



Démographie et état de santé des personnes âgées

En France, 15 millions de personnes sont âgées de plus de 60 ans. Avec l'allongement de l'espérance de vie, faire en sorte que les années de vie gagnées soient le plus longtemps possible sans incapacité est un enjeu de santé publique.

L'espérance de vie, la mortalité prématurée et les espérances de vie sans incapacité

**Emmanuelle
Cambois
Aïda Solé-Auró
Jean-Marie Robine**
Institut national
d'études
démographiques

La France fait partie des pays où la mortalité est la plus faible au monde et connaît même les taux de mortalité les plus bas pour les femmes ; seul le Japon présente actuellement une espérance de vie (EV) à la naissance plus grande (si on ignore les villes-État comme Monaco). La France a connu une augmentation régulière et considérable de son espérance de vie à tous les âges, en particulier pour les femmes, quand d'autres pays connaissaient des périodes de ralentissement ou d'arrêt de cette progression dans les années 1970 et 1980. En termes de croissance de l'espérance de vie, la France se situe juste derrière le Japon. Les courbes de la distribution des décès par âges illustrent les mécanismes d'évolution (encadré page 13) : si les décès autour de la naissance étaient très fréquents au XIX^e siècle, ils ont massivement diminué pour atteindre une fréquence faible à partir du milieu du XX^e siècle. Les gains d'espérance de vie s'observent dorénavant aux âges élevés. L'âge auquel le plus grand nombre de décès d'adultes survient s'est élevé et atteint près de 90 ans aujourd'hui pour les femmes, avec peu de décès avant 40 ans.

Les données de population recueillies par Eurostat

auprès des pays permettent de comparer les situations des pays¹. En 2011, les femmes de 50 ans résidant en France ont l'espérance de vie la plus élevée d'Europe², suivie par l'Espagne, la Suisse, l'Autriche et la Finlande (figure 1) ; les espérances de vie à 50 ans des 5 pays du peloton de tête vont d'environ 35 ans à 37 ans. Pour les hommes, la France, le Royaume-Uni et l'Espagne avec une espérance de vie de 31,2 ans se situent derrière la Suisse dont l'espérance de vie masculine à 50 ans est de 32,2 ans, puis la Suède et Chypre. L'écart avec les espérances de vie les plus basses de l'Union européenne, celles de la Lituanie et de la Bulgarie, est de 9 ans pour les hommes et de 7 ans pour les femmes.

Les espérances de vie sont des moyennes qui

1. Les données de mortalité proviennent de la base de données interactive EurOhex et s'appuient sur les données de population recueillies et publiées par Eurostat. Les espérances de vie ont été calculées avec la méthode « Eurostat » qui diffère d'autres méthodes. (lire http://maryland.mri.cnrs.fr/ehleis/IS/application/PDF/Sullivan_guide_final_jun2007.pdf).

2. Les données de l'Italie et de la Belgique pour 2011 n'étaient pas encore disponibles au moment de notre étude. L'espérance de vie de l'Italie est généralement proche de la France et de l'Espagne, celle de la Belgique est proche de l'Allemagne et de l'Irlande.


Mortalité prématurée, années potentielles de vie perdues et espérance de vie partielle entre deux âges

Autrefois les décès survenaient à tous les âges de la vie avec un premier pic à la naissance suivi d'un second vers 70 ans. Avec le reflux de la mortalité infantile, le premier pic s'est effacé au profit du second, connu comme l'âge modal des décès des adultes, autour duquel se concentre la majorité des décès. Mais le reflux du premier pic a aussi fait apparaître une sorte de « plateau » entre 20 et 50 ans identifiés dès la fin du XIX^e siècle comme des décès prématurés, alors souvent accidentels et associés pour les femmes à la mortalité en couche. Progressivement la mortalité prématurée est apparue aussi liée aux expositions et pratiques à risque ainsi qu'à des problèmes d'accès à la prévention et aux soins. Les décès prématurés peuvent être

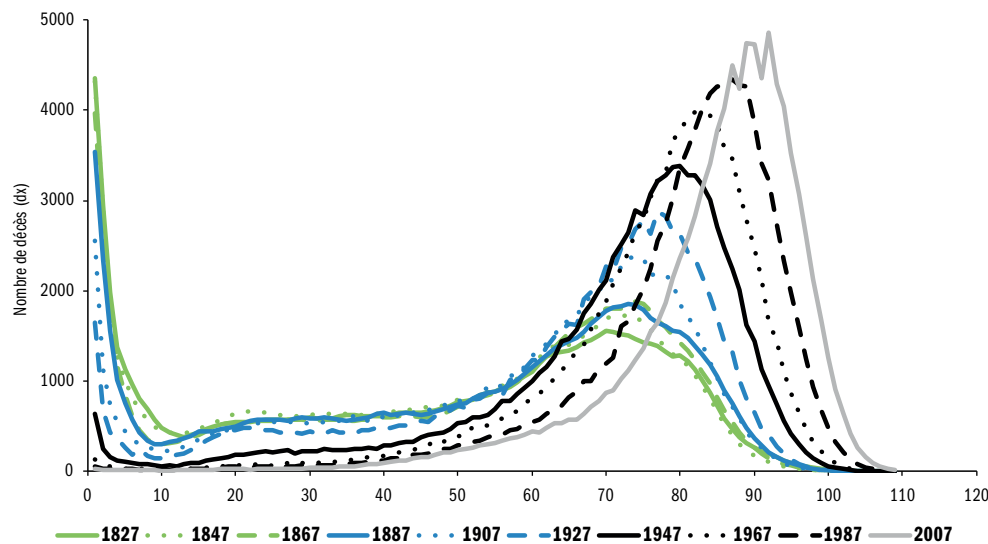
classés en décès évitables, grâce à la cause indiquée sur les certificats de décès, lorsqu'ils résultent de comportements modifiables ou qu'ils auraient dû être évités compte tenu des connaissances médicales actuelles.

C'est dans ce contexte qu'il a été proposé de compter les années potentielles de vie perdues (APVP) par décès prématurés. À l'origine, les APVP sont la somme des années séparant l'âge des décès de l'âge de référence, initialement 65 ans. Avec le glissement vers des âges toujours plus élevés de la distribution des décès, illustré dans la figure, l'âge de référence pour définir un décès prématuré a augmenté au fil du temps, passant de 60 à 65 puis 70 ans. À ce titre, le rapport du Haut Conseil de la santé publique de 2013 suggérerait de fixer l'âge de référence à 75 ans [39],

alors qu'en France en 2011, 67 % des décès sont survenus après cet âge. On pourrait aussi envisager des âges différents pour les hommes et les femmes ; dans certaines études, des âges différents sont mobilisés selon les causes de décès étudiées.

La mortalité prématurée peut aussi être mesurée par les espérances de vie partielles ; c'est le nombre moyen d'années que l'on peut espérer vivre entre deux âges (50 et 75 ans) compte tenu des conditions du moment. Ces indicateurs s'adaptent aux tranches d'âge d'intérêt selon les objectifs d'une étude et ils permettent aussi d'apprécier la marge de progression pour une population ou pour des groupes de population par rapport au nombre maximum d'années à vivre dans cette tranche d'âge (ici 25 années). 

Distribution des décès par âge dans les conditions de mortalité qu'a connues la France, de 20 ans en 20 ans, depuis 1827 - sexe féminin



masquent des situations contrastées, par exemple lorsqu'on se concentre sur des groupes d'âge particuliers. Aux âges élevés, l'espérance de vie rend compte de la longévité et des dynamiques du vieillissement. De ce point de vue, les Français présentent une situation très favorable, avec une espérance de vie à 75 ans de plus de 12,2 ans pour les hommes et de 15,5 ans pour les

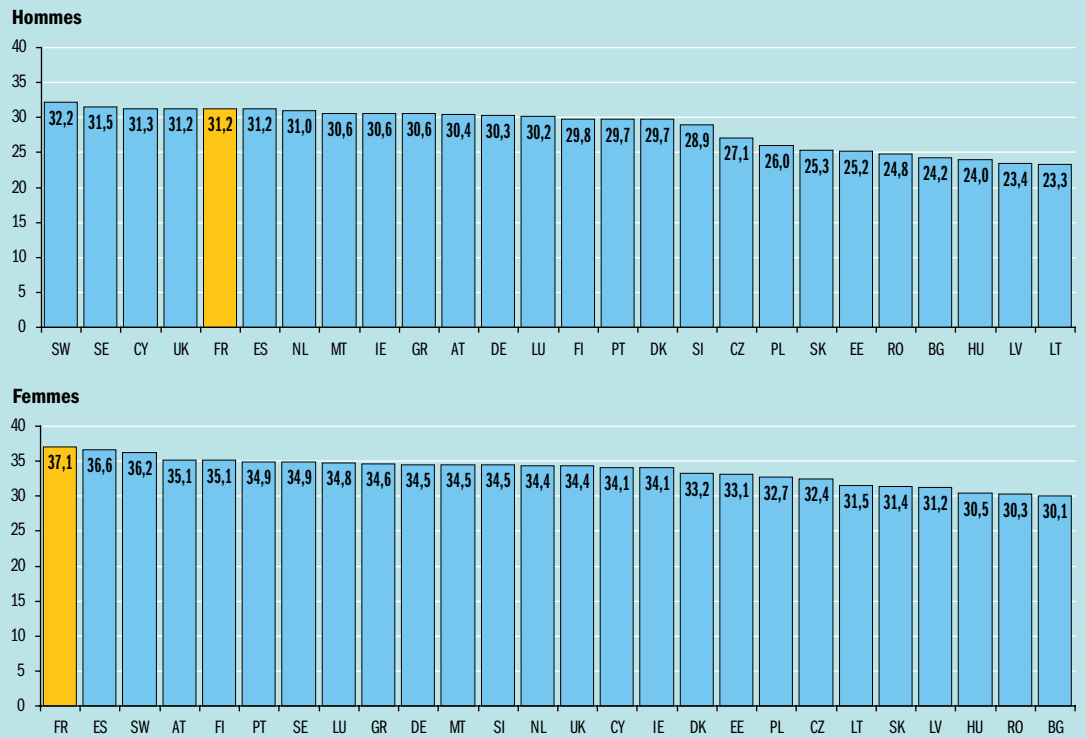
femmes (figure 2). La Suisse et l'Espagne suivent, avec aussi le Royaume-Uni et la Grèce pour les hommes, et l'Autriche et la Finlande pour les femmes.

Mais avant 75 ans, la situation n'est pas si favorable à la France. Cette mortalité, dite prématurée, met en lumière des dynamiques touchant à des problèmes de santé spécifiques, dans un contexte où la majorité des



figure 1

Espérances de vie à 50 ans en 2011 pour 25 pays* de l'Union européenne et la Suisse



* Données de population indisponibles pour l'Italie et la Belgique pour 2011.

Autriche (AT), Bulgarie (BU), Chypre (CY), République tchèque (CZ), Danemark (DK), Estonie (EE), Finlande (FI), France (FR), Allemagne (DE), Grèce (GR), Hongrie (HU), Irlande (IE), Lettonie (LV), Lituanie (LT), Luxembourg (LU), Malte (MT), Pays-Bas (NL), Pologne (PL), Portugal (PT), Roumanie (RO), Slovaquie (SK), Slovénie (SL), Espagne (ES), Suède (SE), Suisse (SW), Royaume-Uni (UK).

Source : EurOhex Information System. Estimations à partir des données de population fournies par Eurostat, (<http://www.eurohex.eu>).

décès survient aux âges élevés (encadré page 13). Il s'agit notamment des risques de santé liés à des expositions (professionnelles ou autre) et pratiques délétères ainsi qu'aux ressources individuelles et collectives disponibles pour les gérer (prévention, soins, protection sociale) [39]. Il est notoire que les hommes français font face à des niveaux élevés de mortalité prématurée, représentée ici par les espérances de vie partielles entre 50 et 75 ans ; de ce point de vue, la France perd en effet nettement l'avantage qu'elle a en matière de longévité (figure 3). Les Françaises quittent, de justesse, le groupe de tête et les Français descendent au milieu de la distribution des 26 pays considérés. Comme la France, l'Espagne, le Royaume-Uni et la Grèce pour les hommes sont moins bien situés en termes de mortalité prématurée qu'en termes de longévité. Au contraire, les femmes chypriotes ont la plus grande espérance de vie partielle mais leur espérance de vie à 75 ans se trouve plus bas dans la distribution. La position des pays est similaire pour les hommes et les femmes en termes d'espérance de vie à 75 ans ; ce n'est pas le cas pour

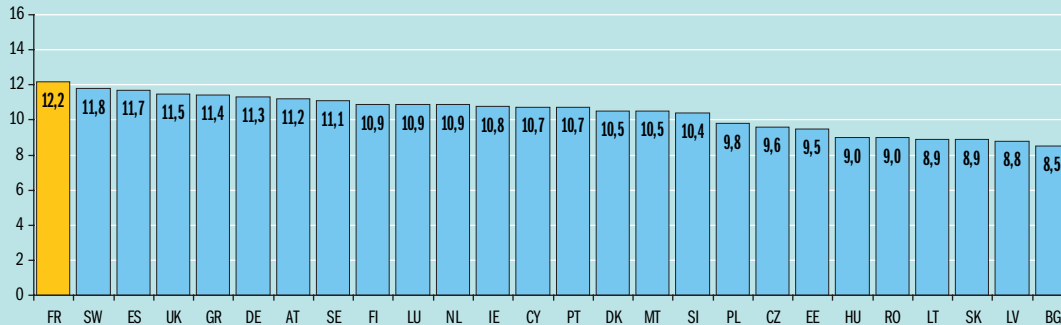
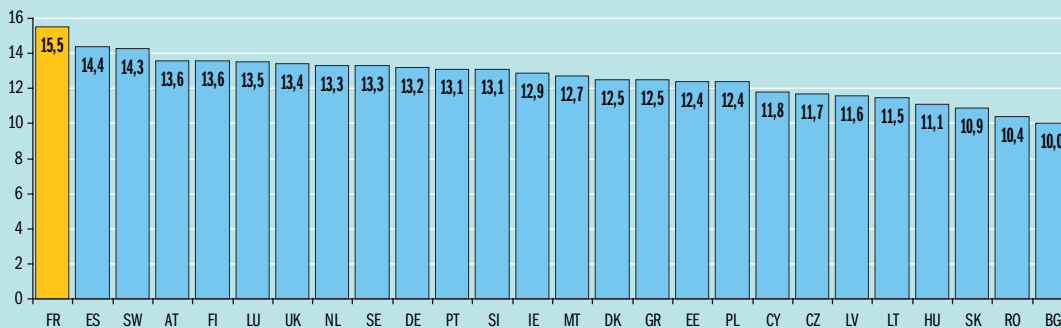
l'espérance de vie partielle. Les hommes se trouvent généralement dans une position relative plus mauvaise que les femmes, excepté en Irlande, au Royaume-Uni, en Suède, au Danemark et aux Pays-Bas où l'espérance de vie partielle des femmes se situe plus bas dans la distribution que celle des hommes.

Le vieillissement de la population

La conséquence de ces évolutions différentielles de l'espérance de vie est un vieillissement différent de la population. Celui-ci dépend de l'évolution de l'espérance de vie aux grands âges mais aussi de l'évolution des effectifs de naissance et de ceux des générations successives passant progressivement parmi les plus âgés. La figure 4 montre l'évolution de la part des plus âgés dans les populations européennes en 10 ans. En France, la part des plus de 75 ans est parmi les plus élevées ; elle est passée d'environ 7 % en 2001 à près de 9 % en 2011. La part des plus de 65 ans n'a que peu évolué relativement à d'autres pays et elle reste dans la moyenne. En Allemagne, les groupes âgés

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 52.

figure 2

Espérances de vie à 75 ans en 2011 pour 25 pays* de l'Union européenne et la Suisse
Hommes

Femmes


* Données de population indisponibles pour l'Italie et la Belgique pour 2011.

Autriche (AT), Bulgarie (BU), Chypre (CY), République tchèque (CZ), Danemark (DK), Estonie (EE), Finlande (FI), France (FR), Allemagne (DE), Grèce (GR), Hongrie (HU), Irlande (IE), Lettonie (LV), Lituanie (LT), Luxembourg (LU), Malte (MT), Pays-Bas (NL), Pologne (PL), Portugal (PT), Roumanie (RO), Slovaquie (SK), Slovénie (SL), Espagne (ES), Suède (SE), Suisse (SW), Royaume-Uni (UK).

Source : EurOhex Information System. Estimations à partir des données de population fournies par Eurostat (<http://www.eurohex.eu>).

représentent une part très importante de la population en 2011, alors que son espérance de vie est élevée et que les jeunes générations, moins nombreuses, compensent moins qu'ailleurs les effectifs des plus âgés. L'Irlande présente des proportions stables et parmi les plus basses des plus âgés.

Les effectifs de personnes atteignant les très grands âges augmentent : le dernier recensement de la population française estime à plus de 17 000 le nombre de centenaires, nombre qui double environ tous les 10 ans. On s'interroge alors sur les répercussions en matière de santé. Les avancées sanitaires, médicales et sociales ont réduit certains risques de santé et les risques de décès. Mais de ce fait, davantage de personnes atteignent les âges élevés « à risques » ; par ailleurs, les progrès ont aussi augmenté les chances de survie en présence de maladies dont certaines sont potentiellement invalidantes, pouvant générer des situations d'incapacité voire de dépendance. Dans ce contexte, les indicateurs d'espérance de santé permettent d'apprécier les dynamiques d'évolution de la mortalité et des états de santé.

Une espérance de vie élevée en France mais dans quel état de santé ?

Les espérances de santé résument le nombre moyen d'années vécues en bonne et en mauvaise santé au sein de l'espérance de vie. Ces indicateurs combinent les données de survie et de santé appréhendée à travers ses différentes dimensions, notamment fonctionnelles (les incapacités). Les espérances de vie sans incapacité peuvent être calculées à partir de données portant sur différents indicateurs tels que les limitations fonctionnelles (difficultés à marcher, entendre, etc.), les restrictions ou limitations d'activité (activités domestiques, soin personnel, etc.), ou encore la dépendance (avoir besoin de l'aide de quelqu'un pour les activités élémentaires du quotidien).

Les données de l'enquête française Handicap-santé de 2008, ont permis de mesurer une batterie d'espérances de vie sans incapacité [12]. Les troubles fonctionnels physiques et sensoriels sont assez courants aux âges élevés, et à 50 ans on estime que plus de la moitié des années d'espérance de vie sont vécues avec ce



figure 3

Espérances de vie partielles entre 50 et 75 ans en 2011 pour 25 pays* de l'Union européenne et la Suisse



* Données de population indisponibles pour l'Italie et la Belgique pour 2011.
 Autriche (AT), Bulgarie (BU), Chypre (CY), République tchèque (CZ), Danemark (DK), Estonie (EE), Finlande (FI), France (FR), Allemagne (DE), Grèce (GR), Hongrie (HU), Irlande (IE), Lettonie (LV), Lituanie (LT), Luxembourg (LU), Malte (MT), Pays-Bas (NL), Pologne (PL), Portugal (PT), Roumanie (RO), Slovaquie (SK), Slovénie (SL), Espagne (ES), Suède (SE), Suisse (SW), Royaume-Uni (UK).
 Source : EurOhex Information System. Estimations à partir des données de population fournies par Eurostat pour 2011 (<http://www.eurohex.eu>).

figure 4

Part de la population âgée de 65 ans et plus et de 75 ans et plus en 2001 et 2011 pour 25 pays* de l'Union européenne et la Suisse



* Données de population indisponibles pour l'Italie et la Belgique pour 2011.
 Autriche (AT), Bulgarie (BU), Chypre (CY), République tchèque (CZ), Danemark (DK), Estonie (EE), Finlande (FI), France (FR), Allemagne (DE), Grèce (GR), Hongrie (HU), Irlande (IE), Lettonie (LV), Lituanie (LT), Luxembourg (LU), Malte (MT), Pays-Bas (NL), Pologne (PL), Portugal (PT), Roumanie (RO), Slovaquie (SK), Slovénie (SL), Espagne (ES), Suède (SE), Suisse (SW), Royaume-Uni (UK).
 Source : EurOhex Information System, Estimations à partir des données de population fournies par Eurostat pour 2001 et 2011 (<http://www.eurohex.eu>).

Ressenti des personnes âgées sur leur état de santé

Analyse du Baromètre santé 2010

Permettre à la majorité d'entre nous de vivre plus longtemps et en bonne santé est un objectif majeur de santé publique qui se concrétise dans le plan « Bien vieillir ». Les Baromètres santé de l'Inpes permettent d'étudier les connaissances, attitudes et comportements des Français en matière de santé. Plus de 9 000 personnes âgées de plus de 55 ans ont répondu à l'enquête menée en 2010. L'ouvrage tiré de cette étude aborde six grandes thématiques : le niveau d'information en santé et les craintes ressenties, la santé mentale, les pratiques addictives, les accidents, la consommation de soins, ainsi que l'alimentation et l'activité physique. Les résultats sont notamment déclinés par genre et par âge, mais aussi en termes d'inégalités sociales de santé [43]. En effet, comme aux autres périodes de la vie, le statut social et économique, le genre, le lieu ou le milieu de vie, sont autant de critères à prendre en compte dans la manière d'avancer en âge [50]. Mieux connaître le ressenti et les comportements des personnes âgées permet de mieux cibler l'information et, plus globalement, d'accompagner ces années de vie supplémentaires et de faire en sorte qu'elles soient le plus longtemps possible sans incapacité, et si possible, heureuses.

Parmi les personnes âgées de 55 à 75 ans, 83 % déclarent être en excellente, en très bonne ou en bonne santé et seulement 17 % perçoivent leur santé comme médiocre ou mauvaise. Les plus jeunes de 15 à 54 ans se déclarent en meilleure santé que leurs aînés (93 % se déclarent au moins en bonne santé). Des inégalités sociales se dessinent parmi la population interrogée : une catégorie socioprofessionnelle ou un niveau d'éducation moins élevé, une mauvaise situation financière ou encore une faible participation sociale sont autant de facteurs ayant une influence négative sur la perception de sa santé. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles et psychiques apparaissent logiquement comme de puissants freins à un bon ressenti de son état de santé chez les aînés. Une personne sur cinq déclare ainsi avoir récemment vécu un trouble psychique, que ce soit un sentiment de détresse psychologique, un épisode dépressif caractérisé ou des pensées suicidaires.

Les seniors reçoivent fréquemment de l'information sur la santé et sur la prévention, de sorte qu'une large majorité d'entre eux se déclare bien informée sur l'ensemble des maladies ou des risques proposés dans le Baromètre santé 2010 ; hormis pour le sida et le tabac, ils se déclarent

mieux informés que les 15-54 ans. Seuls le cancer et les risques de santé liés à l'environnement ont un niveau d'information plus élevé chez les personnes ayant une perception positive de leur santé. Sinon, quel que soit son ressenti, le sentiment d'information s'avère comparable chez les personnes de plus de 55 ans. En revanche, l'ensemble des risques ou maladies proposés génère plus de craintes chez les personnes ayant une santé médiocre ou mauvaise.

Dans leur ensemble, les seniors portent une appréciation plutôt positive sur leur santé. Ces résultats apparaissent sur certains points encourageants mais restent très inégaux. Les attentes des personnes âgées évoluent et l'information diffusée apporte des éléments de réponses mais peut être génératrice de craintes. Le niveau d'éducation, la situation financière ou encore la participation sociale sont des éléments qui influencent les problèmes et les comportements des personnes âgées mais aussi la perception de leur santé. Le fait de percevoir sa santé comme mauvaise ou médiocre amplifie ces facteurs et les craintes ressenties. 📌

**François Beck
Christophe Léon**
Département
Enquêtes
et Analyses
statistiques,
Institut national
de prévention et
d'éducation pour
la santé (Inpes)

type de problèmes (54 % de l'espérance de vie des Français et 62 % de celle des Françaises). Une partie de ces troubles est source de gênes dans les activités et de ce fait, une partie des années de vie sont vécues avec des *limitations d'activité de long terme* (40 % et 50 % des espérances de vie à 50 ans masculine et féminine), voire avec des *gênes ou un besoin d'aide pour les activités de soin personnel* (10 % et 15 % des espérances de vie à 50 ans masculine et féminine). On constate que si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles passent aussi plus d'années avec des incapacités. Les estimations françaises issues d'une enquête plus ancienne indiquaient par ailleurs de larges inégalités sociales dans les chances de survie en bonne santé. Les ouvriers et ouvrières vivent non seulement moins longtemps que les cadres, mais ils passent plus temps avec des incapacités, aux âges élevés comme dans les âges de fin de carrière [12].

En termes d'évolutions, les années de vie gagnées aux âges élevés restent des années sans incapacité sévère (telles que les situations de dépendance) ; même si les formes communes de gênes fonctionnelles et de limitations d'activités en général occupent une part croissante de l'espérance de vie. Mais on voit aussi émerger en France une tendance nouvelle d'expansion de certaines formes de restrictions d'activité dans le groupe d'âge des 50-65 ans au début des années 2000, en particulier pour les femmes [12].

L'espérance de vie sans limitation d'activité dans l'Union européenne et la Suisse

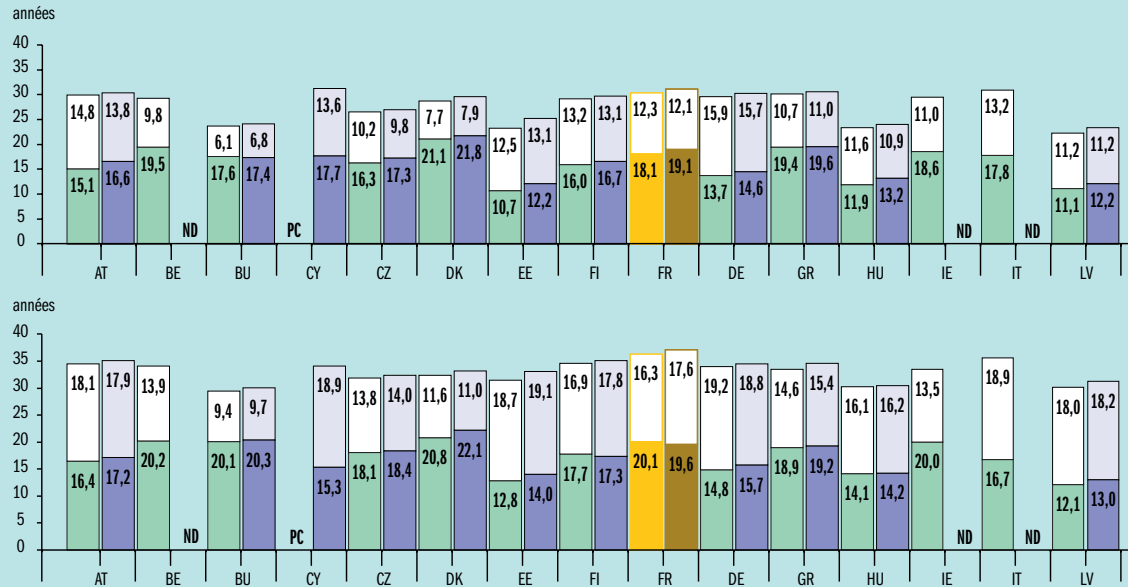
À l'échelle européenne, l'espérance de vie *sans limitation d'activité de long terme* produite annuellement par Eurostat sous le nom des « années de vie en bonne santé » permet de suivre les évolutions entre 2008 et 2011. La comparaison directe des pays pour une année

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 52.



figure 5

Espérances de vie avec et sans limitation d'activité, pour les hommes et les femmes à 50 ans, 2008 et/ou 2011 pour 27 pays* de l'Union européenne et la Suisse



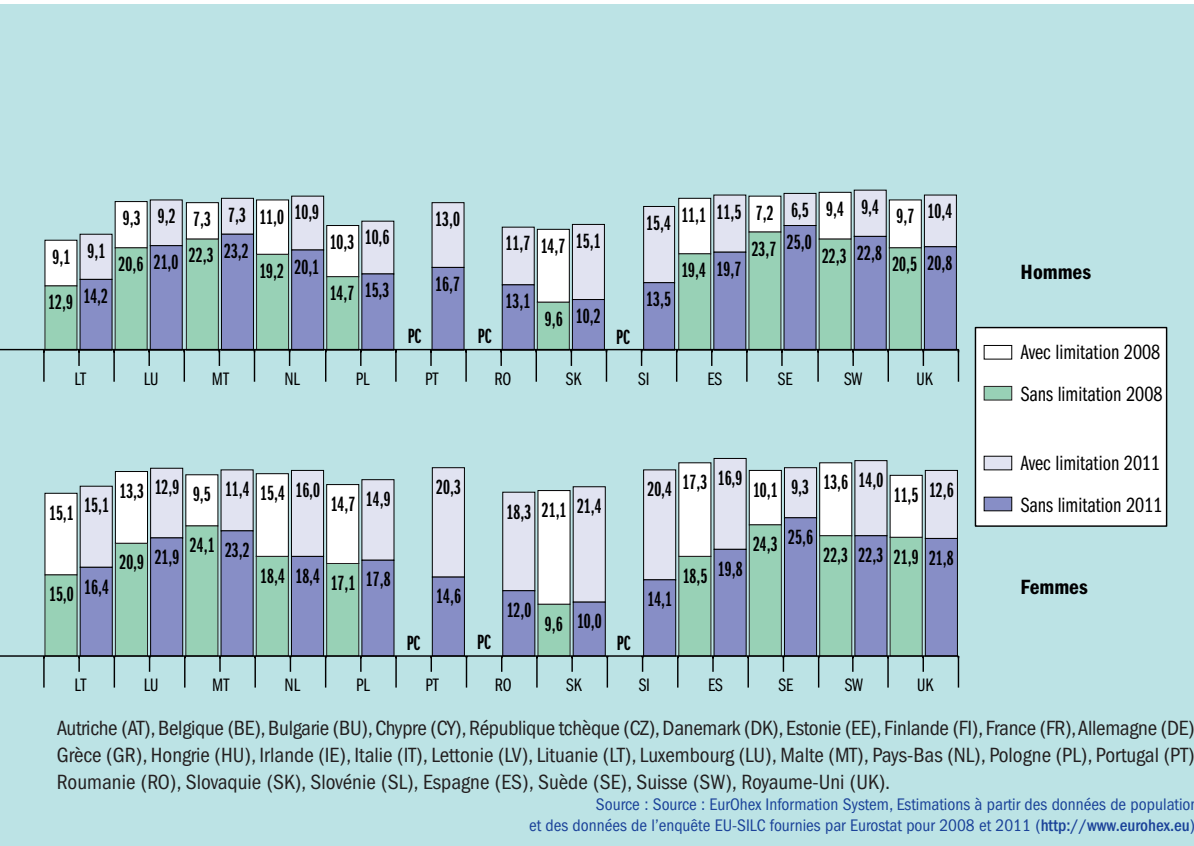
* Données de population indisponibles pour l'Italie et la Belgique pour 2011; données issues de EU-SILC pour l'Irlande non disponibles pour 2011. ND=données non disponibles; PC=problèmes de comparabilité du fait d'un changement dans les protocoles et/ou questions dans l'enquête entre 2008 et 2011.

donnée reste délicate du fait, d'une part, de l'application des protocoles d'enquête qui peut varier d'un pays à l'autre et, d'autre part, de différences culturelles dans la perception des limitations liées à la santé et donc de leur déclaration. En dépit de ces différences résiduelles, la surveillance de ces indicateurs au niveau européen reste importante (encadré page 19). Même si les séries manquent encore de recul et si certaines ne sont pas encore stabilisées (Eurostat signale des modifications entre 2008 et 2011 dans les séries de Chypre, la Roumanie, la Slovaquie et le Portugal), l'analyse des évolutions apporte une information intéressante sur les tendances qui se dessinent.

Globalement, ces limitations d'activité sont assez fréquemment déclarées au-delà de 50 ans en Europe, comme on l'a constaté avec les données de l'enquête française Handicap-santé; les années de vie avec ce type de limitations occupent une bonne partie de l'espérance de vie à 50 ans dans la plupart des pays [51]. La figure 5 présente les estimations de l'espérance de vie avec et sans limitation d'activité pour 2008 et pour 2011 (période pour laquelle les enquêtes EU-SILC nationales ont été stabilisées dans la plupart des pays). Les évolutions entre ces deux dates ont été généralement modestes (et peu significatives d'un point de

vue statistique). En explorant plus finement les quatre mesures disponibles entre 2008 et 2011, on constate quelques tendances qu'il restera à confirmer avec les prochaines estimations. Pour certains pays, on observe une tendance à la baisse de la part des années sans limitation d'activité dans l'espérance de vie à 50 ans : cela concerne les femmes à Malte et en Finlande, ainsi qu'en France (avec une baisse au début de la période puis une stagnation). On repère une tendance plutôt à la hausse de la part des années de vie sans incapacité en Allemagne, en Suède, en Lituanie en début de période, ainsi qu'en Espagne pour les femmes en fin de période et en Hongrie, en République tchèque et en Lettonie pour les hommes. Ailleurs, la part de vie sans incapacité apparaît stable ou semble fluctuer d'une année sur l'autre sans grande tendance.

Si la tendance générale est plutôt positive ou stable ces dernières années, pour quelques pays on perçoit des signes d'expansion de la part des années d'incapacité chez les femmes. Ces résultats font écho à la tendance concernant le groupe d'âge des 50-65 ans dans les autres calculs français. Comment l'expliquer? Les personnes mieux informées seraient-elles plus enclines à repérer et donc à déclarer des problèmes de santé qu'avant? Ont-elles été exposées à des risques



spécifiques de santé, liés à leurs pratiques et conditions de vie ou de travail ? Quels qu'en soient les ressorts, et même si ces incapacités déclarées ne sont pas toutes des situations sévères, cette tendance doit retenir l'attention. Dans un contexte où l'on promeut un vieillissement actif [36], elle souligne la nécessité de

suivre et d'expliquer la progression de ces estimations. Il s'agit en effet d'anticiper les besoins en matière de prévention, de soins et de prise en charge associés à ces situations d'incapacité, pour maintenir les chances de participation sociale et réduire les différences entre pays et entre groupes de populations. 🧠

Comparaison des espérances de vie européennes

Jusqu'en 2007, dans le cadre d'EU-SILC (Statistics on Income and living condition), les instituts nationaux de statistiques avaient la responsabilité de formuler les questions de l'enquête SILC, pour leur pays, en suivant les règles habituelles de la statistique européenne. En 2008, les traductions des pays ont été révisées sur la base d'un protocole scientifique. Une évaluation réalisée par Eurostat en 2012 a montré que seul un tout petit nombre de pays n'a pas encore les bonnes formulations

[A05]. Au-delà de cet effort unique de standardisation des questions santé d'EU-SILC, il reste que des différences culturelles dans la perception de la santé et la compréhension des questions peuvent contribuer à expliquer les différences constatées entre les États européens. De ce fait, les comparaisons directes des valeurs des espérances de santé seront toujours délicates dans la mesure où elles sont partiellement liées à des différences de perception non mesurables. Toutefois, au sein de chaque pays,

la mauvaise santé déclarée par ces différents indicateurs est corrélée à des indicateurs plus objectifs tels que la consommation de soins ou les risques de mortalité. Ainsi, en dépit des difficultés de comparaison directe des valeurs obtenues, l'analyse de ces indicateurs à travers l'Union européenne reste éclairante, d'autant plus que ces difficultés de comparaison ne concernent pas les tendances qui s'observent au sein de chaque pays. 🧠