



LES CAHIERS DE RECHERCHE

# Quelles voies d'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé ?



**Caisse  
des Dépôts**  
GROUPE



**Caisse  
des Dépôts**  
GROUPE

## **Institut pour la recherche**

L'Institut pour la recherche de la Caisse des Dépôts soutient des projets de recherche s'inscrivant dans les champs d'intervention et les missions de la Caisse des Dépôts.

Son rôle est de favoriser la recherche dans les domaines liés aux activités de la Caisse des Dépôts, sur des thématiques variées telles que l'épargne, la finance long terme, le développement économique des territoires, la transition énergétique et écologique, les impacts du vieillissement, etc.

## Auteure

Diplômée d'un master 2 d'économie internationale de l'université Paris Nanterre, **Hira Rakotomahanina** a rejoint la Chaire TDTE en avril 2021 en tant que chargée de recherche sur les questions des retraites et d'espérance de vie en bonne santé. Elle s'est particulièrement intéressée à la comparaison de l'évolution démographique dans les pays développés et en voie de développement et à la prise en compte de l'espérance de vie en bonne santé dans le système des retraites selon les PCS.



## Introduction

La Chaire « Transitions démographiques, Transitions économiques » (TDTE), rattachée à l'Institut Louis Bachelier et à la Fondation du Risque, est un lieu de recherche et de débat sur l'impact du vieillissement et de la longévité sur l'économie et la société en France.

Fondée en 2008, elle considère que, face au choc de la longévité, nos politiques économiques et sociales s'en trouvent bouleversées ; les évolutions démographiques et leurs impacts sur l'économie nous obligent à faire évoluer non seulement les systèmes de retraite et de protection sociale, mais aussi à élever nos ambitions de formation d'emploi pour les seniors tout au long de la vie.

Avec les multiples problématiques liées à la transition démographique, allant de la prise en charge de la perte d'autonomie à la soutenabilité des systèmes de retraite, en passant par l'activité des seniors, l'espérance de vie en bonne santé est une notion qui mérite d'être au cœur des réflexions sur le vieillissement harmonieux. Sa prise en compte dans l'ensemble des politiques publiques est un enjeu de taille afin d'équilibrer le système de retraite et de protection sociale, mais également pour que la santé sans limitation physique ou mentale soit promue à tous les âges. En clair, l'espérance de

vie en bonne santé est un concept relativement récent qui pousse à réinventer notre système dans le cadre d'une société de longévité. Le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'OMS, a d'ailleurs très simplement résumé la notion en 1997 : « sans la qualité de la vie, une longévité accrue ne présente guère d'intérêt (...) l'espérance de santé est plus importante que l'espérance de vie ».

Après avoir défini la notion d'espérance de vie en bonne santé et avoir réalisé son état des lieux, nous présenterons les quatre voies d'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé :

1. Une réforme de l'organisation du système de santé français ;
2. Le développement de politiques préventives, notamment dans le domaine de la santé et de la nutrition ;
3. L'amélioration des conditions de travail en entreprise ;
4. Une incitation à rester actifs une fois à la retraite, via la pratique d'activités socialisées, concept créé par la Chaire TDTE et à l'origine du recul de l'entrée en dépendance.

# Qu'est-ce que l'espérance de vie en bonne santé ?

## 1. Des définitions multiples

L'espérance de vie en bonne santé est une notion complexe, dont il existe autant de définitions que de méthodes de calcul. Tout d'abord, l'espérance de vie en bonne santé se distingue de l'espérance de vie à la naissance, qui mesure la durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité par âge à un moment donné.

L'espérance de vie sans incapacité, l'indicateur le plus répandu de l'espérance de vie en bonne santé, évalue, à la naissance, le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne, compte tenu des conditions sociales et sanitaires du moment.

Mais, il existe plusieurs autres indicateurs, qui peuvent faire varier les espérances de vie en bonne santé françaises, selon la définition de l'état de santé retenue. L'espérance de vie sans limitations fonctionnelles (LF) mesure, par exemple, la période vécue avec ou sans limitations physiques ou sensorielles. Les limitations fonctionnelles sont mesurées par des questions sur les difficultés à se déplacer, entendre, voir etc...

L'espérance de vie RADL (Restriction of Activities of Daily Living) mesure, quant à elle, les années vécues avec ou sans restriction dans les activités de soin personnel. Ces actes de la vie quotidienne (se nourrir, s'habiller...) sont essentiels pour vivre de manière complètement indépendante. Ces restrictions témoignent, donc, d'une incapacité sévère, voire d'une situation de dépendance. Enfin, l'espérance de vie GALI (General Activity Limitation Indicator) mesure les années vécues avec ou sans limitations dans les activités quotidiennes, à savoir au domicile, au travail, en temps libre. Cet indicateur est de fait lié aux indicateurs précédents.

Ces indicateurs marquent, toutefois, une certaine limite dans leur utilisation, car les espérances de vie en bonne santé sont soit mesurées par des questionnaires remplis par les sondés (LF et GALI), soit déterminées par une personne tierce à partir d'une grille définie (RADL). Ainsi, les résultats sont soumis à une subjectivité et la comparaison des résultats dépend de l'état d'esprit et du regard du juge.

## 2. Les méthodologies de calcul

Les données d'espérance de vie sont souvent calculées par des instituts nationaux de statistique – en France, il s'agit de l'Insee. Au sein de l'Union Européenne, Eurostat propose une méthodologie et conçoit un questionnaire pour tous les États membres. Ensuite, les instituts de statistiques des états membres sont chargés de réaliser l'enquête pour évaluer l'espérance de vie en bonne santé. La principale caractéristique de la méthode proposée par Eurostat est d'arrêter la table de mortalité à l'âge de 85 ans et de modéliser les âges vécus au-delà de cet âge par un modèle paramétrique simple ( $EV_{85}=1/m_{85+}$ ).

Autrement, l'espérance de vie sans incapacité se mesure à partir d'un indicateur principal : les taux de prévalence de la restriction permanente ou provisoire de l'activité, qui proviennent des enquêtes nationales de santé.

A partir du nombre de survivants d'une table de mortalité, on calcule le nombre d'années vécues entre chaque âge pour l'ensemble de la génération. Puis, on calcule les années d'incapacité en utilisant les taux de prévalence fournis par les enquêtes de santé. On déduit, ainsi, le nombre d'années vécues sans incapacité. Il faut alors cumuler ces années à partir d'un âge  $x$  quelconque et rapporter le total obtenu à l'effectif des survivants à cet âge pour obtenir une estimation de l'espérance de vie sans incapacité à l'âge  $x$ .

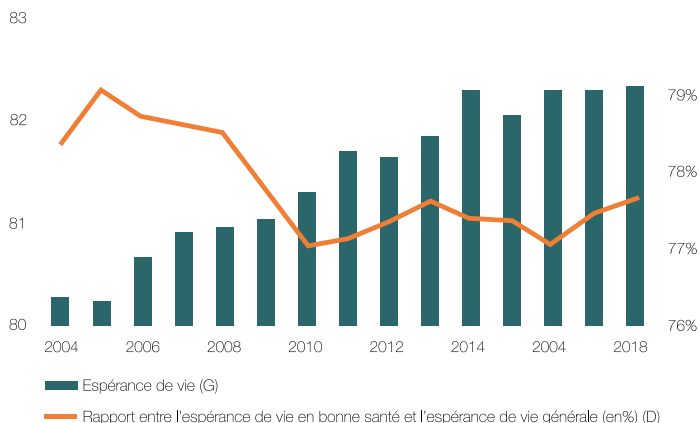
© ivanko80 - stock.adobe.com



# L'état des lieux de l'espérance de vie en bonne santé

## 1. Une espérance de vie en bonne santé française proche de la moyenne européenne mais éloignée des exemples suédois et maltais

**Graphique 1. Espérance de vie générale et en bonne santé à la naissance**



Source : auteurs à partir des données Eurostat

L'espérance de vie à la naissance augmente plus vite que l'espérance de vie en bonne santé à la naissance. En revanche, en nous concentrant sur les âges seniors, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans a augmenté plus vite que l'espérance de vie à 65 ans. Alors que l'espérance de vie à 65 ans stagne autour de 21,3 ans entre 2014 et 2018, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans augmente, passant de 9,6 ans à 10,7 ans.

Ainsi, l'espérance de vie en bonne santé tend à s'améliorer. Toutefois, la progression de cet indicateur est disparate entre les pays de l'Union Européenne.

**Tableau 1. Comparaison de l'espérance de vie en bonne santé, en 2019, dans les pays de l'Union Européenne**

Pays	Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années)	Espérance de vie en bonne santé à 65 ans (en années)
Espagne	69,9	12,4
France	64,2	11
Italie	68,3	10,4
Luxembourg	62,5	10,4
Malte	73,2	14,8
Portugal	59,2	7,3
Belgique	62,4	10,6
Grèce	66	7,9
UE (27)	64,6	10,3
Allemagne	66,2	12,2
Danemark	58,9	11,3
Suède	73,2	16,2

Sources : Insee (espérance de vie en bonne santé à la naissance ; Eurostat (espérance de vie en bonne santé à 65 ans)

En 2019, les chiffres de l'INSEE indiquent que la moyenne de l'espérance de vie en bonne santé de l'Union Européenne s'élève à 64,6 ans, quand la moyenne française se trouve juste en-dessous, à 64,2 ans. En haut de la liste, certains pays comme la Suède et Malte se démarquent par une espérance de vie en bonne santé supérieure à 70 ans. Plus précisément, l'espérance de vie en bonne santé moyenne des Suédois et des Maltais s'élève à 73,2 ans !

Les spécialistes dénombrent de multiples facteurs à l'origine de la progression de l'espérance de vie en bonne santé, qui peuvent se regrouper en deux catégories : d'une part, les déterminants de santé et d'autre part, les déterminants sociaux. Les déterminants de santé correspondent aux soins médicaux, aux mesures de santé publique et de prévention, ainsi qu'aux modes de vie (alcoolisme, tabagisme, nutrition). Les déterminants sociaux se réfèrent, quant à eux, aux revenus, au niveau d'instruction et aux conditions de travail.

© Yingyapumi - stock.adobe.com



## 2. Des inégalités prévalentes selon des critères socioéconomiques

En avant-propos, il est important de souligner qu'il existe des inégalités d'espérance de vie et d'espérance de vie en bonne santé selon le genre, les catégories socio-professionnelles et les revenus. Ici, nous nous intéressons exclusivement aux données françaises.

En premier lieu, à 50 ans, les hommes ont une espérance de vie en bonne santé de 23,1 ans alors que celle des femmes s'élève à 24,5 ans (Andrieux et Chantel, 2013).

Nous utilisons par ailleurs un indicateur innovant pour mesurer l'espérance de durée de retraite en bonne santé, qui correspond à la différence entre l'espérance de vie en bonne santé et l'âge de la première liquidation, à savoir l'âge de départ effectif à la retraite. L'intérêt de cet indicateur est de comparer les catégories entre elles (CSP, genre) puisqu'elles ne partagent pas toutes le même âge de départ à la retraite et le même nombre d'années d'espérance de vie en bonne santé. On observe que l'espérance de durée de retraite en bonne santé des femmes est supérieure à celle des hommes, 13,2 contre 12,9 ans (Cambois et Robine, 2013). Cependant, l'espérance de durée de retraite en bonne santé des hommes représente 60,6% de leur espérance de durée de retraite totale, alors que l'espérance de durée de retraite en bonne santé des femmes représente 49,8% de leur espérance de durée de retraite. Ces chiffres présentent une forme de paradoxe, au sens où les femmes vivent plus longtemps et en meilleure santé mais avec des conditions de vie et/ou de travail potentiellement plus difficiles, qui amènent à une part de durée de retraite en bonne santé plus faible que celles des hommes.

Par ailleurs, les inégalités d'espérances de vie en bonne santé se creusent selon les catégories socio-professionnelles (CSP).

D'une part, les CSP+ - chefs d'entreprise et cadres et professions intellectuelles supérieures (hommes et femmes) - ont une espérance de vie à 55 ans en bonne santé et une espérance de vie à 50 ans largement supérieure à celle des CSP-, - ouvriers et employés -. Les CSP+ vivent donc mieux et plus longtemps. En chiffres, l'espérance de vie des cadres retraités à 55 ans s'élève en moyenne à 25,6 ans, alors que, les ouvriers retraités peuvent encore espérer vivre à 55 ans en moyenne 23,2 ans. Quand on compare, ensuite, l'espérance de vie en bonne santé à 50 ans, l'écart se creuse. L'espérance de vie en bonne santé des cadres retraités à 50 ans est de 26,6 ans alors qu'elle n'est que de 21,1 ans pour les ouvriers retraités.

D'autre part, les écarts entre les espérances de vie en bonne santé selon les CSP sont plus marqués que les écarts entre les espérances de vie. Chez les hommes, l'écart des espérances de vie entre les anciens cadres

et les ouvriers s'élève à 3,3 ans, alors que, l'écart des espérances de vie en bonne santé entre les anciens cadres et les ouvriers est de 6,1 ans. Chez les femmes, l'écart des espérances de vie entre les anciennes cadres et ouvrières s'élève à 2,3 ans, alors que, l'écart des espérances de vie en bonne santé entre les anciennes cadres et les ouvrières est de 4,9 ans. Ces résultats reflètent en partie l'impact des niveaux de vie des CSP sur la santé des individus, et sont certainement dus à la particularité et aux conditions de travail très différentes entre CSP.

Les niveaux de revenu sont également marqueurs d'inégalités. Plus le revenu est élevé, plus l'espérance de vie l'est. Entre un salaire de 500€ par mois et 6000€ par mois, la différence d'espérance de vie s'élève à 8 ans pour les femmes et à 13 ans pour les hommes. Cependant, même si l'espérance de vie augmente avec le niveau de vie, il s'avère qu'elle n'augmente pas proportionnellement au niveau de vie. Lorsque le niveau de vie est aux alentours de 1000€, on constate qu'une augmentation du revenu mensuel de 100€ supplémentaire permet une augmentation de l'espérance de vie de 0,9 ans chez les hommes et 0,7 ans chez les femmes. Aux alentours de 2000€, une augmentation similaire de revenu entraîne une hausse de l'espérance de vie de 0,3 an chez les hommes et de 0,2 chez les femmes (Blanpain, 2018).

Les résultats montrent donc que les inégalités d'espérance de vie en bonne santé sont à la fois le fruit d'inégalités d'ordre biologique entre les hommes et les femmes mais aussi liés à des inégalités socioéconomiques.

Pour rééquilibrer ces différences et pour améliorer l'espérance de vie en bonne santé, plusieurs mesures peuvent être mises en place. Premièrement, il est nécessaire de procéder à une réorganisation du système de santé, ce qui inclut des changements au niveau du mode de gestion, du type de couverture. Deuxièmement, l'aspect préventif doit être davantage développé dans le système de santé. Troisièmement, les conditions de travail doivent être améliorées, tant dans la durée que dans l'incitation à pratiquer des activités physiques. Enfin, pour prévenir la perte d'autonomie aux âges avancés, il est important de maintenir les seniors actifs par l'intermédiaire des activités socialisées.



© Robert Kneschke - stock.adobe.com

---

## Les 4 voies d'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé

---

### 1. Vers un système de santé plus local assurant une couverture universelle...

Actuellement, le mode de pilotage du système de santé français est centralisé, et la couverture de santé est hybride ; la prise en charge des frais de santé est assurée d'une part, par le régime de la sécurité sociale et d'autre part, par les complémentaires santé, et enfin, par le patient lui-même. Nous nous intéressons à un autre modèle de couverture de santé, celui de la Suède, qui est aussi le pays qui détient l'espérance de vie en bonne santé la plus élevée d'Europe.

#### Niveau de gestion : local ou national ?

En France, le système de santé est majoritairement géré et financé par la Sécurité sociale. Elle prend en charge les trois quarts du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Parallèlement, l'Etat finance ce qui a trait à la prévention, la formation et la recherche médicale, ainsi qu'à la prise en charge des soins les plus précaires. Au-delà de la Sécurité sociale, il existe des caisses d'assurance maladie par département, chargées de rembourser les frais d'assurance maladie, d'invalidité, de maternité et de décès, ainsi que les accidents du travail.

D'autres pays, comme la Suède, proposent un système décentralisé, dans lequel les municipalités sont responsables du financement, de l'organisation et de la fourniture des soins et donc de lever les impôts pour couvrir les dépenses de santé (Drees, 2003). L'Etat a, quant à lui, un rôle limité. Son rôle principal est alors de définir les grands objectifs de santé publique, ce qui inclut la définition d'un panier de soins minimum, ainsi que les procédures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments.

#### Couverture universelle ou couverture hybride ?

Par ailleurs, les Français bénéficient d'une couverture sociale qualifiée d'hybride, qui implique que l'intégralité des frais de santé ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale. En effet, la majorité des dépenses de santé est assumée par la Sécurité sociale mais une part est également à la charge des mutuelles, en général privées, auxquelles il faut souscrire. Une partie des dépenses peut rester à la charge du patient.

Le modèle suédois est différent et fonctionne sur la base d'un impôt, qui permet de bénéficier d'une couverture totale et sans condition financière. Le montant versé



© ASDf - stock.adobe.com

par les patients varie selon les régions, en fonction des services de santé fournis. Le système couvre en général l'essentiel des frais, des examens en laboratoire aux hospitalisations.

La proximité et l'universalité du système suédois semblent être les premiers facteurs permettant d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé, par le biais de la facilité d'accès du système. Avec un système local et universel, les individus sont potentiellement plus incités à aller se faire soigner ou s'informer sur leur santé. En France, selon France Assos Santé, en 2019, plus de 6 Français sur 10 renoncent à se soigner par manque de moyens ou de médecins.

### 2. ...Ainsi qu'une intégration de la prévention dans le système de santé français

Le système de santé français propose des soins essentiellement curatifs. Néanmoins, les systèmes les plus performants, comme le système suédois propose, en supplément, une dimension préventive qui n'est pas négligeable.

#### Système curatif ou système préventif ?

La France axe principalement son modèle de santé autour de l'aspect curatif. La prévention peut pourtant diminuer les risques. Elle peut, d'ailleurs, se décliner sur plusieurs plans, de la sensibilisation à la sécurité routière à des consultations obligatoires pour les jeunes sur « les modes de vie à risque », c'est-à-dire la consommation de tabac, d'alcool et de drogues. De manière plus générale, les politiques préventives peuvent englober plusieurs champs comme l'éducation, le milieu professionnel, l'aménagement urbain, la sphère privée ou encore les habitudes de consommation.

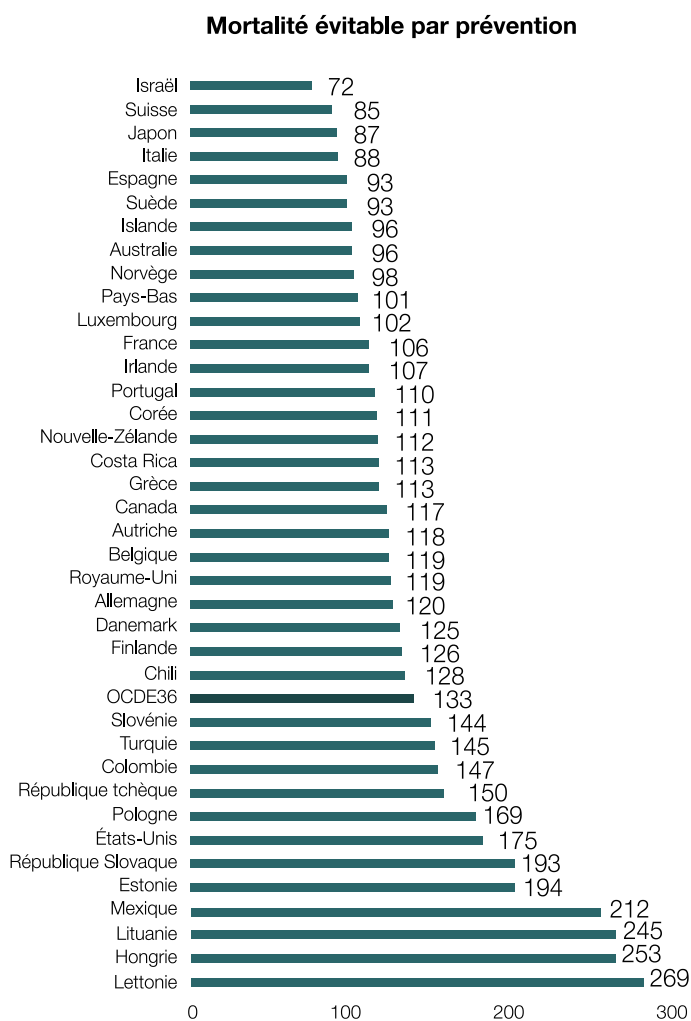
Le système français fait souvent l'objet de critique par le fait que le système ne se résume qu'aux soins. La prévention et l'éducation sanitaire restent encore secondaires, notamment sur les sujets d'alcoolisme et de

tabagisme chez les jeunes.

## Morts évitables : un problème français ?

La France enregistre, d'ailleurs, des chiffres tout particulièrement élevés de morts « prématurées », définies comme l'ensemble des décès survenus avant 65 ans. En 2021, les morts prématurées se chiffrent, en effet, à 122 pour 100 000 individus chez les femmes et à 239 pour 100 000 individus chez les hommes. (Insee, 2022) Cela est directement lié aux comportements à risques. Une grande part de ces décès pourrait être évitée par de meilleures politiques de préventions primaires efficaces et d'autres mesures de santé publique.

### Graphique 2 : Taux de mortalité lié à des causes évitables, 2017 (ou année la plus proche)



### Taux standardisés par âge pour 100 000 habitants

Source : Calculs de l'OCDE, fondés sur la Base de données de l'OMS sur la mortalité.

En comparaison avec d'autres pays développés comme la Suède ou l'Espagne, la France a un taux de mortalité évitable plus élevé (Graphique 2).

Par ailleurs, selon Santé Publique France, la consommation d'alcool serait responsable de 41 000 décès en

2017 et le tabagisme, de plus de 75 000 décès en 2015. A titre de comparaison, en 2017, la part de fumeurs en Suède s'élevait à 7% de la population (la plus basse d'Europe) alors qu'elle était de 26,9% en France. De même, la consommation annuelle d'alcool en 2016 des Français s'élevait à 11,7 litres par an, quand elle était à 8,8 litres en Suède. Les risques liés à l'alcool et le tabac ne sont donc pas suffisamment considérés. Pour preuve, le tabac et l'alcool restent les deux premières causes de mortalités évitables.

Cette différence de consommation peut s'expliquer par le prix de l'alcool, qui est quasiment deux fois plus élevé en Suède et l'interdiction de l'usage du tabac dans certains lieux publics tels que les abribus, les marchés, les sorties d'écoles ou la plage...

## La nutrition préventive

Au-delà de la prévention face à l'alcoolisme et le tabagisme, la nutrition préventive doit être davantage développée. En effet, les recherches en nutrition préventive se basent majoritairement sur la prévention secondaire, qui vise à réduire la prévalence d'une maladie d'une population et la prévention tertiaire, dont le but est de minimiser les incapacités. Toutefois, pour être vraiment efficace, des politiques préventives pendant la première moitié de vie devraient être appliquées, plus précisément, pendant les premières années de vie d'un enfant. Il s'agit de la nutrition préventive primaire, qui consiste en une éducation nutritionnelle et des recommandations appropriées pour atteindre le métabolisme le plus sain possible.

Certaines campagnes préventives, comme celle du Programme National Nutrition Santé « Manger 5 fruits et légumes par jour » préviennent déjà de l'importance de la qualité nutritive tout au long de la vie pour une bonne santé. Pour aller plus loin, le Centre Prévention Santé Longévité de Lille propose des recherches appliquées sur la nutrition et la santé publique. Les études cliniques permettent une meilleure compréhension de l'effet de certains aliments sur l'organisme. Toutes ces mesures peuvent être efficaces pour limiter l'apparition de certaines pathologies comme les cancers et les maladies cardiovasculaires.

En résumé, les modes de vie ont un rôle majeur à jouer dans les gains d'espérance de vie en bonne santé. Pour que les modes de vie aient le plus d'effets sur la bonne santé, la prévention doit être faite dès que l'enfant est en mesure de comprendre les dangers, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool ou de la nutrition.





© lordn - stock.adobe.com

## Prévenir la perte d'autonomie

Dans un pays vieillissant comme la France, il est aussi important d'accorder une place centrale à la prévention de la perte d'autonomie. La perte d'autonomie n'étant pas une fatalité chez les personnes âgées.

Il convient notamment de s'intéresser au concept de fragilité, défini comme une diminution des réserves physiologiques de la personne vieillissante. Les premiers symptômes de la fragilité sont la perte de poids involontaire, la vitesse plus lente de la marche, la sédentarité... La fragilité est considérée comme un état instable, car il y a risque de perte d'une fonction. A ce stade, les interventions peuvent être efficaces et modifier la trajectoire de santé du patient. Certains hôpitaux, comme les Hospices Civils de Lyon ou les Hôpitaux de jour de Toulouse, proposent des consultations préventives pour prévenir la perte de mobilité et permettre, ainsi, un maintien de l'autonomie ou un retardement du processus d'entrée en dépendance.

Des pays développés ont aussi mis en place des mesures préventives de manière à laisser la personne âgée vivre le plus longtemps possible à son domicile (HCFEA, 2019). Au Danemark, une consultation préventive à domicile est proposée à toutes les personnes âgées de 65 à 79 ans et jugées à risque d'isolement. Elle devient obligatoire à l'âge de 80 ans pour assurer l'autonomie de la personne âgée. Au Japon, les personnes âgées autonomes ou présentant un niveau faible de perte d'autonomie (GIR 5 et 6) bénéficient de services et de programmes de prévention de la perte d'autonomie, comme des visites à domicile, et participent à des groupes de soutien pour éviter l'isolement.

Ces dispositifs peuvent donc être mis à disposition à la demande des seniors, encore faut-il qu'ils aient connaissance et envie de bénéficier de ces services. Pour cela, en Suède, les municipalités organisent des événements collectifs à destination des 65 ans et plus, lors desquels ils sensibilisent les seniors à ces sujets.

Par ailleurs, l'organisation de la prise en charge de la perte d'autonomie peut faciliter son accompagnement et éviter le développement de formes plus graves de perte d'autonomie. Ainsi, en Suède, chaque personne est en droit de solliciter les services et les soins dont il a besoin auprès d'un municipal care manager, qui évalue les besoins de la personne dépendantes, puis se charge de la coordination des aides et des services médicaux apportés par la mairie. Être en contact avec une seule personne dans la prise en charge de la perte d'autonomie facilite l'accompagnement de la personne âgée et permet aussi d'assurer un suivi régulier de l'évolution de l'état de dépendance. Et ainsi, d'adapter les services au moment opportun.

Toutefois en France, des progrès sont visibles sur le champ de la prévention de la perte d'autonomie. Des visites préventives viennent d'être mises en place pour certaines professions et catégories socioprofessionnelles. Depuis le décret n°2021-1065 du 9 août 2021, les salariés exposés, au cours de leur carrière, à des risques particuliers (amiante, plomb, agents cancérigènes...) bénéficieront d'une visite médicale de fin de carrière pour organiser un meilleur suivi médical post professionnel et prendre en compte les risques susceptibles de donner lieu à l'apparition de maladies. Afin de prévenir la perte d'autonomie pour tous les seniors, cette visite nécessite d'être étendue à l'ensemble des futurs retraités.

Outre les systèmes de santé qui peuvent jouer en faveur ou en défaveur des gains d'espérance de vie en bonne santé, les conditions de travail en entreprise ont tout intérêt à être soigneusement considérées car elles participent à la qualité de l'environnement d'un individu, qui, lui-même influe directement sur le bien-être et la santé.

### 3. Vers une amélioration des conditions de travail en entreprise avec une diminution du nombre d'heures travaillées pour les non-salariés et une promotion des activités physiques

La qualité de l'environnement de travail influence considérablement plusieurs indicateurs : la croissance économique, mais aussi, la santé et le bien-être des travailleurs européens. C'est dans ce cadre que le système suédois met l'accent sur des politiques en faveur de bonnes conditions dans le monde du travail.

#### Nombre d'heures effectives travaillées

En France comme en Suède, les durées de travail, les jours de repos, les congés sont réglementés par la loi ou des conventions collectives et sont assez similaires.

Néanmoins, nous notons des différences notables en matière d'heures de travail effectives. En termes de durée effective annuelle moyenne de travail pour les salariés à temps complet, la France se place en deuxième position derrière la Suède. La France reste en deçà de la moyenne européenne qui s'élève à 1846 heures puisque la durée effective annuelle moyenne de travail était en 2019 de 1680 heures pour la France et d'environ 1670 heures pour la Suède (EURES, 2019). Cependant, la durée de travail des non-salariés français se situe au-dessus de la moyenne européenne et largement au-dessus du taux suédois, à 2290 heures contre respectivement, 2210 heures et 2110 heures. La durée de travail des non-salariés revient environ à 44 heures de travail par semaine, en enlevant les cinq semaines de congés, ce qui correspond quasiment à 9 heures de travail par jour. Cette durée est supérieure de 36% par rapport aux salariés, et peut, ainsi, avoir des répercussions sur le temps de loisir, qui permet de se reposer, mais aussi de pratiquer une activité sportive et/ou sociale.

De plus, en Suède, seul 1% des salariés travaillent de très longues heures, un des taux les plus bas de la zone OCDE. En France, presque 8% des salariés travaillent de très longues heures, ce qui reste toutefois en-dessous du taux moyen observé dans les pays de l'OCDE (11%) (OCDE, 2020). Veiller à respecter des heures de travail soutenables, en somme, ne pas tomber dans la pénibilité du travail liée au nombre d'heures travaillées importantes semble être également un facteur déterminant dans la voie vers une bonne santé.

#### Promouvoir les activités physiques

Par ailleurs, en Suède, la plupart des bureaux ont un espace dédié à la pause et la plupart des entreprises subventionnent les activités sportives de leurs salariés depuis la fin des années 1980. Les effets bénéfiques des activités physiques sur la santé sont connus : la pratique d'une activité modérée (au moins 20 minutes trois fois par semaine) ou intense (au moins 3 heures par semaine) diminue de 30% le risque de mortalité prématurée (Inserm, 2008)

Dans le même thème, la sédentarité et plus précisément le fait de rester de longues heures assises, est un problème majeur. Selon le professeur en médecine du travail Frédéric Dutheil, la « sédentarité est la première cause de mortalité évitable dans les pays développés. » (Le Monde, 2021), C'est pourtant un fait encore largement ignoré.

En résumé, il est important de prêter une attention toute particulière aux non-salariés et aux salariés travaillant de très longues heures et à les protéger. Les dispositifs mis en place dans les entreprises suédoises, comme des espaces dédiés à la pause et la subvention d'activités sportives, incitent à une meilleure hygiène de vie. La France a tout intérêt à s'en inspirer et encourager ses pratiques

© Halfpoint - stock.adobe.com



## 4 Les activités socialisées à l'origine du recul de l'entrée en dépendance

Au-delà de l'organisation du système de santé et des conditions de travail en entreprise, d'autres facteurs peuvent entrer en jeu dans les gains d'espérance de vie en bonne santé. C'est notamment le concept d'« activités socialisées ». Ce concept novateur introduit par la Chaire TDTE correspond à « toutes activités sociales, un peu contraignantes, d'intérêt général et pas nécessairement rémunérées ». Ces activités socialisées peuvent être plus communément du bénévolat, la participation à la vie sociale, communautaire et locale. Elles ont pour vocation à donner un rôle, une place et une utilité dans la société aux seniors, ainsi que de valoriser leurs compétences et savoirs accumulés tout au long de leur vie. Ces activités socialisées peuvent d'une part, avoir un impact économique considérable, évalué par la Chaire à 9,7 milliards d'euros en 2017 (Lorenzi et al, 2019). Mais aussi, d'autre part, être facteur de bien-être et de bonne santé à âge élevé.

En effet, la Chaire a produit des travaux montrant que les activités socialisées ont un impact sur le bien-être subjectif des seniors, et notamment à âge élevé, à plus de 80 ans (Hammou-ou-Ali, 2020). De plus, une étude a été réalisée pour évaluer l'impact de la pratique d'activités socialisées sur l'âge d'entrée en dépendance. Les résultats montrent que la pratique de ces activités chez les individus de plus de 60 ans retarde en moyenne de 3,2 ans l'âge d'entrée en dépendance (El Abbouni et Moret, 2021). La participation à un club sportif ou social permet de retarder, d'autant plus, l'entrée en dépendance.

Or, si ces activités socialisées sont si bénéfiques aux seniors, sa pratique diminue : le taux d'engagement bénévole des plus de 65 ans a diminué de 8 points sur neuf ans (Thierry, 2015). En effet, la pratique d'activités socialisées n'est pas une évidence pour les seniors, mais davantage le fruit de déterminants familiaux et de caractéristiques sociodémographiques.

La Chaire TDTE préconise une politique individualisée d'ampleur en faveur des activités socialisées, adaptée aux profils des seniors. L'objectif de cette politique est d'aider les seniors à préparer leur projet de vie à la retraite et leur donner l'envie de rester actifs, soit en continuant à travailler, soit en faisant des activités associatives et non rémunérées. On observe notamment qu'en France, l'âge de départ effectif à la retraite est relativement bas, 60,8 ans, en comparaison à d'autres pays et notamment la Suède avec un âge de départ effectif à la retraite de 65,9 ans (OCDE, 2019). Ce fait questionne la capacité du marché du travail français à intégrer les seniors et à leur donner envie de continuer à travailler.

La politique individualisée proposée par la Chaire recommande, en premier, le déploiement de dispositifs de transition emploi-retraite dans les entreprises et dans le secteur public, avec notamment le développement du mécénat de compétences et de la retraite progressive. Elle préconise, ensuite, la mise en place d'une formation individualisée par les caisses de retraite et mutuelles pour accompagner les seniors dans la définition de leur projet de vie. Formation qui pourra être financée au moyen du CPF, en permettant son accès après le départ en retraite ou en mobilisant les plans de formation en entreprises. Enfin, une plateforme pourra être créée pour connecter associations et seniors en demande d'activités socialisées, en particulier dans les zones urbaines où les seniors pratiquent le moins d'activités socialisées. Cette politique suppose, de manière générale, une révolution culturelle et un changement de considération des seniors dans nos sociétés, en mettant en valeur leur potentiel et leur utilité pour la société. Dans le milieu associatif, un statut de bénévole actif pourra être considéré tout comme la création d'un marché de bénévole à la retraite.



---

## Références

---

Blanpain N., « L'espérance de vie par niveau de vie - méthode et principaux résultats », Documents de travail n° F1801, Insee, 2018.

A. Moret, Y. El Abbouni (2021), Quel effet de la pratique d'activités socialisées des seniors sur l'âge d'entrée en dépendance ?, TDTE, **[Effet de la pratique d'activités socialisées des seniors sur l'âge d'entrée en dépendance \(tdte.fr\)](#)**

Actu.fr (2019), Voici les pays où on boit le plus d'alcool en Europe, **[Voici les pays où on boit le plus d'alcool en Europe | Actu](#)** (données OMS 2017)

DREES (2017), « L'Etat de santé de la population en France », **[Rapport-ESPF-2017.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)**, p13

DREES (2003), Etudes et résultats, Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins, **[Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)**

E. Cambois, J-M Robine (2011), « Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans », Bulletin épidémiologique hebdomadaire

EURES, Conditions de vie et de travail : Suède, Conditions de vie et de travail : Suède (europa.eu)

EURES, Conditions de vie et de travail : Suède, Le temps de travail – Les congés (congés annuels, congé parental, etc...), **[Conditions de vie et de travail : Suède \(europa.eu\)](#)**

EURES, Conditions de vie et de travail : France, Le temps de travail – Les congés (congés annuels, congé parental, etc...), **[Conditions de vie et de travail : France \(europa.eu\)](#)**

Eurostat (2021), Nombre d'années de vie en bonne santé à 65 ans, par sexe, Statistics | **[Eurostat \(europa.eu\)](#)**

France Assos Santé (2019), Enquête BVA pour France Assos Santé sur les difficultés d'accès aux soins des français, **[Enquête BVA pour France Assos Santé sur les difficultés d'accès aux soins des français - France Assos Santé \(france-assos-sante.org\)](#)**

Génération sans tabac (2020), La Suède, pays bonne élève de l'Union Européenne ?, **[La Suède, pays bon élève de l'Union européenne ? \(generationsans-tabac.org\)](#)**

Hammou-ou-Ali, H. (2020) « Les activités socialisées et le bien-être psychologique des seniors », Chaire TDTE, 16 septembre 2020, disponible sur le site : tdte.fr.

HCFEA (2019), Conseil de l'âge, « Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales », **[Conseil de l'âge note comparaisons internationales soutien a l'autonomie VF-2.pdf \(hcfea.fr\)](#)**, p45, 53, 133

IHEDATE (2018), Territoires, santé et bien-être en Suède, **[Microsoft Word - MEP2 Intro.docx \(ihedate.org\)](#)**

Insee (2022), Taux de mortalité prématurée selon le sexe, Données annuelles de 2002 à 2021, **[Taux de mortalité prématurée selon le sexe | Insee](#)**

Insee (2021), Espérance de vie en bonne santé, **[Espérance de vie en bonne santé – Indicateurs de richesse nationale | Insee](#)**

Insee (2021), Indicateurs de richesse nationale, **[Espérance de vie en bonne santé, Espérance de vie en bonne santé – Indicateurs de richesse nationale | Insee](#)**

Insee (2019), Espérance de vie en bonne santé / AVBS / Espérance de vie sans incapacité / EVSI / EVSI / EVBS, **[Définition - Espérance de vie en bonne santé / AVBS / Espérance de vie sans incapacité / EVSI / EVSI / EVBS / AVBS / Espérance de vie sans incapacité / EVSI / EVSI / EVBS | Insee](#)**

Insee (2018), « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes »

Inserm, Activité Physique : contextes et effets sur la santé. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2008, p 190.  
Le Monde (2012), **Faire du sport régulièrement accroît l'espérance de vie, Faire du sport régulièrement accroît l'espérance de vie (lemonde.fr)**

Le Monde (2021), « La sédentarité, un risque professionnel accru par le télétravail »

Lorenzi, J-H., Albouy, F-X., Villemeur, A. (2020) « Les activités socialisées des seniors », avec la collaboration de Adeline Moret, Chaire TDTE

M. Pousse-Plesse (2012), Quel(s) bénévolat(s) pour les seniors à l'échelle européenne ? Les politiques sociales, **Quel(s) bénévolat(s) pour les seniors à l'échelle européenne ? | Cairn.info**

OECD Family Database, LMF2.6: Time spent travelling to and from work, LMF12 **Time spent travelling to and from work webwa.doc (oecd.org)**

OCDE, Better Life Index – Suède, **Votre Indicateur Du Vivre Mieux (oecdbetterlifeindex.org)**

OCDE, Better Life Index – France, **Votre Indicateur Du Vivre Mieux (oecdbetterlifeindex.org)**

OCDE, Vieillissement et politiques de l'emploi – Statistiques sur l'âge effectif moyen de la retraite, **Vieillissement et politiques de l'emploi - Statistiques sur l'âge effectif moyen de la retraite - OCDE (oecd.org)**

OCDE (2018), Sweden, Key policies to promote longer working lives, Country note 2007 to 2017, **Sweden Key policies Final.pdf (oecd.org)**

OCDE (2017), Panorama de la santé, « Quels sont les facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie des dernières décennies ? Analyse internationale des états membres de l'OCDE, **Quels sont les facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie des dernières décennies ? Analyse internationale des**

**états membres de l'OCDE | Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org)**

OCDE, Vieillissement et politiques de l'emploi – Statistiques sur l'âge effectif moyen de la retraite, **Vieillissement et politiques de l'emploi - Statistiques sur l'âge effectif moyen de la retraite - OCDE (oecd.org)**

Rexecode (2021), Document de travail n°79, La durée effective du travail en France et en Europe, Les résultats de 2019, **Document-de-travail-79-Duree-effective-du-travail-en-France-et-en-Europe-2021-10.pdf**

Santé Publique France (2020), Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 26 mai 2020, n°14, Journée mondiale sans tabac 2020, p 275

Santé Publique France (2018), Tabagisme en France : 1 million de fumeurs quotidiens en moins, **Tabagisme en France : 1 million de fumeurs quotidiens en moins (santepubliquefrance.fr)**

Service public (2020), Repos hebdomadaire du salarié, **Repos hebdomadaire du salarié | service-public.fr**

The Conversation (2020), Alimentation : préserver son métabolisme de base pour vivre plus longtemps en bonne santé, **Alimentation : préserver son métabolisme de base pour vivre plus longtemps en bonne santé (theconversation.com)**

Thierry, D. (2015) « L'engagement bénévole des seniors : une implication réfléchie ! », Etude Seniors et bénévolat, Janvier 2015.

V. Andrieux, C. Chantel, « Espérance de vie, durée passée à la retraite », Drees, juin 2013.



---

**Chaire « Transitions démographiques,  
transitions économiques » (TDTE)**

**Pour en savoir plus :**

[www.tdte.fr](http://www.tdte.fr)



**Ensemble,  
faisons grandir  
la France**

[caissedesdepots.fr](http://caissedesdepots.fr)