
L'allongement de l'espérance de vie en Europe

Quelles conséquences pour l'état de santé

The health implications of the increase in life expectancy in Europe

Emmanuelle Cambois et Jean-Marie Robine



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/ress/3744>

DOI : 10.4000/ress.3744

ISBN : 1663-4446

ISSN : 1663-4446

Éditeur

Librairie Droz

Édition imprimée

Date de publication : 15 mai 2017

Pagination : 41-67

ISSN : 0048-8046

Référence électronique

Emmanuelle Cambois et Jean-Marie Robine, « L'allongement de l'espérance de vie en Europe », *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], 55-1 | 2017, mis en ligne le 15 mai 2020, consulté le 19 janvier 2021. URL : <http://journals.openedition.org/ress/3744> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ress.3744>

© Librairie Droz

L'ALLONGEMENT DE L'ESPÉRANCE DE VIE EN EUROPE

QUELLES CONSÉQUENCES POUR L'ÉTAT DE SANTÉ

EMMANUELLE CAMBOIS & JEAN-MARIE ROBINE

Paris, INED / Montpellier, INSERM – Paris, EPHE
cambois@ined.fr / jean-marie.robine@inserm.fr

Résumé. Depuis une trentaine d'années, face à l'allongement de l'espérance de vie, chercheurs et acteurs de santé publique s'interrogent sur les répercussions attendues sur la santé : gagne-t-on des années de bonne santé ou vit-on plus longtemps avec des maladies ? Ces interrogations découlent d'une augmentation de la survie aux grands âges, plus exposés aux problèmes de santé, mais aussi de la plus grande survie avec certaines maladies et incapacités dont la létalité diminue. En réponse à ces questions, les indicateurs d'espérance de vie en santé ont apporté la dimension qualitative au décompte des années de vie. Et les « années de vie en bonne santé », basées sur une mesure de la santé fonctionnelle, ont été ajoutées à la liste des indicateurs structurels de l'Union européenne. Calculées annuellement depuis 2008, elles permettent de suivre l'évolution concomitante de l'espérance de vie et des années vécues avec et sans limitation d'activité dans les pays européens et d'éclairer les disparités entre pays.

Mots-clés : années de vie en bonne santé, espérance de vie, espérance de vie en santé, Europe, vieillissement.

Abstract. Over the last thirty years, researchers and public health actors have been investigating the potential health impact of increasing life expectancy: are we gaining healthy years or do we live longer with diseases? These questions arise as a consequence of increased survival to older ages at which health problems are common, and increased survival with diseases and disabilities whose lethality has decreased. In response to these questions, health expectancy indicators now provide a measure of both the quantitative and the qualitative dimensions of the years lived. And "healthy life years", based on a functional health measurement, have been added to the European Union's list of structural indicators. Calculated annually since 2008, they track the concomitant changes in life expectancy and years lived with and without activity limitations in European countries and shed light on the disparities between countries.

Keywords: ageing, Europe, health expectancy, healthy life years, life expectancy.

I. CONTEXTE

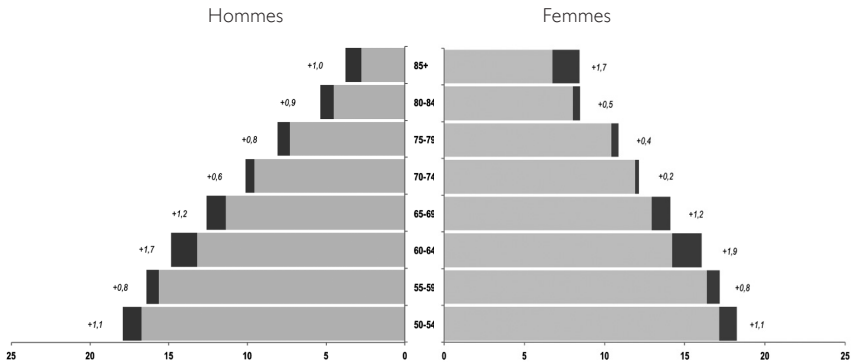
I.1. LA DIMINUTION DE LA MORTALITÉ, L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES

La mortalité a beaucoup diminué au cours des dernières décennies. Les progrès sanitaires, médicaux et sociaux ont permis de réduire les risques de santé et d'augmenter les chances de survie à chaque âge. L'augmentation s'est poursuivie sur la période récente sur laquelle porte cette étude : entre 2008 et 2014, l'espérance de vie à la naissance des femmes de l'Union européenne (des 27 puis des 28 pays membres) est passée d'environ 83,5 ans à 84,5 ans, soit une année gagnée sur la période. Pour les hommes, l'espérance de vie à la naissance est passée d'un peu plus de 76 ans à 78 ans, soit 2 années gagnées. Ces valeurs élevées, notamment pour les femmes en France, en Espagne et en Italie, résultent de l'augmentation assez régulière de l'espérance de vie dans ces pays, mais qui contraste avec des tendances moins favorables et plus irrégulières dans d'autres pays d'Europe. Les gains d'espérance de vie ont d'abord été le résultat de la réduction de la mortalité infantile, aujourd'hui ils concernent davantage la réduction des décès aux plus grands âges dans la plupart des pays européens (Meslé et Vallin, 2011). Les gains d'espérance de vie récents ont ainsi surtout concerné les années vécues après 50 ans ; l'espérance de vie à 50 ans de l'Union européenne est passée de presque 34 ans à presque 35 ans chez les femmes et de presque 29 ans à un peu plus de 30 ans chez les hommes entre 2008 et 2014.

L'allongement de la durée de vie en Europe s'accompagne d'une augmentation de la population des plus de 50 ans. L'ensemble des 28 pays membres de l'Union européenne comptait 179 millions de personnes âgées de 50 ans ou plus en 2008 et 195 millions en 2014 ; des femmes pour environ 55 % de l'ensemble. Chaque groupe d'âges au-delà de 50 ans a connu une augmentation de ses effectifs (cf. Figure 1), les sexagénaires et les plus de 85 ans davantage que les autres, sous le double effet de la baisse de la mortalité et des fluctuations des classes d'âges pleines et creuses atteignant ces différents âges. Au vu des effectifs grandissants de personnes âgées et très âgées, la question de leurs besoins en matière de soins de santé et, pour les plus affectés, d'assistance dans les activités du quotidien, est une priorité des politiques de santé publique (Rechel *et al.*, 2013).

L'évolution de l'état de santé de la population aux grands âges est au cœur des débats académiques depuis les années 1980. On s'est interrogé sur la qualité des années gagnées à des âges où les troubles de la santé sont nombreux : gagne-t-on des années de bonne santé ou vit-on plus longtemps avec des maladies ? Trois scénarios ont structuré les recherches de ce champ. Dans le premier, l'allongement de l'espérance de vie aux âges élevés, et l'augmentation du nombre des personnes atteignant ces âges, conduiraient à une pandémie des troubles de santé, notamment mentaux, et à une *expansion* des années d'incapacité au sein de l'espérance de vie (Kramer, 1980). Dans le deuxième scénario, les gains d'espérance de vie s'estomperaient, atteignant une limite ; les progrès conduiraient à une *amélioration* de l'état de santé de la population, avec une *compression* de la part des années vécues en mauvaise santé au sein de l'espérance de vie (Fries, 1980). Le troisième scénario envisageait un *équilibre dynamique* : la combinaison d'une augmentation des problèmes de santé courants, mais d'une diminution de leur sévérité et de leur conséquence en termes d'incapacité (Manton, 1982). Pour répondre à ces nouveaux questionnements, en complément du suivi des espérances de vie, les indicateurs d'espérance de vie en santé ont été utilisés pour apporter une dimension qualitative à la mesure quantitative des années de vie (Robine, Romieu et Michel, 2003).

Figure 1. Effectifs par groupe d'âge quinquennal de l'Union européenne des 28 pays membres



Note: effectifs de 2008 (clair) et différence avec les effectifs de 2014 (foncé) (en millions).

Source: Eurostat.

1.2. ESPÉRANCES DE VIE, ESPÉRANCES DE VIE EN SANTÉ, ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ

Les espérances de vie en santé sont des indicateurs populationnels et conjoncturels qui mesurent le nombre moyen d'années que l'on peut espérer vivre dans un état de santé donné compris dans l'espérance de vie, compte tenu des conditions médicales, sanitaires et sociales du moment. Il existe autant d'indicateurs d'espérance de vie en santé que de dimensions de la santé mesurables à l'échelle des populations ; les plus courants s'appuient sur la santé fonctionnelle (espérance de vie sans incapacité, sans limitation fonctionnelle, etc.). La santé fonctionnelle mesure les conséquences que peuvent avoir des maladies ou des lésions traumatiques sur les fonctions de l'organisme (locomotion, vision, mémoire, etc.) et leurs répercussions sur l'accomplissement des activités du quotidien (soins personnels, travail, tâches domestiques, etc.). Dans le cadre de l'analyse de la santé des plus âgés, les indicateurs de santé fonctionnelle sont souvent privilégiés. D'abord, leur mesure effectuée en population générale (à travers des enquêtes déclaratives classiques) est plus robuste que celle des maladies ; les maladies sont parfois difficiles à repérer et donc à déclarer dans les enquêtes par les personnes, la déclaration dépendant notamment de la connaissance qu'ont les personnes de leur état de santé ou d'un éventuel diagnostic obtenu auprès d'un médecin. Les problèmes de santé fonctionnelle sont plus faciles à déclarer par les personnes qui sont interrogées sur des gênes rencontrées dans des circonstances particulières (e.g. voir clairement les caractères d'un journal, entendre ce qui se dit dans une conversation à plusieurs, monter et descendre un étage, etc.) ou encore sur leurs difficultés à accomplir des activités usuelles (faire sa toilette, se nourrir, faire ses courses, etc.). Ensuite la santé fonctionnelle permet d'appréhender des situations de santé critiques, notamment lorsque la mauvaise santé porte atteinte à l'autonomie des personnes dans des activités élémentaires, nécessitant une prise en charge ; cette dimension de la santé permet alors d'évaluer les besoins potentiels en termes de soins mais aussi d'assistance.

Dans ce contexte, l'Union européenne s'est dotée d'un indicateur de la famille des espérances de vie sans incapacité en 2004. Baptisé « Années de vie en bonne santé » (*healthy life years*), cet indicateur décompte, pour l'ensemble et pour chacun des pays membres, le nombre moyen d'années de vie sans limitation

d'activité à partir des données issues de l'enquête EU-SILC (*European statistics on income and living conditions*) et de la question GALI (*Global Activity Limitation Indicator*) : «êtes-vous limité-e depuis plus de 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement». Cet indicateur général reflète un état de santé fonctionnel dégradé dans lequel des maladies et lésions ont rendu difficile l'accomplissement d'activités usuelles. Il prend en compte des restrictions dans toutes sortes d'activités et comprend à ce titre les situations les plus critiques, telles que la dépendance de l'aide d'une tierce personne pour l'accomplissement des activités de soins personnels. Différentes études ont montré les performances de cet indicateur. Des comparaisons avec d'autres mesures d'incapacité plus détaillées montrent qu'il cible effectivement des personnes dont les gênes fonctionnelles (difficultés à se déplacer, à voir, à entendre, etc.) limitent la réalisation d'un certain nombre d'activités (Berger, Van der Heyden et Van Oyen, 2015 ; Cabrero-Garcia et Julia-Sanchis, 2014 ; Cambois, Robine et Mormiche, 2007 ; Cox et al., 2009 ; Jagger et al., 2010 ; Verropoulou, 2014). L'indicateur apparaît assez stable selon différentes caractéristiques des répondants ; c'est-à-dire qu'à état de santé et gênes fonctionnelles similaires, la probabilité de se déclarer limité ne varie pas significativement selon l'âge ou le statut social (Tubeuf et al., 2008). Le fait de déclarer des limitations d'activité s'avère par ailleurs prédictif de mortalité (Van der Heyden, Berger et Van Oyen, 2015a) et de consommation de soins, y compris pour les niveaux modérés de limitations (Van der Heyden et al., 2015b). Toutefois, la comparaison directe des niveaux d'incapacité entre pays à partir de l'indicateur de limitation d'activité reste délicate : du fait de protocoles d'enquête différents et ou de traduction de la question qui peut encore s'écarter de la formulation «standard» dans quelques pays¹ et du fait de différences culturelles dans la perception des limitations d'activité et donc dans leur déclaration. Par ailleurs, l'interprétation des différences entre pays européens est complexe car ces différences résultent du contexte du moment, mais aussi

1 Les formulations de la question dans chaque pays ont fait l'objet d'un travail d'harmonisation en 2008 ; des différences restent notables dans quelques pays. On observe aussi des modifications des questions à différentes dates.

des histoires extrêmement diverses des générations d'Européens en présence (par exemple, pour les plus de 50 ans, l'ensemble des générations nées avant 1958 en 2008). Les dernières analyses effectuées par l'Insee en vue des projections de la population française ont ainsi mis en évidence une stagnation des taux de mortalité spécifiques aux générations 1941-1953 pour les hommes et 1941-1956 pour les femmes ; les générations précédentes et suivantes ayant des taux de mortalité à la baisse (Blanpain et Buisson, 2016).

En dépit de ces différences difficiles à expliquer, la surveillance de ces indicateurs au niveau européen et de leur évolution permet de suivre les dynamiques de mortalité et de la santé et d'appréhender les besoins en matière de soins et d'assistance. Dans le cadre du « Partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé », l'Union européenne s'est fixée l'objectif en 2010 de *prolonger de deux ans la durée de vie en bonne santé des Européens d'ici 2020*² : il s'agit d'améliorer la qualité de vie des plus âgées et de renforcer l'efficacité des systèmes de santé. Cet objectif imposait un rythme moyen d'accroissement soutenu, plus important que celui qui prévalait au moment où il a été fixé, dans un contexte où on observait une augmentation des disparités entre les pays (Jagger et al., 2013 ; Lagiewka, 2012). Les dernières estimations publiées par Eurostat pour l'année 2014 permettent de faire le point sur les différences et tendances récentes au sein de l'Union Européenne.

2 Commission européenne, DG Santé et sécurité alimentaire, Santé publique « *European Innovation Partnership* » : <http://ec.europa.eu/health/ageing/innovation/index_fr.htm>.

2. ESPÉRANCES DE VIE À 50 ANS DES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE

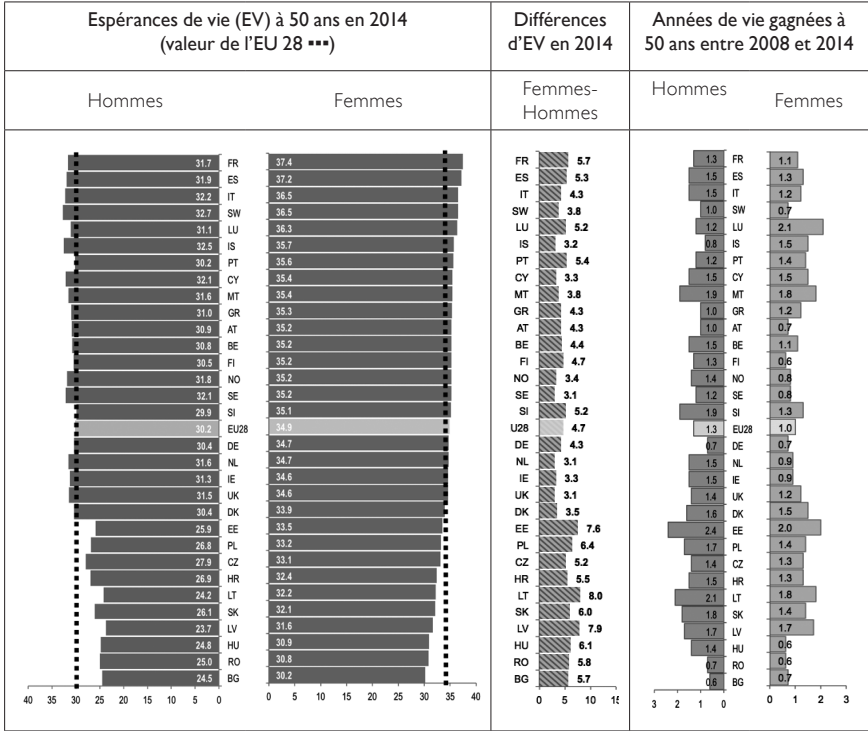
2.1. EN 2014, 24 ANS D'ESPÉRANCE DE VIE À 50 ANS POUR LES LETTONS ET 37 ANS POUR LES FRANÇAISES

En 2014, l'espérance de vie à 50 ans des femmes des pays membres de l'Union européenne (EU28) atteignait 34,9 ans et celles des hommes 30,2 ans (cf. Figure 2). Ces moyennes masquent des disparités très fortes entre les 28 pays membres et leurs voisins (Suisse, Norvège et Islande). Elle varie d'un peu plus de 30 ans en Bulgarie jusqu'à plus de 37 ans en France et en Espagne chez les femmes. Chez les hommes, la dispersion est d'environ 9 années, allant de 24 ans en Lettonie jusqu'à presque 33 ans en Suisse. Quel que soit le niveau de l'espérance de vie, on constate un avantage féminin. Si l'écart femmes-hommes est en moyenne de 4,7 ans pour les 28 pays membres, il est particulièrement marqué dans les pays baltes (autour de 8 années d'écart) du fait d'un niveau d'espérance de vie particulièrement bas chez les hommes. Il est aussi marqué en France (près de 6 ans) où l'espérance de vie des femmes est la plus élevée de ces pays. L'écart est moins marqué dans les pays nordiques, au Royaume-Uni, en Irlande, en Islande, aux Pays-Bas, ainsi qu'à Malte et à Chypre.

2.2. UN PEU PLUS D'UNE ANNÉE D'ESPÉRANCE DE VIE À 50 ANS GAGNÉE ENTRE 2008 ET 2014

À l'échelle de l'Union européenne, les hommes ont gagné 1,3 année d'espérance de vie à 50 ans et les femmes 1 an. Les évolutions de l'espérance de vie ont été assez différentes selon le pays, et au sein de certains pays selon le sexe ; c'est le cas au Luxembourg, en Hongrie, en Islande, ou dans une moindre mesure en France, en Espagne ou en Italie. Les gains d'espérance de vie à 50 ans ont été plus importants en Slovénie, Estonie, Lituanie, pays où l'espérance de vie était plutôt basse, et moins importants dans les pays nordiques, excepté au Danemark, où l'espérance de vie était plutôt élevée. Cependant, la figure 3 indique qu'il n'y a pas de tendance d'évolution qui soit clairement liée au niveau de l'espérance de vie : des pays à forte espérance de vie ont connu des gains dans la moyenne européenne, voire plus élevés, et des pays à faible espérance de vie ont eu de très faibles gains.

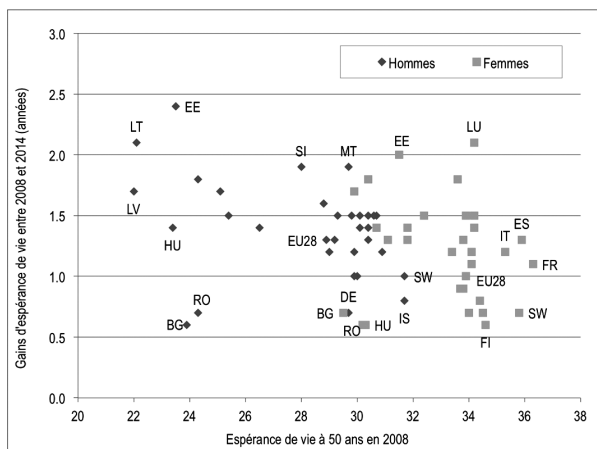
Figure 2. Espérance de vie à 50 ans en 2014 de l'ensemble de l'Union européenne des 28 pays et de chacun des pays de la Norvège, l'Islande et la Suisse (ordonnées selon les valeurs féminines)



Note : Autriche (AT), Belgique (BE), Bulgarie (BG), Croatie (HR), Chypre (CY), République Tchèque (CZ), Danemark (DK), Estonie (EE), Finlande (FI), France (FR), Allemagne (DE), Grèce (GR), Hongrie (HU), Islande (IS), Irlande (IE), Italie (IT), Lettonie (LV), Lituanie (LT), Luxembourg (LU), Malte (MT), Pays-Bas (NL), Norvège (NO), Pologne (PL), Portugal (PT), Roumanie (RO), Slovaquie (SK), Slovénie (SI), Espagne (ES), Suède (SE), Suisse (SW), Royaume-Uni (UK), Union européenne des 28 (EU28).

Source : Eurostat/JA-EHLEIS.

Figure 3. Espérance de vie à 50 ans en 2008 (abscisse) et années gagnées entre 2008 et 2014



Note: Autriche (AT), Belgique (BE), Bulgarie (BG), Croatie (HR), Chypre (CY), République Tchèque (CZ), Danemark (DK), Estonie (EE), Finlande (FI), France (FR), Allemagne (DE), Grèce (GR), Hongrie (HU), Islande (IS), Irlande (IE), Italie (IT), Lettonie (LV), Lituanie (LT), Luxembourg (LU), Malte (MT), Pays-Bas (NL), Norvège (NO), Pologne (PL), Portugal (PT), Roumanie (RO), Slovaquie (SK), Slovénie (SI), Espagne (ES), Suède (SE), Suisse (SW), Royaume-Uni (UK), Union européenne des 28 (EU28).

Source: Eurostat/JA-EHLEIS.

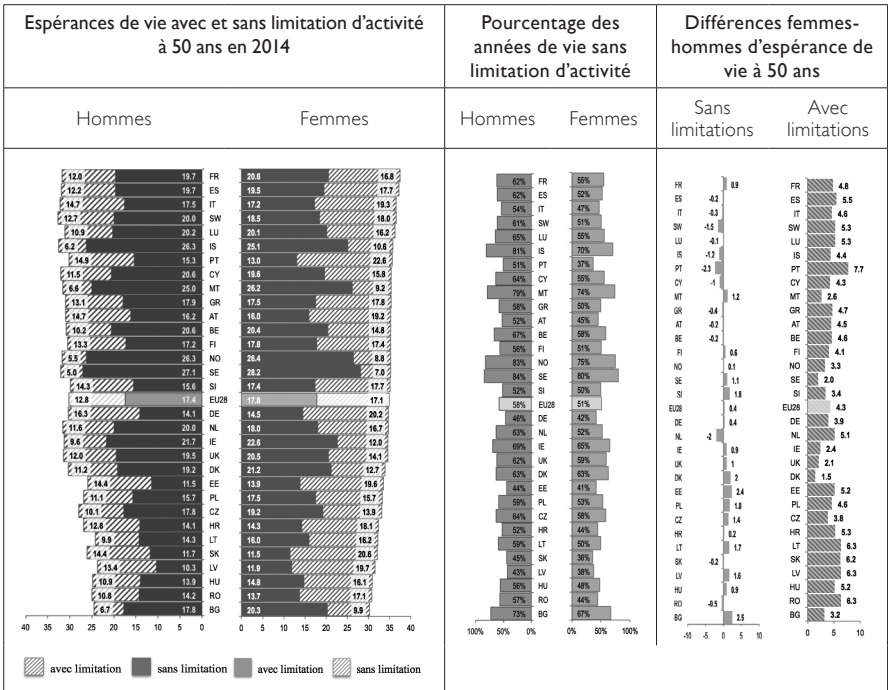
3. LES ESPÉRANCES DE VIE AVEC ET SANS INCAPACITÉ DES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE

3.1. DE LARGES DISPARITÉS DANS LA PART DES ANNÉES VÉCUES SANS INCAPACITÉ

Pour l'Union européenne des 28 pays membres, en 2014, sur les presque 35 années d'espérance de vie à 50 ans des femmes, 51 % sont vécues sans limitation d'activité (17,8 années). Chez les hommes, sur les 30 années d'espérance de vie à 50 ans, 58 % sont vécues sans limitation d'activité (17,4 années). Mais là encore, on trouve de fortes variations (cf. Figure 4). La part de l'espérance de vie sans limitation d'activité va de plus de 80 % en Suède, en Norvège ou en Islande, pour descendre en dessous des 40 % chez les femmes au Portugal, en Lettonie et en Slovaquie. Elle est faible aussi en Estonie et en Allemagne.

Figure 4. Espérance de vie avec et sans limitation d'activité à 50 ans en 2014, part des années vécues sans limitation dans l'espérance de vie totale et différences femmes-hommes dans les années de vie avec et sans limitation (valeurs ordonnées selon l'espérance de vie totale des femmes)

Ensemble de l'Union européenne des 28 pays, dans chacun des pays membres, en Norvège, Islande et Suisse.



Note: Autriche (AT), Belgique (BE), Bulgarie (BG), Croatie (HR), Chypre (CY), République Tchèque (CZ), Danemark (DK), Estonie (EE), Finlande (FI), France (FR), Allemagne (DE), Grèce (GR), Hongrie (HU), Islande (IS), Irlande (IE), Italie (IT), Lettonie (LV), Lituanie (LT), Luxembourg (LU), Malte (MT), Pays-Bas (NL), Norvège (NO), Pologne (PL), Portugal (PT), Roumanie (RO), Slovaquie (SK), Slovénie (SI), Espagne (ES), Suède (SE), Suisse (SW), Royaume-Uni (UK), Union européenne des 28 (EU28).

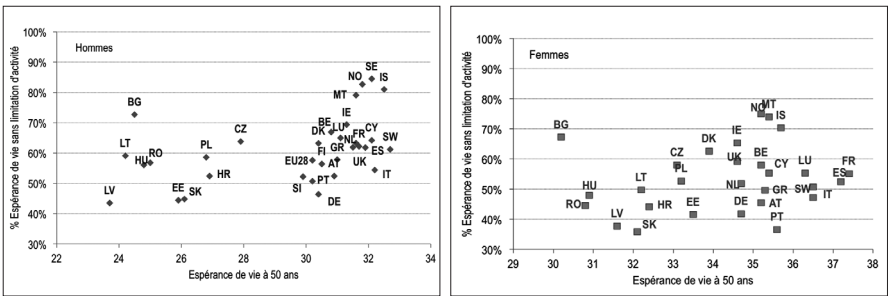
Source: Eurostat / JA-EHLEIS.

La figure 5 représente la part de l'espérance de vie vécue sans limitation d'activité en fonction des valeurs d'espérance de vie. Si on distingue clairement le groupe à faible espérance de vie pour les deux sexes, constitué de la grande partie des pays baltes et de l'est de l'Europe, la part des années

sans incapacité y est très dispersée. Un second groupe constitué de la Suède, la Norvège, l'Islande et Malte se détache aussi nettement avec à la fois une espérance de vie élevée et une large proportion vécue sans incapacité. Chez les femmes, un troisième groupe qui se détache est celui de la France, l'Espagne, l'Italie, la Suisse et le Luxembourg avec les valeurs d'espérance de vie les plus élevées, mais une part vécue sans limitation d'activité tout juste dans la moyenne. Enfin le Portugal, l'Allemagne, l'Autriche et la Slovénie forment un quatrième groupe caractérisé par une part d'années de vie sans limitation d'activité parmi les plus faibles. La Bulgarie présente une situation atypique avec une espérance de vie très basse, mais vécue en grande partie sans limitation d'activité (la question posée dans l'enquête Bulgare évoque des limitations dans les activités du quotidien mais aussi dans le travail, ce qui induit peut être une sélection plus forte que la question posée dans les autres pays).

Figure 5. Espérance de vie à 50 ans en 2014 (abscisse) et part des années vécues sans limitation dans l'espérance de vie totale (ordonnée)

Ensemble de l'Union européenne des 28 pays, dans chacun des pays membres, en Norvège, Islande et Suisse.



Note: Autriche (AT), Belgique (BE), Bulgarie (BG), Croatie (HR), Chypre (CY), République Tchèque (CZ), Danemark (DK), Estonie (EE), Finlande (FI), France (FR), Allemagne (DE), Grèce (GR), Hongrie (HU), Islande (IS), Irlande (IE), Italie (IT), Lettonie (LV), Lituanie (LT), Luxembourg (LU), Malte (MT), Pays-Bas (NL), Norvège (NO), Pologne (PL), Portugal (PT), Roumanie (RO), Slovaquie (SK), Slovénie (SI), Espagne (ES), Suède (SE), Suisse (SW), Royaume-Uni (UK), Union européenne des 28 (EU28).

Source: Eurostat / JA-EHLEIS.

3.2. L'ÉVOLUTION CONTRASTÉE DES ESPÉRANCES DE VIE AVEC ET SANS LIMITATION D'ACTIVITÉ À 50 ANS

Les évolutions annuelles ont été généralement modestes, peu significatives d'un point de vue statistique et quelque fois fluctuantes d'une année à l'autre (Cambois et Robine, 2016 ; Robine et Cambois, 2013). Nous avons préféré nous appuyer sur des valeurs moyennes (sur trois années) et comparer l'évolution entre deux périodes 2008-2010 et 2012-2014. Les séries produites ayant subi des modifications au fil du temps pour certains pays, nous n'avons conservé que les pays pour lesquels les protocoles et questions d'enquête sont inchangés sur la période (22 pays). La figure 6 fournit les espérances de vie avec et sans incapacité aux deux périodes ainsi que les pertes ou gains par pays entre les deux périodes.

Les hommes de ces 22 pays ont gagné en moyenne à 0,5 année sans limitation d'activité et 0,4 année avec des limitations et les femmes respectivement 0,3 an et 0,4 an ; parmi les pays appartenant à l'Union européenne, les gains d'années de vie sans limitation d'activité ont été de 0,4 an pour les hommes et de 0,3 pour les femmes et les gains d'années de vie avec des limitations de 0,5 an pour les deux sexes. Là encore ces moyennes masquent de grandes différences selon le pays. Un certain nombre de pays a connu une évolution bien plus importante, avec un gain d'un an ou plus d'espérance de vie sans limitation : Malte, Irlande, Norvège et Slovaquie et, chez les hommes seulement, en France, Islande et Hongrie. Mais dans d'autres pays, l'espérance de vie sans limitation d'activité a stagné voire reculé pour l'un des deux sexes au moins : Allemagne, Pays-Bas, Danemark, Bulgarie, Estonie, Islande et Luxembourg ainsi qu'en Grèce et au Royaume-Uni pour les femmes. L'espérance de vie avec limitation d'activité s'est accrue d'une année ou plus en Grèce, au Royaume-Uni, en Estonie, au Luxembourg, au Danemark et en Lituanie.

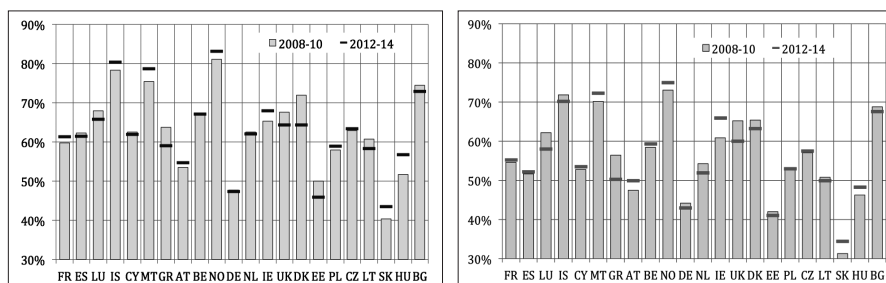
La figure 6 représente aussi les gains et pertes d'espérance de vie avec et sans limitations, en fonction des valeurs initiales ; comme pour l'espérance de vie totale, l'évolution ne semble pas systématiquement liée au niveau initial d'espérance de vie sans ou avec limitation. On ne perçoit pas une tendance à « l'essoufflement » des gains d'années de vie sans limitation dans les pays ayant des valeurs déjà élevées : la Norvège et Malte ont connu une progression plus

grande que d'autres pays. On ne perçoit pas non plus de rattrapage systématique dans les pays ayant des valeurs faibles : l'Estonie, la Lituanie et l'Allemagne ont très peu gagné sur la période.

Par ailleurs, même lorsqu'il y a eu des gains d'années de vie sans limitation d'activité, ceux-ci n'ont pas toujours été supérieurs aux gains d'espérance de vie totale. Ainsi, la part des années vécues sans limitation d'activité a été stable ou croissante dans 14 pays pour les hommes et pour les femmes ; une part croissante correspondant à une compression des années d'incapacité dans l'espérance de vie totale (cf. Figure 7). En Belgique, Pologne, République Tchèque pour les hommes, ainsi qu'en France, Espagne, Chypre et République Tchèque pour les femmes, un peu plus d'années sans limitation d'activité que d'années avec des limitations ont été gagnées (compression relative des années de limitation d'activité). Pour l'Autriche, Malte, la Norvège, l'Irlande, la Slovaquie et la Hongrie pour les deux sexes, ainsi que la France et l'Islande pour les hommes et la Belgique pour les femmes, qui ont même vu leur espérance de vie avec des limitations d'activité reculer, il y a eu une compression absolue des années d'incapacité au sein de l'espérance de vie. En revanche, la part de vie sans limitation a diminué au Luxembourg, en Grèce, au Royaume-Uni, au Danemark, en Estonie, en Lituanie et en Bulgarie pour les hommes et les femmes. Ces pays ont connu une expansion des années d'incapacité pour l'un et/ou l'autre des deux sexes.

Sur la période, les évolutions nationales d'espérance de vie ont généralement abouti à une stagnation des disparités entre les pays, avec une différence de 9 ans chez les hommes et d'un peu moins de 7 ans chez les femmes. Les disparités d'espérance de vie sans limitation d'activité au sein des pays membres considérés ont légèrement augmenté passant chez les hommes de 12,9 ans à 13,3 ans et chez les femmes de 14,2 à 14,4 (avec Malte pour les valeurs les plus élevées et la Slovaquie pour les valeurs les moins élevées) ; en intégrant les pays voisins, les disparités sont restées stables aux alentours de 15 ans, la Norvège ayant les valeurs les plus élevées pour les deux sexes.

Figure 7. Évolution de la part des années vécues sans limitations d'activité dans l'espérance de vie totale à 50 ans



Note: Autriche (AT), Belgique (BE), Bulgarie (BG), Croatie (HR), Chypre (CY), République Tchèque (CZ), Danemark (DK), Estonie (EE), France (FR), Allemagne (DE), Grèce (GR), Hongrie (HU), Islande (IS), Irlande (IE), Lituanie (LT), Luxembourg (LU), Malte (MT), Pays-Bas (NL), Norvège (NO), Pologne (PL), Slovaquie (SK), Slovénie (SI), Espagne (ES), Royaume-Uni (UK).

Source: Eurostat / JA-EHLEIS.

3.3. DES DISPARITÉS ET ÉVOLUTIONS D'ESPÉRANCE DE VIE SANS LIMITATION D'ACTIVITÉ LIÉES AUX CONDITIONS DE SANTÉ ET CONTEXTES SOCIOÉCONOMIQUES

Outre des différences résiduelles liées aux modes de collecte des enquêtes et à la formulation des questions, la grande variabilité des valeurs et des évolutions entre pays s'explique par des différences dans les contextes de ces pays. Ils influencent l'état de santé de la population. On constate que la santé des populations européennes diffère en termes de maladies prévalentes, notamment de maladies invalidantes, et de gênes fonctionnelles, ce qui peut expliquer des niveaux différents d'incapacité (Crimmins, Kim et Sole-Auro, 2011). En 2004, parmi les femmes de 50 ans et plus, 21 % des Danoises vs près de 47 % des Espagnoles déclaraient des symptômes dépressifs, 13 % des Autrichiennes vs 39 % des Italiennes des problèmes ostéo-articulaires, 13 % des Suisses vs 26 % des Espagnoles souffraient d'obésité ($IMC \geq 30$) ; 50 % des Danoises vs 64 % des Grecques déclaraient des gênes fonctionnelles. Une étude sur 10 pays européens montrait aussi que l'évolution des incapacités, différente d'un pays à l'autre, s'expliquait par l'évolution concomitante des maladies déclarées (Verropoulou et Tsimbos, 2016). Les Européens sont ainsi exposés à des risques spécifiques,

liés à leurs pratiques de santé et à leurs conditions de vie ou de travail, susceptibles d'induire des problèmes fonctionnels et des gênes dans les activités.

Les différences entre pays en matière d'espérance de vie et de limitations d'activité relèvent donc à la fois de différences dans les conditions de vie permettant de limiter les expositions à des risques de santé et dans les conditions socio-sanitaires permettant de gérer les problèmes de santé et de limiter leurs conséquences en termes de risque d'incapacité et de décès. Aussi, les systèmes de santé et de protection sociale très différents d'un pays à l'autre constituent des contextes plus ou moins propices à la prévention et à la prise en charge des problèmes de santé (Bergqvist, Yngwe et Lundberg, 2013 ; Brennenstuhl, Quesnel-Vallee et McDonough, 2012 ; Lundberg et al., 2008 ; Rechel et al., 2013). Ces contextes (accès aux soins, environnement, attitudes face au handicap, disponibilité d'aides techniques) sont susceptibles de faciliter ou de restreindre l'accomplissement des activités pour des personnes atteintes de troubles fonctionnels. Les conditions économiques des années récentes ont pu exacerber l'effet de ces différents facteurs pour une partie de ces populations (Karanikolos et al., 2013).

Dans le cadre du programme européen JA-EHLEIS (Robine et al., 2013), la dispersion des années de vie sans incapacité a été analysée au regard d'indicateurs structurels de l'Union européenne qui rendent compte du contexte socioéconomique des pays membres en 2005 et 2010 (Fouweather et al., 2015 ; Jagger et al., 2008). Il ressortait de ces analyses que les disparités d'espérance de vie sans limitation d'activité entre pays tendaient à s'accroître, notamment parmi les pays les plus nouvellement entrés dans l'Union, et que les indicateurs macroéconomiques de pauvreté et de précarité matérielle expliquaient en partie ces disparités, en particulier en 2010. Ces facteurs contextuels font écho aux différences d'espérance de vie avec et sans incapacité au sein des pays européens.

4. DES DIFFÉRENCES D'ESPÉRANCES DE VIE AVEC ET SANS INCAPACITÉ AU SEIN DES PAYS EUROPÉENS

4.1. POUR LES FEMMES, UNE VIE PLUS LONGUE, MAIS PLUS D'ANNÉES D'INCAPACITÉ

Les différences entre hommes et femmes sont notables. Les années de vie supplémentaires des femmes européennes (+4,7 années) sont principalement des années de limitation d'activité (+4,3 années). C'est en fait le cas dans chacun des pays de l'Union européenne. Les femmes vivent systématiquement plus longtemps que les hommes, mais avec plus d'années de limitation d'activité dans cette vie plus longue. Si généralement la plus grande longévité des femmes s'accompagne quand même aussi d'un léger avantage en termes d'années de vie sans limitation d'activité, ce n'est pas le cas dans les pays du sud de l'Europe, en Suisse, au Luxembourg, en Islande, en Autriche, en Belgique, aux Pays-Bas, en Slovaquie et en Roumanie. Au Portugal, les femmes après 50 ans vivent presque 8 années de plus que les hommes avec des limitations d'activité et plus de deux ans de moins sans ; elles vivent finalement plus longtemps avec que sans limitations d'activité.

Les différences entre hommes et femmes sont souvent qualifiées de paradoxales, les femmes vivant plus longtemps passant une plus grande partie de leurs années de vie avec des limitations d'activité. Il s'agit en fait plus vraisemblablement de différences notables dans les « profils » pathologiques des hommes et des femmes. En moyenne, les femmes ont plus souvent que les hommes des maladies de long cours fortement invalidantes, telles que les troubles mentaux et les troubles ostéo-articulaires. Les hommes ont plus souvent que les femmes des maladies et atteintes dont les risques vitaux associés sont très élevés (maladies cardiaques, cancers, lésions traumatiques) (Crimmins *et al.*, 2011). Des différences dans les conditions de vie des hommes et des femmes (configuration familiales, implication dans les activités familiales et professionnelles, ressources financières), peuvent contribuer à ces différences en matière de risques de santé et expliquer les écarts dans les maladies et dans leurs conséquences en termes d'incapacité (Annandale et Hunt, 2000 ; Arber, 2004 ; Cullati, 2014 ; Malmusi *et al.*, 2014 ; Matud, Bethencourt et Ibanez, 2015 ; McMunn, Bartley et Kuh, 2006 ; Struffolino, Bernardi et Voorpostel, 2016) :

niveau de vie, carrières, situations familiales sont autant de facteurs liés à l'état de santé et qui différencient les hommes et les femmes.

La variabilité des différences d'espérance de vie en incapacité entre les hommes et les femmes dépend là encore des contextes socioéconomiques (Van Oyen et al., 2010). Le projet européen JA-EHLEIS a aussi permis de montrer que l'ampleur des écarts d'années d'incapacité entre les sexes au sein de l'Europe des 25 pays membres (en 2005) était associés à un certain nombre d'indicateurs structurels macroéconomiques tels que le produit intérieur brut, la part des dépenses de protection sociale consacrée aux soins des plus âgés, le taux de pauvreté, le taux d'emploi, la part des moins instruits, les inégalités de revenus ou encore à l'âge moyen de sortie du marché du travail. Ces résultats corroborent les analyses montrant que les contextes de politiques publiques, plus ou moins avancés en termes d'égalisation des opportunités sur le marché du travail et d'amélioration de la conciliation avec les activités familiales, peuvent jouer sur la santé des femmes et l'ampleur des inégalités de santé entre les sexes (Avendano et al., 2015 ; Borrell et al., 2014 ; Campos-Serna et al., 2013 ; Palencia et al. 2014).

4.2. LES DIFFÉRENCES SOCIALES D'ESPÉRANCES DE VIE SANS INCAPACITÉ

Il existe de larges inégalités sociales en matière d'espérance de vie ; elles sont plus larges encore lorsque l'on s'intéresse aux années de bonne et de mauvaise santé. Quel que soit le pays, du fait de leurs conditions de vie moins favorables et de différences en matière d'accès aux soins, les moins favorisés socialement ont non seulement une espérance de vie plus courte, mais vivent en moyenne plus longtemps avec des incapacités (Crimmins et Cambois, 2003 ; Majer et al., 2010 ; Pongiglione, De Stavola et Ploubidis, 2015).

Dans le cadre du projet européen EURO-GBD-SE, des estimations d'espérance de vie sans limitation d'activité selon le niveau d'instruction ont été réalisées pour l'année 2005. Il s'agissait d'espérances de vie partielles, entre 30 et 79 ans, pour 8 pays de l'Union européenne (Maki et al., 2013). Les différences d'espérance de vie sans limitation d'activité entre niveaux d'instruction primaire et tertiaire allaient de 4 ans chez les hommes italiens (2 ans chez les

femmes) et atteignaient jusqu'à 10 ans en Lituanie (7,3 ans chez les femmes). Si les écarts sociaux d'espérance de vie et d'espérance de vie sans limitation d'activité sont moindres chez les femmes, ce n'est pas toujours le cas des écarts d'espérance de vie avec des limitations d'activité : ainsi en Lituanie, les hommes les moins instruits peuvent espérer vivre 1,1 année de plus avec des limitations d'activité que les plus instruits, chez les femmes, cet écart est de presque 3 ans.

Une étude sur l'Italie et les Pays-Bas montrait que chez les plus âgés, les différences en matière d'incapacité résultaient principalement de différences dans les risques de survenue de ces incapacités et très peu dans les chances de regagner de l'autonomie (adaptation), indiquant l'importance de la prévention et de la protection contre les risques d'incapacité (Huisman et al., 2005). Une autre étude montrait des variations dans les écarts sociaux au sein d'un même pays au fil des générations (Cambois et al., 2015). Cette étude montrait aussi une variation dans la nature de ces écarts : dans certains pays baltes et d'Europe de l'Est, mais aussi en Norvège, les écarts sociaux importants traduisaient un avantage relatif plus marqué des plus instruits par rapport au reste de la population que dans la moyenne des pays ; dans d'autres pays, c'était le désavantage des moins instruits par rapport au reste de la population qui était plus prononcé que dans la moyenne des pays (Danemark, Belgique, Italie, Hongrie, République Tchèque).

L'ampleur variable des écarts sociaux résulte là encore des contextes différents des pays européens en matière de prévention, de protection sociale, d'accès aux soins ou de pratiques à risque pour la santé (consommation de tabac, d'alcool, prévention, etc.) (Mackenbach, Karanikolos et McKee, 2013 ; Marmot et al., 2008). Les écarts de niveaux de vie peuvent également jouer. Ainsi, une partie de la variation européenne des écarts d'incapacité entre groupes sociaux s'explique aussi par des niveaux très variables de précarité matérielle (Cambois, Solé-Auró et Robine, 2016). Et l'on observe des inégalités d'ampleur différente au sein de régions ayant des systèmes de protection sociale proches, s'expliquant par la variation des écarts de revenus (Huijts, Eikemo et Skalicka, 2010). C'est une combinaison complexe d'effets des systèmes sociaux, des systèmes de soins, du développement économique, des conditions de vie

et des pratiques à risques pour la santé des pays qui expliquent les inégalités sociales et la variation de leur ampleur entre pays (Avendano, Jürges et Mackenbach, 2009 ; Eikemo et al., 2008 ; Huijts et al., 2010).

CONCLUSION

Les valeurs d'espérance de vie avec et sans limitation indiquent que les populations européennes passent un temps non négligeable après 50 ans avec des gênes dans les activités du quotidien, au minimum un tiers des années vécues et jusqu'à près de 70 %. Ces années vécues avec des limitations d'activité sont un problème de santé publique car, même si elles ne se limitent pas aux situations les plus sévères de dépendance, elles s'accompagnent d'une réduction de la participation sociale et de besoins accrus en matière de soins. Dans certains pays, ces années de vie avec des limitations empiètent sur les âges actifs, ce qui interroge sur la capacité d'une partie des populations européennes à maintenir un niveau d'activité satisfaisant, notamment professionnel ; au sein des pays européens, les chances de vivre sa retraite en bonne santé mais aussi d'atteindre l'âge de la retraite en bonne santé sont inégales.

Sur la période étudiée, l'espérance de vie a continué d'augmenter, même si on a pu observer des fluctuations ponctuelles. Nous sommes à mi-chemin de l'objectif de santé publique fixé en 2010 visant à gagner 2 années d'espérance de vie sans limitation d'activité d'ici 2020 en Europe. Dans les pays membres de l'Union européenne où l'analyse temporelle a été possible, nous avons observé une progression moyenne de l'espérance de vie sans limitation d'activité de 0,3 an chez les femmes et 0,4 an chez les hommes entre 2008-2010 et 2012-2014, en deçà des gains requis pour atteindre l'objectif fixé. Les progressions ont été très variables selon les pays et l'objectif peut être atteint dans certains pays. Mais l'expansion de la part de l'espérance de vie vécue avec limitation d'activité observée dans d'autres interroge (Grèce, Royaume-Uni, Danemark, Estonie, Luxembourg, Lituanie, Bulgarie) ; on ne peut dire à ce jour s'il s'agit d'une évolution propre à cette période et aux générations présentes ou si cette tendance est vouée à se prolonger. Plus généralement, les disparités entre pays posent question ; elles se sont légèrement

accrues sur la période étudiée, et on ne perçoit pas une tendance au rattrapage des pays qui se trouvent dans des situations moins favorables, qui serait une des manières d'augmenter les gains à l'échelle européenne.

Les données disponibles à ce jour témoignent de situations différentes au sein de l'Union européenne qui sont en partie liées aux contextes socioéconomiques ; l'espérance de vie sans limitation d'activité est favorisée par des contextes rendant possibles des investissements tels que les soins aux plus âgés, la formation continue, la lutte contre la pauvreté. Alors que l'espérance de vie continue globalement sa progression, il s'agira de voir dans quelle mesure les prochaines années permettront aux pays qui progressent de confirmer leur évolution et aux autres pays de redresser la tendance ; cela passerait par une meilleure prise en charge des problèmes de santé et de leurs répercussions et, probablement, au vu des facteurs contextuels et individuels en jeu, par des dispositifs permettant de faciliter la compensation des problèmes fonctionnels et de lutter contre la pauvreté et les inégalités dans l'accès aux soins.

BIBLIOGRAPHIE

- ANNANDALE E. et HUNT K., 2000, *Gender Inequalities in Health*, Buckingham/Philadelphia, Open University Press.
- ARBER S., 2004, « Gender, Marital Status, and Ageing: Linking Material, Health, and Social Resources », *Journal of Aging Studies*, 18-1, p. 91-108.
- AVENDANO M., JÜRGES H. et MACKENBACH J., 2009, « Educational Level and Changes in Health Across Europe: Longitudinal Results From SHARE », *Journal of European Social Policy*, 19-4, p. 301-316.
- AVENDANO M., BERKMAN L.F., BRUGIAVINI A. et PASINI G., 2015, « The Long-Run Effect of Maternity Leave Benefits on Mental Health: Evidence from European Countries », *Social Science and Medicine*, 132, p. 45-53.

- BERGER N., VAN DER HEYDEN J. et VAN OYEN H., 2015, «The Global Activity Limitation Indicator and Self-Rated Health: Two Complementary Predictors of Mortality», *Archives of Public Health*, 73-25, [en ligne]: <DOI: 10.1186/s13690-015-0073-0>.
- BERGQVIST K., YNGWE M.A. et LUNDBERG O., 2013, «Understanding the Role of Welfare State Characteristics for Health and Inequalities—An Analytical Review», *BMC Public Health*, 13, p. 1234.
- BLANPAIN N. et BUISSON G., 2016, «Projections de population 2013-2070 pour la France: méthode et principaux résultats», Insee, Document de travail, F1606.
- BORRELL C., PALENCIA L., MUNTANER C., URQUIA M., MALMUSI D. et O'CAMPO P., 2014, «Influence of Macrosocial Policies on Women's Health and Gender Inequalities in Health», *Epidemiologic Reviews*, 36, p.31-48.
- BRENNENSTUHL S., QUESNEL-VALLEE A. et MCDONOUGH P., 2012, «Welfare Regimes, Population Health and Health Inequalities: A Research Synthesis», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66-5, p.397-409.
- CABRERO-GARCIA J. et JULIA-SANCHIS R., 2014, «The Global Activity Limitation Index Mainly Measured Functional Disability, Whereas Self-Rated Health Measured Physical Morbidity», *Journal of Clinical Epidemiology*, 67-4, p.468-476.
- CAMBOIS E. et ROBINE J.-M., 2016, «Le vieillissement de la population et les années de vie sans incapacité », in C. Trivalle (dir), *Abrégé de gérontologie préventive*, Paris, Masson, p.29-48.
- et MORMICHE P., 2007, «Did the Prevalence of Disability Massively Decreased in France Over The 1990's? A Discussion of Questions Asked in the French Health Survey», *Population-E*, 62-2, p. 313-336.
- CAMBOIS E., SOLÉ-AURÓ A., BRØNNUM-HANSEN H., EGIDI V., JAGGER C., JEUNE B., NUSSELDER W.J., VAN OYEN H., WHITE C. et ROBINE J.-M., 2016, «Educational Differentials in Disability Vary Across and Within Welfare Regimes: A Comparison of 26 European Countries in 2009», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70, p.331-338.

- CAMBOIS E., SOLÉ-AURÓ A. et ROBINE J.-M., 2016, «Economic Hardship and Educational Differentials in Disability in 26 European Countries», *Journal of Aging and Health*, 28-7, p. 1214-1238.
- CAMPOS-SERNA J., RONDA-PEREZ E., MOEN B.E., ARTAZCOZ L. et BENAVIDES F.G., 2013, «Welfare State Regimes and Gender Inequalities in the Exposure to Work-Related Psychosocial Hazards», *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 19-3, p. 179-195.
- COX B., VAN OYEN H., CAMBOIS E., JAGGER C., LE ROY S., ROBINE J.-M. et ROMIEU I., 2009, «The Reliability of the Minimum European Health Module», *International Journal of Public Health*, 54, p.55-60.
- CRIMMINS E. et CAMBOIS E., 2003, «Social Inequalities in Health Expectancy», in J. M. Robine, C. Jagger, C. Mathers, E. Crimmins and R. Suzman (dir.), *Determining health expectancies*, Chichester, John Wiley & Sons, Ltd, p. 111-126.
- CRIMMINS E.M., KIM J.K. et SOLE-AURO A., 2011, «Gender Differences in Health: Results from SHARE, ELSA and HRS», *European Journal of Public Health*, 21-1, p.81-91.
- CULLATI S., 2014, «The Influence of Work-Family Conflict Trajectories on Self-Rated Health Trajectories in Switzerland: A Life Course Approach», *Social Science and Medicine*, 113, p.23-33.
- EIKEMO T.A., HUISMAN M., BAMBRA C. et KUNST A.E., 2008, «Health Inequalities According to Educational Level in Different Welfare Regimes: A Comparison of 23 European Countries», *Sociology of Health and Illness*, 30-4, p.565-582.
- FOUWEATHER T., GILLIES C., WOHLAND P., VAN OYEN H., NUSSELDER W., ROBINE J.M., CAMBOIS E. et JAGGER C., 2015, «Comparison of Socio-Economic Indicators Explaining Inequalities in Healthy Life Years at Age 50 in Europe: 2005 and 2010», *European Journal of Public Health*, 15-6, p.978-983.
- FRIES J.F., 1980, «Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity», *The New England Journal of Medicine*, 303-3, p. 130-135.
- HUIJTS T., EIKEMO T.A. et SKALICKA V., 2010, «Income-Related Health Inequalities in the Nordic Countries: Examining the Role of Education, Occupational Class, and Age», *Social Science and Medicine*, 71-11, p. 1964-1972.

- HUISMAN M., KUNST A., DEEG D., GRIGOLETTO F., NUSSELDER W. et MACKENBACH J., 2005, «Educational Inequalities in the Prevalence and Incidence of Disability in Italy and the Netherlands Were Observed», *Journal of Clinical Epidemiology*, 58-10, p. 1058-1065.
- JAGGER C., GILLIES C., MOSCONE F., CAMBOIS E., VAN OYEN H., NUSSELDER W., ROBINE J.-M. et TEAM E., 2008, «Inequalities in Healthy Life Expectancies in EU25: A Cross-National Meta-Regression Analysis», *The Lancet*, 372-9656, p. 2124-2131.
- JAGGER C., GILLIES C., CAMBOIS E., VAN OYEN H., NUSSELDER W. et ROBINE J.-M., 2010, «The Global Activity Limitation Indicator (GALI) Measured Function and Disability Similarly Across European Countries», *Journal of Clinical Epidemiology*, 63-8, p. 892-899.
- JAGGER C., MCKEE M., CHRISTENSEN K., LAGIEWKA K., NUSSELDER W., VAN OYEN H., CAMBOIS E., JEUNE B. et ROBINE J.M., 2013, «Mind the Gap—Reaching the European Target of a 2-Year Increase in Healthy Life Years in the Next Decade», *European Journal of Public Health*, 23-5, p. 829-833.
- KARANIKOLOS M., MLADOVSKY P., CYLUS J., THOMSON S., BASU S., STUCKLER D., MACKENBACH J.P. et MCKEE M., 2013, «Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe », *The Lancet*, 381-9874, p. 1323-1331.
- KRAMER M., 1980, «The Rising Pandemic of Mental Disorders and Associated Chronic Diseases and Disabilities», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62-S285, p. 282-297.
- LAGIEWKA K., 2012, «European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing: Triggers of Setting the Headline Target of 2 Additional Healthy Life Years at Birth at EU Average By 2020», *Archives of Public Health*, 70-1, p. 23.
- LUNDBERG O., YNGWE M.A., STJARNE M.K., ELSTAD J.I., FERRARINI T., KANGAS O., NORSTROM T., PALME J. et FRITZELL J., 2008, «The Role of Welfare State Principles and Generosity in Social Policy Programmes for Public Health: An International Comparative Study», *The Lancet*, 372-9650, p. 1633-1640.
- MACKENBACH J.P., KARANIKOLOS M. et MCKEE M., 2013, «The Unequal Health of Europeans: Successes and Failures of Policies», *The Lancet*, 381-9872, p. 1125-1134.

- MAJER I.M., NUSSELDER W.J., MACKENBACH J.P. et KUNST A.E., 2010, «Socioeconomic Inequalities in Life and Health Expectancies Around Official Retirement Age in 10 Western-European Countries», *Journal of Epidemiology Community Health*, 65-11, p.972-979.
- MAKI N., MARTIKAINEN P., EIKEMO T., MENVIELLE G., LUNDBERG O., OSTERGREN O., JASILIONIS D. et MACKENBACH J.P., 2013, «Educational Differences in Disability-Free Life Expectancy: A Comparative Study of Long-Standing Activity Limitation in Eight European Countries», *Social Science and Medicine*, 94, p. 1-8.
- MALMUSI D., VIVES A., BENACH J. et BORRELL C., 2014, «Gender Inequalities in Health: Exploring the Contribution of Living Conditions in the Intersection of Social Class», *Global Health Action*, 7-23189: <<http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23189>>.
- MANTON K., 1982, «Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population», *The Milbank Memorial Foundation Quarterly. Health and Society*, 60-2, p. 183-244.
- MARMOT M., FRIEL S., BELL R., HOUWELING T.A.J. et TAYLOR S., 2008, «Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health», *The Lancet*, 372-9650, p. 1661-1669.
- MATUD M.P., BETHENCOURT J.M. et IBANEZ I., 2015, «Gender Differences in Psychological Distress in Spain», *International Journal of Social Psychiatry*, 61-6, p.560-568.
- MCMUNN A., BARTLEY M. et KUH D., 2006, «Women's Health in Mid-Life: Life Course Social Roles and Agency as Quality», *Social Science and Medicine*, 63, p. 1561-1572.
- MESLÉ F. et VALLIN J., 2011, «Historical Trends in Mortality », in R. Rogers et E. Crimmins (dir.), *International Handbook of Adult Mortality*, vol.2, *International Handbooks of Population*, Dordrecht, Springer, p.9-47.
- PALENCIA L., MALMUSI D., DE MOORTELE D., ARTAZCOZ L., BACKHANS M., VANROELEN C. et BORRELL C., 2014, «The Influence of Gender Equality Policies on Gender Inequalities in Health in Europe», *Social Science and Medicine*, 117, p.25-33.

- PONGIGLIONE B., DE STAVOLA B.L. et PLOUBIDIS G.B., 2015, «A Systematic Literature Review of Studies Analyzing Inequalities in Health Expectancy Among the Older Population », *PLoS ONE*: <e0130747>.
- RECHEL B., GRUNDY E., ROBINE J.-M., CYLUS J., MACKENBACH J.P., KNAI C. et MCKEE M., 2013, «Ageing in the European Union», *The Lancet*, 381-9874, p. 1312-1322.
- ROBINE J.-M. et CAMBOIS E., 2013, «Les espérances de vie en bonne santé des européens», *Population et sociétés*, 499, p. 1-4.
- ROBINE J.-M. et CAMBOIS E., NUSSELDER W., JEUNE B., VAN OYEN H. et JAGGER C., 2013, «The Joint Action on Healthy Life Years (JA: EHLEIS)», *Archives of Public Health*, 71-1, p. 1-5.
- ROBINE J.-M., ROMIEU I. et MICHEL J., 2003, «Trends in Health Expectancies», in J.-M. Robine, C. Jagger, C. Mathers, E. Crimmins and R. Suzman, *Determining Health Expectancies*, Chichester, John Wiley & Sons, Ltd, p. 75-101.
- STRUFFOLINO E., BERNARDI L. et VOORPOSTEL M., 2016, «Self-Reported Health Among Lone Mothers in Switzerland: Do Employment and Education Matter?», *Population-E*, 71-2, p. 187-214.
- TUBEUF S., JUSOT F., DEVAUX M. et SERMET C., 2008, «Social Heterogeneity in Self-Reported Health Status and Measurement of Inequalities in Health», IRDES, Document de travail 12.
- VAN DER HEYDEN J., BERGER N. et VAN OYEN H., 2015a, «Comparison of Self-Rated Health and Activity Limitation As Predictors of Short Term Mortality in the Older Population», *Public Health*, 129-3, p. 283-285.
- VAN DER HEYDEN J., BERGER N., YOKOTA R. et VAN OYEN H., 2015b, «Activity Limitation Predict Health Expenditures in the General Population in Belgium », *BMC Public Health*, 15-267, p. 283-285.
- VAN OYEN H., COX B., JAGGER C., CAMBOIS E., NUSSELDER W., GILLES C. et ROBINE J.-M., 2010, «Gender Gaps in Life Expectancy and Expected Years with Activity Limitations At Age 50 in The European Union: Associations with Macro-Level Structural Indicators», *European Journal of Ageing*, 7-4, p. 229-237.

- VERROPOULOU G., 2014, «Specific Versus General Self-Reported Health Indicators Predicting Mortality Among Older Adults in Europe: Disparities by Gender Employing SHARE Longitudinal Data», *International Journal of Public Health*, 59-4, p.665-678.
- et TSIMBOS C., 2016, «Disability Trends Among Older Adults in Ten European Countries over 2004–2013, Using Various Indicators and Survey of Health, Ageing And Retirement in Europe (SHARE) Data», *Ageing and Society*: <<http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X16000842>>.