

Avec l'allongement de l'espérance de vie, la population âgée s'est densifiée. L'augmentation du nombre de personnes âgées constitue un enjeu de santé publique important, alors que les risques pour la santé s'accroissent avec l'âge. L'enjeu est aussi important parce que les situations de santé de cette population ont beaucoup évolué au cours du temps ; et avec elles les besoins en matière de soins et de prise en charge. En effet, la population âgée s'est diversifiée sous l'effet des dynamiques démographiques et de l'évolution des parcours de vie au fil des générations (études, carrière, famille...). Les problèmes de santé des personnes âgées d'aujourd'hui résultent des facteurs de risques auxquels elles ont été exposées durant ces parcours renouvelés. À cet égard, les différences de santé entre femmes et hommes méritent une attention particulière : les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais leurs années de vie supplémentaires sont majoritairement vécues en mauvaise santé. Femmes et hommes se distinguent par les maladies déclarées, et se caractérisent par des parcours de vie notoirement différents et en évolution. On se propose de décrire leurs situations de santé, puis la manière dont elles peuvent être reliées à leurs parcours.

Différences de genre face au vieillissement en bonne santé

**Une imbrication des dynamiques démographiques,
des parcours de vie et des politiques publiques**

Emmanuelle Cambois

Directrice de recherche à l'INED, Directrice de l'Institut de la Longévité, des vieillesse et du vieillissement,
133 boulevard Davout, 75020 Paris, France — cambois@ined.fr

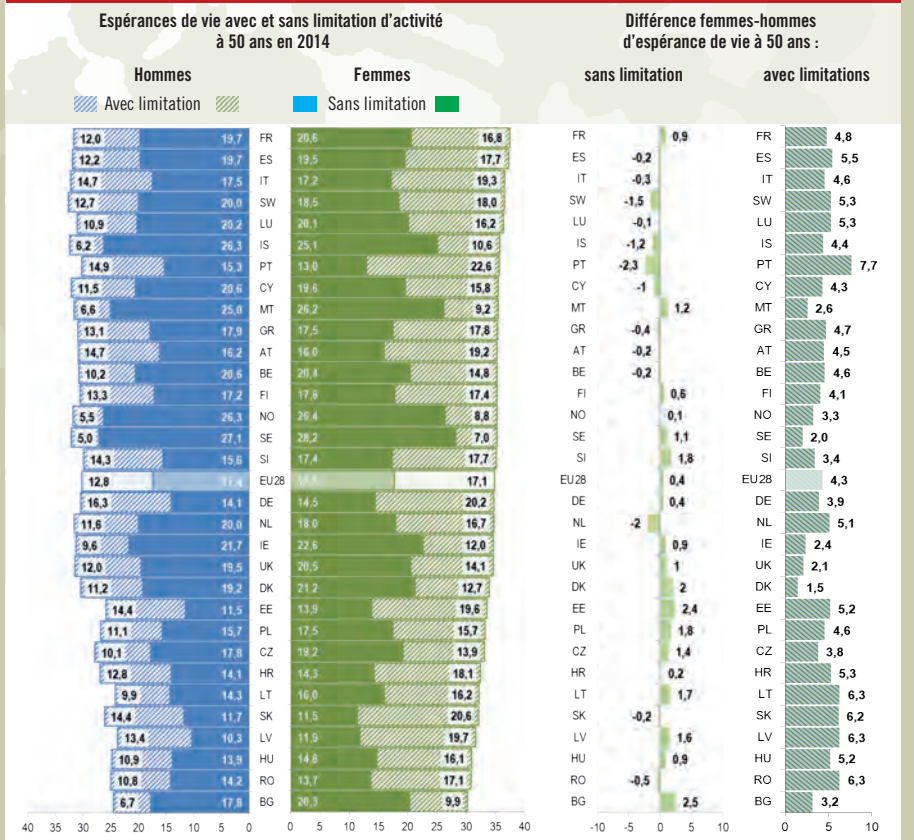
Dans les pays présentant de faibles niveaux de mortalité, les progrès sanitaires, médicaux et sociaux ont permis de réduire certains risques de santé. Ils ont permis d'augmenter considérablement les chances de survie à tous les âges, y compris les grands âges.

DÉMOGRAPHIE, LONGÉVITÉ ET SANTÉ

L'allongement de l'espérance de vie qui en a résulté et le plus grand nombre de personnes atteignant des âges élevés posent la question de leur état de santé. En effet, l'avancée en âge s'accompagne de l'augmentation de la présence de maladies : celles qui apparaissent au fil de la vie et avec lesquelles on vit dorénavant plus longtemps et celles dont le risque de survenue s'élève avec l'âge. Certaines de ces maladies s'accompagnent de gênes fonctionnelles (pour se déplacer, voir, entendre, se souvenir...), entraînant parfois des difficultés à réaliser des activités de la vie quotidienne. Et, lorsque les personnes sont dans l'incapacité de réaliser des activités élémentaires par elles-mêmes (s'occuper de soi, de son domicile, faire ses courses...), elles sont amenées à recourir à l'aide de quelqu'un ; elles ont perdu une partie de leur autonomie. Ces situations altèrent la qualité de vie et requièrent soins et prise en charge. Elles constituent un enjeu sanitaire majeur, posant la double question des besoins qu'elles engendrent et des facteurs qui en sont à l'origine. Il s'agit de déterminer dans quelle mesure les années vécues aux grands âges sont des années vécues en bonne santé fonctionnelle, avec des limitations ou avec des incapacités. Il s'agit aussi de mieux prendre en compte la diversité des situations et d'en comprendre les déterminants, alors qu'il existe des différences marquées en matière de longévité et de santé au sein des populations, notamment entre femmes et hommes.

Les femmes, qui sont majoritaires parmi les plus âgés (autour de 70 % parmi les plus de 85 ans), ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes : connaissent-elles pour autant des évolutions plus favorables au fil des âges en matière de santé, d'incapacité ou de perte d'autonomie ? Il s'avère en fait que les années de vie supplémentaires des femmes sont principalement des années de mauvaise santé et d'incapacité. Par exemple, à l'échelle de l'Union européenne en 2014, sur les 4,7 années d'espérance de vie en plus

Figure 1. Espérance de vie avec et sans limitation d'activité à 50 ans en 2014 et différences femmes-hommes dans les années de vie avec et sans limitation. Les 28 pays de l'Union européenne, Norvège, Islande et Suisse (valeurs ordonnées selon l'espérance de vie totale des femmes).



Autriche (AT), Belgique (BE), Bulgarie (BG), Croatie (HR), Chypre (CY), République Tchèque (CZ), Danemark (DK), Estonie (EE), Finlande (FI), France (FR), Allemagne (DE), Hongrie (HU), Grèce (GR), Islande (IS), Irlande (IE), Italie (IT), Lettonie (LV), Lituanie (LT), Luxembourg (LU), Malte (MT), Pays-Bas (NL), Norvège (NO), Pologne (PL), Portugal (PT), Roumanie (RO), Slovaquie (SK), Slovénie (SI), Espagne (ES), Suède (SE), Suisse (SW), Royaume Uni (UK), Union européenne des 28 (EU28). Données : Eurostat / JA-EHLEIS
Source [1] : Cambois E, et al. *Revue Européenne des Sciences Sociales* 2017 ; 55 (1) : 41-67

chez les femmes à 50 ans, 4,3 années s'accompagnaient de limitations dans les activités liées à des problèmes de santé [1]. Dans certains pays, toutes les années supplémentaires d'espérance de vie des femmes étaient des années d'incapacité ; et elles vivaient même, dans certains cas, moins d'années sans incapacité que les hommes au sein de leur vie plus longue (Figure 1).

En France, les données les plus récentes indiquent que 4,5 des 6 années supplémentaires d'espérance de vie à la naissance des Françaises par rapport aux Français sont vécues avec des limitations d'activité (Drees). Une étude plus ancienne indiquait des tendances similaires pour différentes dimensions de l'incapacité [2] : à 65 ans, 75 % des années de vie des françaises s'accompagnaient de limitations fonctionnelles motrices ou sensorielles (versus 70 % pour les hommes) et 20 % avec des difficultés dans les activités élémentaires de soin personnel (versus 15 % pour les hommes). Ces différences femmes-hommes ne concernaient pas seulement les grands âges : entre

50 et 65 ans, 43 % des années vécues étaient des années avec des limitations fonctionnelles motrices ou sensorielles chez les femmes ; 36 % chez les hommes.

Ce désavantage des femmes face aux années d'incapacité contraste donc avec leur longévité et il peut être perçu comme un paradoxe. Mais ces différences découlent en partie de la nature des maladies qui caractérisent les populations féminine et masculine [3, 4]. On constate notamment que, dans les enquêtes, les femmes déclarent bien plus que les hommes des maladies qui sont potentiellement invalidantes, telles que les maladies musculo-squelettiques et mentales, avec lesquelles elles vivent plus longtemps. De par leur grande fréquence, ces maladies constituent un lourd fardeau en termes de qualité de vie, d'incapacité et de pénalité économique pour les personnes et pour la société [4]. Elles expliquent ce plus grand nombre d'années d'incapacité des femmes. De leur côté, les hommes déclarent en moyenne davantage de problèmes de santé qui sont certes invalidants mais aussi très létaux (lésions traumatiques, maladies

cardiaques et certains cancers) et qui réduisent leur espérance de vie.

Ces différences de santé peuvent relever en partie de spécificités physiologiques susceptibles de jouer sur les risques de survenue de certaines pathologies [5]. Mais, ces maladies qui touchent différemment femmes et hommes sont aussi très liées à des facteurs sociaux de la santé. Certaines sont liées à des pratiques à risque qui ne sont pas distribuées de la même manière chez les hommes et les femmes : non-recours au dépistage, à la prévention et aux soins, consommation de tabac ou d'alcool... [5]. Au-delà de ces pratiques, ces maladies sont aussi liées à d'autres facteurs sociaux qui jalonnent les parcours de vie, différemment pour les femmes et les hommes : comme les difficultés économiques et matérielles, la pénibilité des conditions de travail et de leur articulation avec les activités familiales...

Avec l'allongement de la durée de vie, les parcours des femmes et des hommes se sont diversifiés. À l'issue de la première transition démographique, qui a abouti à des niveaux relativement haut de longévité et bas de fécondité, on observe des changements notables dans les comportements et événements démographiques : parcours éducatifs, processus d'entrée en conjugalité et en parentalité, mobilités, vie active [6]. Ils se traduisent par des modifications importantes des « temps » du cycle de vie (études, cohabitation, vie familiale, carrière professionnelle, retraite) avec des parcours notoirement différents pour les femmes et pour les hommes. Ainsi, les différences de vieillissement en santé des femmes et des hommes doivent se comprendre à la lumière des parcours qui les ont exposés différemment au cours de leur vie à des situations sociales, familiales ou professionnelles critiques pour la santé. C'est sur cet aspect que sera portée l'attention de ce numéro de *Questions de Santé Publique*.

SANTÉ ET PARCOURS DE VIE DES FEMMES ET DES HOMMES

On constate, par exemple, qu'en dépit du rapprochement des taux de participation au marché du travail des femmes et des hommes, leurs carrières professionnelles ne se ressemblent pas. En se concentrant sur les conditions de travail, on constate que plus d'hommes se trouvent confrontés à des pénibilités physiques fortes, notamment dans les professions non qualifiées ; pour autant, plus de femmes sont exposées à des tensions

organisationnelles et des conditions de travail sources de troubles musculo-squelettiques [7]. Ces conditions potentiellement délétères épargnent d'autant moins les femmes qu'elles y sont plus longuement exposées ; elles débutent plus souvent leur carrière que les hommes dans des emplois peu qualifiés exposés et bénéficient moins qu'eux de promotions. Par ailleurs, bien plus de femmes travaillent à temps partiel et présentent des carrières hachées et moins favorables en termes de qualifications, de progression, d'accès aux responsabilités mais aussi de rémunération. Ces caractéristiques de carrières, et les conditions de vie associées, sont liées à des risques pour la santé. On a notamment pu confirmer que la surreprésentation de carrières peu qualifiées et hachées chez les femmes participe à leur désavantage face à des troubles dépressifs et physiques [8].

Ces différences de carrière sont en partie liées à une répartition sexuée des activités professionnelles et familiales dont il faut tenir compte pour comprendre les différences de santé [9]. Ces différences s'expriment notamment dans les parcours professionnels et familiaux qui sont fortement imbriqués, mais pas de la même manière [10] ; les femmes articulent plus souvent leurs carrières avec les activités domestiques et parentales dont elles ont encore davantage la charge, y compris lorsqu'elles travaillent. Avec l'avancée en âge, elles sont aussi plus amenées à aider les proches en perte d'autonomie que les hommes, avec des conséquences sur leur propre santé [11, 12]. Si l'implication dans les activités familiales va de pair, pour certaines, avec une mise à distance de conditions de travail potentiellement délétères, elle peut aussi engendrer chez d'autres davantage de difficultés : notamment en termes de bas revenus, et de futures pensions de retraite, ou en termes de tensions dans l'articulation travail-famille. Parallèlement aux carrières, les parcours conjugaux et les situations familiales des femmes et des hommes diffèrent, par exemple en matière de remise en union après une rupture et de recomposition familiale [13]. Après une séparation, plus de femmes vivent en famille monoparentale, avec des revenus inférieurs à ceux des hommes [14] ; les hommes perdent davantage de leur réseau social. Ces trajectoires familiales et leurs conséquences professionnelles, affectives, relationnelles, organisationnelles ou financières ont des effets sur la santé des femmes et des hommes et participent aux différences [15].

VIELLISSEMENT EN BONNE SANTÉ, GENRE ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'asymétrie dans la répartition entre femmes et hommes des activités rémunérées et non-rémunérées, professionnelles et familiales est encore présente. Elle façonne les parcours et les situations sociales, qui exposent différemment femmes et hommes à des risques de santé. Parce que ces parcours résultent en partie de cette organisation sociale, les différences femmes-hommes face au vieillissement en bonne santé peuvent se lire comme des inégalités de genre, c'est-à-dire liées à des situations sociales critiques inégalement réparties chez les femmes et les hommes. Elles peuvent alors relever, en partie, de politiques de protection sociale ciblant ces situations et parcours critiques.

Les systèmes de protection sociale différents d'un pays à l'autre constituent de fait des contextes plus ou moins propices à la prévention de situations critiques, comme la pauvreté ou l'exposition à des pénibilités au travail, et à la prise en charge de problèmes de santé associés. La comparaison des situations européennes montre que l'ampleur des écarts d'espérance de vie sans incapacité entre les sexes varie en fonction des pays [16] ; une variation associée à des caractéristiques socio-économiques nationales (produit intérieur brut, part des dépenses de protection sociale consacrée aux soins des plus âgés, taux de pauvreté, taux d'emploi, part des moins instruits, inégalités de revenus...). Et, les contextes de politiques publiques plus ou moins avancés en termes d'égalisation des opportunités des femmes et des hommes sur le marché du travail et d'amélioration de la conciliation avec les activités familiales, peuvent aussi jouer sur la santé et sur l'ampleur des inégalités de santé entre les sexes [17, 18]. Ainsi, certains dispositifs ciblant la sécurisation des carrières et des revenus ou facilitant pour les deux sexes la conciliation des activités familiales, domestiques et professionnelles pourraient réduire les risques de parcours critiques et les risques de santé.

Ces différents éléments encouragent à replacer l'analyse des déterminants du vieillissement en bonne santé des femmes et hommes, à la fois dans leurs parcours de vie et dans les contextes de protection sociale dans lesquels ces parcours sont vécus. Elle doit aussi prendre en compte des trajectoires à la croisée des différentes sphères

d'activités des femmes et des hommes (professionnelle, sociale, familiale) qui peuvent conduire à des situations critiques particulières. Dans un contexte de parcours de vie variés et d'une population âgée caractérisée par sa grande diversité, il s'agit d'élargir le champ des déterminants sociaux de la santé pour mieux rendre compte des trajectoires critiques, proposer différents leviers d'actions et améliorer les chances de vieillir en bonne santé.

RÉFÉRENCES

- [1] Cambois E, Robine JM. L'allongement de l'espérance de vie en Europe: quelles conséquences pour l'état de santé. *Revue Européenne des Sciences Sociales* 2017; 55: 41-67.
- [2] Cambois E, Blachier A, Robine JM. Aging and health in France: an unexpected expansion of disability in mid-adulthood over recent years. *Eur J Public Health* 2013; 23: 575-81.
- [3] Crimmins EM, Kim JK, Solé-Auró A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *Eur J Public Health* 2011; 21: 81-91.
- [4] Nusselder W, Wapperom D, Looman C, et al. Contribution of chronic diseases to gender differences in activity limitations. *Eur J Public Health* 2018; cky138, <https://doi.org/110.1093/eurpub/cky1138>.

[5] Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW, Christensen K. Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clin Exp Res* 2008; 20: 91-102.

[6] Lesthaeghe R. The second demographic transition: a concise overview of its development. *Proc Natl Acad Sci USA* 2014; 111: 18112-5.

[7] Guignon N. *Risques professionnels: les femmes sont-elles à l'abri? Femmes et hommes: regards sur la parité*. Paris: INSEE, 2008: 51-63.

[8] Cambois E, Garrouste C, Pailhé A. Gender career divide and women's disadvantage in depressive symptoms and physical limitations in France. *SSM-Population Health* 2017; 3: 81-8.

[9] Hunt K, Annandale E. Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender specific. *Social Health Illn* 1993; 15: 632-64.

[10] Pailhé A, Solaz A. Inflexions des trajectoires professionnelles des hommes et des femmes après la naissance d'enfants. *Recherches et Prévisions*, n°90, décembre 2007.

[11] Bihan-Youinou BL, Martin C. Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant. *Travail, Genre et Sociétés* 2006; n°16: 77-96.

[12] Pinquart M, Sorensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006; 61: 33-45

[13] Toulemon, L. Évolution des situations familiales à travers les recensements français de 1962 à 2009. *Population* 2012; 67 (4): 657-81

[14] Bonnet C, Garbinti B, Solaz A. Les variations de niveau de vie des hommes et des femmes à la suite d'un divorce ou d'une rupture de Pacs. *Insee Références* 2015; 51-61.

[15] Biotteau AL, Bonnet C, Cambois E. Risk of major depressive episodes after separation: the gender-specific contribution of the income and support lost through union dissolution. *Eur J Popul* 2018; 1-24.

[16] Van Oyen H, Cox B, Jagger C, et al. Gender gaps in life expectancy and expected years with activity limitations at age 50 in the European Union: associations with macro-level structural indicators. *Eur J Ageing* 2010; 7: 229-37.

[17] Avendano M, Berkman LF, Brugiavini A, Pasini G. The long-run effect of maternity leave benefits on mental health: evidence from European countries. *Soc Sci Med* 2015; 132: 45-53.

[18] Borrell C, Palencia L, Muntaner C, Urquia M, Malmusi D, O'Campo P. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiol Rev* 2014; 36: 31-48.

ILVV

Face aux enjeux soulevés par l'allongement de l'espérance de vie et l'accroissement de la part des plus âgés dans la population, l'Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement (ILVV) vise à animer les recherches françaises en sciences humaines et sociales permettant de comprendre l'évolution des ressources, des aspirations et des besoins avec l'avancée en âge. L'ILVV entend porter une vision plurielle du vieillissement et promouvoir les approches pluridisciplinaires pour appréhender la grande diversité des vieillesse. L'ILVV est un groupement d'intérêt scientifique (GIS) créé par neuf institutions publiques : la Cnav (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse), le CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique), la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), l'EPHE (École Pratique des Hautes Études), l'Ined (Institut National des études démographiques), l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), l'université Paris Dauphine et l'université de Lorraine. L'ILVV prend la suite du Groupement de recherche Longévité et vieillissements et, dans le prolongement, ses missions répondent à l'objectif de faciliter l'interconnaissance des travaux conduits en France et les coopérations interdisciplinaires.

En savoir plus :

Site internet de l'ILVV : <https://ilvv.fr>

Contact de l'équipe de l'ILVV : info@ilvv.fr

PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique créé en 2007. Il rassemble aujourd'hui 22 partenaires, acteurs de la recherche en Santé Publique (voir ci-dessous). Son objectif général est de constituer une communauté scientifique de taille internationale capable de répondre au développement souhaité de la recherche en Santé Publique et de contribuer aux nouveaux dispositifs mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Pour atteindre cet objectif, le GIS-IReSP s'appuie sur une mutualisation des compétences et des moyens de ses partenaires. Le GIS-IReSP est dirigé par Corinne Alberti, professeur de santé publique.

Les domaines de recherche soutenus sont les suivants :

- Fonctionnement du système de santé

- Politiques publiques et santé
- Interaction entre les déterminants de la santé
- Recherche Interventionnelle

Les modalités d'actions du GIS sont :

- Lancement d'appels à projets ciblés
- Aide à l'émergence d'équipes de recherche
- Mutualisation d'outils pour la recherche en Santé Publique
- Constitution de groupes de travail et d'actions coordonnées sur des sujets émergents
- Aide à la mise en place et à l'exploitation de grandes enquêtes et de grandes bases de données
- Valorisation et communication

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un chercheur.

LES PARTENAIRES DE L'IReSP

Ministères (Ministère de la Santé [DGS et DREES], Ministère délégué à la Recherche), Opérateurs de la recherche en Santé Publique (CNRS, Inserm, IRD, INED, EHESP, UDESCA, CPU, Institut Pasteur, CNAM, Sciences Po), Agences et opérateurs de la Santé Publique (HAS, ANSM, ANSES, EFS, ABM, INCa, Santé Publique France), Organismes de protection sociale (CNAMTS, RSI, CNSA).

Cet article ainsi que les précédents numéros de *Questions de Santé Publique* sont téléchargeables sur le site internet de l'IReSP : www.iresp.net