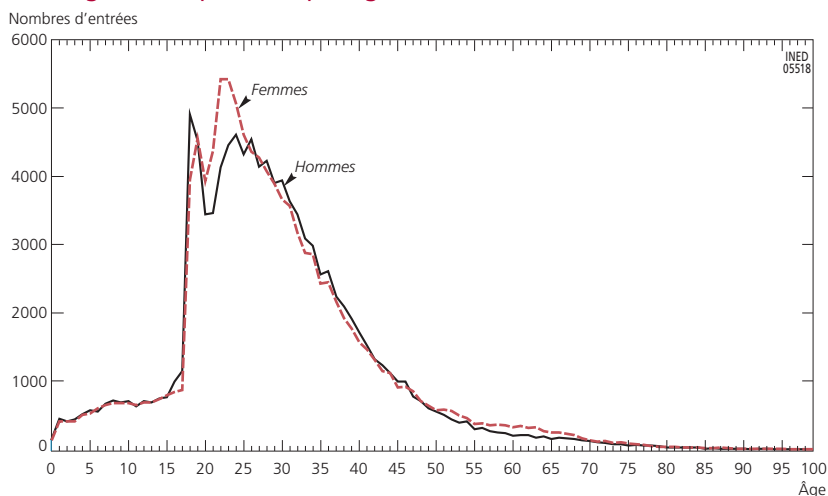
La figure 5 propose une représentation plus fine de la répartition par âge et sexe du flux de l'année 2016. Le pic à 18-19 ans s'explique par les personnes arrivées mineures qui attendent leur majorité pour demander un titre de séjour et par les étudiants. La figure montre que les femmes sont plus nombreuses que les hommes entre 20 et 31 ans, mais l'âge moyen des femmes était de 29,3 ans tandis que celui des hommes était de 28,9 ans.

Les ressortissants d'Afrique sont très majoritaires au sein du flux d'entrées ; leur part a représenté 57,8% en 2016 (tableau 4). L'année 2016 est marquée par une augmentation de la part des ressortissants des pays d'Asie et d'une baisse de ceux des pays d'Afrique et d'Amérique.

(11) Les données d'Eurostat sont disponibles en ligne (<http://ec.europa.eu/eurostat/en/data/database>) et sont reprises par l'OCDE sur son site (<http://www.oecd.org/els/mig/keystat.htm>).

(12) Ce titre est dénommé « document de circulation pour étranger mineur » et a été créé par décret le 24 décembre 1991.

Figure 5. Répartition par âge et sexe du flux d'entrées en 2016



Champ : Titres délivrés aux personnes étrangères. Voir tableau 2.

Source : Calculs des auteur-e-s à partir des extractions de la base AGDREF transmises à l'Ined.

Tableau 4. Distribution du flux d'entrées (%) par continent d'origine, selon l'année de début de validité du premier titre de séjour d'un an et plus

Continent d'origine	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Afrique	56,9	57,0	57,0	58,0	58,2	57,8
Amérique	11,9	11,5	10,8	10,5	10,4	9,4
Asie	24,3	24,5	25,3	24,5	24,4	25,6
Europe	6,3	6,3	6,2	6,3	6,3	6,7
Océanie	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

Note : La somme n'est pas toujours égale à 100 du fait des arrondis et des valeurs manquantes.

Champ : Titres délivrés aux personnes étrangères. Voir tableau 2. La Turquie est classée en Asie. L'Europe comprend tous les pays d'Europe hors EEE et Suisse.

Source : Calculs des auteur-e-s à partir des extractions de la base AGDREF transmises à l'Ined.

Dans le flux d'entrées, les femmes sont très légèrement majoritaires et ont représenté, en 2016, 50,6% du total (tableau 5). Leur proportion se réduit depuis 2014. En 2016, les femmes étaient moins nombreuses que les hommes parmi les ressortissants d'Afrique tandis qu'elles étaient majoritaires parmi les ressortissants de tous les autres continents. Elles sont en particulier surreprésentées parmi les ressortissants des pays d'Europe.

3. La part du flux d'entrées pour motif familial diminue depuis 2013

Le motif familial⁽¹³⁾ reste le principal motif d'entrée en France mais il est en forte diminution depuis 2013. Il a représenté 49% du flux d'entrée en 2016 (tableau 6). En comparaison, les entrées pour motifs d'études (25,9%),

(13) Les étrangers mineurs détenteurs d'un titre de séjour sont ici inclus dans ce motif.

Tableau 5. Part des femmes dans le flux d'entrées (%) par continent d'origine, selon l'année de début de validité du premier titre de séjour d'un an et plus

Continent d'origine	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Afrique	47,5	49,0	49,2	49,9	49,3	48,3
Amérique	58,7	58,3	58,3	57,7	56,7	57,3
Asie	54,7	54,7	54,1	53,8	53,0	51,3
Europe	60,7	60,4	60,4	60,2	60,0	58,6
Océanie	54,0	52,4	55,4	50,1	52,7	53,5
Ensemble	51,4	52,2	52,2	52,3	51,6	50,6

Champ : Titres délivrés aux personnes étrangères. Voir tableau 2. La Turquie est classée en Asie. L'Europe comprend tous les pays d'Europe hors EEE et Suisse.

Source : Calculs des auteur-e-s à partir des extractions de la base AGDREF transmises à l'Ined.

Tableau 6. Distribution du flux d'entrées (%) par motif de délivrance du premier titre d'un an et plus, selon l'année de début de validité du titre

Motif de délivrance	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Familial	53,5	55,5	56,1	55,0	52,7	49,0
Études	25,2	23,8	24,0	23,8	25,3	25,9
Humanitaire	9,5	9,7	8,9	9,9	10,2	12,7
<i>dont Réfugié</i>	6,0	6,1	5,6	6,4	7,2	9,8
Professionnel	7,6	6,6	6,7	7,2	7,7	8,1
Divers et non renseigné	4,2	4,5	4,4	4,2	4,2	4,3

Champ : Voir tableau 3. La ligne « Réfugié » regroupe les titres accordés pour les motifs « Réfugié et apatride, asile territorial et protection subsidiaire ».

Source : Calculs des auteur-e-s à partir des extractions de la base AGDREF transmises à l'Ined.

humanitaires (12,7%) et professionnels (8,1%) sont faibles mais en augmentation. Le motif humanitaire recoupe deux situations principales : les étrangers malades (6 178 personnes en 2016) et les personnes recevant un titre de séjour parce qu'ils ont obtenu le statut de réfugié ou d'apatride, l'asile territorial ou la protection subsidiaire (21 473 personnes)⁽¹⁴⁾. Les titres délivrés en raison de ce second ensemble de situations ont augmenté de plus de 41% en 2016. Ils sont la conséquence de la hausse des demandes d'asile enregistrées depuis 2014 (d'Albis et Boubtane, 2018). Le motif professionnel (17 726 personnes en 2016) regroupe des personnes qui à près de 75 % sont salariées ou actives non salariées. Le reste concerne les travailleurs saisonniers ou temporaires ainsi que les scientifiques ou artistes.

Les femmes sont surreprésentées parmi les bénéficiaires de titres octroyés pour un motif familial et sous-représentées parmi les motifs humanitaires et surtout professionnels (tableau 7). Parmi les étudiants, les femmes sont aussi nombreuses que les hommes.

(14) Il est important de distinguer ces personnes des demandeurs d'asile qui sont considérés comme faisant partie de la migration temporaire. On ne comptabilise dans le motif humanitaire du flux d'entrées que les personnes dont la demande a été instruite et a connu une issue favorable.

Tableau 7. Part des femmes dans le flux d'entrées (%) par motif de délivrance du premier titre d'un an et plus, selon l'année de début de validité du titre

Motif de délivrance	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Familial	57,3	57,3	57,1	58,3	58,1	58,0
Études	49,9	51,1	50,4	50,0	49,0	49,4
Humanitaire	43,6	43,5	44,1	44,8	44,6	41,3
Professionnel	22,2	23,5	24,9	23,1	24,8	23,6
Ensemble	51,4	52,2	52,2	52,3	51,6	50,6

Champ : Titres délivrés aux personnes étrangères. Voir tableau 2.
Source : Calculs des auteur-e-s à partir des extractions de la base AGDREF transmises à l'Ined.

Les motifs d'entrée sont très différemment répartis en fonction du continent d'origine (tableau 8). Le motif familial est surreprésenté parmi les Africains (56,1% de leurs titres en 2016) et les Européens (52,3%) et sous-représenté parmi les Asiatiques (33,4%) et les Américains (45,6%). Le motif d'études est surreprésenté parmi les Asiatiques (33,4%) et les Américains (29,9%) et sous-représenté parmi les Européens (11,6%). Le motif humanitaire est particulièrement présent chez les Européens (25,0%) et les Asiatiques (20,2%) et il est

Tableau 8. Distribution du flux d'entrées (%) par motif de délivrance du premier titre d'un an et plus et continent d'origine, selon l'année de début de validité

Continent d'origine et motif de délivrance	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Afrique						
Familial	61,5	64,8	64,4	63,5	61,2	56,1
Études	21,2	19,3	20,1	20,2	22,8	24,8
Humanitaire	7,8	7,8	7,4	8,0	7,5	9,7
Professionnel	6,5	4,9	5,1	5,5	5,7	6,4
Amérique						
Familial	51,2	48,0	49,1	49,4	45,9	45,6
Études	26,7	28,7	28,6	28,9	29,8	29,9
Humanitaire	3,0	2,9	2,4	2,0	1,9	2,2
Professionnel	10,4	10,6	10,3	10,5	13,4	12,3
Asie						
Familial	37,8	39,0	40,7	37,8	35,3	33,4
Études	36,9	34,6	33,4	33,3	32,8	30,9
Humanitaire	12,0	13,2	12,5	14,6	17,2	20,2
Professionnel	8,6	8,2	8,5	9,5	10,2	10,8
Europe						
Familial	47,2	50,5	55,3	53,8	53,5	52,3
Études	14,8	14,7	13,9	13,0	13,1	11,6
Humanitaire	26,1	23,7	18,5	21,3	21,3	25,0
Professionnel	7,5	6,7	7,2	6,4	6,5	6,1

Champ : Titres délivrés aux personnes étrangères. Voir tableau 2.
Source : Calculs des auteur-e-s à partir des extractions de la base AGDREF transmises à l'Ined.

très faible chez les Américains (2,2%), qui sont surreprésentés dans le motif professionnel (12,3%). La migration issue du continent africain se caractérise par une décroissance du motif familial au profit de tous les autres motifs. Les motifs de la migration américaine sont stables depuis 2015. La migration asiatique se caractérise par une forte baisse des migrations familiale et d'études au profit de migrations humanitaire, du fait de la guerre en Syrie, et professionnelle. Enfin, la migration européenne est marquée par une hausse de la migration humanitaire et une baisse des migrations d'études et familiale.

4. Plus de 35 000 demandeurs d'asile ont été admis au séjour en 2016

Les demandeurs d'asile peuvent être admis au séjour en France de plusieurs façons. Si leur demande est acceptée, ils obtiennent un des titres relevant du motif humanitaire (ils sont ici comptabilisés à la quatrième ligne du tableau 6). Comme le montre d'Albis et Boubtane (2018), une partie des déboutés va néanmoins être admise au séjour en France en obtenant un titre de séjour pour un autre motif, le plus souvent familial. Les taux d'admission au séjour en fonction de la date de dépôt de la demande sont présentés dans d'Albis et Boubtane (2018). La perspective est ici différente. Le tableau 9 porte sur le flux d'entrée annuel de personnes ayant déposé une demande d'asile auprès de l'OFPRA. Elles ont représenté 35 262 personnes en 2016, soit 16,1% du flux d'entrées⁽¹⁵⁾. Conséquences de la guerre en Syrie, le nombre de demandeurs d'asile admis au séjour et sa part dans le flux sont, en 2016, les plus élevés depuis 2011. Dans

Tableau 9. Distribution des flux d'entrées (%) de personnes ayant déposé une demande d'asile, selon l'année de début de validité du premier titre d'un an et plus, le continent d'origine et le motif de délivrance

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Part des femmes	39,3	39,7	40,7	41,5	41,1	39,7
Continent d'origine						
Afrique	42,9	41,1	37,8	37,9	35,9	36,9
Amérique	5,9	4,9	5,2	4,7	4,1	3,0
Asie	33,7	36,6	41,6	41,4	44,0	43,9
Europe	16,3	15,7	13,8	14,5	14,9	15,3
Motif de délivrance						
Familial	35,8	36,8	45,1	38,1	33,1	35,8
Études	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5	0,4
Humanitaire	55,5	57,3	48,4	54,4	59,5	55,5
Professionnel	7,7	4,7	5,3	6,2	6,2	7,7
Flux d'entrées	22 236	22 169	25 132	25 703	27 507	35 262
<i>Champ</i> : Titres délivrés en France et à l'étranger aux ressortissants des pays étrangers, à l'exception des pays membres de l'Espace économique européen et de la Suisse (périmètre constant de 2011 à 2016) ayant déposé une demande d'asile entre 1985 et l'année de validité du premier titre d'un an et plus. Titres délivrés l'année N et enregistrés dans l'extraction de la base réalisée en juillet de l'année N+2.						
<i>Source</i> : Calculs des auteur-e-s à partir des extractions de la base AGDREF transmises à l'Ined.						

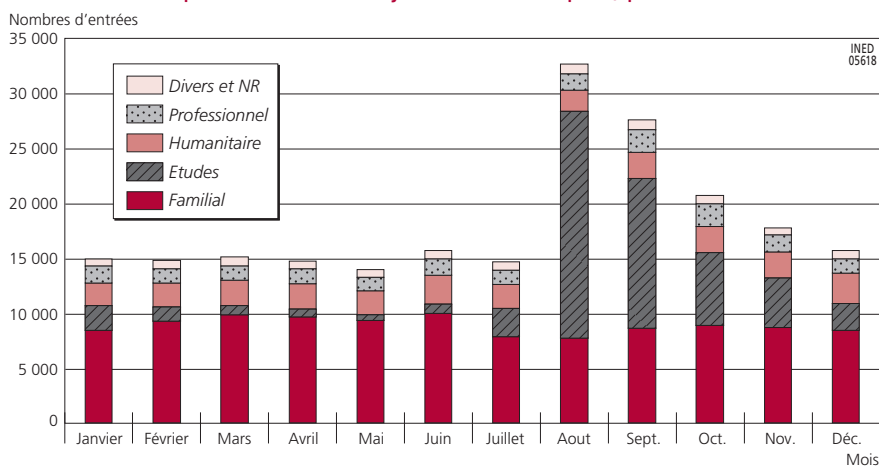
(15) Cette proportion est supérieure à la part du flux admis pour motif humanitaire du fait de l'admission pour d'autres motifs.

le flux d'entrées de personnes ayant demandé l'asile, la part des femmes est plus faible que dans l'ensemble du flux d'entrées : elles représentaient moins de 40% en 2016, soit une proportion stable depuis 2011. Depuis 2013, les ressortissants d'Asie sont les plus nombreux au sein du flux de personnes ayant déposé une demande d'asile. Ils représentaient en 2016 près de 44% du total. Les ressortissants d'Afrique ont quant à eux représenté près de 37% du total. Ces personnes ont été admises au séjour majoritairement pour raisons humanitaires (55,5% des entrées en 2016) et familiales (35,8%).

5. Près de 28% des entrées ont lieu en août et septembre

Les premiers titres d'un an ou plus sont particulièrement nombreux entre août et octobre (figure 6). Cette saisonnalité s'explique essentiellement par les étudiants, dont 60% des entrées ont lieu au cours des mois d'août et de septembre. Dans une moindre mesure, le motif professionnel connaît également une variation saisonnière, les mois de septembre et octobre concentrant à eux seuls 23% des entrées. En revanche, les motifs familial et humanitaire ne connaissent pas de variation notable au cours de l'année.

Figure 6. Flux d'entrées de ressortissants de pays tiers en 2016 par motif, selon le mois de début de validité et la durée de validité du premier titre de séjour d'un an et plus, par motifs



Champ : Voir tableau 2.

Source : Calculs des auteur-e-s à partir des extractions de la base AGDREF transmises à l'Ined.

III. Naissances et fécondité

1. Une baisse de la fécondité des jeunes

Au cours de l'année 2017, on a enregistré 769 500 naissances sur le territoire national (730 000 pour les départements métropolitains)⁽¹⁶⁾. Pour la troisième

(16) Voir la note de bas de page n° 2.

année consécutive, le nombre de naissances diminue du fait de la baisse conjuguée de la population en âge de procréer et de la fécondité (Papon et Beaumel, 2019). L'indicateur conjoncturel de fécondité est passé de 2,0 enfants par femme au début des années 2010 à 1,9 en 2016 et 2017, rejoignant le niveau observé au début des années 2000. Par rapport à l'année précédente, le nombre annuel de naissances a baissé de 2,4 % en 2015, de 1,9% en 2016 (année bissextile) et de 1,8% en 2017. Les estimations du nombre de naissances de l'année 2018 montrent que la baisse se confirme et qu'elle serait de 1,6 % entre 2017 et 2018 (758 0000 naissances ; Papon et Beaumel, 2019). La fécondité française reste cependant élevée au regard des pays voisins (tableaux annexes A.6 et A.7).

Lors de ces dernières années de diminution, c'est la fécondité des moins de 25 ans qui a relativement le plus baissé (tableau 10, figure 7). Il s'agit potentiellement d'un effet de calendrier, qui pourrait se traduire à terme, s'il n'y a pas ou peu de rattrapage ultérieur, par une diminution du nombre moyen d'enfants par femme au sein des générations (tableau annexe A.5). Elle sera modérée si une partie des naissances sont décalées dans le temps.

Tableau 10. Évolution de la fécondité par groupe d'âges, de 2012 à 2017

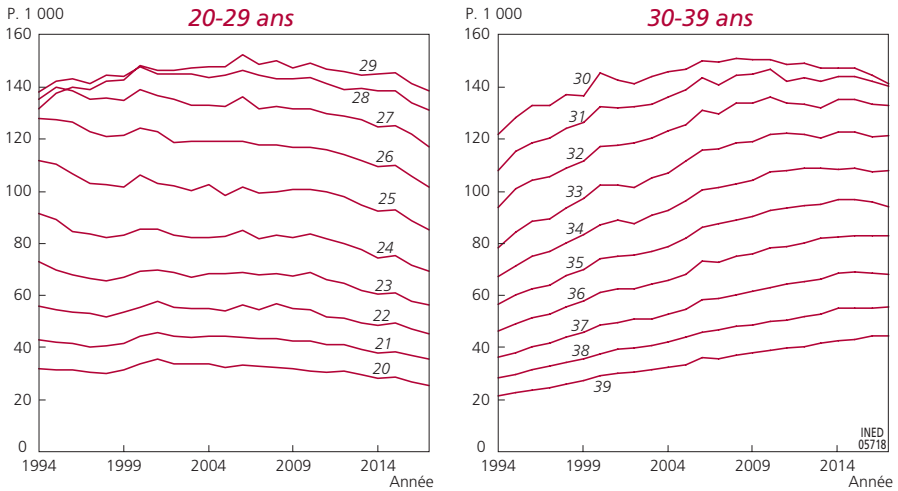
Âge atteint dans l'année	Somme des taux par âge (p. 1 000 femmes)						Variation absolue				
	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ^(a)	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
Moins de 20 ans	40	38	37	35	32	30	-2	-1	-2	-3	-2
20-24 ans	267	257	252	240	231	222	-10	-5	-12	-9	-9
25-29 ans	627	618	612	592	574	555	-9	-5	-21	-17	-20
30-34 ans	656	650	658	648	643	635	-6	8	-9	-3	-11
35-39 ans	333	338	347	347	345	343	5	9	0	-2	-2
40 ans ou plus	85	88	93	93	95	98	3	5	0	2	3
Total (ICF*)	2 008	1 988	1 999	1 955	1 920	1 883	-19	11	-44	-32	-41

* ICF : indicateur conjoncturel de fécondité (somme des taux de fécondité par âge) exprimé en nombre moyen d'enfants pour 1 000 femmes. En raison des arrondis, le total peut différer légèrement de la somme, et les variations peuvent ne pas correspondre exactement aux différences apparentes.
 (a) Données provisoires.
Champ : France entière (y compris Mayotte depuis 2014).
Source : Insee, calculs des auteur-e-s.

2. Des enfants autour de 30 ans

Au cours des 20 dernières années, les courbes de fécondité à chaque âge se sont modifiées. Actuellement, 63 % des naissances sont concentrées entre 25 et 35 ans (tableau 10), et le recul de l'âge moyen à la maternité se poursuit. En 1994, les femmes de 25-29 ans contribuaient pour près de 40 % à la fécondité totale, en 2017 à moins de 30 % (figure 8). Depuis le milieu des années 2000, ce sont les naissances de femmes âgées de 30 à 34 ans qui ont le plus de poids dans la fécondité totale (plus d'un tiers en 2017). La fécondité à partir de 30 ans contribue à 57 % du total. Inversement, la fécondité aux jeunes âges participe peu à la fécondité

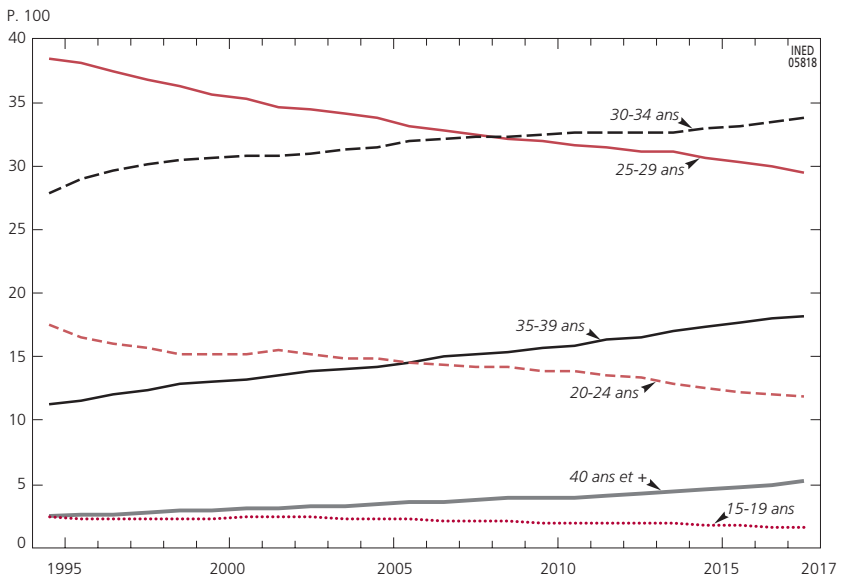
Figure 7. Évolution des taux de fécondité par âge (pour 1000 femmes) entre 20 et 39 ans, de 1994 à 2017



Champ : France entière (y compris Mayotte depuis 2014).

Source : Insee, calculs des auteur-e-s.

Figure 8. Contribution de chaque groupe d'âges à l'indicateur conjoncturel de fécondité, de 1994 à 2017 (%)



Champ : France entière (y compris Mayotte depuis 2014).

Source : Insee, calculs des auteur-e-s.

totale (12 % pour les 20-24 ans) et la fécondité des 15-19 ans, qui était déjà relativement faible il y a 20 ans, continue de baisser pour atteindre 1,6 %. Les naissances avant l'âge de 20 ans sont de plus en plus rares, traduisant une bonne couverture

contraceptive chez les jeunes (Rahib et Lydié, 2016 ; Rahib *et al.*, 2016) et un recours sans doute fréquent à l'IVG en cas de grossesse non prévue.

Les courbes des taux de fécondité avant 30 ans suivent une tendance régulière à la baisse depuis le début des années 2000, mais leur diminution, plus marquée depuis quelques années, réduit significativement l'indicateur conjoncturel de fécondité. Il s'agit en effet d'âges auxquels la fécondité est élevée (tableau 10, figure 8). Par ailleurs, les taux de fécondité après 30 ans se sont stabilisés récemment ou ont diminué légèrement. Ainsi, l'indicateur conjoncturel baisse (de 2,01 en 2012 à 1,89 en 2017) et l'âge moyen à la maternité continue d'augmenter. En 2017, les femmes ont accouché en moyenne à 30,7 ans, contre 30,1 ans en 2012 (tableau annexe A.4).

3. Moins de naissances les samedis, dimanches et jours fériés

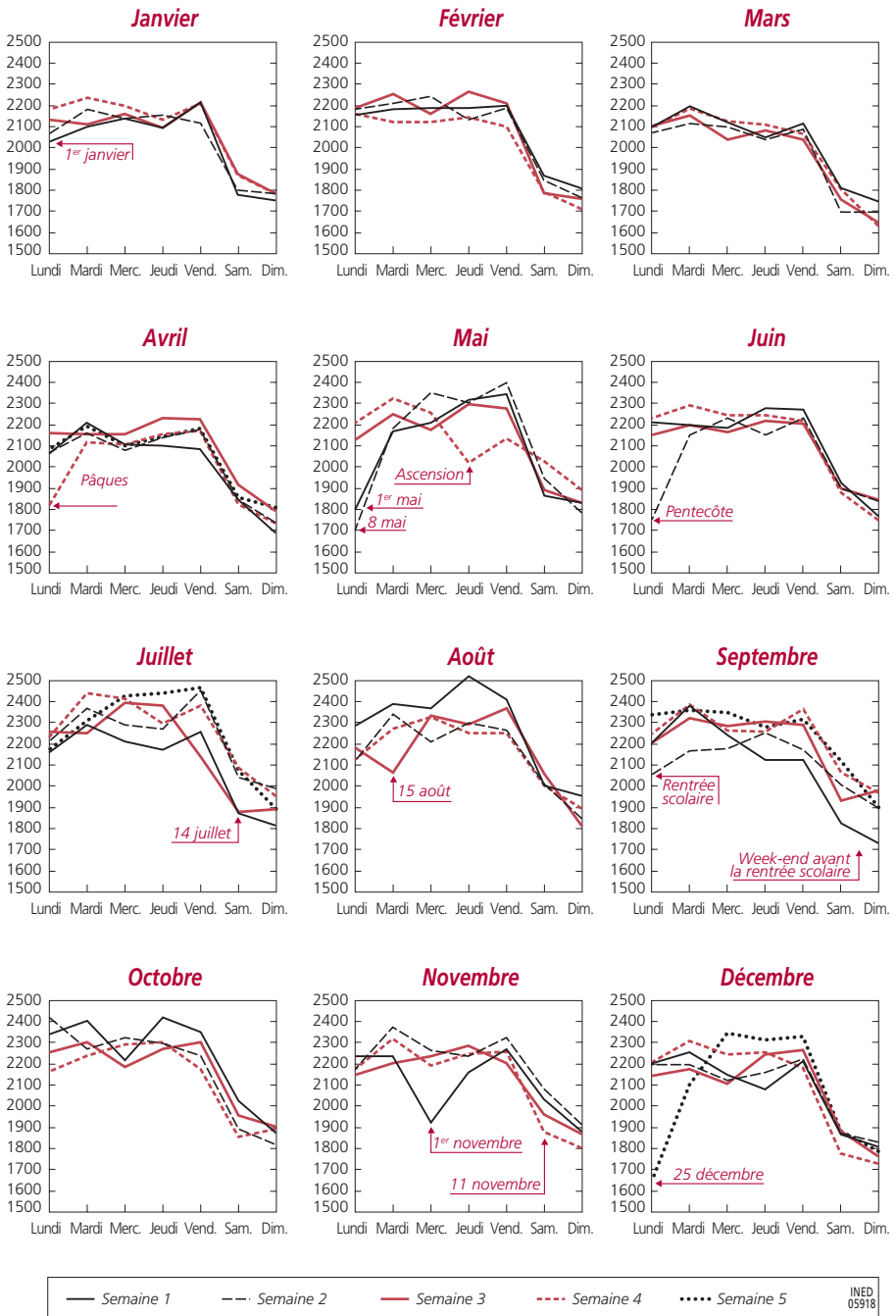
Au cours de l'année 2017, on a enregistré mensuellement entre 57 900 (en février) et près de 68 500 naissances (en juillet). La fin de l'hiver et l'arrivée du printemps sont les périodes au cours desquelles le nombre de naissances est le moins élevé, tandis qu'entre juillet et octobre les naissances sont plus nombreuses. Elles correspondent à des conceptions étalées sur le second semestre de l'année précédente. Les couples souhaitent dans l'idéal programmer une naissance pour le printemps (période préférée pour un accouchement), or le délai moyen de conception s'étend souvent sur plusieurs cycles d'ovulation (Régnier-Loilier, 2010 ; Régnier-Loilier et Rohrbasser, 2011). L'arrêt de la contraception en juillet-août n'augure donc pas d'une naissance en mai. Les périodes de naissances sont alors en léger décalage par rapport au calendrier préférentiel des couples.

Le nombre journalier de naissances est d'environ 2 000 (figure 9), avec des variations plus ou moins marquées. Le calendrier des accouchements programmés explique les variations les plus fortes, ces accouchements étant planifiés lors des jours ouvrés. Ainsi, les naissances sont plus rares lors des week-ends et des jours fériés. Les naissances du dimanche sont les moins nombreuses, notamment en mars-avril, mois pour lesquels on enregistre de manière générale moins d'accouchements. Sur l'ensemble de l'année 2017, la journée du 25 décembre est celle au cours de laquelle il y a eu le moins d'accouchements. En septembre, le week-end précédant la rentrée scolaire et les jours de rentrée scolaire sont également des périodes où les accouchements sont moins nombreux, sans doute du fait d'une moindre programmation des accouchements ces jours-là (figure 9).

4. 26 000 naissances suite à une assistance médicale à la procréation (AMP)

Sur l'ensemble des naissances, on en compte environ 26 000 issues de l'AMP en 2016 (Agence de biomédecine, 2018 ; La Rochebrochard, 2018), soit un peu plus de 3 % de l'ensemble des naissances. La technique la plus employée est la

Figure 9. Nombre journalier de naissances en 2017



Champ : France entière.
 Source : Insee, calculs des auteur-e-s.

fécondation *in vitro* (FIV, 50 %)⁽¹⁷⁾. L'insémination « artificielle » (IA), moins invasive pour les corps féminins, concerne 25 % des naissances; près d'un autre quart des naissances est issu d'un transfert d'embryons congelés (Agence de biomédecine, 2018, figure AMP10). La grande majorité des FIV et des IA (95 %) sont réalisées avec les gamètes des deux conjoints (AMP intraconjugale). Le recours aux donneurs est relativement réduit, reflète d'une AMP à dominante biologique, conjugale et hétéronormée (Gross et Bureau, 2015), du point de vue législatif et dans les pratiques. Les personnes « exclues » du système d'AMP, insatisfaites des prises en charge ou dans l'attente d'un don qui peut s'avérer être longue, se rendent pour certaines d'entre elles à l'étranger (en particulier en Belgique, en Espagne et en Grèce). Les centres à l'étranger reçoivent de France surtout des femmes en attente de don, des femmes non en couple ou des couples de même sexe (Rozée et La Rochebrochard, 2013). Un faible nombre de couples hétérosexuels ou de même sexe ont également recours à la gestation pour autrui à l'étranger, pratique hautement polémique du fait de positionnements éthiques et moraux clivés, et actuellement interdite en France.

5. 11 % des enfants nés en 2017 portent le double nom de leurs parents

Depuis l'année 2005, année d'entrée en vigueur de la réforme du nom de famille⁽¹⁸⁾, les parents peuvent transmettre leurs deux noms à leurs enfants, grâce à une procédure d'enregistrement du choix du nom à l'état civil (Mazuy et al., 2015, 2016). En 2017, un peu plus de 11 % des enfants se sont vu attribuer le double nom. Ce choix, dont se saisissent une minorité de couples, et qui peut paraître égalitaire du fait qu'il met en avant la double filiation, reste toutefois empreint des usages traditionnels : le nom du père se trouve en première position huit fois sur dix (tableau 11). Ces pratiques ont peu évolué depuis le début des années 2010.

IV. Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

1. Légère augmentation du taux de recours à l'IVG

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), en baisse depuis 2014, a légèrement augmenté en 2017 (Vilain, 2018). On a enregistré 216 700 IVG en 2017 (202 919 pour la France métropolitaine), contre 214 800 en 2016. Ce chiffre est toutefois plus faible qu'en 2015 (218 097), 2014 (227 038) et 2013

(17) On distingue à l'heure actuelle deux techniques : FIV-ICSI ou hors ICSI. L'injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde (ICSI) est une technique qui consiste à sélectionner un spermatozoïde qui est directement introduit dans l'ovocyte (La Rochebrochard, 2018). La technique s'est développée depuis le début des années 1990 et est à l'heure actuelle la technique majoritaire : 34 % de FIV-ICSI et 16 % de FIV hors ICSI dans le total des naissances suite à une technique d'AMP.

(18) Loi du 4 mars 2002, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2005, donnant la possibilité de transmission du nom de la mère. On parle désormais de « nom de famille » et plus de nom patronymique. Toute mention au patronyme est supprimée dans la loi.

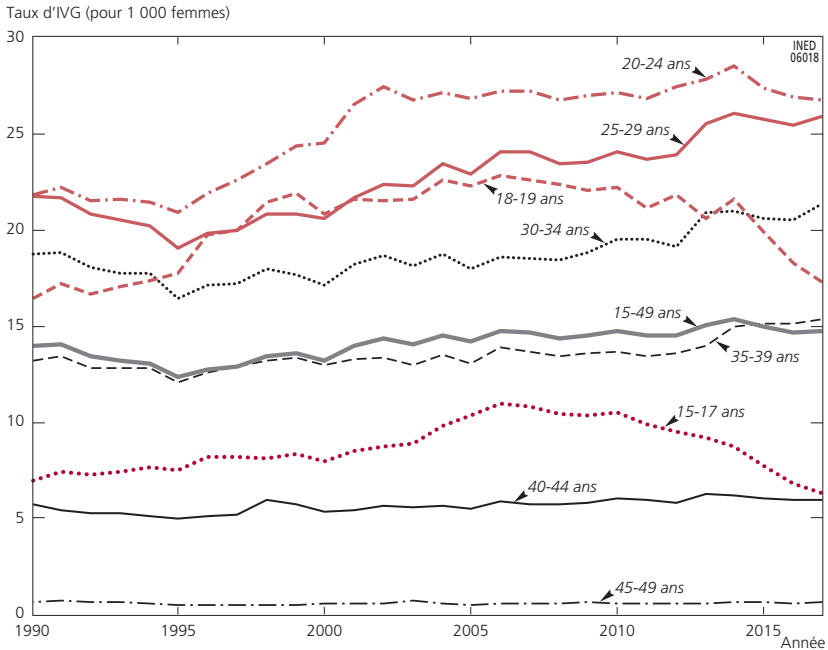
Tableau 11. Répartition des noms de naissance des enfants nés en 2017 (%)

Nom attribué à l'enfant	
Nom du père	82,4
Nom de la mère	6,2
Nom du père suivi du nom de la mère	8,7
Nom de la mère suivi du nom du père	2,5
Autre nom ou non déclaré	0,2
Total	100,0

Champ : Naissances vivantes enregistrées en France entière, y compris Mayotte.
Source : Insee, statistiques de l'état civil.

(229 021) ; 202 919 IVG concernent des femmes résidant en France métropolitaine (tableau annexe A.8). La baisse du nombre de femmes en âge de procréer ne s'est pas traduite, en 2017, par un moindre recours à l'IVG. Par contre, on note une diminution des IVG avant l'âge de 25 ans (figure 10). Globalement, la courbe du nombre moyen d'IVG suit une tendance similaire à celle de l'indicateur conjoncturel de fécondité, à un niveau quatre fois moindre (Mazuy *et al.*, 2015 ; Vilain, 2018). L'augmentation des IVG en 2017 s'est produite chez les femmes âgées de 30-34 ans et 35-39 ans tandis que les IVG avant 20 ans continuent à diminuer (figure 10). Le mouvement de rajeunissement de l'âge à l'IVG, observé depuis la fin des années 1990, semble s'interrompre. Les données de

Figure 10. Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes, par groupe d'âges, de 1990 à 2017



Champ : France entière.

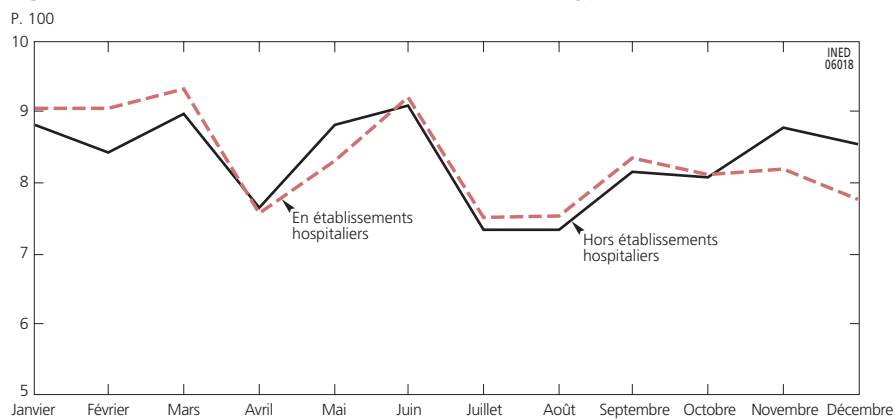
Source : Vilain (2018).

l'année 2018 nous permettront de voir si la baisse du recours à l'IVG chez les jeunes se poursuit. Elle peut correspondre en partie à une baisse des conceptions chez les 20-29 ans, comme en témoigne la baisse de la fécondité à ces âges (voir *infra*).

2. La saisonnalité des IVG

La répartition mensuelle des IVG oscille autour d'une moyenne d'environ 8 % (figure 11). La répartition relative aux IVG pratiquées en établissements hospitaliers est relativement proche de celles réalisées hors établissements hospitaliers⁽¹⁹⁾. Le léger décalage entre les courbes peut s'expliquer par le fait que les IVG hors établissements hospitaliers sont uniquement des IVG médicamenteuses, qui interviennent donc à une durée moyenne de grossesse plus courte.

Figure 11. Répartition mensuelle des IVG selon le type d'établissement en 2017



Note : Chaque mois a été ramené à une même base pour neutraliser les variations du nombre de jours dans le mois.

Champ : France entière.

Source : Calculs des auteur-e-s à partir des données de la Drees.

Il y a plus d'IVG en début d'année, correspondant à des conceptions de la fin de l'année précédente et au pic de la Saint-Sylvestre (Régnier-Loilier, 2010 ; Régnier-Loilier et Rohrbasser, 2011). Le mois d'avril, qui est par ailleurs une période de vacances, est marqué par un plus faible recours à l'IVG. La forte remontée du mois de juin peut correspondre à une accélération de la prise en charge avant le début de l'été. L'augmentation observée en septembre peut également être interprétée comme une forme de « rattrapage » qui fait suite aux grossesses des mois de juillet-août non prises en charge du fait de la période

(19) On dispose de deux types de données : d'une part celles collectées via le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les IVG réalisées en centres hospitaliers ; d'autre part le nombre de remboursements de forfaits (honoraires ou médicaments) pour les IVG médicamenteuses réalisées hors établissement hospitalier, fourni par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS), à partir des données du régime général depuis 2005, des centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiale depuis 2009, par la Mutualité sociale agricole (MSA) et la Sécurité sociale des indépendants depuis 2010 (Vilain, 2018).

estivale. La difficulté d'accès aux services d'IVG lors de la période estivale fait partie des points soulevés par la commission nationale dans son rapport sur les données relatives à l'IVG (Commission IVG, 2016). La question de l'accès à l'IVG et de la difficulté à trouver des personnels formés et habilités pour assurer un recours dans de bonnes conditions est une problématique récurrente dans la plupart des pays (Guillaume et Rossier, 2018). Cela a été spécifiquement le cas en France, dans le Sud de la Sarthe en 2018, où un centre hospitalier n'a plus été en mesure de pratiquer des IVG pendant 3 trimestres de l'année. Cette situation a mis en évidence les difficultés inhérentes au manque de personnel et le blocage que peut entraîner, au niveau local, la possibilité de faire valoir la clause de conscience des praticiens.

V. Mariages, pacs, unions libres et divorces

1. Les contractualisations d'union

Une reprise du nombre d'unions contractualisées après la baisse de 2016

En 2017, 427 865 unions⁽²⁰⁾ (193 950 pacs⁽²¹⁾ et 233 915 mariages) ont été enregistrées, soit une augmentation de 3 603 (+ 0,8 %), après la diminution de 1 001 unités (– 0,24 %) entre 2015 et 2016 (tableau 12, tableau annexe A.9). En 2016, c'était la première fois depuis 2013, année d'ouverture du mariage aux personnes de même sexe, que le nombre de contractualisations d'unions diminuait.

La tendance à la hausse devrait se poursuivre en 2018 à en croire la dernière estimation du nombre de mariages publiée par l'Insee, soit 229 000 entre personnes de sexe différent et 6 000 entre personnes de même sexe (Papon et Beaumel, 2019)⁽²²⁾.

L'augmentation du nombre de contractualisations d'unions en 2017 concerne l'ensemble des unions, quelle que soit leur forme et quelle que soit le sexe des conjoints. Ce sont les mariages et les pacs hétérosexuels (+ 3 248) qui augmentent le plus en nombre absolu, mais en termes relatifs, ce sont les unions entre personnes de même sexe (+ 2,5 %) (tableau 12). L'augmentation de 2017 contraste avec la baisse « historique » de l'année 2016 caractérisée par la diminution forte des mariages, qu'ils soient hétérosexuels (– 2 953 ; – 1,3 %) ou entre personnes de même sexe (– 638 ; – 8,2 %). Seuls les pacs hétérosexuels et lesbiens

(20) Un certain nombre de mariages sont le fait de personnes déjà pacsées. Le pacs et le mariage se réalisent très rarement la même année, mais ce nombre n'est pas publié. Seule une exploitation spécifique pourrait permettre d'obtenir la part des doubles comptes en ayant la répartition des dissolutions selon le mois et l'année de la signature du pacs.

(21) Pacte civil de solidarité : la loi sur le pacs date du 15 novembre 1999, elle autorise des unions civiles entre personnes de sexe différent ou de même sexe.

(22) Les nombres provisoires de mariages et de pacs ont été publiés par l'Insee pour l'année 2018 mais les fichiers détaillés ne le sont pas encore. La différence entre les estimations et le chiffre définitif est souvent minime, mais en 2017 cet écart a été plus important : 233 915 mariages enregistrés contre 228 000 estimés (Papon et Beaumel, 2018, 2019).

Tableau 12. Nombre d'unions officialisées en 2016 et 2017 et évolution entre 2015, 2016 et 2017 selon la nature de l'union et le sexe des conjoint-e-s

	Année 2016			Évolution 2015 - 2016					
	Mariages	Pacs	Total	Mariages	%	Pacs	%	Total	%
Entre une femme et un homme	225 612	184 425	410 037	-2 953	-1,3	2 495	1,4	-458	-0,1
Entre personnes de même sexe	7 113	7 112	14 225	-638	-8,2	95	1,4	-543	-3,7
Masculin	3 672	3 862	7 534	-413	-10,1	-70	-1,8	-483	-6,0
Féminin	3 441	3 250	6 691	-225	-6,1	165	5,3	-60	-0,9
Total	232 725	191 537	424 262	-3 591	-1,5	2 590	1,4	-1 001	-0,2

	Année 2017			Évolution 2016 - 2017					
	Mariages	Pacs	Total	Mariages	%	Pacs	%	Total	%
Entre une femme et un homme	226 671	186 614	413 285	1 059	0,5	2 189	1,2	3 248	0,8
Entre personnes de même sexe	7 244	7 336	14 580	131	1,8	224	3,1	355	2,5
Masculin	//	4 084	//	//	//	222	5,7	//	//
Féminin	//	3 252	//	//	//	2	0,1	//	//
Total	233 915	193 950	427 865	1 190	0,5	2 413	1,3	3 603	0,8

// : données non publiées au moment de l'écriture de l'article.
Champ : France entière.
Sources : Ministère de la Justice, Insee, état civil.

avaient augmenté entre 2015 et 2016, mais à des rythmes extrêmement bas : + 1,4 % pour les pacs – taux le plus faible depuis l'année 2011, mais très spécifique à cette année-là du fait du changement de fiscalité (Breton *et al.*, 2017).

En 2017 comme en 2016, le nombre de mariages célébrés continue à être légèrement supérieur au nombre de pacs. Pour 2017, les causes de dissolution de pacs ne sont pas encore publiées, contrairement à l'année 2016. Cette année-là, le nombre de mariages était encore plus important que le nombre de pacs, même une fois déduites les dissolutions de pacs pour mariage (40 670, tableau 13).

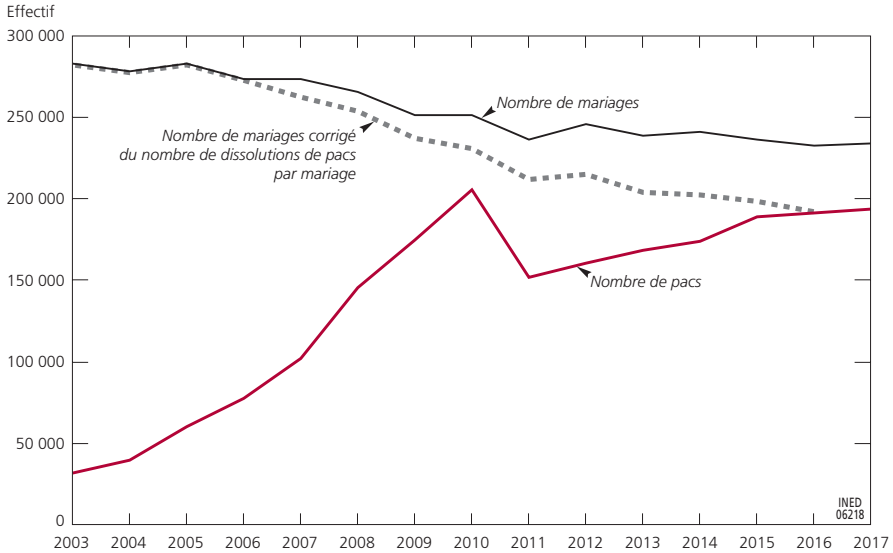
Tableau 13. Évolution du nombre de dissolutions de pacs selon le motif, 2012-2016

Année	Nombre total de dissolutions	Motif de dissolution du pacs				
		Commun accord des partenaires	Demande unilatérale de l'un des partenaires	Mariage ^(a)	Décès	Autres cas ou non renseigné
2012	61 507	28 532	1 552	30 660	731	32
2013	69 540	32 138	1 733	34 870	766	33
2014	76 267	34 927	2 062	38 483	724	71
2015	79 386	38 295	2 144	38 139	740	68
2016	84 662	40 972	2 220	40 670	730	70

(a) Le mariage peut être celui des deux partenaires pacés ou de l'un des deux. À défaut de statistiques détaillées, on fait l'hypothèse que les dissolutions de pacs pour cause de mariage ne correspondent pas à une rupture d'union mais au mariage des deux partenaires.
Champ : France entière.
Source : Ministère de la Justice.

En effet, les mariages ne sont alors que la confirmation d'une union préalablement officialisée par un pacs. Mais, très probablement, la hiérarchie s'est inversée (figure 12). La tendance à la hausse du nombre de dissolutions de pacs par mariage montre que des trajectoires d'officialisation d'union se mettent en place petit à petit, initiées de plus en plus souvent par un pacs, et suivies parfois d'un mariage⁽²³⁾.

Figure 12. Évolution du nombre de pacs et de mariages, 2003-2016



Champ : France entière.

Sources : Ministère de la Justice, Insee, état civil.

2016 et 2017, années avec les plus faibles proportions de contractualisation d'unions entre personnes de même sexe

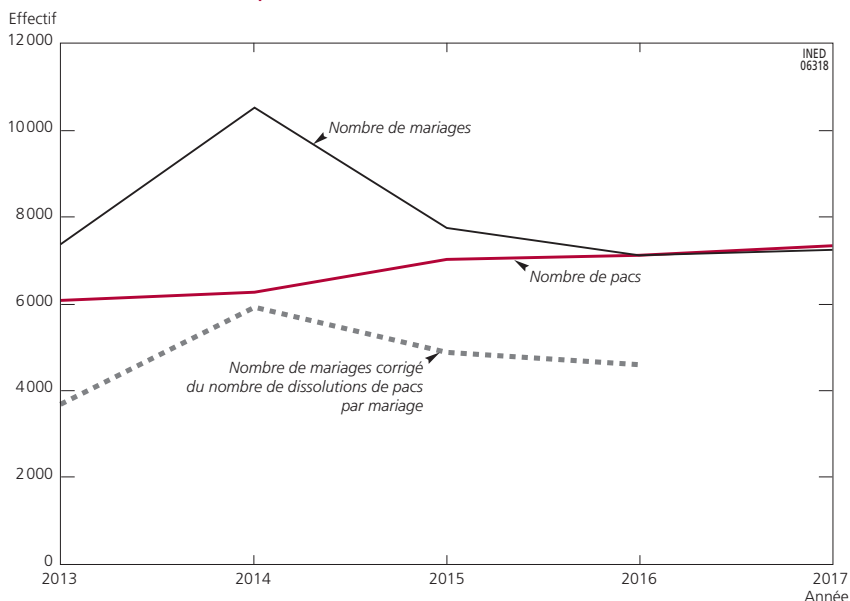
Les unions entre personnes de même sexe totalisent un peu plus de 3 % de l'ensemble des contractualisations d'union (3,3 % en 2016 et 3,4 % en 2017) ; 3,1 % des mariages et 3,8 % des pacs. La baisse des contractualisations est avant tout liée au nombre de mariages entre partenaires de même sexe qui a très fortement diminué en 2016, et n'a été compensée ni par la faible augmentation des mariages ni celle des pacs entre personnes de même sexe.

Le nombre de pacs entre personnes de même sexe continue à augmenter et dépasse en 2017 celui du nombre de mariages (qu'ils soient ou non précédés d'un pacs) (figure 13). La trajectoire d'union s'ouvrant par un pacs et suivie d'un mariage, semble plus répandue parmi ces couples. En 2016, près d'un tiers des mariages entre personnes de même sexe (35,5 %) sont le prolongement

(23) Malheureusement le nombre de dissolutions de pacs pour mariage ne sont pas publiées par durée de pacs, information nécessaire pour calculer la proportion de pacs se terminant par un mariage au sein d'une cohorte annuelle de pacs.

d'un pacs. Cette proportion ne cesse de diminuer depuis 2013 (50,0 %), date de l'ouverture du mariage aux couples de même sexe.

Figure 13. Évolution du nombre de pacs et de mariages entre personnes de même sexe, 2013-2017



Champ : France entière.

Sources : Ministère de la Justice, Insee, état civil.

Des pacs plus précoces que les mariages, notamment pour les couples de même sexe

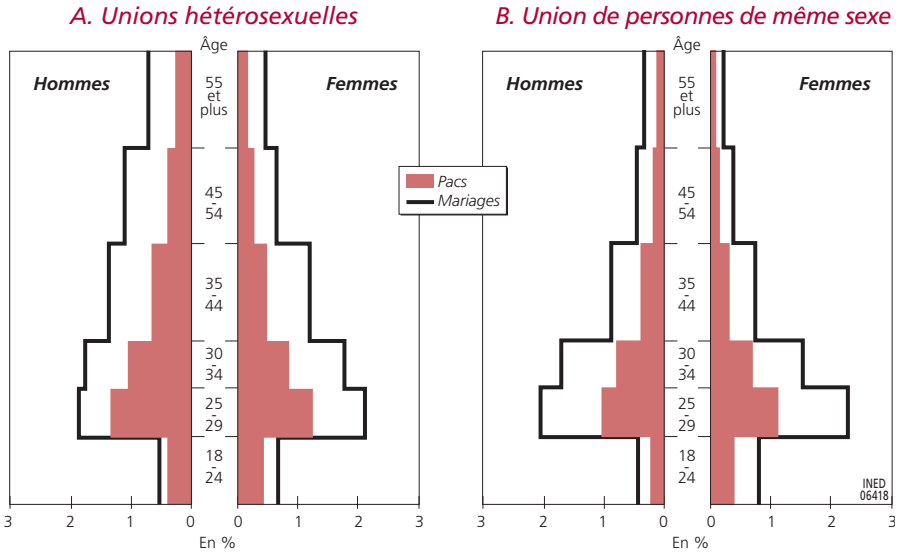
Pour les unions célébrées en 2016⁽²⁴⁾, les répartitions par sexe et âge des pacs et des mariages hétérosexuels d'une part, et entre personne de même sexe d'autre part, présentent de fortes similitudes. C'est le cas pour les âges modaux (entre 25 et 29 ans) – bien qu'un peu plus fréquents pour les pacs hétérosexuels – comme pour leur distribution par sexe, bien qu'on observe une dissymétrie au-delà de 45 ans, en particulier pour les unions de sexe différent (figure 14). Dans les deux sous-populations, les pacs sont plus précoces et leur nombre est équivalent ou supérieur à celui des mariages avant 30 ans – même 35 ans dans le cas de pacs entre deux hommes.

Les différences entre types de couples sont plus nettes du point de vue des événements réduits⁽²⁵⁾ (nombre moyen de mariages et de pacs par individu

(24) Les données des fichiers détaillés du recensement de 2017 ne seront publiées qu'au courant du premier semestre 2019. L'analyse par sexe et par âge porte donc sur l'année 2016.

(25) Pour calculer les événements réduits, le dénominateur est composé de l'ensemble des individus, quel que soit leur statut matrimonial. Les dénominateurs des mariages et des pacs réduits d'un âge donné sont donc identiques.

Figure 14. Répartition (%) par sexe et âge des mariages et des pacs des unions hétérosexuelles et de personnes de même sexe, 2016



Champ : France entière.

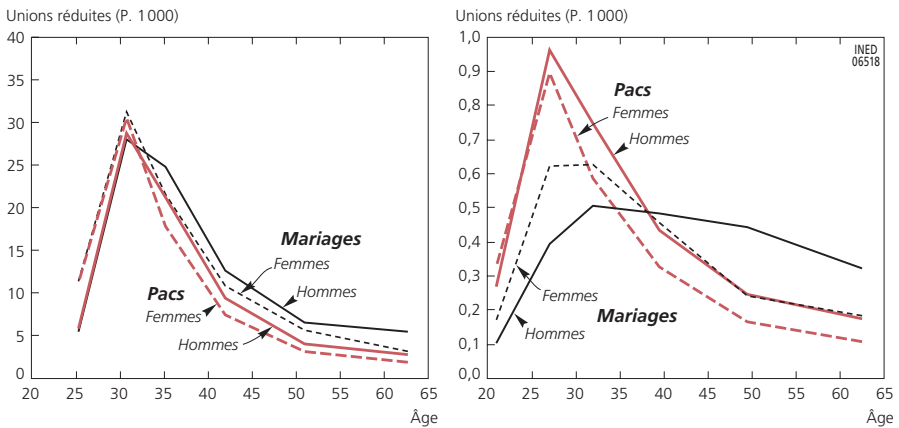
Sources : Ministère de la Justice, Insee, état civil, calculs des auteur-e-s.

d'une classe d'âges donnée) (figure 15). Pour les unions hétérosexuelles, les courbes sont presque confondues, même si le nombre moyen de mariages est plus important au-delà de 30 ans, ce qui correspond en partie à des mariages de personnes préalablement pacsées (figure 15.A). Pour les couples de même sexe, le contraste entre les courbes par âge de pacs et de mariage est plus marqué, les pacs étant plus précoces (figure 15.B). Toutefois, les différences entre

Figure 15. Pacs et mariages réduits par sexe et âge, en 2016

A. Unions hétérosexuelles

B. Union de personnes de même sexe



Champ : France entière.

Sources : Ministère de la Justice, Insee, état civil.

les deux types de couples s'atténuent, notamment à partir de l'année 2013, année d'ouverture du mariage aux couples de même sexe (Mazuy *et al.*, 2016). Les mariages plus tardifs entre personnes de même sexe sont difficiles à expliquer. Elles pourraient être le reflet d'une plus grande difficulté sociale à faire accepter une union, ou bien une pratique différente, prolongeant, par choix, la période d'union libre ou ayant une trajectoire d'union plus spécifique. Une autre explication serait liée à une structure sociale différente des couples de même sexe, avec un poids plus important de personnes diplômées ou urbaines, deux caractéristiques associées à un calendrier de mise en couple plus tardif (Bailly et Rault, 2013 ; Buisson et Laplante, 2013).

Entre 2014 et 2016, le nombre d'unions pour 1 000 personnes (somme des événements réduits) augmente pour les pacs de même sexe ou de sexe différent, et diminue pour les mariages (à l'exception des hommes qui se marient avec des femmes). Par ailleurs, l'âge à la contractualisation augmente. La seule exception est celle des mariages entre personnes de même sexe dont l'âge moyen des conjoints diminue (de 40,8 ans à 40,1 ans pour les unions masculines, de 36,9 ans à 35,6 ans pour les unions féminines) (tableau 14).

Tableau 14. Nombre d'unions pour 1000 personnes (somme des événements réduits) et âge moyen à l'union en 2014 et 2016

	Pacs				Mariages			
	Homme		Femme		Homme		Femme	
	Avec un homme	Avec une femme	Avec une femme	Avec un homme	Avec un homme	Avec une femme	Avec une femme	Avec un homme
2014								
Somme des événements réduits	16	398	13	405	23	529	21	545
Âge moyen	32,9	31,3	32,0	29,8	40,8	33,5	36,9	31,8
2016								
Somme des événements réduits	19	457	16	450	18	555	16	544
Âge moyen	33,8	32,3	32,2	30,6	40,1	34,1	35,6	32,0
<i>Champ</i> : France entière.								
<i>Sources</i> : Ministère de la Justice, Insee, état civil, calculs des auteurs.e.s.								

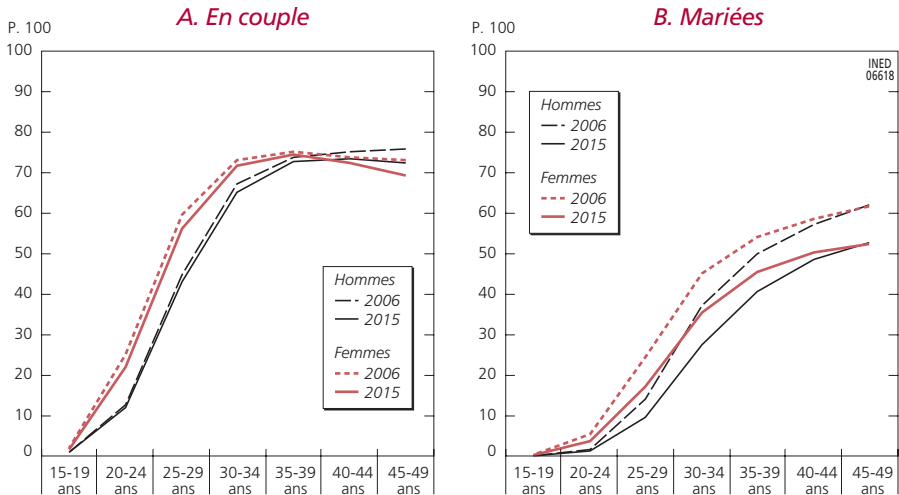
2. Les unions libres

La diminution historique du nombre de mariages depuis le milieu des années 1970 ne reflète pas une diminution de la propension à vivre en couple, mais bien une désinstitutionnalisation des unions. En l'absence d'un enregistrement continu des mises en union (contrairement aux pacs et aux mariages), il est difficile de connaître le nombre d'unions libres débutées chaque année. Une estimation est toutefois possible en exploitant des données spécifiques comme celles de l'échantillon démographique permanent (EDP) : le nombre annuel d'unions libres est bien plus important que le nombre annuel de mariages

ou de pacs. Ainsi, 546 000 nouvelles unions libres se seraient formées annuellement entre 2011 et 2014, soit plus du double du nombre de mariages sur la même période et trois fois plus que le nombre de pacs (Costemalle, 2017).

L'analyse des données du recensement confirme le maintien de la forte propension à vivre en couple, mais la moindre formalisation des unions : les proportions de femmes et d'hommes vivant en couple au moment du recensement – quel que soit le type d'union – ne baissent quasiment pas entre 2006 et 2015, contrairement à celles des mariés (figure 16). Une partie des personnes vivant en couple sans être mariés sont probablement pacsées. La question relative au pacs n'a en effet été introduite dans les bulletins individuels du recensement qu'en 2015 (Buisson, 2017). Il faudra donc attendre fin 2019 pour disposer des données de 5 vagues d'enquêtes annuelles de recensement et exploiter cette information.

Figure 16. Proportion (%) de personnes en couple et de personnes mariées au moment du recensement, par sexe et groupe d'âges, en 2006 et 2015



Champ : France entière (hors Mayotte).

Source : Insee recensements, exploitation principale, calculs des auteurs-e-s.

3. Les premiers mariages : une baisse au fur et à mesure des générations

Les quotients de primo-nuptialité, c'est-à-dire le risque de se marier à un âge donné pour une personne célibataire, sont quasiment inchangés entre 2015 et 2016, et les légers pics observés aux âges de 40 ans et 50 ans se maintiennent (Breton *et al.*, 2017). Une génération qui tout au long de sa vie se comporterait comme les célibataires de l'année 2015 atteindrait un niveau historiquement bas de premiers mariages (tableau annexe A.9).

Lorsqu'on analyse les caractéristiques de la nuptialité par génération, la proportion d'hommes et de femmes s'étant mariés au moins une fois continue

de baisser, quel que soit l'âge (tableau annexe A.10; Rault et Régnier-Loilier, 2015) et devrait atteindre, à l'issue de leur vie, le seuil de 0,5 mariage par homme pour la génération 1990 et 0,6 mariage par femme des mêmes générations.

4. Saisonnalité des unions

Les mariages plus concentrés durant l'été, les pacs en fin d'année

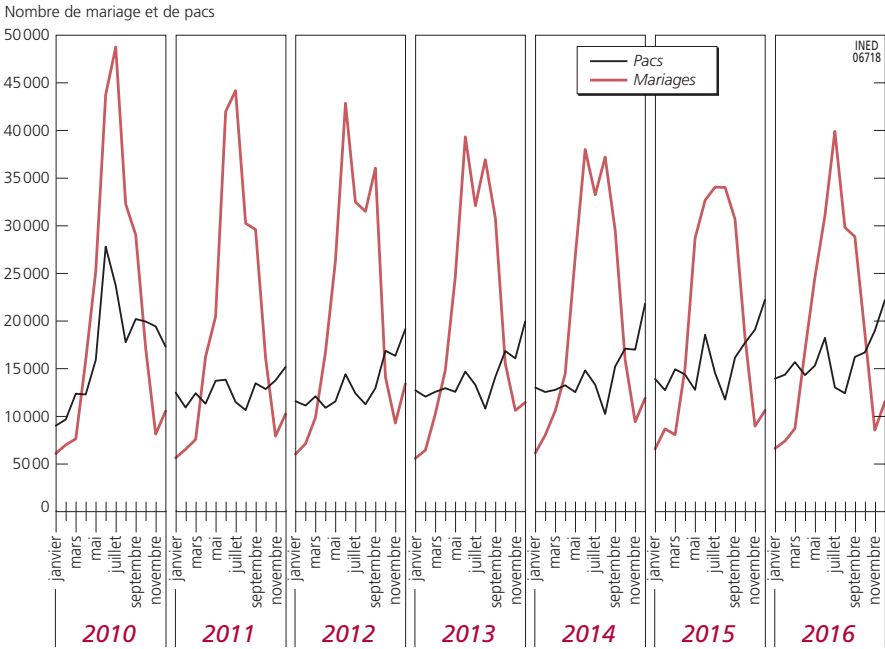
À l'occasion des 70 ans de la revue *Population*, deux chercheurs de l'Ined ont repris et actualisé les travaux de Jean Bourgeois-Pichat publiés en 1946 sur la saisonnalité des mariages (Bourgeois-Pichat, 1946; Rault et Régnier-Loilier, 2016). Ils rappellent l'intérêt sociologique de l'étude de l'évolution de la saisonnalité des mariages, véritable révélateur de l'importance des valeurs et des contraintes qui régissent les sociétés, mais aussi leur perte d'influence au cours du temps. La religion et les rythmes des récoltes ont longtemps dicté la répartition mensuelle des mariages, alors qu'aujourd'hui ce sont plutôt des préoccupations d'agrément : la réussite d'un mariage sera avant tout mesurée à l'aune du nombre d'invités et de la qualité de la fête, dépendant en partie d'une météo clémente. Les conjoints choisissent la date de cet événement en essayant de le singulariser, par exemple en choisissant une date symbolique, ou en facilitant la venue des invités en choisissant des jours fériés. Pour ce qui est de leur répartition journalière, les mariages sont, à quelques exceptions près, très concentrés le samedi⁽²⁶⁾.

Pour ces différentes raisons, les mariages sont aujourd'hui principalement concentrés le printemps et l'été (figure 17) et la répartition entre les mois concernés dépend partiellement du nombre de samedis dans chacun de ces mois. C'est le cas des années 2010 et 2011 (5 samedis en juillet contre seulement 4 en juin et en août), ou en 2012, 2013 et 2016 (5 samedis en juin et seulement 4 en mai et juillet). En 2012 par exemple, le pic de septembre est probablement lié aux 5 samedis de ce mois faisant suite aux « tristes » mois de juillet et août qui n'en comptaient que 4 cette année-là. L'année 2015 présente une forme un peu particulière, probablement pour au moins deux raisons : le nombre de samedis en mai (5) doublé d'un nombre légèrement plus important de mariages en février (année « exceptionnelle » puisque la Saint-Valentin tombait cette année-là un samedi). En 2014, il y avait également 5 samedis en mai contre 4 en juin, mais, événement relativement rare, la Pentecôte et son long week-end tombait en juin, comme en 2017 d'ailleurs.

La répartition mensuelle des mariages dessine un deuxième pic en décembre, bien moins important que celui du milieu d'année. La raison, qui concerne de façon plus marquée les pacs, tient à la fin de l'exercice fiscal. La suppression

(26) Les exceptions sont celles relatées par Rault et Régnier-Loilier concernant le 12/12/2012, le jour de la Saint-Valentin (Rault et Régnier-Loilier, 2016) ou d'autres raisons culturelles, comme par exemple à La Réunion (Dumas-Champion, 2008) où 50,1 % des mariages en 2016 ont été célébrés un vendredi, contre 9,4 % à l'échelle nationale.

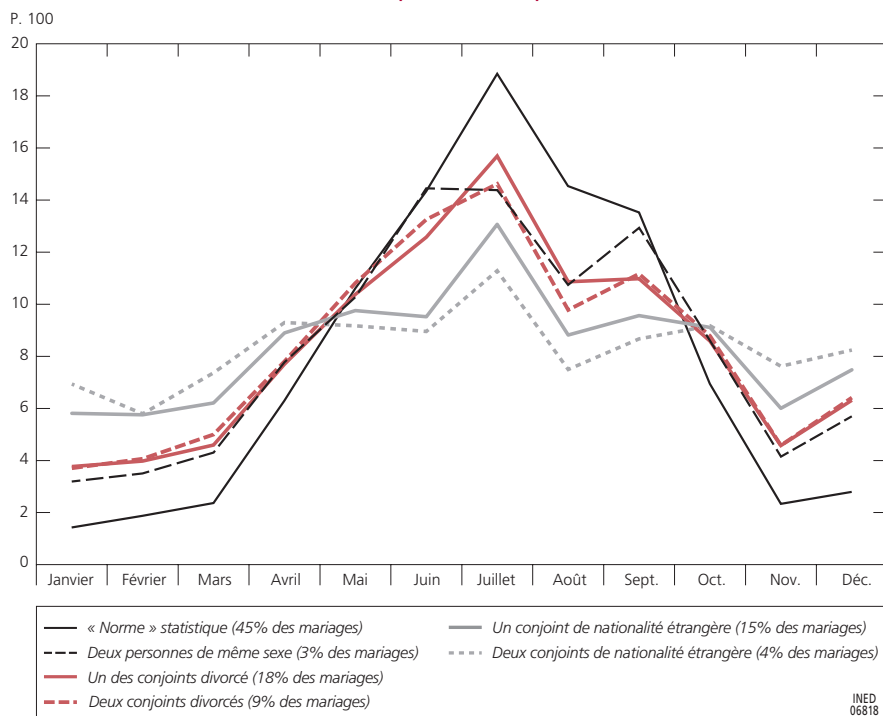
Figure 17. Répartition mensuelle des mariages et des pacs de 2010 à 2016



en 2011 de l'avantage fiscal du mariage et du pac en milieu d'année n'a eu d'effet que sur la répartition mensuelle des pacs, qui ne donnent pas lieu aux mêmes célébrations que les mariages (Mazuy *et al.*, 2016). Le pic des mariages en décembre est certainement dû aussi à la possibilité de fêter cet événement en famille, durant les vacances de fin d'année. Il faut également souligner la particularité des départements d'outre-mer : alors qu'au niveau national en 2016, 4,9 % des mariages ont eu lieu en décembre, la proportion est de 20,3 % dans ces départements (24,7 % en Martinique, 22,1 % en Guadeloupe, 19,8 % à La Réunion où décembre correspond à l'été, 14,6 % en Guyane et 14,1 % à Mayotte). En métropole, la proportion ne dépasse jamais 7,2 % (à Paris et dans le département de Saint-Saint-Denis).

La saisonnalité des mariages est d'autant plus forte que les époux ont un profil proche de la « norme », au sens statistique, c'est-à-dire le cas le plus souvent observé et que l'on pourrait décrire de la manière suivante : deux conjoints de sexe différent, âgés de 25 à 34 ans (homme plus âgé ou du même âge que la femme), de nationalité française et célibataires l'un et l'autre au moment de se marier. Pour ces couples, près de 60 % des mariages sont enregistrés entre mai et août (figure 18), soit dix points de plus que pour les couples de même sexe et douze points de plus lorsque les deux partenaires sont divorcés (48,5 %). Les couples dont l'un ou les deux conjoints sont de nationalité étrangère sont ceux pour lesquels la saisonnalité du mariage est la moins marquée.

Figure 18. Répartition mensuelle des mariages (%) en France selon différents profils des époux en 2016



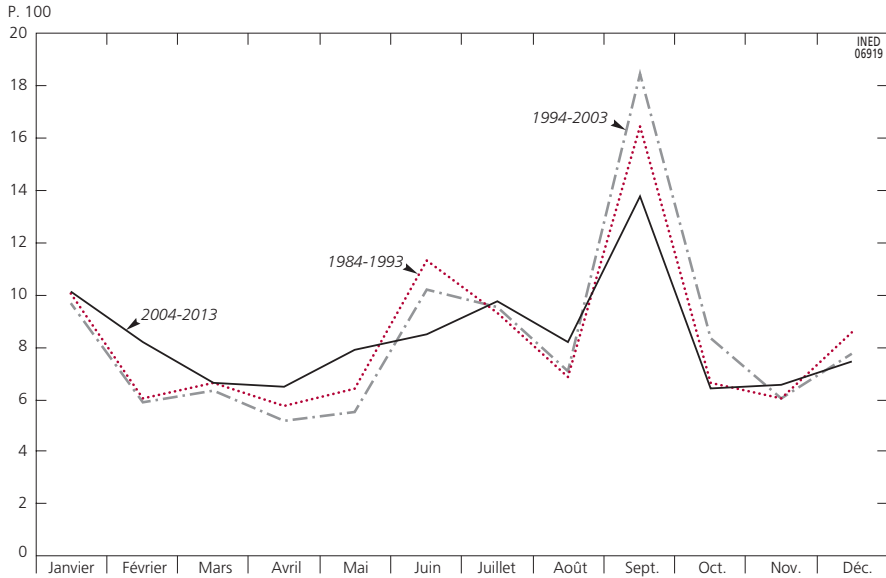
Champ : France métropolitaine.
Sources : Insee, état civil, calculs des auteur-e-s.

Toutefois, dans ce cas, il est possible que les priorités liées au mariage soient spécifiques et associées à des projets de vie différents ou des contraintes administratives.

La cohabitation commence généralement en septembre

Une période d'union libre, le plus souvent cohabitante, ouvre généralement la trajectoire d'union, éventuellement suivie d'un pacs ou/puis d'un mariage. Comme le confirment les données de l'enquête Étude des parcours individuels et conjugaux (Épic), les mariages directs ont quasiment disparu (Rault et Régnier-Loilier, 2015). La mise en couple cohabitante suit une saisonnalité propre, différente de celles des mariages et des pacs. Le mois de septembre semble celui « préféré » pour débiter une cohabitation, suivi de janvier et juin (figure 19). Cette saisonnalité confirme celle observée à partir de l'enquête Étude de l'histoire familiale de 1999 (EHF) (Breton, 2006). Elle traduit avant tout la dimension pratique des mises en couple cohabitantes au moment des rentrées scolaires et universitaires, notamment dans un contexte d'allongement et de massification des études supérieures.

Figure 19. Évolution (%) de la répartition mensuelle des débuts d'unions cohabitantes entre 1984 et 2013



Champ : France métropolitaine, femmes et hommes de 26 à 65 ans en 2013.

Sources : Ined-Insee, Épic, 2013-2014, données non imputées, calculs des auteur-e-s.

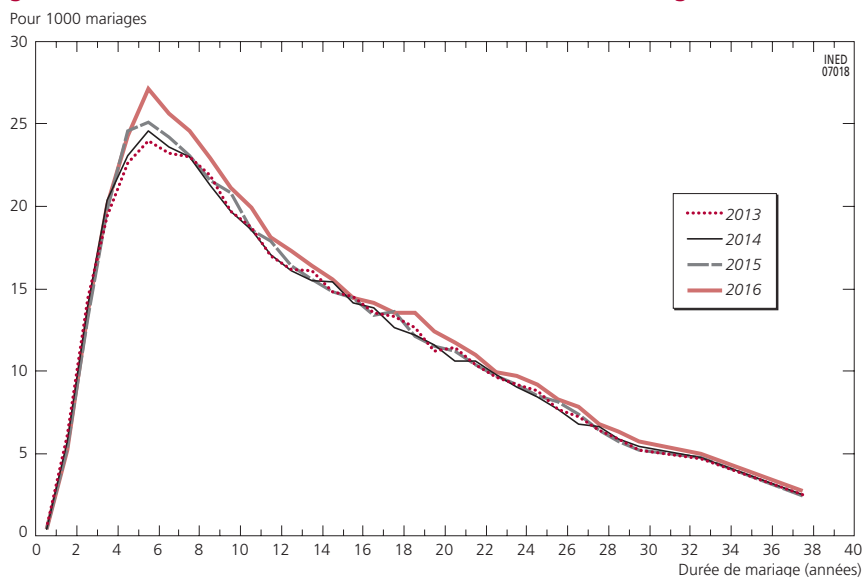
5. Une nouvelle augmentation de la divortialité

L'année 2016 est marquée par une augmentation des indicateurs de divortialité, que cela soit en nombre absolu (+ 4 375) ou pour les indicateurs synthétiques contrôlant en partie les effets de taille, comme le taux brut de divorces (qui passe de 1,86 divorce pour 1 000 habitants à 1,92) ou l'indice conjoncturel de divortialité (+ 4,5 %). Cette augmentation met fin à trois années de baisse consécutive de 2012 à 2014 (tableau annexe A.9). Elle est presque totalement due à l'augmentation du nombre de divorces par consentement mutuel. Comme souvent dans les variations de la divortialité, on peut y voir un lien avec des changements législatifs assouplissant les procédures. En l'occurrence, celui de 2016 donne davantage de pouvoir au juge, qui peut désormais liquider le régime matrimonial des époux en même temps qu'il prononce leur divorce⁽²⁷⁾ (art. 267 du Code civil – février 2016). L'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 d'une nouvelle modalité de divorce (divorce sans juge) produira probablement un effet similaire.

Les risques de divorce sont toujours maximum 5 ans après le mariage en 2016, et augmentent en 2016 quelle que soit la durée de mariage (figure 20).

(27) La liquidation du régime matrimonial est une procédure qui vise à lister et évaluer les biens et les dettes qui reviendront à chacun des époux en cas de divorce. Cette procédure se faisait devant notaire, sauf en cas d'absence de biens immobiliers, et peut désormais avoir lieu devant le juge.

Figure 20. Quotients de divorces (%) selon la durée de mariage, de 2013 à 2016



Champ: France entière hors Mayotte.

Source : Insee, calculs des auteur-e-s.

L'augmentation des divorces concerne de plus en plus les couples ayant des enfants mineurs. En 2016, les 128 043 divorces ont concerné 169 830 enfants dont 115 945 mineurs, soit des augmentations respectives de 3,5 %, 3,0 % et 3,95 % par rapport à l'année 2015 (ministère de la Justice).

VI. La mortalité

1. Les caractéristiques de la mortalité

L'espérance de vie reprend sa progression

Selon les derniers chiffres (provisoire) de l'Insee, le nombre de décès survenus en France (France métropolitaine et DOM) au cours de l'année 2017 aurait atteint le niveau record de 606 000, dont 594 000 en métropole et 12 000 dans les départements d'outre-mer. L'augmentation du nombre de décès est liée exclusivement au vieillissement démographique, qui se traduit par un accroissement du nombre de personnes âgées et donc soumises à des taux de mortalité élevés au sein de la population générale, ainsi qu'à l'arrivée aux âges de forte mortalité des générations nombreuses de l'après-guerre, et non à une baisse des progrès dans la durée de vie. En effet, après le pic de mortalité de 2015, lorsque l'espérance de vie à la naissance avait régressé du fait des conditions épidémiologiques particulières qui ont prévalu cette année-là (épidémie de grippe intense et inhabituellement concentrée sur les premiers mois de

l'année plutôt qu'étalée sur tous les mois de l'hiver 2014-2015), les gains en durée de vie ont à nouveau été positifs en 2016. En 2017, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 79,4 ans pour les hommes et à 85,2 ans pour les femmes pour l'ensemble du pays (79,4 ans et 85,3 ans en France métropolitaine), correspondant à un taux brut de mortalité de 9,1 pour 1 000 habitants (tableaux annexes A.1 et A.11).

La France dans la moyenne des pays européens

En 2016, année la plus récente pour laquelle nous disposons de données comparatives, la France reste dans la moyenne des pays européens pour l'espérance de vie à la naissance (tableau annexe A.12), sans changement notable par rapport aux années précédentes. La position relativement mauvaise du pays en matière de mortalité infantile (proche de la médiane et derrière seize pays à la mortalité infantile plus faible – tableau annexe A.13) est compensée par un classement très avantageux en ce qui concerne la mortalité à 65 ans et plus.

Le pays continue d'occuper une position globalement très favorable au sommet du classement féminin, malgré une érosion progressive. Alors que les Françaises jouissaient de la plus longue durée de vie au monde dans les années 1990, elles ont lentement perdu cet avantage au profit du Japon d'abord, puis d'autres pays européens. Dans les conditions de mortalité de 2016, les Japonaises peuvent espérer vivre 87,2 ans contre 85,3 ans pour les Françaises, qui sont également devancées pour les Espagnoles (86,3 ans), les Italiennes (85,6 ans), les Suisses (85,6 ans) et les Luxembourgeoises (85,4 ans).

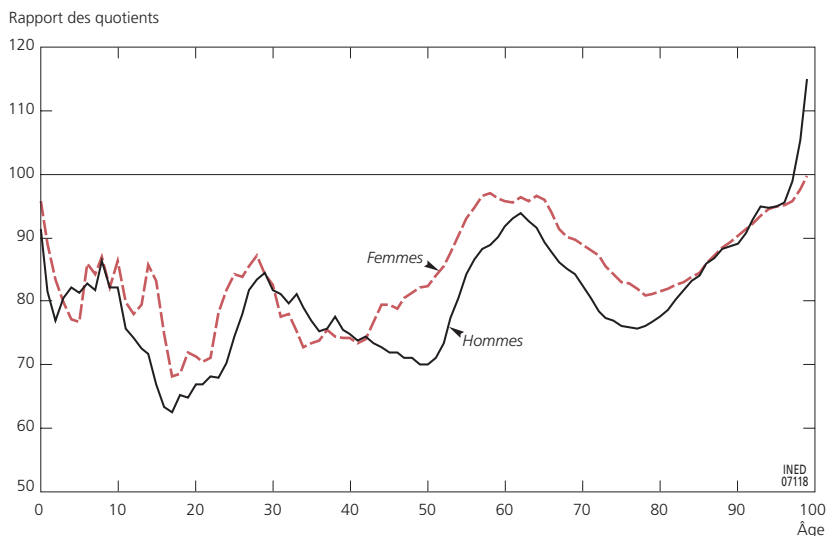
La situation française est depuis longtemps beaucoup moins favorable pour les hommes (79,3 ans d'espérance de vie à la naissance en 2016 pour l'ensemble du pays) dont la durée de vie se situe à un niveau proche de la moyenne européenne. Aux côtés de l'Autriche, la France est devancée par plusieurs pays d'Europe de l'Ouest (Suisse, Islande, Luxembourg, Pays-Bas, Irlande et Royaume-Uni), d'Europe du Nord (Norvège, Suède, Islande) et d'Europe du Sud (Italie et Espagne). En revanche, tous les pays d'Europe de l'Est et quelques pays relativement favorisés sur le plan économique, comme la Belgique ou l'Allemagne, ont des espérances de vie masculines inférieures à celle de la France.

Une évolution de la mortalité variable selon l'âge et le sexe

La figure 21⁽²⁸⁾ illustre les changements de la mortalité selon le sexe au cours de la vie, en présentant le rapport des quotients de mortalité par âge de 2004-2006 à ceux de 2014-2016. Les progrès ont concerné, tant chez les hommes que chez les femmes, tous les âges sauf les plus élevés. Ils ont toutefois été moindres chez les très jeunes enfants, autour de 65 ans et après 95 ans. À l'inverse, ils ont été particulièrement importants autour de 20 ans, avec un quotient de mortalité à 18 ans en 2014-2016 inférieur de 40 % par rapport à

(28) Comme pour le reste des résultats présentés ensuite, cette figure est produite à partir des données des tables triennales de l'Insee qui se rapportent exclusivement à la France métropolitaine.

Figure 21. Évolution de la mortalité à chaque âge de 2004-2006 à 2014-2016 (rapport des quotients par âge lissés sur 3 âges, sauf à 0 an)



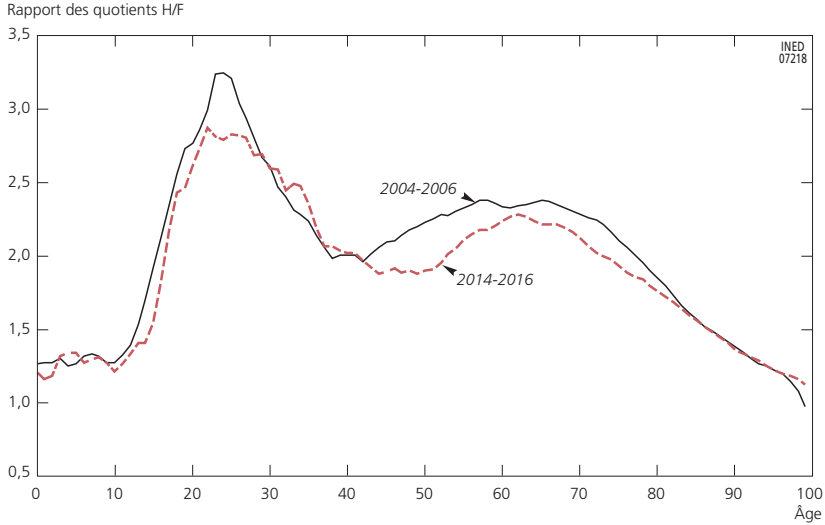
Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, tables de mortalité 2004-2006 et 2014-2016.

2004-2006 pour les hommes et de 35 % pour les femmes. Ils ont également été plus marqués autour de 40 ans (baisse d'environ 25 % au cours de cette période) pour les deux sexes. Après cet âge et jusqu'à 50 ans, les progrès ont été plus visibles pour les hommes (baisse de 30 %). Les progrès ont également été importants à 75-85 ans (quotient inférieur d'environ 25 % pour les hommes et de 20 % pour les femmes en 2014-2016 par comparaison à 2004-2006).

Par ailleurs, les progrès ont été plus avantageux pour les hommes que pour les femmes, d'une manière générale, entre 2004-2006 et 2014-2016. La figure 22 présente les rapports des quotients masculins aux quotients féminins par année d'âge en 2004-2006 et en 2014-2016. Elle indique d'abord que la mortalité masculine reste supérieure à la mortalité féminine à tous les âges. La surmortalité masculine est particulièrement forte chez les jeunes de 20 à 35 ans, avec des risques de mortalité des hommes trois fois supérieurs à ceux des femmes, notamment autour de 25 ans. Elle est également plus importante chez les adultes de 50 à 70 ans, pour lesquels les quotients masculins représentent le double des quotients féminins. Ces deux pics de surmortalité se sont toutefois émoussés au cours de la dernière décennie du fait de la baisse de la mortalité plus faible chez les femmes que chez les hommes, particulièrement à ces âges. L'évolution récente s'inscrit dans une tendance de long terme dans la mesure où l'écart d'espérances de vie entre les sexes, qui avait atteint un maximum de 8,3 ans en 1992, a diminué progressivement pour atteindre 5,9 ans en 2017 selon les chiffres provisoires de l'Insee.

Figure 22. Surmortalité masculine à chaque âge en 2004-2006 et 2014-2016 (rapport des quotients masculins aux quotients féminins lissés sur 3 âges, sauf à 0 an)



Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, tables de mortalité 2004-2006 et 2014-2016.

Tableau 15. Contribution (%) des groupes d'âges aux gains d'espérance de vie, gain total au cours de chaque décennie et espérance de vie en fin de période, par sexe

Groupe d'âges	Hommes			Femmes		
	De 1984-1986 à 1994-1996	De 1994-1996 à 2004-2006	De 2004-2006 à 2014-2016	De 1984-1986 à 1994-1996	De 1994-1996 à 2004-2006	De 2004-2006 à 2014-2016
0-14 ans	14,4	6,9	2,6	12,2	8,3	2,3
15-24 ans	5,8	5,9	5,6	2,9	3,9	3,8
25-44 ans	- 1,2	21,8	12,6	2,0	11,2	10,8
45-64 ans	34,6	21,5	26,0	15,9	9,3	14,6
65-84 ans	40,5	37,6	45,5	49,4	48,3	46,9
85 ans et plus	5,8	5,9	7,8	17,6	19,0	21,5
Gain total en années	2,57	3,03	2,31	2,45	2,05	1,30
Espérance de vie en fin de période	73,88	76,91	79,22	81,94	83,99	85,29

Champ : France métropolitaine.

Source : Calculs des auteur-e-s à partir des tables de mortalité triennales de l'Insee (division des Enquêtes et études démographiques).

Le tableau 15 présente la contribution en années de chaque groupe d'âges aux gains d'espérance de vie obtenus au cours des trois dernières décennies pour chacun des deux sexes. Seul un cinquième des gains obtenus entre 2004-2006 et 2014-2016, soit 21 % chez les hommes et 17 % chez les femmes, sont

attribuables à la baisse de la mortalité avant 45 ans. Par rapport à la décennie antérieure (de 1994-1996 à 2004-2006), lorsqu'elles atteignaient respectivement 35 % et 23 %, ces proportions sont faibles. Elles s'inscrivent toutefois dans une tendance de long terme : les quotients qui prévalent à ces âges n'ont en effet cessé de se réduire tout au long du vingtième siècle pour atteindre des niveaux très faibles. Les baisses de mortalité obtenues chez les jeunes pèsent donc de moins en moins dans l'évolution de l'espérance de vie à la naissance. Plus de la moitié des années de vie gagnées par les hommes et presque 70 % de celles gagnées par les femmes au cours de la décennie 2004-2006 à 2014-2016 sont dues aux progrès réalisés au-delà de 65 ans. Chez les femmes, presque un quart du gain total est attribuable à la baisse de la mortalité à 85 ans et plus. L'examen de la mortalité par cause médicale de décès permet de mieux comprendre les évolutions différentielles de mortalité selon l'âge.

2. L'évolution de la mortalité par cause

La répartition par cause médicale des décès peut être analysée grâce aux statistiques établies par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) jusqu'en 2015, année la plus récente pour laquelle les données sont disponibles.

La hausse de la mortalité de 2015 a affecté toutes les causes de décès, au-delà de la grippe et des autres maladies respiratoires, les plus concernées. Elle a en outre essentiellement touché les personnes âgées, tout particulièrement à 85 ans et plus. En dehors de cet épisode exceptionnel, si l'on compare la mortalité pour les six grands groupes de causes médicales de décès (tumeurs, maladies cardiovasculaires, maladies infectieuses, maladies respiratoires, autres maladies, causes mal définies, et morts violentes) au cours de la décennie 2005-2015, on observe que la baisse a concerné tous les groupes. Toutefois, des variations importantes apparaissent lorsque l'on examine la situation par sexe, par groupe d'âges et avec une classification fine des causes de décès.

La mortalité cardiovasculaire continue à se réduire à un rythme soutenu

Parmi tous les grands groupes de causes médicales de décès, la mortalité par maladie cardiovasculaire est celle qui a diminué le plus rapidement au cours de la décennie 2005-2015. Le taux comparatif a baissé de presque 30 % entre 2005 et 2015, et de 50 % depuis 1995. Cette baisse importante est attribuable aux progrès de la lutte contre les cardiopathies ischémiques (avec une baisse de 35 % de la mortalité au cours des dix dernières années) et contre les maladies cérébro-vasculaires (30 % de baisse). La mortalité due aux autres maladies du cœur a diminué de 20 % au cours de la même période et celle attribuable aux autres maladies de l'appareil circulatoire, de 40 %. Ces grandes tendances s'inscrivent parfaitement dans l'évolution de la mortalité cardiovasculaire depuis 1980 environ.

L'évolution a été globalement similaire pour les hommes et pour les femmes. La seule différence significative a été une diminution plus rapide de la mortalité par cardiopathie ischémique pour les femmes (– 40 % pour celles-ci contre – 30 % pour les hommes entre 2005 et 2015). Le niveau de départ était déjà beaucoup plus faible pour les femmes et le taux comparatif de mortalité par maladie cardiovasculaire s'établit aujourd'hui à 74 pour 100 000 pour les femmes et 131 pour les hommes (tableau annexe A.14), contre 104 et 187 pour 100 000 dix ans plus tôt. Cependant, comme la mortalité générale des femmes est également plus faible que celle des hommes, la part de la mortalité par maladie cardiovasculaire dans la mortalité générale est identique pour les deux sexes (23 % du taux comparatif tous âges et toutes causes en 2015, tableau 16).

Tableau 16. Taux comparatif de mortalité par grand groupe d'âges en 2015* (pour 100 000) et répartition par cause de décès (%)

Causes de décès	Groupe d'âges						
	0-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65-84 ans	85 ans et +	Tous âges
Hommes							
Taux comparatif toutes causes (pour 100 000)	4	4	11	61	248	1 501	595
Maladies infectieuses	2,0	0,8	1,2	1,5	1,6	2,4	1,7
Cancers	7,3	10,5	19,9	46,7	44,8	21,8	37,4
Maladies cardiovasculaires	2,7	4,5	11,1	16,9	22,6	33,0	22,8
Maladies respiratoires	1,4	1,3	1,8	3,4	7,3	11,7	7,0
Maladies de l'appareil digestif	1,1	0,8	4,6	7,9	4,7	3,7	5,1
Autres maladies	75,3	11,0	13,1	10,8	13,5	21,4	15,7
Morts violentes	10,2	71,1	48,4	12,9	5,4	6,1	10,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Femmes							
Taux comparatifs toutes causes (pour 100 000)	3	2	5	29	127	1 098	332
Maladies infectieuses	2,0	2,2	1,7	1,3	1,8	2,3	1,9
Cancers	7,8	20,2	45,3	59,2	43,7	15,6	37,2
Maladies cardiovasculaires	3,2	6,0	9,3	10,9	21,0	36,0	22,7
Maladies respiratoires	1,9	3,8	2,3	3,6	5,9	9,8	6,4
Maladies de l'appareil digestif	1,3	0,7	4,1	5,7	4,6	3,9	4,5
Autres maladies	75,8	16,8	14,0	11,1	17,9	26,8	20,3
Morts violentes	8,0	50,4	23,4	8,3	5,0	5,6	7,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<p>* Ces taux sont différents de ceux du tableau annexe A.14 à cause du mode de calcul. Les causes mal définies ont ici été réparties. Pour une définition des grands groupes de causes et de la méthode de répartition des causes mal définies, on pourra se reporter à Meslé (2005).</p> <p>Champ : France métropolitaine.</p> <p>Source : Calculs des auteur-e-s à partir des données Inserm (CépiDc).</p>							

Des inquiétudes pour les femmes dans la lutte contre le cancer

La mortalité par cancer a décliné régulièrement pour les hommes, mais son recul est plus lent (de moitié) que celui des maladies cardiovasculaires. La baisse du taux comparatif a en effet seulement atteint 15 % entre 2005 et 2015, soit un rythme comparable à celui observé au cours de la décennie précédente (1995-2005). Chez les femmes, la diminution, déjà très faible entre 1995 et 2005 (- 7 %), a été négligeable au cours de la dernière décennie : en 2015 le taux comparatif de mortalité par cancer n'est inférieur que de 3 % à son niveau de 2005. C'est la seule grande cause de décès pour laquelle la baisse a été sensiblement plus faible pour les femmes que pour les hommes, même si le taux comparatif de mortalité par cancer demeure très inférieur à celui des hommes, soit 116 pour 100 000 contre 211 pour 100 000 en 2015 (tableau annexe A.14). En 2015, ces maladies représentent 37 % du taux comparatif de mortalité tant pour les hommes que pour les femmes (tableau 16). C'est la première cause de décès en France depuis les années 1980 pour les hommes, depuis 1999 pour les femmes.

La principale raison de l'évolution différentielle selon le sexe tient à des divergences en matière de comportements tabagiques. Tandis que la proportion de fumeurs réguliers parmi les hommes âgés de 15 ans et plus a diminué jusqu'en 2010, de 70 % au milieu des années 1950 à un peu plus de 30 % en 2010, elle a augmenté régulièrement pour les femmes, de moins de 10 % à plus de 25 % pendant la même période (Guignard *et al.*, 2015 ; Hill et Laplanche, 2005). Depuis 2010, le tabagisme masculin est toutefois resté stable, avec 32 % de fumeurs réguliers en 2010 comme en 2014, tandis que le tabagisme féminin diminuait (de 26 % à 24 %). La baisse de la consommation de tabac chez les femmes est toutefois trop récente pour se traduire par une baisse concomitante de la mortalité par cancer. De fait, la mortalité par tumeur du larynx, du poumon ou des bronches, principale cause de décès dus au tabac, a augmenté de 37 % chez les femmes au cours des dix dernières années, exactement autant qu'au cours de la décennie précédente (1995-2005). Ceci représente un doublement du taux comparatif de mortalité pour cette cause, d'à peine plus de 100 pour 100 000 en 1995 à presque 200 pour 100 000 en 2015. Pour les hommes, ce taux a au contraire diminué d'un quart, passant de plus de 800 à moins de 600 pour 100 000 au cours des deux dernières décennies. La proportion de fumeurs ou d'anciens fumeurs parmi les hommes continue toutefois à dépasser largement celle des femmes, ce qui explique que le taux comparatif de mortalité masculin pour ce type de cancer est encore trois fois plus élevé que le taux féminin.

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) et de l'œsophage, également fortement liés au tabagisme, connaissent aussi une nette hausse pour les femmes (augmentation depuis 2005 des taux comparatifs de 4 % pour les VADS et de 12 % pour l'œsophage), ce qui n'est pas le cas pour les hommes (baisse de 25 % environ pour chacun de ces taux). Enfin, le ralentissement de

la baisse de la mortalité par cancer du sein (qui n'a atteint que 10 % entre 2005 et 2015 contre 12 % entre 1995 et 2005) et l'absence de progrès concernant la mortalité par cancer de l'utérus (après une baisse de 15 % du taux comparatif entre 1995 et 2005) pourraient être au moins en partie attribuables à l'augmentation continue du tabagisme féminin pour les générations aujourd'hui âgées de 45 ans et plus (Guignard *et al.*, 2015). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que le décalage entre le pic du tabagisme dans une population et ses effets épidémiologiques les plus marqués est d'environ trente ans. Les femmes qui décèdent donc aujourd'hui de cancers liés à leur consommation de tabac antérieure appartiennent aux générations nées avant 1970. Une quinzaine de localisations (au premier rang desquelles figurent pour les femmes le sein, puis le côlon-rectum, le poumon et, plus loin derrière le corps de l'utérus) sont directement concernées (Marant-Micallef *et al.*, 2018).

D'autres cancers ont toutefois évolué très favorablement, en particulier le cancer de l'estomac, dont le taux comparatif de mortalité a diminué de 21 % depuis 2005 pour les hommes comme les femmes, et pour les hommes, le cancer de la prostate a reculé de 27 % au cours de la même décennie. Le cancer de la prostate est le seul cancer pour lequel on observe une accélération des progrès depuis vingt ans. Cette baisse tient aux progrès du dépistage, du diagnostic et des traitements ainsi qu'à l'évolution favorable des comportements tabagiques masculins (Grosclaude *et al.*, 2016).

Une accélération de la baisse de la mortalité par accident de la circulation, par suicide et par homicide

La mortalité due aux accidents de la circulation, qui touche essentiellement les jeunes adultes, a fortement diminué depuis vingt ans : la baisse a été de presque 70 % et elle s'est accélérée entre les deux décennies passées (– 37 % entre 1995 et 2005 et – 47 % entre 2005 et 2015). Cette accélération de la baisse est également observée en ce qui concerne la mortalité par suicide (– 15 % et – 22 %) et pour les homicides (– 31 % et – 35 %). Toutefois, la baisse de la mortalité pour les autres causes violentes (par chute accidentelle notamment) s'est fortement ralentie, sans que l'on sache s'il s'agit d'une évolution réelle ou d'un effet de la révision de la Classification internationale des maladies mise en œuvre en France en 2000. Le taux comparatif pour l'ensemble des causes violentes n'a finalement baissé que de 18 % entre 2005 et 2015, contre 26 % au cours de la décennie précédente.

Les autres maladies : une évolution préoccupante

La situation la plus préoccupante – outre celle liée à l'évolution de la mortalité féminine par cancer – concerne la mortalité par troubles mentaux et maladies du système nerveux, en augmentation rapide depuis vingt ans. Ces maladies sévissent tout particulièrement aux âges élevés. Après une forte croissance de la mortalité par maladie d'Alzheimer, la tendance paraît s'être

inversée : le taux comparatif, qui avait doublé en quinze ans, pour atteindre un maximum en 2012 (134 pour 100 000) diminue régulièrement depuis et atteint 120 pour 100 000 en 2015. Dans la mesure où cette maladie n'est entrée dans les statistiques qu'à partir de 1979, l'augmentation initiale pourrait avoir au moins en partie résulté des progrès dans le diagnostic ainsi que des pratiques d'enregistrement et de certification, concernant un groupe d'âges pour lequel l'existence fréquente de pathologies multiples rend difficile l'identification de la cause initiale du décès.

La tendance est plus favorable pour les maladies infectieuses, pour les maladies de l'appareil respiratoire et pour les maladies de l'appareil digestif, mais la baisse observée entre 2005 et 2015 a été plus faible que pendant la décennie précédente, surtout pour ces deux premiers groupes de maladies (21 % de baisse entre 1995 et 2005 contre 51 % entre 2005 et 2015 pour les maladies infectieuses, 13 % contre 31 % pour les maladies respiratoires, mais 19 % contre 22 % pour les maladies de l'appareil digestif). Toutefois, le poids de ces trois causes de décès dans la mortalité totale est devenu très faible. Ces pathologies ne représentent plus, respectivement, que 2 %, 6 % et 5 % du taux comparatif toutes causes, avec très peu de différences selon le sexe (tableau 16).

3. Fluctuations annuelles de la mortalité : une pointe en hiver, un creux en été

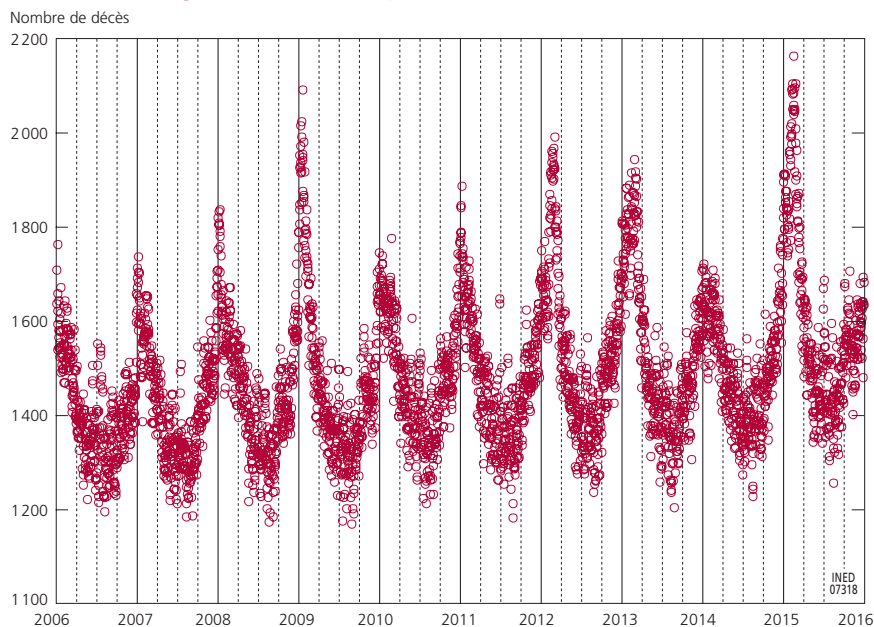
Nous avons examiné les variations saisonnières au cours des dix dernières années (2006-2015)⁽²⁹⁾ en calculant des coefficients mensuels et saisonniers ajustés pour la durée variable des mois et des années⁽³⁰⁾. Ces coefficients ont été établis à partir des données de l'Inserm sur les décès par cause de manière à mesurer les variations saisonnières pour la mortalité générale et par groupe d'âges ainsi que pour les principales causes de décès. Les coefficients des variations mensuelles sur la période 2006-2015 ont été calculés en rapportant le nombre quotidien moyen de décès pour chaque mois, de janvier à décembre, au nombre quotidien moyen de décès annuel.

L'analyse montre d'abord une évolution systématique du nombre de décès d'un mois à l'autre qui se répète au cours des années : le nombre quotidien de décès évolue très régulièrement au cours de l'année, pour atteindre un maximum en hiver et un minimum en été (figure 23). Ce résultat est identique à celui d'autres travaux menés ailleurs en Europe (Rau, 2007). Cette périodicité est relativement récente dans la mesure où, en France comme dans les autres pays européens ayant fait l'objet de ce type d'études, l'évolution de la mortalité était marquée, au moins jusqu'à la fin du XIX^e siècle, par deux maximums de mortalité : l'un en hiver, l'autre en été, avec des causes très différentes, présentées par la suite. Tandis que le premier a perduré jusqu'à aujourd'hui, bien que

(29) Cette analyse a été menée en collaboration avec Robert Chung (Département de démographie, Université de Californie, Berkeley).

(30) Nous avons exclu les départements d'outre-mer.

Figure 23. Nombre quotidien de décès, 2006-2015



Lecture : Chaque cercle représenté sur le graphique correspond à un jour.

Champ : France métropolitaine.

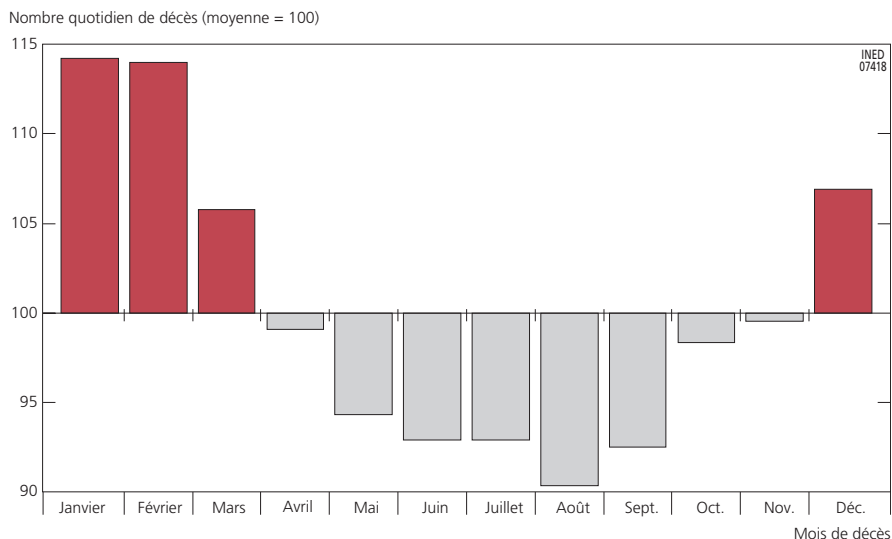
Source : Calculs des auteur-e-s à partir des données Inserm (CépiDc).

de manière moins marquée (Aubenque *et al.*, 1979), le deuxième a complètement disparu. De fait, à l'exception des années de canicule comme celles de 2003 et de 2006, lorsque le nombre de décès quotidien peut atteindre un maximum bien supérieur à celui observé pendant les jours les plus meurtriers de l'hiver, l'été et tout particulièrement le mois d'août, correspond aujourd'hui à un minimum de mortalité (figure 24) (Corso *et al.*, 2017 ; Fouillet *et al.*, 2006 ; Rey *et al.*, 2007 ; Toulemon et Barbieri, 2008).

Si les conditions de mortalité du mois d'août prévalaient pendant toute l'année, le nombre moyen annuel de décès au cours de la période 2006-2015 aurait été de 501 000 au lieu de 553 000.

La diminution des variations saisonnières au cours du temps concerne tout particulièrement les jeunes. Comme le montre la figure 25, l'amplitude entre les mois de mortalité maximum et minimum est aujourd'hui faible pour les enfants et jeunes adultes par rapport aux autres groupes d'âges, ce qui n'était pas le cas jusqu'au début du vingtième siècle (Aubenque *et al.*, 1979). Le calendrier est aussi très différent, avec des maxima actuels en juillet et février et un minimum en septembre. Les fluctuations mensuelles de la mortalité sont de plus en plus marquées avec l'âge à partir de 45 ans environ suivant le schéma général (surmortalité hivernale et sous-mortalité estivale) et elles sont particulièrement importantes après 65 ans.

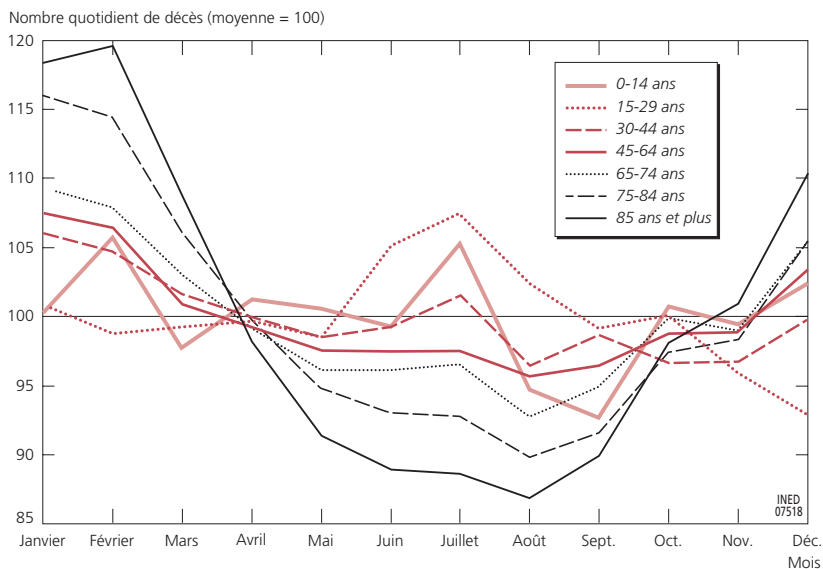
Figure 24. Nombre quotidien de décès par mois rapporté à la moyenne journalière des décès de chaque année, 2006-2015



Champ : France métropolitaine.

Source : Calculs des auteur-e-s à partir des données Inserm (CépiDc).

Figure 25. Nombre quotidien de décès par mois rapporté à la moyenne journalière des décès de chaque année selon le groupe d'âges, 2006-2015



Champ : France métropolitaine.

Source : Calculs des auteur-e-s à partir des données Inserm (CépiDc).

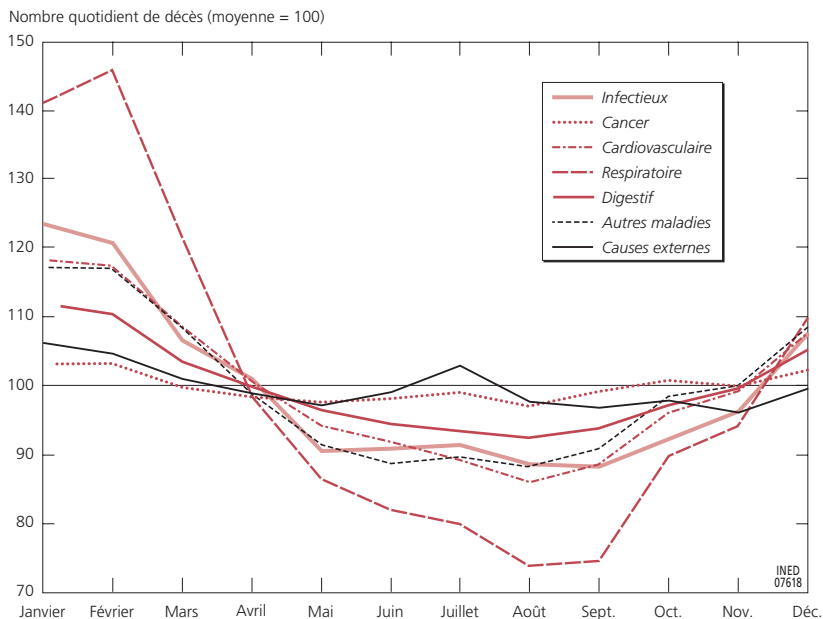
Tandis que la différence des nombres de décès par jour entre les mois extrêmes représente 23 % de la moyenne sur l'année pour l'ensemble de la population, cette proportion atteint seulement 11 % pour les moins de 30 ans. Au contraire, les variations sont particulièrement marquées pour les personnes âgées de 65 ans et plus avec une amplitude entre les mois extrêmes représentant 26 % de la moyenne annuelle. Comme pour les enfants, les variations saisonnières de la mortalité ont toutefois diminué au cours du vingtième siècle pour les plus âgés (Aubenque *et al.*, 1979).

Les différences d'intensité et de calendrier entre les groupes d'âges sont étroitement liées aux causes de décès concernées par les fluctuations saisonnières. Historiquement et encore aujourd'hui, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires (notamment la grippe et la pneumonie) sont principalement associées au pic hivernal de la mortalité, tandis que l'ancien pic estival était attribuable à la mortalité pour certaines maladies infectieuses (maladies gastro-intestinales, rougeole et coqueluche notamment) (Aubenque *et al.*, 1979 ; Rau, 2007). Au contraire, la mortalité par cancer est très uniforme et ne présente pratiquement aucun rythme saisonnier. Les morts violentes sont les seules associées à un pic de mortalité estivale (mois de juillet) du fait de la surmortalité due aux accidents.

La baisse séculaire de la mortalité par maladies infectieuses, y compris celles qui frappent essentiellement l'été, a principalement bénéficié aux jeunes enfants, ce qui explique la disparition de l'ancien pic de mortalité estival, très prononcé pour ce groupe d'âges. Au contraire, les personnes âgées sont particulièrement sujettes aux maladies cardiovasculaires et respiratoires qui sévissent de manière plus marquée en hiver. La surmortalité hivernale des personnes âgées demeure importante, bien qu'elle ait diminué grâce à l'introduction et à l'expansion de la vaccination antigrippale qui s'est rapidement répandue en France à partir de l'épidémie de 1967-1968 (Meslé, 2010). Jusqu'à cette date, la grippe était directement responsable de 10 000 à 20 000 décès chaque année contre 1 000 à 2 000 décès actuellement. Notons que malgré la saisonnalité plus marquée de la mortalité par maladies respiratoires, la majorité des décès du pic hivernal est attribuable aux maladies cardiovasculaires dont le poids dans la mortalité générale est beaucoup plus lourd (figure 26).

Les facteurs à l'origine de la surmortalité hivernale due aux maladies respiratoires, aux autres maladies infectieuses et aux maladies cardiovasculaires sont nombreux et directement associés aux températures. Lorsque celles-ci sont faibles et que l'humidité est importante, les infections sont plus fréquentes du fait d'un confinement accru de la population ; les bactéries sont aussi plus résistantes : elles survivent plus longtemps et se transmettent plus facilement ; le système immunitaire est affaibli, non seulement à cause de la température mais aussi de la moindre consommation de fruits et de légumes, ce qui limite l'apport des vitamines et minéraux essentiels à son bon fonctionnement ; les vaisseaux sanguins se contractent mécaniquement pour éviter la perte de

Figure 26. Nombre quotidien de décès par mois rapporté à la moyenne journalière des décès de chaque année selon les grands groupes de causes médicales de décès, 2006-2015



Champ : France métropolitaine.

Source : Calculs des auteurs à partir des données Inserm (CépiDc).

chaleur, ce qui accroît la viscosité du sang et fatigue le cœur (Huyen *et al.*, 2001 ; Keatinge et Donaldson, 1997 ; Rau, 2007). Par ailleurs, certains polluants dont l'émission est maximale en hiver, comme ceux résultant du chauffage au fuel (dioxyde de sulfure et monoxyde de carbone) qui favorise la diffusion de particules fines dans l'atmosphère, accroissent les risques de maladies respiratoires et cardiovasculaires. Enfin, les effets du froid sur l'organisme persistent pendant trois semaines après l'exposition aux faibles températures, ce qui participe à leur effet prolongé sur la mortalité, même lorsque ces températures ne sont pas exceptionnelles (Corso *et al.*, 2017).

Vue d'ensemble

Le 1^{er} janvier 2018, la France comptait 66,9 millions d'habitants. Son accroissement n'a jamais été aussi faible depuis 20 ans, du fait notamment d'un solde naturel qui atteint un minimum historique depuis 40 ans. Sa structure par âge est parmi les plus jeunes des pays européens.

Le flux d'entrées de ressortissants étrangers en France a représenté plus de 300 000 personnes en 2016. Ce flux recouvre deux populations distinctes.

D'une part, les ressortissants étrangers soumis à l'obligation de détention d'un titre de séjour, évalués à l'Ined à partir d'une extraction de la base AGDREF, ont représenté 218 354 personnes. Ce flux est principalement composé de familles (49 %) et d'étudiants (26 %). Le flux de demandeurs d'asile admis au séjour en France augmente continuellement depuis 2011 et a atteint 35 262 personnes en 2016. D'autre part, les ressortissants étrangers non soumis à l'obligation de détention d'un titre de séjour selon Eurostat, ont représenté 82 732 personnes. Ce flux est en baisse depuis 2013.

Pour la troisième année consécutive, le nombre annuel de naissances enregistrées en 2017 (769 500) est en baisse, du fait de la diminution de la population en âge de procréer et de la fécondité. C'est la fécondité des jeunes (entre 25 et 29 ans notamment) qui a le plus baissé (en proportion) ; elle est concentrée dans le groupe d'âges des 25-35 ans (pour près des deux tiers).

Le nombre de naissances a fluctué selon la période de l'année : moins de naissances à la fin de l'hiver et au printemps, plus naissances en été et en automne. Le nombre journalier de naissances en 2017 a quant à lui oscillé entre un peu moins de 1 700 et un peu plus de 2 300. Les naissances sont plus nombreuses en semaine, moins nombreuses les week-end et jours fériés, sans doute du fait de la programmation des accouchements. Les naissances suite au recours à l'assistance médicale à la procréation représentent 3 % de l'ensemble (environ 26 000 naissances).

Le nombre d'IVG en 2017 a très légèrement augmenté : 216 700 ont été enregistrés au cours de l'année. L'augmentation est observée principalement parmi des femmes trentenaires. Le nombre d'IVG est plus faible en avril ainsi qu'en juillet et août. L'accès aux services dédiés, plus difficile pendant la période estivale, a été pointé et reste encore un problème.

Petit à petit, le nombre de pacs rattrape celui de mariages. C'est maintenant le cas si on ne tient pas compte des mariages prolongeant un pacs. Les unions hétérosexuelles contractualisées atteignent en 2016 un nouveau minimum historique, tout comme celui des unions entre personnes de même sexe. En 2016, 3,3 % des unions officialisées par un pacs ou un mariage, le sont entre deux personnes de même sexe. Cette baisse ne signifie toutefois pas que les mises en couples diminuent : chaque année, le nombre d'unions libres est nettement plus important que celui des mariages et pacs réunis. La saisonnalité des mariages et des pacs diffèrent : les premiers sont célébrés avant tout entre juin et septembre (au gré du nombre de samedis ces mois-là) alors que les pacs sont de plus en plus concentrés en fin d'année civile.

Les années 2015 et 2016 mettent fin à 3 années de diminution (2012 à 2014) du nombre de divorces et de la propension à divorcer, et ce quelle que soit la durée de mariage.

En 2017, l'espérance de vie à la naissance, estimée à 79,4 ans pour les hommes et 85,2 ans pour les femmes selon les chiffres provisoires de l'Insee (France entière), soit une augmentation de 0,1 an pour les hommes et un recul

de 0,1 an pour les femmes par rapport à l'année précédente. L'espérance de vie des femmes françaises est l'une des plus élevées d'Europe, alors que celle des hommes se situe dans la moyenne. Au cours des dix dernières années, trois groupes d'âges concentrent les progrès les plus importants : autour de 20 ans, 50 ans et 80 ans. Ils ont toutefois été un peu plus marqués pour les hommes que pour les femmes, bien que la surmortalité masculine, notamment chez les jeunes adultes, demeure forte.

Tous les grands groupes de causes médicales de décès ont contribué à la progression de la durée de vie, à l'exception notable des troubles mentaux et maladies du système nerveux et, pour les femmes uniquement, des cancers. Cette évolution défavorable de la mortalité féminine par cancer est due à l'augmentation rapide du nombre de décès par cancer du poumon, contrairement à ce qui est observé chez les hommes, et à l'absence de progrès dans la lutte contre le cancer de l'utérus. La divergence concernant le cancer du poumon résulte de comportements tabagiques différenciés, les hommes ayant réduit leur consommation plus tôt que les femmes. La diminution récente du tabagisme féminin devrait toutefois entraîner une baisse de la mortalité par cancer dans le futur.

La mortalité n'est pas uniforme au cours de l'année. Elle est maximale en hiver, notamment pendant les mois de janvier et février, et minimale en été, particulièrement au mois d'août, à l'exception des années de canicule (2003 en particulier). La saisonnalité des décès augmente avec l'âge : presque négligeable pour les enfants et les jeunes adultes, elle est particulièrement marquée à partir de 75 ans. Les personnes âgées sont en effet sujettes aux maladies cardiovasculaires et respiratoires qui sévissent de manière plus marquée en hiver pour des raisons à la fois biologiques (les bactéries sont plus résistantes lorsque les températures sont basses) et comportementales (confinement).

Remerciements : Les auteur-e-s remercient Elodie Baril et Arnaud Bringé du service Méthodes statistiques de l'Ined pour leur contribution à la préparation des bases de données et des premières analyses, ainsi qu'à Ekrame Boubtane, Maître de Conférences-HDR en sciences économiques au Cerdic (École d'économie, Université Clermont Auvergne) pour son aide dans le traitement de la partie consacrée à l'immigration, Florian Varieras, ingénieure d'études à la plateforme universitaire de Strasbourg, pour son aide dans l'étude de la saisonnalité des unions, et enfin Robert Chung du Département de démographie, Université de Californie, Berkeley, qui a contribué à l'analyse de la mortalité saisonnière.



ANNEXES

Tableau A.1. Mouvement de la population (en milliers) et taux bruts (p. 1000)

	Effectifs						Taux bruts (p.1000)													
	Population en milieu d'année		Naissances		Décès		Solde naturel		Solde migratoire		Solde total		Natalité		Mortalité		Accroissement naturel		Accroissement total	
	France métr.	France entière	France métr.	France entière	France métr.	France entière	France métr.	France entière	France métr.	France entière	France métr.	France entière	France métr.	France entière	France métr.	France entière	France métr.	France entière	France métr.	France entière
1985	55284	56582	768	796	552	560	216	236	38	39	254	275	13,9	14,1	10,0	9,9	3,9	4,2	4,6	4,9
1990	56709	58138	762	793	526	534	236	259	80	77	316	336	13,4	13,6	9,3	9,2	4,1	4,4	5,6	5,8
1995	57844	59384	730	759	532	540	198	219	40	42	238	261	12,6	12,8	9,2	9,1	3,4	3,7	4,1	4,4
2000	59062	60725	775	807	531	541	244	266	70	72	314	338	13,1	13,3	9,0	8,9	4,1	4,4	5,3	5,6
2001	59476	61163	771	803	531	541	240	262	85	87	325	349	13,0	13,1	8,9	8,8	4,1	4,3	5,5	5,7
2002	59894	61605	762	793	535	545	227	248	95	97	322	345	12,7	12,9	8,9	8,8	3,8	4,1	5,4	5,6
2003	60304	62038	761	793	552	562	209	231	100	102	309	333	12,6	12,8	9,2	9,1	3,4	3,7	5,1	5,4
2004	60734	62491	768	799	509	519	259	280	105	105	364	385	12,6	12,8	8,4	8,3	4,2	4,5	6,0	6,2
2005	61181	62958	774	807	528	538	246	269	95	92	341	361	12,7	12,8	8,6	8,5	4,1	4,3	5,6	5,7
2006	61597	63393	797	829	516	527	281	302	115	112	396	414	12,9	13,1	8,4	8,3	4,5	4,8	6,4	6,5
2007	61965	63781	786	819	521	531	265	288	75	74	340	362	12,7	12,8	8,4	8,3	4,3	4,5	5,5	5,7
2008	62300	64133	796	828	532	543	264	285	67	57	331	342	12,8	12,9	8,5	8,5	4,3	4,4	5,3	5,3
2009	62615	64459	793	825	538	549	255	276	44	32	299	308	12,7	12,8	8,6	8,5	4,1	4,3	4,8	4,8
2010	62918	64773	802	833	540	551	262	282	43	39	305	321	12,7	12,9	8,6	8,5	4,1	4,4	4,8	5,0
2011	63223	65087	793	823	535	545	258	278	47	30	305	308	12,5	12,6	8,5	8,4	4,0	4,2	4,8	4,7
2012	63537	65403	790	821	559	570	231	251	91	72	322	323	12,4	12,6	8,8	8,7	3,6	3,9	5,1	4,9
2013	63863	65848	782	812	558	569	224	243	107	100	331	343	12,2	12,4	8,7	8,7	3,5	3,7	5,2	5,2
2014	64164	66277	781	819	547	559	234	260	39	32	273	292	12,2	12,4	8,5	8,4	3,7	4,0	4,3	4,4
2015 (p)	64685	66513	760	799	582	594	178	205	52	41	230	246	11,8	12,0	9,0	8,9	2,8	3,1	3,6	3,7
2016 (p)	64544	66686	745	784	581	594	164	190	66	58	230	248	11,5	11,8	9,0	8,9	2,5	2,9	3,6	3,7
2017 (p)	64672	66830	730	770	594	606	136	164	66	58	202	222	11,3	11,5	9,2	9,1	2,1	2,4	3,1	3,3

(p) résultats provisoires à fin 2018.

Champ : France entière, y.c. Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, division Enquêtes et études démographiques.

Tableau A.2. Répartition par groupe d'âges de la population au 1^{er} janvier (%)

France métropolitaine										
Groupe d'âges	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)	2018 (p)
0-19 ans	29,2	27,8	26,1	25,6	25,0	24,5	24,3	24,3	24,1	24,0
20-59 ans	52,7	53,2	53,8	53,8	54,1	52,7	50,9	50,5	50,3	50,0
60 ans ou plus	18,1	19,0	20,1	20,6	20,9	22,8	24,8	25,2	25,6	26,0
<i>Dont :</i>										
65 ans ou plus	12,8	13,9	15,0	16,0	16,5	16,8	18,6	19,1	19,5	19,9
75 ans ou plus	6,3	6,8	6,1	7,2	8,1	8,9	9,3	9,3	9,3	9,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

France entière										
Groupe d'âges	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)	2018 (p)
0-19 ans	nd	nd	26,4	25,8	25,3	24,8	24,6	24,6	24,4	24,3
20-59 ans	nd	nd	53,8	53,8	54,0	52,6	50,9	50,4	50,2	49,9
60 ans ou plus	nd	nd	19,9	20,4	20,7	22,6	24,5	25,0	25,4	25,8
<i>Dont :</i>										
65 ans ou plus	nd	nd	14,9	15,8	16,3	16,6	18,4	18,9	19,3	19,7
75 ans ou plus	nd	nd	6,0	7,1	8,0	8,8	9,1	9,2	9,1	9,2
Ensemble			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(p) Résultats provisoires fin 2018.

nd : Non disponible.

Source : Insee, division Enquêtes et études démographiques, série révisée après le recensement de 2011.

Tableau A.3. Flux d'entrées de ressortissants de pays tiers (périmètre constant), selon l'année de début de validité du premier titre de séjour d'un an ou plus

Flux d'entrées	Total	Dont mineurs
2000	136 865	16 230
2001	164 676	22 126
2002	187 077	24 153
2003	200 531	24 597
2004	201 380	29 131
2005	199 780	31 128
2006	194 936	27 205
2007	177 304	24 766
2008	184 201	20 561
2009	189 428	18 524
2010	184 429	17 980
2011	177 671	17 594
2012	180 011	17 500
2013	192 396	18 246
2014	199 887	20 688
2015	210 040	21 493
2016	218 354	22 406

Champ : titres délivrés en France et à l'étranger aux ressortissants des pays étrangers, à l'exception des pays membres de l'Espace économique européen et de la Suisse. Titres délivrés l'année N et enregistrés dans l'extraction de la base AGDREF réalisée en juillet de l'année N+2, sauf pour l'année 2009 où l'extraction a été réalisée en juillet 2012.

Source : calculs des auteurs à partir des extractions de la base AGDREF transmises à l'Ined.

Tableau A.4. Évolution de la fécondité depuis 1970

Année	Somme des taux par âge (p. 100 femmes)				Âge moyen à la maternité (années)		Fécondité hors mariage	
	15-24 ans	25-34 ans	35 ans et +	Total (ICF)	Ensemble	Premières naissances ⁽¹⁾	Somme des taux par âge (p. 1000 femmes)	Part dans la fécondité totale (%)
1970	93	125	30	247	27,2	23,9	16	6,4
1975	76	97	19	193	26,7	24,1	16	8,5
1980	70	109	16	194	26,8	24,5	22	11,4
1985	54	110	17	181	27,5	25,2	36	19,6
1990	42	114	22	178	28,3	26,0	53	30,1
1995	31	116	24	171	29,0	26,8	65	37,9
2000	32	125	31	187	29,4	27,4	81	43,2
2005	31	126	35	192	29,7	27,7	92	47,9
2006	32	130	37	198	29,8	27,8	98	49,7
2007	31	128	37	196	29,8	27,9	100	50,9
2008	31	129	38	199	29,9	27,9	103	51,6
2009	31	129	39	199	29,9	28,0	104	52,9
2010	31	131	40	202	30,0	28,1	109	54,2
2011	30	129	41	200	30,1		110	55,2
2012	29	128	42	199	30,1		112	56,0
2013	28	127	42	197	30,2		112	56,6
2014	27	127	44	197	30,3		114	57,7
2015 (p)	25	124	43	192	30,4		-	-
2016 (p)	24	121	44	189	30,6		-	-
2017 (p)	22	120	44	186	30,7		-	-

(p) Résultats provisoires à fin 2018.

Champ : France métropolitaine.**Sources** : Insee, Division Enquêtes et études démographiques. Série révisée après le recensement de 2015, sauf : (1)1970-1995 : L. Toulemon, d'après EHF 1999; 2000 : estimation d'après les statistiques de l'état civil; 2009-2010 : Davie et Niel (2012) tableau 3.

Tableau A.5. Fécondité des générations : descendance atteinte, descendance finale observée ou estimée (nombre moyen d'enfants pour 100 femmes) et âge moyen à la maternité (en années)

Génération	Descendance atteinte pour 100 femmes (âge révolu)				Projection avec gel des taux*	
	24 ans	29 ans	34 ans	39 ans	Descendance finale	Âge moyen à la maternité
1930	90	177	231	256	263	27,5
1935	89	181	233	254	258	27,1
1940	96	181	225	238	241	26,4
1945	99	174	206	219	222	26,0
1950	89	154	192	207	211	26,5
1955	77	148	190	209	213	27,0
1960	66	139	184	206	212	27,7
1961	63	135	181	203	209	27,9
1962	60	131	179	202	208	28,1
1963	56	127	176	200	207	28,3
1964	53	122	173	198	205	28,5
1965	49	118	170	196	204	28,7
1966	46	114	168	195	202	28,9
1967	44	111	167	194	201	29,1
1968	42	109	166	193	201	29,2
1969	39	105	163	192	200	29,4
1970	37	103	162	192	200	29,5
1971	35	100	160	191	199	29,7
1972	33	98	159	191	199	29,8
1973	32	97	159	191	200	29,9
1974	31	96	160	192	202	30,0
1975	30	96	161	194	203	30,0
1976	30	95	160	194	203	30,1
1977	31	96	161	196	205	30,1
1978	31	95	162	196	205	30,1
1979	31	96	163		207	30,1
1980	31	95	161		205	30,1
1981	32	96	162		205	30,1
1982	32	96	162		205	30,1
1983	31	95	160			
1984	32	95				
1985	31	94				
1986	31	94				
1987	31	92				
1988	30	89				
1989	30					
1990	29					
1991	28					
1992	27					
1993	26					

* Pour les générations 1930 à 1967, il s'agit de la descendance finale et de l'âge moyen à la maternité observés ; pour les générations suivantes, les taux non observés sont supposés égaux à ceux observés au même âge en 2017.
Champ : France métropolitaine.

Source : Calculs et estimations à partir de données Insee, Division des enquêtes et études démographiques.

Tableau A.6. Évolution de l'indicateur conjoncturel de fécondité en Europe (nombre moyen d'enfants par femme)

	Année								
	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016
Allemagne	1,56	1,37	1,45	1,25	1,38	1,34	1,39	1,50	1,6
Autriche	1,65	1,47	1,46	1,41	1,36	1,41	1,44	1,49	1,53
Belgique	1,68	1,51	1,62	1,56	1,67	1,76	1,86	1,70	1,68
Bulgarie	2,05	1,97	1,82	1,23	1,26	1,37	1,57	1,53	1,54
Chypre	-	2,43	2,41	2,03	1,64	1,48	1,44	1,32	1,37
Croatie	1,50	1,55	1,48	1,51	1,46	1,50	1,55	1,40	1,42
Danemark	1,55	1,45	1,67	1,80	1,78	1,80	1,87	1,71	1,79
Espagne	2,20	1,64	1,36	1,17	1,23	1,33	1,37	1,33	1,34
Estonie	2,02	2,13	2,05	1,38	1,36	1,52	1,72	1,58	1,60
Finlande	1,63	1,64	1,78	1,81	1,73	1,80	1,87	1,65	1,57
France	-	-	-	-	1,89	1,94	2,03	1,96	1,92
France métropolitaine	1,95	1,81	1,78	1,71	1,87	1,92	2,01	1,92	1,89
Grèce	2,23	1,67	1,39	1,28	1,25	1,34	1,48	1,33	1,38
Hongrie	1,91	1,85	1,87	1,57	1,32	1,31	1,25	1,45	1,53
Irlande	3,21	2,48	2,11	1,84	1,89	1,86	2,05	1,92	1,81
Italie	1,64	1,42	1,33	1,19	1,26	1,34	1,46	1,35	1,34
Lettonie	-	-	-	-	1,25	1,38	1,36	1,70	1,74
Lituanie	1,99	2,08	2,03	1,55	1,39	1,29	1,50	1,70	1,69
Luxembourg	1,50	1,38	1,60	1,70	1,76	1,63	1,63	1,47	1,41
Malte	1,99	1,95	2,04	1,77	1,68	1,38	1,36	1,45	1,37
Pays-Bas	1,60	1,51	1,62	1,53	1,72	1,71	1,79	1,66	1,66
Pologne	-	-	2,06	1,62	1,37	1,24	1,41	1,32	1,39
Portugal	2,25	1,72	1,56	1,41	1,55	1,41	1,39	1,31	1,36
Rép. tchèque	2,08	1,95	1,90	1,28	1,15	1,29	1,51	1,57	1,63
Roumanie	2,43	2,31	1,83	1,33	1,31	1,40	1,59	1,58	1,64
Royaume-Uni	1,90	1,79	1,83	1,71	1,64	1,76	1,92	1,80	1,79
Slovaquie	2,32	2,26	2,09	1,52	1,30	1,27	1,43	1,40	1,48
Slovénie	-	1,71	1,46	1,29	1,26	1,26	1,57	1,57	1,58
Suède	1,68	1,74	2,13	1,73	1,54	1,77	1,98	1,85	1,85
Islande	2,48	1,93	2,30	2,08	2,08	2,05	2,20	1,80	1,74
Norvège	1,72	1,68	1,93	1,87	1,85	1,84	1,95	1,72	1,71
Suisse	1,55	1,52	1,58	1,48	1,50	1,42	1,52	1,54	1,54

Source : Eurostat (site consulté en août 2017).

Tableau A.7. Fécondité des générations en Europe

Génération	Descendance finale (par femme)					Âge moyen à la maternité (années)					Dernière année disponible
	1954-1955	1959-1960	1964-1965	1969-1970	1974-1975 ⁽¹⁾	1954-1955	1959-1960	1964-1965	1969-1970	1974-1975 ⁽¹⁾	
Allemagne	1,66	1,66	1,56	1,50	1,54-1,56	26,4	27,1	28,1	29,0	29,5-29,6	2010
Autriche	1,77	1,71	1,66	1,61	1,63-1,64	25,8	26,5	27,3	28,2	28,8-28,9	2010
Belgique	1,83	1,87	1,84	1,84	1,83-1,87	26,7	27,4	28,3	29,2	29,6-29,8	2009
Bulgarie	2,04	1,96	1,84	1,66	1,56	24,0	23,7	23,6	24,3	26,0	2010
Danemark	1,84	1,88	1,93	1,98	1,96-1,98	27,2	28,4	29,2	29,7	30,2-30,3	2010
Espagne	1,93	1,80	1,65	1,50	1,37-1,41	27,2	27,8	29,2	30,6	31,6-31,8	2010
Estonie				1,91	1,83-1,86				26,4	27,7-27,9	2010
Finlande	1,88	1,95	1,92	1,89	1,89-1,90	27,9	28,6	29,2	29,6	30,0-30,1	2010
France métro.	2,13	2,12	2,04	1,99	2,01-2,04	27,0	27,6	28,6	29,5	29,9-30,1	2010
Grèce	2,02	1,97	1,79	1,64	1,55-1,58	25,9	26,0	27,0	28,7	29,9-30,0	2010
Hongrie	1,96	2,02	1,98	1,88	1,70-1,71	24,9	25,0	25,5	26,4	27,7-27,8	2010
Irlande			2,21	2,12	2,06-2,12			30,2	31,0	31,3-31,6	2010
Italie	1,80	1,69	1,55	1,47	1,42-1,45	27,1	27,9	29,3	30,6	31,2-31,4	2010
Lettonie ⁽²⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituanie	1,97	1,92	1,72	1,77	1,72-1,73	26,3	26,0	26,1	26,0	26,8	
Luxembourg	1,67	1,75	1,83	1,85	1,80-1,82	27,6	28,6	29,2	29,7	29,9-30,0	2010
Pays-Bas	1,88	1,86	1,79	1,77	1,78-1,80	28,1	29,2	30,0	30,6	30,7-30,8	2010
Pologne				1,85	1,61-1,62				26,1	27,3-27,4	2010
Portugal	2,03	1,90	1,83	1,69	1,57-1,58	26,2	26,4	27,4	28,3	29,0-29,1	2010
Rép. tchèque	2,08	2,03	1,95	1,87	1,77-1,78	24,5	24,5	24,9	25,7	27,7-27,9	2010
Roumanie	2,33	2,16	1,94	1,63	1,55	25,0	24,5	24,2	25,2	26,2-26,3	2010
Royaume-Uni	2,01	1,97	1,92	1,88	1,90-1,93	27,1	27,8	28,4	28,9	29,4-29,5	2010
Slovaquie	2,23	2,17	2,05	1,92	1,73	25,2	25,0	25,0	25,4	26,8	2010
Slovénie			1,79	1,71	1,66-1,67			25,9	27,3	28,9-29,0	2010
Suède	2,02	2,05	2,03	1,98	1,96-1,99	27,9	28,6	28,9	29,6	30,6-30,7	2010
Islande	2,55	2,46	2,39	2,32	2,26-2,27	26,6	27,4	28,0	28,4	29,3-29,4	2010
Norvège	2,05	2,09	2,07	2,05	2,00-2,01	27,0	28,0	28,6	29,1	29,7-29,8	2010
Suisse	1,75	1,78	1,69	1,65	1,63-1,65	28,0	28,7	29,5	30,2	30,7-30,8	2010

(1) Cette estimation repose sur le gel des taux de la dernière année d'observation.

(2) La série des taux publiés (2002-2010) ne permet pas le calcul et l'estimation des descendance finale.

Sources : Calculs et estimations d'après les taux de fécondité par âge révolu publiés sur le site internet d'Eurostat (non disponibles depuis l'année 2012).

**Tableau A.8. Évolution du nombre d'avortements
et des indices annuels depuis 1976**

Année	Nombre d'IVG + IMG déclarées dans les bulletins ⁽¹⁾	Nombre d'IVG Statistiques médicales ⁽²⁾	Nombre d'IVG estimé par l'Ined ⁽³⁾	Nombre d'IVG pour 100 naissances vivantes ⁽⁴⁾	Taux annuel d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans ⁽⁴⁾	Nombre moyen d'IVG par femme ⁽⁴⁾
1976	134 173		246 000	34,1	19,6	0,66
1981	180 695		245 000	30,4	18,7	0,62
1986	166 797		221 000	28,4	16,1	0,53
1991	172 152		206 000	27,1	14,4	0,48
1996	162 792	187 114	207 000	28,2	14,2	0,50
2001		202 180	206 000	26,7	14,3	0,51
2006	174 561	215 390		27,0	14,9	0,53
2007	185 498	213 382		27,1	14,7	0,53
2008	180 108	209 245		26,3	14,5	0,52
2009	171 152	209 987		26,5	14,6	0,53
2010	172 505	213 317		26,4	14,8	0,53
2011	170 081	209 291		26,4	14,7	0,53
2012	156 824	207 120		26,2	14,5	0,53
2013	149 579	216 697		26,7	15,3	0,55
2014	126 464	211 764		27,1	15,0	0,55
2015	nd	203 463		26,7	14,5	0,52
2016	nd	201 410		27,0	14,3	0,52
2017 (p)	nd	202 919		27,8	14,4	0,52

(p) Données provisoires.

nd : Non disponible.

(1) Statistiques des bulletins : interruptions volontaires de grossesse (IVG) et interruptions médicales (IMG).

(2) Statistiques administratives des actes médicaux. Les données à partir de 2010 intègrent les données de la CNAM-TS, donc des IVG associées à des régimes particuliers (MSA et RSI). **Source** : DREES et CNAM-TS à partir de 2010.

(3) Estimation de l'Ined (IVG). À partir de 2002, les statistiques hospitalières sont considérées comme exhaustives. **Source** : C. Rossier et C. Pirus (2007).

(4) Sur la base des estimations Ined jusqu'en 2001, sur la base des statistiques médicales depuis 2002.

Champ : France métropolitaine.

Tableau A.9. Caractéristiques de la nuptialité et des divorces depuis 1985

Année	Nombre de mariages			Indicateur conjoncturel de nuptialité (1 ^{er} mariage par personne)			Âge moyen au premier mariage (issu des taux)			Nombre de divorces ⁽³⁾		Indicateur conjoncturel de divorciabilité (p. 100 mariages)	Nombre de pacs		Nombre de dissolutions de pacs	
	France métropolitaine		France entière (y compris les DOM / Mayotte à partir de 2014)	Synthèse des taux par âge ⁽¹⁾		Synthèse des quotients par âge ⁽²⁾		Hommes	Femmes	France métropolitaine	France entière		France métropolitaine	France entière	France métropolitaine	France entière
	Hétérosexuels	Ensemble	Hétérosexuels	Ensemble	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	France métropolitaine	France entière	France métropolitaine	France entière	France métropolitaine	France entière
1985	269419				0,53	0,54	0,71	0,74	26,3	24,2	107505	30,5				
1990	287099				0,55	0,56	0,69	0,72	27,6	25,6	105813	32,1				
1995	254651		261813		0,48	0,50	0,61	0,64	28,9	26,9	119189	38,2				
2000	297922		305234		0,58	0,60	0,66	0,69	30,2	28,0	114005	38,2	22108	22271	620	624
2001	288255		295720		0,57	0,59	0,64	0,68	30,2	28,1	112631	38,0	19410	19629	1859	1872
2002	279087		286169		0,55	0,57	0,63	0,66	30,4	28,3	115861	39,2	24979	25305	3143	3185
2003	275963		282756		0,55	0,56	0,62	0,65	30,6	28,5	125175	42,5	31161	31570	5229	5292
2004	271598		278439		0,53	0,55	0,61	0,64	30,8	28,8	131335	44,8	39576	40080	6935	7043
2005	276303		283036		0,54	0,55	0,61	0,64	31,1	29,1	152020	52,3	59837	60462	8564	8690
2006	267260		273914		0,52	0,53	0,59	0,62	31,2	29,2	135910	46,9	76680	77347	9470	9583
2007	267194		273669		0,51	0,52	0,59	0,62	31,4	29,5	131316	45,5	101062	101992	22908	23132
2008	258749		265404		0,50	0,51	0,57	0,60	31,6	29,6	129379	45,1	144782	145938	25585	25802
2009	245151		251478		0,47	0,48	0,55	0,58	31,7	29,8	127578	44,7	173180	174584	32411	32711
2010	245334		251654		0,47	0,48	0,54	0,58	31,8	30,0	130810	46,2	203959	205561	43250	43628
2011	231100		236826		0,44	0,45	0,52	0,55	31,9	30,1	129802	46,2	150800	152169	51555	52002
2012	239840		245930		0,46	0,47	0,53	0,56	32,0	30,2	125217	45,0	159195	160639	60950	61507
2013	225784	233108	231225	238592	0,44	0,45	0,52	0,55	32,4	30,6	121849	44,2	167123	168682	68933	69540
2014	224878	235315	230770	241292	0,45	0,45	0,52	0,55	32,6	30,9	120568	44,1	172026	173731	75646	76267
2015	222664	230364	228565	236316	0,44	0,45	0,51	0,53	32,7	31,0	120731	44,7	187248	188947	78725	79386
2016 (p)	219549	226614	225612	232725	0,43	0,44	0,49	0,52	32,9	31,2	124768	46,7	189756	191537	83937	84662
2017 (p)	220582	227758	226671	233915	0,43	0,44			33,0	31,4				193950		82345

(p) : Données provisoires.

(1) Nombre de 1^{ers} mariages rapporté au nombre de personnes du même âge. Synthèse jusqu'à 49 ans.(2) Nombre de 1^{ers} mariages rapporté au nombre de célibataires du même âge (estimation). Synthèse jusqu'à 49 ans.

(3) Divorces directs et conversions de séparations de corps.

Champ : France métropolitaine et France entière

Sources : Insee, division des Enquêtes et études démographiques et ministère de la Justice et des libertés

Tableau A.10. Caractéristiques de la nuptialité des générations

Hommes

Génération	Proportion de non-célibataires à 49 ans*	Âge moyen au 1 ^{er} mariage* (années)	Proportion de non-célibataires	
			À 25 ans	À 30 ans
1955	0,83	26,40	0,55	0,72
1960	0,77	27,10	0,39	0,60
1965	0,71	28,90	0,25	0,48
1970	0,66	30,20	0,15	0,40
1975	0,61	31,00	0,10	0,35
1980			0,08	0,28
1985			0,06	0,23
1990			0,05	0,20

Femmes

Génération	Proportion de non-célibataires à 49 ans*	Âge moyen au 1 ^{er} mariage* (années)	Proportion de non-célibataires	
			À 25 ans	À 30 ans
1955	0,88	22,90	0,71	0,81
1960	0,82	24,20	0,59	0,72
1965	0,76	26,30	0,43	0,60
1970	0,71	27,80	0,30	0,52
1975	0,66	28,90	0,23	0,46
1980			0,18	0,39
1985			0,14	0,32
1990			0,10	0,27

* Les quotients de nuptialité non observés ont été prolongés en faisant la moyenne des trois années précédentes.

Champ : France métropolitaine.

Source : Calculs et estimations à partir de données Insee.

Tableau A.11. Caractéristiques de la mortalité générale de 1946 à 2017

Année	Espérance de vie (en années)				Taux de mortalité (p. 1 000 nés vivants)		Survivants à 65 ans (p. 1 000 naissances)	
	À la naissance		À 65 ans		Infantile ⁽¹⁾	Néo-natale ⁽²⁾	Hommes	Femmes
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes				
1946	59,9	65,2	12,2	14,3	77,8	nd	574	681
1947	61,2	66,7	12,3	14,5	71,1	nd	589	703
1948	62,7	68,8	12,5	15,0	55,9	nd	599	727
1949	62,2	67,6	11,8	14,0	60,3	nd	595	716
1950	63,4	69,2	12,2	14,6	52,0	26,0	609	736
1951	63,1	68,9	11,8	14,2	50,8	24,0	602	732
1952	64,4	70,2	12,3	14,8	45,2	22,4	623	752
1953	64,3	70,3	11,8	14,4	41,9	22,0	617	753
1954	65,0	71,2	12,4	15,1	40,7	21,6	629	765
1955	65,2	71,5	12,3	15,1	38,6	20,8	631	772
1956	65,2	71,7	12,1	14,9	36,2	20,5	626	776
1957	65,5	72,2	12,2	15,2	33,8	19,5	631	783
1958	66,8	73,2	12,8	15,6	31,4	18,9	660	801
1959	66,8	73,4	12,8	15,7	29,6	18,1	657	801
1960	67,0	73,6	12,6	15,6	27,4	17,6	658	806
1961	67,5	74,4	13,0	16,1	25,7	16,7	664	815
1962	67,0	73,9	12,6	15,7	25,7	16,7	656	811
1963	66,8	73,9	12,4	15,6	25,6	16,6	652	810
1964	67,7	74,8	12,9	16,4	23,4	15,9	667	820
1965	67,5	74,7	12,6	16,2	21,9	15,2	661	820
1966	67,8	75,2	12,9	16,5	21,7	14,9	669	824
1967	67,8	75,2	12,8	16,5	20,7	14,5	668	826
1968	67,8	75,2	12,7	16,4	20,4	14,2	669	827
1969	67,4	75,1	12,5	16,3	19,6	13,7	661	824
1970	68,4	75,9	13,0	16,8	18,2	12,6	682	834
1971	68,3	75,9	13,0	16,8	17,2	12,0	680	836
1972	68,5	76,2	13,1	17,0	16,0	11,2	683	838
1973	68,7	76,3	13,1	17,0	15,4	10,6	688	842
1974	68,9	76,7	13,3	17,2	14,6	9,9	690	847
1975	69,0	76,9	13,2	17,2	13,8	9,2	691	849
1976	69,2	77,2	13,3	17,4	12,5	8,1	693	853
1977	69,7	77,8	13,7	17,9	11,4	7,4	702	860
1978	69,8	78,0	13,7	17,9	10,7	6,7	704	861
1979	70,1	78,3	13,9	18,1	10,0	6,0	707	864
1980	70,2	78,4	14,0	18,2	10,0	5,8	710	866
1981	70,4	78,5	14,0	18,2	9,7	5,5	714	869
1982	70,7	78,9	14,3	18,5	9,5	5,3	718	872
1983	70,7	78,8	14,2	18,4	9,1	5,0	719	872
1984	71,2	79,3	14,5	18,8	8,3	4,7	724	878
1985	71,3	79,4	14,5	18,8	8,3	4,6	727	880

Tableau A.11 (suite). Caractéristiques de la mortalité générale de 1946 à 2017

Année	Espérance de vie (en années)				Taux de mortalité (p. 1 000 nés vivants)		Survivants à 65 ans (p. 1 000 naissances)	
	À la naissance		À 65 ans		Infantile ⁽¹⁾	Néo-natale ⁽²⁾	Hommes	Femmes
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes				
1986	71,5	79,7	14,7	19,0	8,0	4,3	731	882
1987	72,0	80,3	15,0	19,4	7,8	4,1	740	886
1988	72,3	80,5	15,3	19,6	7,8	4,1	744	888
1989	72,5	80,6	15,4	19,7	7,5	3,8	746	889
1990	72,7	81,0	15,6	19,9	7,3	3,6	752	893
1991	72,9	81,2	15,7	20,1	7,3	3,5	754	894
1992	73,2	81,5	15,9	20,4	6,8	3,3	758	896
1993	73,3	81,5	15,9	20,4	6,5	3,1	760	895
1994	73,7	81,9	16,2	20,7	5,9	3,2	766	898
1995	73,9	81,9	16,1	20,6	4,9	2,9	771	900
1996	74,1	82,1	16,1	20,7	4,8	3,0	776	901
1997	74,6	82,3	16,3	20,9	4,7	3,0	784	904
1998	74,8	82,4	16,4	20,9	4,6	2,9	789	905
1999	75,0	82,5	16,5	21,0	4,3	2,7	793	906
2000	75,3	82,8	16,7	21,2	4,4	2,8	797	908
2001	75,5	82,9	16,9	21,4	4,5	2,9	799	908
2002	75,8	83,1	17,1	21,4	4,1	2,7	802	909
2003	75,9	83,0	17,1	21,3	4,0	2,6	804	910
2004	76,7	83,9	17,7	22,2	3,9	2,6	815	913
2005	76,8	83,9	17,7	22,0	3,6	2,3	816	914
2006	77,2	84,2	18,0	22,4	3,6	2,3	820	915
2007	77,4	84,4	18,2	22,5	3,6	2,4	823	917
2008	77,6	84,4	18,3	22,5	3,6	2,4	825	917
2009	77,8	84,5	18,4	22,6	3,7	2,4	826	917
2010	78,0	84,7	18,6	22,7	3,5	2,3	829	918
2011	78,4	85,0	18,9	23,0	3,3	2,2	834	920
2012	78,5	84,8	18,8	22,8	3,3	2,3	836	921
2013	78,8	85,0	19,0	23,0	3,5	2,4	840	922
2014	79,3	85,4	19,4	23,3	3,3	2,3	846	923
2015 (p)	79,0	85,1	19,1	23,0	3,5	2,5	844	923
2016 (p)	79,3	85,3	19,3	23,2	3,5	2,5	847	924
2017 (p)	79,4	85,3	19,4	23,2	3,6	nd	nd	nd

(p) Données provisoires fin 2017.

nd : Non disponible.

(1) Décès avant un an pour 1 000 enfants nés vivants.

(2) Décès avant 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants.

Champ : France métropolitaine.**Source** : Insee, division Enquêtes et études démographiques.

**Tableau A.12. Espérance de vie à la naissance
en Europe en 2016**

Pays	Espérance de vie à la naissance (années)		
	Hommes	Femmes	Écart (F-H)
Allemagne	78,6	83,5	4,9
Autriche	79,3	84,1	4,8
Belgique	79,0	84,0	5,0
Bulgarie	71,3	78,5	7,2
Croatie	75,0	81,3	6,3
Danemark	79,0	82,8	3,8
Espagne	80,5	86,3	5,8
Estonie	73,3	82,2	8,9
Finlande	78,6	84,4	5,8
France entière (y compris Mayotte)	79,3	85,3	6,0
Grèce	78,9	84,0	5,1
Hongrie	72,6	79,7	7,1
Irlande	79,9	83,6	3,7
Islande	80,4	84,1	3,7
Italie	81,0	85,6	4,6
Lettonie	69,8	79,6	9,8
Lituanie	69,5	80,1	10,6
Luxembourg	80,1	85,4	5,3
Norvège	80,7	84,2	3,5
Pays-Bas	80,0	83,2	3,2
Pologne	73,9	82,0	8,1
Portugal	78,1	84,3	6,2
République tchèque	76,1	82,1	6,0
Roumanie	71,7	79,1	7,4
Royaume-Uni (p)	79,4	83,0	3,6
Slovaquie	73,8	80,7	6,9
Slovénie	78,2	84,3	6,1
Suède	80,6	84,1	3,5
Suisse	81,7	85,6	3,9

(p) Données provisoires pour 2016.
Source: Eurostat (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database, consultée le 27 juin 2018), sauf France (Insee).

Tableau A.13. Mortalité infantile en Europe, 1980-2016
(taux p. 1 000 nés vivants)

Pays	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Allemagne	12,4	9,1	7,0	5,3	4,4	3,9	3,4	3,6	3,3	3,3	3,2	3,3	3,4
Autriche	14,3	11,2	7,8	5,4	4,8	4,2	3,9	3,6	3,2	3,1	3,0	3,1	3,1
Belgique	12,1	9,8	8,0	6,0	4,8	3,7	3,6	3,3	3,8	3,5	3,4	3,3	3,2
Bulgarie	20,2	15,4	14,8	13,3	13,3	10,4	9,4	8,5	7,8	7,3	7,6	6,6	6,5
Croatie	nd	nd	nd	nd	7,4	5,7	4,4	4,7	3,6	4,1	5,0	4,1	4,3
Danemark	8,4	7,9	7,5	5,1	5,3	4,4	3,4	3,5	3,4	3,5	4,0	3,7	3,1
Espagne	12,3	8,9	7,6	5,5	4,4	3,8	3,2	3,1	3,1	2,7	2,8	2,7	2,7
Estonie	17,1	14,1	12,3	14,9	8,4	5,4	3,3	2,5	3,6	2,1	2,7	2,5	2,3
Finlande	7,6	6,3	5,6	3,9	3,8	3,0	2,3	2,4	2,4	1,8	2,2	1,7	1,9
France entière ^{(1)*}	nd	nd	nd	5,0	4,5	3,8	3,6	3,5	3,5	3,6	3,6	3,7	3,7
France métropolitaine ^{(1)*}	10,0	8,3	7,3	4,9	4,4	3,6	3,5	3,3	3,3	3,5	3,3	3,5	3,5
Grèce	17,9	14,1	9,7	8,1	5,9	3,8	3,8	3,4	2,9	3,7	3,7	4,0	4,2
Hongrie	23,2	20,4	14,8	10,7	9,2	6,2	5,3	4,9	4,9	5,0	4,5	4,2	3,9
Irlande	11,1	8,8	8,2	6,4	6,2	4,0	3,8	3,5	3,5	3,5	3,3	3,4	3,0
Islande	7,7	5,7	5,9	6,1	3,0	2,3	2,2	0,9	1,1	1,8	2,1	2,2	0,7
Italie	14,6	10,5	8,2	6,2	4,5	3,8	3,2	3,2	2,9	2,9	2,8	2,9	2,8
Lettonie	15,3	13,0	13,7	18,8	10,4	7,8	5,7	6,6	6,3	4,4	3,8	4,1	3,7
Lituanie	14,5	14,2	10,2	12,5	8,6	6,8	4,3	4,2	3,9	3,7	3,9	4,2	4,5
Luxembourg	11,5	9,0	7,3	5,5	5,1	2,6	3,4	4,3	2,5	3,9	2,8	2,8	3,8
Norvège	8,1	8,5	6,9	4,0	3,8	3,1	2,8	2,4	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2
Pays-Bas	8,6	8,0	7,1	5,5	5,1	4,9	3,8	3,6	3,7	3,8	3,6	3,3	3,5
Pologne	25,4	22,1	19,4	13,6	8,1	6,4	5,0	4,7	4,6	4,6	4,2	4,0	4,0
Portugal	24,2	17,8	11,0	7,5	5,5	3,5	2,5	3,1	3,4	2,9	2,9	2,9	3,2
République tchèque	16,9	12,5	10,8	7,7	4,1	3,4	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4	2,5	2,8
Roumanie	29,3	25,6	26,9	21,2	18,6	15,0	9,8	9,4	9,0	9,2	8,4	7,6	7,0
Royaume-Uni	13,9	11,1	7,9	6,2	5,6	5,1	4,2	4,2	4,0	3,9	3,9	3,9	3,8
Slovaquie	20,9	16,3	12,0	11,0	8,6	7,2	5,7	4,9	5,8	5,5	5,8	5,1	5,4
Slovénie	15,3	13,0	8,4	5,5	4,9	4,1	2,5	2,9	1,6	2,9	1,8	1,6	2,0
Suède	6,9	6,8	6,0	4,1	3,4	2,4	2,5	2,1	2,6	2,7	2,2	2,5	2,5
Suisse	9,0	6,7	6,7	5,0	5,3	4,2	3,8	3,8	3,6	3,9	3,9	3,9	3,6

Données provisoires 2016.

nd : Non disponible.

(1) Insee pour la France entière, hors Mayotte, entre 1995 et 2014 et pour la France métropolitaine en 2010 et 2015.

Source : Eurostat, Infant mortality rate (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, consulté le 11 juin 2017), sauf (1).

Tableau A.14. Taux comparatif de mortalité (p. 100000) par sexe et groupe de causes de décès^(a)
Hommes

Causes de décès	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
23 groupes de causes																
Cancer du poumon	63	67	70	70	66	64	63	62	60	60	58	58	56	55	54	54
Cancer de l'estomac	20	17	14	12	10	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7	6
Cancer de l'intestin	31	29	29	28	25	24	23	22	22	22	22	21	21	20	20	20
Cancer de la prostate	28	30	32	29	26	23	22	22	21	20	20	19	18	17	16	16
Autres tumeurs	176	180	171	160	152	139	136	134	131	129	125	121	119	116	116	115
Maladies ischémiques du cœur	117	118	96	85	76	62	58	56	54	51	48	46	45	43	40	41
Autres maladies du cœur	130	115	93	90	81	71	69	69	68	66	64	59	58	57	54	55
Maladies cérébro-vasculaires	123	103	71	59	47	37	35	34	33	31	30	29	28	27	25	25
Autres maladies de l'appareil circulatoire	38	35	29	26	21	16	16	15	15	13	13	11	11	10	10	10
Tuberculose sous toutes ses formes	5	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0
Sida	0	0	8	13	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
Grippe	2	2	3	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
Autres maladies infectieuses et parasitaires	11	12	10	11	12	11	11	11	11	11	11	11	11	11	10	9
Autres maladies de l'appareil respiratoire	83	79	71	69	53	47	42	42	42	42	39	39	40	39	36	39
Alcoolisme et cirrhose du foie	56	46	35	29	28	24	24	23	23	22	22	21	20	19	18	18
Diabète	11	11	9	9	15	14	13	13	13	13	12	12	12	12	11	12
Autres troubles mentaux et mal. du système nerveux	28	28	31	30	40	42	41	41	42	42	42	41	43	42	40	44
Autres maladies de l'appareil digestif	41	35	29	25	20	19	19	18	18	18	18	16	16	16	15	15
Autres maladies	56	50	40	37	36	32	32	31	32	31	31	27	28	28	26	29
Accidents de la circulation routière	30	26	26	20	19	13	12	12	11	11	10	9	8	7	7	7
Suicides	29	34	30	29	26	25	24	23	23	24	23	23	21	21	19	20
Autres morts violentes	63	54	51	44	36	31	31	31	31	31	31	30	30	29	28	31
Causes de décès non déclarées ou mal définies	74	70	56	48	46	45	43	44	46	47	55	53	60	59	53	55
6 grands groupes de causes																
Tumeurs	318	324	317	300	280	258	251	247	241	239	232	226	220	216	213	211
Maladies cardio-vasculaires	409	371	288	260	225	187	177	173	169	161	156	145	142	137	129	131
Maladies infectieuses et parasitaires, et maladies de l'appareil respiratoire	101	97	95	95	72	62	56	56	56	55	52	53	54	51	47	51
Autres maladies	193	169	143	131	138	132	129	126	128	126	124	118	120	117	111	118
Morts violentes	123	114	106	93	81	69	67	66	66	66	64	63	60	57	55	57
Causes de décès non déclarées ou mal définies	74	70	56	48	46	45	43	44	46	47	55	53	60	59	53	55
Toutes causes	1217	1145	1005	928	842	753	723	713	705	694	684	657	656	638	608	624

Femmes

Causes de décès	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
23 groupes de causes																
Cancer du poumon	6	7	8	9	10	14	14	15	15	16	16	16	17	17	18	18
Cancer de l'estomac	9	7	6	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
Cancer de l'intestin	19	18	17	16	15	14	13	13	13	13	12	12	12	12	11	11
Cancer du sein	27	28	29	29	27	25	25	24	24	24	23	23	22	22	22	22
Cancer de l'utérus	11	10	8	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Autres tumeurs	76	74	70	69	67	63	62	60	61	60	59	57	56	56	56	57
Maladies ischémiques du cœur	51	51	42	35	30	23	22	21	20	19	17	16	16	15	14	14
Autres maladies du cœur	93	81	64	61	54	47	45	45	45	44	42	39	39	38	36	37
Maladies cérébro-vasculaires	88	74	52	41	33	26	25	23	23	23	22	21	21	20	19	19
Autres maladies de l'appareil circulatoire	19	17	14	12	9	7	6	6	6	6	5	5	4	4	4	4
Tuberculose sous toutes ses formes	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sida	0	0	1	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Grippe	2	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Autres maladies infectieuses et parasitaires	7	7	6	7	8	7	6	6	7	7	7	7	7	6	6	6
Autres maladies de l'appareil respiratoire	33	33	31	30	24	21	18	19	19	19	17	18	20	18	17	20
Alcoolisme et cirrhose du foie	19	15	12	10	9	8	8	7	7	7	6	7	6	6	5	5
Diabète	10	9	8	7	10	9	8	8	8	8	7	7	7	7	6	7
Autres troubles mentaux et mal. du système nerveux	22	22	24	24	32	33	33	33	34	34	33	34	36	36	34	36
Autres maladies de l'appareil digestif	27	23	18	16	13	12	11	11	11	11	11	10	10	10	9	10
Autres maladies	38	34	29	28	27	24	24	23	24	23	23	20	21	21	20	21
Accidents de la circulation routière	10	9	9	7	6	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2
Suicides	11	12	10	10	8	8	8	8	8	7	7	7	6	6	6	5
Autres morts violentes	36	31	27	23	19	16	16	16	16	15	15	15	15	14	14	15
Causes de décès non déclarées ou mal définies	48	44	35	31	28	27	26	26	27	27	31	30	34	34	30	32
6 grands groupes de causes																
Tumeurs	147	143	138	135	129	124	123	121	123	121	119	118	117	115	116	116
Maladies cardio-vasculaires	250	223	172	148	126	104	98	95	95	91	86	81	80	77	73	74
Maladies infectieuses et parasitaires et maladies de l'appareil respiratoire	43	43	42	41	34	30	26	26	27	27	25	26	28	26	24	27
Autres maladies	116	103	91	85	91	85	84	83	84	83	81	77	80	79	75	79
Morts violentes	57	53	46	40	34	28	27	26	26	26	25	24	23	23	21	22
Causes de décès non déclarées ou mal définies	48	44	35	31	28	27	26	26	27	27	31	30	34	34	30	32
Toutes causes	662	609	525	480	442	399	384	377	381	375	367	356	362	353	339	351

(a) Taux comparatif calculé à partir des taux de mortalité par groupes quinquennaux d'âges (en années révolues) et de la population standard européenne (selon la structure proposée par l'OMS). Grâce à une nouvelle exploitation des données Inserm, la définition des groupes d'âges est désormais la même pour toutes les années. Le contenu de chaque groupe de causes de décès est précisé dans le tableau 15 page suivante (rubriques de la CIM 9 de 1980 à 1999 et de la CIM 10 à partir de 2000).

Champ : France métropolitaine.

Source : F. Meslé à partir des données CépiDc-Inserm.

Tableau A.15. Groupes de causes de décès et rubriques correspondantes de la Classification internationale des maladies (9^e et 10^e révisions)

	CIM 9	CIM 10
Tumeurs		
Cancer du poumon	140 à 239	C00 à D48
Cancer de l'estomac	162	C33 à C34
Cancer de l'intestin	151	C16
Cancer du sein	152 à 154	C18 à C21
Cancer de l'utérus	174, 175	C50
Cancer de la prostate	179 à 180; 182	C53 à C55
Autres tumeurs	185	C61
	140 à 150; 155 à 161; 163 à 173; 181; 183 à 184; 186 à 239	C00 à C15; C17; C22 à C32; C37 à C49; C51; C52; C56 à C60; C62 à D48
	390 à 459	100 à 199
	410 à 414	120 à 125
	390 à 405; 415 à 429	100 à 115; 126 à 151
	430 à 438	160 à 169
	440 à 459	170 à 199
	000 à 139; 460 à 519	A00 à B99; J00 à J98
	010 à 018	A15 à A19; B90
	042 à 044	B20 à B24
	487	J10 à J11
	001 à 009; 020 à 041; 045 à 139	A00 à A09; A20 à B19; B25 à B89; B91 à B99
	460 à 586; 490 à 519	J00 à J06; J12 à J98
	240 à 389; 520 à 779	D50 à D89; E00 à H95; K00 à Q99
	291; 303; 305.0; 571.0 à 3.1.5	F10; K70; K73 à K74
	250	E10 à E14
	290; 292 à 302; 304; 305.1 à 389	F00 à F09; F11 à H95
	520 à 570; 571.4; 571.6 à 579	K00 à K67; K71; K72; K75 à K93
	240 à 246; 251 à 289; 580 à 779	D50 à D89; E00 à E07; E15 à E89; L00 à Q99
	800 à 999	V01 à Y89
	810 à 819; 826 à 829	V01 à V99
	950 à 959	X60 à X84
	800 à 807; 820 à 825; 830 à 949; 960 à 999	W00 à X59; X85 à Y89
	780 à 799	R00 à R99
	001 à 999	A00 à R99; V01 à Y89
Maladies cardiovasculaires		
Maladies ischémiques du cœur		
Autres maladies du cœur		
Maladies cérébrovasculaires		
Autres maladies de l'appareil circulatoire		
Maladies infectieuses et parasitaires et mal. de l'app. respiratoire		
Tuberculose toutes formes		
Sida		
Grippe		
Autres maladies infectieuses et parasitaires du chapitre 1 de la CIM		
Autres maladies de l'appareil respiratoire		
Autres maladies		
Alcoolisme et cirrhose du foie		
Diabète		
Autres troubles mentaux et maladies du système nerveux		
Autres maladies de l'appareil digestif		
Autres maladies		
Morts violentes		
Accidents de la circulation routière		
Suicides		
Autres morts violentes		
Causes de décès non déclarées ou mal définies		
Toutes causes		



RÉFÉRENCES

- AGENCE DE BIOMÉDECINE, 2018, « Rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaines en France en 2017 » <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2017/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>
- AUBENQUE M., DAMIANI P., MASSÉ H., 1979, « Variations saisonnières et séries chronologiques des causes de décès en France de 1900 à 1972 », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, 19(1), p. 17-22.
- BAILLY E., RAULT W., 2013, « Les pacsés en couple hétérosexuel sont-ils différents des mariés? », *Population et sociétés*, n° 497.
- BELLAMY V., BEAUMEL C., 2016, « Bilan démographique 2015. Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre », *Insee première*, n° 1581.
- BELLAMY V., BEAUMEL C., 2017, « Bilan démographique 2016. À nouveau en baisse, la fécondité atteint 1,93 enfant par femme en 2016 », *Insee première*, n° 1630.
- BOURGEOIS-PICHAT J., 1946, « Le mariage, coutume saisonnière, contribution à une étude sociologique de la nuptialité en France », *Population*, 1(4), p. 623-642.
- BOURGEOIS-PICHAT J., 1950, « Où en est la natalité française », *Population*, 5(1), p. 15-34.
- BRETON D., 2006, « Mise en couple et fécondité, aspects démographiques. À partir de l'enquête Étude de l'histoire familiale », *Informations sociales*, n°132, p. 14-25.
- BRETON D., MAZUY M., BARBIERI M., D'ALBIS H., 2017, « L'évolution démographique récente de la France : de forts contrastes départementaux », *Population*, 72(4), p. 583-652.
- BRUTEL C., 2015, « L'analyse des flux migratoires entre la France et l'étranger entre 2006 et 2013. Un accroissement des mobilités », *Insee analyses*, n° 22.
- BUISSON G., 2017, « Le recensement de la population évolue : de l'état matrimonial légal à la situation conjugale de fait », *Insee analyses*, n° 35.
- BUISSON G., LAPINTE A., 2013, « Le couple dans tous ses états. Non-cohabitation, conjoints de même sexe, pacs... », *Insee première*, n° 1435.
- COMMISSION IVG, 2016, « IVG : état des lieux et perspectives d'évolution du système d'information », Ministère des Affaires sociales et de la santé.
- CORSO M., PASCAL M., WAGNER V., 2017, « Impacts de la chaleur et du froid sur la mortalité totale en France entre 2000 et 2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 31, p. 634-640.
- COSTEMALLE V., 2017, « Formations et ruptures d'unions : quelles sont les spécificités des unions libres? » *Insee, France, portrait social*, p. 95-110.
- DAGUET F., 2017, « Des ménages toujours plus nombreux, toujours plus petits », *Insee première*, n° 1663.
- D'ALBIS H., BOUBTANE E., 2015, « Caractérisation des flux migratoires en France à partir des statistiques de délivrance de titres de séjour (1998-2013) », *Population*, 70(3), p. 487-524.

- D'ALBIS H., BOUBTANE E., 2018, « L'admission au séjour des demandeurs d'asile en France depuis 2000 », *Population et sociétés*, n°552.
- DUMAS-CHAMPION F., 2008, *Le mariage des cultures à l'île de la Réunion*, Paris, Karthala.
- FOUILLET A., REY G., JOUGLA E., HÉMON D., 2006, « Estimation de la surmortalité observée et attendue au cours de la vague de chaleur du mois de juillet 2006 », Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Rapport.
- GROSCLAUDE P., REMONTET L., DAUBISSE-MARLIAC L., VELTEN M., UHRY Z. *et al.*, 2016, « Le cancer de la prostate : incidence, survie et mortalité en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 39-40, p. 693-699.
- GROSS M., BUREAU M.-F., 2015, « L'homoparentalité et la transparentalité au prisme des sciences sociales : révolution ou pluralisation des formes de parenté ? », *Enfances, familles, générations*, n° 23, p. i-xxxvii.
- GUIGNARD R., BECK F., WILQUIN J., ANDLER V., RICHARD J.A. *et al.*, 2015, « La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes », *Inpes, Évolutions*, n° 31, p. 1-6.
- GUILLAUME A., ROSSIER C., 2018, « L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences », *Population*, 73(2), p. 225-322.
- HILL C., LAPLANCHE A., 2005, « Évolution de la consommation de cigarettes en France par sexe, 1900-2003 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 22(21), p. 94-97.
- HUYNEN M.M., MARTENS P., SCHRAM D., WEIJENBERG M.P., KUNST A.E., 2001, « The impact of heat waves and cold spells on mortality rates in the Dutch population », *Environmental Health Perspectives*, 109(5), p. 463-470.
- INSEE, 2019, « Rénovation du questionnaire du recensement de la population. Impact sur les évolutions annuelles de population », *Note technique*, janvier.
- KEATINGE W.R., DONALDSON G.C., 1997, « Cold exposure and winter mortality from ischaemic heart disease cerebrovascular disease respiratory disease and all causes in warm and cold regions of Europe », *The Lancet*, 349(9062), p. 1341-1346.
- LA ROCHEBROCHARD (DE) E., 2018, « 1 enfant sur 30 conçu par assistance médicale à la procréation en France », *Population et sociétés*, n° 556.
- MARANT-MICALLEF C., DAVID SHIELD K., VIGNAT J., HILL K., ROGEL A. *et al.*, 2018, « Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 21, p. 442-448.
- MAZUY M., TOULEMON L., BARIL E., 2015 « Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété », *Population et sociétés*, n° 518.
- MAZUY M., BARBIERI M., BRETON D., D'ALBIS H., 2016, « L'évolution démographique récente de la France. Baisse de la fécondité, augmentation de la mortalité », *Population*, 71(3), p. 423-486.
- MERLIN P., CHOAY F., 1988, *Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement*, Paris, PUF.
- MESLÉ F., 2010, « Recul spectaculaire de la mortalité due à la grippe : le rôle de la vaccination », *Ined, Population et sociétés*, n° 470.
- MULLER M., 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Études et résultats*, n° 1015.
- PAILHÉ A., 2010, « Effet attendu de la crise économique actuelle sur les naissances : quelques hypothèses », *Politiques sociales et familiales*, n° 100, p. 97-103.
- PAPON S., 2018, « 770 000 bébés nés en France en 2017 : six sur dix sont nés hors mariage », *Insee focus*, n° 124.

- PAPON S., BEAUMEL C., 2018, « Bilan démographique 2017. Plus de 67 millions d'habitants en France au 1^{er} janvier 2018 », *Insee première*, n° 1683.
- PAPON S., BEAUMEL C., 2019, « Bilan démographique 2018. La fécondité baisse depuis quatre ans », *Insee première*, n° 1730.
- PIROU D., POUILLAIN N., ROCHELLE S., 2013, « La vie en communauté : 1,6 million de personnes en France », *Insee première*, n° 1434.
- RAHIB D., LYDIÉ N. ET LE GROUPE BAROMÈTRE SANTÉ, 2016, « L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°29, p. 590-595.
- RAHIB D., LE GUEN M., LYDIÉ N., 2016, « Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent », Baromètre santé, Santé publique France.
- RAU R., 2007, *Seasonality in Human Mortality: A Demographic Approach*, Springer Science & Business Media.
- RAULT W., RÉGNIER-LOILIER A., 2015, « La première vie en couple : évolutions récentes », *Population et sociétés*, n° 521.
- RAULT W., RÉGNIER-LOILIER A., 2016, « La saisonnalité des mariages d'hier et d'aujourd'hui », *Population*, 71(4), p. 719-724.
- RÉGNIER-LOILIER A., 2010, « Évolution de la saisonnalité des naissances en France de 1975 à nos jours », *Population*, 65(1), p. 147-190.
- RÉGNIER-LOILIER A., ROHRBASSER J.-M., 2011, « Y a-t-il une saison pour faire des enfants ? » *Population et sociétés*, n° 474.
- REY G., FOUILLET A., JOUGLA É., HÉMON D. 2007, « Vagues de chaleur, fluctuations ordinaires des températures et mortalité en France depuis 1971 », *Population*, 62(3), p. 533-564.
- ROSSIER C., PIRUS C., 2007, « Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 », *Population*, 62(1), p. 57-90.
- ROZÉE GOMEZ V., LA ROCHEBROCHARD (DE) E., 2013, « Cross-border reproductive care among French patients: Experiences in Greece, Spain and Belgium », *Human Reproduction*, 28(11), p. 3103-3110.
- TEMPORAL F., BRUTEL C., 2016, « La mesure des flux migratoires entre la France et l'étranger : et si on parlait (aussi) d'émigration ? » *Revue européenne des migrations internationales*, 32(3-4), p. 215-229.
- TOULEMON L., BARBIERI M., 2008, « The mortality impact of the August 2003 heat wave in France: Investigating the 'harvesting' effect and other long-term consequences », *Population Studies*, 62(1), p. 39-53.
- VILAIN A., 2018, « 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 », Drees, *Études et résultats*, n° 1081.

Didier BRETON, Magali BARBIERI, Hippolyte D'ALBIS, Magali MAZUY • L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE RÉCENTE DE LA FRANCE. NAISSANCES, DÉCÈS, UNIONS ET MIGRATIONS : À CHACUN SA SAISON

Au premier janvier 2018, la France comptait près de 66,9 millions d'habitants, soit 122 300 personnes de plus que l'année précédente, mais l'accroissement annuel moyen, et tout particulièrement l'accroissement naturel, n'ont jamais été aussi faibles depuis 20 ans, voire 40 ans. L'indice conjoncturel de fécondité poursuit sa baisse, observée notamment chez les femmes les plus jeunes. Le nombre de titres de séjour délivrés augmente en 2016 (près de 220 000). La nuptialité continue de diminuer, tant pour les couples hétérosexuels que pour les couples de même sexe. En 2017, la mortalité recule de nouveau, mais le nombre de décès dépasse 600 000, chiffre lié au vieillissement de la population. Les causes de mortalité dont les évolutions sont les plus préoccupantes sont le cancer chez les femmes, les maladies par troubles mentaux et les maladies du système nerveux. Les événements démographiques ne se répartissent pas uniformément au fil de l'année : les mariages et mises en union libre sont plus souvent observés au printemps et en été, les naissances en été et à l'automne, tout comme les entrées sur le territoire ; alors que l'hiver et la fin de l'année marquent une recrudescence d'enregistrements de pacs et des pics de mortalité.

Mots-clés : France, conjoncture démographique, migration, fécondité, conjugalité, mariage, pacs, union libre, divorce, couple de même sexe, vieillissement, mortalité, mortalité par cause, saisonnalité