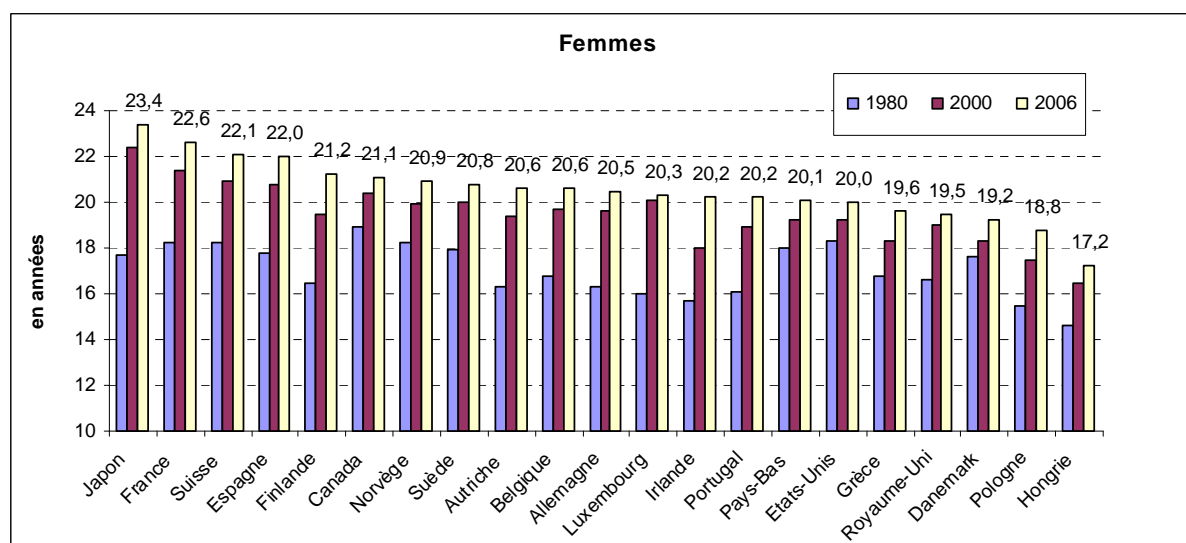
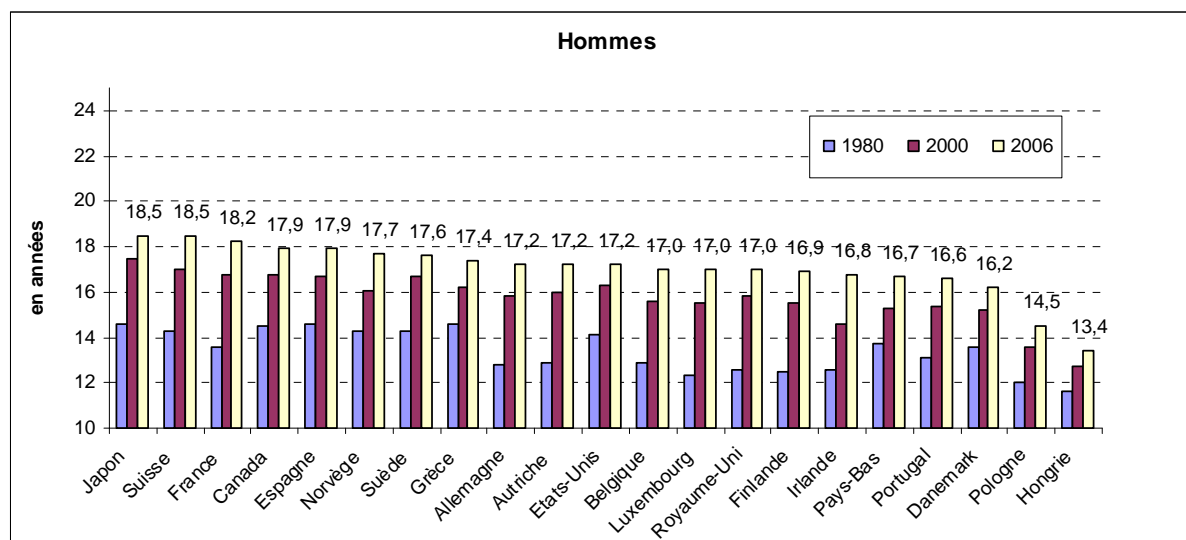


**Indicateur n° 7: Espérance de vie à 65 ans...**

**1<sup>er</sup> sous-indicateur : en comparaison internationale, par genre.**



Source : Données 2006, sauf Canada, Etats-Unis et Royaume-Uni (données 2005). Eco-Santé OCDE 2008.

Dans la plupart des pays développés, les décès prématurés jouent un rôle de moins en moins important au sein de l'évolution générale de la mortalité et l'essentiel de la mortalité se concentre désormais aux âges élevés et très élevés. Il apparaît donc utile de suivre un indicateur de la mortalité à ces âges tel que l'espérance de vie à 65 ans.

Dans tous les pays de l'OCDE, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté pour les hommes comme pour les femmes au cours de ces dernières décennies. En France, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté de 4,1 ans pour les femmes et de 4,6 ans pour les hommes entre 1980 et 2006 pour atteindre respectivement 22,6 ans pour les femmes et 18,2 ans pour les hommes. Selon l'Ined, le principal facteur de la poursuite récente des progrès de l'espérance de vie en France, est la diminution de la mortalité cardio-vasculaire qui s'est accélérée depuis le milieu des années 80. La France occupe le deuxième rang mondial derrière le Japon. L'espérance de vie à 65

ans s'élève au Japon à 18,5 ans pour les hommes et 23,4 ans pour les femmes en 2006. Le Japon a enregistré des gains d'espérance de vie importants au cours de ces dernières années en particulier du fait des progrès dans le traitement des maladies cardiaques et des accidents cardio-vasculaires chez les personnes âgées. A l'opposé, la Hongrie et la Pologne, occupent les dernières places du classement en termes d'espérance de vie à 65 ans pour les hommes comme pour les femmes.

L'écart d'espérance de vie à 65 ans entre hommes et femmes s'est légèrement creusé en faveur des femmes entre 1980 et 2006 dans certains pays (Japon, Espagne, Pologne, Hongrie) mais dans la plupart des pays, les écarts se sont maintenus ou réduits du fait d'une progression plus rapide de l'espérance de vie des hommes (France, Canada, Royaume-Uni, Etats-Unis...).

L'augmentation de l'espérance de vie est la conjugaison de plusieurs facteurs intervenant avant et après l'âge de 65 ans, notamment : l'effet du progrès médical, l'évolution de l'environnement (amélioration de l'accès aux soins de santé, meilleures conditions de vie) et les changements de comportements individuels (comportements en matière d'hygiène et de prévention).

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 7 (1<sup>er</sup> sous-indicateur) :

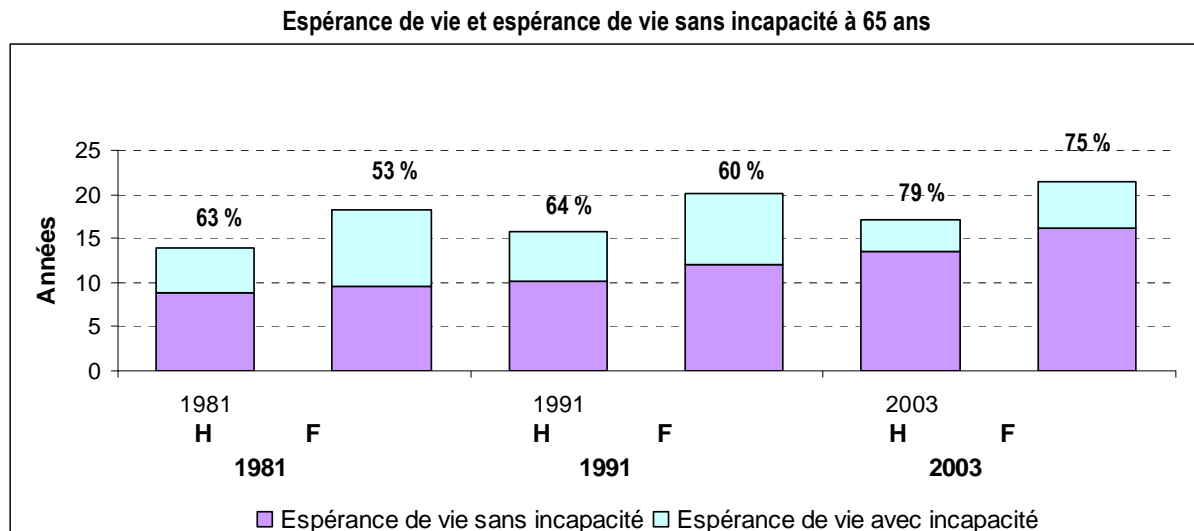
Les données sont issues d'Eco-Santé OCDE. Pour plus de détails sur les analyses pour la France, se reporter au rapport au Ministre en charge des affaires sociales sur la situation démographique, publié chaque année à l'occasion de la discussion du projet de loi de finances (et dans la revue *Population* de l'Ined).

L'espérance de vie à 65 ans mesure pour une année donnée, l'âge moyen des individus d'une génération fictive âgée de 65 ans, qui aurait connu à chaque âge la probabilité de décéder observée l'année considérée. Elle exprime donc le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de 65 ans dans les conditions de mortalité par âge de cette année.

Il peut exister des différences d'espérance de vie selon les pays, de l'ordre d'une année maximum, qui sont liées aux méthodes de calcul de l'espérance de vie propres à chaque pays (OCDE, 2005, « *Panorama de la santé : indicateurs de l'OCDE* »).

**Indicateur n° 7 : Espérance de vie à 65 ans...**

**2<sup>ème</sup> sous-indicateur : sans incapacité, par genre.**



Source : Insee enquêtes sur la santé et les soins médicaux 1980-1981, 1990-1991, 2002-2003.

Lecture : en 1981, l'espérance de vie sans incapacité des hommes à 65 ans était égale à 8,8 ans, soit 63 % de l'espérance de vie totale – avec et sans incapacité – à 65 ans, égale à 13,9 ans.

L'enquête sur la santé et les soins médicaux (ESSM) a permis d'estimer l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), définie par l'absence de handicap ou de gêne dans la vie quotidienne, pour les années 1981, 1991 et 2003.

En 2003, l'espérance de vie (EV) à la naissance a atteint 76 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes. A 65 ans, l'EV était respectivement de 17 ans et 21,5 ans. L'EVSI est, à la naissance, de 69 ans pour les hommes et de 74 ans pour les femmes, soit respectivement 91 % et 89 % de l'espérance de vie totale. A 65 ans, elle atteignait 13,5 ans pour les hommes et 16 ans pour les femmes, soit 79 % et 75 % de l'EV totale. Ces proportions ont très fortement progressé par rapport à celles constatées au début des années 1980 : à l'âge de 65 ans, le nombre d'années de vie espérées sans incapacité gagnées croît plus vite que le nombre moyen d'années de vie gagnées total.

Si les gains d'EVSI étaient déjà notables sur la première période de référence considérée (1981-1991), ils se sont accélérés sur la décennie suivante (1991-2003). En effet, à 65 ans, les gains d'EVSI ont atteint 3,4 et 4,1 ans respectivement pour les hommes et pour les femmes sur la période récente, soit +2,5 % par an en moyenne, alors que ces gains annuels n'atteignaient que 0,9 % par an pour les hommes et 0,8 % par an pour les femmes sur la décennie précédente.

Il est à noter que l'on observe également une accélération des gains d'espérance de vie sans incapacité à d'autres âges (à la naissance, à l'âge de 20 ans) entre ces deux périodes, même si les taux de croissance moyens annuels de l'EVSI constatés à ces plus jeunes âges sont moindres. Ainsi, à la naissance, trois années d'EVSI ont été gagnées par les hommes entre 1981 et 1991 contre cinq et demie ans entre 1991 et 2003.

Toutefois, l'accroissement de l'EVSI est probablement surestimé par l'enquête 2002-2003, une partie de la chute des taux de prévalence d'incapacités qui apparaît sur la période pouvant s'expliquer par des changements de protocole de l'enquête ESSM. Des estimations complémentaires d'EVSI à partir d'autres définitions de l'incapacité (difficulté sévère à se déplacer, difficulté à faire sa toilette, gêne liée à une maladie ou un handicap,

limitation fonctionnelle...) et en mobilisant d'autres sources de données (enquête Handicap Incapacité et Dépendance, enquête Santé et Protection Sociale) ont permis de compléter l'analyse précédente. Ces estimations réalisées par la Drees confirment que l'EVSI a bien continué d'augmenter en France au cours de la dernière décennie, mais sans doute avec une ampleur moindre que celle indiquée par les estimations brutes réalisées à partir des données de l'enquête sur la santé et sur les soins médicaux de 2002-2003. Au final, les résultats des études permettent de rejeter sans ambiguïté l'hypothèse d'un accroissement des incapacités sévères en France.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 7 (2<sup>ème</sup> sous-indicateur) :

L'enquête santé et soins médicaux a eu lieu en 2002-2003. Jusqu'alors, cette enquête était décennale et la précédente enquête s'était ainsi déroulée en 1991-1992. L'enquête devenant désormais quinquennale, le calcul de l'EVSI pourra être actualisé tous les cinq ans.

L'EVSI représente la durée moyenne qu'on peut espérer vivre sans incapacité au sein de l'espérance de vie totale, en supposant que les conditions sanitaires du moment se maintiennent. L'enquête sur la santé et les soins médicaux est, comme la plupart des enquêtes socio-économiques, limitée à la population des ménages dits ordinaires (c'est-à-dire non compris les personnes résidant en institutions et structures d'hébergement collectif). La prise en compte de la population des institutions dans le décompte des années de vie avec et sans incapacité est pourtant primordiale pour estimer correctement l'EVSI. En effet, les résidents des institutions, dont la proportion augmente fortement aux âges élevés, ont généralement un état de santé fonctionnel dégradé. La méthode retenue ici consiste à traiter toutes les années vécues en institution comme des années d'incapacité.

Pour plus de détails sur les données et principaux commentaires de cette fiche, se reporter à la publication suivante : « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter » E. Cambois, A. Clavel, J.M. Robine, Dossier Solidarité et Santé n°2 – Drees, 2006.