

**L'espérance de vie en santé : une mesure synthétique de l'incapacité dans la communauté. Statut actuel et utilité pour les politiques de santé**

**HEALTHY LIFE EXPECTANCY: AN INDEX OF DISABILITY IN THE COMMUNITY. CURRENT STATUS AND USEFULNESS FOR HEALTH POLICIES**

**ESPERANZA DE VIDA EN ESTADO DE SALUD : METODOLOGIA SINTETICA DE LA INCAPACIDAD EN LA COMUNIDAD. ESTATUTO ACTUAL Y UTILIDAD PARA LAS POLITICAS DE SALUD**

Michel C. Thuriaux

Volume 20, Number 2, Fall 1991

L'espérance de vie en santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/010093ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/010093ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (print)

1705-1495 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Thuriaux, M. C. (1991). L'espérance de vie en santé : une mesure synthétique de l'incapacité dans la communauté. Statut actuel et utilité pour les politiques de santé. *Cahiers québécois de démographie*, 20(2), 439–450. <https://doi.org/10.7202/010093ar>

Article abstract

Increasing lifespan and the improved control of acute diseases have underlined the importance of chronic disorders and their long-term impact on health. Member States in both the developing and the developed areas of the world are gathering data for the quantitative assessment of disability in the community. Internationally accepted instruments such as the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps will facilitate standardised data collection and analysis, as well as the calculation of indicators, such as Healthy Life Expectancy, combining traditional survival measurements based on mortality with elements related to the quality of survival. The article lists the main conditions required for the calculation of this type of indicators, together with the main countries or areas where these conditions are likely to be met.

## **L'espérance de vie en santé : une mesure synthétique de l'incapacité dans la communauté. Statut actuel et utilité pour les politiques de santé**

Michel C. THURIAUX \*

Les praticiens de l'épidémiologie, qui travaillent dans la communauté, souhaitent que le résultat de leurs efforts soit, outre une source d'informations, une base pour la politique et l'action en matière de santé dans cette communauté. Le mouvement vers la Santé pour tous incarne un aspect de ce souhait; en 1988, la 41e Assemblée mondiale de la santé a souligné l'importance de l'épidémiologie pour l'appui aux stratégies de la Santé pour tous, et ce point a récemment été souligné par le Directeur général de l'OMS (Nakajima, 1991). Les instruments de mesure pour étudier et pallier, autant que faire se peut, l'incapacité au sein des populations font partie des ressources que doivent utiliser ceux qui préparent, planifient, mettent en oeuvre et évaluent les activités destinées à atteindre le but de la Santé pour tous.

### **L'IMPACT DE LA MALADIE. IMPORTANCE DES CONSÉQUENCES À LONG TERME**

Les maladies qui ne sont ni guérissables ni fatales à brève échéance peuvent affecter la communauté à travers :

---

\* Épidémiologiste, Renforcement des services épidémiologiques et statistiques, Division de la surveillance épidémiologique et de l'appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse. Les opinions exprimées dans cet article sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les options et les politiques de l'Organisation mondiale de la santé. L'auteur remercie ses nombreux collègues du réseau REVES. La version finale de cette article doit beaucoup à l'analyse judicieusement amicale de Jean-Charles Alary.

i) les coûts directement encourus par la société et l'individu pour combattre les causes de la maladie;

ii) la souffrance et les coûts encourus par l'individu que la maladie rend incapable d'activités normales pendant la durée d'un épisode aigu de maladie, avant le retour à la santé (épisode généralement mesuré en jours ou en semaines plutôt qu'en mois ou en années). En gros, ces deux premiers types de coûts sont liés aux soins de type aigu, tant pour l'individu que pour la société.

À plus long terme, il faut prendre en considération les catégories de coûts (financiers et autres) encourus tant par l'individu que par la société du fait, d'une part, de la diminution des capacités de l'individu de fonctionner normalement en société et, d'autre part, des efforts entrepris par l'individu et la société pour corriger ou pallier cette diminution (cette diminution, ces efforts et les coûts qu'ils entraînent pouvant durer aussi longtemps que la vie de l'individu). Ces catégories représentent les coûts liés aux conséquences à long terme de la maladie.

L'accroissement de la longévité et le contrôle sans cesse amélioré des maladies aiguës feront à l'avenir croître l'importance relative des types de coûts mentionnés au paragraphe précédent. C'est dans les pays riches, où la distribution des âges prend une allure rectangulaire et où le contrôle des maladies infectieuses aiguës est le plus généralement efficace, que cette évolution est actuellement le mieux perçue. Dans les pays pauvres, cependant, la distribution par âge de la population est en train de changer rapidement, même si le pourcentage de personnes âgées y est encore relativement faible : les estimations actuelles des Nations-Unies prévoient que la croissance en valeur absolue du nombre de personnes âgées entre 1980 et 2000 sera vraisemblablement trois fois plus importante dans les pays en développement que dans les pays riches. Dans les pays en développement, l'impact croissant d'événements comme les accidents de la circulation s'ajoute déjà maintenant à l'impact bien connu des maladies de la pauvreté (par exemple la poliomyélite, la rougeole, la xérophthalmie) sur de nombreux sujets jeunes, qui survivent avec des conséquences chroniques plus ou moins graves; la «transition épidémiologique» qui affecte d'ores et déjà des pays comme le Mexique entraînera en outre et inmanquablement un accroissement des maladies chroniques invalidantes (Frenk et al., 1988).

Par ailleurs, les études entreprises dans les pays en développement mettent en évidence des caractéristiques spécifiques, par exemple un excès d'incapacités en zones rurales dans la plupart des pays. L'évolution des caractéristiques sociales affectera vraisemblablement le niveau et le type traditionnels de soutien aux personnes âgées, surtout dans les villes, et il est douteux que le développement des services officiels de soutien puisse compenser l'effet de ces changements (Bicknell et Parkes, 1989).

### **ESPÉRANCE DE VIE EN SANTÉ**

L'espérance de vie en santé (EVS), appellation qui tend à remplacer celle d'«espérance de vie sans incapacité» (EVS<sub>I</sub>), est un indicateur qui permet (Robine, 1989; Robine et Ritchie, 1991) l'intégration d'informations concernant longévité et incapacité en un indice à la fois expressif et aisément compréhensible, qui peut aider les États membres de l'OMS dans leurs efforts pour évaluer et mesurer leurs progrès vers les buts de la Santé pour tous. Le *primum movens* du mouvement vers la Santé pour tous est le désir de voir plus d'équité en matière de santé; savoir combien d'années de notre espérance de vie chacun de nous peut espérer passer en bonne santé est aussi important que d'autres aspects de l'équité.

Il serait faux de penser que le besoin d'information relative aux incapacités ne présente pas actuellement dans les pays en développement le caractère d'urgence qu'offrent d'autres demandes d'information en matière de santé : il est important de mieux connaître, dans ces pays tout autant que dans le reste du monde, les conséquences à long terme de la maladie, et de mieux appliquer ces connaissances. Ces connaissances et ces applications ont un impact à long terme; ce fait même souligne la nécessité de commencer à agir dès maintenant, d'autant plus que les planificateurs et agents de politique sanitaire hésiteront à utiliser leurs ressources, toujours limitées, pour la collecte d'un supplément d'informations sur les problèmes de santé à venir plutôt que pour la prévention ou l'atténuation des problèmes aigus auxquels ils se voient chaque jour confrontés. Même si elles ne peuvent être comparées d'un pays à l'autre, il est néanmoins important que les données puissent être systématiquement collectées et analysées à intervalles réguliers dans un même pays.

Les valeurs le plus généralement récoltées sur les incapacités (prévalence globale de l'incapacité) au sein de la population ne signifient pas grand-chose par elles-mêmes. Pour mériter son nom, un indicateur doit permettre de mesurer aussi bien l'état de santé que les changements de celui-ci dans l'optique d'une politique de santé; l'EVS répond à ces deux critères. L'information sur la prévalence des incapacités par groupe d'âge et par sexe, nécessaire à l'élaboration de cet indicateur, est déjà disponible (Nations-Unies, 1990) dans au moins 25 pays ou territoires, et deviendra de plus en plus accessible au fur et à mesure que les autorités voudront être mieux informées sur l'importance des incapacités au sein de leurs populations. Le Bureau des statistiques des Nations-Unies a mené à bien la collecte et la mise au point d'une banque de données statistiques sur l'incapacité qui regroupe les données de plus de 60 pays ou régions, dont 30 au moins sont classés comme «en développement» par les agences des Nations-Unies. Ces informations, publiées sous forme de compendium (Nations-Unies, 1990), sont aussi disponibles sur disquettes de micro-ordinateurs et peuvent être employées avec des logiciels tableurs (DISTAT).

Des valeurs précises ou approchées pour les tables de survie sont par ailleurs disponibles dans la plupart des pays et permettent une estimation de l'espérance de vie à différents âges. Les calculs d'EVS effectivement disponibles à l'heure actuelle ne concernent cependant qu'un nombre limité de pays ou régions (tableau 1). L'utilisation de méthodes diverses et parfois difficilement comparables pour la cueillette des données et pour le calcul des valeurs entraîne, en ce qui concerne les comparaisons internationales ou au cours du temps, des problèmes dont la discussion dépasse le cadre de cet article. Un réseau sur l'espérance de vie en santé (REVES) s'efforce d'harmoniser les concepts et les activités de recherche et d'application pour l'EVS (Robine, 1989; REVES, 1988).

Le manque de données peut cependant être plus apparent que réel. Aux nombreuses données déjà disponibles dans les pays dits développés vient s'ajouter une quantité croissante d'informations en provenance des pays en développement, informations basées en grande partie sur des enquêtes dans la communauté. Des études déjà anciennes menées au Ghana et au Mali sur le coût comparatif de diverses affections en termes de mort prématurée et de jours de vie en bonne santé perdus ont

TABLEAU 1  
*Information disponible ou potentiellement disponible sur l'EVS  
 la : valeurs calculées pour l'EVS ou analogue*

À LA NAISSANCE	À D'AUTRES ÂGES UNIQUEMENT
<i>Région OMS de l'Afrique</i>	
Mali, 1976	
<i>Région OMS des Amériques</i>	
Canada, entre 1958 et 1987 *	
États-Unis, de 1958 à 1985 *	
<i>Région OMS de l'Asie du sud-est</i>	
Indonésie, 1976-1977	Malaisie, 1984 (65 ans)
Thaïlande, 1981 *	Myanmar, 1989 (65 ans)
	Sri Lanka, 1989 (65 ans)
<i>Région OMS de l'Europe</i>	
Allemagne (RF), 1983 *	Danemark, 1986-1987 (16 et 66 ans)
Espagne, 1986 *	Suède, 1987 (16-84 ans; 55-64 ans)
France, entre 1978 et 1982 *	
Pays-Bas, entre 1983 et 1988 *	
Royaume-Uni, de 1976 à 1985 *	
(Angleterre/Pays de Galles/ Irlande du Nord)	
Suisse, entre 1981 et 1989 *	
<i>Région OMS de la Méditerranée orientale</i>	
Bahreïn, 1981 *	Jordanie, 1989 (65 ans)
Égypte, 1976 *	
Koweït, 1980	
Pakistan, 1981	
Tunisie, 1975 *	
<i>Région OMS du Pacifique occidental</i>	
Australie, entre 1981 et 1988 *	Fidji, 1989 (65 ans)
Chine, 1987	Nouvelle-Zélande, 1981 (15-64 ans; 55-64 ans)
Japon, entre 1966 et 1970 *	Philippines, 1980 (65 ans)
(sexes confondus)	République de Corée, 1984 (65 ans)

Source : REVES, 1988.

\* Valeurs EVS connues aussi à 65 ans.

*Ib : Prévalence des incapacités connue par groupes d'âge  
quinquennaux <sup>a</sup>*

---

REMARQUES

<i>Région OMS de l'Afrique</i>	
Cap-Vert, 1980	Population 10+; personnes avec incapacités : inactives
Comores, 1980	Ensemble de la population
<i>Région OMS des Amériques</i>	
Antilles néerlandaises, 1981	
Belize, 1980	Personnes avec incapacités : inactives non scolarisées
Cuba, 1981	Population 15+; personnes avec incapacités : inactives
Guyana, 1980	Personnes avec incapacités : inactives non scolarisées
Trinidad-Tobago, 1980	Population 15+; personnes avec incapacités : inactives
Venezuela, 1981	Population 12+; personnes avec incapacités : inactives
<i>Région OMS de l'Asie du sud-est</i>	
Myanmar, 1989	Population 10+; personnes avec incapacités : inactives
Sri Lanka, 1981	
<i>Région OMS de l'Europe</i>	
Autriche, 1976	Enquête, sexes confondus
Irlande, 1981	Population 15+
Turquie, 1975	Ensemble de la population
<i>Région OMS de la Méditerranée orientale</i>	
Éthiopie, c1980	Enquête population rurale, sexes confondus
Égypte, c1979	Enquête population 10+
<i>Région OMS du Pacifique occidental</i>	
Fidji, 1989	Enquête région de Suva <sup>b</sup>
Kiribati, 1978	Population 15+

---

Source : United Nations, 1990 (données de recensement sauf indication contraire).

a. Ces informations permettent éventuellement l'estimation d'EVVS à partir de tables de survie quinquennales.

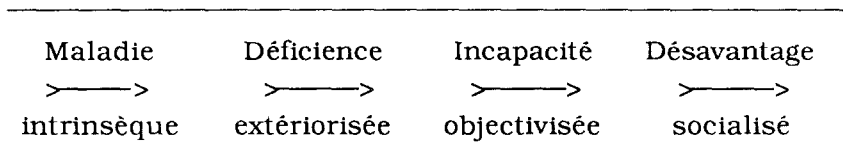
b. Communication personnelle.

souligné l'importance du paludisme, de la rougeole, de la pneumonie, de la drépanocytose et de la malnutrition grave, et ont mis en évidence l'importance et l'utilité de ce type d'indicateurs pour la planification sanitaire (GHAPT, 1981; Duflo et al., 1986). Les schémas de morbidité et d'incapacité ont été étudiés notamment en Indonésie et aux Indes à la même époque (Manton et al., 1986), et plus tard dans les régions OMS du Pacifique occidental (Fidji, Malaisie, Philippines, République de Corée) (Andrews et al., 1986), de l'Asie du sud-est (Myanmar, Sri-Lanka, Thaïlande) et de la Méditerranée orientale (Bahreïn, Égypte, Jordanie, Pakistan, Tunisie) (REVES, 1988), ainsi qu'en Algérie (Bezzaouacha et Dekkar, 1990). Ces études ne comprennent pas toujours des données sur la prévalence des incapacités par groupe d'âge et par sexe; elles permettent néanmoins d'améliorer le niveau de discussion et d'utilisation des statistiques internationales sur l'incapacité (Chamie, 1989).

## **STANDARDISATION DES INFORMATIONS SUR LES INCAPACITÉS**

La *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages* (CIH) (OMS, 1988), originellement publiée en anglais par l'OMS en 1980 pour clarifier les concepts de déficiences, incapacités et désavantages comme conséquences de la maladie, facilite la classification des données d'enquête et représente un outil essentiel pour une meilleure comparaison des données. Cette classification décrit une progression des conséquences de la maladie : une *modification pathologique* entraîne une *déficiência* structurelle ou fonctionnelle, laquelle peut entraîner une *incapacité* (modification ou perte de la capacité de l'individu d'accomplir des activités données); l'incapacité peut réagir avec le milieu où vit l'individu et diminuer ses aptitudes à remplir le rôle que l'on attend de lui ou d'elle, entraînant ainsi un *désavantage*. La CIH, qui fait partie de la famille de classifications basée sur les principes de la Classification statistique internationale des maladies (CIM) (OMS, 1977), existe en une douzaine de langues (anglais, allemand, chinois, espagnol, français, finnois, italien, japonais, néerlandais, portugais, russe, serbocroate, tchèque, bientôt en lithuanien, en norvégien, en polonais et peut-être en turc). Elle propose ainsi, pour chaque catégorie (déficiences, incapacités et désavantages), une série de classifications. Sa présentation des conséquences à long terme de la maladie a entraîné des



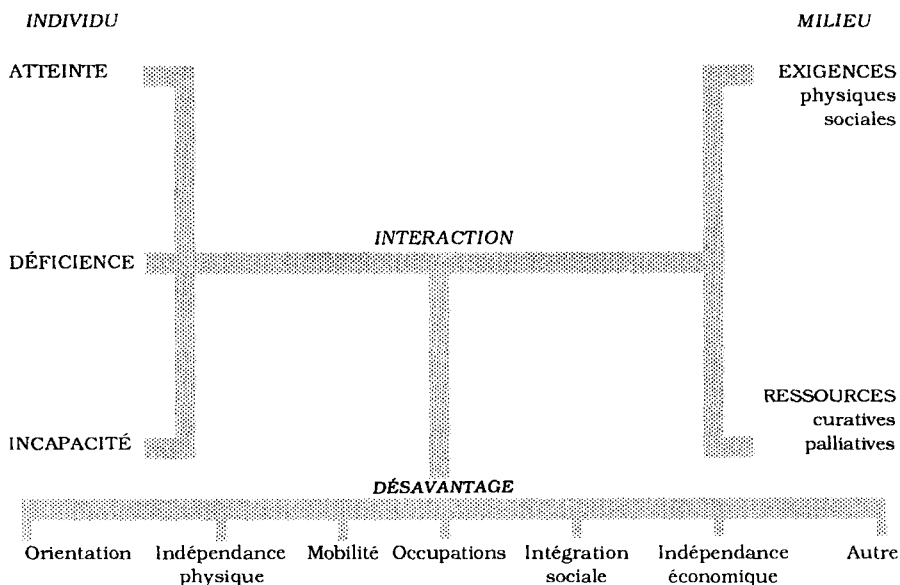


Source : D'après OMS, 1988.

Figure 1 — SCHÉMA RELATIONNEL DE LA CIH : MALADIE, DÉFICIENCE, INCAPACITÉ, DÉSAVANTAGE

changements importants dans l'attitude et la pratique de tous ceux et celles qui travaillent dans ce domaine, que ce soit en travail de rééducation, dans les compagnies d'assurances, dans les organisations travaillant pour les personnes atteintes d'incapacités ou avec elles, et pour les décisions politiques de santé (Fougeyrollas, 1989).

Le schéma initial de la CIH, qui implique une relation de linéarité entre ces différents éléments (figure 1) et tend à gommer quelque peu le rôle de l'environnement, a suscité de nombreuses discussions; la figure 2 illustre une présentation moins linéaire des relations entre *déficiéce* et *incapacité*,



Adapté de Badley, 1987.

Figure 2 — SCHÉMA D'INTERRELATION : DÉFICIENCE, INCAPACITÉ, MILIEU

d'une part, et facteurs du milieu, de l'autre, dans une interaction qui aboutit au *désavantage* (Badley, 1987). Les discussions sur la représentation et l'importance des facteurs de milieu dans la genèse du *désavantage* se poursuivent (Fougeyrollas et Saint-Michel, 1991).

Des réunions organisées par l'OMS à Strasbourg en novembre 1990 et aux Pays-Bas en mars 1992 ont envisagé les modalités de mise à jour de la CIH, mise à jour qui, tout en respectant les définitions et les concepts existants, devrait aboutir à une série d'améliorations de présentation et d'analyse dans les domaines opérationnels et politiques. Dans le domaine des incapacités, la gradation des atteintes devra être développée et une meilleure attention devra être accordée aux problèmes posés par les frontières de l'incapacité avec la déficience et le désavantage, particulièrement dans le domaine de la santé mentale. Les définitions de l'incapacité devront s'appuyer plus qu'elles ne le font à présent sur les capacités de l'individu, en d'autres termes sur ce dont l'individu est capable plutôt que sur ce dont il ou elle n'est pas capable. Enfin, dans la mesure où le désavantage résulte de l'interaction entre personnes atteintes d'incapacités et facteurs du milieu physique et social, la mise à jour de la CIH devra se préoccuper de ces facteurs autant que des caractéristiques de l'individu; il faudra considérer la représentation de la relation entre le milieu et l'individu dans l'établissement du désavantage en tenant compte tant des spécificités culturelles de chaque société que de la vocation internationale de la CIH.

## CONCLUSIONS

L'EVS est un indicateur susceptible d'être compris en termes généraux au niveau des décideurs politiques : de la même façon que l'augmentation de l'espérance de vie se traduit dans le langage courant (quoi qu'en puissent penser les puristes) par le constat que « nous vivons plus longtemps maintenant qu'il y a 20 ou 50 ans », on peut établir une « traduction » de l'évolution de l'EVS qui dise à peu près « nous pouvons vivre mieux pendant plus longtemps maintenant qu'il y a 20 ou 50 ans », afin que cet indicateur puisse servir à synthétiser les progrès vers la santé pour tous. L'évolution des indicateurs relatifs à la mortalité (nous sommes passés du simple énoncé de taux de mortalité bruts, puis corrigés, au calcul de l'espérance de vie, à celui des taux de mortalité spécifiques par cause et à celui des années

potentielles de vie perdues) comme soutien à la planification et aux politiques de santé montre la voie pour le développement et l'utilisation d'indicateurs relatifs à la mesure, au sein de la population, des conséquences à long terme de la maladie. Ce développement répond non seulement aux questions qui touchent le problème de la longévité, mais aussi aux questions relatives à la qualité de vie pendant les années gagnées : l'espérance de vie en santé constitue l'un des indicateurs qui permettront d'identifier, de mesurer et sans doute d'atténuer l'impact de la maladie et de ses conséquences sur la santé de tous.

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANDREWS, Gary R., Adrian J. ESTERMAN, Annette J. BRAUNACK-MAYER et Cam M. RUNGHIE, éd. 1986. *Aging in the Western Pacific. A Four-Country Study*. Western Pacific Reports and Studies No. 1. Manila, World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific.
- BADLEY, E. M., 1987. «The ICIDH: Format, Application in Different Settings, and Distinction between Disability and Handicap». *International Disability Studies*, 92, 3, 122-124.
- BEZZAOUCHA, A., et H. DEKKAR, 1990. «Handicaps in Algeria According to a Household Survey». *International Journal of Epidemiology*, 19, 2, 466-471.
- BICKNELL, W. J., et C. L. PARKES, 1989. «As Children Survive: Dilemmas of Aging in the Developing World». *Social Science and Medicine*, 28, 1, 59-67.
- CHAMIE, M., 1989. «Survey Design Strategies for the Study of Disability». *World Health Statistics Quarterly/Rapport trimestriel des statistiques sanitaires mondiales*, 42, 3, 122-140.
- DUFLO, B., H. BALIQUE, P. RANQUE, A. N. DIALLO, G. BRUCKER, H. ALAVI et N. PRESCOTT, 1986. «Estimation de l'impact des principales maladies en zone rurale malienne». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 34, 4, 405-418.
- FOUGEYROLLAS, P., 1989. «Les implications de la diffusion de la classification internationale des handicaps sur les politiques concernant les personnes handicapées». *World Health Statistics Quarterly/Rapport trimestriel des statistiques sanitaires mondiales*, 43, 4, 281-285.
- FOUGEYROLLAS, P., et G. SAINT-MICHEL, 1991. «Analyse des commentaires sur la révision du troisième niveau : le handicap». *Réseau international CIDH*, 4, 1-2, 8-17.
- FRENK, J., J. L. BOBADILLA, J. SEPULVEDA, J. ROSENTHAL et E. RUELAS, 1988. «A Conceptual Model for Public Health Research». *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 22, 1, 60-71.

- GHAPT (Ghana Health Assessment Project Team), 1981. «A Quantitative Method of Assessing the Health Impact of Different Diseases in Less Developed Countries». *International Journal of Epidemiology*, 10, 1, 73-90.
- MANTON, K. G., J. E. DOWD et M. A. WOODBURY, 1986. «Conceptual and Measurement Issues in Assessing Disability Cross-nationally: Analysis of a WHO-Sponsored Study of the Disablement Problem in Indonesia». *Journal of Cross-cultural Gerontology*, 1, 2, 339-362.
- NAKAJIMA, H., 1991. «Epidemiology and the Future of World Health. The Robert Cruickshank lecture». *International Journal of Epidemiology*, 20, 3, 589-594.
- NATIONS-UNIES, Département des affaires économiques et sociales internationales, Bureau des statistiques, 1990. Recueil des statistiques sur les incapacités. New York, Nations-Unies (ST/ESA/STAT/SER.Y/4).
- OMS (Organisation mondiale de la santé), 1977. *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*. Genève, OMS.
- OMS (Organisation mondiale de la santé), 1988. *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*. Paris, OMS/CTENRHI/INSERM.
- REVES (Réseau pour l'étude de l'espérance de vie en santé), 1991. *Health Expectancy/Espérance de vie en santé*. Bibliography Series No. 1/Série bibliographique, no 1. Sous la direction de J.-M. ROBINE et de I. ROMIEU. Montpellier, INSERM C/JF 88-12, CHR Lapeyronie, 34509 CEDEX 1.
- ROBINE, J.-M., 1989. «Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité (EVS<sub>I</sub>) pour les pays occidentaux au cours de la dernière décennie. Quelle peut être l'utilité de ce nouvel indicateur de l'état de santé ?». *World Health Statistics Quarterly/Rapport trimestriel des statistiques sanitaires mondiales*, 42, 3, 141-150.
- ROBINE, J.-M., et K. RITCHIE, 1991. «Healthy Life Expectancy: Evaluation of a Global Indicator of Change in Population Health». *British Medical Journal*, 302, 6774, 457-460.

## RÉSUMÉ — SUMMARY — RESUMEN

THURIAUX Michel C. — L'ESPÉRANCE DE VIE EN SANTÉ : UNE MESURE SYNTHÉTIQUE DE L'INCAPACITÉ DANS LA COMMUNAUTÉ. STATUT ACTUEL ET UTILITÉ POUR LES POLITIQUES DE SANTÉ

*L'accroissement de la longévité et le contrôle des maladies aiguës ont accru l'importance des maladies chroniques et de leurs conséquences à long terme pour la santé. Un nombre croissant de pays, tant dans le monde en développement que dans le monde développé, récolte les données nécessaires à l'estimation quantitative des incapacités dans la population. Le développement d'instruments internationalement acceptés tels que la Classification internationale des handicaps facilite la cueillette et l'analyse de ces données, et permet le calcul et l'utilisation d'indicateurs synthétiques comme l'espérance de vie en santé, qui intègrent des éléments liés à la qualité de la vie aux données de longévité traditionnelles basées sur la mortalité. L'article indique brièvement les conditions nécessaires au calcul de ce type d'indicateurs et les principaux pays où ces conditions sont en passe d'être remplies.*

THURIAUX Michel C. — HEALTHY LIFE EXPECTANCY: AN INDEX OF DISABILITY IN THE COMMUNITY. CURRENT STATUS AND USEFULNESS FOR HEALTH POLICIES

*Increasing lifespan and the improved control of acute diseases have underlined the importance of chronic disorders and their long-term impact on health. Member States in both the developing and the developed areas of the world are gathering data for the quantitative assessment of disability in the community. Internationally accepted instruments such as the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps will facilitate standardised data collection and analysis, as well as the calculation of indicators, such as Healthy Life Expectancy, combining traditional survival measurements based on mortality with elements related to the quality of survival. The article lists the main conditions required for the calculation of this type of indicators, together with the main countries or areas where these conditions are likely to be met.*

THURIAUX Michel C. — ESPERANZA DE VIDA EN ESTADO DE SALUD : METODOLOGIA SINTETICA DE LA INCAPACIDAD EN LA COMUNIDAD. ESTATUTO ACTUAL Y UTILIDAD PARA LAS POLITICAS DE SALUD

*El aumento de la longevidad y el mayor control de las enfermedades agudas incrementan la importancia de las enfermedades crónicas y sus consecuencias a largo plazo en la sociedad. Cada vez son más los países, tanto en áreas en desarrollo como en áreas desarrolladas, que recolectan datos para la estimación cuantitativa de las incapacidades en la población. El desarrollo de instrumentos aceptados internacionalmente, tales como la Clasificación Internacional de los Handicaps, facilita la recolección y el análisis de dichos datos, permitiendo así calcular y utilizar indicadores sintéticos como la esperanza de vida en estado saludable, que combinan elementos relacionados con la calidad de vida con datos de longevidad tradicionales basados en la mortalidad. El presente artículo enumera las principales condiciones que se requieren para calcular este tipo de indicadores, así como los principales países donde pueden encontrarse dichas condiciones.*