



Bureau fédéral du Plan

Analyses et prévisions économiques

Federaal Planbureau

Economische analyses en vooruitzichten

**Centre d'Expertise des pensions
Kenniscentrum pensioenen**

REP_CEP3_11083

Les espérances de vie/de santé selon le statut socio-économique

Revue de la littérature

Levens- en gezondheidsverwachtingen naar socio-economisch statuut

Literatuuroverzicht

Septembre - September 2015

Marie Vandresse, vm@plan.be

Avenue des Arts 47-49 – Kunstlaan 47-49
1000 Bruxelles – 1000 Brussel

e-mail : contact@plan.be
<http://www.plan.be>

Le Bureau fédéral du Plan

Le Bureau fédéral du Plan (BFP) est un organisme d'intérêt public.

Le BFP réalise des études sur les questions de politique économique, socio-économique et environnementale. À cette fin, le BFP rassemble et analyse des données, explore les évolutions plausibles, identifie des alternatives, évalue les conséquences des politiques et formule des propositions.

Son expertise scientifique est mise à la disposition du gouvernement, du parlement, des interlocuteurs sociaux, ainsi que des institutions nationales et internationales. Le BFP assure à ses travaux une large diffusion. Les résultats de ses recherches sont portés à la connaissance de la collectivité et contribuent au débat démocratique.

Le Bureau fédéral du Plan est certifié EMAS et Entreprise écodynamique (trois étoiles) pour sa gestion environnementale.

url : <http://www.plan.be>

e-mail : contact@plan.be

Reproduction autorisée, sauf à des fins commerciales, moyennant mention de la source.

Éditeur responsable : Philippe Donnay

Federaal Planbureau

Het Federaal Planbureau (FPB) is een instelling van openbaar nut.

Het FPB voert beleidsrelevant onderzoek uit op economisch, sociaal-economisch vlak en op het vlak van leefmilieu. Hiertoe verzamelt en analyseert het FPB gegevens, onderzoekt het aanneembare toekomstscenario's, identificeert het alternatieven, beoordeelt het de gevolgen van beleidsbeslissingen en formuleert het voorstellen.

Het stelt zijn wetenschappelijke expertise onder meer ter beschikking van de regering, het Parlement, de sociale gesprekspartners, nationale en internationale instellingen. Het FPB zorgt voor een ruime verspreiding van zijn werkzaamheden. De resultaten van zijn onderzoek worden ter kennis gebracht van de gemeenschap en dragen zo bij tot het democratisch debat.

Het Federaal Planbureau is EMAS en Ecodynamische onderneming (drie sterren) gecertificeerd voor zijn milieubeheer.

url: <http://www.plan.be>

e-mail: contact@plan.be

Overname wordt toegestaan, behalve voor handelsdoeleinden, mits bronvermelding.

Verantwoordelijke uitgever: Philippe Donnay

Bureau fédéral du Plan
Centre d'Expertise des pensions
Avenue des Arts 47-49, 1000 Bruxelles

Federaal Planbureau
Kenniscentrum pensioenen
Kunstlaan 47-49, 1000 Brussel

tél. : +32-2-5077311
fax : +32-2-5077373
e-mail : contact@plan.be
<http://www.plan.be>

Les espérances de vie/de santé selon le statut socio-économique

Revue de la littérature

Levens- en gezondheidsverwachtingen naar socio-economisch statuut

Literatuuroverzicht

Septembre - September 2015

[Marie Vandresse, vm@plan.be](mailto:vm@plan.be)

Table des matières

Synthèse	1
Synthese	2
1. Introduction	3
2. Définition des concepts	4
2.1. Mortalité - morbidité - espérances de vie - espérances de santé	4
2.2. Indicateurs socio-économiques	5
3. Aperçu d'études portant sur le cas de Belgique et à l'étranger	6
3.1. Études portant sur le cas de la Belgique	6
3.1.1. Deboosere, Gadeyn et Van Oyen (2009) - espérance de vie en fonction du niveau d'instruction - mesure et évolution	6
3.1.2. Van Oyen H. et al. (2011) - espérances de vie et de santé en fonction du niveau d'instruction - mesure et évolution	7
3.2. Études portant sur d'autres pays	8
3.2.1. Blanpain et Chardon (2011) - France - espérance de vie en fonction de la catégorie socioprofessionnelle	8
3.2.2. E. Cambois, C. Laborde , J.-M. Robine (2008) - France - espérance de vie sans limitations fonctionnelles en fonction de la catégorie socioprofessionnelle	9
3.2.3. White en Edgar (2010) - Angleterre - Espérance de vie en bonne santé selon l'activité professionnelle	10
4. Pistes pour des études supplémentaires pour la Belgique	12
5. Conclusion	13
6. Références	15

Liste des graphiques

Graphique 1	Espérance de vie à 25 ans selon le niveau d'instruction - Belgique - 1991 et 2001.....	7
Graphique 2	Espérance de vie à 25 ans sans incapacité (EVS) et avec incapacité (EVAI) par sexe et niveau d'instruction - Belgique - 2001	8
Graphique 3	Espérance de vie à 35 ans par sexe et catégories socio-professionnelle - France - 2000-2008..	9
Graphique 4	Espérance de vie à 35 ans avec et sans incapacité - France - 2002-2003.....	10
Graphique 5	Espérance de vie à la naissance - totale et en bonne santé - Angleterre - 2001-2003.....	11

Synthèse

Ce rapport présente une revue (non exhaustive) de la littérature sur les études permettant d'apporter un éclairage quant à l'impact du statut socio-économique sur les espérances de vie et les espérances de santé.

Les études sur les espérances de vie et de santé se basent essentiellement sur le niveau d'instruction ou la catégorie socioprofessionnelle comme indicateur du statut socio-économique. Quelques éléments peuvent déjà être mis en évidence:

- L'espérance de vie augmente avec le niveau d'instruction : l'écart entre l'espérance de vie à 25 selon le niveau d'instruction (primaire vs supérieur) est de 5 années pour les hommes et de 4 années pour les femmes sur la base des données belges de 2001 (Van Oyen (2011)).
- L'espérance de vie des femmes est supérieure à l'espérance de vie des hommes, quel que soit le niveau d'instruction ou la catégorie socioprofessionnelle. De fait, en moyenne, même les ouvrières vivent plus longtemps que les hommes cadres.
- Le gradient social joue à la fois sur la durée de vie mais également sur la durée de vie en bonne santé. De plus, les inégalités face à la santé (mesurée par l'espérance de santé) sont supérieures aux inégalités face à la mort (mesurée par l'espérance de vie).
- Les espérances de santé à 25, 35 ou 50 ans selon la catégorie socioprofessionnelle sont des indicateurs intéressants à exploiter. Ils permettent de mettre en évidence le nombre d'années vécues en bonne santé durant la période – potentielle – d'activité sur le marché du travail, selon la catégorie socioprofessionnelle. À titre d'illustration, sur la base de l'étude de Van Oyen (2011) (données belges de 2001), un homme de 25 ans avec un diplôme primaire vivra en moyenne jusqu'à 62 ans en bonne santé, contre 71 ans pour un diplômé du supérieur.
- L'espérance de vie plus élevée pour les femmes concerne surtout un nombre plus important d'années vécues en mauvaise santé.

Pour avoir des résultats récents pour la Belgique, il serait intéressant suivre les travaux de l'Institut de Santé Publique sur les espérances de santé selon la position sociale (formation et position sur le marché du travail) sur la base des enquêtes SILC (Statistics on Income and Living Conditions) de 2004 à 2014.

Les résultats repris dans ce rapport doivent être interprétés en termes de corrélation et non de causalité. En effet, les espérances de vie et de santé ne sont que des indicateurs qui synthétisent l'impact des multiples déterminants de la santé.

Synthese

Dit rapport geeft een (niet-exhaustief) literatuuroverzicht van studies die een licht kunnen werpen op de impact van het socio-economisch statuut op de levens- en gezondheidsverwachting.

Studies over de levens- en gezondheidsverwachting steunen voornamelijk op het opleidingsniveau of de socioprofessionele categorie als indicator van het socio-economisch statuut. Enkele elementen kunnen reeds worden aangestipt:

- De levensverwachting neemt toe met het opleidingsniveau: het verschil tussen de levensverwachting op 25 jaar volgens het opleidingsniveau (lager vs hoger onderwijs) bedraagt 5 jaar voor mannen en 4 jaar voor vrouwen op basis van de Belgische gegevens van 2001 (Van Oyen (2011)).
- De levensverwachting bij vrouwen ligt hoger dan die bij mannen, ongeacht het opleidingsniveau of de socioprofessionele categorie. Gemiddeld leven arbeidsters zelfs langer dan mannelijke kaderleden.
- De sociale gradiënt heeft zowel een impact op de levensduur als op de levensduur in goede gezondheid. Bovendien zijn de ongelijkheden op het vlak van gezondheid (gemeten aan de hand van de gezondheidsverwachting) groter dan die op het vlak van overlijden (gemeten aan de hand van de levensverwachting).
- De levensverwachtingen op 25, 35 of 50 jaar volgens socioprofessionele categorie vormen interessante indicatoren voor verder onderzoek. Ze maken het mogelijk het aantal gezonde levensjaren na te gaan tijdens de – potentiële – periode van activiteit op de arbeidsmarkt volgens socioprofessionele categorie. Ter illustratie, op basis van de studie van Van Oyen (2011) (Belgische gegevens van 2001), zal een man van 25 jaar met een diploma lager onderwijs gemiddeld tot 62 jaar in goede gezondheid leven, tegenover 71 jaar voor een diploma hoger onderwijs.
- De hogere levensverwachting voor vrouwen impliceert vooral een groter aantal jaren in slechte gezondheid.

Om te beschikken over recente resultaten voor België zou het interessant zijn om de werkzaamheden van het Instituut Volksgezondheid te volgen over de levensverwachting volgens maatschappelijke positie (opleiding en arbeidsmarktpositie) op basis van de SILC-enquêtes (Statistics on Income and Living Conditions) van 2004 tot 2014.

De resultaten in dit rapport moeten geïnterpreteerd worden in termen van correlatie en niet van causaliteit. De levens- en gezondheidsverwachtingen zijn immers slechts indicatoren die de impact van meerdere gezondheidsdeterminanten samenvatten.

1. Introduction

Ce rapport a comme objectif de réaliser une revue (non exhaustive) de la littérature sur les études permettant d'apporter un éclairage sur la pénibilité du travail dans le cadre de l'allongement de la durée des carrières. L'espérance de vie – selon la position socio-économique des individus – est le premier indicateur démographique permettant de mesurer la pénibilité du travail qui vient à l'esprit.

Cependant, Cambois et Robine (2011) mentionnent que « la pénibilité du travail devrait être définie comme l'ensemble des situations professionnelles susceptibles de réduire l'espérance de vie en bonne santé, avant et après 65 ans ».

La revue de la littérature s'est donc axée sur les espérances de vie et les espérances de santé, en lien avec le statut socio-économique des individus. La position socio-économique peut être représentée par différents indicateurs, en particulier le niveau de revenu, le niveau d'instruction ou la catégorie socioprofessionnelle. Seuls ces deux derniers indicateurs seront analysés dans ce rapport.

2. Définition des concepts

2.1. Mortalité - morbidité - espérances de vie - espérances de santé

*Espérance de vie*¹ : nombre d'années que vivra – en moyenne – un individu s'il connaît durant tout le reste de sa vie les conditions de mortalité observées durant une période donnée.

Espérance de santé : nombre d'années en bonne ou en mauvaise santé que vivra – en moyenne – un individu s'il connaît durant tout le reste de sa vie les conditions observées durant une période donnée. L'espérance de santé permet de donner une idée de la qualité des années vécues. Il existe autant d'espérances de santé que d'indicateurs de santé (Cambois et Robine 2011). Ces indicateurs mesurent la déficience (mentale, sensorielle ou physique), l'incapacité d'accomplir une tâche et /ou le désavantage social lié à une déficience ou une incapacité (partielle ou totale). On y retrouve, entre autres :

- l'espérance de vie *sans incapacité* (« disability-free life expectancy » or « Healthy Life Years ») : le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en moyenne sans limitation fonctionnelle.
- L'espérance de *vie en bonne santé* (« healthy life expectancy ») : indicateur de santé subjective basé sur une auto-évaluation des individus (« Comment est votre état de santé général? »).
- L'espérance de vie *sans maladie spécifique/chronique* (« life expectancy free of specific/chronic diseases »).

Mortalité : action de la mort sur une population. Elle est mesurée à l'aide de plusieurs indicateurs, dont le nombre de décès, le taux brut de mortalité² ou les quotients de mortalité par âge³. Les quotients de mortalité par âge permettent d'établir les tables de mortalité utilisées pour calculer l'espérance de vie.

Morbidité : action de la maladie sur une population. Elle peut être mesurée par la prévalence, soit le nombre de cas de maladies enregistrés sur une période donnée pour une population déterminée et englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens cas. Le taux de prévalence rapporte le nombre de personnes souffrant d'une maladie particulière à un moment donné, par population exposée au risque de cette maladie. Le taux de prévalence, en combinaison avec les tables de mortalité, permet de mesurer les espérances de santé⁴ (méthode de Sullivan).

¹ Il s'agit de l'espérance de vie transversale (ou « du moment ») par rapport à l'espérance de vie longitudinale (ou « par génération»). Dans l'ensemble de ce rapport, tous les indicateurs présentés sont calculés dans une approche transversale.

² Rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.

³ Le quotient de mortalité à un âge mesure la probabilité, pour les personnes survivantes à cet âge, de décéder avant l'âge suivant.

⁴ Les espérances de santé peuvent également être calculées sur la base de tables de mortalité multi-états (probabilité de transition d'un état à un autre). La morbidité doit alors être mesurée en termes d'incidence (nombre de nouveaux cas), ce qui nécessite des données longitudinales.

2.2. Indicateurs socio-économiques

L'étude des espérances de vie et de santé selon le statut socio-économique des individus est souvent limitée aux indicateurs disponibles. Afin de caractériser au mieux la place d'un individu dans la hiérarchie sociale, trois dimensions sont prépondérantes : le niveau d'instruction, la catégorie socioprofessionnelle et le niveau de revenu (Charafeddine et al. (2014a)).

Le Niveau d'instruction permet de différencier les individus selon leur accès à l'information et leur capacité d'accès aux nouvelles technologies. *Le revenu* capte les différences au niveau de l'accès aux besoins matériels. *La catégorie socioprofessionnelle* permet de mettre en évidence l'exposition aux risques liés à l'exercice d'une profession.

La catégorie socioprofessionnelle est certainement un indicateur pertinent dans le cadre d'une étude sur les espérances de vie/de santé en lien avec la pénibilité des métiers. Cependant, dans la littérature sur les inégalités en matière de santé, **le niveau d'instruction est l'indicateur le plus souvent retenu**, pour différentes raisons.

1. Il s'agit d'une mesure *objective*. Lorsque la question relative au niveau d'instruction est posée dans une enquête, les réponses sont souvent fiables, de bonne qualité et avec peu de non réponses (ce qui est nettement moins le cas pour les informations relatives au revenu).
2. Le niveau d'instruction est un indicateur *stable dans le temps*, une fois la scolarité achevée (autour de 25 ans). Il n'est notamment pas affecté lors d'une détérioration de l'état de santé à l'âge adulte et ne varie pas en fonction de la situation sur le marché du travail (contrairement au revenu et au statut professionnel).
3. Le niveau d'instruction est également un bon indicateur des revenus potentiels (corrélation importante entre niveau de revenu et niveau d'instruction) et par conséquent d'un certain degré d'accessibilité au soin. Le niveau d'instruction a également un impact sur les comportements (préventifs et curatifs) en matière de santé. Le niveau d'instruction est également corrélé avec le type de profession exercée.

Isoler l'effet de chacun des trois déterminants mentionnés ci-dessus nécessiterait un indicateur pertinent pour chacun de trois déterminants et indépendant des autres. En effet, quatre facteurs explicatifs du lien entre la mortalité et le statut socioprofessionnel sont souvent avancés dans la littérature (Caselli et al., 2002 ; Monteil et Robert-Bobée, 2005) : conditions de travail, modes de vie, sélection naturelle, conditions de vie pendant l'enfance. Les effets sont cumulatifs et les corrélations importantes. L'analyse causale de chacun des facteurs est donc loin d'être évidente. Les résultats repris dans ce rapport doivent donc être interprétés en termes de corrélation et non de causalité.

3. Aperçu d'études portant sur le cas de Belgique et à l'étranger

Cette section reprend les résultats principaux d'études (les plus récentes) réalisées soit en Belgique soit à l'étranger sur l'espérance de vie ou l'espérance de santé. Il ne s'agit pas d'une revue exhaustive de la littérature. De manière générale, ces études confirment toutes l'existence d'un gradient socio-économique : l'espérance de vie et l'espérance de santé augmentent avec le niveau socio-économique des individus, quel que soit l'indicateur retenu. Les inégalités de genre face à la mort et la santé restent également importantes.

Au niveau de l'interprétation des résultats, il semble important de rappeler que les indicateurs d'espérance de vie/de santé selon le statut socio-économique supposent l'absence de mobilité « sociale ». À titre d'illustration, l'espérance de vie d'un ouvrier qualifié correspond au nombre d'années que cet individu peut espérer vivre s'il connaît durant tout le reste de sa vie les conditions de mortalité observées durant une période donnée et s'il reste ouvrier qualifié toute sa vie.

Dans le cadre des études selon le statut socio-économique, les analyses se basent souvent sur les espérances de vie/de santé à 25, 35, 50 ou 65 ans.

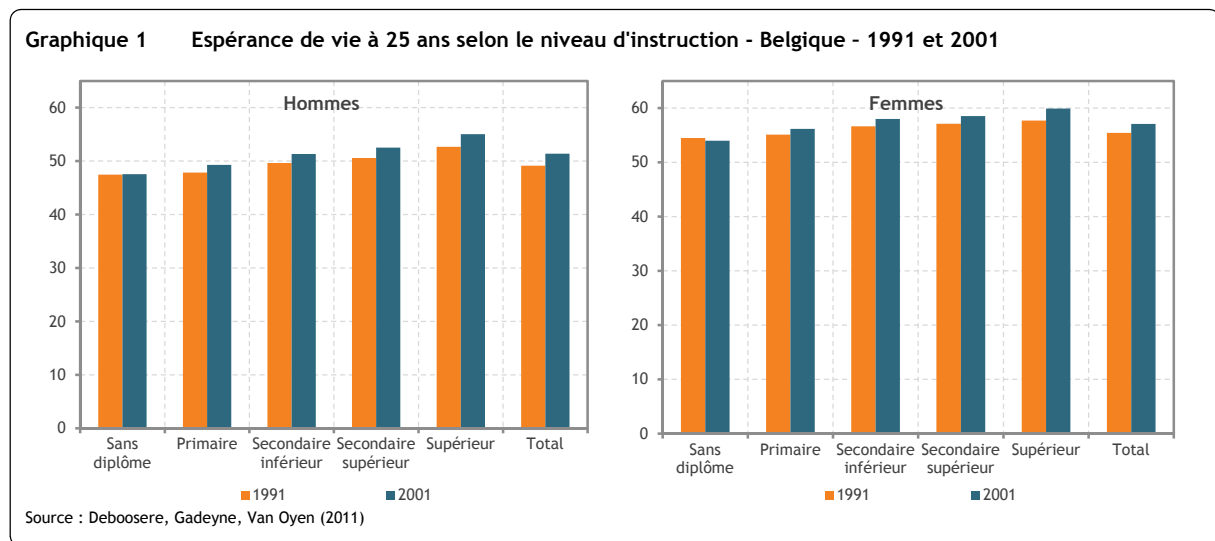
3.1. Études portant sur le cas de la Belgique

3.1.1. Deboosere, Gadeyn et Van Oyen (2009) - espérance de vie en fonction du niveau d'instruction - mesure et évolution

Cette étude présente l'espérance de vie par niveau d'instruction et son évolution (1991-1994 et 2001-2004) sur la base du niveau d'instruction des individus enregistré dans les recensements de la population (1991 et 2001), combiné aux décès (1991-1994 et 2001-2004) enregistrés au Registre National.

- En 1991 l'écart entre l'espérance de vie à 25 ans des hommes diplômés du supérieur et celle des hommes sans diplôme est de 6 ans en faveur des premiers cités. Cet écart est de 4,0 ans pour les femmes.
- En comparant les espérances de vie calculées en 2001 avec celles de 1991, les auteurs constatent que les espérances de vie augmentent quel que soit le niveau d'instruction (à l'exception des femmes sans diplôme). Le rythme de croissance augmente avec le niveau d'instruction, ce qui génère *un élargissement de l'écart* entre l'espérance de vie des individus sans diplôme et celle des individus avec un niveau d'instruction de type supérieur. La différence entre les espérances de vie selon le niveau d'instruction (sans diplôme vs niveau supérieur) atteint 7 ans pour les hommes et 6 ans pour les femmes, en 2001 (respectivement 5 ans et 3 ans en 1991).

- L'espérance de vie des femmes, quel que soit le niveau d'instruction de la femme⁵, est toujours supérieure à l'espérance de vie des hommes, même avec un diplôme supérieur.



3.1.2. Van Oyen H. et al. (2011) - espérances de vie et de santé en fonction du niveau d'instruction - mesure et évolution

Cette étude présente des espérances de vie et de santé selon le niveau d'instruction, en combinant les données de mortalité selon le niveau d'instruction (couplage recensement et registre des décès) avec les données relatives à l'état de santé récoltées dans les enquêtes santé (1997 et 2004). L'indicateur de l'espérance de santé retenu dans l'étude correspond à l'espérance de vie sans incapacité (disability-free life expectancy) tel que proposée par le WHO-Europe working group⁶.

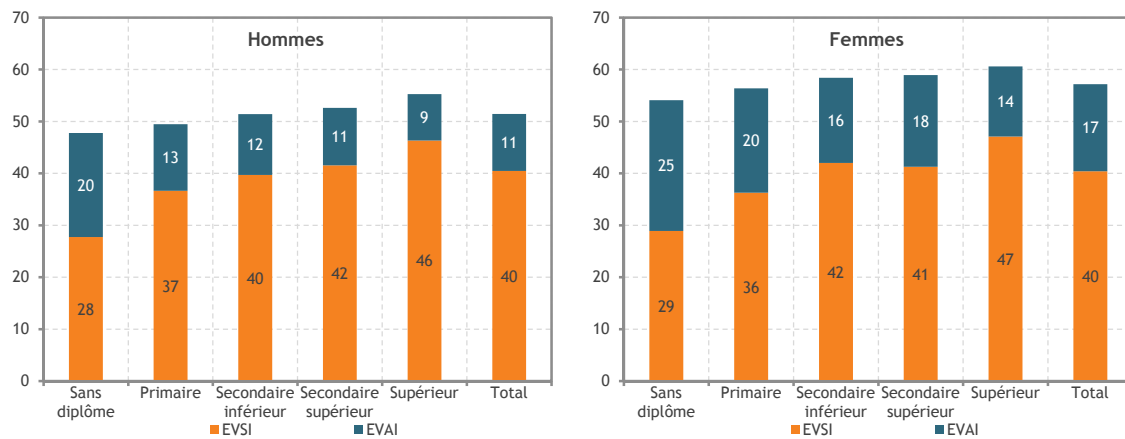
- L'espérance de vie ainsi que le nombre d'années sans incapacité augmentent avec le niveau d'instruction.
- Pour les hommes, l'espérance de vie à 25 ans sans incapacité d'un diplômé du supérieur dépasse de 9 ans celle d'un diplômé de l'enseignement primaire. Cet écart est de 10 ans pour les femmes. La différence avec les individus sans diplôme est encore plus grande.

À noter que l'espérance de vie (en bonne santé) pour les individus sans diplôme est nettement plus faible que pour les individus avec diplôme. Cette différence s'explique entre autres par un biais de sélection. Les individus qui sont en mauvaise santé dès leur enfance ont une probabilité plus faible d'obtenir un diplôme.

⁵ À l'exception des femmes sans diplôme qui ont une espérance de vie plus basse que les hommes avec un diplôme de l'enseignement supérieur. Les individus sans diplôme ont généralement un risque plus élevé d'être sans diplôme suite à un problème de santé important, dès l'enfance (biais de sélection).

⁶ Les limitations d'activité ont été classées en tenant compte de sept fonctions de la vie quotidienne (se lever ou se coucher dans le lit, se lever ou s'asseoir sur une chaise, s'habiller, se laver les mains et la figure, s'alimenter, aller à la toilette, continence), de la mobilité et de deux fonctions sensorielles (voir et entendre).

Graphique 2 Espérance de vie à 25 ans sans incapacité (EVSI) et avec incapacité (EVAI) par sexe et niveau d'instruction - Belgique - 2001



Source : Van Oyen (2011)

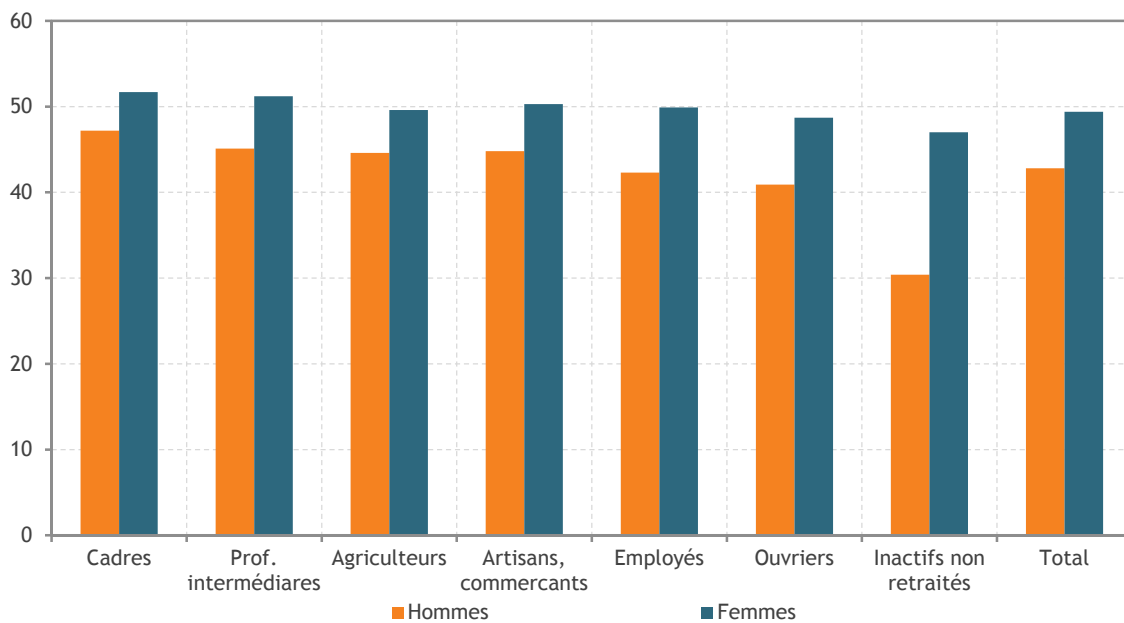
3.2. Études portant sur d'autres pays

3.2.1. Blanpain et Chardon (2011) - France - espérance de vie en fonction de la catégorie socioprofessionnelle

Cette étude française présente l'espérance de vie et son évolution (1976-2008) selon la catégorie socio-professionnelle. La mortalité selon la catégorie socio-professionnelle est calculée sur la base de l'Échantillon Démographique Permanent produit par l'Insee (couplage des recensements et des statistiques d'état civil, dont les décès).

- L'étude relève de *fortes inégalités sociales* face à la mort : sur la période 2000-2008, l'écart entre l'espérance de vie à 35 ans des cadres masculins et celle des ouvriers est de 6,3 ans en faveur des cadres. Cet écart est de 3,0 ans pour les femmes.
- L'étude relève également des *inégalités sociales face à la mort plus fortes chez les hommes que chez les femmes* : cet effet s'explique probablement par un suivi médical plus régulier des femmes mais également par des différences entre les conditions de travail (environnement et hygiène) selon la catégorie sociale qui seraient plus grandes pour les hommes que pour les femmes. La durée de travail et de carrière – et par conséquent la durée d'exposition aux risques – sont également plus faibles, en moyenne, pour les femmes. L'inégalité est telle que même les *ouvrières vivent plus longtemps que les hommes cadres*.
- Les *écarts entre cadres et ouvriers s'atténuent avec l'âge* : au fil du temps, les personnes les plus fragiles et les plus exposées décèdent. Les accidents de travail diminuent avec l'âge et deviennent nuls passé l'âge de la retraite.
- Les *inégalités sociales face à la mort semblent stables* (depuis 25 ans).

Graphique 3 Espérance de vie à 35 ans par sexe et catégories socio-professionnelle - France - 2000-2008



Source: Blanpain, Ch. et Chardon O. (2011)

3.2.2. E. Cambois, C. Laborde, J.-M. Robine (2008) - France - espérance de vie sans limitations fonctionnelles en fonction de la catégorie socioprofessionnelle

Cette étude a l'avantage de présenter des espérances de vie en santé selon la catégorie sociale, en combinant les données issues de l'Échantillon Démographique Permanent (sur la base du recensement de 1999) avec les résultats de l'enquête santé 2002-2003. Trois indicateurs de santé sont repris :

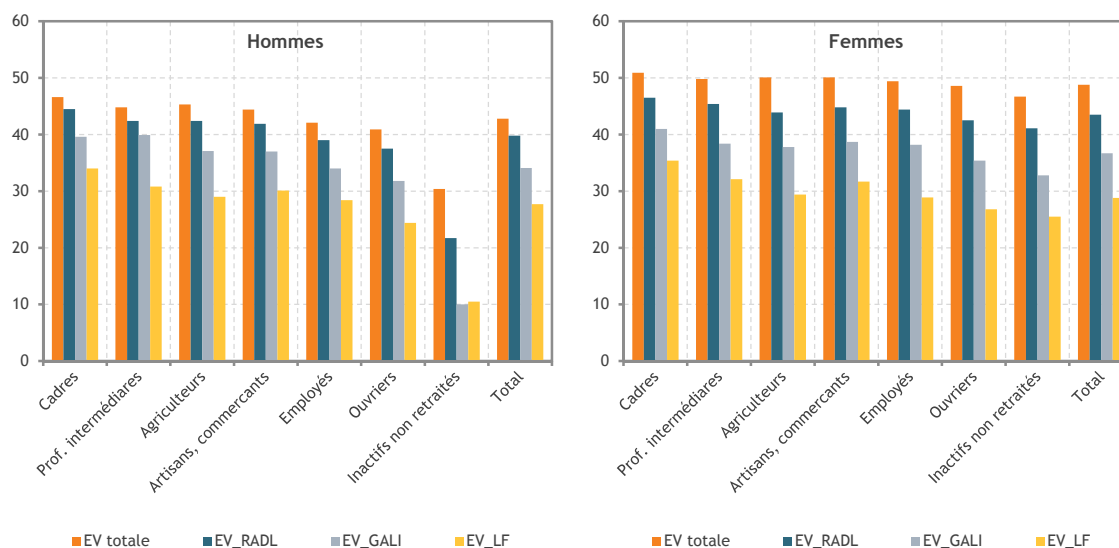
1. L'espérance de vie avec *limitations fonctionnelles (LF)* physiques et sensorielles : difficultés à voir de près ou de loin, à entendre, à marcher, à monter et descendre des escaliers, à utiliser ses mains et ses doigts... (Difficultés non compensées par des aides techniques et corrections).
2. L'espérance de vie avec *limitation d'activité globale (GALI)* : être limité depuis plus de 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités quotidiennes courantes.
3. L'espérance de vie avec *restrictions d'activité pour les soins personnels (RADL)* : difficultés ou besoin d'aide pour faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, etc., qui génèrent des incapacités sévères et une situation de dépendance.

Quelques résultats principaux :

- « L'espérance de vie sans limitations fonctionnelles à 35 ans est de 34 ans pour les hommes cadres et de 24 ans pour les ouvriers », soit une différence de 10 ans (contre 6 ans sur la base de l'espérance de vie) ; « celle sans restrictions pour les activités de soins personnels s'élève à 45 ans pour les cadres contre 38 ans pour les ouvriers ». Les différences persistent aux âges élevés et, à 60 ans, les problèmes fonctionnels courants occupent 45% de l'espérance de vie des cadres et 62% de celle des ouvriers ; pour les problèmes les plus sévères, les chiffres sont de 9% et 16%. »

- Les résultats indiquent aussi que les professions manuelles sont pénalisées face aux années de vie avec limitation fonctionnelle (ouvriers et agriculteurs).
- Les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes mais elles ne vivent pas plus d'années en bonne santé qu'eux.

Graphique 4 Espérance de vie à 35 ans avec et sans incapacité - France - 2002-2003



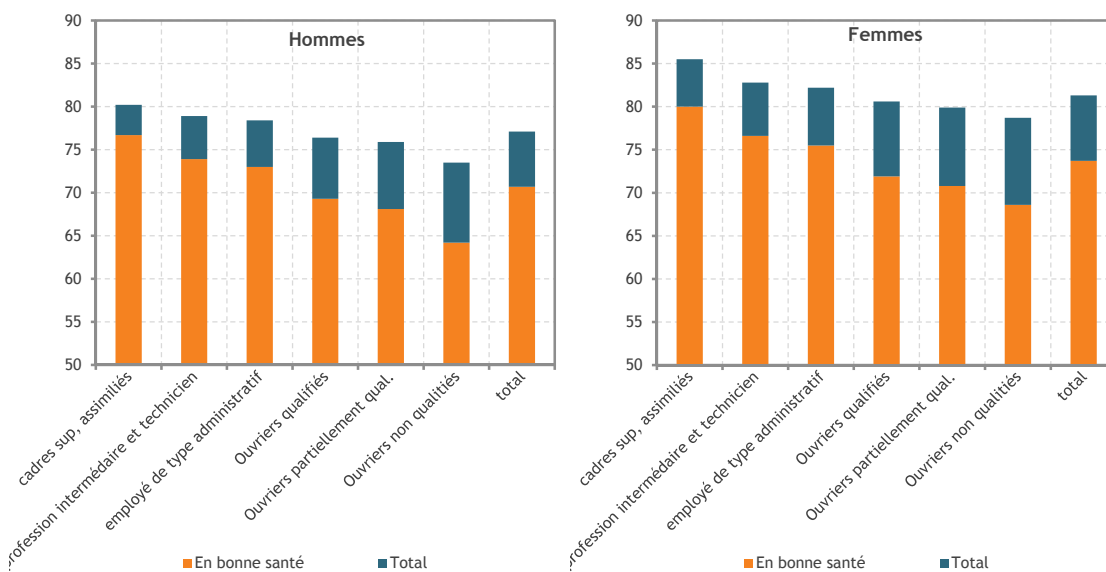
Source : Cambois, Laborde et Robine (2008)

3.2.3. White en Edgar (2010) - Angleterre - Espérance de vie en bonne santé selon l'activité professionnelle

Cette étude présente des espérances de vie en bonne santé (mesure subjective de la santé) selon l'activité professionnelle sur la base de l'ONS Longitudinal Study (UK) qui couple les données du recensement de population avec l'enregistrement des décès (base de données administrative). Les auteurs présentent dans l'article les espérances de vie et de santé à la naissance et à 65 ans sur la base de la santé subjective (Healthy Life Expectancy).

- Pour les hommes et les femmes, l'écart entre l'espérance de vie en bonne santé (à la naissance et à 65 ans) entre les individus avec une activité professionnelle la plus qualifiée et ceux avec une activité professionnelle la moins qualifiée est plus important que l'écart en terme d'espérance de vie. Pour les hommes (resp. les femmes), cet écart est de 6,7 (resp. 4,6) années pour l'espérance de vie à la naissance contre 12,5 (resp. 14,4) années pour l'espérance de vie en bonne santé.

Graphique 5 **Espérance de vie à la naissance - totale et en bonne santé - Angleterre - 2001-2003**



Source : White en Edgar (2010)

4. Pistes pour des études supplémentaires pour la Belgique

Afin d'estimer l'espérance de vie/de santé en fonction du statut socio-économique des individus, il faut pouvoir mesurer la mortalité par statut-socioéconomique ainsi que le « niveau » de santé pour les espérances de santé. Les études qui existent actuellement en Belgique sur l'espérance de vie/en santé par statut socio-économique se basent principalement :

- *pour la mortalité selon le statut-socioéconomique* : sur les données des recensements de la population de 1991 et 2001 avec un couplage des données du Registre National relatives à la mortalité ;
- *pour la santé* : sur la base des Enquêtes de Santé nationales (1997, 2001, 2004, 2008, 2013) exécutées par l'Institut Scientifique de Santé Publique.

Pour les différentes raisons mentionnées dans la section 2.2, les études sur les inégalités en matière de santé se basent principalement sur le niveau d'instruction. Dans le cadre d'une étude sur la pénibilité des métiers, *il serait intéressant d'estimer les espérances de vie/de santé sur la base du statut professionnel, du secteur d'activité ou de la nature de l'activité*. Ces informations étaient disponibles dans les recensements de 1991 et 2001. Depuis le remplacement du recensement décennal sur la base d'un questionnaire rempli par l'ensemble des individus inscrits au Registre National par un recensement sur la base de données administratives (CENSUS 2011), *les données relatives au statut professionnel ou au secteur d'activité ne sont plus disponibles*. Établir des tables de mortalité en distinguant la situation professionnelle n'est donc plus possible à l'aide du recensement.

Une distinction selon le niveau d'instruction devient également plus compliquée à établir car, sur la base d'un recoupement des données administratives (tel que réalisé dans la nouvelle formule du recensement), il n'est pas possible d'attribuer à tous les individus inscrits au Registre National leur niveau d'instruction (notamment pour les individus qui ont suivi un parcours scolaire à l'étranger).

Dans ce contexte-là, une étude a été réalisée par l'Institut de Santé Publique (Charafeddine et al (2014a) et Charafeddine et al. (2014b)) afin de déterminer dans quelle mesure les *Enquêtes Santé ou SILC* pouvaient être exploitées afin de déterminer des tables de mortalité par statut socio-économique. Les résultats de l'étude, prenant *le niveau d'instruction comme indicateur du statut socio-économique*, sont probants. Les auteurs ont utilisé les données du recensement 2001 pour confronter et ainsi valider leurs résultats.

Dans cette lancée, l'Institut de Santé Publique a lancé un nouveau projet pour estimer des espérances de santé selon la position sociale (niveau d'instruction et position sur le marché du travail) en couplant les données de mortalité (Registre National) avec les données relatives à la santé sur la base de l'enquête SILC (période 2004 à 2014). Des premiers résultats exploratoires pourraient être disponibles fin de l'année 2015 (personne de contact : Herman Van Oyen, directeur du département « Santé Publique et Surveillance » de l'Institut de Santé Publique).

5. Conclusion

Les études sur les espérances de vie et de santé selon le statut socio-économique se basent essentiellement sur le niveau d'instruction ou le statut socioprofessionnel. Les études intégrant la profession de l'individu – indicateur plus pertinent dans le cadre de la pénibilité des métiers – sont beaucoup plus rares, par manque de données.

Sur la base de la revue de la littérature présentée ci-dessus, quelques éléments peuvent déjà être mis en évidence:

- L'espérance de vie augmente avec le niveau d'instruction : l'écart entre l'espérance de vie à 25 selon le niveau d'instruction (primaire vs supérieur) est de 5 années pour les hommes et de 4 années pour les femmes sur la base des données belges de 2001 (Van Oyen (2011)).
- L'espérance de vie des femmes est supérieure à l'espérance de vie des hommes, quel que soit le niveau d'instruction ou la catégorie socioprofessionnelle⁷. Plusieurs éléments peuvent expliquer cette constatation : les femmes ont un suivi médical plus régulier, leur conditions de travail (environnement et hygiène) sont moins différentes selon le niveau d'instruction et les femmes ont en moyenne une durée d'exposition au risque plus faible (durée de travail et de carrière moins longue).
- L'écart entre les espérances de santé selon le niveau d'instruction ou la catégorie socioprofessionnelle est plus important que l'écart en termes d'espérance de vie. Autrement dit, le gradient social joue à la fois sur la durée de vie mais également sur la durée de vie en bonne santé. Cambois et al. (2008), résume cela à travers le titre de leur publication : *La « double peine » des ouvriers - plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte*. Ces résultats s'expliquent notamment par le fait que l'exposition aux risques de maladie, la capacité de se prémunir contre les risques et de guérir sont fonction de la catégorie socioprofessionnelle.
- Les espérances de santé à 25, 35 ou 50 ans selon la catégorie socioprofessionnelle sont des indicateurs intéressants à exploiter (davantage) dans le cadre d'une réforme des pensions. Ils permettent de mettre en évidence le nombre d'années vécues en bonne santé durant la période – potentielle – d'activité sur le marché du travail, selon la catégorie socioprofessionnelle. À titre d'illustration :
 - sur la base de l'étude de Van Oyen (2011) – données de 2001, BE – un homme de 25 ans avec un diplôme primaire vivra en moyenne jusqu'à 62 ans en bonne santé, contre 71 ans pour un diplômé du supérieur.
 - sur la base de l'étude de Cambois et. al (2008) – données de 2002-2003, FR – un ouvrier de 35 ans vivra en moyenne jusqu'à 59 ans sans limitation fonctionnelle ; jusqu'à 66 ans pour un cadre.
- L'espérance de vie plus élevée pour les femmes concerne surtout un nombre plus important d'années vécues en mauvaise santé. Selon l'étude Cambois et. al (2008), les femmes ne vivent pas plus d'années en bonne santé que les hommes entre 50 et 65 ans, quelle que soit la catégorie socio-professionnelle.

⁷ À l'exception des femmes sans diplôme ou inactives sans diplôme (biais de sélection).

Sans rentrer dans les détails, différentes explications sont reprises dans la littérature pour expliquer le fait que les femmes vivent plus longtemps, mais avec un nombre plus élevé d'années en mauvaises santé, en particulier :

1. Les hommes et les femmes souffrent de types de maladies différentes. Les femmes auraient tendances à souffrir d'un plus grand nombre de maladies que les hommes, mais de nature moins grave.
2. Les femmes ont une moins bonne santé que les hommes non pas malgré le fait qu'elles vivent plus longtemps mais parce qu'elles vivent plus longtemps (Luy et Minagawa (2014)).

Pour avoir des résultats récents pour la Belgique, il serait intéressant de rester en contact avec l'Institut de Santé Publique dans le cadre de leur projet visant à estimer des espérances de santé selon la position sociale (formation et position sur le marché du travail) sur la base des enquêtes SILC de 2004 à 2014 (voir section 4).

Pour terminer, il semble important de rappeler que les espérances de vie et de santé ne sont que des indicateurs de santé qui mesurent l'impact des multiples déterminants de la santé. Les liens de causalité ne sont pas évidents à déterminer et encore moins d'en mesurer les effets.

6. Références

- Blanpain, Ch., Chardon O., 2011, Les inégalités sociales face à la mort, Tables de mortalité par catégorie sociale et indices standardisés de mortalité pour quatre périodes (1976-1984, 1983-1991, 1991-1999, 2000-2008), Document de travail n° F1108, INSEE.
- Cambois E. et Robine J.-M., 2011, Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans, Bulletin épidémiologique hebdomadaire de l'Institut national de veille sanitaire, n°8-9, mars 2011.
- Cambois E., Laborde C., Robine J.-M., 2008, La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte, Population et Sociétés, n°441, Ined, Janvier 2008.
- Cambois E., C. Laborde, I. Romieu, J.-M. Robine, 2011, Occupational inequalities in health expectancies in France in the early 2000s: Unequal chances of reaching and living retirement in good health, Demographic Research, Vol. 25, 12.
- Casselli, G., Vallin J. et Wunsch G. (sous la dir. de), 2002, Démographie : Analyse et synthèse – Tome III : les déterminants de la mortalité », Editions de l'Ined.
- Charafeddine, R., Gadeyne S., Deboosere P., et al., 2014a, Social inequalities in Healthy Life Expectancy, Alternative methods of estimation in the absence of the National Census, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, Belgique.
- Charafeddine, R., Berger N., Demarest S., Van Oyen H., 2014b, Using mortality follow-up of surveys to estimate social inequalities in healthy life years, Population Health Metrics 2014, 12:13.
- Deboosere, P., Gadeyne S., Van Oyen H., 2009, The 1991-2004 Evolution in Life Expectancy by Educational Level in Belgium Based on Linked Census and Population Register Data, European Journal of Population, 25:175-196.
- Luy, M. et Minagawa, Y., 2014, Ecart hommes-femmes : espérance de vie et proportion de la vie vécue en mauvaise santé, Rapports sur la santé, vol. 25, n°12, p14 à 22, Statistique Canada.
- Monteil, Ch. et Robert-Bobée I., 2005, Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes, INSEE Première, n°1025.
- Sullivan, D.F., 1971, A single index of mortality and morbidity, Health Services Reports, 86:347-354.
- Van Oyen, H., Deboosere P., Lorant V., Charafeddine R. (Eds.), 2010, Les inégalités sociales de santé en Belgique, Gent, Academia Press, iv + 200 pp.
- Van Oyen, H., Charafeddine R., Deboosere P., et al., 2011, Contribution of mortality and disability to the secular trend in health inequality at the turn of century in Belgium, European Journal of public Health, vol. 21, n°6, 781-787.
- White, Ch., Edgar G., 2010, Inequalities in healthy life expectancy by social class and area type: England, 2001-03, Health Statistics Quarterly 45, Spring 2010, Office for National Statistics, England.