
Dossier



Avertissement

Les données chiffrées sont parfois arrondies, en général au plus près de leurs valeurs réelles. Le résultat arrondi d'une combinaison de chiffres (qui fait intervenir leurs valeurs réelles) peut être légèrement différent de celui que donnerait la combinaison de leurs valeurs arrondies.

Sauf mention contraire, les comparaisons internationales contenues dans cet ouvrage s'appuient sur des données harmonisées publiées par Eurostat. Elles peuvent différer des données nationales diffusées par les instituts nationaux de statistique. Sur le site d'Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat/>), les chiffres essentiels pour les comparaisons internationales sont actualisés régulièrement. Aussi, la date d'extraction des données est en général mentionnée sous les figures. Par défaut, les données utilisées concernent les pays de l'Union européenne à 28 dans ses frontières de 2013 à 2018. Dans l'ouvrage, ce périmètre est désigné par UE. Quand le périmètre retenu est différent, le champ est précisé sous les figures.

Les fiches de l'ouvrage font référence aux régions géographiques définies par la division de la Statistique des Nations unies (<https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/>). Les pays du nord de l'Union européenne regroupent le Danemark, l'Estonie, la Finlande, l'Irlande, la Lettonie, la Lituanie, le Royaume-Uni et la Suède. Les pays de l'est de l'UE désignent la Bulgarie, la Hongrie, la Pologne, la République tchèque, la Roumanie et la Slovaquie. Les pays du sud de l'UE réunissent, quant à eux, la Croatie, l'Espagne, la Grèce, l'Italie, Malte, le Portugal et la Slovénie, auxquels s'ajoute Chypre. Enfin, les pays de l'ouest de l'UE rassemblent l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la France, le Luxembourg et les Pays-Bas.

Signes conventionnels utilisés

...	Résultat non disponible
///	Absence de résultat due à la nature des choses
e	Estimation
p	Résultat provisoire
n.c.a.	Non classé ailleurs
n.s.	Résultat non significatif
€	Euro
k	Millier
M	Million
Md	Milliard
Réf.	Référence

Santé et vieillissement : un regard comparé sur la situation des femmes et des hommes en France et en Europe

Muriel Moisy*

Avec une espérance de vie féminine qui atteint 85,3 ans en 2016, la longévité des femmes en France est l'une des plus élevées d'Europe. Le constat est différent pour les hommes : six années séparent l'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes (79,3 ans) en France et ce désavantage masculin y est plus marqué que dans d'autres pays d'Europe. Vingt ans auparavant, cet indicateur atteignait 82,3 ans pour les femmes et 74,2 ans pour les hommes, soit un écart entre les femmes et les hommes encore plus prononcé. Ce désavantage masculin persistant interroge sur les principales causes masculines de décès prématurés que sont les tumeurs, les maladies cardiovasculaires et les accidents. Ces causes de décès doivent être examinées au regard des comportements et facteurs de risque tels que la consommation de tabac et d'alcool et, dans une moindre mesure en France, la prévalence du surpoids et de l'obésité. L'allongement de la durée de vie conduit à observer l'évolution de l'état de santé des personnes de plus de 65 ans, l'avancée en âge pouvant être source d'incapacités modérées ou sévères. En France, en 2016, une femme de 65 ans peut espérer vivre en moyenne 10,5 ans sans incapacité et 12,8 ans avec des limitations fonctionnelles légères ou sévères, contre respectivement 9,4 ans et 9,9 ans pour un homme. La France occupe une position intermédiaire parmi les pays européens. Longtemps conjugué uniquement au féminin, l'enjeu du vieillissement avec incapacités concerne aujourd'hui aussi les hommes.

En 2016, en France, l'espérance de vie à la naissance des femmes est de 85,3 ans et celle des hommes de 79,3 ans¹. En Europe, d'après les dernières données publiées par Eurostat pour l'année 2016, elle atteint 83,6 ans pour les femmes et 78,2 ans pour les hommes avec une amplitude assez forte entre les pays, notamment chez les hommes pour lesquels elle varie de 69,5 ans en Lituanie à 81,0 ans en Italie, soit près de douze années d'écart. Cependant, ce sont surtout les inégalités entre les sexes qui sont marquantes, principalement en France où six années séparent les espérances de vie masculine et féminine. C'est un écart supérieur à la moyenne européenne (5,4 ans), mais nettement inférieur aux écarts observés dans les États baltes (10,7 ans en Lituanie, 9,8 ans en Lettonie et 8,9 ans en Estonie). En moyenne, les différences d'espérance de vie entre les sexes sont plus faibles (inférieures à 5 ans) dans les pays où les espérances de vie sont élevées (Royaume-Uni, Danemark, Italie, Irlande, Pays-Bas) et à l'inverse, plus élevées dans les pays ayant des espérances de vie à la naissance inférieures à la moyenne européenne (États baltes, Bulgarie, Pologne, Hongrie) (*figure 1*). Dans ce panorama, la France fait un peu figure d'exception en conjuguant à la fois des espérances de vie et des écarts femmes-hommes supérieurs à la moyenne européenne.

Au cours des vingt dernières années, la tendance est à l'allongement de la durée de vie dans tous les pays d'Europe, pour les femmes comme pour les hommes, les gains d'années de vie étant néanmoins plus importants pour les hommes. Ainsi, entre 1996 et 2016, l'espérance

* Muriel Moisy, Drees.

1. D'après les dernières estimations de population pour 2017, l'espérance de vie à la naissance s'élève en France à 85,3 ans pour les femmes et 79,5 ans pour les hommes. Elle est stable pour les femmes et en hausse pour les hommes [Moisy, 2018].

1. Espérance de vie à la naissance par sexe en 1996 et 2016

en années

	1996			2016		
	Femmes	Hommes	Écarts F/H	Femmes	Hommes	Écarts F/H
Allemagne	80,1	73,6	6,5	83,5	78,6	4,9
Autriche	80,2	73,7	6,5	84,1	79,3	4,8
Belgique	80,7	73,9	6,8	84,0	79,0	5,0
Bulgarie	74,5	67,4	7,1	78,5	71,3	7,2
Chypre	80,0	75,3	4,7	84,9	80,5	4,4
Croatie ¹	...	...	...	81,3	75,0	6,3
Danemark	78,3	73,1	5,2	82,8	79,0	3,8
Espagne	82,0	74,5	7,5	86,3	80,5	5,8
Estonie	75,6	64,2	11,4	82,2	73,3	8,9
Finlande	80,7	73,1	7,6	84,4	78,6	5,8
France	82,3	74,2	8,1	85,3	79,3	6,0
Grèce	80,6	75,3	5,3	84,0	78,9	5,1
Hongrie	75,0	66,3	8,7	79,7	72,6	7,1
Irlande	78,7	73,1	5,6	83,6	79,9	3,7
Italie	81,8	75,4	6,4	85,6	81,0	4,6
Lettonie	...	...	...	79,6	69,8	9,8
Lituanie	75,9	64,6	11,3	80,1	69,5	10,7
Luxembourg	80,2	73,3	6,9	85,4	80,1	5,2
Malte	79,8	75,0	4,8	84,4	80,6	3,8
Pays-Bas	80,5	74,7	5,8	83,2	80,0	3,2
Pologne	76,6	68,1	8,5	82,0	73,9	8,1
Portugal	79,0	71,6	7,4	84,3	78,1	6,2
Rép. tchèque	77,5	70,4	7,1	82,1	76,1	6,0
Roumanie	72,8	65,1	7,7	79,1	71,7	7,4
Royaume-Uni	79,5	74,3	5,2	83,0	79,4	3,6
Slovaquie	77,0	68,8	8,2	80,7	73,8	6,9
Slovénie	79,0	71,1	7,9	84,3	78,2	6,1
Suède	81,7	76,6	5,1	84,1	80,6	3,5
UE28	...	...	...	83,6	78,2	5,4

1. Données pour la Croatie en 2016 extraites en mars 2019.

Source : Eurostat, statistiques d'état civil, extraction des données en octobre 2018

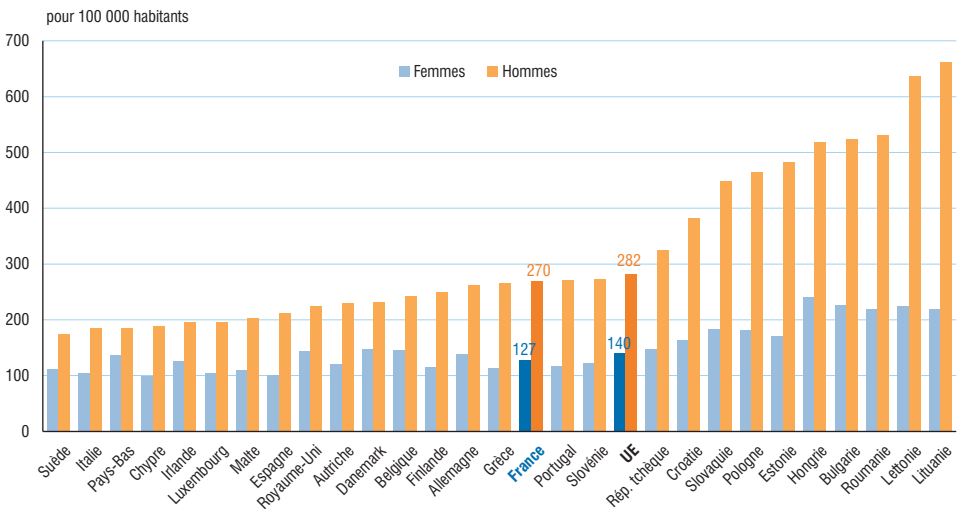
de vie à la naissance des hommes a progressé de 9,1 ans en Estonie, de 7,1 ans en Slovénie et de 6,8 ans en Irlande. Sur la même période et dans ces trois pays, les gains féminins se sont élevés respectivement à 6,6 ans, 5,3 ans et 4,9 ans. En France, les progrès ont aussi été considérables puisque l'espérance de vie des hommes est passée de 74,2 ans en 1996 à 79,3 ans en 2016 (+ 5,1 ans) et celle des femmes, de 82,3 ans à 85,3 ans (+ 3,0 ans). Directement lié à ce constat, les écarts entre les femmes et les hommes se réduisent partout en Europe, excepté en Bulgarie où ils sont restés stables. Malgré cette diminution, le désavantage masculin reste une caractéristique saillante de la fin de vie.

Le taux de mortalité prématurée des hommes en France est l'un des plus élevés parmi les pays de l'ouest de l'Europe

Pour mieux comprendre le désavantage masculin, il faut s'intéresser à la mortalité prématurée, c'est-à-dire aux décès survenus avant l'âge de 65 ans. En France, le **taux standardisé de mortalité prématurée** s'élève à 127,0 pour 100 000 habitants pour les femmes et à 270,0 pour

100 000 habitants pour les hommes en 2015 (figure 2). Si la mortalité prématurée féminine se situe à un niveau inférieur à la moyenne européenne mais comparable à celle des pays aux caractéristiques socio-économiques équivalentes², le taux masculin, lui aussi légèrement inférieur à la moyenne européenne, est le plus élevé comparé à ces mêmes pays. Cependant, entre 1990 et 2015, l'évolution de la mortalité prématurée a été plus favorable pour les hommes avec une baisse de près de 40 % de ce taux, contre 28 % pour les femmes. Partant d'un niveau élevé, ils ont ainsi bénéficié d'une plus forte marge de progression. D'ailleurs, ce recul plus important de la mortalité prématurée des hommes n'est pas propre à la France, il s'observe dans la plupart des pays européens.

2. Taux standardisés de mortalité prématurée par sexe en 2015



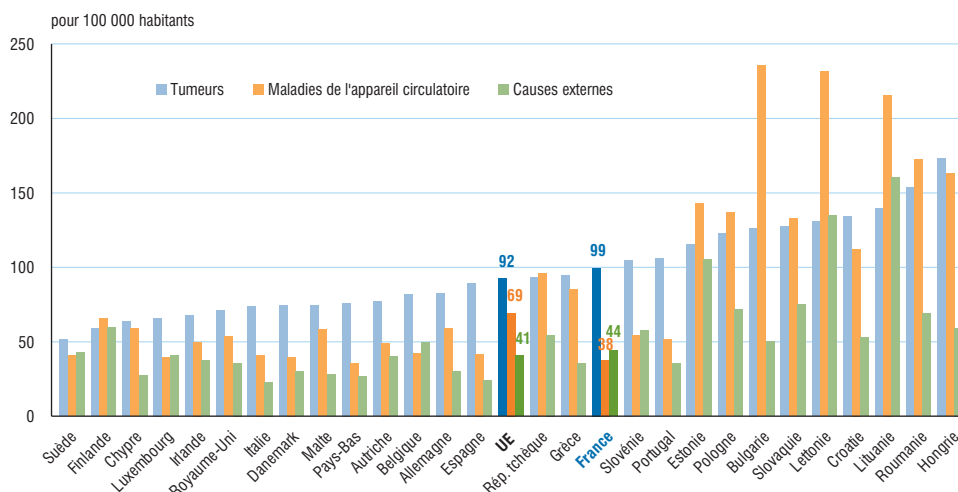
Source : Eurostat, extraction des données en octobre 2018.

Les cancers et maladies cardiovasculaires sont les deux principales causes masculines de décès prématurés en Europe

En Europe, en 2015, les tumeurs suivies des maladies de l'appareil circulatoire (cardiopathies ischémiques, autres cardiopathies, maladies cérébro-vasculaires) et des causes externes de décès (accidents, suicides, chutes, etc.) sont les principales causes de décès des hommes avant 65 ans (figure 3). Ce constat se vérifie dans la plupart des pays en Europe, avec toutefois des exceptions. En France, par exemple, si les cancers constituent bien la première cause de décès des hommes avant 65 ans, avec notamment les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon qui représentent un tiers des décès par tumeur, la mortalité prématurée par maladie de l'appareil circulatoire et notamment par cardiopathie ischémique est faible comparée aux autres pays européens. Ces pathologies ne représentent que la troisième cause de décès derrière les causes externes telles que les accidents et les suicides. Les pays baltes et les pays de l'est de l'Europe font aussi figure d'exception dans la mesure où les décès des hommes liés aux maladies de l'appareil circulatoire y occupent une place prépondérante.

2. Dans ce dossier, les pays aux caractéristiques socio-économiques équivalentes à la France désignent les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède.

3. Taux standardisés de mortalité prématurée des hommes par principales causes en 2015



Source : Eurostat, extraction des données en octobre 2018.

Dans six pays, Estonie, Pologne, Bulgarie, Roumanie, Lettonie et Lituanie, ces pathologies supplantent assez nettement les décès par tumeur avec des taux particulièrement élevés atteignant 236 pour 100 000 habitants en Bulgarie.

La part des décès masculins par tumeur avant 65 ans est particulièrement élevée en France

La France se caractérise par un taux standardisé de décès prématurés des hommes par tumeur particulièrement élevé, proche de 100 pour 100 000 habitants en 2015, nettement supérieur au taux féminin (63,0 pour 100 000 habitants), ce qui la place dans une situation défavorable relativement aux pays européens aux caractéristiques socio-économiques équivalentes (figure 3). Dans les pays du nord de l'Europe, les taux sont généralement plus faibles, entre 50 et 80 pour 100 000 habitants, tandis que ceux des États baltes et de la plupart des pays de l'est de l'Europe sont élevés, compris entre 110 et 170 pour 100 000 habitants.

Entre 2002 et 2015, la mortalité prématurée par tumeur en France est en baisse, ce recul étant plus important chez les hommes (- 25 %) que chez les femmes (- 8 %). Dans un tiers des cas, il concerne les cancers de la trachée, des bronches et du poumon. Le taux de mortalité standardisé pour ces types de cancer a nettement diminué chez les hommes, passant de 40,2 pour 100 000 habitants en 2002 à 31,9 pour 100 000 habitants en 2015, tandis qu'il a augmenté chez les femmes, passant de 8,2 pour 100 000 habitants à 13,4 pour 100 000 habitants. Malgré cette diminution chez les hommes, le taux de mortalité standardisé en France est nettement supérieur à celui des pays d'Europe de l'Ouest et du Nord en raison de politiques publiques de lutte contre le tabagisme mises en place plus tôt. Ainsi, en Suède, le taux de décès par cancer de la trachée, des bronches et du poumon n'excède pas 7,6 pour 100 000 habitants et était déjà inférieur à 20 pour 100 000 habitants au milieu des années 1990. Au Royaume-Uni, après une baisse spectaculaire au cours des années 1990 et 2000, ce taux atteint aujourd'hui 15,3 pour 100 000 habitants. En Italie mais aussi en Allemagne, aux

Pays-Bas ou en Finlande, les taux sont inférieurs à 23 pour 100 000 habitants et poursuivent partout une tendance à la baisse.

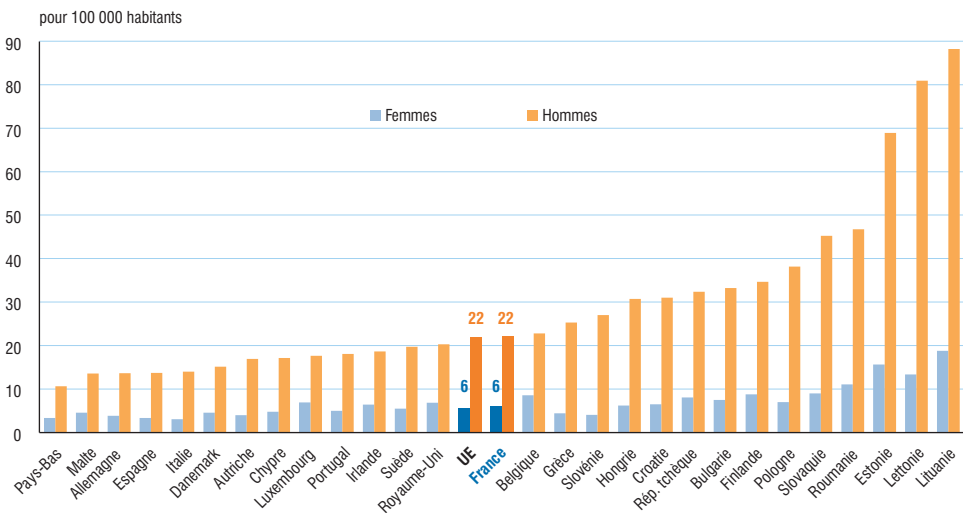
Le deuxième type de cancers les plus fréquents chez les hommes sont les cancers de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx. Le taux de mortalité en France atteint 5,6 pour 100 000 habitants en 2015, un taux voisin de celui observé en Europe. Le ratio hommes-femmes est de 3 pour 1. Là encore, les principaux facteurs de risque sont le tabac et l'alcool. Comme pour le cancer du poumon, mais de façon moins marquée, la mortalité prématurée des hommes pour ces formes de cancers est en recul en France (elle était de 8,7 pour 100 000 habitants en 2002), tandis que celle des femmes reste stable.

Accidents et suicides : des causes prématurées de décès masculins plus fréquentes en France que dans la moyenne européenne

Les causes externes sont la deuxième cause de décès des hommes avant 65 ans en France, majoritairement les accidents et les suicides. En 2015, un décès prématuré sur six est lié à une mort violente chez les hommes, contre un décès prématuré sur dix pour les femmes. Avec un taux standardisé masculin de 44 pour 100 000 habitants, il s'agit là d'une autre spécificité de la France par rapport aux pays frontaliers où ces taux sont plus faibles.

Parmi les causes externes, les accidents représentent plus de la moitié des décès prématurés masculins, soit 22 pour 100 000 habitants. Ce niveau se situe dans la moyenne européenne (figure 4). De fortes amplitudes existent entre des pays de l'Ouest et du Sud (Pays-Bas, Allemagne, Espagne, Italie), où les taux standardisés sont très faibles, et les États baltes où ils sont particulièrement élevés. En France, les accidents de la circulation sont responsables de plus d'un tiers des décès par accident des hommes de moins de 65 ans. Le taux de mortalité par accident de la circulation diminue depuis 2000, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Cette tendance est observée dans une majorité de pays européens à l'exception des pays de l'Est où les taux de mortalité prématurée des hommes restent stables, voire progressent, sur la période récente comme en Bulgarie, en Hongrie ou en Slovaquie.

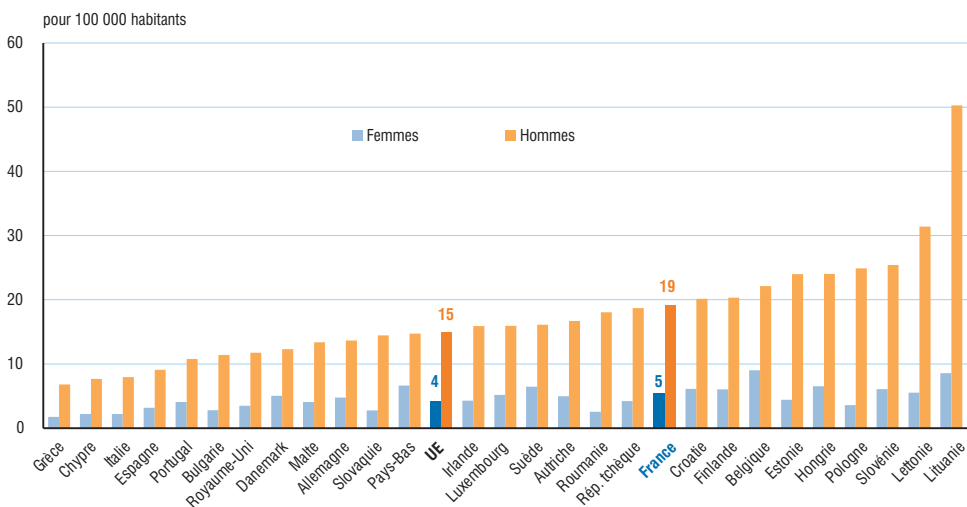
4. Taux standardisés de mortalité prématurée par accident et par sexe en 2015



Source : Eurostat, extraction des données en octobre 2018.

Autre cause externe de mortalité prématurée des hommes : les suicides. En 2015, près de 5 000 décès d'hommes âgés de moins de 65 ans ont été enregistrés en France, soit environ 13 suicides par jour. Le taux standardisé de décès prématurés masculins par suicide, qui s'élève à 19 pour 100 000 habitants, est quatre fois plus élevé que le taux féminin. Il est aussi nettement plus élevé que la moyenne européenne (15 pour 100 000 habitants) et en particulier que les taux observés en Allemagne et au Royaume-Uni (figure 5). Ces résultats s'inscrivent dans une légère tendance à la baisse ces dernières années, toutefois moins marquée que pour les accidents de la circulation. Il faut néanmoins rester prudent avec le décompte des décès par suicide tant en évolution nationale qu'en comparaison internationale. Le suicide est un événement complexe, éminemment culturel et dont le recueil n'est pas harmonisé³.

5. Taux standardisés de mortalité prématurée par suicide et par sexe en 2015



Source : Eurostat, extraction des données en octobre 2018.

En France, 30 % des hommes de moins de 65 ans fument quotidiennement et 8 % occasionnellement, proportions plus élevées que dans la moyenne européenne

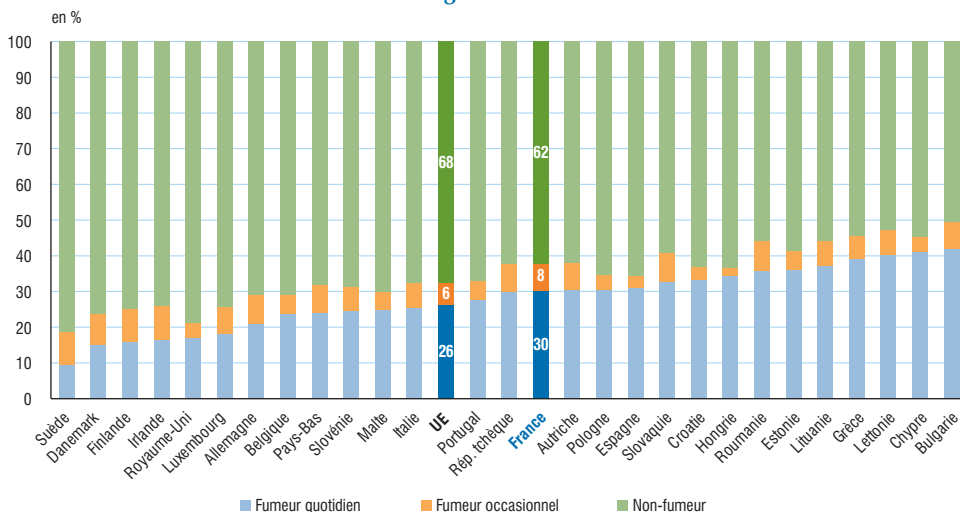
Pour éclairer ces décès survenus prématurément, il est important de s'intéresser à l'évolution des modes de vie. Certes, les comportements et les consommations à risque observés sur la période récente n'ont pas de lien direct avec les décès survenus avant 65 ans en raison de

3. Cette difficulté méthodologique est soulignée dans un rapport de l'OMS [2014] : « Le suicide est stigmatisé (ou illégal) dans de nombreux pays. Il s'avère donc difficile d'obtenir des données réalistes de haute qualité sur les comportements suicidaires, en particulier dans les pays ne disposant pas de systèmes d'état civil (qui enregistrent les décès par suicide) ou de systèmes de collecte des données sur la prestation de services hospitaliers (qui enregistrent la prise en charge médicale des tentatives de suicide) performants [...] Le problème de la mauvaise qualité des données relatives à la mortalité n'est pas propre au suicide. Toutefois, étant donné que le suicide se révèle un sujet sensible, et qu'il est parfois même considéré comme illégal dans certains pays, la sous-déclaration et les erreurs de classification peuvent s'avérer bien plus problématiques pour le suicide que pour la plupart des autres causes de décès. L'enregistrement des cas de suicide est une procédure complexe, à plusieurs niveaux, qui fait intervenir les secteurs médical et juridique et implique plusieurs autorités responsables pouvant varier d'un pays à l'autre. »

l'effet différé de l'impact de ces comportements sur la santé. Toutefois, ils peuvent apporter un éclairage, notamment en matière de priorité des politiques nationales de santé publique.

Les principaux déterminants des causes de décès prématurés des hommes sont le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, une mauvaise alimentation ou encore la sédentarité. L'ensemble de ces facteurs expose à plus ou moins long terme à un risque accru de cancers et de maladies chroniques. Le tabagisme, première cause de mortalité évitable devant l'alcool, est responsable, par exemple, d'un nombre important de cancers dont ceux de la trachée, des bronches et du poumon. Les résultats 2014 de l'enquête santé européenne *European Health Interview survey* (EHIS) permettent de disposer de données comparables entre pays sur la prévalence du tabagisme selon la consommation quotidienne, l'usage occasionnel ou l'absence de consommation. En France, 30 % des hommes de 15 à 64 ans fument tous les jours et près de 8 % occasionnellement (figure 6). Ces pourcentages se situent légèrement au-dessus de la moyenne européenne (respectivement 26 % et 6 %) et sont nettement supérieurs à ceux observés dans la plupart des pays aux caractéristiques socio-économiques équivalentes. L'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) apporte plusieurs éléments d'explication au paradoxe observé en France entre des prix élevés du tabac et une consommation qui peine à diminuer. D'une part, le coût du tabac moins élevé dans les pays voisins favorise les achats transfrontaliers. D'autre part, les politiques de lutte contre le tabagisme manquent de régularité et de fermeté, notamment avec des hausses de prix du paquet de cigarettes trop timorées et trop rares ou l'application en demi-teinte des mesures concernant la vente aux mineurs [Lermenier-Jeannet, 2018].

6. Consommation de tabac des hommes âgés de 15 à 64 ans en 2014



Source : Eurostat, enquête santé *European Health Interview survey* (EHIS) 2014, extraction des données en octobre 2018.

Des mesures de lutte contre le tabagisme ont été prises en France dès le milieu des années 1970 avec la loi Veil (1976) qui encadre la publicité des produits du tabac et impose l'ajout d'un message sanitaire sur les paquets de cigarettes. Le Plan cancer, lancé en 2003, marque un réel tournant avec plusieurs hausses successives des prix du tabac et des interdictions concernant la vente aux mineurs et sur les lieux de consommation. Ces mesures ont eu comme répercussion immédiate une baisse de la consommation de tabac des adultes femmes et hommes, ainsi que des mineurs. Néanmoins, cette baisse observée entre 2000 et 2005 ne s'est pas inscrite dans la durée à l'instar de ce qui a pu être constaté dans les pays du nord de l'Europe, où la part des fumeurs quotidiens est inférieure à 20 %.

Les politiques de santé publique dans ces pays ont allié, avec plus de fermeté, mesures de prévention structurelle et mesures incitatives et d'accompagnement dans l'arrêt du tabac. Parmi les mesures de prévention structurelle figurent l'augmentation du prix du tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les espaces de travail, la réglementation sur l'emballage et la composition des produits, etc. Les mesures incitatives et d'accompagnement s'illustrent quant à elles par la mise en place de campagnes grand public avec le mois sans tabac, « *stoptober* » lancé dès 2012 au Royaume-Uni et qui sera repris en France à partir de 2016, mais aussi par le développement de « *Stop Smoking Centres* », des centres d'aide à l'arrêt du tabac pour les fumeurs qui souhaitent sortir de leur dépendance et rencontrer des professionnels pluridisciplinaires pour les aider dans cette démarche.

La France est au 5^e rang des pays européens ayant les prévalences de consommation hebdomadaire d'alcool les plus élevées

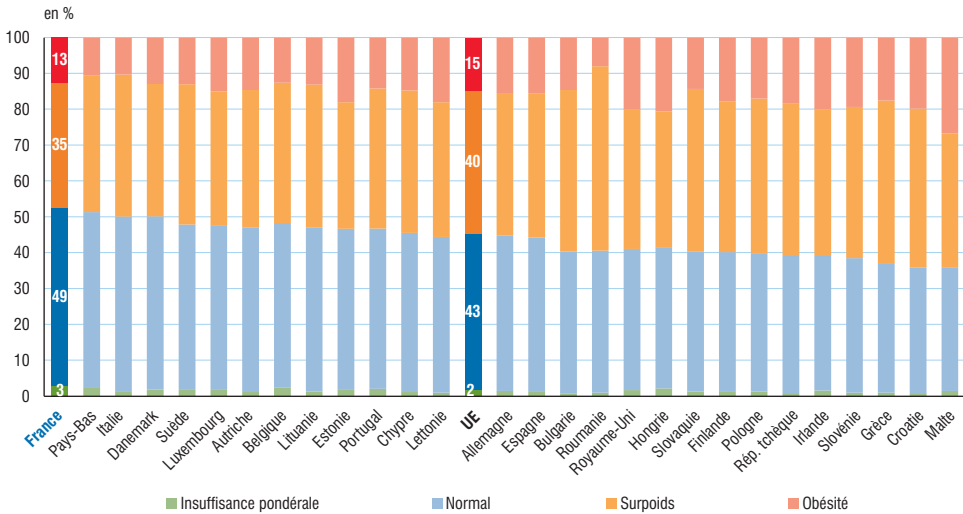
L'alcool est la deuxième cause de mortalité prématurée en France. Parmi les décès imputables à l'alcool figurent surtout les cancers, les maladies cardiovasculaires, les maladies digestives (notamment les cirrhoses) ainsi que les accidents et les suicides. En 2015, selon les données de l'enquête *Standardised European Alcohol Survey* (SEAS) auprès d'adultes européens âgés de 18 à 64 ans, 85 % des personnes interrogées ont consommé de l'alcool en France au cours des douze derniers mois. C'est dans les pays du sud de l'Europe que figurent le plus d'abstinents sur l'année écoulée : 30 % en Italie, 28 % au Portugal et 22 % en Espagne. La Grèce fait exception avec une part d'abstinents très faible (8 %). À l'inverse, dans les pays du nord et de l'est de l'Europe, la consommation d'alcool est davantage répandue au sein de la population adulte. Seuls 7 % des Danois, 8 % des Autrichiens et 9 % des Bulgares déclarent ne pas avoir consommé d'alcool dans les douze derniers mois.

D'après les données de cette enquête, 13 % des Français âgés de moins de 65 ans consomment de l'alcool 6 à 7 fois par semaine. La France se positionne ainsi au 5^e rang des pays ayant les prévalences les plus élevées pour la consommation hebdomadaire. Par ailleurs, près de la moitié des enquêtés disent boire au moins une fois par semaine. Bien que la part des abstinents soit plus élevée en Europe du Sud, c'est aussi dans ces pays que la proportion de consommateurs quotidiens est la plus forte, supérieure à 20 %, notamment au Portugal et en Espagne. Ces proportions semblent corrélées au type d'alcool consommé : un taux élevé de consommation quotidienne est plus souvent associé à la consommation de vin. En outre, la part des individus déclarant une alcoolisation ponctuelle importante, c'est-à-dire six verres ou plus au cours d'une même occasion pour les hommes et quatre verres ou plus pour les femmes, place la France dans une situation intermédiaire en Europe (au 13^e rang). Seule la proportion d'individus déclarant au moins une ivresse dans l'année, et plus encore une ivresse dans le mois, est faible comparée aux autres pays européens.

En France, 47 % des hommes âgés de moins de 65 ans sont en surcharge pondérale, pourcentage le plus faible d'Europe

L'enquête européenne EHIS interroge les individus sur leur taille et leur poids, ce qui permet de disposer de données comparatives de l'indice de masse corporelle (IMC). En 2014, en France, 47 % des hommes sont en surcharge pondérale, c'est-à-dire qu'ils sont soit en surpoids (35 %), soit en situation d'obésité (13 %) (*figure 7*). Ces données positionnent la France dans une situation très favorable en Europe où la surcharge pondérale chez les hommes de 15 à 64 ans atteint en moyenne 55 % et dépasse 60 % dans sept pays (Pologne, République tchèque, Irlande, Slovaquie, Grèce, Croatie et Malte).

7. Corpulence des hommes âgés de 15 à 64 ans en 2014



Source : Eurostat, enquête santé European Health Interview survey (EHIS) 2014, extraction des données en octobre 2018.

L'obésité varie de 8 % en Roumanie à 27 % à Malte. Là encore, la France se situe parmi les pays les moins concernés par cet enjeu de santé publique qui est le principal facteur de risque de maladies cardiovasculaires, de diabète ou de troubles musculo-squelettiques. Cette bonne performance chez les hommes âgés de moins de 65 ans s'inscrit dans la durée puisque les prévalences du surpoids et de l'obésité sont stables en France depuis le début des années 2000. Ce constat contribue au fait que les maladies de l'appareil circulatoire ne représentent que la troisième cause de décès masculins prématurés contrairement à la plupart des autres pays européens.

En 2017, à 65 ans, les femmes ont une espérance de vie de 23,2 ans et les hommes de 19,4 ans, ce qui place la France respectivement aux 1^{er} et 2^e rangs européens

La première partie de ce dossier a permis de mettre en évidence un double constat : d'une part, l'espérance de vie à la naissance en France est élevée comparée à celle des autres pays européens ; d'autre part, il existe une surmortalité prématurée masculine davantage marquée en France que dans les pays européens aux caractéristiques socio-économiques équivalentes. Cette surmortalité masculine avant 65 ans s'explique avant tout par une consommation excessive d'alcool, plutôt ponctuelle avant 45 ans, chronique après 45 ans, à laquelle vient s'ajouter une prévalence élevée du tabagisme masculin et une forte fréquence des accidents de la route et des suicides.

Si l'enjeu de la réduction de la mortalité prématurée masculine anime depuis plusieurs décennies les politiques de santé publique en France, celui d'une meilleure connaissance et prise en charge des problèmes de santé passé 65 ans suscite, lui-aussi, un grand intérêt.

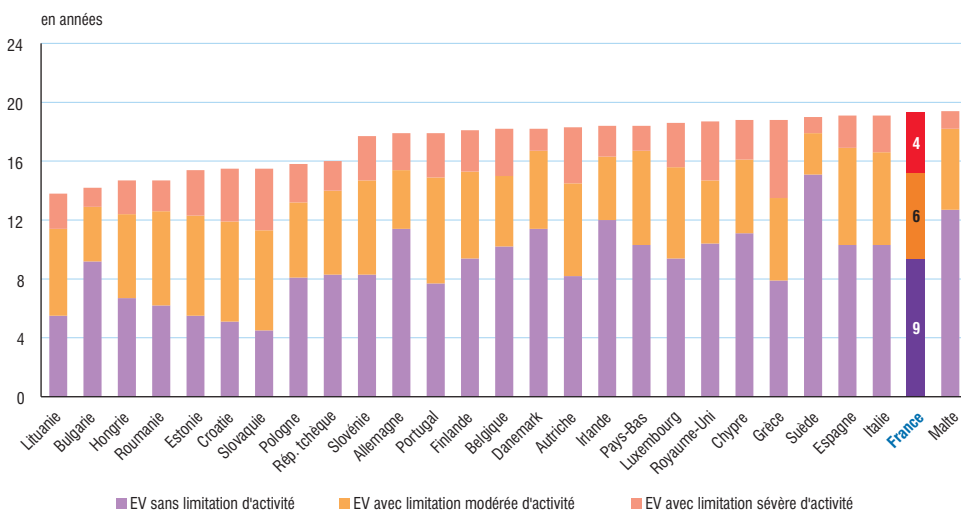
Pour connaître les conditions de vieillissement de la population, plusieurs indicateurs sont mobilisables. En premier lieu, l'**espérance de vie sans incapacité** qui mesure le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne. Cette mesure s'appuie sur les réponses à la question posée dans le dispositif européen *European Union-Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)* : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que

les gens font habituellement ? ». Dit autrement, cet indicateur permet de savoir si les années gagnées, du fait de l’allongement de la durée de vie, sont vécues en bonne santé ou avec des limitations fonctionnelles⁴. Il apparaît que les femmes peuvent espérer vivre 64,9 ans en bonne santé en France en 2017, c’est-à-dire sans ressentir des limitations fonctionnelles modérées ou sévères susceptibles de les gêner dans les activités du quotidien. Pour les hommes, cet indicateur atteint 62,6 ans. L’écart d’espérance de vie sans incapacité entre les femmes et les hommes est assez faible, de l’ordre de deux ans, alors que six années séparent leur espérance de vie à la naissance. Pour s’affranchir des différences entre les femmes et les hommes en matière de mortalité prématurée et de mortalité infantile, il est intéressant de regarder la situation à 65 ans. En 2017, un homme de 65 ans peut espérer vivre 19,4 ans qui se décomposent en 9,2 ans sans aucune incapacité, puis 6,1 ans avec des incapacités modérées et enfin 4,2 ans avec des incapacités sévères. De leur côté, les femmes peuvent espérer vivre 23,2 années dont 10,8 années sans aucune incapacité, puis 6,9 années avec des incapacités modérées et 5,6 années avec des incapacités sévères. Ainsi, les femmes vivent plus longtemps que les hommes, à la fois sans incapacité mais aussi avec des incapacités légères ou modérées.

De fortes disparités en matière d’espérance de vie sans incapacité à 65 ans en Europe

En Europe, il existe des disparités notables en matière d’espérance de vie à 65 ans. En 2016, chez les hommes, l’amplitude varie de moins de 14 ans en Lituanie à 19 ans ou plus en Suède, en Espagne, en Italie, en France et à Malte (figure 8a). À ces écarts, s’ajoutent des variations

8a. Espérance de vie (EV) des hommes à 65 ans selon le degré de limitation d’activité en 2016



Champ : UE. Données non disponibles pour la Lettonie.

Sources : Eurostat, données du dispositif EU-SILC et statistiques d'état civil, extraction des données en octobre 2018.

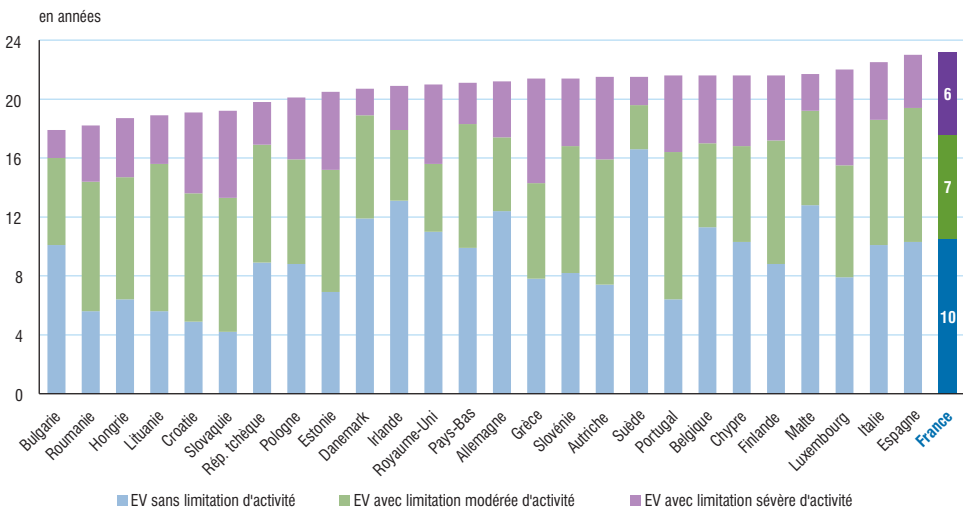
4. L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité, construit à partir d'une question synthétique sur les limitations auto-déclarées dans les activités du quotidien recouvre un spectre plus large que les seules limitations fonctionnelles pour lesquelles on dispose de données comparatives en Europe. À côté des limitations sensorielles (vision, audition) et physiques (locomotion) figurent aussi les limitations cognitives comme « avoir des difficultés à se souvenir ». Ces limitations préfigurent parfois des restrictions d'activité avec un risque de dépendance.

quant à la qualité de ces années de vie, mesurées par la différence entre les deux indicateurs que sont l'espérance de vie à 65 ans et l'espérance de vie à 65 ans sans incapacité. Il faut néanmoins rester prudent quant à l'interprétation de cette mesure. L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité repose sur une auto-appréciation des enquêtés sur le ressenti de limitations plus ou moins sévères dans les activités du quotidien. Une partie des écarts observés tient à la fois aux nuances apportées dans les traductions de la question du **GALI** (*Global Activity Limitation Indicator*) dans les différentes langues européennes, mais aussi à la compréhension et à l'interprétation des modalités de réponse d'un pays à l'autre liées à des différences culturelles.

En France, où l'espérance de vie des hommes à 65 ans est l'une des plus élevées, ils vivent en moyenne à cet âge près de dix années avec des limitations fonctionnelles. D'autres pays ayant une espérance de vie masculine élevée à 65 ans comme l'Italie, l'Espagne, la Grèce, le Royaume-Uni ou le Luxembourg se trouvent dans une situation semblable à celle de la France avec plus de huit années passées avec des limitations d'activité. Toutefois, la situation de ces pays n'est pas directement comparable en matière de sévérité des limitations fonctionnelles déclarées avec davantage d'années vécues avec des limitations sévères en France (4,1 ans), en Grèce (5,3 ans) ou au Royaume-Uni (4,0 ans) qu'en Italie (2,5 ans) ou en Espagne (2,2 ans) et plus encore à Malte (1,2 ans). De leur côté, les pays de l'est de l'Europe se caractérisent par une espérance de vie des hommes à 65 ans assez faible tout comme l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans comprise entre 4,5 ans en Slovaquie et 8,3 ans en Slovaquie et en République tchèque, soit une fin de vie vécue la plus souvent avec des limitations dans les activités quotidiennes.

L'espérance de vie à 65 ans des femmes varie de 18 ans en Bulgarie à plus de 23 ans en Espagne et en France, soit une amplitude d'environ cinq ans identique à celle observée chez les hommes (*figure 8b*). Les disparités concernant l'indicateur de l'espérance de vie à 65 ans sans incapacité sont plus importantes entre les pays mais, comme mentionné précédemment, ces écarts sont probablement en partie liés à des biais de déclaration. À noter que les Françaises figurent parmi les femmes qui ont l'espérance de vie avec incapacités sévères la plus élevée (près de 6 ans).

8b. Espérance de vie (EV) des femmes à 65 ans selon le degré de limitation d'activité en 2016



Champ : UE. Données non disponibles pour la Lettonie.

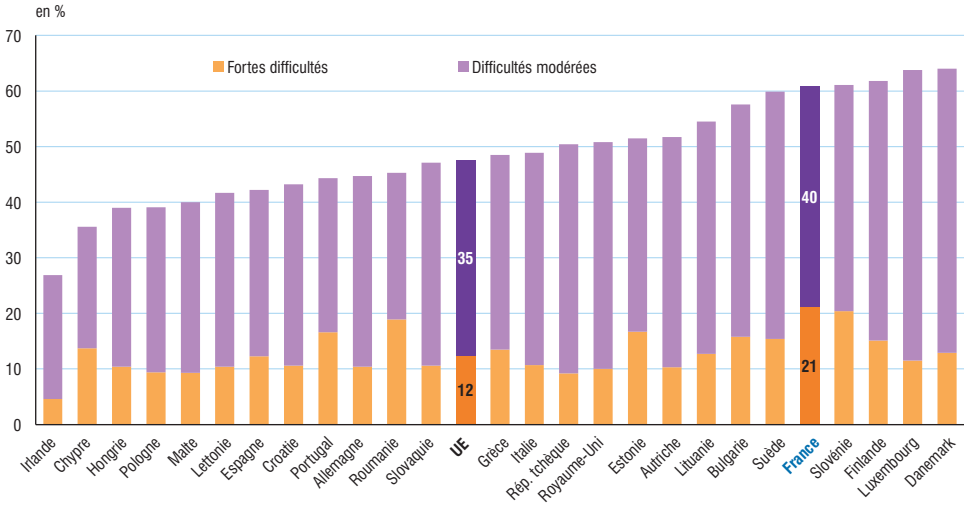
Sources : Eurostat, données du dispositif EU-SILC et statistiques d'état civil, extraction des données en octobre 2018.

Des difficultés à voir et à entendre plus marquées chez les plus de 65 ans en France qu'en moyenne en Europe

Les données 2014 de l'enquête EHIS permettent d'illustrer, en partie, les limitations fonctionnelles dont souffrent les individus âgés de 65 ans ou plus. Les enquêtés sont notamment interrogés sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans la vie de tous les jours. Parmi les gênes ciblées figurent l'audition, la vision et la marche. À noter que les réponses recueillies englobent aussi les difficultés avec appareillage⁵ (appareil auditif, lunettes, lentilles, etc.). En Europe, 49 % des hommes de 65 ans ou plus déclarent des difficultés pour entendre dont 12 % évoquent de fortes difficultés (*figure 9a*). La France occupe une position très défavorable en Europe concernant ce type de difficultés puisque ce sont plus de six hommes sur dix âgés d'au moins 65 ans qui déclarent avoir des difficultés à entendre dont 21 % de fortes difficultés. Seuls la Slovaquie, la Finlande, le Luxembourg et le Danemark présentent des proportions plus élevées de gênes auditives déclarées mais, dans ces quatre pays, la part des difficultés sévères est plus faible qu'en France. Le désavantage français est tout aussi marqué concernant les difficultés à voir : un tiers des hommes de 65 ans ou plus déclarent avoir des difficultés pour voir, y compris avec leurs lunettes. Cette part est supérieure à la moyenne européenne (27 %) et surtout supérieure aux difficultés déclarées dans certains pays aux caractéristiques socio-économiques équivalentes à la France puisque seuls 12 % des Britanniques, 22 % des Allemands et 23 % des Espagnols connaissent ces mêmes difficultés pour voir. Les mêmes résultats défavorables sont relevés pour les femmes françaises à propos des difficultés de vision et d'audition (*figure 9b*). Seules les difficultés à marcher 500 mètres sur un terrain plat sans aide s'avèrent moins prononcées en France avec des pourcentages plus faibles que la moyenne européenne, pour les hommes comme pour les femmes. Ainsi, les hommes de 65 ans ou plus ne sont que 27 % à déclarer être gênés, dont 12 % disent avoir de fortes difficultés, tandis que la moyenne européenne s'établit respectivement à 36 % et 16 % et que les proportions observées dans les pays voisins tels que le Royaume-Uni, l'Espagne ou l'Italie sont nettement plus élevées qu'en France (*figure 10a*). Les proportions sont plus élevées pour les Françaises âgées de 65 ans ou plus mais toujours inférieures à la moyenne européenne : 40 % d'entre elles disent avoir des difficultés pour marcher et, parmi elles, 23 % déclarent de fortes difficultés contre respectivement 50 % et 25 % des Européennes (*figure 10b*). ■

5. Dans EHIS 2014, les questions sur les gênes fonctionnelles sont les suivantes : « Avez-vous des difficultés à entendre ce qui se dit dans une conversation avec une autre personne (y compris avec votre appareil auditif si vous en portez un) ? » et « Avez-vous des difficultés pour voir (y compris avec vos lunettes ou lentilles de contact) ? ».

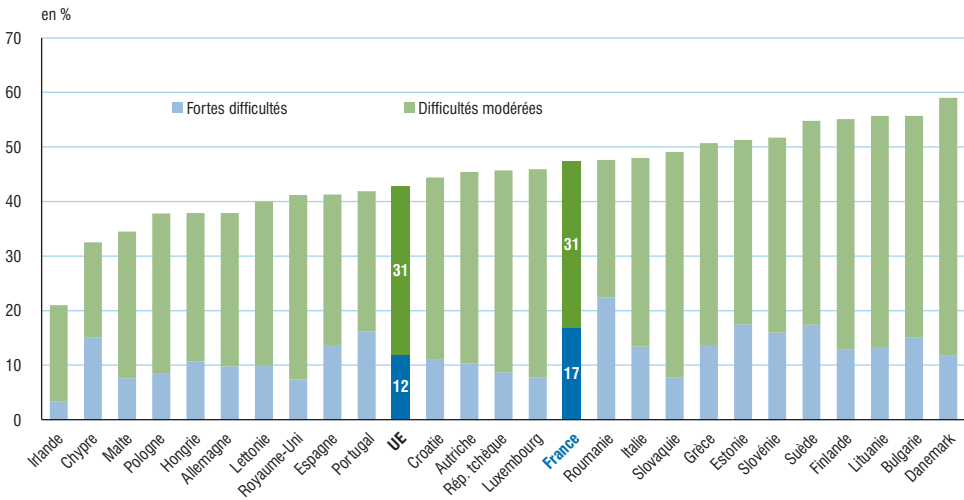
9a. Part des hommes de 65 ans ou plus déclarant des difficultés pour entendre en 2014



Champ : UE. Données non disponibles pour la Belgique et les Pays-Bas.

Source : Eurostat, enquête santé European Health Interview survey (EHIS) 2014, extraction des données en octobre 2018.

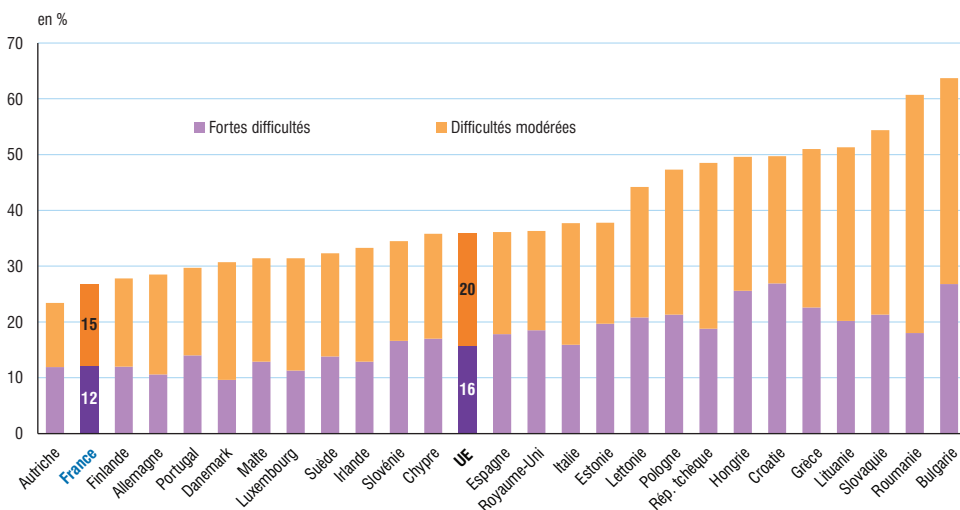
9b. Part des femmes de 65 ans ou plus déclarant des difficultés pour entendre en 2014



Champ : UE. Données non disponibles pour la Belgique et les Pays-Bas.

Source : Eurostat, enquête santé European Health Interview survey (EHIS) 2014, extraction des données en octobre 2018.

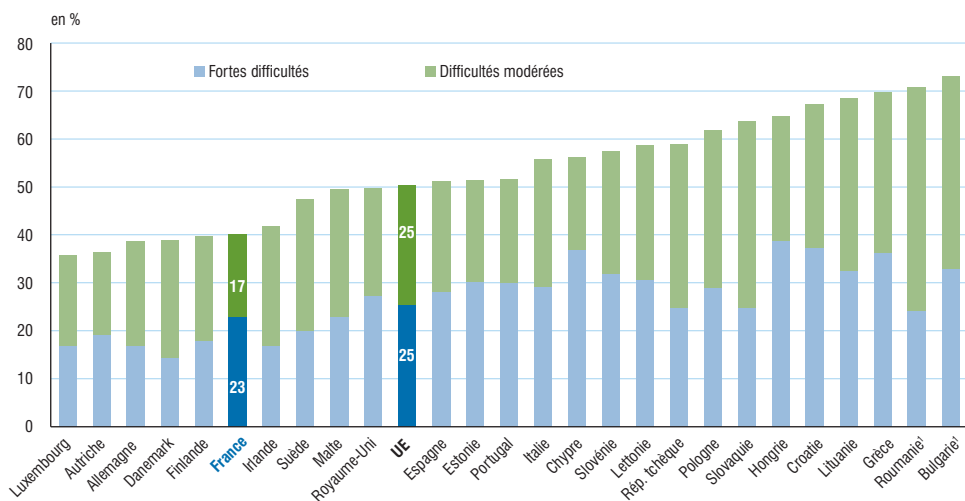
10a. Part des hommes de 65 ans ou plus déclarant des difficultés pour marcher en 2014



Champ : UE. Données non disponibles pour la Belgique et les Pays-Bas.

Source : Eurostat, enquête santé European Health Interview survey (EHIS) 2014, extraction des données en octobre 2018.

10b. Part des femmes de 65 ans ou plus déclarant des difficultés pour marcher en 2014



1. Données pour la Bulgarie et la Roumanie extraites en mars 2019.

Champ : UE. Données non disponibles pour la Belgique et les Pays-Bas.

Source : Eurostat, enquête santé European Health Interview survey (EHIS) 2014, extraction des données en octobre 2018.

Définitions

L'**espérance de vie « sans incapacité »** ou **« en bonne santé »** mesure le nombre d'années qu'une génération fictive peut espérer vivre sans incapacité en étant soumise, à chaque âge, aux conditions de mortalité et de morbidité par âge de l'année d'observation.

La question dite **« GALI »** (*Global Activity Limitation Indicator*) mesure la proportion de personnes déclarant « être limitées pour une raison de santé dans les activités que les gens font habituellement, depuis au moins six mois ». C'est à partir de cette question que sont calculées les prévalences d'incapacité et les espérances de vie avec et sans incapacité.

Le **taux de mortalité prématurée** est le nombre de décès, au cours de l'année, d'individus âgés de moins de 65 ans, rapporté à la population totale des moins de 65 ans, de la même année.

Le **taux de mortalité standardisé** (TMS) est le taux de mortalité d'une population, ajusté en fonction d'une distribution standard par âge. Il est calculé comme une moyenne pondérée des taux de mortalité par âge d'une population donnée, les coefficients de pondération correspondant à la distribution par âge de la population considérée. Les taux de mortalité standardisés sont calculés sur la base de la population type européenne, révisée par Eurostat en 2012 et publiée en 2013.

Pour en savoir plus

Cambois E., Robine J.-M., « Vieillesse et restriction d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels », *Études et Résultats* n° 261, Drees, septembre 2003.

Drees, *L'État de santé de la population en France*, Rapport 2017.

Haut Conseil de la santé publique, *Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*, Collection Avis et Rapports, La Documentation Française, décembre 2017.

Haut Conseil de la santé publique, *La santé en France et en Europe : convergences et contrastes*, Collection Avis et Rapports, La Documentation Française, mars 2012.

Helmer C., Grasset L., Pérès K., Dartigues J.-F., « Évolution temporelle des démences : État des lieux en France et à l'international », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 28-29, Institut de veille sanitaire, septembre 2016.

Lermenier-Jeannet A., « Consommations, ventes et prix du tabac : une perspective européenne », *Tendances* n° 126, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, juillet 2018.

Moisy M., « Les femmes vivent neuf mois de plus en bonne santé en 2017 », *Études et Résultats* n° 1083, Drees, octobre 2018.

Moisy M., « Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable », *Études et Résultats* n° 1046, Drees, janvier 2018.

OECD, *State of Health in the EU. France, Profils de santé par pays*, 2017.

OMS, *2 Prévention du Suicide. L'État d'urgence mondiale*, 2014.

OMS, *Santé 2020. Cadre politique et stratégie*, 2013.

Palle C., Beck F., Richard J.-B., « Usages d'alcool et dommages subis : une perspective européenne », *Tendances* n° 118, Observatoire français des drogues et toxicomanies, juin 2017.

Robine J.-M., Cambois E., « Les espérances de vie en bonne santé des Européens », *Population et Sociétés* n° 499, Ined, avril 2013.
