

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

<b>Document N°10</b>
----------------------

<i>Document de travail, n'engage pas le Conseil</i>
---

## **Les espérances de vie en bonne santé des Européens**

*Emmanuelle Cambois (INED) et Jean-Marie Robine (INSERM-INED),  
pour l'Action conjointe européenne EHLEIS  
Populations et sociétés n°499, avril 2013*



# Population & Sociétés

## Les espérances de vie en bonne santé des Européens

Jean-Marie Robine\* et Emmanuelle Cambois\*\* pour l'Action conjointe EHLEIS

Depuis 2005, Eurostat calcule annuellement, pour chacun des États membres de l'Union européenne, l'espérance de vie sans limitation d'activité sous le nom d'« années de vie en bonne santé ». Les calculs sont effectués sur la base des Statistiques sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC). Pour accompagner la sortie des tout derniers chiffres d'Eurostat, cet article présente les résultats de différentes recherches portant sur la période 2005-2010.

L'espérance de vie à la naissance continue d'augmenter dans les pays européens principalement sous l'effet de la baisse de la mortalité aux âges élevés. Mais les années gagnées sont-elles en bonne santé, ou en état de dépendance et avec des handicaps ? La question est importante tant pour l'organisation des soins et des services à la personne que pour des enjeux sociaux et économiques : augmenter la participation active des aînés à la vie de la cité, le taux d'emploi des 50-65 ans ou l'âge de départ à la retraite nécessitent de préserver la santé et l'autonomie. Dans ce contexte, estimer le temps que les personnes peuvent espérer vivre en bonne santé apporte une information essentielle. En 2004-2005, l'espérance de vie sans limitation d'activité a été ajoutée aux indicateurs structurels de l'Union européenne. Désormais calculée annuellement par Eurostat, elle a permis de fixer un objectif à la stratégie européenne sur le vieillissement actif, qui vise un gain de 2 années de vie en bonne santé d'ici à 2020 pour l'Europe des 27 [1].

### Comment mesure-t-on la durée de vie en bonne santé ?

Le dispositif EU-SILC d'enquêtes auprès des populations de l'Union européenne, coordonné par Eurostat, permet de recueillir des données sur la santé à travers trois questions détaillées plus loin (encadré) : la « santé perçue », la déclaration des maladies chroniques, et les « limitations d'activité ». C'est en combinant les fréquences de personnes déclarant des problèmes de santé avec la table de

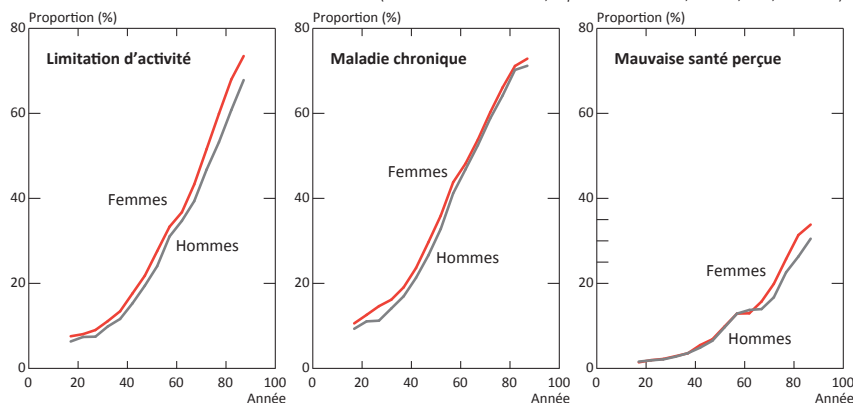
mortalité qu'on obtient les trois types d'espérances de vie en santé présentés ici. Certes, ces données comportent une part de subjectivité, liée à la perception de la santé qui peut varier d'un pays à l'autre et dont il faut tenir compte dans ce type d'études. Mais ces informations fournissent un éclairage essentiel sur les évolutions au cours du temps selon le sexe ou le pays et sur les tendances spécifiques aux dimensions de la santé considérées.

Les problèmes de santé sont de plus en plus fréquents au fur et à mesure de l'avancée en âge (figure 1). On le constate en Europe quelle que soit la façon de mesurer la santé. Les femmes déclarent plus souvent des problèmes de santé que les hommes, notamment aux âges élevés. Bien que les Européennes âgées de 65 ans aient une espérance de vie nettement plus longue que les Européens (3,5 années de plus), leur espérance de vie sans limitation d'activité est pratiquement similaire (0,2 an de plus), de même que celle sans maladie chronique (0,9 an) ou en bonne santé perçue (0,3 an). Relativement fréquentes chez les plus âgés, les maladies chroniques déclarées par les Européennes occupent 64 % de l'espérance de vie à 65 ans (61,5 % pour les hommes européens). Mais ces années de maladies ne s'accompagnent pas pour autant de mauvaise santé perçue (24,5 % et 20,3 % du temps vécu respectivement par chaque sexe) ou de limitations d'activité (elles ne représentent, dans leurs formes les plus sévères, que 23,9 % de l'espérance de vie des femmes et 19,4 % de celle des hommes).

\*Institut national pour la santé et la recherche médicale (Inserm) et Institut national d'études démographiques (Ined), \*\* Ined.

**Figure 1. Prévalence\* des problèmes de santé dans l'Europe des 27 en 2010, par sexe et âge**

(J.-M. Robine et E. Cambois, *Population et Sociétés*, no. 499, Ined, avril 2013)



**Note \*** : proportion de personnes déclarant une limitation d'activité, une maladie chronique ou avoir une santé mauvaise ou très mauvaise (voir texte)

**Source** : EU-SILC, Mini European Health Module, Eurostat, Joint-Action EHLEIS, www.eurohex.eu

### Encadré. Les trois mesures de l'espérance de santé en Europe

La décomposition des années vécues de la table de mortalité en années de bonne et de mauvaise santé [2], permet de distinguer la survie totale et la survie en bonne santé, pour les différents états de santé pour lesquels on dispose de données [3]. Le Mini module européen sur la santé (MEHM), inclus dans l'enquête annuelle Statistiques sur le revenu et les conditions de vie en Europe (EU-SILC), est composé de trois questions globales qui reflètent chacune une dimension particulière de la santé :

La santé ressentie est un indicateur subjectif fortement corrélé au risque de mortalité et à la consommation de soins. La formulation de la question est une des mieux harmonisées des enquêtes de santé depuis les années 1980 : « Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».

La déclaration de maladies chroniques est soumise aux aléas de la connaissance des personnes sur leur état de santé ; elle reflète le ressenti de troubles plus ou moins graves (diagnostiqués ou non) et un besoin de soins. La question utilisée a été développée par l'OMS Europe dans les années 2000 : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé chronique ? Oui, non ».

Les limitations d'activité, indicateur d'incapacité, correspondent à des gênes dans des activités quotidiennes dues à un problème de santé. Cet indicateur va au-delà des situations de dépendance et d'incapacité sévère. Il permet de mettre en évidence des difficultés touchant davantage de personnes et à des âges plus jeunes. La question a été développée pour le Programme européen de surveillance de la santé [4] : « Êtes-vous limité à cause d'un problème de santé, depuis au moins six mois, dans les activités que les gens font habituellement ? Oui, fortement limité ; oui, mais pas fortement limité ; non, pas limité du tout ».

#### L'interprétation des estimations et des différences entre pays

Les différences d'espérance de vie en santé entre pays ont pu résulter pour partie du sens légèrement différent qu'ont certaines questions quand elles sont traduites d'une langue à une autre. Depuis 2008, les traductions sont effectuées sur la base d'un protocole scientifique. Seul un tout petit groupe de pays n'ont pas encore les bonnes formulations [5]. Au-delà de cet effort unique de standardisation des questions de santé d'EU-SILC, des différences culturelles, non mesurables, dans la perception et la compréhension des questions peuvent aussi contribuer aux différences entre les États européens. Toutefois, au sein de chaque pays, la mauvaise santé déclarée par ces différents indicateurs est généralement corrélée à des indicateurs plus objectifs (consommation de soins, risques de mortalité), rendant pertinente l'analyse de ces indicateurs à travers l'Union européenne.

Une autre source d'incertitude provient de la taille limitée des échantillons interrogés : en 2010, l'enquête EU-SILC a concerné 405 120 Européens (dont 92 982 âgés de 65 ans et plus), allant de 39 855 en Italie à 5 766 au Danemark. Les comparaisons d'un pays à l'autre ou les évolutions dans le temps doivent se faire au regard des intervalles de confiance statistiques des estimations, fournis dans le matériel supplémentaire.

### Augmentation du nombre des années vécues en mauvaise santé ?

En se limitant aux 25 pays pour lesquels les données de santé sont disponibles depuis 2005 (la Bulgarie et la Roumanie n'ayant rejoint l'Union européenne qu'en 2007), on constate que l'espérance de vie à 65 ans de l'Union des 25 s'est allongée d'un an entre 2005 et 2010. Le temps vécu en mauvaise santé perçue au-delà de 65 ans a, lui, nettement diminué pour les hommes comme pour les femmes (de 0,5 à 1,1 an selon le sexe), et ce en dépit de l'augmentation des années de vie s'accompagnant de maladies (de 1,6 à 1,3 an selon le sexe), le temps vécu sans limitation d'activité restant inchangé. Ce paradoxe peut s'expliquer en partie par un repérage plus systématique et par une meilleure prise en charge des problèmes de santé, dont la fréquence peut ainsi augmenter sans pour autant engendrer une augmentation des déclarations de limitations d'activité ou d'une perception négative de sa santé.

### Les inégalités entre les États membres variables selon l'indicateur de santé considéré

Pour une espérance de vie moyenne à 65 ans de 17,4 ans pour les hommes et 20,9 ans pour les femmes dans l'ensemble de l'Union européenne en 2008-2010, 5,5 ans séparent les Français (18,7 ans) et les Lettons (13,2 ans), et 6,3 ans les Françaises (23,2 ans) et les Bulgares (16,9 ans) (tableau). Pour les espérances de vie en santé, les écarts sont encore plus importants, atteignant plus de 10 ans pour les espérances de vie sans limitation d'activité (10,3 pour les hommes et 11,9 ans pour les femmes), ou les espérances de vie en bonne santé perçue (10,2 et 11,4 ans). Les écarts d'espé-

Figure 2. Espérance de vie à 65 ans dans l'Europe des 27 en 2010

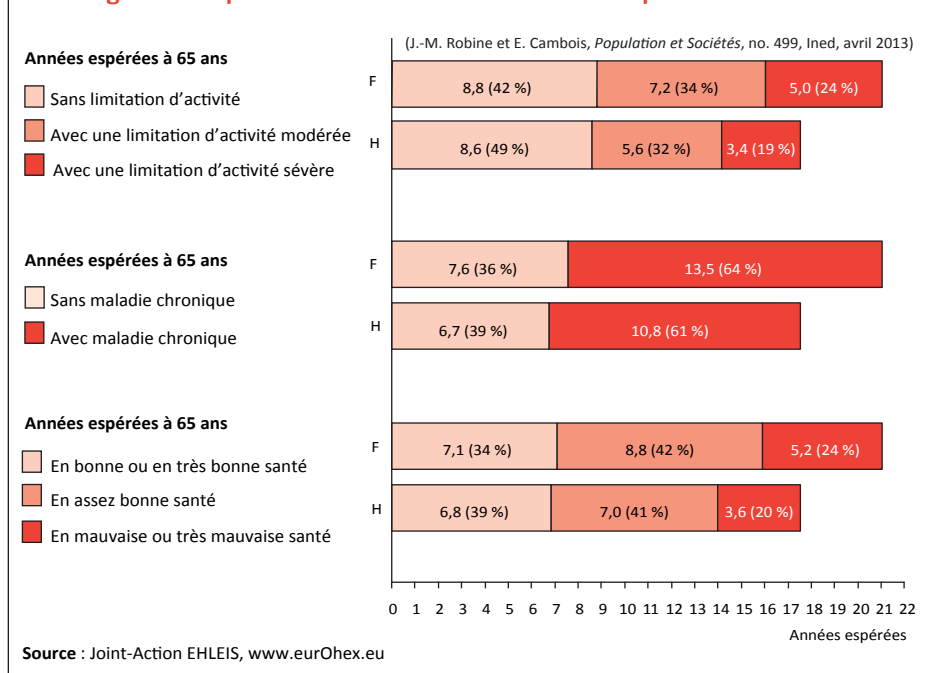


Tableau. Espérance de vie à l'âge de 65 ans dans les pays de l'Union européenne par état de santé (période 2008-2010)

Pays	Espérance de vie à 65 ans							
	totale		sans limitation d'activité		sans maladie chronique		en bonne santé perçue	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Allemagne	17,7	20,8	6,6	6,8	5,8	7,2	6,3	6,4
Autriche	17,7	21,2	8,0	7,9	7,7	8,2	7,4	7,3
Belgique	17,5	21,1	10,5	10,2	10,6	11,2	9,3	9,4
Bulgarie	13,7	16,9	8,7	9,5	7,3	7,6	2,9	2,1
Chypre	18,1	20,8	9,8	8,3	6,4	5,3	6,9	5,1
Danemark	16,8	19,5	11,7	12,4	10,7	11,4	10,0	10,5
Espagne	18,2	22,3	9,5	8,7	7,7	7,9	7,6	6,9
Estonie	13,9	19,2	4,9	5,1	3,5	3,4	2,2	2,4
Finlande	17,4	21,5	8,4	9,0	5,1	5,2	6,4	6,9
France	18,7	23,2	8,9	9,8	6,3	7,8	6,9	7,6
Grèce	18,1	20,1	8,6	7,9	7,8	7,2	7,2	5,9
Hongrie	14,0	18,2	5,6	6,0	3,7	4,2	2,1	2,1
Irlande	17,7	19,0	10,4	10,0	8,6	8,2	11,1	11,9
Italie	18,4	22,1	8,6	8,1	10,1	11,0	5,3	4,6
Lettonie	13,2	18,1	4,8	5,4	4,5	5,1	1,7	1,7
Lituanie	13,5	18,4	6,1	6,7	5,0	5,3	1,2	1,0
Luxembourg	17,4	21,3	10,7	11,8	10,7	11,4	8,0	9,2
Malte	17,4	20,6	11,3	11,7	6,4	7,0	5,3	5,2
Pays-Bas	17,6	20,9	9,6	9,9	9,0	10,3	10,6	11,2
Pologne	14,9	19,3	6,9	7,6	4,8	4,7	2,1	1,7
Portugal	17,1	20,6	6,8	5,6	6,5	6,4	2,4	1,5
Rép. Tchèque	15,3	18,9	8,0	8,5	6,6	7,0	3,1	3,0
Roumanie	14,0	17,2	7,0	6,7	7,7	7,5	3,7	2,9
Roy. Uni	18,0	20,7	10,9	11,7	6,8	7,8	10,7	11,9
Slovaquie	14,0	17,9	3,3	2,8	5,0	4,8	2,3	1,8
Slovénie	16,5	20,7	8,3	8,8	5,6	7,0	4,7	4,4
Suède	18,2	21,1	13,6	14,7	9,7	10,1	11,4	12,4
<b>UE 27</b>	<b>17,4</b>	<b>20,9</b>	<b>8,4</b>	<b>8,6</b>	<b>7,0</b>	<b>7,8</b>	<b>6,6</b>	<b>6,6</b>
MAX	18,7	23,2	13,6	14,7	10,7	11,4	11,4	12,4
MIN	13,2	16,9	3,3	2,8	3,5	3,4	1,2	1,0
Ecart	5,5	6,3	10,3	11,9	7,2	8,1	10,2	11,4

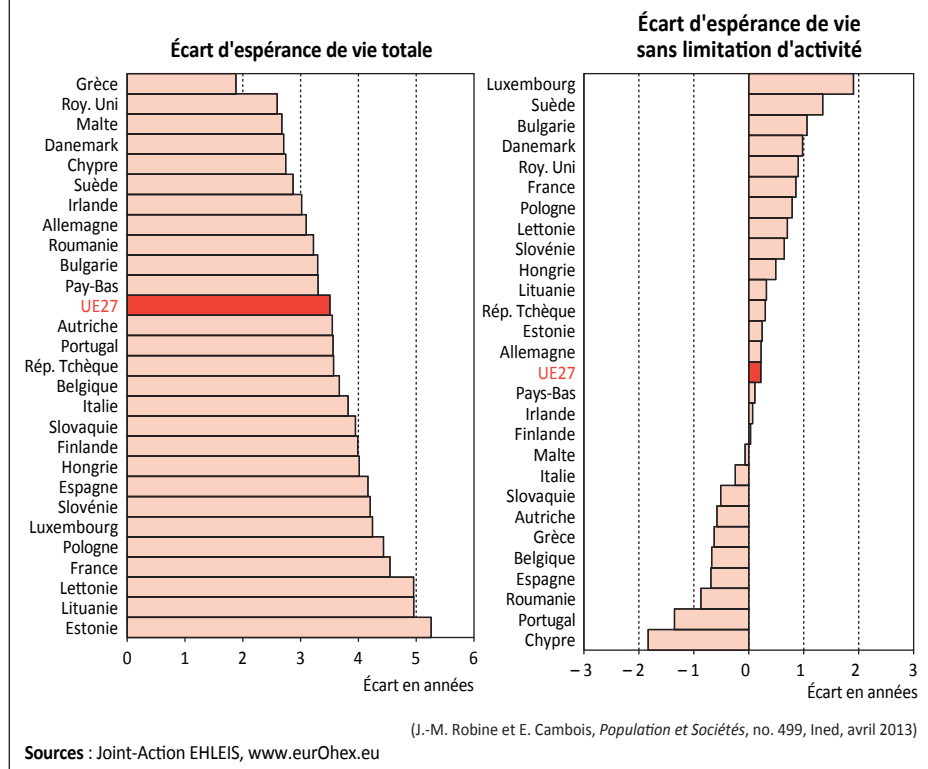
Sources : Joint-Action EHLEIS, www.eurOhex.eu

rances de vie sans maladie chronique sont respectivement de 7,2 ans et 8,1 ans. Les différences entre pays varient selon les indicateurs de santé. La Suède affiche les meilleures espérances de vie sans limitation d'activité et en bonne santé perçue. Le Luxembourg et le Danemark se partagent les meilleures espérances de vie sans maladie chronique. La Slovaquie présente les espérances de vie sans limitation d'activité les plus basses et c'est le cas de l'Estonie pour l'espérance de vie sans maladie chronique et de la Lituanie pour l'espérance de vie en bonne santé perçue.

Ces disparités, complexes à interpréter, résultent en partie de différences de perception de ces problèmes et d'attentes en matière de santé (encadré), mais aussi de différences en matière d'exposition et de prise en charge des problèmes de santé, donc de différences de mortalité et de morbidité. La réduction de ces différences entre pays contribuerait largement à l'objectif des 2 années de vie en bonne santé à gagner d'ici 2020 [6].

Si les femmes vivent plus longtemps que les hommes dans tous les pays, les écarts entre les sexes varient de 1,9 an en Grèce à 5,3 ans en Estonie, pour une moyenne européenne de 3,5 ans (figure 3). Au sein de cette vie plus longue, les femmes passent plus de temps avec des limitations d'activité que les hommes mais on distingue trois profils pour les différences d'espérance de vie sans limitations d'activité. Dans le premier, les femmes vivent plus longtemps que les hommes sans limitation d'activité et aussi longtemps qu'eux dans le deuxième ; les années de vie supplémentaires des femmes se partagent entre bonne et

**Figure 3. Différence d'espérance de vie à 65 ans entre hommes et femmes dans les 27 pays de l'Union européenne en 2010**



**Références**

[1] Commission européenne, 2011, [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=about](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=about)

[2] Daniel F. Sullivan, 1971, « A single index of mortality and morbidity », *Health Services Reports*, 86, p. 347-354.

[3] Organisation mondiale de la Santé, 1984, *Applications de l'épidémiologie à l'étude du vieillissement*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 93 p.

[4] Jean-Marie Robine, Carol Jagger et Euro-REVES, 2003, « Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project », *European Journal of Public Health*, 13(3), p. 6-14.

[5] Eurostat, 2012, *A synthesis report on the 2012 consultation on further harmonisation and documentation on the EU-SILC1 PHO302 variable*, Eurostat, Unit F-5: Education, health and social protection, Luxembourg.

mauvaise santé. Dans le troisième profil, moins répandu dans les études existantes, les femmes vivent significativement moins longtemps que les hommes sans limitation d'activité. Ainsi, il existe des variations à travers l'Europe face à la santé mais aussi face aux différences de santé entre hommes et femmes.

\*\*\*

Sans grande surprise, la diversité des pays européens se retrouve dans leurs états de santé déclarés. Les années de vie de bonne et de mauvaise santé ne sont pas distribuées également au sein de l'Union européenne et le gradient diffère selon la dimension de la santé considérée. Les progrès de l'espérance de vie, partagés par l'ensemble des pays de l'Union européenne, s'accompagnent en moyenne de plus d'années de maladies chroniques voire de limitations d'activité déclarées, mais aussi de plus d'années de vie en bonne santé perçue. À l'échelle de l'Union européenne, l'allongement de ces séries d'indicateurs, relativement courtes à ce jour, et l'analyse des facteurs qui peuvent expliquer les évolutions permettront d'affiner les conclusions. On étudiera notamment les tendances dans différents groupes de population et l'évolution des liens avec des indicateurs macroéconomiques (dépenses de santé, richesse des pays, etc.) [7].

[6] Carol Jagger et al., 2013, « Mind the gap – reaching the European target of a two year increase in healthy life years in the next decade », *European Journal of Public Health* (March 13) doi:10.1093/eurpub/ckt030.

[7] Carol Jagger, Clare Gillies, Francesco Moscone et al., 2008, « Inequalities in healthy life expectancies in EU25: a cross-national meta-regression analysis », *The Lancet*, 9656, p. 2124-2131.

**Résumé**

Depuis 2005 Eurostat calcule chaque année l'espérance de vie sans limitation d'activité sous le nom d'« années de vie en bonne santé ». Si l'espérance de vie à 65 ans s'est allongée d'un an dans l'Union européenne entre 2005 et 2010, le temps vécu en mauvaise santé perçue a diminué (de 0,5 à 1,1 an selon le sexe), et ce en dépit de l'augmentation des années de vie s'accompagnant de maladies chroniques (de 1,6 à 1,3 an selon le sexe), le temps vécu sans limitation d'activité restant inchangé. Ce paradoxe peut s'expliquer en partie par un repérage plus systématique et par une meilleure prise en charge des problèmes de santé, dont la fréquence a pu augmenter sans pour autant que les déclarations de limitations d'activité ou la perception négative de sa santé aient augmenté.