

## LES ESPÉRANCES DE VIE SANS INCAPACITÉ : UN OUTIL DE PROSPECTIVE EN SANTÉ PUBLIQUE

Emmanuelle Cambois, Jean-Marie Robine

Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) | « Informations sociales »

2014/3 n° 183 | pages 106 à 114

ISSN 0046-9459

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2014-3-page-106.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Emmanuelle Cambois, Jean-Marie Robine, « Les espérances de vie sans incapacité : un outil de prospective en santé publique », *Informations sociales* 2014/3 (n° 183), p. 106-114.  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF).

© Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Les espérances de vie sans incapacité : un outil de prospective en santé publique

Emmanuelle Cambois et Jean-Marie Robine – démographes



*Si l'espérance de vie ne cesse de croître, quelle est la qualité de ces années de vie supplémentaires en termes de santé et de fonctionnement dans la vie quotidienne ? Permettant de connaître les dynamiques de santé et de mortalité, notamment différenciées selon le statut social et le sexe, les espérances de vie sans incapacité (EVSI) sont des indicateurs précieux en matière de santé publique, pour la prévention comme pour l'anticipation des besoins.*

Alors que l'espérance de vie n'a cessé de s'accroître au cours des dernières décennies, les espérances de vie sans incapacité (EVSI) permettent de mesurer les années vécues avec et sans incapacité. Ce sont des indicateurs de santé publique importants pour décrire l'état de santé fonctionnel et les dynamiques de mortalité et de santé dans un contexte où l'on promet un vieillissement actif et la participation sociale de chacun, y compris en présence d'incapacités. Calculées depuis les années 1980 en France, les EVSI ont montré que les années de vie gagnées aux âges élevés se sont accompagnées de problèmes fonctionnels courants mais pas d'incapacités sévères. Pour autant, les estimations les plus récentes ont révélé des signes d'expansion de certaines incapacités chez les 50-65 ans. Les EVSI ont aussi souligné des différences marquées selon le sexe et le statut social.

## **Une augmentation continue de l'espérance de vie**

L'espérance de vie (EV) à la naissance a augmenté régulièrement au cours des dernières décennies, avec un gain d'environ deux années tous les dix ans, concernant aujourd'hui principalement les âges élevés. En 2012, l'EV est d'environ 78 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes. Cet allongement considérable soulève la question de la qualité des années de vie supplémentaires. En effet, le corollaire de la baisse de la mortalité est une augmentation du nombre de personnes atteignant des âges élevés où les

problèmes de santé deviennent fréquents ; c'est aussi, à tous les âges, une augmentation du nombre de personnes survivant à des maladies devenues moins létales, parfois invalidantes. Dans ces conditions se pose la question de la qualité des années de vie gagnées : sont-elles des années de vie en bonne ou en mauvaise santé, vécues avec des incapacités (difficultés à se déplacer, à voir, etc.), voire en situation de dépendance ?

Dans les années 1980, trois scénarios ont formalisé les évolutions possibles de l'état de santé des populations. Selon le premier, l'allongement de la durée de la vie induirait une pandémie des maladies et troubles chroniques, notamment mentaux, et une *expansion* des années d'incapacité au sein de l'EV ; selon le deuxième, l'EV finissant par atteindre une limite, les progrès sanitaires induiraient une *compression* des années de mauvaise santé ; dans un scénario intermédiaire, on tendrait 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. Outre l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes, une autre question importante est celle de l'organisation des soins et des services à la personne. Elle est au cœur d'enjeux sociaux et économiques. En effet il faudrait, pour atteindre les objectifs affichés – augmenter la participation active des plus âgés à la vie de la cité, accroître le taux d'emploi des 50-65 ans ou reculer l'âge de départ à la retraite – que les personnes conservent une bonne santé et leurs capacités fonctionnelles. Dans ce contexte, pouvoir mesurer l'évolution de l'état de santé au fur et à mesure que l'EV augmente est essentiel. C'est précisément ce que permettent les indicateurs d'espérance de vie en santé. C'est pourquoi, dès 2004, l'Union européenne a inscrit parmi ses indicateurs structurels une espérance de vie en santé et s'est récemment fixé pour objectif un gain de deux années d'ici à 2020 pour la moyenne européenne (Jagger *et al.*, 2013).

“*Les incapacités constituent (...) une dimension de la santé particulièrement pertinente pour apprécier les conséquences du vieillissement de la population et de l'allongement des durées de vie.*”

### **La mesure des dimensions fonctionnelles de la santé**

L'espérance de vie en santé est le nombre moyen d'années vécues en bonne et en mauvaise santé au sein de l'EV. Elle se calcule le plus souvent en combinant les données de santé recueillies dans des enquêtes en population aux données de survie de la table de mortalité (Sullivan, 1971). Il existe autant d'espérances de santé que de mesures de la santé dans les enquêtes (EV en bonne santé perçue, sans maladie chronique, etc.), les plus courantes étant les espérances de vie sans incapacité (EVSI). Les incapacités constituent en effet une dimension de la santé particulièrement pertinente pour apprécier les conséquences du vieillissement de la population et de l'allongement des durées de vie. Elles appréhendent non pas les maladies ou les troubles, parfois difficiles à repérer dans les enquêtes (qui sont souvent déclaratives), mais leurs répercussions sur les fonctions (*difficultés à voir, marcher, etc.*) et/ou

la réalisation des activités et la participation sociale (*difficultés dans les activités*), telles qu'elles sont ressenties par les personnes. Elles fournissent ainsi la mesure d'un état de santé altéré, à travers une approche fonctionnelle de la qualité de vie.

L'intérêt des incapacités réside aussi dans la lecture dynamique que l'on peut en faire à travers les modèles développés et complétés depuis la fin des années 1970 (Cambois et Robine, 2003). Ceux-ci décrivent un processus en dissociant des niveaux d'atteinte successifs : d'abord les déficiences, qui sont définies comme l'altération des tissus ou organes et assimilées à la forme « extériorisée » d'une maladie, d'une malformation, d'un accident ; ensuite les limitations fonctionnelles résultant de ces déficiences, qui se traduisent par des difficultés à mobiliser les fonctions sensorielles, cognitives et physiques ; enfin, les restrictions d'activité et les limitations dans la participation sociale, qui correspondent aux gênes rencontrées du fait des limitations fonctionnelles pour effectuer sans aide les activités usuelles de la vie quotidienne.

Les déficiences puis les limitations fonctionnelles peuvent apparaître de manière lente et progressive (par exemple en cas de maladie dégénérative) ou de façon soudaine (par exemple en cas d'accident). Le processus peut déboucher sur un désavantage social (ou handicap) qui correspond aux situations dans lesquelles l'état de santé fonctionnel rend difficile l'accomplissement des rôles qui sont généralement assignés aux personnes, qu'ils soient familiaux, professionnels, domestiques ou autres, et que l'on résume aujourd'hui par le terme de participation sociale. C'est à ce dernier niveau que se situent les situations de *dépendance*, caractérisées par une perte d'autonomie et un besoin d'aide pour réaliser les activités associées à ces rôles sociaux.

Mais ce processus n'est pas inéluctable ; certaines personnes parviennent à maintenir ou à retrouver leur niveau d'activité en dépit de problèmes fonctionnels. Les ressources individuelles et/ou collectives permettant l'accès à des aides techniques ou l'aménagement des lieux de vie et de travail peuvent favoriser la compensation des limitations fonctionnelles pour préserver l'autonomie (Agree, 1999 ; Verbrugge *et al.*, 1997). On donne aujourd'hui une grande place au rôle de l'environnement, des ressources des personnes et de celles offertes par la société dans l'étude des situations d'incapacité ou de handicap.

### **Les incapacités : mesures majeures du vieillissement pour la santé publique**

Du point de vue de la santé publique, l'incapacité est d'abord définie comme un processus à double détente : le premier niveau est celui des risques de survenue de limitations fonctionnelles et le second, celui des chances de « faire avec » ces limitations. Les premiers relèvent de la prévention des maladies et accidents et de leur prise en charge pour limiter l'altération des fonctions. Les secondes, qui relèvent de l'accès à des aides techniques, à une adaptation de

l'environnement ou encore à des programmes de rééducation, impliquent d'éliminer ou de contourner les obstacles à l'activité en s'assurant que chacun dispose des moyens nécessaires pour faire face aux déficiences les plus communes. L'objectif est de faciliter le maintien des activités et de l'autonomie, notamment en améliorant l'accessibilité des infrastructures (y compris au domicile) et la diffusion de moyens de compensation des limitations fonctionnelles (qui représentent un des enjeux majeurs des nouvelles technologies).

Ensuite, lorsque la dégradation de l'état de santé fonctionnel a atteint un niveau tel qu'il met en jeu les activités du quotidien, interviennent alors la prise en charge des difficultés et l'organisation de l'assistance pour la réalisation des activités et des rôles sociaux. C'est notamment le champ des établissements d'hébergement et des services aux personnes ainsi que de l'Allocation personnalisée d'autonomie et de la Prestation de compensation du handicap, qui visent à financer les dépenses liées aux difficultés à réaliser les activités du quotidien et au besoin d'aide. L'analyse des déterminants et des évolutions des différentes EVSI (EV sans limitation fonctionnelle et sans restriction d'activité) sert à la compréhension des dynamiques de santé et des inégalités. Elle permet de comprendre leurs évolutions spécifiques, qui varient dans le temps, selon les groupes de population ou selon les pays. Elle permet également d'élaborer des scénarios pour anticiper les besoins futurs (Charpin et Tlili, 2011).

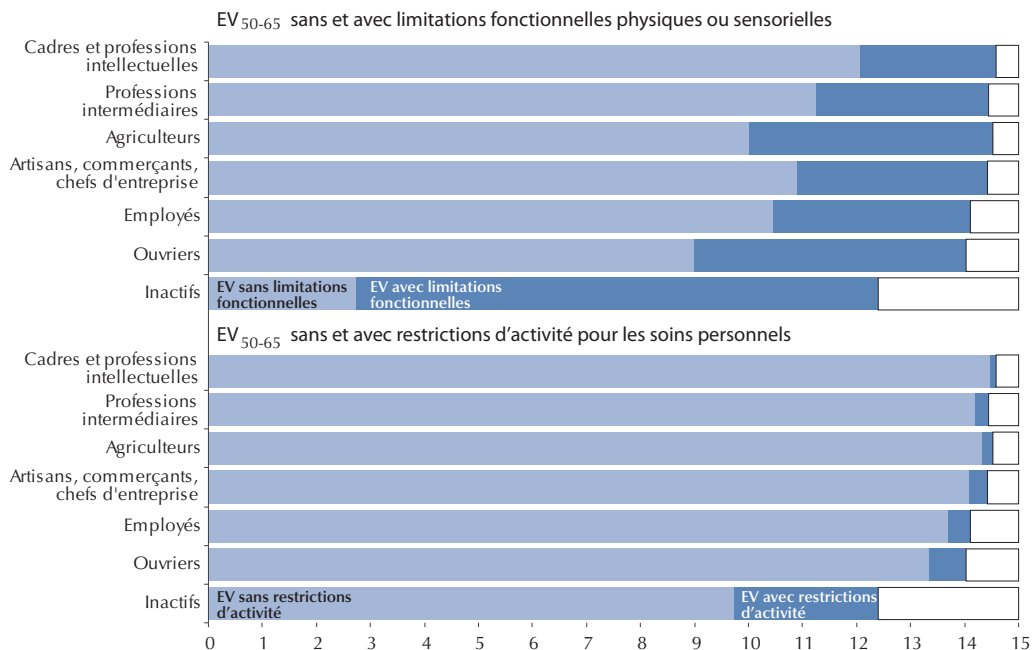
Pour opérationnaliser ce cadre conceptuel de l'incapacité, les enquêtes en population disposent de modules de questions *ad hoc* permettant de construire des indicateurs spécifiques. Dans les enquêtes par interview, ces indicateurs sont fondés sur les déclarations des personnes. Bien que celles-ci comportent inévitablement une part variable selon la perception et le ressenti des gênes de chacun, elles n'en reflètent pas moins de façon satisfaisante les différents niveaux de l'incapacité. Depuis les années 1980, les enquêtes françaises s'intéressant à la santé se sont ainsi progressivement enrichies d'une batterie d'indicateurs permettant de rendre compte des différents niveaux de la santé fonctionnelle. Par exemple, grâce à l'enquête Handicap-Santé-Ménages (HSM), conduite en

### Comparaison des espérances de vie européennes

Jusqu'en 2007, dans le cadre d'EU-SILC (*Statistics on Income and Living Conditions*, « Statistiques sur le revenu et les conditions de vie »), les instituts nationaux de statistiques avaient la responsabilité de formuler les questions de l'enquête SILC pour leur pays en suivant les règles habituelles de la statistique européenne. En 2008, les traductions des pays ont été révisées sur la base d'un protocole scientifique. Une évaluation réalisée par Eurostat en 2012 a montré que seul un petit nombre de pays n'a pas encore intégré les bonnes formulations (European Commission et Eurostat, 2012). Au-delà de cet effort unique de standardisation des questions santé d'EU-SILC, il reste que des différences culturelles dans la perception de la santé et la compréhension des questions peuvent contribuer à expliquer les différences constatées entre les États européens. De ce fait, les comparaisons directes des valeurs des espérances de santé seront toujours délicates dans la mesure où elles sont partiellement liées à des différences de perception non mesurables. Toutefois, au sein de chaque pays, la mauvaise santé déclarée par ces différents indicateurs est corrélée à des indicateurs plus objectifs tels que la consommation de soins ou les risques de mortalité. Ainsi, en dépit des difficultés de comparaison directe des valeurs obtenues, l'analyse de ces indicateurs à travers l'Union européenne reste éclairante, d'autant plus que ces difficultés ne concernent pas les tendances qui s'observent au sein de chaque pays.

**Graphique 1. Les espérances de vie partielles entre 50 et 65 ans, avec et sans limitations fonctionnelles (physiques ou sensorielles) et avec et sans restrictions d'activité (soins personnels) selon la catégorie socioprofessionnelle en France en 2003.**

*Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 2002-2003*



2008, on peut estimer la prévalence des limitations fonctionnelles physiques (difficultés à marcher sur une certaine distance, à monter et descendre des escaliers, à porter un sac de provisions, à attraper de petits objets...), des limitations sensorielles (difficultés à entendre ce qui se dit dans une conversation, à lire les caractères d'imprimerie d'un journal, à reconnaître le visage de quelqu'un de l'autre côté d'une rue) et des limitations fonctionnelles mentales (avoir souvent des trous de mémoire, ne plus savoir quel moment de la journée on est, se mettre en danger, avoir des difficultés à comprendre et à se faire comprendre...).

Cette enquête permet par ailleurs d'estimer la prévalence des restrictions d'activité à cause de sa santé : être limité dans les activités habituelles depuis plus de six mois à cause d'un problème de santé ; avoir des difficultés à effectuer les activités de soins personnels (faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter, etc.) et domestiques (préparer les repas, faire les courses, gérer les affaires courantes, etc.). Bien que la statistique française, en raison des différences entre les méthodologies des diverses enquêtes, ne permette pas d'établir des séries temporelles longues d'EVSI, les nombreuses données disponibles permettent de multiplier les estimations d'EVSI et de décrire l'état de santé fonctionnel de la population et les disparités et aussi, dans une certaine

mesure, d'éclairer les tendances d'évolution (Cambois et Robine, 2012). Par ailleurs, on dispose aussi des réponses à la question sur les *limitations d'activité générale* dans l'enquête européenne annuelle EU-SILC (voir encadré). La même question étant présente dans l'enquête HSM, il est possible de mettre en perspective des résultats à l'échelle européenne.

### **Les EVSI en France au seuil des années 2000**

En France, l'EVSI est calculée depuis les années 1980 (Robine *et al.*, 1986). À cette époque, le pays s'inscrit dans un schéma de compression des années d'incapacité ; fondées alors sur un indicateur de « *handicap ou gênes dans les activités* », les estimations montrent qu'aux âges élevés, l'EVSI augmente parallèlement à l'EV et les gains d'EV ne se traduisent pas par davantage d'années d'incapacité. Dans les années 1990, grâce à la plus grande diversité des mesures des incapacités, c'est une tendance à l'équilibre dynamique qui est mise au jour : les années de vie gagnées ne sont pas des années de restriction des activités élémentaires de la vie quotidienne, mais elles s'accompagnent d'incapacités courantes, telles que les limitations fonctionnelles physiques et sensorielles. Cette évolution s'explique probablement par la prise en charge des limitations fonctionnelles, permettant que celles-ci ne se traduisent pas, ou moins, systématiquement en gênes dans les activités.

En France comme ailleurs, si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles passent aussi plus d'années avec des incapacités. Ce « paradoxe » est expliqué, en partie, par des profils de maladies différents pour les deux sexes :

les femmes déclarent plus que les hommes des pathologies qui ont un impact fort sur le fonctionnement et la qualité de vie (maladies ostéo-articulaires, troubles anxio-dépressifs) quand les hommes déclarent plus ou autant que les femmes des pathologies certes invalidantes mais aussi à forte létalité (maladies cardiovasculaires, cancers, traumatismes). Les facteurs de risque des maladies et des incapacités sont à rechercher dans les expositions auxquelles les hommes et les femmes de ces générations ont été confrontés tout au long de leur vie, liées à la combinaison de leurs activités professionnelles et/ou familiales, à leurs situations économiques et sociales et à différentes pratiques sanitaires et sociales (dépistage, alimentation, consommation de tabac ou d'alcool, etc.) qui favorisent la prévention, ou au contraire augmentent les risques, et facilitent ou limitent la compensation des gênes fonctionnelles.

De la même manière, ces différentes expositions et pratiques expliquent les inégalités sociales importantes en matière d'EVSI. En 1990 comme en 1980, les ouvriers vivaient moins longtemps que les cadres et, au cours de cette vie plus courte, vivaient plus d'années de gênes ou handicaps. Les données détaillées de l'enquête santé de 2002-2003 montraient des inégalités toujours très fortes pour toutes les dimensions de l'incapacité : les cadres à 35 ans ont

*« En France comme ailleurs, si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles passent aussi plus d'années avec des incapacités. »*

les femmes déclarent plus que les hommes des pathologies qui ont un impact fort sur le fonctionnement et la qualité de vie (maladies ostéo-articulaires, troubles anxio-dépressifs) quand les hommes déclarent plus ou autant que les femmes des pathologies certes invalidantes mais aussi à forte létalité (maladies cardiovasculaires, cancers, traumatismes). Les facteurs de risque des maladies et des incapacités sont à rechercher dans les expositions auxquelles les hommes et les femmes de ces générations ont été confrontés tout au long de leur vie, liées à la combinaison de leurs activités professionnelles et/ou familiales, à leurs situations économiques et sociales et à différentes pratiques sanitaires et sociales (dépistage, alimentation, consommation de tabac ou d'alcool, etc.) qui favorisent la prévention, ou au contraire augmentent les risques, et facilitent ou limitent la compensation des gênes fonctionnelles.

De la même manière, ces différentes expositions et pratiques expliquent les inégalités sociales importantes en matière d'EVSI. En 1990 comme en 1980, les ouvriers vivaient moins longtemps que les cadres et, au cours de cette vie plus courte, vivaient plus d'années de gênes ou handicaps. Les données détaillées de l'enquête santé de 2002-2003 montraient des inégalités toujours très fortes pour toutes les dimensions de l'incapacité : les cadres à 35 ans ont

alors dix années d'EV de plus que les ouvriers *sans limitation fonctionnelle* et sept années de plus *sans restriction 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, c'est-à-dire la retraite, sans incapacité (voir le graphique 1) : sur les quinze ans restant à vivre dans cette tranche d'âge, les hommes cadres peuvent espérer vivre *sans limitations fonctionnelles* (physiques ou sensorielles) en moyenne douze ans, contre neuf ans pour les ouvriers.

### **Les signes d'une expansion des années d'incapacité dans les années 2000**

À la fin de la décennie 2000, de nouvelles estimations d'EVSI ont été mises au point, notamment à partir de l'enquête HSM et de l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS), qui fournissent des résultats relativement proches. En 2008, l'EV à 50 ans était de trente ans pour les hommes et de trente-six ans pour les femmes, années dont, d'après HSM, 46 % et 38 % étaient respectivement vécus *sans limitation fonctionnelle physique ou sensorielle*, et 86 % et 84 % *sans limitations fonctionnelles cognitives*. Les gênes pour les soins personnels occupaient 10 % de l'EV des hommes et 15 % de celle des femmes et les *limitations d'activités générales* respectivement 40 % et 50 %. Les situations entre les sexes étaient toujours contrastées, les femmes vivant toujours nettement plus longtemps que les hommes et plus longtemps avec des incapacités de tous ordres.

En rapprochant toutes les enquêtes et estimations, avec les précautions requises en raison de leurs différences méthodologiques, il est possible de dégager quelques conclusions sur les évolutions (Cambois et Robine, 2012). Il semblerait que la tendance d'évolution récente contraste avec celles des deux décennies précédentes. Au-delà de 65 ans, l'équilibre dynamique se prolonge : une expansion des années vécues avec des limitations fonctionnelles et des limitations d'activités générales, du moins pour les hommes, mais toujours 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 plusieurs EVSI, plus prononcée pour les femmes : les EV sans limitation fonctionnelle et sans limitation d'activité générale (pour les deux sexes) et sans restriction dans les activités domestiques pour les femmes. Seules les EV avec des gênes dans les activités de soins personnels semblent poursuivre une compression. La France se trouverait ainsi dans 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.

### **Les espérances de vie sans limitations d'activité dans les pays européens**

À l'échelle européenne, depuis quelques années, l'EV *sans limitation d'activité*, calculée annuellement par Eurostat sous le nom des « *années de vie en bonne*



*santé* », permet d'étudier l'état de santé des populations de l'Union. La comparaison directe des pays pour une année donnée reste délicate du fait, d'une part, d'une application de protocoles d'enquête qui peut varier d'un pays à l'autre et, d'autre part, de différences culturelles dans la perception des limitations d'activité liées à la santé et donc de leur déclaration. En dépit de ces différences résiduelles, la surveillance de ces indicateurs au niveau européen prend de plus en plus d'importance (voir encadré).

Globalement, les limitations d'activités sont assez fréquemment déclarées au-delà de 50 ans en Europe, comme en France ; les années de vie avec ce type de limitations occupent une bonne partie de l'EV à 50 ans dans la plupart des pays (Robine et Cambois, 2013). Les évolutions récentes (2008-2011) ont été généralement modestes, peu significatives d'un point de vue statistique et quelquefois fluctuantes d'une année à l'autre. Elles indiquent une tendance générale plutôt positive ou stable ces dernières années mais aussi, pour quelques pays, des signes d'expansion de la part des années d'incapacité ; cela concernerait les femmes à Malte, en Finlande et en France (avec une baisse au début de la période puis une stagnation) et fait écho aux résultats français pour la tranche d'âges 50-65 ans. Même si ces résultats doivent être commentés avec prudence et demandent à être confirmés par des séries plus longues, on s'interroge sur les possibles causes d'une telle tendance. Alors que, dans les années 1990, les années supplémentaires de limitations fonctionnelles ne se traduisaient pas toutes en années de restrictions dans les activités du quotidien, il semble que des répercussions se soient davantage fait sentir dans les années récentes pour ces générations des 50-65 ans. Les personnes mieux informées seraient-elles plus enclines à repérer et donc à déclarer des problèmes de santé qu'avant ? Ont-elles été exposées à des risques spécifiques de santé, liés à leurs pratiques et conditions de vie ou de travail, susceptibles d'induire des problèmes fonctionnels et des gênes dans les activités ? Sont-elles, pour une partie d'entre elles, confrontées à des conditions de vie et de fin de carrière limitant les chances de compensation de gênes fonctionnelles courantes ? Quels qu'en soient les ressorts, et même si ces incapacités déclarées ne sont pas toutes des situations sévères, cette tendance doit retenir l'attention. Il s'agira de savoir si elle est conjoncturelle, si elle touchera les générations suivantes ou encore si elle atteindra ou non les activités élémentaires (soins personnels) aux âges plus élevés.

\*\*\*

Dans un contexte où l'on promeut un vieillissement actif, ces travaux soulignent la nécessité de suivre puis d'expliquer la progression des EVSI et les disparités observées. Il s'agirait d'en comprendre les causes et d'identifier des leviers d'action du côté de la prévention. Mais il s'agirait aussi d'anticiper et d'organiser la prise en charge qui permettrait, dans certaines situations, de

maintenir les chances de participation sociale, y compris en présence de limitations fonctionnelles. Outre l'amélioration de l'état de santé fonctionnel et de la qualité de vie, des avancées en la matière contribueraient à réduire les différences entre pays et entre groupes de populations.

## Bibliographie

- Agree E., 1999, « **The influence of personal care and assistive devices on the measurement of disability** », *Social Science & Medicine*, vol. 48, n° 4, p. 427-443.
- Cambois E. et Robine J.-M., 2003, « **Concepts et mesure de l'incapacité : définitions et application d'un modèle à la population française** », *Retraite et Société*, n° 39, p. 62-91 ; 2012, « **Tendances et disparités d'espérance de vie sans incapacité en France** », *Actualité et dossiers en santé publique*, n° 80, p. 28-32.
- Charpin J.-M. et Tlili C., 2011, « **Perspectives démographiques et financières de la dépendance** », *Rapport du groupe n° 2 sur la prise en charge de la dépendance*, ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, 60 p.
- European Commission and Eurostat, 2012, ***A synthesis report on the 2012 consultation on further harmonisation and documentation on the EU-SILC1 PH0302 variable***, Luxembourg: Directorate F: Social statistics, Unit F-5: Education, health and social protection.
- Jagger C., McKee M., Christensen K., Lagiewka, K., Nusselder W., Van Oyen H. et al., 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*, vol. 23, n° 5, p. 829-833.
- Robine J.-M. et Cambois E., 2013, « **Les espérances de vie en bonne santé des Européens** », *Population et sociétés*, n° 499, p. 1-4.
- Robine J. M., Colvez A., Bucquet D., Hatton F., Morel B. et Lelaidié S., 1986, « **L'espérance de vie sans incapacité en France en 1982** », *Population*, p. 1025-1042.
- Sullivan, D., 1971, « **A single index of mortality and morbidity** », *HSMHA Health Reports*, vol. 86, n° 4, p. 347-354.
- Verbrugge L., Rennert C. and Madans J., 1997, « **The great efficacy of personal and equipment assistance in reducing disability** », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 3, p. 384-392.