

Un point de vue sur l'avenir des indicateurs d'espérance de vie en santé

POINT OF VIEW ON THE FUTURE OF INDICATORS OF HEALTH EXPECTANCY

PUNTO DE VISTA SOBRE EL FUTURO DE LOS INDICADORES DE ESPERANZA DE VIDA EN ESTADO SALUDABLE

Alain Colvez

Volume 20, Number 2, Fall 1991

L'espérance de vie en santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/010094ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/010094ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (print)

1705-1495 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Colvez, A. (1991). Un point de vue sur l'avenir des indicateurs d'espérance de vie en santé. *Cahiers québécois de démographie*, 20(2), 451–466.

<https://doi.org/10.7202/010094ar>

Article abstract

The article expresses the author's point of view on the future of indicators of health expectancy from the standpoint of the public health practitioner. The discussion focuses on the possible ways to transfer knowledge and procedures from the research community to the health statistics field so that health expectancy can be used as a routine indicator of the health status of a population. According to the author, the concept of health expectancy must first be seen through the more limited concept of disability free life expectancy. The article looks at the selection of aspects of disability standardization of instruments, types of surveys, the role of major statistics organisations in introducing routine calculation. The last section looks briefly at possible research avenues to transfer the concept of health expectancy to the practical level.

Un point de vue sur l'avenir des indicateurs d'espérance de vie en santé

Alain COLVEZ *

Actuellement, les systèmes de santé ont le plus grand besoin de formuler des objectifs clairs et quantifiés, et pour cela les notions véhiculées par les indicateurs d'*espérance de vie en santé* (EVS) seraient sûrement de la plus grande utilité, en particulier dans le débat sur l'avenir des systèmes de protection sociale en matière de santé.

Appartenant à un institut de recherche, mais aussi fortement concerné dans mon pays par l'utilisation des informations épidémiologiques pour l'action en santé publique, je mesure à la fois l'impact positif que pourrait avoir la diffusion de la notion d'espérance de vie en santé dans les processus de décision et la distance qu'il reste à parcourir pour y parvenir. Mes interrogations portent sur la meilleure voie pour progresser vers ce but, car j'ai la conviction que là se trouve l'enjeu essentiel pour l'avenir des indicateurs d'espérance de vie en santé : il s'agit que dans l'avenir on suive l'évolution de l'espérance de vie en santé avec autant de souci qu'on le fait actuellement pour l'espérance de vie.

Après avoir fait un bref retour sur le passé immédiat de l'espérance de vie en santé, dans la suite de cet article, je voudrais expliciter certaines de ces interrogations personnelles, qui se situent à la charnière entre l'activité de recherche et l'effort d'application. C'est un point de vue très dépendant du contexte français que j'exprimerai, mais qui peut trouver des analogies dans d'autres pays.

J'aborderai les questions suivantes : quelle démarche peut-on envisager pour que les espérances de vie en santé deviennent

* Directeur de recherche à l'INSERM, Recherches épidémiologiques sur le vieillissement et les incapacités, Hôpital Lapeyronie, Montpellier.

des outils de santé publique opérationnels ? Quels indicateurs doit-on privilégier ? Quel type d'enquête faut-il recommander aux pouvoirs publics pour établir des espérances de vie en santé ? Quel est le rôle des grands instituts de statistiques dans le calcul en routine des espérances de vie en santé ? Peut-on identifier les thèmes des recherches qui pourraient être engagées pour faciliter la diffusion des espérances de vie en santé dans la pratique ?

BREF RETOUR SUR LE PASSÉ RÉCENT DES INDICATEURS D'ESPÉRANCE DE VIE EN SANTÉ

Il y a dix ans renaissait l'idée d'utiliser des indicateurs agrégés de type espérance de vie en santé pour suivre l'état de santé des populations. À la fin des années 1970, rien ne laissait prévoir un tel développement. Après les propositions théoriques de Sanders dans les années 1960 (Sanders, 1964) et les calculs d'espérance de vie sans incapacité de Sullivan avec les données de l'enquête américaine de santé dans les années 1970 (Sullivan, 1971), la démarche paraissait devoir être sans lendemain. Certains craignaient qu'une telle agrégation masque les problèmes au lieu de les mettre en lumière et les experts de l'OCDE, qui avaient examiné cette approche à l'occasion du programme de développement d'indicateurs sociaux (Jazairi, 1976), recommandaient de ne pas poursuivre dans cette voie (McWhinnie, 1981).

Pourtant, au début des années 1980, la technique d'agrégation de la mortalité et de l'incapacité retrouve du crédit. Ce renouveau résulte sans doute, entre autres facteurs, de l'émergence relative des problèmes de maladies chroniques invalidantes (Olshansky, 1986), dans le cadre de la prise en charge d'une population âgée de plus en plus importante. C'est dans cette période que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) «médiate» de nouveaux objectifs en matière de santé (WHO, 1985), considérant qu'il est tout aussi important «d'ajouter de la vie aux années» que «des années à la vie». Ces objectifs vont pouvoir être objectivement évalués avec les indicateurs de type espérance de vie en santé, qui ont l'avantage de compléter la classique espérance de vie, en l'enrichissant d'une qualification des années vécues.

Ce mouvement d'intérêt stimule les recherches : de nouvelles méthodes de calcul sont proposées en alternative à celle de Sullivan, introduisant les probabilités de survie sans inca-

pacité, de transition entre différents états ou de réversibilité de l'incapacité (Branch et al., 1991; Manton et Stallard, 1991; Rogers, Rogers et Branch, 1989; Rogers, Rogers et Bélanger, 1989). La qualification des années vécues est étendue à des aspects de plus en plus nombreux de la santé. Les premiers calculs concernaient l'espérance de vie sans incapacité et utilisaient les «limitations de l'activité principale» de l'enquête de santé américaine (Sullivan, 1966) comme indicateur d'incapacité pour qualifier les années vécues. Par la suite, la méthode a été utilisée avec d'autres dimensions d'incapacité telles que la dépendance à l'égard d'un tiers pour les activités de la vie quotidienne (Katz et al., 1983) ou la mobilité (Robine et Colvez, 1984). Puis des essais ont été conduits dans le domaine de la santé mentale (Ritchie, à paraître), de la santé subjective (Bucquet, 1989), et on pourra encore élargir à d'autres aspects. Actuellement, de nouveaux liens sont établis entre l'espérance de vie en santé et la «Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages» (WHO, 1980).

Ce foisonnement des idées autour des indicateurs agrégés de type espérance de vie en santé est bien illustré par les thèmes des différents sous-groupes de travail du Réseau espérance de vie en santé (REVES), qui réunit depuis 1989 la plupart des chercheurs travaillant sur ce domaine (Robine, Blanchet et Dowd, 1989).

Indiquons enfin que la terminologie aussi a été clarifiée : tous ces nouveaux indicateurs agrégés sont maintenant regroupés sous le terme «espérance de vie en santé», et l'espérance de vie sans incapacité devient ainsi l'un des indicateurs «d'EVS», parmi d'autres.

QUELLE DÉMARCHE ENVISAGER POUR QUE LES EVS SOIENT DES OUTILS OPÉRATIONNELS POUR LA SANTÉ PUBLIQUE ?

Pour que l'espérance de vie en santé devienne un outil opérationnel, c'est-à-dire qu'elle soit prise en considération dans la décision, il faut transférer ce qui est actuellement du domaine de la recherche vers le milieu administratif et politique.

On peut distinguer deux aspects complémentaires dans ce transfert : a) la diffusion des idées contenues dans l'espérance de vie en santé ; b) l'introduction d'indicateurs de type espérance de vie en santé dans les statistiques de routine sur l'état de santé de la population.

La diffusion du concept d'espérance de vie en santé me paraît un temps essentiel, mais pour y parvenir il est souhaitable de procéder par étapes et de privilégier les aspects qui permettent de formuler des objectifs opérationnels. Parmi les différents aspects de l'espérance de vie en santé, l'espérance de vie sans incapacité est le concept le plus facile à diffuser. L'incapacité fonctionnelle est maintenant introduite dans les statistiques de routine de beaucoup de pays. Dans un certain nombre, des calculs expérimentaux ont même déjà été effectués. La notion d'espérance de vie sans incapacité est facilement comprise aussi bien par les techniciens de la statistique sanitaire et les responsables politiques que par la population elle-même. L'objectif d'«augmenter la durée de vie sans incapacité» est susceptible de réunir un large consensus. Il faut exploiter l'impact «médiatique» de l'espérance de vie sans incapacité et viser à ce que cet indicateur soit utilisé pour formuler des objectifs de santé.

Dans le même temps, il faut travailler à introduire des indicateurs de type espérance de vie en santé parmi les indicateurs d'état de santé nationaux publiés régulièrement. Cela suppose la mise en place, dans l'appareil de statistiques sanitaires, de tous les éléments permettant ce calcul. On doit donc individualiser, dans «l'état actuel de la technique» concernant l'espérance de vie en santé, ce qui est actuellement transférable à la statistique de routine. Cela nécessite une réflexion, d'une part sur les indicateurs, d'autre part sur les méthodes de calcul, qui, elles-mêmes, déterminent le type d'enquête nécessaire.

QUELS INDICATEURS PEUT-ON RECOMMANDER POUR ÉTABLIR DES EVS ?

Pour réussir un transfert à la statistique de routine des indicateurs de type espérance de vie en santé, il faut se limiter à un nombre minimum d'indicateurs. Comme je l'ai exprimé plus haut, le domaine des incapacités doit faire l'objet d'une attention particulière, parce qu'il est le plus facile à envisager et qu'une large partie du travail est déjà engagée avec la diffusion des concepts d'incapacité et l'introduction d'indicateurs de ce type dans les enquêtes de santé. Mais l'incapacité couvre un domaine très large, au sein duquel il faut encore se limiter.

En distinguant dans le champ des «conséquences des maladies et états chroniques invalidants» trois concepts différents

de déficience, d'incapacité et de handicap (ou désavantage), la Classification internationale proposée par l'OMS clarifie la question.

Mais c'est la notion de «rôle de survie» qui, dans les propositions de P. H. Wood, peut être prise comme fil conducteur (Wood et Badley, 1980). Cet auteur postule que les états les plus graves, ceux où la survie est en jeu, sont l'objet d'un certain consensus de jugement, indépendamment des cultures et des attitudes. S'il y a une détérioration des performances concernant l'un de ces «rôles de survie», quel que soit le contexte national ou culturel, on jugera qu'il s'agit pour la personne d'un désavantage qui nécessite une attention spéciale de la part du système de santé. Retenir les états les plus graves a aussi l'avantage de minimiser la subjectivité des réponses aux questionnaires. Il ne s'agit pas de dire que la subjectivité de la personne dans l'expression des états de santé est à récuser par principe, mais il y a risque de divergence entre l'appréciation faite par le sujet et celle d'un évaluateur externe, ce qui pose un problème au niveau de la statistique sanitaire de routine. En effet, la définition des priorités en matière de santé repose sur un consensus qui sera très difficile. Ainsi, dans les premiers temps, les limitations de l'activité principale ont été les plus souvent utilisées pour le calcul de l'espérance de vie sans incapacité, mais cette dimension ne peut être recommandée dans l'immédiat, car elle ne concerne pas des états assez graves (même les restrictions totales de l'activité principale). Il n'est pas exclu que les variations temporelles des limitations d'activité que l'on observe (Verbrugge et Balaban, 1989) ne soient liées qu'à un changement d'attitude des personnes vis-à-vis de leur santé.

Pour les statistiques sanitaires de routine, il faut donc viser les états les plus graves en privilégiant certaines dimensions de désavantage proposées par la Classification internationale (Chamie, 1990).

La plupart des pays utilisent des indicateurs concernant l'une ou l'autre des trois premières dimensions de désavantage définies par celle-ci (bien que, dans un sens large, ces indicateurs soient souvent qualifiés d'indicateurs d'incapacité). L'indépendance physique pour les actes élémentaires de la vie courante et la mobilité (à travers les déplacements des personnes ou le confinement) sont celles que l'on retrouve le plus souvent dans les questionnaires des enquêtes de santé des différents pays, comme en témoigne le recensement effectué dans le cadre de la CEE (Colvez et Labbé, 1990). Il est évident

qu'un effort modéré peut conduire à l'harmonisation d'un minimum d'indicateurs, parmi les plus faciles à mesurer.

DE LA STANDARDISATION

La standardisation des instruments d'appréciation de la santé est souvent avancée comme un impératif, en particulier au niveau des organismes internationaux (OMS, CEE), sans qu'aux niveaux nationaux on ait, semble-t-il, un souci impérieux de cette question, et il est légitime de se poser la question de l'importance de la standardisation.

La standardisation permet d'apprécier les inégalités géographiques et les inégalités entre groupes sociaux et de suivre l'évolution de la situation au cours du temps (évaluation). Elle trouve tout son intérêt dans le cas de populations dépendant d'une même organisation sanitaire. En dehors de ces aspects, son intérêt est de permettre aux pays de se situer les uns par rapport aux autres.

Pour un pays comme la France, qui est engagé dans un processus de décentralisation, la standardisation peut devenir une préoccupation si une partie des statistiques se retrouve sous responsabilité régionale et, en l'absence de standardisation, la plus grande confusion risquerait de s'établir. Au niveau de l'Europe, la standardisation représente aussi un enjeu important, car il est indispensable que des pays ayant lié leur sort puissent comparer l'état de santé de leurs populations. Au niveau international, la nécessité est moins impérieuse, quoique les comparaisons d'un pays à l'autre puissent avoir un effet stimulant (quand on se compare défavorablement) ou rassurant (quand on constate qu'il peut exister des situations pires ailleurs).

Sans être un impératif absolu à court terme, la standardisation des instruments de mesure reste un enjeu pour l'avenir. Comme aucune instance n'a le pouvoir d'imposer des procédures communes, la seule voie possible reste de chercher le «plus petit commun dénominateur». C'est d'ailleurs le souci qui animait l'OMS (WHO, 1989) puis le Conseil de l'Europe (1990) lorsqu'ils ont travaillé à arrêter une liste d'indicateurs.

Si la liste proposée paraissait encore trop importante, ma suggestion serait d'amorcer un processus de standardisation en visant modestement une seule dimension, et mon choix se porterait sur la dimension de la mobilité physique (avec ses

trois niveaux de «confinement au lit ou au fauteuil», «confinement au domicile» et «non-confinement»). Ces questions, qui font partie des propositions de l'OMS et du Conseil de l'Europe, n'embrassent pas tous les problèmes de santé chroniques, mais la dimension de la mobilité me paraît apte à bien résumer les problèmes chroniques les plus graves auxquels les services de santé ont à faire face. Après ce premier essai de standardisation, d'autres indicateurs pris dans la liste de l'OMS et du Conseil de l'Europe pourraient être progressivement introduits. Les recommandations des experts du réseau REVES seront également importantes à considérer.

QUEL TYPE D'ENQUÊTE FAUT-IL RECOMMANDER AUX POUVOIRS PUBLICS POUR ÉTABLIR EN ROUTINE DES EVS ?

Trois types d'enquêtes peuvent être envisagées pour obtenir en routine des données d'incapacité utilisables pour calculer des espérances de vie en santé : les enquêtes transversales, des enquêtes à passages répétés et des enquêtes longitudinales.

Les enquêtes transversales permettent d'obtenir des prévalences d'incapacités dans la population. La majorité des enquêtes de santé étant de ce type, il est normal que la méthode de Sullivan soit la plus souvent utilisée pour les calculs d'espérance de vie en santé effectués à ce jour car elle est la seule qui ne requiert que des données de prévalence.

Avec une enquête à passages répétés (comportant un nouveau passage un ou deux ans après une enquête transversale initiale), on obtient des probabilités de survie sans incapacité qui permettent, moyennant certaines hypothèses sur la durée d'incapacité des personnes décédées entre deux passages (inaccessible par ce type d'enquête), de calculer une espérance de vie sans incapacité dans les conditions du moment (Brouard et Robine, 1986). Le résultat obtenu est beaucoup plus homogène par rapport aux quotients de mortalité utilisés pour le calcul de l'espérance de vie, car il s'agit de la survie sans incapacité des sujets initialement sans incapacité. On obtient donc un véritable indicateur conjoncturel de la santé de la population.

Une enquête longitudinale enregistre tous les événements concernant la mortalité et l'incapacité au cours d'une période donnée : l'entrée en incapacité, la mortalité des sujets en incapacité ou sans incapacité, ainsi que les éventuelles récupérations des fonctions perdues.

Actuellement, on multiplie les calculs d'espérance de vie sans incapacité faits par la méthode de Sullivan sur la base des enquêtes transversales de santé dans de nombreux pays. Ce procédé, quoique tactiquement utile pour promouvoir la démarche, ne peut à mes yeux constituer une solution d'avenir.

Le reproche qu'on peut faire à la méthode de Sullivan réside dans la difficulté d'interpréter les variations observées. Robine et al. (1987) et Brouard et Robine (à paraître) ont clairement montré que l'amalgame de données concernant des flux (pour la mortalité) et des stocks (pour les incapacités) conduit à des résultats toujours discutables, ce qui diminue l'intérêt des enquêtes transversales comme base des futures séries d'espérances de vie sans incapacité et conduit à la nécessité d'envisager un recueil de probabilités dans les conditions du moment.

De véritables enquêtes longitudinales enregistrant tous les événements en matière d'incapacité et de mortalité ne sont pas réalistes à large échelle compte tenu des difficultés de mise en oeuvre qu'elles représentent, mais les enquêtes à passages répétés sont envisageables. Par ce moyen, on obtient non pas des probabilités d'entrée en incapacité, puisqu'on ignore combien de personnes décédées sont passées par une phase d'incapacité, mais des probabilités de survie sans incapacité parfaitement utilisables avec quelques hypothèses simples. Sur cette base, les méthodes tenant compte de la réversibilité de l'incapacité peuvent être utilisées (Rogers, Rogers et Branch, 1989).

Il sera aussi nécessaire d'inclure dans le calcul les incapacités de la population vivant en institution. Ici, c'est en standardisant un minimum d'indicateurs applicables à la fois à domicile et en institution qu'on y parviendra.

Dans le passé, on a utilisé l'espérance de vie sans incapacité pour organiser les données d'incapacité qui existaient dans les enquêtes; on doit maintenant envisager des enquêtes dont le but sera de calculer l'espérance de vie sans incapacité.

LE RÔLE DES INSTITUTS DE STATISTIQUES

Seuls les grands instituts nationaux de statistiques possèdent l'infrastructure que suppose la mise en oeuvre des enquêtes nécessaires au calcul des espérances de vie sans incapacité, qu'il s'agisse des enquêtes de prévalence ou d'enquêtes à passages répétés. Plusieurs grands instituts de statistiques ont été impliqués dans des calculs expérimentaux d'espérance de

vie sans incapacité; toutefois, au stade actuel, les calculs d'espérance de vie en santé ont rarement dépassé le cadre de la recherche. Aucun pays ne s'est encore engagé dans le maintien d'une série statistique régulière, qui seule à mes yeux signera la diffusion et la pérennité de cette innovation dans le domaine des statistiques sanitaires.

La décision d'introduire les calculs d'espérance de vie sans incapacité dans les statistiques de routine viendra de l'autorité politique. Il faut donc arriver à convaincre les responsables administratifs et politiques de l'enjeu représenté par la prise en compte des problèmes liés aux conséquences des états chroniques invalidants.

Les enquêtes à mettre en oeuvre représentent un coût non négligeable, qui doit être évalué, mais il me semble que la connaissance de la tendance des probabilités d'entrée en incapacité au cours du temps constitue un enjeu tout aussi important pour l'avenir de nos sociétés que, par exemple, les perspectives d'emploi, pour lesquelles on entreprend de lourdes enquêtes. De plus, l'estimation des probabilités de survie sans incapacité par des enquêtes à passages répétés ne requiert pas des enquêtes extrêmement longues. Un ou deux passages supplémentaires au décours d'une enquête initiale transversale permettraient d'obtenir ces résultats. Cette procédure est à la portée des grands instituts nationaux de statistiques. Peut-être est-il également possible de minimiser les coûts en organisant des prolongements au décours des enquêtes nationales de santé.

La nécessité de calculer régulièrement la valeur de l'espérance de vie sans incapacité devrait découler de la prise de conscience de l'enjeu social et financier représenté par la prise en charge correcte des états chroniques invalidants dans l'avenir. Un élément me laisse croire qu'on parviendra à faire en sorte que des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité soient établis en routine : la nécessité de gérer la santé de très grandes populations vieillissantes. Le ciblage des services vers les plus dépendants nécessitera l'organisation d'enquêtes régulières sur l'incapacité et sa prise en charge. D'autre part, le développement de solutions privées ou publiques d'assurance dans le domaine de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées nécessiterait la connaissance des probabilités de transition entre différents états d'incapacité; cela va appeler le développement des bases d'information sur les probabilités de survie sans incapacité.

LES RECHERCHES

Au cours de cet exposé, je me suis volontairement placé du point de vue de la statistique sanitaire en réfléchissant à ce que les recherches déjà effectuées pourraient apporter aux enquêtes de santé régulières. Mais il reste un important travail de recherche à faire pour préparer l'avenir, en particulier pour rendre opérationnels d'autres types d'indicateurs d'espérance de vie en santé, améliorer les procédures d'enquête et chercher à répondre à des interrogations fondamentales comme celles qui concernent les tendances séculaires d'incapacité dans la population et les causes sous-jacentes qui influencent l'espérance de vie en santé.

De nouvelles dimensions de l'espérance de vie en santé à rendre opérationnelles

On peut prévoir que l'espérance de vie sans incapacité ne suffira pas et que la prise en compte d'autres dimensions va paraître nécessaire aux responsables sanitaires. C'est le cas des capacités cognitives. Les changements pathologiques qui sont observés avec l'âge dans une certaine proportion de la population posent aux responsables sanitaires des problèmes d'organisation et de développement de services spécifiques. Des instruments adaptés aux enquêtes sur la santé de la population vivant à domicile et en institution sont indispensables, car l'incapacité ne décrit que partiellement le problème posé par les personnes qui souffrent de détérioration intellectuelle (Ritchie, à paraître). D'autre part, l'amélioration de la qualité de vie est un objectif du système de santé et cette notion est inscrite dans la démarche même de l'espérance de vie en santé. Toutefois, l'exploration des différentes facettes de ce concept, des dimensions fonctionnelles aux aspects subjectifs de la santé, est nécessaire (Bucquet, 1989).

Les procédures d'enquête

La mise au point de la méthodologie des enquêtes à passages répétés en vue d'un calcul des espérances de vie en santé est à poursuivre. La «Longitudinal Study of Aging» (LSOA), enquête longitudinale américaine sur les personnes âgées, représente un modèle de ce type d'enquête. En France, des essais ont été effectués par l'INSERM (Robine, Labbé, Seroussi et Colvez,

1989); ils ont montré qu'il était possible d'organiser des enquêtes à passages répétés avec des taux de réussite élevés, et à des coûts relativement modérés. Deux questions, au moins, restent à instruire :

— la «censure» des données d'incapacité relatives aux personnes qui sont décédées entre deux passages successifs;

— la réversibilité éventuelle des états d'incapacité.

Pour résoudre ces problèmes, il faudrait sans doute mener de véritables enquêtes longitudinales dans le cadre de la recherche afin de valider, à des échelles plus réduites que celle des enquêtes nationales, les hypothèses avancées pour estimer les probabilités de survie sans incapacité et enregistrer la réversibilité des états d'incapacité.

L'étude des tendances séculaires de l'incapacité des personnes âgées

L'évolution des probabilités d'entrée en incapacité au cours du temps est une question fondamentale dans le champ de l'espérance de vie sans incapacité. Les hypothèses de «compression de la morbidité» (Fries, 1983) et de «pandémie des états chroniques» (Kramer, 1980) ne pourront être vérifiées que par cette voie. Actuellement, nous ne savons pas encore trancher entre ces différentes hypothèses. Dans l'avenir, ce sont les séries statistiques d'espérances de vie sans incapacité qui devraient nous permettre d'établir ces tendances, mais on doit dès maintenant examiner toutes les données disponibles et rassembler un faisceau d'éléments sur cette question fondamentale (voir l'article de Robine dans le présent numéro des *Cahiers*).

Agrégation, désagrégation, analyse des causes médicales et des conditions d'environnement

Tout au long des années de développement des espérances de vie en santé, l'effort a tendu à une agrégation des informations en un indicateur global. Or, après avoir cherché à synthétiser mortalité et incapacité en un indicateur permettant d'obtenir un jugement global de l'état de santé de la population, il faudra revenir à l'analyse des phénomènes sous-jacents pour rechercher les éléments sur lesquels il serait possible d'agir.

L'examen des causes d'incapacité et de mortalité et de leur poids sur l'espérance de vie sans incapacité représente une

première approche. La technique de l'addition du poids des causes telle qu'elle a été développée et appliquée au Québec (Colvez et Blanchet, 1983; Dillard, 1983) est une procédure qui permet de hiérarchiser les causes médicales sous-jacentes au phénomène. Il faudrait se pencher à nouveau sur ces analyses. De plus, compte tenu du fait que les incapacités concernent largement la population âgée, il serait utile d'introduire, dans cette analyse des causes, une approche des pathologies multiples (Verbrugge et al., 1989). En outre, dans le cadre de l'utilisation de l'espérance de vie sans incapacité, il faudrait approfondir les relations entre incapacité et mortalité.

Les autres thèmes de recherche envisageables rejoignent l'analyse des processus de handicap. Il faut évidemment enregistrer la dimension environnementale pour analyser secondairement les interventions envisageables afin de réduire le handicap (INSERM, 1985).

CONCLUSION

Il est de la responsabilité des chercheurs de veiller à transférer les innovations dans la pratique. Il serait regrettable que les résultats des efforts consentis dans le domaine des espérances de vie en santé restent confinés aux cercles de la recherche. Il importe de sensibiliser davantage le milieu administratif et politique ainsi que le grand public, en particulier en introduisant la notion d'espérance de vie en santé dans le débat sur l'avenir des systèmes de santé.

On doit privilégier le domaine de l'incapacité (au sens large du terme) pour diffuser largement les idées et, d'un point de vue technique, c'est vers les « rôles de survie », dimension de handicap au sens de la Classification internationale des handicaps, qu'il faut s'orienter afin de développer une liste minimale d'indicateurs pour mesurer de façon standardisée des espérances de vie en santé.

Pour mettre en oeuvre des séries statistiques d'espérances de vie en santé, il faut prévoir des enquêtes à passages répétés dans les enquêtes nationales sur les conséquences des maladies chroniques invalidantes.

Enfin, en matière de recherche, quatre objectifs pourraient faire l'objet de priorités : le développement des indicateurs de capacités cognitives et de qualité de vie; la vérification, par des enquêtes longitudinales de petite taille, des problèmes posés

par la «censure», ainsi que l'approfondissement de la réversibilité des états d'incapacité; la poursuite de l'étude des tendances séculaires de l'espérance de vie sans incapacité; et finalement le développement de l'analyse des causes d'incapacité et de leurs relations avec la mortalité.

L'objectif final est de voir l'espérance de vie sans incapacité devenir un critère de jugement sur les politiques de santé des pays. Il est à souhaiter qu'elle soit régulièrement publiée, non seulement dans la presse spécialisée, mais aussi dans la grande presse, en un mot que chaque grand institut de statistiques se mette à produire un «cahier spécial» qui s'appellerait «série statistique des espérances de vie sans incapacité». Tous les systèmes de santé sont amenés à «rationner», explicitement ou non, les ressources affectées à la santé. Le débat doit porter sur les critères qui présideront à la mise en oeuvre de ce rationnement. Tout ce que nous pouvons souhaiter est de voir les espérances de vie en santé figurer en bonne place dans ce débat.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BRANCH, L. G., J. M. GURALNIK, D. J. FOLEY, F. J. KOHOUT, T. T. WETLE, A. OSTFELD et S. KATZ, 1991. «Active Life Expectancy for 10,000 Caucasian Men and Women in Three Communities». *Journal of Gerontology*, 46, M145-150.
- BROUARD, N., et J.-M. ROBINE, 1986. «Une modélisation du confinement à domicile des personnes âgées». In *3e Colloque international de biologie théorique et médecine, 16-18 septembre*, Angers. Cambridge University Press.
- BROUARD, N., et J.-M. ROBINE. «A Method for Calculating Health Expectancy Applied to Longitudinal Surveys of the Elderly in France». In J.-M. ROBINE, M. BLANCHET et J. E. DOWD. *L'espérance de vie en bonne santé*. Paris, INSERM/Documentation française, sous presse.
- BUCQUET, D., 1989. «Santé perçue et qualité de vie. La contribution de l'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham». In *Qualité-santé : mieux gérer pour mieux soigner*. Colloque de l'AFCIQ, 27 avril, Paris.
- CHAMIE, M., 1990. «The Status and Use of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)». *World Health Statistics Quarterly*, 43, 273-280.
- COLVEZ, A., et M. BLANCHET, 1983. «Potential Gains in Life Expectancy Free of Disability: A Tool for Health Planning». *International Journal of Epidemiology*, 12, 2, 224-226.
- COLVEZ, A., et M. LABBÉ, 1990. «Survey and Classification of Tools for the Assessment of Disease Consequences in the European Community Countries». In R. LEIDL, P. POTTHOFF et D. SCHWEFEL, éd.

- European Approaches to Patient Classification Systems. Methods and Applications Based on Disease Severity, Resource Needs, and Consequences.* Berlin, Springer.
- CONSEIL DE L'EUROPE, 1990. *Bilan de l'utilisation de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) dans les enquêtes et les statistiques.* Rapport technique. Strasbourg, Conseil de l'Europe.
- DILLARD, S., 1983. *Durée ou qualité de la vie.* Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, Direction générale des publications gouvernementales du ministère des Communications, collection «La santé des Québécois», 70 p.
- FRIES, J. F., 1983. «The Compression of Morbidity». *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 61, 3, 397-419.
- INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 1985. *Réduire les handicaps.* Rapport des groupes de travail réunis à l'initiative de la Mission pour la valorisation économique et sociale, juillet 1984. Paris, INSERM/Documentation française, «Analyses et prospectives», 556 p.
- JAZAIRI, N. T., 1976. *Différentes approches pour l'élaboration des indicateurs de santé.* Paris, OCDE, Programme d'élaboration des indicateurs sociaux de l'OCDE, «Études spéciales», no 2, 67 p.
- KATZ, S., L. G. BRANCH, M. H. BRANSON, J. A. PAPSIDERO, J. C. BECK et D. S. GREER, 1983. «Active Life Expectancy». *The New England Journal of Medicine*, 309, 20, 1218-1224.
- KRAMER, M., 1980. «The Rising Pandemic of Mental Disorders and Associated Chronic Diseases and Disabilities». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, 285 (suppl.), 282-297.
- MANTON, K. G., et E. STALLARD, 1991. «Cross-sectional Estimates of Active Life Expectancy for the US Elderly and Oldest-Old Populations». *Journal of Gerontology*, 46, S170-182.
- McWHINNIE, J. R., 1981. «Disability Assessment in Population Surveys: Result of the OECD Common Development Effort». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 29, 413-419.
- OLSHANSKY, S. J., 1986. «The Fourth Stage of Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases». *The Milbank Quarterly*, 64, 3, 355-391.
- RITCHIE, K. «Life Expectancy Without Cognitive Deterioration. Theoretical and Methodological Difficulties». In J.-M. ROBINE, M. BLANCHET et J. E. DOWD. *L'espérance de vie en bonne santé.* Paris, INSERM/ Documentation française, sous presse.
- ROBINE, J.-M., et A. COLVEZ, 1984. «Espérance de vie sans incapacité et ses composantes : de nouveaux indicateurs pour mesurer la santé». *Population*, 1, 27-46.
- ROBINE, J.-M., M. BLANCHET et E. DOWD, éd., 1989. *International Research Network for Interpretation of Observed Values of Healthy Life Expectancy.* Proceedings of the First Work-Group Meeting REVES, septembre, Québec.
- ROBINE, J.-M., M. LABBÉ, M. C. SEROUSSI et A. COLVEZ, 1989. «L'enquête longitudinale de Haute-Normandie sur les capacités fon-

- tionnelles des personnes âgées, 1978-1985». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 37, 37-48.
- ROBINE, J.-M., N. BROUARD et A. COLVEZ, 1987. «Les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité (EVS) : des indicateurs globaux de l'état de santé des populations». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 35, 206-224.
- ROGERS, A., R. G. ROGERS et L. G. BRANCH, 1989. «A Multistate Analysis of Active Life Expectancy». *Public Health Report*, 104, 3, 222-225.
- ROGERS, R. G., A. ROGERS et A. BÉLANGER, 1989. «Active Life Among the Elderly in the United States: Multistate Life-Table Estimates and Population Projections». *The Milbank Quarterly*, 67, 370-411.
- SANDERS, B. S., 1964. «Measuring Community Health Levels». *American Journal of Public Health*, 54, 1063-1070.
- SULLIVAN, D. F., 1966. «Conceptual Problems in Developing an Index of Health». *Vital and Health Statistics*, 2, 17, 1-20.
- SULLIVAN, D. F., 1971. «A Single Index of Mortality and Morbidity». *HSMHA Health Reports*, 86, 4, 347-354.
- VERBRUGGE, L. M., J. M. Lepkowski et Y. Imanaka, 1989. «Comorbidity and Its Impact on Disability». *The Milbank Quarterly*, 67, 3-4, 450-484.
- VERBRUGGE, L., et D. BALABAN, 1989. «Patterns of Change in Disability and Well-being». *Medical Care*, 27, 3 (suppl.), S128-S147.
- WHO (World Health Organization), 1980. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification Relating to the Consequences of Diseases*. Genève, WHO, 207 p.
- WHO (World Health Organization), 1985. *Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, European Health for All Series No. 1.
- WHO (World Health Organization), Regional Office for Europe, Netherlands Central Bureau of Statistics, 1989. *Consultation to Develop Common Methods and Instruments for Health Interview Surveys*. Report on a WHO Meeting, 21-23 June 1988. Voorburg, CBS.
- WOOD, P. H., et E. M. BADLEY, 1980. *People with Disabilities: Toward Acquiring Information Which Reflects More Sensitively their Problems*. Washington, World Rehabilitation Fund, Monograph Series No. 2, 111 p.

RÉSUMÉ — SUMMARY — RESUMEN

COLVEZ Alain — UN POINT DE VUE SUR L'AVENIR DES INDICATEURS D'ESPÉRANCE DE VIE EN SANTÉ

Cet article exprime un point de vue personnel sur l'avenir des indicateurs d'espérance de vie en santé (EVS) en se plaçant du point de vue de la pratique de santé publique. La réflexion est centrée sur les modalités envisageables pour opérer le transfert des connaissances et des procédures du milieu de la recherche vers le milieu de la statistique sanitaire afin que les EVS deviennent des indicateurs de routine de l'état de santé de la population. Selon le point de vue exprimé, la diffusion des EVS passe dans un premier temps par le concept plus limité d'espérance de vie sans incapacité. Les réflexions portent sur la sélection des aspects d'incapacité, la standardisation des instruments, le type d'enquête à envisager, le rôle des grands instituts de statistique pour l'introduction d'un calcul de routine. Enfin, les thèmes des recherches qui pourraient être engagées pour faciliter la diffusion des EVS dans la pratique sont très brièvement abordés.

COLVEZ Alain — POINT OF VIEW ON THE FUTURE OF INDICATORS OF HEALTH EXPECTANCY

The article expresses the author's point of view on the future of indicators of health expectancy from the standpoint of the public health practitioner. The discussion focuses on the possible ways to transfer knowledge and procedures from the research community to the health statistics field so that health expectancy can be used as a routine indicator of the health status of a population. According to the author, the concept of health expectancy must first be seen through the more limited concept of disability-free life expectancy. The article looks at the selection of aspects of disability, standardization of instruments, types of surveys, the role of major statistics organizations in introducing routine calculation. The last section looks briefly at possible research avenues to transfer the concept of health expectancy to the practical level.

COLVEZ Alain — PUNTO DE VISTA SOBRE EL FUTURO DE LOS INDICADORES DE ESPERANZA DE VIDA EN ESTADO SALUDABLE

Este artículo expresa un punto de vista personal acerca del futuro de los indicadores de esperanza de vida en estado saludable (EVS), pues se coloca desde el punto de vista de la práctica de la salud pública. Se centra esta reflexión sobre los distintos modos posibles de transferir los conocimientos y procedimientos del ámbito de la investigación al de la estadística sanitaria, para que las esperanzas de vida en estado saludable se vuelvan indicadores de rutina del estado de salud de la población. Según el punto de vista que se expresa aquí, la esperanza de vida en estado saludable debe pasar antes que nada por el concepto, más limitado, de esperanza de vida sin incapacidad. Las reflexiones se refieren tanto a la selección de los tipos de incapacidad como la tipificación de los instrumentos, el tipo de encuesta a considerar, el papel de los grandes institutos de estadística para la inserción de un cálculo de rutina. Se abordan muy brevemente, en la última parte, los temas de las investigaciones que podrían lanzarse para ayudar a difundir de manera práctica las esperanzas de vida en estado saludable.