

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
Séance plénière du 26 mars 2014 à 9 h30
« Espérances de vie, santé et durée de retraite »

Document N°1
<i>Document de travail, n'engage pas le Conseil</i>

Note de présentation générale

Secrétariat général du Conseil d'orientation des retraites

Espérances de vie, santé et durée de retraite

Le présent dossier présente les différentes notions d'espérance de vie (partie I) et d'espérance de vie en bonne santé (partie II), ainsi que les résultats disponibles sur ces deux sujets, en évolution pour la France, en comparaison internationale, ou encore en termes de disparités. En vue du document annuel sur le système de retraite que le COR doit réaliser avant le 15 juin, le dossier est complété par l'examen d'indicateurs de durée de retraite par génération (partie III), calculés à partir, d'une part, des données d'âge de départ à la retraite, présentées lors de la précédente séance du COR de février 2014, et, d'autre part, des données d'espérance de vie présentées dans ce dossier.

Si la notion d'espérance de vie a déjà fait l'objet de présentations détaillées à l'occasion de travaux du Conseil, par exemple lors des dernières projections démographiques de l'INSEE (séance du COR de décembre 2010), la notion d'espérance de vie en bonne santé (ou d'espérance de vie sans incapacité) n'a pas été étudiée au COR jusqu'à présent. C'est pourtant, comme l'espérance de vie, un élément à prendre en compte dans le débat sur les retraites, qu'il s'agisse d'évaluer la capacité des seniors à travailler plus longtemps ou d'estimer la durée espérée de retraite en bonne santé.

La loi du 20 janvier 2014 sur les retraites y fait d'ailleurs référence, puisqu'elle précise que *« les assurés bénéficient d'un traitement équitable au regard de la **durée de la retraite** comme du montant de leur pension, quels que soient leur sexe, leurs activités et parcours professionnels passés, leur **espérance de vie en bonne santé**, les régimes dont ils relèvent et la génération à laquelle ils appartiennent »* (article 1^{er}) et que les recommandations du comité de suivi porteront, entre autres, sur *« l'évolution de la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une pension sans décote, au regard notamment de l'évolution de l'**espérance de vie**, de l'**espérance de vie à soixante ans en bonne santé**, de l'**espérance de vie sans incapacité**, de la **durée de retraite**, du niveau de la population active, du taux de chômage, en particulier des jeunes et des seniors, des besoins de financement et de la productivité »* (article 4). Ainsi, il est important de pouvoir apprécier la portée et les limites des indicateurs disponibles en matière d'espérance de vie en bonne santé ou d'espérance de vie sans incapacité, dont certains pourront figurer dans le document annuel du COR.

1. Espérance de vie, durée de retraite et durée de carrière

1.1. Les incertitudes sur l'évolution de l'espérance de vie au fil des générations

De même que les démographes distinguent, en matière de fécondité, un indicateur instantané (indice conjoncturel de fécondité) et un indicateur par génération (descendance finale), il convient de distinguer, s'agissant de l'espérance de vie, un indicateur instantané (ou conjoncturel) et un indicateur par génération : l'espérance de vie instantanée de l'année t reflète les taux de mortalité de l'année t à chaque âge ; l'espérance de vie d'une génération estime la durée de vie moyenne des individus appartenant à cette génération (**document n°2**).

L'équité entre générations au regard de l'espérance de vie doit par conséquent s'apprécier à l'aune de l'espérance de vie par génération plutôt que de l'espérance de vie instantanée. De

même, la comparaison des durées espérées de retraites des générations successives (**documents n°6 et n°12**) nécessite d'estimer l'espérance de vie de chaque génération.

Cependant, contrairement aux espérances de vie instantanées qui sont habituellement publiées par les organismes statistiques, les espérances de vie par génération doivent être calculées, et ce calcul repose sur des hypothèses concernant les évolutions futures de la mortalité à un horizon très lointain. En effet, comme l'illustre le **document n°2**, le rythme de progression de l'espérance de vie au fil des générations n'est bien connu que pour les générations âgées de plus de 80 ans (nées avant 1930), compte tenu des évolutions passées et observées de la mortalité. Au contraire, pour les générations les plus jeunes (nées vers 1990), les gains d'espérance de vie ne sont pas connus aujourd'hui car ils dépendront de l'évolution future de la mortalité tout au long du XXI^e siècle.

Il est dès lors utile de s'interroger sur les évolutions de la mortalité à très long terme (**document n°3**). Une mise en perspective historique des évolutions observées dans les différents pays montre que plusieurs « révolutions » sanitaires se sont succédé durant les XIX^e et XX^e siècles, entraînant à chaque fois des gains supplémentaires d'espérance de vie, alors que certains démographes s'attendaient à ce que la progression de l'espérance de vie bute sur des limites biologiques. Actuellement une nouvelle « révolution » est en cours, conduisant à une baisse de la mortalité aux âges élevés.

Ces considérations nous invitent à envisager, pour le très long terme, deux types de scénarios démographiques : ceux où l'espérance de vie progresserait indéfiniment, et ceux où elle finirait par plafonner. En croisant les trois hypothèses de mortalité proposées par l'INSEE (centrale, basse et haute) dans ses projections démographiques à l'horizon 2060, et deux variantes au-delà de 2060 (poursuite ou arrêt de la baisse de la mortalité), le **document n°2** illustre l'incertitude sur l'espérance de vie des générations successives. Il existe une grande incertitude sur l'importance des gains d'espérance de vie entre la génération 1950, qui part aujourd'hui à la retraite, et la génération 1990, qui vient d'entrer sur le marché du travail : les gains d'espérance de vie à 60 ans entre ces deux générations seraient compris entre +2 et +6 ans selon les six scénarios étudiés (+4,4 ans selon le scénario central extrapolant les tendances passées de la mortalité jusqu'en 2100).

Cette incertitude démographique se retrouve lorsque l'on compare la durée de retraite des générations successives, sur la base des mêmes scénarios (**document n°12**).

1.2. La durée de retraite au fil des générations

Outre l'incertitude démographique, la durée de retraite des générations successives dépend avant tout de l'évolution des âges de départ à la retraite, en partie déterminée par la législation sur les retraites. Le **document n°6** étudie comment les législations successives de 2003, 2010 et 2014 se traduisent en termes de durée de retraite, en se basant sur le scénario démographique central extrapolé (jusqu'à 2100). Ce document examine l'évolution du rapport entre la durée passée en carrière et la durée passée à la retraite pour les générations successives. Ces résultats sont confrontés à l'objectif de partage des gains d'espérance de vie à 60 ans entre la durée d'activité et la durée passée à la retraite, tel qu'il avait été formulé par le loi de réforme des retraites de 2003, et qui visait à maintenir constant au fil des générations le rapport entre ces deux durées.

Les réformes de 2003, 2010 et 2014 ont un effet important en projection sur les âges de départ à la retraite des générations 1943-1990. En l'absence de ces réformes, un peu plus des trois quarts des gains d'espérance de vie à 60 ans (sur toute la période) se seraient traduits en gains de durée de retraite ; les réformes ont toutefois pour effet de réduire sensiblement cette part. Si l'allongement de la durée d'activité induit par les réformes de 2003 et suivantes ne garantit pas une égalisation stricte du rapport entre durée d'activité et durée de retraite, elle en assure au moins une relative stabilité parmi les générations nées entre 1943 et 1990, au sens où ce rapport de durée reste dans une fourchette de plus ou moins 5 % par rapport à la moyenne pour l'ensemble des générations. A l'intérieur de cette fourchette, certaines générations peuvent cependant paraître favorisées ou défavorisées du point de vue du partage des gains d'espérance de vie entre retraite et carrière.

1.3. Les disparités par catégories de personnes

Le **document n°4** rappelle qu'il existe des disparités d'espérance de vie entre hommes et femmes ou entre catégories sociales, les disparités entre catégories sociales étant plus importantes parmi les hommes que parmi les femmes. Il existe également des disparités d'espérance de vie selon la situation sur le marché du travail (chômage, etc.), la situation conjugale ou le nombre d'enfants. Ces disparités ont de multiples origines (facteurs biologiques, conditions de travail, niveaux de vie, modes de vie, etc.) et peuvent aussi refléter des effets de sélection, le parcours professionnel ou familial d'une personne étant influencé par son état de santé dès le plus jeune âge. L'observation des disparités ne permettent donc pas d'identifier les effets des expositions aux risques professionnels sur l'espérance de vie.

L'exploitation des échantillons inter-régimes de la DREES permet de confirmer ces écarts entre hommes et femmes ou entre catégories sociales, en examinant leurs conséquences en termes de durée de retraite (**document n°5**). L'étude porte sur la génération 1942 et actualise une étude antérieure sur la génération 1938 présentée au COR en septembre 2012¹. Les écarts entre hommes et femmes sont un peu moins importants en termes de durée de retraite qu'en termes d'espérance de vie, les femmes de la génération 1942 ayant pris leur retraite un peu plus tardivement que les hommes. De même les écarts entre cadres et ouvriers, parmi les hommes, sont moins importants en termes de durée de retraite qu'en termes d'espérance de vie, les cadres partant plus tard à la retraite. C'est le contraire pour les écarts entre catégories socioprofessionnelles parmi les femmes.

Cette source permet aussi d'explorer les disparités d'espérance de vie et de durée de retraite selon l'âge d'entrée dans la vie active ou selon la durée de carrière. Les personnes entrées précocement dans la vie active, ainsi que celles qui ont une carrière très longue (plus de 40 ans) ont une longévité inférieure, au sein d'une même catégorie sociale, aux personnes entrées sur le marché du travail vers 20 ans ou ayant environ 40 ans de durée validée, qui ont les espérances de vie les plus élevées. Ces écarts d'espérance de vie, qui sont de l'ordre de 1 an, se retrouvent de façon un peu atténuée en termes de durée de retraite. Rappelons à ce propos que la génération 1942 n'était pas concernée par le dispositif de retraite anticipée pour carrière longue. Le lien entre âge de début d'activité (ou durée validée) et espérance de vie est toutefois assez lâche, car les personnes entrées tardivement sur le marché du travail (après 22 ans) ou à carrière courte (35 ans ou moins) peuvent aussi avoir une longévité réduite.

¹ Voir document n°II-10 de la séance du 25 septembre 2012.

Les systèmes de retraite publics, qui mutualisent le risque viager, c'est-à-dire le risque de vivre plus longtemps que la moyenne, n'opèrent pas en principe de différenciation explicite entre assurés ou entre catégories d'assurés au sein d'une même génération selon leur espérance de vie. Le constat des disparités de mortalité entre catégories peut dès lors soulever la question de leur prise en compte par des dispositifs spécifiques de retraite. Cette problématique n'est pas abordée dans ce dossier.

2. Espérance de vie en bonne santé ou espérance de vie sans incapacité

La notion d'espérance de vie en bonne santé (EVBS) regroupe une famille plus large d'indicateurs que la notion d'espérance de vie sans incapacité (EVSI), la mesure des incapacités étant la mesure privilégiée de l'état de bonne santé. Ces notions ont d'abord été développées dans les années 80 pour étudier les problèmes de santé et de dépendance chez les plus âgés. Elles présentent un intérêt grandissant pour le débat sur les retraites, car elles permettent d'aborder deux problématiques.

- La première est celle de la durée espérée de retraite en bonne santé, compte tenu de l'âge de la retraite et de l'EVBS (ou de l'EVSI) à cet âge. Le relèvement de la durée exigée pour le taux plein ou de l'âge de la retraite est mis en relation avec l'allongement de l'espérance de vie. Mais il n'est pas sûr que la progression de l'EVBS (ou de l'EVSI) suive celle de l'espérance de vie, et il se pourrait que le nombre d'années de retraite passées en bonne santé évolue moins favorablement que la durée de retraite, ce qui peut soulever des questions d'équité intergénérationnelle quant à la « qualité » de la période de retraite. A ces questions d'équité entre générations s'ajoutent des questions d'équité intra-générationnelle, entre catégories sociales notamment.

- La deuxième est celle de la capacité des seniors à travailler plus longtemps, compte tenu des problèmes de santé dont la fréquence s'accroît avec l'âge. On pourrait dès lors s'interroger sur les limites physiologiques au relèvement de l'âge de cessation d'activité, et notamment réfléchir aux aménagements ergonomiques permettant de repousser ces limites. Notons que cette problématique n'appelle pas tant des indicateurs d'espérance de vie en bonne santé que des indicateurs d'état de santé, en moyenne et en dispersion, aux âges de fin d'activité (entre 55 et 65 ans, voire entre 50 et 70 ans).

Le présent dossier ne prétend pas répondre à ces problématiques qui renvoient en particulier à des mesures de prévention de la pénibilité, d'aménagement des conditions de travail en fin de carrière, voire de départs anticipés à la retraite. Il présente les différents indicateurs disponibles en la matière, en précisant la manière dont ils sont construits et les limites à leur interprétation, puis il fait état des connaissances scientifiques sur leurs évolutions dans le temps et les comparaisons par catégories de personnes ou par pays.

2.1. Les différents indicateurs d'EVBS ou d'EVSI

Il existe autant d'indicateurs d'EVBS ou d'EVSI qu'il existe de définitions de l'état de « bonne santé » ou des incapacités (**document n°7**). Chaque indicateur peut lui-même être mesuré à partir de plusieurs sources de données. Cependant, quelle que soit la mesure de la

santé ou de l'absence d'incapacité, le principe du calcul de l'EVBS ou de l'EVSI reste le même.

2.1.1. La notion d'EVBS ou d'EVSI

Le principe du calcul de l'EVBS, qui est donc le même que celui de l'EVSI, consiste à répartir l'espérance de vie, c'est-à-dire le nombre moyen d'années restant à vivre à un certain âge, entre un nombre moyen d'années en bonne santé (ou sans incapacité) et un nombre moyen d'années en mauvaise santé (ou avec incapacité). L'EVBS (l'EVSI) désigne alors le nombre moyen d'années en bonne santé (sans incapacité). Par exemple, si l'espérance de vie à 65 ans est de 15 ans et si l'EVBS à 65 ans est de 10 ans, une personne en vie à 65 ans peut espérer, en moyenne, vivre encore 15 ans, dont 10 ans en bonne santé et 5 ans en mauvaise santé ; autrement dit, en moyenne, un tiers des années restant à vivre seront passées en mauvaise santé.

L'EVBS (comme l'EVSI) ne doit pas être interprétée comme l'âge moyen à partir duquel une personne en bonne santé (ou sans incapacité) cesse de l'être. Par exemple, une EVBS de 10 ans à 65 ans ne signifie pas qu'une personne en bonne santé à 65 ans va le rester jusqu'à 75 ans en moyenne. En effet, le nombre moyen d'années en bonne santé est estimé sur l'ensemble des personnes en vie à 65 ans, qu'elles soient ou non en bonne santé à 65 ans. Or beaucoup de personnes sont en mauvaise santé à 65 ans et le restent jusqu'à leur décès ; on leur affecte alors zéro année en bonne santé dans le calcul du nombre moyen d'années en bonne santé (c'est-à-dire l'EVBS). Par ailleurs les années en mauvaise santé ne sont pas nécessairement les dernières années de vie, puisque certaines personnes en mauvaise santé peuvent recouvrer ensuite un meilleur état de santé.

Comme l'espérance de vie, l'EVBS (ainsi que l'EVSI) peut se calculer à tout âge. L'EVBS à la naissance présente peu d'intérêt pour les questions relatives aux retraites, bien qu'il soit tentant de comparer sa valeur à l'âge de la retraite. En effet, l'EVBS à la naissance est relativement basse² car elle reflète en partie la proportion de personnes handicapées dès la naissance ou avant l'âge d'entrée dans la vie active. Les publications françaises ou étrangères mettent plutôt en avant l'EVBS à 50 ans ou à 65 ans. En référence aux deux problématiques citées en introduction, l'EVBS à 65 ans permet d'évaluer la durée espérée de retraite en bonne santé, pour un départ à la retraite vers 65 ans, tandis que l'EVBS à 50 ans permet plutôt de documenter la capacité des seniors à poursuivre leur activité. Sur ce dernier point, il est toutefois davantage pertinent de suivre les indicateurs – détaillés dans les publications présentées dans ce dossier – d'« espérances partielles » entre 50 et 65 ans, qui répartissent le nombre moyen d'années qu'une personne en vie à 50 ans peut espérer vivre entre 50 et 65 ans³ entre un nombre moyen d'années en bonne santé et un nombre moyen d'années en mauvaise santé ; ces « espérances partielles » reflètent essentiellement la proportion de personnes en bonne santé ou sans incapacité entre 50 et 65 ans. La thématique de la capacité des seniors à poursuivre leur activité pourrait être illustrée plus directement en suivant les proportions de personnes en bonne santé ou sans incapacité aux âges de fin d'activité.

L'EVBS (comme l'EVSI) se calcule pour une année t donnée à partir des taux de mortalité aux différents âges à la date t (ce sont les mêmes données que celles utilisées pour calculer l'espérance de vie instantanée à la date t) et de données observant l'état de santé aux

² Par exemple, selon l'indicateur européen « GALI » de l'EHLEIS, l'EVSI à la naissance prend des valeurs proches de l'âge de la retraite : 61,8 ans pour les hommes et 63,4 ans pour les femmes en France en 2010.

³ Ce nombre moyen est légèrement inférieur à 15 années compte tenu des décès entre 50 et 65 ans.

différents âges à la date t (données provenant généralement d'une enquête auprès des ménages). Il s'agit donc d'une notion instantanée (ou « conjoncturelle ») reflétant les données sanitaires du moment pour une génération fictive qui aurait à chaque âge les conditions de santé et de mortalité observées la date t à cet âge, par analogie avec l'espérance de vie instantanée. En fait, les incapacités observées chez une personne à la date t résultent de maladies ou accidents antérieurs à la date t, de sorte que l'EVBS (comme l'EVSI) reflète plutôt les conditions sanitaires du passé que celles du présent.

2.1.2. Les différentes définitions de la santé ou des incapacités

Il peut sembler naturel de mesurer l'EVBS en interrogeant directement les gens sur leur état de santé, par une question sur l'état de santé perçu (*indicateur SP*) ou une question sur l'existence de maladies chroniques (*indicateur de morbidité*). Cependant, les comparaisons entre catégories de personnes sont délicates à interpréter compte tenu du caractère subjectif de ces questions. Par exemple, on observe que les femmes déclarent plus souvent que les hommes, au même âge, être en mauvaise santé ou souffrir d'une maladie chronique⁴ ; pourtant elles sont moins souvent que les hommes en affection de longue durée (ALD) reconnue par la sécurité sociale⁵. Les évolutions de ces indicateurs sont également difficiles à interpréter. En effet le progrès sanitaire peut paradoxalement aller de pair avec une dégradation de l'indicateur de morbidité, si davantage de pathologies sont dépistées et suivies.

C'est pourquoi les chercheurs privilégient la mesure des EVSI, qui se fonde sur des questions aussi objectives et précises que possible concernant les incapacités. Cependant, les comparaisons en termes d'EVSI ne sont pas exemptes de biais. Par exemple, plus une personne est active dans son travail, ses loisirs ou ses activités domestiques, plus elle est susceptible d'être gênée dans ses activités.

Il existe plusieurs définitions des incapacités, qui ont été harmonisées au niveau international (**document n°8**). Ces définitions se basent soit sur l'observation des limitations fonctionnelles (*indicateur LF et ses déclinaisons : LFP, LFS, LFC*), soit sur l'observation des restrictions d'activité (*indicateurs ADL, IADL et GALI*). Les limitations fonctionnelles sont des handicaps qui peuvent être physiques (difficulté à marcher, etc.), sensoriels (difficulté à voir, à entendre, etc.) ou cognitifs. Les restrictions d'activité résultent des limitations fonctionnelles : il s'agit de constater que la personne éprouve des difficultés à pratiquer certaines activités.

Plusieurs indicateurs de restriction d'activité sont ainsi définis selon la nature des activités :

- activités de soins personnels, comme faire sa toilette, se nourrir, s'habiller (*indicateur ADL : activities of daily living*) ;
- activités domestiques (*indicateur IADL : instrumental activities of daily living*) ;
- activités de toute nature⁶ (*indicateur GALI : general activity limitation indicator*).

Il existe ainsi une palette d'indicateurs d'EVSI allant des incapacités pouvant gêner l'exercice d'une activité professionnelle jusqu'aux incapacités s'apparentant à la perte d'autonomie. L'EVSI est relativement élevée si l'on considère uniquement les limitations fonctionnelles ou les restrictions d'activités qui conduisent à la dépendance : avec l'indicateur *LFC (limitations fonctionnelles cognitives)* comme avec l'indicateur *ADL (restrictions d'activité dans les soins*

⁴ Voir « L'état de santé de la population en France », DREES, Rapport 2011.

⁵ Voir « La santé des femmes en France », Etudes et résultats n°834, DREES, mars 2013.

⁶ L'indicateur *GALI* de l'enquête européenne SILC se base sur la question suivante : « Êtes-vous limité à cause d'un problème de santé, depuis au moins six mois, dans les activités que les gens font habituellement ? ».

personnels), l'EVSI à 65 ans dépasse 15 ans et correspond à l'espérance de vie diminuée de 2 à 5 ans. En revanche l'EVSI est relativement faible si l'on prend en compte l'ensemble des limitations fonctionnelles ou des restrictions d'activités : environ 6 ans à 65 ans avec l'indicateur *LF* (*aucune limitation fonctionnelle, ni physique, ni sensorielle*), et environ 9 ans à 65 ans avec l'indicateur *GALI* (*restrictions d'activité de toute nature*).

Dès l'âge de 50 ans, les incapacités pouvant gêner l'exercice d'une activité professionnelle deviennent fréquentes : environ un quart des personnes de 50 à 65 ans présentent des restrictions d'activité (*indicateur GALI*), et plus d'un tiers présentent des limitations fonctionnelles (*indicateur LF*), de sorte que le nombre moyen d'années sans incapacité entre 50 et 65 ans (EVSI partielle entre 50 et 65 ans) ne dépasse pas 11 ans selon ces indicateurs.

Valeurs prises par les différents indicateurs d'EVSI ou d'EVBS en France en 2008 (en années)

Indicateur	Enquête(s) mesurant l'indicateur	à 50 ans		à 65 ans		entre 50 et 65 ans	
		H	F	H	F	H	F
Espérance de vie							
Espérance de vie		30,1	35,9	18,2	22,5	14,2	14,6
Indicateurs d'EVSI mesurant des limitations fonctionnelles							
Sans limitation fonctionnelle physique ou sensorielle (<i>LF</i>)	HSM	14	14	6	6	8	8
Sans limitation fonctionnelle physique (<i>LFp</i>)	HSM, ESPS, SHARE	17-21	15-22	8-11	6-10	10-12	9-12
Sans limitation fonctionnelle sensorielle (<i>LFs</i>)	HSM, ESPS	18-21	24-25	9-11	13-14	11	12
Sans limitation fonctionnelle cognitive (<i>LFc</i>)	HSM, ESPS	26	30	15	18	13	13
Indicateurs d'EVSI mesurant des restrictions d'activité							
Sans restriction d'activité générale (<i>GALI</i>)	SILC, HSM, ESPS, SHARE	17-19	19-21	8-9	9-11	10-11	10-11
Sans restriction d'activité domestique (<i>IALD</i>)	HSM, SHARE	25-26	25-27	14-15	13-14	13-14	13
Sans restriction d'activité de soins personnels (<i>ALD</i>)	HSM, ESPS, SHARE	26-27	29-31	15-16	16-18	13-14	14
Autres indicateurs d'EVBS							
En bonne santé perçue (<i>SP</i>)	SILC	15	16	7	8	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>
Sans maladie chronique (<i>morbidité</i>)	SILC	13	15	6	8	<i>n.d.</i>	<i>n.d.</i>

Lecture : L'indicateur d'EVSI « Sans restriction d'activité générale » (*GALI*) peut être mesuré, en France en 2008, à partir de quatre enquêtes : SILC*, HSM, ESPS et SHARE. Ces enquêtes donnent des résultats légèrement différents. Selon l'enquête considérée, l'EVSI des hommes à 50 ans est comprise entre 17 et 19 années (valeurs arrondies à une année près).

Note : Les trois indicateurs mesurés avec l'enquête SILC (*GALI*, *SP*, *morbidité*) correspondent aux trois indicateurs publiés chaque année depuis 2005 au niveau européen par l'EHLEIS.

Sources : **document n°8** pour les EVSI (voir ce document pour avoir les valeurs détaillées des EVSI enquête par enquête) ; site www.eurohex.eu pour les EVBS calculées par l'EHLEIS.

2.1.3. Les différentes sources de données disponibles

Plusieurs enquêtes auprès des ménages permettent d'estimer pour la France les indicateurs précédents d'EVBS ou d'EVSI et de les comparer à différentes dates (**document n°8**).

Les enquêtes de l'INSEE sur la santé (ESSM 1983, 1993 et 2003) ou sur le handicap (HID 1999, HSM 2008) permettent des estimations précises de nombreux indicateurs grâce à un questionnaire détaillé et un échantillon important, mais leur périodicité est irrégulière. D'autres enquêtes, comme le panel SHARE réalisé par un réseau européen de chercheurs sur le vieillissement ou bien les enquêtes ESPS de l'IRDES sur la santé, présentent l'avantage d'une périodicité plus régulière (environ tous les deux ans), avec un questionnaire permettant également le calcul de nombreux indicateurs, mais leur échantillon est plus réduit (surtout pour SHARE) et les données ne sont pas systématiquement exploitées (les derniers résultats produits sur l'EVSI remontent à 2006 ou 2008 malgré l'existence de données plus récentes).

Les chercheurs disposent ainsi de données abondantes pour la France, mais la comparaison dans le temps demeure délicate car les questionnaires sont souvent différents d'une enquête à l'autre, peuvent évoluer pour la même enquête d'une vague à l'autre, et les résultats pour une même année diffèrent d'une enquête à l'autre.

Dans ce contexte, l'action jointe EHLEIS (European Health and Life Expectancy Information System) a mis en place un processus de diffusion de données sur l'espérance de vie en bonne santé dans les pays de l'Union européenne (**documents n°10 et 11**).

Trois questions ont été introduites dans l'enquête européenne SILC d'Eurostat⁷ sur les revenus et conditions de vie, réalisée chaque année dans tous les pays de l'Union européenne depuis 2004-2005 : une question sur la santé perçue, une sur la morbidité, et une autre sur les incapacités (*indicateur GALI*). L'exploitation systématique de ces trois questions permet de publier chaque année trois indicateurs d'EVBS, dont un indicateur d'EVSI. Bien que le questionnaire de l'enquête SILC soit moins riche que celui des autres enquêtes, la publication de séries annuelles depuis 2004-2005 pour chaque pays européen représente un progrès. Aussi ces indicateurs sont-ils largement diffusés, bien que les évolutions temporelles soient à la limite de la significativité et que la comparaison entre pays reste délicate compte tenu des problèmes de traduction ou d'interprétation des questions.

2.2. Les principaux résultats disponibles sur l'EVBS ou l'EVSI

Plus que le niveau des indicateurs d'EVBS ou d'EVSI, c'est leur évolution dans le temps ou bien les comparaisons entre catégories de personnes ou entre pays qui permettent de délivrer une information sur l'état de santé de la population.

2.2.1. Les évolutions dans le temps

Trois scénarios théoriques d'évolution des EVSI ont été proposés dans les années 80.

⁷ Cette enquête est réalisée en France par l'INSEE, sous le nom de SRCV (enquête Statistique sur les Ressources et Conditions de Vie).

- Le scénario dit de « compression » est le plus favorable. Les progrès sanitaires se traduisent par une progression de l'EVSI au moins équivalente à celle de l'espérance de vie. Il y a donc une compression du nombre d'années en mauvaise santé, qui est stable voire en diminution.
- Le scénario dit d'« expansion » est le moins favorable. Les progrès sanitaires n'entraînent pas de progression de l'EVSI, cette dernière étant stable voire en diminution. Il y a donc une expansion du nombre d'années en mauvaise santé, qui augmente au fur et à mesure que l'espérance de vie s'allonge.
- Le scénario dit d'« équilibre dynamique » est intermédiaire entre les deux précédents. Les progrès sanitaires n'empêchent pas la survenue des maladies mais limitent leurs conséquences les plus graves. Ainsi l'espérance de vie sans incapacité sévère progresse tandis que l'espérance de vie sans incapacité légère ne progresse pas.

Bien que les comparaisons en évolution soient délicates (évolution des questions, faible significativité statistique), la mise en perspective de toutes les données disponibles pour la France depuis les années 1980 sur les EVSI permet de dégager quelques tendances : la France aurait successivement évolué selon une logique de compression dans les années 1980, puis d'équilibre dynamique dans les années 1990, enfin d'expansion dans les années 2000 (**document n°7**).

L'examen approfondi des évolutions récentes (**document n°8**) montre que les indicateurs d'EVSI ont évolué, au cours des années 2000, plus favorablement après 65 ans qu'entre 50 et 65 ans, et plus favorablement pour les hommes que pour les femmes : la tendance antérieure d'équilibre dynamique se poursuit pour les hommes après 65 ans ; au contraire, les EVSI baissent entre 50 et 65 ans, surtout pour les femmes. Les séries d'EVSI publiées par l'EHLEIS pour la France (*indicateur GALI*) ne remettent pas en cause cette tendance, les résultats étant à la limite de la significativité statistique (**document n°11 bis**). Autrement dit, les femmes des générations du *baby-boom* apparaissent en moins bonne santé entre 50 et 65 ans que les femmes des générations précédentes.

Alors que la France semblait se démarquer dans les années 80 par une évolution plus favorable que les autres pays disposant de données sur l'EVSI (**document n°7**), les tendances récentes présenteraient des analogies avec celles observées aux Etats-Unis ou en Suède (**document n°8**).

Plusieurs pistes d'explications peuvent être proposées pour interpréter cette dégradation récente de l'état de santé, notamment chez les femmes de 50 à 65 ans⁸.

- On ne peut tout d'abord pas écarter un biais déclaratif. Les générations du *baby-boom* étant plus sensibilisées et mieux informées que les générations précédentes sur les questions de santé, elles pourraient être plus promptes à signaler des gênes et troubles fonctionnels.
- L'augmentation de l'activité féminine a conduit les femmes à mener une « double journée », avec la nécessité de prendre en charge à la fois des enfants et des parents vieillissants en perte d'autonomie, ce qui conduirait à certaines situations « d'épuisement », ou du moins révélerait des fragilités de santé, qu'une existence plus calme de femme inactive aurait masquées.

⁸ Voir Emmanuelle Cambois, Audrey Blachier et Jean-Marie Robine, "Aging and health in France: an unexpected expansion of disability in mid-adulthood over recent years", *European Journal of Public Health Advance Access*, October 2012.

- Les changements de mode de vie joueraient également, avec la consommation accrue de tabac et d'alcool par la population féminine.
- La fréquence accrue des TMS (troubles musculo-squelettiques) pose également la question de l'évolution des conditions de travail ou des risques psycho-sociaux.
- Enfin, plus généralement, le progrès médical depuis les années 1950 permettrait une meilleure survie de personnes atteintes de maladies chroniques et incapacitantes, qui atteindraient maintenant l'âge de la retraite.

Des recherches sont en cours, notamment à l'INED, afin de mieux comprendre ces évolutions.

2.2.2. Les disparités par catégories socioprofessionnelles et par sexe

L'étude des disparités d'espérance de vie par catégories socioprofessionnelles ou entre hommes et femmes peut être complétée par l'étude des disparités d'EVBS (**document n°9**).

Les écarts d'EVSI ou d'EVBS entre catégories socioprofessionnelles sont plus marqués que les écarts d'espérance de vie. A 65 ans, ils sont de l'ordre de 4 ans entre les hommes cadres et les hommes ouvriers (3 ans chez les femmes), alors que les écarts d'espérance de vie sont de 3 ans (2 ans chez les femmes). Entre 50 et 65 ans, un homme cadre peut espérer vivre 12 ans sans limitations fonctionnelles, contre 9 ans pour un ouvrier. Ainsi, les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres tout en passant davantage d'années en mauvaise santé⁹.

En revanche les écarts d'EVSI ou d'EVBS entre hommes et femmes sont moins marqués que les écarts d'espérance de vie. Si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles passent aussi plus d'années avec des incapacités. Cette situation est expliquée, en partie, par des profils de maladies différents pour les deux sexes : les femmes déclarent plus que les hommes des pathologies qui ont un impact sur la qualité de vie (maladies ostéo-articulaires, troubles anxio-dépressifs), quand les hommes déclarent plus ou autant que les femmes des pathologies certes invalidantes mais aussi à forte létalité (maladies cardiovasculaires, cancers, traumatismes)¹⁰.

2.2.3. Les comparaisons européennes

Si la France est en tête de l'Union européenne pour l'espérance de vie à 65 ans des hommes et des femmes, son avantage est moins net en termes d'EVSI ou d'EVBS (**document n°10**).

Entre 2005 et 2010, l'EVSI à 65 ans (*indicateur GALI*) est restée globalement stable dans l'Union européenne, tandis que l'EVBS à 65 ans a progressé en termes de santé perçue et régressé en termes de morbidité (**document n°10**). Sur cette période, la France ne s'est pas démarquée nettement de l'Union européenne en ce qui concerne les évolutions de l'EVSI à 65 ans, bien que l'EVSI des hommes semble évoluer un peu plus favorablement en France

⁹ Voir aussi « La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte » Emmanuelle Cambois, Caroline Laborde (INED), Jean-Marie Robine (INSERM-INED) - *Population et Sociétés*, N°441, janvier 2008.

¹⁰ Voir Emmanuelle Cambois et Jean-Marie Robine « Les espérances de vie sans incapacité en santé publique », rapport CNAF à paraître ; et « La santé des femmes en France », *Etudes et résultats* n°834, DREES, mars 2013.

qu'en Europe (**document n°11**). L'actualisation à 2012 des séries d'EVSI de l'EHLEIS ne remet pas en cause ces tendances, qui sont toutefois à la limite de la significativité statistique (**document n°11bis**).

3. Indicateurs de durée de retraite

Le **document n°12** de ce dossier présente et discute des indicateurs de suivi des durées de retraite au fil des générations, permettant d'apprécier l'objectif de « traitement équitable » au regard de cette durée « quelle que soit la génération à laquelle [les assurés] appartiennent ». Dans le prolongement du document n°15 de la séance du 22 janvier 2014 (indicateurs de taux de remplacement, de niveau de pension et de niveau de vie) et du document n°17 de la séance du 13 février 2014 (indicateurs d'âges moyens de sortie d'activité et de départ à la retraite), et en articulation avec le **document n°2** de la présente séance (indicateurs d'espérance de vie), il vise ainsi à préparer le document annuel sur le système de retraite que devra publier le COR avant le 15 juin.

La réforme des retraites de 2003 avait explicité l'objectif d'équité intergénérationnelle en matière de durée de retraite, sous la forme d'un objectif de stabilisation au fil des générations du rapport entre temps de travail et temps de retraite – traduit en pratique par une règle mathématique prévoyant l'augmentation au fil des générations de la durée d'assurance requise pour le temps plein en fonction des gains d'espérance de vie à 60 ans. Or, même si la loi du 20 janvier 2014 n'a pas repris le principe mécanique d'allongement de la durée requise selon les évolutions observées de l'espérance de vie, elle en reste très proche dans l'esprit. Le calendrier programmé jusqu'à la génération 1973 s'avère en effet quasiment identique à celui qu'aurait entraîné la règle de 2003 appliquée aux projections d'espérance de vie de l'INSEE.

Si la règle de 2003 a été présentée comme une règle visant à stabiliser au fil des générations le rapport entre temps de travail et temps de retraite, elle peut tout aussi bien être vue comme une manière de lier gains d'espérance de vie et gains de durée de retraite. C'est d'ailleurs en ces termes qu'elle a souvent été popularisée, comme une règle de « partage des gains d'espérance de vie à 60 ans » selon une règle « deux tiers–un tiers ». Selon ce point de vue, la règle pourrait ainsi être interprétée comme la traduction d'un objectif de stabilisation de la durée de retraite relative à l'espérance de vie.

Dans ce contexte, deux types d'indicateurs de durée de retraite *relative* sont étudiés : des durées de retraite relative à l'espérance de vie, d'une part, et des indicateurs de rapport entre durée de retraite et durée de carrière, d'autre part. Ces indicateurs peuvent eux-mêmes être calculés soit sur cas type, soit en moyenne pour chaque génération ; et, dans la première situation, on peut retenir soit des cas types dont l'âge de début de carrière est fixé de manière conventionnelle (par exemple à 20 ans, comme c'est implicitement le cas dans la règle de 2003), soit à partir des âges de début de carrières observés au fil des générations (comme c'est le cas pour les cas types de salariés du privé du COR).

Pour choisir, parmi ces divers indicateurs, ceux qui seraient les plus pertinents à suivre dans le cadre du futur document annuel du Conseil, la question de la norme d'équité à retenir se pose : cherche-t-on à stabiliser au fil de générations la durée de vie consacrée à la retraite, selon un principe de « droit au repos », ou à égaliser les efforts contributifs (au sens de « durée d'effort », ce qui renvoie à la durée de carrière) des générations successives ? On retiendra, dans le premier cas, des indicateurs de part de la retraite dans la durée de vie totale (c'est-à-dire de durée de retraite relative à l'espérance de vie) et, dans le second, des

indicateurs de rapport entre durée de retraite et durée de carrière (c'est-à-dire de durée de retraite relative à la carrière), sachant que les deux types d'indicateurs pourront impliquer des conclusions divergentes. Par ailleurs, si l'on devait mettre en avant un seul cas type, et réduire ainsi le nombre des indicateurs, le choix pourrait se porter sur le cas type n°2 du COR (non-cadre à carrière continue), qui serait alors considéré comme l'illustration d'un « assuré moyen » ayant eu une carrière continue et complète.