

# L'ESPÉRANCE DE VIE : UNE QUESTION DE REVENUS ?

JANVIER 2026

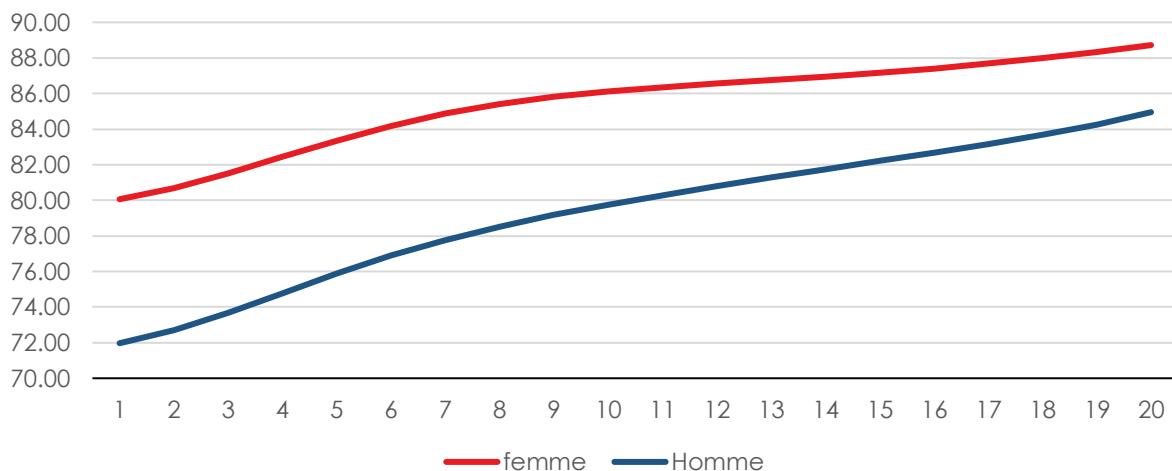
UNE AUGMENTATION DE L'ESPERANCE DE VIE AVEC LE REVENU, SURTOUT EN BAS DE L'ECHELLE .....	3
DES ECARTS HOMMES-FEMMES LARGEMENT INDEPENDANTS DU REVENU .....	3
À 50 ANS, UN RISQUE DE DECES TRES INEGALITAIRE SOCIALEMENT .....	4
UN CREUSEMENT RECENT DES INEGALITES D'ESPERANCE DE VIE.....	4
DES DISPARITES TERRITORIALES MARQUEES .....	5

# L'espérance de vie : une question de revenus ?

L'espérance de vie à la naissance dépend étroitement des conditions de vie et, en premier lieu, du niveau de revenu. En France, l'écart d'espérance de vie entre les personnes aux revenus modestes et celles disposant de revenus élevés s'est accru ces dernières années. Comme le souligne une étude de l'INSEE publiée au mois de décembre 2025, au-delà du revenu, d'autres déterminants interviennent, tels que l'alimentation, les comportements de santé ou encore les conditions de travail.

Sur la période 2020-2024, parmi les 5 % de personnes les plus aisées à chaque âge, les hommes affichent une espérance de vie à la naissance de 85,0 ans, contre 72,0 ans pour les 5 % les plus modestes. Les hommes les plus aisés vivent ainsi, en moyenne, 13 ans de plus que les plus modestes. Chez les femmes, l'écart atteint 9 ans : l'espérance de vie à la naissance s'élève à 88,7 ans pour les 5 % les plus aisées, contre 80,1 ans pour les 5 % les plus modestes.

**Espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes selon le vingtième de niveau de vie sur la période 2020 - 2024**



Cercle de l'Épargne – données INSEE

Dans une étude publiée en décembre, l'Insee analyse les

facteurs expliquant ces écarts. Elle met en évidence un lien direct

entre niveau de revenu et état de santé. Les difficultés financières peuvent en effet restreindre l'accès aux soins. Ainsi, 3,2 % des personnes appartenant aux 20 % les plus modestes déclarent avoir renoncé, pour des raisons financières, à des examens médicaux (hors soins dentaires), contre 1,8 % de l'ensemble de la population.

Les personnes disposant de revenus élevés sont également moins exposées aux risques liés à la pénibilité professionnelle. Les cadres exercent, en règle générale, des métiers moins physiquement éprouvants que les ouvriers.

Les comportements à risque pour la santé sont par ailleurs plus fréquents chez les personnes peu ou pas diplômées. Parmi les adultes sans diplôme ou titulaires d'un diplôme inférieur au baccalauréat, 21 % fument quotidiennement, contre 13 % des diplômés de l'enseignement supérieur.

Le niveau de diplôme et la catégorie socioprofessionnelle influencent également la littératie en santé, c'est-à-dire la capacité à accéder à l'information sanitaire, à la comprendre et à l'utiliser pour maintenir ou améliorer son état de santé. En outre, un faible niveau de vie peut aussi être la conséquence d'un mauvais état de santé limitant l'accès ou le maintien dans l'emploi.

## NE AUGMENTATION DE L'ESPERANCE DE VIE AVEC LE REVENU, SURTOUT EN BAS DE L'ECHELLE

L'espérance de vie augmente avec le niveau de vie, pour les femmes comme pour les hommes, mais cette progression ralentit à mesure que le revenu s'élève. Autour de 1 200 euros par mois, une hausse de 100 euros du niveau de vie est associée à un gain de 0,8 an d'espérance de vie chez les femmes et de 1,0 an chez les hommes. Autour de 2 000 euros par mois, ce gain n'est plus que de 0,2 an chez les femmes et de 0,4 an chez les hommes. Il se limite respectivement à 0,1 an et 0,2 an autour de 3 000 euros mensuels.

## DES ECARTS HOMMES-FEMMES LARGEMENT INDEPENDANTS DU REVENU

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, souvent même plus longtemps que les hommes les plus aisés. Dès un niveau de vie de 1 500 euros par mois, l'espérance de vie à la naissance des femmes dépasse celle des hommes appartenant aux 5 % les plus aisés. Seules les femmes appartenant aux 35 % les plus modestes vivent, en moyenne, moins longtemps que les hommes des 5 % les plus aisés. L'écart est particulièrement marqué entre les femmes les plus favorisées (88,7 ans) et les hommes les plus modestes (72,0 ans), atteignant 17 ans.

Ces différences s'expliquent en partie par des comportements

distincts. Les femmes consomment moins d'alcool et de tabac que les hommes : seules 6 % des femmes adultes consomment quotidiennement de l'alcool, contre 15 % des hommes. Ces derniers sont également plus exposés aux décès violents (accidents de la route, overdoses d'opiacés, homicides).

Les femmes bénéficient en outre d'un suivi médical plus régulier, notamment au cours de leur vie féconde. Leur durée de travail, hebdomadaire ou cumulée sur l'ensemble de la vie, est généralement plus faible, ce qui réduit, à poste égal, leur exposition aux risques professionnels. Enfin, des facteurs biologiques et génétiques contribueraient également à leur espérance de vie plus longue.

### À 50 ANS, UN RISQUE DE DECES TRES INEGALITAIRE SOCIALEMENT

À 50 ans, la proportion d'hommes décédant dans l'année atteint 8,3 % parmi les plus modestes, contre 1,2 % parmi les plus aisés. Le risque de décès est ainsi sept fois plus élevé chez les hommes les plus modestes que chez les plus aisés. À 20 ans, ce rapport de risque est de 3 ; il augmente avec l'âge pour culminer autour de 48 ans, puis diminue progressivement (6 à 60 ans et 2 à 80 ans).

Chez les femmes, le rapport de risque entre les plus modestes et les plus aisées atteint son maximum à 55 ans. À cet âge, 6,7 % des femmes les plus modestes décèdent dans l'année, contre

1,2 % des plus aisées, soit un rapport de risque de 6.

À 20 ans, les pathologies liées aux risques professionnels, au tabac, à l'alcool ou à l'obésité ont encore peu eu le temps de se développer. À 50 ans, en revanche, une partie de ces maladies est déjà installée. Les décès dus aux maladies chroniques étant socialement très inégalitaires, cela explique le pic du rapport de risque observé autour de cet âge.

À 90 ans, la probabilité de décéder dans l'année devient élevée pour tous : elle atteint, par exemple, 171 % chez les hommes parmi les 5 % les plus modestes et 130 % chez les plus aisés. Le rapport de risque n'est alors plus que de 1,3, pour les hommes comme pour les femmes. Toutefois, même lorsque le rapport de risque diminue, l'écart absolu de mortalité demeure significatif : à 90 ans, il atteint 41 points pour mille chez les hommes et continue de croître avec l'âge (48 points pour mille à 95 ans).

### UN CREUSEMENT RECENT DES INEGALITES D'ESPERANCE DE VIE

Entre les périodes 2012-2016 et 2020-2024, l'espérance de vie progresse faiblement : +0,2 an chez les femmes et +0,6 an chez les hommes. Cette évolution s'explique notamment par l'épidémie de Covid-19, particulièrement marquée entre 2020 et 2022, et par l'arrivée à des âges de forte mortalité des générations nées entre 1941

et 1955, plus exposées aux effets du tabac et de l'alcool que les générations précédentes.

Sur cet intervalle de huit ans, l'espérance de vie des personnes appartenant au premier vingtième progresse légèrement, celle des individus situés entre le deuxième et le cinquième vingtième recule, tandis qu'elle augmente pour les personnes du sixième au dernier vingtième. L'écart d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % les plus modestes et les 5 % les plus aisés s'accroît ainsi légèrement : il passe de 8,3 à 8,7 ans chez les femmes (+0,4 an) et de 12,7 à 13,0 ans chez les hommes (+0,3 an). L'écart entre le troisième vingtième et le dernier vingtième augmente davantage encore : +0,9 an chez les femmes et +1,1 an chez les hommes.

Ce creusement des écarts suggère que la part des causes de décès les plus socialement inégalitaires s'est accrue entre les deux périodes, et/ou que certaines causes de mortalité sont devenues plus fortement marquées socialement. L'épidémie de Covid-19 pourrait y avoir contribué, de même que d'autres pathologies, sans qu'il soit possible de les identifier précisément à ce stade.

## DES DISPARITES TERRITORIALES MARQUEES

À sexe et âge donnés, l'Île-de-France est la région où la probabilité de décéder dans l'année est la plus faible, tandis que les Hauts-de-

France enregistrent la mortalité la plus élevée. Ces écarts reflètent largement les différences de niveau de vie : l'Île-de-France est la région la plus aisée, tandis que les Hauts-de-France figurent parmi les plus modestes.

À sexe, âge et niveau de vie donnés, l'Île-de-France se situe toutefois en dessous de la moyenne nationale. Les Pays de la Loire et l'Occitanie présentent les meilleures performances en termes de mortalité standardisée, tandis que les Hauts-de-France demeurent la région la plus défavorisée sur ce plan.

Les écarts d'espérance de vie observés en France traduisent moins une fatalité biologique qu'une accumulation de désavantages sociaux tout au long de la vie. Le revenu, le niveau de diplôme, les conditions de travail, les comportements de santé et l'accès effectif aux soins s'additionnent et produisent des trajectoires de mortalité profondément différencierées. Si l'espérance de vie continue globalement de progresser, cette amélioration bénéficie avant tout aux catégories les plus favorisées, tandis que les gains se tassent, voire s'érodent, pour une partie des ménages modestes.

Le creusement récent des écarts, accentué par la crise sanitaire et par le poids persistant des maladies chroniques socialement marquées, souligne les limites d'une approche strictement curative de la santé. Il

met en lumière l'importance déterminante de la prévention, de la réduction des expositions professionnelles, de la lutte contre les comportements à risque et de l'amélioration de la littératie en santé. À défaut d'actions ciblées, les inégalités de revenus continueront à se traduire en inégalités de longévité. Enfin, la persistance de fortes disparités territoriales rappelle que les politiques de santé ne peuvent être

dissociées des politiques économiques, sociales et d'aménagement du territoire. Réduire les écarts d'espérance de vie suppose une action cohérente et de long terme, visant non seulement à soigner, mais surtout à corriger en amont les déterminants sociaux de la santé qui conditionnent, dès l'enfance, la durée et la qualité de la vie.

Retrouvez les publications et toutes les informations concernant le Cercle sur notre site :  
[www.cercledelepargne.fr](http://www.cercledelepargne.fr)

Sur le site, vous pouvez accéder à :

- L'actualité du Cercle
- Les bases de données économiques et juridiques
- Les simulateurs épargne/retraite du Cercle

**Le Cercle de l'Épargne**, de la Retraite et de la Prévoyance est le Think Tank d'AG2R LA MONDIALE, présidé par Jean-Pierre Thomas et animé par Philippe Crevel.

Le Cercle a pour objet la réalisation d'études et de propositions sur toutes les questions concernant l'épargne, la retraite et la prévoyance. Il entend contribuer au débat public sur ces sujets.

Pour mener à bien sa mission, le Cercle est doté d'un Conseil Scientifique auquel participent des experts reconnus en matière économique, sociale, démographique, juridique, financière et d'étude de l'opinion.

**Le conseil scientifique du Cercle** comprend **Robert Baconnier**, ancien directeur général des impôts et ancien Président de l'Association Nationale des Sociétés par Actions, **Jacques Barthélémy**, avocat-conseil en droit social et ancien Professeur associé à la faculté de droit de Montpellier, **Nicolas Baverez**, Avocat associé chez August Debouzy, **Marie-Claire Carrère-Gée**, Conseiller maître à la Cour des comptes, ancienne Présidente du Conseil d'Orientation pour l'Emploi (COE), **Michel Cicurel**, économiste et fondateur du fonds La Maison, Président du directoire de la Compagnie Financière Edmond de Rothschild, **Jean-Marie Colombani**, ancien directeur du Monde et fondateur de Slate.fr, **Jean-Pierre Gaillard**, journaliste et chroniqueur boursier, **Philippe Georges**, président du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM), **Christian Gollier**, directeur de la Fondation Jean-Jacques Laffont-Toulouse Sciences Économiques, membre du Laboratoire d'Économie des Ressources Naturelles (LERNA) et directeur de recherche à l'Institut d'Économie Industrielle (IDEI) à Toulouse, **Serge Guérin**, sociologue, Directeur du Master « Directeur des établissements de santé » à l'Insee Paris, **François Héran**, professeur au Collège de France, ancien directeur de l'INED, **Jérôme Jaffré**, directeur du CECOP, **Florence Legros**, directrice générale de l'ICN Business School, **Christian Saint-Étienne**, Professeur émérite à la Chaire d'économie industrielle au Conservatoire National des Arts et Métiers, membre du Cercle des Économistes, **Jean-Marie Spaeth**, président honoraire de la CNAMTS et de l'EN3S et **Jean-Pierre Thomas**, ancien député et président de Thomas Vendôme Investment.

**Comité de rédaction** : Philippe Crevel, Sarah Le Gouez

**Contact relations presse, gestion du Mensuel** :

Sarah Le Gouez

01.76.60.85.39

[slegouez@cercledelepargne.fr](mailto:slegouez@cercledelepargne.fr)