

## L'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe devient longitudinale

Les données de la deuxième vague sont désormais disponibles

Claire Barangé, Violaine Eudier, Nicolas Sirven

L'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe constitue une base de données multidisciplinaire, internationale et longitudinale permettant d'étudier les problématiques du vieillissement. La seconde vague de l'enquête, menée en 2006-07 auprès des personnes interrogées une première fois en 2004-05, fait désormais de SHARE un panel. Dans la mesure où le vieillissement constitue moins un état qu'un processus, cette dimension longitudinale est indispensable pour mettre en évidence les évolutions, les transitions, ainsi que les effets de génération et les phénomènes de causalité.

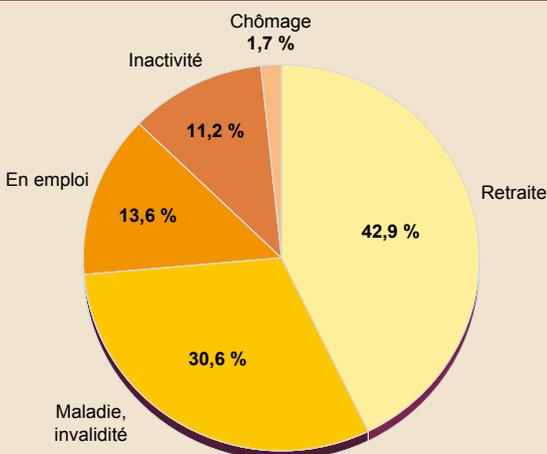
Ce Questions d'économie de la santé présente quelques résultats préliminaires issus de la seconde vague d'enquête de SHARE. Ces résultats portent notamment sur la dynamique de la santé et du marché de l'emploi. Ils soulignent l'influence des conditions de travail et des dispositifs mis en œuvre d'un pays à l'autre – notamment en matière d'assurance invalidité – sur le choix de sortie prématurée d'emploi et de passage à la retraite. Par ailleurs, ces nouvelles données confirment les observations de la première vague en termes d'inégalités de santé et apportent un éclairage complémentaire sur les déterminants individuels de l'évolution du recours aux soins.

Le phénomène de vieillissement de la population s'observe particulièrement en Europe où le taux de personnes âgées est le plus élevé – plus de 20 % des Européens ont plus de 60 ans et ce chiffre devrait atteindre 35 % en 2050. Le vieillissement s'accompagnant souvent d'une dégradation des conditions de santé des personnes, le risque d'un accroissement des dépenses de santé et d'une réduction de la performance économique est important.

Relever le défi du vieillissement demande d'abord d'identifier les mécanismes économiques, politiques, sociaux et de santé publique qui lui sont liés. Il s'agit de comprendre comment le vieillissement nous affecte tous, à la fois individuellement et à l'échelle de la société. Mais les processus du vieillissement individuel demeurent variés et, par ailleurs, chaque pays a ses spécificités dans la mesure où les cultures ainsi que la formation des institutions et des politiques publiques diffèrent historiquement.

SHARE constitue un outil précieux pour comprendre les relations entre la santé, la participation au marché du travail et le contexte institutionnel de prise en charge des personnes âgées en Europe. Le caractère international, multidisciplinaire et longitudinal (suivi des mêmes personnes à intervalles de temps réguliers) depuis la réalisation de la vague 2, constitue l'un

Statut des personnes enquêtées qui avaient déclaré percevoir une pension d'invalidité en 2004 et qui n'en perçoivent plus en 2006



**Champ.** Personnes âgées de 50 à 64 ans en 2004, ayant participé aux deux premières vagues de l'enquête SHARE (effectif : 8 942).

**Guide de lecture.** Parmi les enquêtés qui en 2004 sont couverts par une assurance invalidité et qui ne le sont plus en 2006, 13,6 % retournent en emploi tandis que 42,9 % partent à la retraite. 11,2 % deviennent inactifs et 1,7 % passent au chômage. Enfin les 30,6 % qui restent malades ou invalides reposent sur les solidarités familiales.

Source : Börsch-Supan *et al.* (2008). Données : SHARE.

des points forts de SHARE. Les données de panel sont particulièrement utiles pour mettre en évidence des phénomènes de transition, des effets de génération ou des relations causales. Ces données concernent des individus âgés de 50 ans ou plus, ainsi que leur conjoint, interrogés lors d'une première vague d'enquête en 2004-05, et réinterrogés en 2006-07 (Cf. encadré page 3 et tableau ci-dessous).

Outre l'inclusion de nouveaux pays dans l'échantillon de la vague 2 (Pologne et République tchèque), les principaux changements méthodologiques dans l'enquête concernent l'incorporation de nouveaux enquêtés (échantillons de rafraîchissement), le suivi des personnes ayant intégré une institution entre les deux vagues, ainsi qu'un « questionnaire de fin de vie » qui collecte l'information auprès d'un tiers (membre de la famille, voisin, ami...) sur les circonstances du décès survenu entre les deux vagues.

### Des dispositifs institutionnels généreux conjugués à de mauvaises conditions de travail favorisent la sortie prématurée du marché de l'emploi

#### L'assurance invalidité est souvent utilisée comme transition vers la retraite

L'aspect longitudinal de SHARE permet d'identifier certaines transitions individuelles comme la dynamique du recours à l'assurance invalidité (pension versée aux salariés pour compenser une perte de revenu consécutive à une invalidité ou à une maladie non professionnelle). Sur les 8 942 individus âgés de 50 à 64 ans couverts en vague 1 par ce type de pension et qui ne le sont plus en vague 2, 43 % ont transité vers le système de retraite et 15 % sont retournés sur le marché du travail (soit 14 % d'actifs occupés et 2 % de chômeurs). Ainsi, l'assurance invalidité sert souvent d'étape avant la retraite (Börsch-Supan *et al.*, 2008).

Pourtant, trajectoires d'entrée ou de sortie vers ou en provenance de l'invalidité, d'une part, et trajectoires de santé déclarée, d'autre part, apparaissent peu corrélées. Ce résultat demeure robuste pour diffé-

rents indicateurs objectifs de santé tels que les symptômes de la dépression, ou la force de préhension mesurée par des tests. Il peut s'agir d'un « biais d'autojustification » : les individus bénéficiant de l'assurance invalidité auraient tendance à juger leur état de santé à la baisse afin de « justifier » le recours à ce type de pension. Paradoxalement, dans les pays présentant un taux élevé d'individus bénéficiant de l'assurance invalidité (les pays scandinaves et les Pays-Bas), l'état de santé moyen déclaré est meilleur que dans les pays du sud de l'Europe, pourtant caractérisés par un faible taux de bénéficiaires de l'assurance invalidité.

Ces différences entre les pays européens dans les phénomènes d'entrée-sortie des bénéficiaires de l'assurance invalidité semblent donc s'expliquer principalement par la générosité des systèmes (niveau minimum d'invalidité requis pour l'ouverture des droits, évaluation médicale...).

#### Les conditions de travail et d'emploi influencent le choix du départ à la retraite

À partir des données de SHARE, un indicateur composite qualifiant les conditions de travail et d'emploi (« *job quality* »)

SHARE, base d'information européenne sur la santé et le vieillissement, est une infrastructure internationale de recherche reconnue par la Communauté européenne. La coordination générale en est assurée par le Mannheim Research Institute for the Economics of Aging en Allemagne (Centre de recherche en économie du vieillissement).

Dans chaque pays participant, l'enquête est supervisée par des chercheurs ou des universitaires. En France, l'IRDES et l'INSEE en assurent la conduite.

Les trois premières vagues de SHARE ont été principalement financées par la Commission européenne, avec l'appui de nombreux financeurs nationaux. Les vagues suivantes devraient être essentiellement financées au niveau national.

peut être mis en relation avec la décision de partir à la retraite. Cet indicateur permet de regrouper des informations concernant la charge physique de travail, la pression imposée au travail, la stabilité de l'emploi et le système de primes.

Les données de SHARE en 2004-05 soulignaient déjà la relation forte entre mauvaises conditions de travail et mauvaise santé, et indiquaient que ces mauvaises conditions de travail – par la

Effectif par pays des échantillons des vagues 1 et 2 et du panel de l'enquête SHARE

	Échantillon vague 1 (2004)	Échantillon vague 2 (2006)	Panel (enquêtés ayant participé aux vagues 1 et 2)	
			Effectif	Taux de rétention
Autriche	1 893	1 341	1 238	65,4 %
Belgique	3 827	3 169	2 808	73,4 %
Danemark	1 707	2 616	1 249	73,2 %
France	3 193	2 968	1 998	62,6 %
Allemagne	3 008	2 568	1 544	51,3 %
Grèce	2 898	3 243	2 280	78,7 %
Italie	2 559	2 983	1 766	69,0 %
Pays-Bas	2 979	2 661	1 777	59,7 %
Espagne	2 396	2 228	1 375	57,4 %
Suède	3 053	2 745	2 010	65,8 %
Suisse	1 004	1 462	696	69,3 %
<b>Total 11 pays</b>	<b>28 517</b>	<b>27 984</b>	<b>18 741</b>	<b>65,7 %</b>
Israël	2 598	<i>en cours</i>	-	-
Pologne	-	2 467	-	-
République tchèque	-	2 830	-	-
Irlande	-	<i>en cours</i>	-	-
<b>Total 15 pays</b>	<b>31 115</b>	<b>33 281</b>	-	-

**Descriptif.** Le tableau présente l'effectif des personnes sondées par SHARE respectivement en 2004 et en 2006, l'effectif des personnes qui ont été réinterrogées en 2006, ainsi que le taux de réinterrogation.

**Guide de lecture.** En France, 3 193 personnes en 2004 et 2 968 personnes en 2006 ont participé à l'enquête SHARE. En 2006, 1 998 personnes avaient déjà été interrogées en 2004 ; la part de cet échantillon par rapport à celui de 2004 est de 62,6 %.

Source: SHARE.



SOURCE

## l'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe

### Objectifs et champ de l'enquête

L'enquête européenne SHARE (*Survey on Health Ageing and Retirement in Europe*) a pour objectif de construire un panel européen centré sur les questions sanitaires et socio-économiques liées au vieillissement.

Lancé en 2002, le projet SHARE a fait l'objet en 2004 d'une première vague d'enquête dans 11 pays européens : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Grèce, Italie, Pays-Bas, Suède, Suisse, France ainsi qu'Israël. Ces pays ont été rejoints, en 2006, par la Pologne, la République Tchèque et l'Irlande. L'enquête prend désormais la forme d'un panel biennal.

### Thèmes traités

Les données collectées explorent les domaines suivants :

- l'état de santé (santé physique, comportements à risque, capacités cognitives, santé mentale, système de soins, force de préhension, vitesse de marche) ;
- la participation au marché du travail (emploi et retraite) ;
- les conditions de vie (richesse, revenu, consommation, actifs financiers, transferts, logement) ;
- la démographie (composition du ménage, enfants) ;
- le statut social (soutien familial et social, activité sociale, anticipations).

### Echantillon

SHARE interroge dans toute l'Europe un échantillon de ménages dont au moins un membre est âgé de 50 ans et plus. La vague 2 recense plus de 40 000 observations en coupe dans 15 pays européens. Les données de panel concernent plus de 18 000 individus âgés de 50 ans et plus dans les pays participants.

En France, dans la continuité de SHARE 2004, l'enquête 2006 a eu lieu auprès de ménages ordinaires comprenant au moins un membre âgé de 50 ans ou plus et, éventuellement, son conjoint plus jeune. 2 000 à 2 500 personnes âgées de 50 ans ou plus et leur conjoint ont ainsi été interrogés.

L'échantillon 2006 en France est constitué :

- des personnes enquêtées en 2004 de manière à obtenir un échantillon partiellement pané-lisé ;
- d'un échantillon de rafraîchissement composé de 1 500 ménages dans lesquels se trouve au moins un individu âgé de 50 ans ou plus en 2006. Dans chaque ménage éligible, un individu tiré au sort parmi les éligibles de 50 ans et plus, ainsi que son conjoint éventuel, sont interrogés ;

Les personnes interrogées en 2004 qui seraient entrées en institution depuis lors, sont suivies et réinterrogées.

### Méthode

La méthode d'enquête se fonde sur :

- un questionnaire principal sous CAPI (rempli par entretien en face à face) divisé en 22 modules ;
- des tests cognitifs et des tests physiques ;
- un questionnaire papier auto-administré comprenant soit un questionnaire papier appelé « Drop-Off », soit un questionnaire dit de « vignettes » ;
- un nouveau questionnaire de fin de vie, sous CAPI, appelé « Exit Interview ».

L'utilisation de « proxy » est autorisée : un proche peut répondre à certaines parties du questionnaire si l'état de santé de l'enquêté ne lui permet pas de le faire.

Enfin, les questions posées sont identiques dans tous les pays.

### Pour en savoir plus...

Des informations complémentaires sont disponibles sur le site [www.share-project.org](http://www.share-project.org) où l'on trouvera notamment un descriptif complet des données, des premiers résultats commentés, ainsi qu'une liste non exhaustive des travaux académiques utilisant SHARE. En particulier, les ouvrages édités par Börsch-Supan et al. (2005-2008) comportent d'intéressantes analyses sur des domaines variés : statut économique, revenu et richesse, pauvreté et inégalités, logement, qualité de vie, famille et réseaux sociaux, volontariat, etc.

réduction de bien-être qu'elles induisent – accélèrent la décision de départ à la retraite. Les conditions de travail influenceraient directement la sortie du marché du travail *via* leur impact sur la satisfaction des individus et, indirectement, par l'intermédiaire d'une dégradation des conditions de santé.

Les données de la vague 2 permettent d'aller au-delà de la simple corrélation observée au niveau international et

d'approfondir cette hypothèse. Une première analyse au niveau individuel met en évidence l'influence de la satisfaction subjective de l'emploi occupé en 2004 sur la décision d'arrêter son activité deux ans plus tard. Le fait que les travailleurs insatisfaits ont deux fois plus de chances de partir en retraite à la vague suivante montre bien le rôle primordial d'une perception favorable des conditions de

travail pour maintenir la force de travail disponible en activité.

## SHARE permet une analyse dynamique des inégalités de santé et de l'évolution du recours aux soins

### Les inégalités de santé persistent en Europe

Les données de la vague 2 de SHARE confirment les observations de la vague précédente : une situation socio-économique défavorable s'accompagne d'un état de santé moins bon. Les Européens ayant un faible niveau d'éducation ou de richesses sont plus fréquemment exposés à des maladies cardio-vasculaires, à des cancers du poumon, à de l'arthrite ou à une incapacité. Par exemple, 1,45 % des Européens les plus pauvres en vague 1 ont déclaré avoir eu une attaque entre la vague 1 et 2, contre seulement 0,85 % des plus riches.

### Améliorer la qualité du panel

Toutes les enquêtes en panel subissent de l'attrition, c'est-à-dire une déperdition au fil du temps des individus enquêtés – déménagements à l'étranger ou à une adresse inconnue, décès sans possibilité d'entretien de fin de vie, maladie grave, ou refus d'être réinterrogés.

Des efforts ont été réalisés dans SHARE pour limiter cette érosion, notamment à travers une meilleure formation des enquêteurs, et l'octroi d'incitations financières dans certains pays. Le taux de rétention moyen est de 65,7 %. Il est un peu inférieur en France. Il en est de même pour les pays ayant une population âgée relativement mobile, un territoire vaste ou n'ayant pas de

giste de population (cf. Tableau page 2).

Pour limiter l'attrition de l'échantillon liée à la mobilité résidentielle, la gestion du panel SHARE utilise l'outil de suivi des adresses des ménages enquêtés que l'INSEE a mis en place pour ses enquêtes panélistes. Il sera également demandé aux ménages interrogés les coordonnées d'une personne relais (enfant, voisin...) qui pourra éventuellement être contactée après un déménagement du ménage, en cas de difficulté pour retrouver sa nouvelle adresse. Enfin, la vague 4 de SHARE devrait fournir l'occasion de procéder à un rafraîchissement de l'échantillon dans tous les pays.

Les premiers résultats de l'approche dynamique suggèrent une persistance des inégalités de santé d'une vague à l'autre, ce qui révèle un certain déterminisme quant à l'évolution des comportements des individus face à leur santé au cours de la vie. Par exemple, les chances d'arrêter de fumer ou de voir son état de santé perçu s'améliorer se réduisent d'autant plus que, toutes choses égales par ailleurs, le niveau d'éducation et le niveau de richesse d'origine sont faibles.

### Les événements de la vie modifient l'utilisation des services de soins

Les données de la vague 2 permettent de tester l'hypothèse selon laquelle le recours au système de soins est modifié par des événements de la vie et des changements de statut socio-économique survenus entre 2004-05 et 2006-07.

#### Améliorer la comparabilité internationale grâce à l'utilisation de « vignettes étalon »

Les comparaisons internationales fondées sur des évaluations subjectives peuvent être biaisées par la façon dont les gens comprennent les questions et y répondent (en raison notamment de différences historiques, culturelles, institutionnelles...).

Ce problème (*Differential Item Functioning* – DIF) peut être résolu par l'emploi de « vignettes étalon », qui sont de courts scénarios fictifs décrivant la situation d'un individu. Ainsi, les enquêtés évaluent en premier lieu la situation de cette personne (par exemple son état de santé) puis déterminent, sur la même échelle, leur propre niveau de bien-être. Ils fournissent ainsi une valeur d'ancrage, basée sur une situation fictive commune à tous les répondants. Les réponses à ces vignettes sont utilisées pour rendre comparables les évaluations subjectives entre les pays, les groupes socio-économiques, etc. SHARE s'efforce ainsi d'améliorer la rigueur des comparaisons internationales.

Les questionnaires « vignettes » ont été posés dans 11 pays de la vague 2 sur des thèmes comme la santé, la satisfaction au travail, etc. Pour une illustration des méthodes d'utilisation des vignettes, on peut se référer à Lardjane et Dourgnon (2007) pour une étude portant sur la comparaison des états de santé selon une approche non paramétrique, et Sirven *et al.* (2008) pour une comparaison de la satisfaction avec le système de soins selon une approche paramétrique.

En vague 1, 2 438 individus (soit 14 % de l'échantillon) ont déclaré ne pas avoir eu de consultation médicale dans les 12 derniers mois. En vague 2, 59 % d'entre eux ont déclaré avoir consulté un médecin. Cette proportion s'accroît avec l'âge, de 53 % pour les 50-54 ans à 68 % pour les 75 ans et plus. La probabilité de passer de moins de 13 visites annuelles à plus augmente aussi avec l'âge, passant de 5 % pour les 50-54 ans à 13 % pour les 75 ans et plus.

Les modèles multi-variés (contrôlant pour l'âge, le genre, le niveau d'éducation, la santé perçue, etc.) suggèrent que la réduction de la taille du ménage, la cessation d'activité et les changements concernant l'assurance santé, accroissent significativement la probabilité d'avoir des visites médicales plus fréquentes. En revanche, il semble que, ces éléments étant pris en compte, les fluctuations du revenu, à la hausse comme à la baisse, ne modifient pas significativement les habitudes de recours aux consultations médicales.



La production de connaissances sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe devrait s'accroître

avec le déploiement des vagues d'enquête successives de SHARE. SHARELIFE, la troisième vague, fournira des données rétrospectives concernant les enfants, les partenaires, le logement, l'emploi, les actifs financiers, l'état de santé, le bonheur et les autres dimensions du bien-être au cours de la vie de l'enquêté. L'objectif est de compléter les données de panel des vagues 1 et 2 par une dimension longitudinale plus étendue, en retraçant les trajectoires des individus au cours de leur vie. Ce type de données sur les « histoires de vie » pourra être utile pour tester par exemple l'influence des maladies de l'enfance sur la mortalité ou la qualité de vie sur le long terme. Il sera aussi possible de superposer trajectoires individuelles et changements économiques, sociaux, politiques et institutionnels des États au cours du siècle passé.

SHARE vise à s'étendre à l'ensemble des pays européens et à accroître la taille des échantillons au sein des pays participants. SHARE est une infrastructure de recherche « vivante », c'est-à-dire réactive et en constante adéquation avec les développements les plus récents de la recherche et du débat public. De nouveaux thèmes (nutrition, emploi du temps, etc.) et de nouveaux outils (biomarqueurs, etc.) sont envisagés afin de maintenir l'enquête au plus près des besoins des chercheurs.

La tendance actuelle à la collecte d'informations individuelles sur le vieillissement dépasse largement le cadre européen. En plus des enquêtes pionnières dont SHARE s'est inspirée, comme HRS (Health and Retirement Study) aux États-Unis et ELSA (English Longitudinal Survey on Ageing) au Royaume-Uni, des enquêtes similaires se développent au Mexique, au Japon et en Corée. D'autres pays, comme la Chine, l'Inde et la Thaïlande, ont exprimé leur intérêt pour SHARE et souhaitent mettre sur pied des infrastructures similaires dans un futur proche. SHARE n'apparaît donc plus seulement comme un partenariat réussi entre chercheurs et institutions nationales et supranationales en Europe, mais aussi comme la composante européenne d'une initiative mondiale de recherche sur le vieillissement.



#### POUR EN SAVOIR PLUS

- Börsch-Supan A. *et al.* (2008), *Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007). Starting the Longitudinal Dimension*. MEA, Université de Mannheim (Allemagne).
- Börsch-Supan A. *et al.* (2005), *Health, Ageing, and Retirement in Europe, First Results from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe*. MEA, U. de Mannheim (Allemagne).

#### Voir aussi

- Sirven N., Santos-Eggimann B., Spagnoli J. (09/2008), *Comparability of Health Care Responsiveness in Europe. Using anchoring vignettes from SHARE*, Document de travail IRDES n° 15.
- Lardjane S., Dourgnon P. (02/2007), *Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons*, Document de travail IRDES n° 2.



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - 10, rue Vauvenargues 75018 Paris  
Tél. : 01 53 93 43 02/17 - Fax : 01 53 93 43 07 - Site : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr) - Email : [diffusion@irdes.fr](mailto:diffusion@irdes.fr)  
Directrice de la publication : Chantal Cases - Rédactrice en chef technique : Nathalie Meunier-Masson  
Relecteurs : Thierry Debrand, Anna Marek, Zeynep Or  
Correctrice : Martine Broïdo - Maquettiste : Franck-Séverin Clérebault  
ISSN : 1283-4769 - Diffusion par abonnement : 60 € par an - Prix du numéro : 6 € - 10 à 15 numéros par an.