

pour le cancer du poumon, un gradient du nord vers l'est. Le sida concerne tout particulièrement l'Île-de-France et la région Paca. Depuis les années 90, on constate une diminution importante de la mortalité quelles que soient les régions, mais selon un rythme variable. Les réductions de mortalité les plus marquées ont concerné les régions ayant déjà un faible taux de décès (Île-de-France, Corse, Rhône-Alpes). On note également une forte baisse générale de la mortalité en Alsace. Les évolutions dépendent cependant des causes de décès considérées. Pour certaines causes (cardio-vasculaires, cancers VADS, accidents de transports...), la baisse a touché l'ensemble des régions. Pour d'autres, les évolutions sont différentes selon les régions : cancer du poumon (diminution en Île-de-France, Alsace et Lorraine, et forte augmentation en Auvergne, Pays-de-la-Loire, Poitou-Charentes) ; cancer du sein (diminution en Alsace, Lorraine, Île-de-France, Paca et augmentation en Champagne-Ardenne) ; suicide (baisse forte en Normandie, Île-de-France, Rhône-Alpes, Alsace, et faible en Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Limousin, NPDC). Au total, les écarts régionaux de mortalité ont eu tendance à s'accroître et cette tendance s'observe également pour la mortalité « prématurée ». Une autre caractéristique importante des évolutions constatées est que les disparités infra-régionales de mortalité tendent à devenir de plus en plus accentuées. Si auparavant, les principales oppositions territoriales concernaient de vastes ensembles régionaux (croissant nord de sur-mortalité versus sud-ouest et pourtour méditerranéen

de sous-mortalité), les disparités entre grandes villes et petites villes, entre espaces urbains, périurbains et zones rurales, entre secteurs de résidence des grandes métropoles deviennent des éléments de plus en plus importants dans la distribution spatiale des écarts de mortalité.

Les enquêtes européennes indiquent que le niveau d'inégalités sociales de mortalité est particulièrement élevé en France. On constate un écart important d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres et les ouvriers (6 ans pour les hommes et 3 ans pour les femmes) et cet écart n'a pas diminué depuis les années 90. De plus, quel que soit le sexe, les cadres ont une espérance de vie sans incapacité plus longue que celle des ouvriers. Des analyses menées en fonction du niveau d'éducation confirment ces tendances : les inégalités sociales de mortalité entre niveau d'études ont eu tendance à augmenter (modérément) entre les années 80 et 90. Cette évolution s'explique en grande partie par la mortalité par cancers alcool-tabagiques (en particulier cancer du poumon) et, dans une moindre mesure, par la mortalité cardiovasculaire (en particulier les maladies cérébro-vasculaires). Les morts violentes ont également un poids important dans la constitution des inégalités sociales de mortalité. Ces résultats se basent cependant sur des données parfois anciennes et, pour mieux caractériser les évolutions, une priorité devrait consister à rendre disponibles des indicateurs de suivi des inégalités sociales plus nombreux et précis. ?

Tendances et disparités d'espérance de vie sans incapacité en France

Emmanuelle Cambois
Institut national
d'études
démographiques
(Ined)

Jean-Marie Robine
Institut national
de la santé et de la
recherche médicale
(Inserm)/Ined

Au cours des trente dernières années, l'espérance de vie à la naissance n'a cessé de croître. Avec un gain de presque 8 ans pour les hommes et d'un peu plus de 6 ans pour les femmes, en 2011 elle atteint 78 ans pour les premiers et près de 85 ans pour ces dernières. Cette progression a principalement concerné les âges élevés au cours de cette période, induisant un vieillissement de la population et soulevant la question de la qualité des années de vie supplémentaires : gagne-t-on des années de vie en bonne santé ou prolonge-t-on la vie avec des maladies chroniques et donc avec leurs conséquences, les incapacités (difficultés à se déplacer, à voir, etc.) ? Et, selon la réponse à cette question, comment les besoins en matière de soins et de prise en charge évoluent-ils ?

Dans les années 80, trois scénarios ont formalisé ces évolutions possibles de l'état de santé des populations : selon le premier, le vieillissement induirait une pandémie des maladies et troubles chroniques, notamment mentaux, et une *expansion* des années

d'incapacité au sein de l'espérance de vie ; selon le deuxième, l'espérance de vie finissant par atteindre une limite, les progrès sanitaires induiraient une *compression* des années de mauvaise santé ; dans un scénario intermédiaire, on tendrait plutôt vers un *équilibre dynamique*, avec une augmentation de la prévalence des incapacités, mais une diminution de leur sévérité et de leur impact sur la qualité de vie. Les recherches ont abordé ces scénarios par différentes approches. Une approche vise à analyser la charge que représentent les maladies chroniques et leurs conséquences, traduite en termes d'« années de bonne santé perdues »¹. Une autre approche vise à intégrer la notion de qualité de vie à la définition de la santé, en mobilisant des indicateurs

1. Le *Global Burden of diseases*, comme les indicateurs d'espérances de vie ajustées sur l'incapacité et la qualité des années vécues (Daly's), associe à chaque maladie un poids représentant leur risque d'incapacité, servant *in fine*, à partir des prévalences des maladies dans les populations, à « dévaluer » les années de vie de ces populations pour fournir une mesure agrégée du niveau de santé.

subjectifs incluant le bien-être². Une approche par les incapacités, en écho à la classification internationale du handicap de l'Organisation mondiale de la santé [71], vise à mesurer différents niveaux d'atteintes du fonctionnement des personnes; basés sur ces mesures, les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) rendent compte de la dynamique conjointe de la mortalité et de la morbidité. C'est sur cette dernière approche que se concentre cet article.

Il se propose de ré-analyser les tendances françaises d'EVSI au cours des trente dernières années à la lumière des scénarios d'équilibre dynamique, de compression et d'expansion des années de vie en incapacité, et de mettre en évidence les disparités ou évolutions contrastées selon la période, le sexe ou le statut social.

Les EVSI et les mesures de l'incapacité

Les EVSI sont le nombre moyen d'années vécues avec/sans incapacité au sein de l'espérance de vie en combinant les données de survie et de santé [65]. Les estimations reposent sur des données d'incapacité d'enquêtes en population (souvent déclaratives) dont disposent aujourd'hui de nombreux pays. Les EVSI font partie de la famille des espérances de santé, dont il existe autant de déclinaisons que de mesures de la santé dans ces enquêtes (EV en bonne santé perçue, sans maladie chronique, etc.). L'analyse des déterminants et des évolutions des EVSI sert à la compréhension des dynamiques de santé et des inégalités. À ce titre, l'Union européenne a introduit une EVSI sous le nom de *Healthy Life Years* parmi les indicateurs majeurs de la stratégie de Lisbonne 2000-2010 [39].

Les incapacités constituent une dimension de la santé intéressante pour apprécier les conséquences du vieillissement de la population. Elles appréhendent, non pas les maladies ou les troubles parfois difficiles à repérer dans les enquêtes déclaratives, mais leurs répercussions sur les fonctions (difficultés à voir, marcher, etc.) et/ou le fonctionnement (difficultés dans les activités), telles que ressenties par les personnes. Elles fournissent ainsi une mesure d'un état de santé altéré et une approche fonctionnelle de la qualité de vie.

La pertinence de l'approche par les incapacités est accrue lorsque les enquêtes permettent de distinguer les différents niveaux évoqués ci-dessus : les *limitations fonctionnelles* sont les conséquences de maladies ou d'accidents sur les grandes fonctions de l'organisme (troubles de la vision, de la marche, etc.); les *restrictions d'activité* (travail, domicile, loisirs, etc.) reflètent les gênes que peuvent engendrer ces limitations fonctionnelles dans les activités quotidiennes. La *perte d'autonomie* et la *dépendance* correspondent aux situations dans lesquelles l'état fonctionnel affecte des activités essentielles, au point de rendre les personnes dépendantes de l'assistance d'un tiers pour les réaliser. La distinction de

ces différents niveaux permet de décrire des situations et des besoins différents, et de comprendre leurs évolutions spécifiques, qui peuvent varier dans le temps, selon les groupes de population ou selon les pays. Les enquêtes françaises ont progressivement enrichi leur questionnaire d'indicateurs permettant ces distinctions. Il faut toutefois souligner que en dépit d'un nombre important de sources de données d'incapacités, notamment en France, des différences dans les méthodologies et formulations de questions d'enquêtes limitent souvent les possibilités de comparaisons dans le temps ou entre pays. Des efforts d'harmonisation ont été faits au fil du temps, mais les analyses comparatives restent délicates. Pour autant, des analyses sont possibles sur la base des quelques séries temporelles ou d'une approche multisources visant à mobiliser l'ensemble des informations disponibles.

La compression des incapacités dans les années 1980

Les premiers calculs d'EVSI réalisés en France datent des années 80. L'incapacité est alors mesurée par une seule question générale sur les *gênes ou handicaps* (modérés ou sévères) posée dans l'enquête décennale santé de 1980-81, puis dans celle de 1991-92. Au début des années 80, l'EV à la naissance des hommes s'établit à 71 ans, dont 87 % (soit 62 ans) *sans incapacité*, celle des femmes de 79 ans, dont 85 % *sans incapacité* (soit 67 ans). Les femmes françaises ont une des espérances de vie les plus élevées. Elles vivent bien plus longtemps que les hommes français et plus longtemps sans incapacité; mais elles vivent aussi plus longtemps qu'eux avec des incapacités. Au cours des années 80, les années de vie gagnées ont été des années *sans incapacité sévère* pour les hommes et les femmes, et même *sans incapacité modérée* pour les hommes. Au regard du contexte international, cette situation est atypique, présentant une *compression de l'incapacité*, quel que soit le niveau de sévérité de l'incapacité, quand d'autres pays connaissent une évolution moins favorable des niveaux modérés [59] (figure 1).

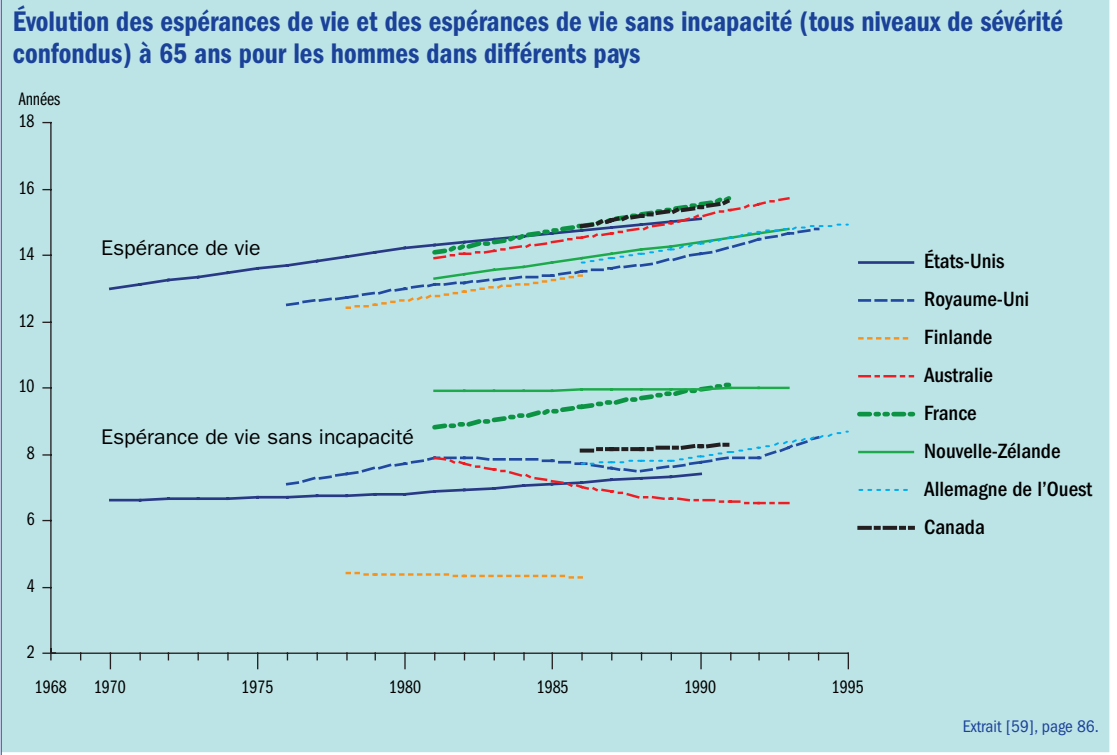
L'équilibre dynamique des années 90

Pour les années 90, on dispose d'une plus grande variété d'indicateurs d'incapacité, qui a permis d'affiner les analyses. Les quelques sources de données permettant l'étude des évolutions dans le temps indiquent que l'espérance de vie *sans restrictions pour les soins personnels* augmentent, alors que l'espérance de vie *sans limitation d'activités générales*, qui représente une forme moins sévère et plus courante de gênes, stagne. Les années d'espérance de vie gagnées s'accompagnent de difficultés dans certaines activités, mais pas de *restriction sévères*. C'est donc une forme d'*équilibre dynamique* qui caractérise cette décennie. Les troubles fonctionnels, courants aux grands âges, seraient mieux repérés et mieux gérés, ce qui permettrait d'allonger les années vécues avec ce type d'incapacités mais tout

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 83.

2. Il s'agit de mesures visant à appréhender la qualité de vie à travers des questions abordant le ressenti et le fonctionnement des personnes (notamment le MOS-36 Short Form, ou SF-36).

figure 1



en limitant ou en retardant leur impact sur les activités quotidiennes essentielles.

De larges inégalités sociales

Le niveau élevé en France des EVSI au cours des années 80 masque des inégalités sociales importantes. Les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres et vivent plus d'années de *gênes* ou *handicap* qu'eux au cours de cette vie plus courte ; ces inégalités n'ont pas diminué dans la décennie 80. Les données issues de l'enquête Santé de 2002-2003 montrent que ces inégalités sont toujours très larges au début des années 2000 et concernent toutes les dimensions de l'incapacité : les cadres, à 35 ans, ont 10 années de plus que les ouvriers d'espérance de vie *sans limitations fonctionnelles* et 7 années de plus *sans restrictions pour les soins personnels*. Les EVSI partielles, calculées entre 50 et 65 ans, indiquent aussi des chances inégales d'atteindre l'âge de 65 ans, et donc l'âge de la retraite, sans incapacité (figure 2) : sur les 15 ans à vivre dans cette tranche d'âge, les hommes cadres peuvent espérer vivre en moyenne 12 ans *sans limitations fonctionnelles* (physiques ou sensorielles), contre 9 ans pour les ouvriers.

Une tendance moins favorable dans les années récentes

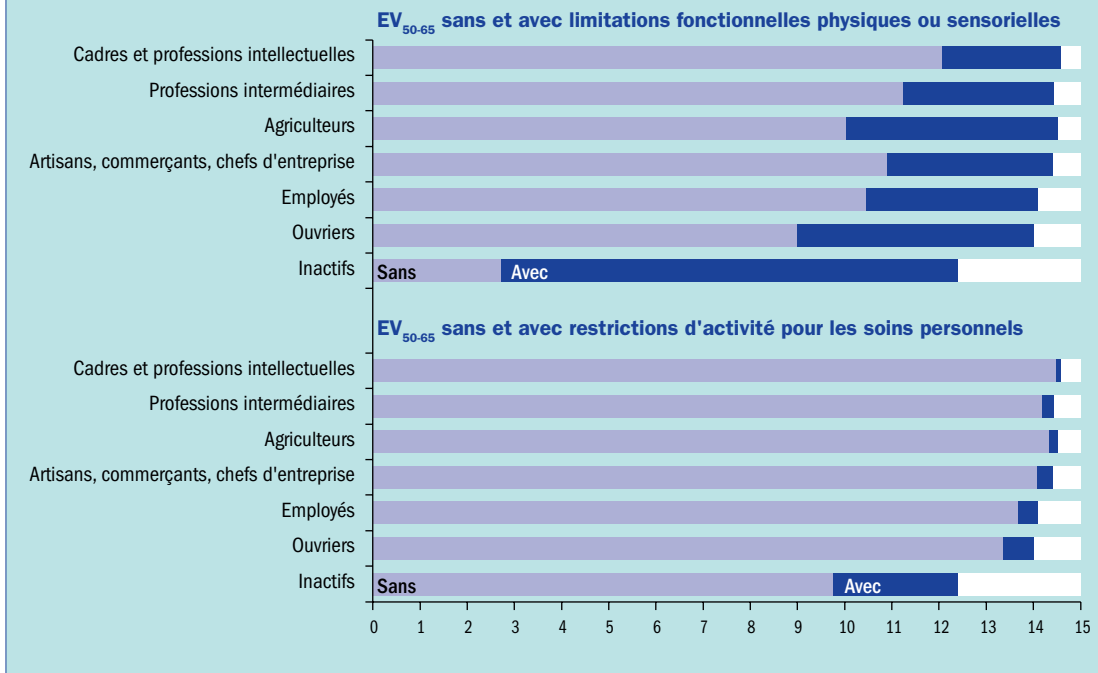
Depuis le début des années 2000, l'espérance de vie a continué d'augmenter, un peu plus rapidement pour

les hommes que pour les femmes. L'utilisation des enquêtes disponibles a permis de nouvelles estimations d'EVSI, notamment pour les plus de 50 ans (figure 3) [12]. En 2008, l'espérance de vie à 50 ans était de 30 ans pour les hommes et 36 ans pour les femmes, dont respectivement 46 % et 38 % étaient vécus *sans limitations fonctionnelles physique ou sensorielle*, 86 % et 84 % *sans limitations fonctionnelles cognitives*. Les *gênes pour les soins personnels* occupent 10 % de l'espérance de vie des hommes et de 15 % de celle des femmes et les *limitations d'activité générale* respectivement 40 % et 50 %.

On a pu aussi dégager des tendances d'évolution récentes. En distinguant les années vécues entre 50 et 65 ans et les années vécues après 65 ans, on met au jour des conclusions nouvelles pour les années 2000. Au-delà de 65 ans, la tendance antérieure semble se poursuivre avec un équilibre dynamique qui repose sur une expansion des années vécues avec des limitations fonctionnelles et des limitations d'activité générale, du moins pour les hommes, mais sur une compression des années vécues avec des restrictions dans les activités de soins personnels. Avant 65 ans, on constate une tendance à la baisse de la plupart des EVSI, plus prononcée pour les femmes : des espérances de vie sans limitation fonctionnelle et sans limitation d'activité générale (pour les deux sexes), et sans restrictions dans les activités domestiques pour les femmes.

figure 2

Espérances de vie et espérances de santé partielle (50-65 ans) pour les hommes selon la catégorie socioprofessionnelle en 2003



Seules les espérances de vie avec des gênes dans les activités de soins personnels semblent poursuivre une compression.

De la compression à l'expansion des incapacités

La France s'inscrivait dans un schéma de compression de l'incapacité dans les années 80 et d'équilibre dynamique dans les années 90. Elle semble maintenant suivre un schéma d'expansion de l'incapacité pour les générations actuelles des 50-65 ans, non seulement pour les limitations fonctionnelles comme précédemment observé, mais aussi pour les gênes dans certaines activités du quotidien. Même si ces résultats doivent être commentés avec prudence (évolutions peu significatives au regard des effectifs d'enquêtes ; variations des indicateurs d'une enquête à l'autre), ils semblent être confortés par l'utilisation de nombreuses enquêtes (proximité des estimations, cohérence dans les tendances).

Comment alors expliquer les évolutions pour la France qui passent par la réalisation successive des « trois théories » (compression, équilibre et expansion) en trois décennies ? La tendance la plus récente peut être due à une meilleure survie de personnes atteintes de maladies chroniques ou troubles fonctionnels dans la population adulte. Une autre piste repose sur la nature déclarative des données : l'augmentation des attentes et des connaissances en matière de santé

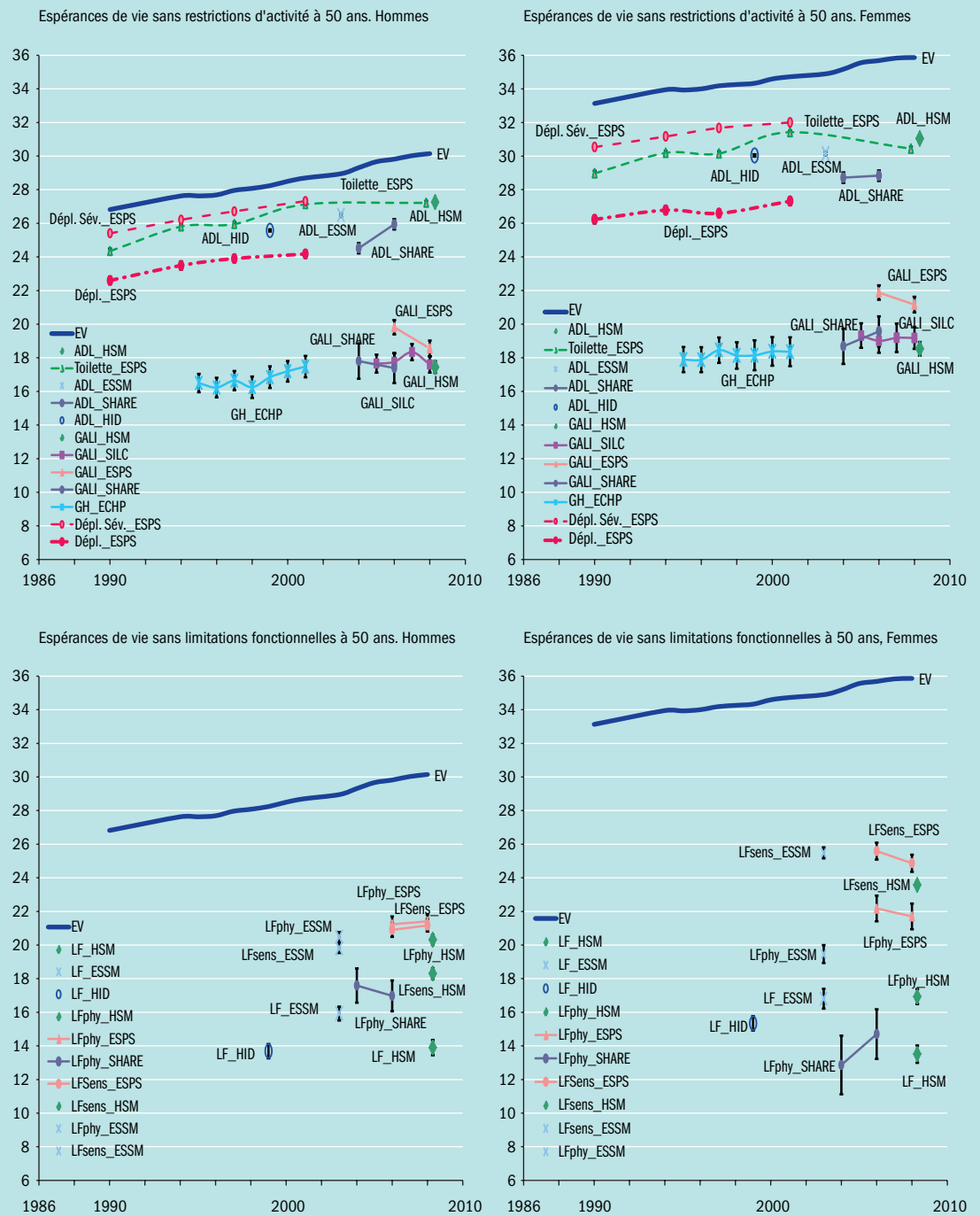
dans la nouvelle génération des 50-65 ans pourrait engendrer une prise de conscience plus forte des troubles et gênes, et une plus grande propension à les déclarer.

Mais cette tendance peut aussi révéler une augmentation des incapacités dans cette tranche d'âge, liée par exemple aux changements de comportements de santé au fil des générations (tabac, alimentation, etc.). Les évolutions sociales et professionnelles peuvent aussi avoir modifié les expositions aux risques d'incapacité d'une partie de la population, notamment pour les femmes, de ces générations plus nombreuses à travailler et à cumuler des charges professionnelles, familiales et domestiques. Plus généralement, les fins de carrière peuvent s'être avérées plus difficiles pour certains dans les années récentes.

La surveillance de l'évolution de la santé, en particulier fonctionnelle, de la population est essentielle pour la planification des soins et de la prise en charge de la perte d'autonomie. Mais elle est devenue aussi un enjeu majeur pour les politiques sociales dans un contexte d'attente croissante en matière de participation sociale et professionnelle au-delà de 50 ans. À cet égard, les résultats présentés dans cette étude, notamment pour les 50-65 ans, invitent à suivre de près l'évolution des EVSI, y compris à ces âges clés, et à poursuivre les recherches sur les déterminants de la santé fonctionnelle. ?

figure 3

Évolutions des espérances de vie sans incapacité à 50 ans de 1988 à 2008



Espérances de vie sans limitations fonctionnelles : EVSI_LF : sans limitations fonctionnelles (physiques et/ou sensorielles) (HID1999 ; HSM2008 ; SHARE2004, 2006 ; ESPS2008)/EVSI_LFp : sans limitations fonctionnelles physiques (HID1999 ; HSM2008 ; SHARE2004, 2006 ; ESPS2008)/EVSI_LFs : sans limitations fonctionnelles sensorielles (HID1999 ; HSM2008 ; ESPS2004-2008)/EVSI_LFc : sans limitations cognitives sévères (HSM2008 ; ESPS2004-2008).

Espérances de vie sans restrictions d'activité : EVSI_ADL : sans restrictions ADL (HSM2008 ; SHARE2004, 2006)/EVSI_toilette : sans restrictions pour la toilette (ESPS1998-2008)/EVSI_IADL : sans restrictions d'activité domestique (HSM2008 ; SHARE2004, 2006)/EVSI_GALI : sans limitations d'activité de long terme (HSM2008 ESPS2004-2008 ; SILC2004-2007 ; SHARE2004, 2006).