

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

Document N°11

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

Espérance de santé en France

*Action conjointe européenne EHLEIS
Rapport national pour la France, n°6, avril 2013*

Espérance de santé en France

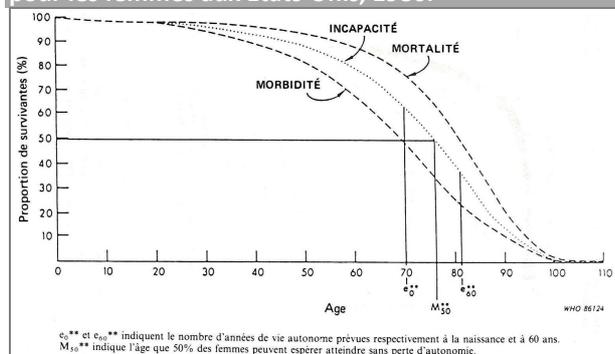
Qu'est-ce qu'une espérance de santé?

Les indicateurs d'espérance de santé ont d'abord été développés pour savoir si l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne ou non d'une augmentation du temps vécu en bonne santé. Ainsi les espérances de santé décomposent l'espérance de vie en durées vécues dans différents états de santé. En cela elles ajoutent une dimension qualitative à la notion quantitative du nombre d'années vécues.

Comment est mesuré l'impact d'une vie plus longue ?

Le modèle général des transitions de santé (OMS, 1984) indique les durées de vie passées dans différentes conditions : la survie totale, la survie sans incapacité et la survie sans maladie chronique. Cela conduit naturellement à définir l'espérance de vie totale, l'espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie sans maladie chronique.

Modèle général des transitions de santé (OMS, 1984): courbe de survie observée et courbes hypothétiques sans morbidité et sans l'incapacité pour les femmes aux Etats-Unis, 1980.



Il y a en fait autant d'espérances de santé que de concepts de santé. Les espérances de santé les plus courantes sont celles basées sur la santé perçue et sur l'auto-déclaration de limitations dans les activités de la vie quotidienne ou de problèmes de santé chroniques.

Comment comparer les espérances de santé ?

Les espérances de santé sont indépendantes de la taille des populations et de leur structure par âge. Elles permettent ainsi de comparer directement des groupes de population: par exemple, les sexes, les catégories socio-professionnelles ou les pays d'Europe (Robine et al. 2003). Les espérances de santé sont le plus souvent calculées par la méthode de Sullivan (Sullivan, 1971). Cependant, pour faire des comparaisons valides, la mesure de santé sous-jacente doit être véritablement comparable.

C'est pourquoi l'Union européenne a retenu quelques espérances de santé parmi les Indicateurs de santé de la Communauté européenne (ECHI) fournissant des mesures résumées de l'incapacité (ici les limitations d'activité), de la morbidité chronique et de la santé perçue. Les données sont issues du Mini Module Européen de Santé (MEHM), composé de 3 questions générales portant sur ces dimensions, qui a été introduit dans l'enquête SILC (Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie) afin d'améliorer la comparabilité des espérances de santé entre les pays.* L'espérance de vie sans limitations d'activité à long terme est devenu en 2004 l'un des indicateurs structurels retenus pour l'évaluation des objectifs stratégiques de l'Union (stratégie de Lisbonne), sous le nom d' « *Espérance de vie en bonne santé* ».

Plus de détails sur le MEHM, les enquêtes européennes, les calculs et l'interprétation des espérances de santé peuvent être trouvés sur www.eurohex.eu.

Qu'y a-t'il dans ce rapport?

Ce rapport est produit par l'Action conjointe européenne « *les années de vie en bonne santé* » (EHLEIS). Dans chaque rapport nous présentons :

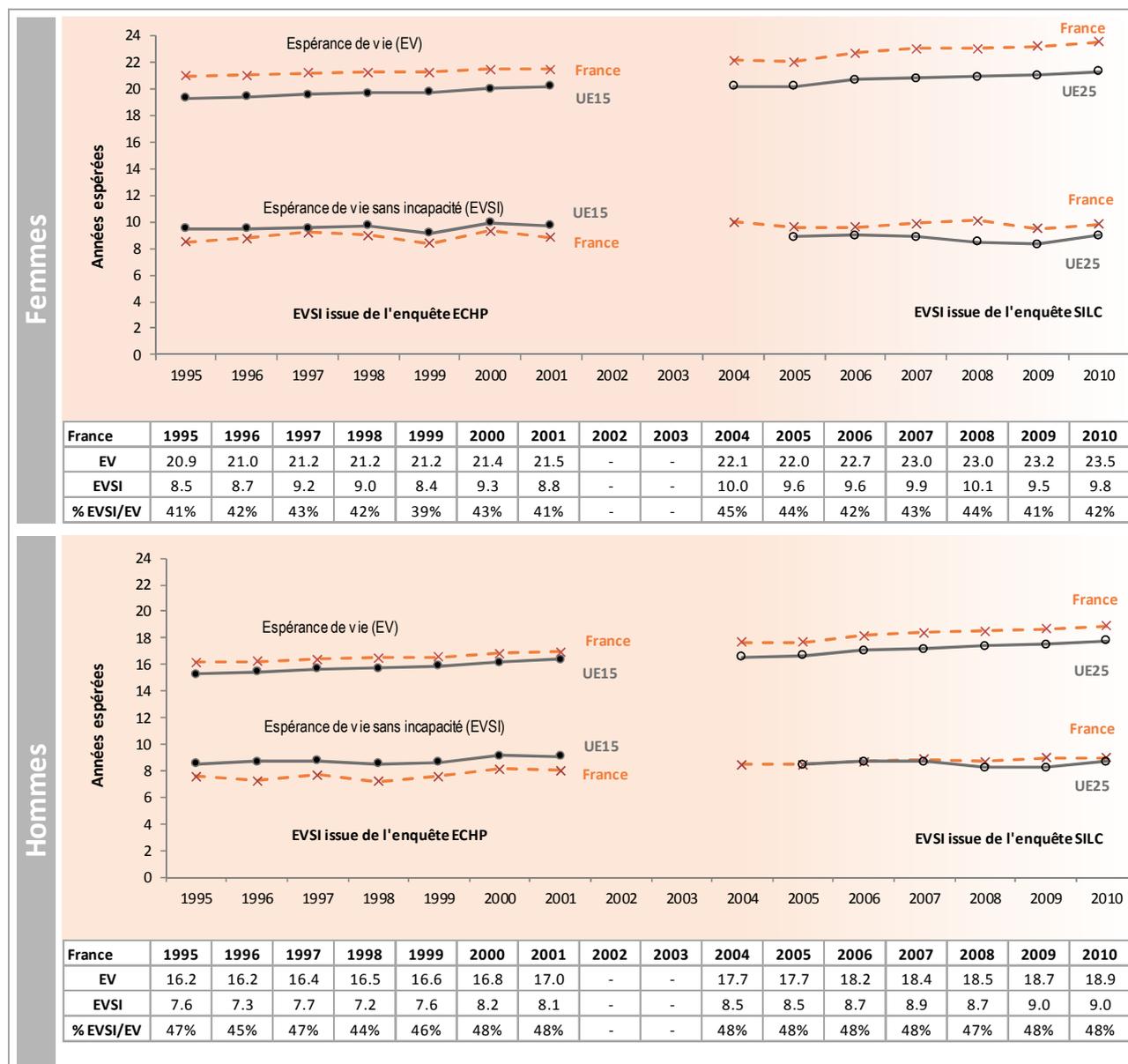
- L'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité (EVS) à 65 ans pour le pays considéré et pour l'ensemble des 25 états membres de l'Union (UE25), en utilisant la question sur l'incapacité à long terme (liée à la santé) de l'enquête SILC, connue sous le nom de GALI (Indicateur général de limitation d'activité), depuis 2004. La rédaction de la question a été revue dans quelques pays en 2008. Quand elles sont disponibles, nous présentons les séries précédentes d'EVS issues du Panel des ménages de la Communauté européenne (EHP) de 1995 à 2001;
- Les espérances de santé pour les deux autres dimensions de la santé (morbidité chronique et santé perçue) issues de l'enquête SILC de 2010 pour le pays étudié;
- Les valeurs moyenne, maximum et minimum des 3 espérances de santé à 65 ans en Europe (EU27), basées sur la limitation d'activité, la morbidité chronique et la santé perçue (SILC, 2010).

Références

- Jagger C., Gillies C., Moscone F., Cambois E., Van Oyen H., Nusselder W., Robine J.-M., EHLEIS Team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet*. 2008;372(9656) 2124-2131
- Robine J.-M., Jagger C., Mathers C.D., Crimmins E.M., Suzman R.M., Eds. *Determining health expectancies*. Chichester UK: Wiley, 2003.
- Sullivan D.F. *A single index of mortality and morbidity*. HSMHA Health Reports 1971;86:347-354.
- Organisation Mondiale de la Santé. *Applications de l'épidémiologie à l'étude du vieillissement: Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS sur l'épidémiologie du vieillissement*. Genève: OMS, 1984 (Série de Rapports techniques 706).

* Avant la révision de 2008, les traductions des questions utilisées dans certains pays n'étaient pas optimum (Voir Eurostat-EU Task Force on Health Expectancies common statement about the SILC data quality).

Espérance de vie (EV) et Espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 65 ans en France et dans l'Union européenne (UE15 et UE25) issues des enquêtes ECHP (1995-2001) et SILC (2004-2010)



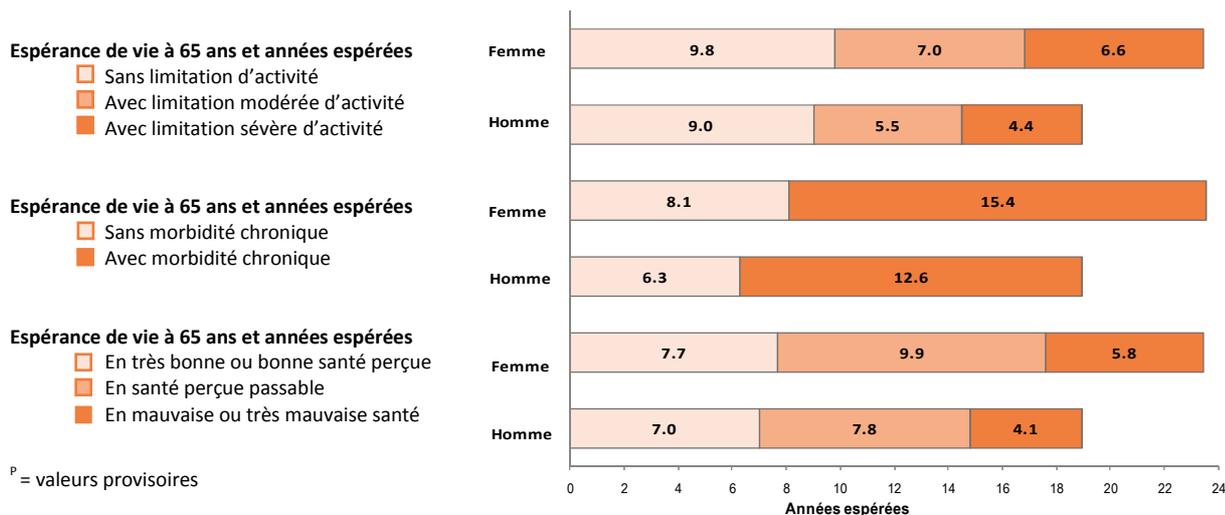
Points clés:

L'espérance de vie française (EV) à 65 ans a augmenté de 2,1 ans pour les femmes et les hommes durant la période 2000-2010 : entre 1995 et 2001 l'EV pour les deux sexes était au-dessus de la moyenne de l'UE15, et en 2010, c'est la plus élevée de l'UE25, celle-ci étant de 21,3 années pour les femmes et 17,8 pour les hommes.

Pendant la période 1995-2001, l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 65 ans, issue des données ECHP, a légèrement augmenté. La proportion d'années vécues sans incapacité (i.e., sans *limitations auto-déclarées dues à une mauvaise santé ou à des incapacités*), parmi l'espérance de vie totale, reste stable pour les deux sexes à environ 41% pour les femmes et 48% pour les hommes. Entre 1995 et 2001 l'EVSI en France était en dessous de la moyenne de l'UE15.

La nouvelle série d'EVSI, initiée en 2004 avec les données de SILC, poursuit la tendance stable observée en France et se situe en 2010 légèrement au-dessus de la moyenne de l'UE25 de 9.0 années pour les femmes et 8,7 pour les hommes. En 2010, à 65 ans, les femmes et les hommes peuvent espérer passer respectivement 42% et 48% de leur vie sans *limitations d'activités à long terme*. Entre 2009 et 2010 l'EVSI a légèrement augmenté en France pour les femmes et est restée stable pour les hommes. Il faut noter que l'intitulé de la question GALI a été légèrement modifié en 2008 pour mieux se conformer au standard européen. Les petites variations observées depuis 2007 (baisse pour les hommes en 2008 ou pour les femmes en 2009) sont sans doute aléatoires. Entre 2004 et 2010 le rapport EVSI/EV, plus élevé chez les hommes, diminue clairement chez les femmes alors qu'il reste stable chez ces derniers.

Espérances de vie à 65 ans avec et sans limitations d'activité (EVSI), avec et sans maladies chroniques et selon la santé perçue en France (Données de santé de SILC 2010^P)



Points clés:

En 2010, l'espérance de vie à 65 ans en France était de 23,5 ans pour les femmes et 18,9 ans pour les hommes.

D'après l'enquête SILC de 2010, à 65 ans, les femmes vivaient 9,8 années (42% de leur vie restante) sans limitation d'activité (correspondant à l'EVSI), 7,0 années (30%) avec une limitation modérée et 6,6 années (28%) avec une limitation sévère.*

Les hommes au même âge vivaient 9,0 années (48% de leur vie restante) sans limitation d'activité comparé à 5,5 années (29%) avec une limitation modérée et 4,4 années (23%) avec une limitation sévère.*

Bien que les espérances de vie sans limitation d'activité et sans morbidité chronique soient plus grandes pour les femmes que pour les hommes, les femmes passent une plus grande part de leur vie en mauvaise santé et ces années de mauvaise santé sont plus souvent vécues avec des problèmes de santé sévères.

Ces résultats doivent être interprétés avec précaution étant donné l'absence de données pour les personnes vivant en institution, comme les personnes vivant en maison de retraite, et du fait de la taille très variable des échantillons selon les pays, de 1300 au Danemark à 10126 en Italie. En 2010 l'échantillon français comprenait 2415 femmes et 1991 hommes âgés de 65 ans et plus.

* La somme peut ne pas être égale à l'Espérance de vie à cause des arrondis

Publications et rapports sur les espérances de santé en France

- Cambois E, Blachier A, Robine JM. Aging and health in France: an unexpected expansion of disability in mid-adulthood over recent years. *European Journal of Public Health* 2012;doi:10.1093/eurpub/cks136.
- Cambois E, Robine JM. Tendances et disparités d'espérance de vie sans incapacité en France. *Actualité et dossier en santé publique* 2012, 80 :28-32.
- Indicateurs synthétiques relatifs à la morbidité déclarée - l'état de santé des populations en France. 2011 p97-103. http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2011_08_morbidity.pdf
- La santé en France et en Europe : convergences et contrastes p136-144. http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120301_santeFranceEurope.pdf
- Cambois E., Laborde C., Romieu I., Robine J.-M. Occupational inequalities in health expectancies in France in the early 2000s: Unequal chances of reaching and living retirement in good health. *Demographic Research*. 2011;25(12):407-436.
- Sieurin A., Cambois E., Robine J.-M. *Les espérances de santé en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé*. Document de travail INED, 2011 (30p).
- Gilgenkrantz S. Les inégalités sociales face à la mortalité et aux incapacités [Social inequalities in disability-free life expectancy in France]. *Med Sci*. 2008;24(4):415-418.
- Cambois E., Laborde C., Robine J.-M. A double disadvantage for manual workers: more years of disability and a shorter life expectancy. *Popul Soc*. 2008(441).
- Cambois E., Clavel A., Romieu I., Robine J.-M. Trends in disability-free life expectancy at age 65 in France: consistent and divergent patterns according to the underlying disability measure. *Eur J Ageing*. 2008; 5(4):287-298.
- Lievre A., Jusot F., Barnay T., Sermet C., Brouard N., Robine J.-M., Brieu A.-M., Forette F. Healthy working life expectancies at age 50 in Europe: a new indicator. *J Nutr Health Aging*. 2007; 11(6):508-514.
- Pérès K., Jagger C., Lièvre A., Barberger-Gateau P. Disability-free life expectancy of older French people: gender and education differentials from the PAQUID cohort. *Eur J Ageing*. 2005; 2(3):225-233.
- Pérès K., Jagger C., Lièvre A., Barberger-Gateau P. Espérance de vie totale et sans incapacité chez le sujet âgé. *Rev Epidemiol Sante Publ*. 2004;52(Hors série I):1S63

Espérances de santé à 65 ans dans l'Union européenne en 2010, basées sur les limitations d'activité, la morbidité chronique et la santé perçue (Données de l'enquête SILC de 2010)

Espérances de santé à 65 ans (en années)								
	Limitation d'activité			Morbidité chronique		Santé perçue		
	Sans	Modérée	Sévère	Sans	Avec	Très bonne ou bonne	Moyenne	Mauvaise ou très mauvaise
Femmes								
UE27	8.8	7.2	5	7.6	13.5	7.1	8.8	5.2
(min-max)	(2.8-15.5)	(3.0-9.4)	(2.0-7.3)	(3.1-12.1)	(8.0-17.7)	(1.0-13.3)	(6.2-12.6)	(1.6-11.7)
Hommes								
UE27	8.6	5.6	3.4	6.7	10.8	6.8	7.1	3.6
(min-max)	(3.3-14.1)	(2.3-7.0)	(1.4-4.4)	(3.4-11.0)	(5.8-13.5)	(1.1-11.7)	(5.1-11.1)	(1.1-6.2)

Points clés:

En 2010, l'espérance de vie à 65 ans dans l'Union européenne (EU27) était de 21.1 ans pour les femmes (de 17,0 à 23,4 ans selon les pays) et de 17,5 ans pour les hommes (de 13,2 à 18,9 ans).

D'après l'enquête SILC de 2010, à 65 ans, les femmes de l'UE27 ont passé 8,8 années (de 2,8 à 15.5 années) sans limitations d'activité (correspondant à l'EVSI), 7,2 années (de 3,0 à 9,4 années) avec des limitations d'activité modérées et 5.0 années (de 2,0 à 7,3 années) avec des limitations d'activité sévères.*

Les hommes de l'UE27 au même âge ont passé 8,6 années (de 3,3 à 14.1 années) sans limitations d'activité comparé à 5,6 années (de 2,3 à 7,0 années) avec des limitations d'activité modérées et 3,4 années (de 1,4 à 4,4 années) avec des limitations d'activité sévères.*

Le nombre d'années vécues sans limitations d'activité est le même pour les hommes et les femmes mais constitue 49% de la vie restante pour les hommes contre 42% pour les femmes. Le nombre d'années vécues en très bonne et bonne santé perçue est légèrement plus petit chez les femmes par rapport aux hommes mais leur nombre d'années sans morbidité chronique est légèrement plus grand de 0.9 année. Ainsi comparées aux hommes, les femmes passent une plus grande partie de leur vie en mauvaise santé et ces années de mauvaise santé sont des années avec des problèmes de santé plus sévères.

Ces résultats doivent être interprétés avec précaution étant donné l'absence de données pour les personnes vivant en institution comme les personnes vivant en maison de retraite.

* La somme peut ne pas être égale à l'Espérance de vie totale à cause des arrondis.

A propos de l'Action Conjointe EHLEIS

L'Action conjointe EHLEIS (Système d'information européen sur les espérances de vie et de santé) et EurOhex (www.eurohex.eu) sont co-financés par 10 Etats Membres, la Commission Européenne, DG Sanco, et deux institutions françaises : le Ministère de la Santé et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). C'est une collaboration entre : l'**Autriche** (Statistik Austria, Vienna Institute of Demography of the Austrian Academy of Sciences, European Centre for Social Welfare), la **Belgique** (Scientific Institute of Public Health - ISP-WIV), la **République Tchèque** (Institute of Health Information and Statistics - UZIS CR), le **Danemark** (Danish National Board of Health - SST, Economic Council of the Labour Movement - AE, University of Southern Denmark - IPH, University of Copenhagen, UCPC), la **France** (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale - INSERM, Institut National d'Etudes Démographiques - INED, Centre Régional de Lutte contre le Cancer - CRLC de Montpellier, Université Montpellier2 - UM2), l'**Allemagne** (Robert Koch Institute - RKI, Rostock Center for Demographic Change-UROS), la **Grèce** (Hellenic Statistical Authority - ELSTAT), l'**Italie** (University La Sapienza - DSSEAD), les **Pays-Bas** (Erasmus Medical center-EMC, National Institute for Public Health and the Environment - RIVM ; Statistical Office - CBS), la **Suède** (National Board of Health and Welfare - SoS/NBHW) et le **Royaume-Uni** (Office for National Statistics - ONS, Newcastle University - UNEW). EHLEIS et EurOhex ont pour but d'offrir des services centralisés pour l'analyse coordonnée, l'interprétation et la dissémination des espérances de vie et de santé afin d'ajouter la dimension qualitative à la quantité de vie vécue par les populations Européennes. Plus de détails sur l'Action conjointe peuvent être trouvés sur les sites: www.eurohex.eu et www.healthy-life-years.eu.