

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

4<sup>e</sup> édition (vague 4)

## *Actualités-Printemps 2011*

### **Contenu**

- Aperçu général du projet SHARE
- Actualités de la vague 4
- Actualités de la recherche à partir de SHARE
- Développements récents du projet SHARE

### **Contacts**

- Anne Laferrère (INSEE) [anne.laferrere@insee.fr](mailto:anne.laferrere@insee.fr)
- Nicolas Sirven (IRDES) [sirven@irdes.fr](mailto:sirven@irdes.fr)



# Table des matières

<b>Aperçu général du projet SHARE</b>	<b>5</b>
1. Le vieillissement : un enjeu pour l'Europe de demain	5
2. Objectif du projet	5
2.1. Résultats attendus	
2.2. Bilan des trois premières vagues en France et en Europe	
3. Méthodologie	7
3.1. Outils utilisés	
3.2. Territoire d'action	
3.3. Partenaires	
3.4. Repères éthiques et approche proposée	
4. Equipe responsable du projet	8
<b>Actualités de la vague 4</b>	<b>10</b>
1. Contexte	10
2. Calendrier	10
3. Etat des lieux de la collecte au 31/03/2011	12
3.1. Echantillon entrant (GfK-ISL)	
3.2. Echantillon historique (INSEE)	
<b>Actualités de la recherche à partir de SHARE</b>	<b>15</b>
1. Aperçu général	15
2. Focus thématique : « santé-travail »	16
2.1. Florilège de la littérature	
2.2. Le projet HEAPS (IRDES-LEGOS)	
3. Focus thématique : « dépendance »	21
3.1. La prise en charge de la dépendance	
3.2. La prévention de la dépendance : approche par la Fragilité	
Bibliographie thématique utilisant SHARE	25
<b>Développements récents du projet SHARE</b>	<b>27</b>
• SHARE devient le premier ERIC	27
• De SHARE à SHARE-ERIC	28
• Le rôle des ERIC dans la recherche européenne	28



# Aperçu général du projet SHARE

---

## 1. Le vieillissement : un enjeu pour l'Europe de demain

L'Europe est le continent le plus vieux du monde en termes démographiques. L'âge médian y est le plus élevé (39 ans) et un Européen sur cinq a plus de 60 ans. D'après les projections des Nations Unies, ce chiffre pourrait atteindre 34,5 % aux alentours de 2050 et le nombre des « plus âgés » (80 ans et au-delà) serait multiplié par 2,6. À cet horizon, un tiers de la population française devrait avoir plus de 60 ans. Cette « révolution de la longévité » transforme le cours de la vie, bouleverse la structure et le fonctionnement des familles et, plus généralement, tous les domaines de la vie sociale, économique et politique : marché du travail, santé, habitat, politiques publiques. Elle affecte aussi les mouvements de populations, produisant de nouvelles formes de migrations internationales.

Pour la première fois en Europe, un projet international et multidisciplinaire vise à recueillir de l'information pour éclairer les grandes problématiques du vieillissement. SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) est un panel biennal dédié aux personnes âgées, articulé autour de trois grands thèmes : santé, vie sociale et dimension économique. Son caractère longitudinal, multidisciplinaire et international, et le fait que les données soient mises à la disposition des chercheurs rapidement et gratuitement est à l'origine d'une production scientifique bien au-delà des standards établis par les autres enquêtes en sciences sociales.

Au niveau français comme européen, SHARE a permis d'éclairer le débat public sur les questions majeures liées au vieillissement mais, surtout, SHARE a permis d'envisager de nouvelles pistes de recherche, comme par exemple la prévention de la perte d'autonomie.

## 2. Objectif du projet

Le projet SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe), lancé en 2002, répond à l'objectif de construction d'une base de données inédite, pluridisciplinaire, transnationale et longitudinale (panel biennal), indispensable à la compréhension, aux plans individuel et sociétal, des problématiques soulevées par le vieillissement de la population. Le champ est celui de ménages ordinaires dont un des membres est âgé de 50 ans ou plus au moment de l'enquête. La première vague a été menée en 2004 dans 11 pays européens (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Suède, Suisse) et Israël. En 2006, la Pologne, la République Tchèque et l'Irlande ont rejoint la seconde vague de l'enquête et les individus nés en 1955 et 1956 ont été ajoutés. En vague 3, la Slovénie est entrée dans SHARE.

Le recueil des données sur les trois premières vagues apparaît à plusieurs égards comme un succès. Les deux premières vagues ont permis la collecte de données sur les aspects démographiques, médicaux, psychologiques, économiques et sociologiques du vieillissement. SHARELIFE, la troisième vague de l'enquête SHARE, a constitué une enquête complémentaire aux deux précédentes et a étendu le questionnaire aux histoires de vie.

La quatrième vague de SHARE constitue un retour aux questionnaires habituels des vagues 1 et 2, moyennant quelques modifications de certains modules et, surtout, un doublement de la taille de l'échantillon dans la plupart des pays – y compris la France. La vague 4, par son saut quantitatif avec en moyenne 6 000 individus par pays, doit poser les bases pour le développement de SHARE jusqu'en 2024.

### 2.1. Résultats attendus

Le projet SHARE constitue une base d'information européenne sur la santé et le vieillissement qui est mise à disposition des chercheurs et organismes d'étude. L'objectif sous-jacent est de permettre une meilleure compréhension des problèmes économiques et sociaux liés au vieillissement et à la retraite. Les connaissances scientifiques qui en découlent doivent permettre d'éclairer les politiques publiques et notamment les questions de politiques économiques et sociales soulevées par le vieillissement des populations occidentales.

### 2.2. Bilan des trois premières vagues en France et en Europe

L'exploitation des données 2004 a donné naissance à un ouvrage collectif international *First Results Book* et à un ensemble de publications dans des revues à comité de lecture. Un second *First Results Book* a été publié à l'automne 2008 à partir des résultats produits par la seconde vague SHARE 2006. Un troisième *First Results Book* réalisé à partir des données SHARELIFE sera disponible courant avril 2011.

Début 2011, environ **2 050 chercheurs** étaient inscrits sur [www.share-project.org](http://www.share-project.org) comme utilisateurs des données SHARE, donnant lieu à plus d'un millier d'études. Ces publications sont remarquables par leur nombre mais aussi par leur qualité (Plus de **350 articles scientifiques** utilisant des données issues de SHARE ont été publiés, dont un grand nombre dans des revues internationales prestigieuses telles que : *Health Economics*, *Journal of Public Health*, *European Journal of Public Health*, *Journal of European Social Policy*, *European Journal of Ageing*, etc.)

Au niveau français, en plus de publications scientifiques, des séminaires de recherche ont été organisés par l'IRDES à l'occasion de la sortie de chaque vague de données (11/01/2007 et 06/06/2008). On recense également un numéro spécial d'*Économie & Statistique* consacré aux résultats de SHARE 2004, publié en décembre 2007 (n° 403-404, 2007/12) ainsi que deux

numéros spéciaux de *Retraite et Société* utilisant les données de SHARE 2008 et portant respectivement sur les thèmes « Emploi et retraite en Europe » et « Famille et vieillissement en Europe ». Les données SHARE associées aux variables institutionnelles de l'OCDE seront utilisées à l'IRDES dans le cadre du projet HEAPS (Health Economics of Ageing and Participation in Society) financé par l'Agence nationale de la recherche (ANR). Ce projet permet de rendre compte des déterminants institutionnels qui motivent le départ à la retraite et la participation sociale des 50-65 ans à travers l'Europe.

En France, les études réalisées à partir de SHARE occupent une place croissante dans le débat public sur la retraite et la dépendance. Les données SHARE alimentent en effet de nombreux travaux de recherche présentés dans le cadre des colloques du COR (2007), des Rencontres parlementaires sur la longévité (2009), ou des colloques sur la question de la dépendance (2010, 2011) et de publications grand public.

### **3. Méthodologie**

#### **3.1. Outils utilisés**

L'enquête est menée par entretiens en face-à-face, complétés par un questionnaire auto-administré. L'utilisation d'un proxy est autorisée en présence du répondant. L'échantillon aléatoire de départ est constitué d'individus nés avant 1955 vivant en ménages ordinaires, soit plus de 30 000 individus dans onze pays européens et Israël. En France, près de 3 000 individus ont été interrogés lors de la dernière vague. 2 000 à 4 000 personnes supplémentaires devraient être interrogées en vague 4. C'est l'INSEE qui fournit l'échantillon logement représentatif de la population des 50 ans et plus à partir des fichiers du recensement.

Le questionnaire (commun à tous les pays) est rédigé par le comité du questionnaire sur proposition du conseil scientifique de sorte que les thèmes de recherches les plus innovants sont pris en compte à chaque nouvelle vague, tout en assurant une qualité optimale de recueil de l'information.

#### **3.2. Territoire d'action**

Les individus SHARE France interrogés lors des trois premières vagues (2004-2005 ; 2006-2007 ; 2008-2009) vivent dans 7 régions (Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Aquitaine, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Provence Alpes Côte d'Azur). Pour la prochaine vague de SHARE (2010-2011), l'échantillon entrant sera situé essentiellement dans les autres régions de la France métropolitaine.

### 3.3. Partenaires

En France, les principaux partenaires de l'INSEE et de l'IRDES qui financent la collecte de la vague 4 sont l'IResP, la DGRI (MESR), la DREES, la DARES, la CNSA, la CNAV, l'INPES, et le COR ; des conventions sont signées entre ces organismes et l'IRDES.

Au niveau européen, SHARE devient un ERIC (European Research Infrastructure Consortium) dans le but de pérenniser la gouvernance et d'optimiser le financement de cette infrastructure de recherche (cf. développement récents).

Au niveau mondial, il est désormais possible d'apparier SHARE avec ses enquêtes « sœurs » ELSA (R.-U.) et HRS (E.-U.) pour un grand nombre de variables. La tendance vers la constitution d'une base de données mondiale sur la santé, le vieillissement et la retraite semble se préciser. Ainsi, le succès de SHARE inspire déjà d'autres pays du monde tels que la Chine, la Corée, le Japon ou l'Inde, dans lesquels une version adaptée de l'enquête européenne est en cours de réalisation.

### 3.4. Repères éthiques et approche proposée

Chaque année le projet SHARE fait l'objet d'une déclaration normale auprès de la Commission nationale informatique et liberté (n° de dossier 1006067). Dans le cadre de la quatrième vague de l'enquête SHARE, une réunion à la CNIL a eu lieu mi-mai 2010 afin d'informer de l'arrivée de GfK-ISL comme agence de collecte dans le dispositif SHARE. Le formulaire de déclaration normale a été déposé en septembre 2010.

Par ailleurs, comme pour chacune des vagues précédentes, l'enquête SHARE a obtenu l'avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (CNIS). L'enquête a également obtenu le label d'intérêt général et de qualité statistique du CNIS, pour cette quatrième vague d'enquête, comme pour les trois précédentes.

## 4. Equipe responsable du projet

Le pilotage global et la coordination du projet sont assurés par le MEA, Université de Mannheim en Allemagne (centre de recherche en Économie du vieillissement) dirigé par le Professeur Axel Börsch-Supan. La centralisation des données après collecte pour l'ensemble des pays européens et leur mise à disposition auprès du public est assurée par le CentERdata, Université de Tilburg aux Pays-Bas. Dans chacun des pays membres, un organisme de recherche est responsable de l'enquête (maître d'ouvrage) et mandate une agence de collecte pour réaliser le terrain d'enquête (maître d'œuvre). Les trois premières vagues de SHARE ont été principalement financées par la Commission européenne. En France, l'IRDES percevait les financements



européens et l'INSEE réalisait l'enquête auprès des ménages. Pour des raisons de visibilité et d'efficacité, le Country Team Leader était placé à l'INSEE.

L'équipe de l'IRDES, composée de 3 personnes (soit 3 cadres A en équivalent temps plein ETP), coordonne le projet et assure la communication, la promotion du projet et participe à l'exploitation scientifique de l'enquête.

L'INSEE met à la disposition de SHARE (i) Anne Laferrère en tant que Country Team Leader (0,5 ETP), (ii) Pascal Godefroy en tant qu'opérateur de l'enquête (0,25 ETP), et (iii) une partie de son personnel pour la réalisation de l'enquête de terrain pour l'échantillon longitudinal (tests, constitution de l'échantillon, collecte assurée par des enquêteurs INSEE, soit 2 ETP), soit au total 2,75 ETP cadres et quelque 175 enquêteurs pendant la durée de la collecte (3 mois). L'INSEE ne facture pas ses coûts internes. Les coûts externes de collecte à l'INSEE sont pris en charge pour cette vague 4 par l'IRReSP (convention n° TGIR0804 pour 245 515 € déjà versés à l'INSEE en 2009). GfK-ISL, organisme de collecte privé, prend en charge la réalisation de l'enquête de terrain pour l'échantillon entrant.

## Actualités de la Vague 4

---

### 1. Contexte

La quatrième vague de SHARE (2010-2011) vise à **accroître l'échantillon des répondants autour de 6 000 individus** afin de disposer d'une plus grande puissance statistique (i) pour les analyses en France uniquement, et (ii) pour les sous-populations d'âge spécifique en Europe (50-65 ans pour le passage à la retraite, 75+ pour la dépendance, etc.). Le questionnaire est similaire à celui posé aux vagues 1 et 2.

L'enquête SHARE, à vocation de recherche et de dimension européenne, n'est plus financée que partiellement par les fonds européens. Le financement de l'enquête doit désormais être en grande partie pris en charge par chaque pays participant. L'INSEE, ayant annoncé en 2010 son désengagement partiel de l'enquête, ne réalisera le recueil de l'information que sur l'échantillon initial (moyennant un léger rafraîchissement), soit environ 2 500 individus. L'opérateur privé (GfK-ISL), qui réalise ESPS pour l'IRDES, a été retenu pour mener le terrain d'enquête de l'échantillon entrant, soit 4 000 individus sur les régions de France non encore enquêtées par l'INSEE. Au total, en vague 4, tout le territoire métropolitain sera couvert.

Le financement de cette opération s'est effectué avec d'une part, (i) un contrat signé avec l'IRESP au titre de l'opération COHORTES, essentiellement reversée à l'INSEE au titre des coûts d'enquête, et d'autre part (ii) un ensemble de conventions entre l'IRDES et divers partenaires publics et parapublics (DGRI, CNSA, DREES, DARES, CNAV, INPES, COR) couvrant les coûts d'enquête de l'échantillon entrant. Néanmoins, l'absence de financement pérenne pour les vagues suivantes, l'accroissement des coûts dû au désengagement complet de l'INSEE et le relais nécessaire du financement par la France posent un ensemble de questions sur l'avenir de l'enquête.

### 2. Calendrier

*Cf. page suivante*

Les grandes étapes du calendrier de la vague 4 sont les suivantes :		
2009	Décembre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traduction du questionnaire CAPI en Français</li> <li>- Vérification du data model et amélioration de la sémantique et des catégories de réponses propres à chaque pays</li> <li>- Comparaison systématique des traductions francophones (Belgique, Suisse)</li> </ul>
2010	Mars	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enquêtes pilotes dans les différents pays participants (France : Pilote réalisé seulement à l'INSEE)</li> </ul>
	Juin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Test dans les différents pays participants (France : INSEE+GFK-ISL)</li> </ul>
	Octobre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validation des données antérieures par l'équipe pays</li> </ul>
	Novembre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Finalisation de la version finale du questionnaire. Début du terrain en Estonie</li> </ul>
	Décembre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à disposition du dernier data model par le CentERdata</li> <li>- Livraison de l'échantillon à GFK-ISL</li> </ul>
2011	Janvier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réception des données pré-chargées et préparation du poste de collecte vague 4</li> </ul>
	Février	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation des enquêteurs, à Paris et dans plusieurs villes de Province</li> <li>- <b>Début de la collecte sur le terrain pour GfKISL en France</b> et dans les différents pays participants</li> <li>- Envois bimensuel des données au CentERdata</li> </ul>
	Avril	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Début du terrain pour l'INSEE</b></li> <li>- Envois bimensuel des données au CentERdata</li> <li>- Bilans intermédiaires bi-mensuels de la collecte</li> </ul>
	Juin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Fin du terrain</b></li> <li>- Relance des questionnaires papiers. Saisie des questionnaires papiers</li> <li>- Bilan de la collecte</li> </ul>
	Juillet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envoi de la base finale au CentERdata</li> </ul>
	Septembre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Début du <i>data cleaning</i> : nettoyage des fichiers de données.</li> </ul>
2012 ?	Janvier ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à disposition des données sur le site <a href="http://www.share-project.org">www.share-project.org</a></li> </ul>

### 3. Etat des lieux de la collecte sur le terrain au 31/03/2011

#### 3.1. Echantillon entrant – collecté sur le terrain par GfK-ISL

En vue de l'extension de l'échantillon, l'INSEE a effectué un tirage aléatoire de 5 000 nouvelles adresses de ménages dans les 14 régions de France métropolitaine qui n'étaient pas encore couvertes par SHARE. Ces adresses ont été transmises à GfK-ISL qui est responsable de leur exploitation.

Pour effectuer la collecte dans ces régions, l'agence de collecte GfK-ISL mobilise actuellement 116 enquêteurs spécialisés dans les enquêtes en face-à-face. Ces enquêteurs ont été formés lors de session de formation de 2 jours qui se sont déroulées du 9 février au 1<sup>er</sup> mars 2011. Un membre de l'équipe SHARE de l'IRDES a accompagné les formateurs GfK-ISL lors de chacune de ces formations.

Suite à ces formations, les enquêteurs sont progressivement allés sur le terrain pour l'enquête SHARE. Au 31 mars, 109 enquêteurs ont désormais commencé l'exploitation de leurs adresses, ce qui a déjà permis d'enquêter 1 345 ménages (26,9 % des ménages). Les résultats pour ces ménages se répartissent comme suit :

**Tableau 1 : Bilan d'exploitation GfK-ISL (31 mars)**

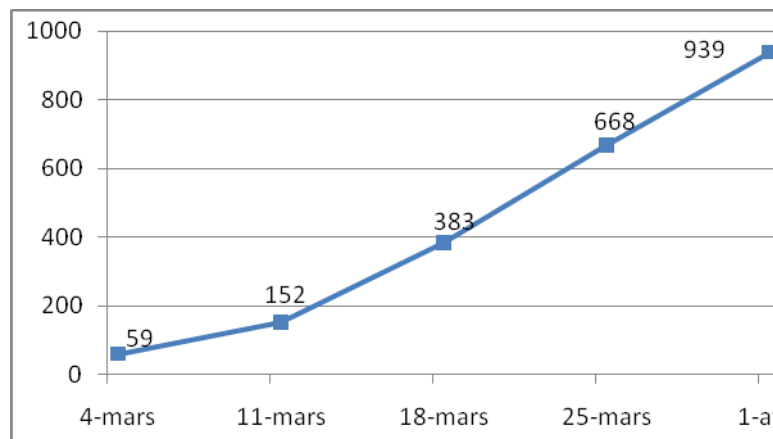
Total ménages exploités	1 345
- Interrogés	801
- Echecs	544
- Refus	354
- Hors champ	190
Taux de réponse <sup>1</sup>	69,4%
Entretiens individuels	939
Questionnaires auto-administrés	851
Durée moyenne entretien	N.D.

Sur ces ménages exploités, le taux de réponse de 69,4 % est plutôt satisfaisant pour l'instant. En revanche, il sera important de suivre l'évolution du taux de ménage hors du champ de l'enquête qui pour l'instant avec 14,1 % des ménages exploités semble relativement élevé.

<sup>1</sup> Taux de réponse = Ménages interrogés / (Total – Hors champ) x 100

L'interrogation de ces 801 adresses a ainsi donné lieu à 939 entretiens individuels. L'évolution du nombre d'entretiens par semaine est en constante progression depuis le début du terrain. Il est passé de 93 entretiens réalisés lors de la semaine 10 à 271 entretiens lors de la semaine 13 (cf. Figure 1).

**Figure n°1 - Evolution du nombre d'entretiens individuels**



Suite aux différents tests de l'enquête conduits en 2010, nous nous attendons à des durées moyennes d'entretiens de 75 minutes pour le premier individu d'un ménage et de 50 minutes pour le second. Les premières estimations concernant ces durées d'entretien seront disponibles prochainement.

### 3.2. Echantillon historique – collecté sur le terrain par l'INSEE

La collecte de l'échantillon historique en France (environ 2 500 individus) est prévue du 11 avril au 2 juillet 2011.

Un échantillon longitudinal (une personne du ménage a déjà répondu à une vague précédente de l'enquête) d'environ 3 700 individus a été remis sur le terrain. On attend environ 2 200 individus répondants, soit un taux de rétention proche de celui des vagues précédentes (60 %), l'enquête n'étant pas obligatoire. Comme lors des vagues précédentes, on suit les individus ayant déménagé, y compris en institution. L'échantillon longitudinal est complété par un échantillon de rafraîchissement de 500 résidences principales en ménages ordinaires composés d'au moins un individu né entre 1957 et 1960, sélectionné à partir des enquêtes annuelles de recensement de 2009, dans chacune des régions historiquement couvertes par l'INSEE : Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Aquitaine, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse. Le but est de rester représentatif des individus de 50 ans et plus.

16 gestionnaires d'enquêtes ont été formés, dans deux sessions de deux jours chacune, à la Direction générale de l'Insee, du 8 au 11 mars 2011, formations assurées par l'équipe statistique

INSEE (le Chef de projet en organisation statistique, le Country Team Leader, le responsable de l'enquête). Les documents de formation distribués par la maîtrise d'ouvrage européenne ont été retouchés à la marge : certains points ont été raccourcis, comme la partie sur les entretiens en institution ; et d'autres ajoutés, par exemple des précisions ont été apportées sur la conduite à tenir dans les cas d'incapacité partielle ou totale du répondant, ou sur la gestion de la collecte (sur la paye, la gestion des déménagements, les contrôles *post* collecte). Le but a été d'unifier au maximum les formations entre l'INSEE et GfK-ISL, et entre les directions régionales de l'INSEE, en collaborant étroitement à l'élaboration de ces formations (plan détaillé, un powerpoint par jour couvrant tout le champ, protocole précis des tests physiques).

Les formations des 177 enquêteurs participant à l'enquête dans les directions régionales de l'INSEE ont débuté le 21 mars et s'étalent jusqu'au début du mois d'avril 2011. En général, pour les enquêteurs ayant déjà fait l'enquête en 2009, la journée et demie prévue suffit. En revanche, pour les nouveaux enquêteurs, deux jours seraient certainement préférables, c'est d'ailleurs l'option choisie par certaines directions régionales.

Selon l'habitude, un communiqué de presse présentant l'enquête et annonçant son déroulement a été diffusé dans les directions régionales participant à l'opération, mais aussi dans celles n'y participant pas, pour diffusion aux contacts presse. Cf. [www.irdes.fr/Share](http://www.irdes.fr/Share)

## Actualités de la recherche à partir de SHARE

---

Nous donnons ici un aperçu rapide des études les plus récentes faites à partir des données originales de la vague 3 sur les histoires de vie, puis nous présentons deux thèmes particuliers éclairés à partir de SHARE, celui des liens entre santé, activité et retraite, et celui de la dépendance.

### 1. Aperçu général

Les données de la 3<sup>e</sup> vague sur les histoires de vies, SHARELIFE, sont disponibles gratuitement depuis le 24 novembre 2010 pour les chercheurs sur le site : [www.share-project.org](http://www.share-project.org). Comme pour les deux premières vagues, les chercheurs européens de SHARE ont publié à l'occasion de la mise à disposition publique des données de la vague 3, un ouvrage en anglais de premiers résultats (*First Results Book*). Un *Questions d'économie de la santé (QES)* est actuellement en cours de rédaction à l'IRDES afin de dégager les enseignements essentiels de ce *First Results Book*.

La principale innovation des 23 papiers présentés dans le FRB de SHARELIFE est de combiner des micro-données sur les histoires de vie avec une base de macro-données historiques sur les politiques menées par les Etats. Son objectif est d'identifier les mécanismes par lesquels les Etats ont pu influencer l'état de santé, l'épargne ou les taux d'emploi ou plus généralement le bien-être à un âge avancé.

La plupart des études ont permis d'identifier des effets significatifs des interventions de l'État sur les trajectoires de vie. Les politiques d'éducation, par exemple, permettent très clairement d'augmenter les pensions de retraite et d'améliorer l'état de santé sur les vieux jours. Les politiques de long terme de prévention en matière de santé ont des effets positifs à la fois sur les niveaux d'activité et sur l'état de santé à un âge avancé. Des conditions de travail plus agréables améliorent non seulement les taux d'emploi des seniors en diminuant les retraits précoces, mais tendent aussi à améliorer la santé physique et mentale. Ces conditions de travail sont elles-mêmes jugées plus favorables dans les pays qui conduisent des politiques actives de formation continue. En revanche, certaines analyses ne trouvent étonnamment pas ou peu d'effets de certaines interventions de l'État. Ainsi les politiques actives sur le marché du travail ne semblent pas avoir influencé la mobilité du travail au point d'augmenter les revenus tout au long de la vie. D'autres politiques peuvent avoir certaines conséquences à première vue négatives. Ainsi des assurances maternité plus généreuses incitent les femmes à sortir du

marché de l'emploi, ce qui fait baisser leur niveau de revenu puis, en conséquence, le taux de remplacement au moment de la retraite.

## **2. Focus thématique : « santé-travail »**

### **2.1. Florilège de la littérature**

L'enquête SHARE présente un intérêt direct pour l'étude de la situation des seniors vis-à-vis du marché du travail en Europe. Il n'existe quasiment pas d'enquêtes équivalentes à SHARE qui se positionne comme complémentaire aux enquêtes existantes : l'enquête HRS, l'enquête européenne sur les conditions de travail, les enquêtes sur l'Emploi... L'originalité de SHARE est qu'elle incorpore un questionnement précis et répété à chaque vague sur les multiples dimensions des conditions de travail et sur l'état de santé, questionnement qui permet de mieux comprendre leur influence sur les décisions d'emploi, tout en prenant en compte les différences entre pays.

Dans un contexte où l'augmentation de l'espérance de vie conduit, à âge de la retraite égal, à l'augmentation concomitante du temps de retraite, les politiques publiques cherchent à favoriser le vieillissement actif dans le but explicite d'améliorer à la fois la soutenabilité des systèmes de retraite et la santé publique. Dans un contexte de faible taux d'emploi des seniors, le recul de l'âge de la retraite ne peut se faire que dans un cadre global de réflexion sur la possibilité et les conditions de maintien dans l'emploi et d'allongement de la vie professionnelle des seniors. Il convient aussi de prendre en compte l'état de santé des salariés et leurs conditions de travail afin de lier la réalité du travail et ces politiques de recul de l'âge de la retraite, de prévention et de promotion du vieillissement en bonne santé. Dans le cadre du programme « Active and Healthy Ageing », le Conseil de l'Union européenne (EUCO) adopte l'objectif global d'une augmentation moyenne de deux ans, d'ici 2020, de la durée de vie en bonne santé des Européens. Ainsi, les débats sociaux tant au niveau national qu'europpéen, justifient l'analyse des relations entre santé, travail et retraite.

Les interrelations de causalité entre santé et travail sont multiples : un mauvais état de santé précipite-t-il les individus vers la retraite ou le passage à la retraite entraîne-t-il des effets néfastes sur la santé des individus ? L'identification est permise par le caractère longitudinal de SHARE et les variations supposées exogènes d'âge de la retraite dans les différents pays. Une double causalité apparaît nettement. Un état de santé dégradé peut inciter les individus à prendre leur retraite. Réciproquement, le passage à la retraite a des effets néfastes sur les capacités cognitives des individus et peut-être même sur leur santé, effets dus notamment au stress du changement de situation, à la multiplication des comportements à risque et à l'oisiveté engendrée par la perte des interactions sociales.



- La relation santé-retraite

Les facteurs de santé influencent les souhaits de retraite des individus (Blanchet et Debrand, 2008) dont la prise en compte est indispensable dans la définition des politiques publiques. Plus l'état de santé des individus est dégradé, plus ces derniers aspirent à partir à la retraite le plus tôt possible. Du point de vue des réalisations, les études ont traditionnellement montré l'impact négatif d'une mauvaise santé sur la probabilité de participer au marché du travail (Kalwij et Vermeulen, 2008). En exploitant huit mesures de santé disponibles dans SHARE (conditions sévères (cancer..) et conditions moyennes (arthrite, diabète..), limitations dans les activités quotidiennes (ADL), force de préhension, 2 indices de masse corporelle, santé mentale (dépression..), santé auto-déclarée), ces auteurs concluent que la santé subjective au même titre que la santé objective a un impact sur la participation au marché du travail. Des conditions sévères, des ADL et la force de préhension révèlent également un effet significatif. Concernant les caractéristiques des emplois occupés, Pagan (2009) obtient que les seniors en emploi ayant des incapacités travaillent plus souvent à temps partiel que les seniors sans incapacités. Ce temps partiel leur permet de mieux adapter leur participation au travail à leur état de santé. En termes de politiques publiques, il faut favoriser le temps partiel et les formes d'emploi qui permettent cette adaptation nécessaire à un senior en mauvaise santé de continuer à travailler. Cela permet à la fois de minimiser les pertes de revenus liées à la sortie du marché du travail et, au niveau collectif, de changer les mentalités sur la productivité des seniors. Barnay et Debrand (2004) nuancent cependant cette relation négative entre santé et emploi en concluant que l'état de santé mesuré par la santé subjective, les maladies chroniques et les ADL n'expliquent pas les différences entre les taux d'emploi des seniors qui se justifient davantage par des différences conjoncturelles et institutionnelles (âge légal, incitation financière, pension invalidité...) et par la structure du marché du travail.

Concernant les conditions de travail, Pagan (2010) montre que les personnes ayant des limitations d'activité ont de moindres attentes en termes de satisfaction au travail, relativement aux personnes sans problème de santé. Par ailleurs, peu d'études analysent l'effet de l'insécurité de l'emploi ressentie sur la santé, notamment en comparant le degré d'intensité de cette relation entre pays dont les politiques sont plus ou moins orientées en faveur de la « flexicurité ». László *et al.* (2010) montrent que l'insécurité de l'emploi est un phénomène croissant chez les seniors. L'étude trouve un lien entre santé et insécurité de l'emploi dans la plupart des pays européens, sauf en Belgique et en Suède.

- La relation retraite-santé

L'étude des effets du passage à la retraite sur la santé des individus s'inscrit dans le débat politique et social actuel visant à modifier l'âge du départ à la retraite. Si la retraite a un effet négatif sur certains aspects de la santé, alors augmenter l'âge de la retraite pourrait conduire tout à la fois à une meilleure santé globale pour les individus et à une amélioration des

perspectives d'équilibre des systèmes de retraite. A partir des données de SHARE, Coe et Zamorro (2008) cherchent si l'accroissement de l'âge de départ en retraite est un facteur de dégradation de la santé des individus. La fréquence des maladies chroniques et la probabilité de se déclarer en mauvaise santé diminuent après la retraite. Le passage à la retraite réduit de 0,35 la probabilité de se déclarer en mauvaise santé. Ce résultat concernant le caractère bénéfique attendu au niveau collectif de l'avancement de l'âge de la retraite est à relativiser cependant puisque l'effet est significatif surtout à court terme si la retraite est prise tôt.

Sous l'impulsion de la promotion des politiques de vieillissement actif et du débat sur la dépendance, un nouveau champ empirique s'est développé, celui de l'analyse de l'effet du passage à la retraite sur les capacités cognitives des individus. L'enquête SHARE permet de s'inscrire pleinement dans cette problématique puisque différentes mesures de la cognition sont effectuées (mémoire, orientation dans le temps, calcul, aisance verbale), comme elles le sont dans les enquêtes HRS aux Etats-unis et ELSA au Royaume-Uni. Contrairement à Coe et Zamorro (2008), qui ne trouvent pas de relation significative entre le statut professionnel et le déclin des capacités cognitives, les études concluent majoritairement à un effet négatif de la retraite sur la mémoire allant de 10 % (Bonsang, Adam et Perelman, 2010<sup>2</sup>) à 40 % (Rohwedder et Willis, 2010<sup>3</sup>). Plus généralement, le passage à la retraite affecte les quatre mesures courantes de la cognition (Mazzonna et Peracchi, 2009). Selon Adam (2010), et même s'il soulève le problème de double causalité, l'activité professionnelle aurait un effet bénéfique sur la cognition. Ce même auteur incite néanmoins à la prudence en matière de politique publique, puisque les conditions de travail passées devraient être prises en compte.

Indirectement, ces études mettent donc en avant le besoin d'une amélioration des conditions de travail des seniors comme préalable nécessaire à l'augmentation de l'âge de départ à la retraite. L'existence de données rétrospectives (SHARELIFE) enrichit le potentiel d'avancement sur les questions de maintien dans l'emploi des seniors. En renseignant sur les conditions de travail passées des retraités, l'analyse des relations entre santé, pénibilité et travail devient possible pour l'ensemble des individus (retraités et actifs) présents dans l'enquête. Assimilée à un processus, l'analyse du vieillissement cognitif nécessite la prise en compte de l'approche « vie entière » et pas seulement des conditions de l'immédiat après-retraite. Ces futures analyses permettront de préciser les orientations des politiques publiques concernant les critères de pénibilité à améliorer, dans le but d'accompagner activement les individus jusqu'au terme de leur vie professionnelle.

Avec la présence de plusieurs vagues renseignant sur l'état de santé des individus, l'intérêt consiste à présent à modéliser les chocs rencontrés dans les différents domaines de la santé afin de prendre en compte l'aspect dynamique de la santé et son impact sur les comportements des agents sur le marché du travail. Réciproquement, l'aspect longitudinal de SHARE bénéficiera à l'étude de l'impact du passage à la retraite sur l'évolution de l'état de santé des individus.

---

<sup>2</sup> Cette étude utilise également les données HRS.

<sup>3</sup> Cette étude utilise également les données HRS et ELSA.

## 2.2. Le projet HEAPS – (IRDES-LEGOS)

Le concept de vieillissement en bonne santé ou “healthy ageing” repose sur l’intuition que la bonne santé des seniors est liée à leur capacité à mener des vies productives socialement et économiquement. Le gain d’espérance de vie ne constitue en effet un gain de qualité de vie que dans la mesure où il est associé à un état de santé satisfaisant, à des interactions nombreuses et à une capacité à maintenir un rôle social productif. C’est toute la question de l’augmentation de l’espérance de vie sans incapacité.

L’implication active des seniors dans la société est souvent pensée en termes de volontariat, d’aide au sein de la famille mais elle inclut également de plus en plus la participation des seniors au marché du travail. En plus de l’apport en termes de qualité de vie, le travail des seniors permet de maintenir l’équilibre des systèmes de protection sociale et de retraite à travers l’Europe, mis en danger par les deux volets du vieillissement démographique, l’allongement de la vie et la diminution de la taille des cohortes actives.

Du point de vue des politiques publiques, la promotion du vieillissement en bonne santé vise à atteindre une société « intégrée » basée sur la participation active des personnes âgées. La plupart des Etats de l’Union européenne ont mis en œuvre des politiques et des stratégies pour le vieillissement en bonne santé en accord avec les objectifs de l’agenda de Lisbonne.

Plusieurs programmes de suivi de l’évolution de la santé ont été lancés. Ainsi, une large gamme de données concernant les personnes âgées est désormais disponible (ex. SHARE). Bien que cette information statistique ait déjà contribué à l’expansion rapide de la littérature académique sur les déterminants du vieillissement en bonne santé, leur contribution à la définition et à l’évaluation des politiques publiques est peu développée. HEAPS (Health Economics of Ageing and Participation in Society) a donc pour ambition d’évaluer le rapport coût-efficacité des actions de promotion de la santé et de prévention de maladie ou de la mauvaise santé, tout au long de la vie, et particulièrement chez les sujets âgés. Le projet HEAPS, a obtenu un financement de l’Agence nationale pour la recherche dans le cadre de l’appel d’offre « Jeunes chercheuses et jeunes chercheurs – Edition 2009 » (ANR-09-JCJC-0141-01). Il s’agit d’une collaboration entre l’IRDES et le LEGOS (Université Paris-Dauphine). Cf. [www.irdes.fr/Heaps](http://www.irdes.fr/Heaps)

Les conséquences économiques du vieillissement sur la participation en société ont souvent été analysées comme un partage entre travail et loisirs. Le projet fera une revue de littérature en portant une attention particulière aux 50-70 ans avec pour objectif de lier les recherches récentes sur les arbitrages entre travail et loisir au contexte institutionnel dans lequel les individus évoluent. Notre analyse commence avec le travail comme participation sociale avant de s’intéresser aux loisirs comme participation sociale.

- Le travail comme participation sociale

Bien que le Conseil européen de Stockholm en 2003 ait fixé l'objectif d'un taux d'activité de 50 % des 55-64 ans en Europe, il n'est aujourd'hui que de 42,3 % en moyenne. A l'exception de la Suède, du Danemark, du Royaume-Uni et du Portugal, le taux d'activité des seniors atteint difficilement 40 % dans six pays européens y compris l'Allemagne, la France et l'Italie. Ces différences dans les taux d'activité sont essentiellement dues à (i) des différences institutionnelles (âge légal de départ à la retraite, niveau des pensions, mesures disponibles pour faciliter une retraite précoce), (ii) la structure du marché du travail (profil des salaires par âges, pyramide des âges) et (iii) des choix ou des caractéristiques personnelles qui sont influencés par la vie familiale et l'état de santé des travailleurs âgés à la fin de leur vie active. L'emploi ou la participation des travailleurs âgés à la force de travail dépend ainsi de très nombreuses variables. On peut identifier deux types de déterminants : déterminants « non financiers » et déterminants « financiers ou institutionnels ».

Concernant les déterminants financiers et institutionnels, des articles examinent les décisions individuelles de travailleurs et trois contextes institutionnels : (i) le taux de remplacement, le niveau des pensions et l'arbitrage entre niveau et durée de retraite (loisir) ; (ii) les schémas d'incapacité (l'état de santé des travailleurs âgés influence leur décision de partir à la retraite) et les modes de sortie de l'emploi (chômage ou invalidité, selon les pays) ; (iii) l'impact de la législation en matière d'emploi et d'inactivité. A notre connaissance, il manque encore des articles influents qui synthétisent les choix individuels des travailleurs âgés. Un axe de recherche pour HEAPS consiste ainsi à analyser les complémentarités et le caractère substituable de ces facteurs dans un contexte européen.

Parmi les déterminants non directement financiers, on peut noter quelques paramètres démographiques. Le niveau d'éducation et le type d'emplois exercés ont généralement un effet sur l'intérêt porté à son travail et peuvent influencer le choix de poursuivre ou non une activité. S'y ajoutent des facteurs comme les conditions de santé et de travail, la situation familiale – coordination des périodes de retraite avec un conjoint ou l'aide à apporter à des enfants ou à un parent, même si on ne peut séparer ce dernier point du contexte de prise en charge des dépenses liées à la dépendance, par exemple.

- Les « loisirs » comme participation sociale

Au sein du cadre théorique de l'arbitrage entre l'utilité procurée par le travail ou les « loisirs », l'arrêt du travail professionnel au profit des loisirs peut être perçu comme limitant le développement économique. Néanmoins, des contributions récentes sur l'analyse de la participation sociale suggèrent que le temps passé à entretenir des relations sociales (hors contexte professionnel) peut avoir une certaine rentabilité économique, *via* son influence sur la

santé. Le temps passé en « loisirs » est alors une forme d'investissement en ce qu'il construit des ressources en matière de réseau, souvent appelées capital social. Mais l'impact positif du capital social sur la santé n'est pas sans ambiguïté.

Si le lien entre santé et capital social n'est pas avéré pour la population générale, il semble en revanche l'être pour la population âgée, qui ne travaille plus professionnellement ou a des contraintes familiales réduites. Cet investissement en capital social pourrait aider à conserver un bon état de santé : (i) le nombre d'interactions relationnelles tend à décroître à partir d'un certain âge en l'absence d'activité sociale ; (ii) la retraite est associée à une perte des capacités cognitives des individus que l'activité sociale compense par l'effort cérébral qu'elle requiert. Si ces deux affirmations sont vraies, alors participer à des activités sociales pourrait aider à améliorer l'état de santé des adultes âgés.

En utilisant les données de SHARE pour les répondants de 50 ans et plus en 2004, nous avons montré que la participation sociale contribue par trois points de pourcentage à l'augmentation du nombre d'individus déclarant être en bonne ou très bonne santé (Sirven et Godefroy, 2009). De plus forts taux de participation sociale pourraient améliorer l'état de santé et réduire les inégalités au sein de l'échantillon entier et au sein de chaque pays. Les politiques de vieillissement en bonne santé basées sur la promotion de la participation sociale pourraient donc bénéficier à la population âgée en Europe.

### **3. Focus thématique : « dépendance »**

L'accroissement de la part des plus âgés menace la pérennité des systèmes de protection sociale en France et en Europe à cause des coûts potentiels de prise en charge de la perte d'autonomie – qu'il s'agisse de dépendance fonctionnelle, de démence ou de maladie d'Alzheimer, voire d'une combinaison des deux. L'orientation des politiques publiques en la matière repose en grande partie sur l'évaluation des coûts de la dépendance.

Deux approches complémentaires sont envisagées. D'un côté, il s'agit d'évaluer les coûts sociaux de la prise en charge des individus ayant une perte d'autonomie avérée – cette approche, - que l'on peut qualifier *ex-post*, englobe les multiples dimensions de la dépendance : importance des aidants, coûts, assurance, choix d'hébergement entre domicile et institutions. D'un autre côté, on peut s'intéresser aux conséquences économiques qu'aurait une politique spécifique de prévention de la dépendance. Sous l'hypothèse d'une compression de la morbidité, une dépense de prévention pourrait réduire la fréquence de la perte d'autonomie et donc les coûts futurs de sa prise en charge. L'arbitrage économique entre une politique de traitement de la perte d'autonomie *ex-post* et *ex-ante* pourrait dessiner les contours de la protection sociale dans l'avenir. Continuer à produire des données de l'enquête SHARE rend possible une meilleure estimation de ces coûts *via* l'évaluation des différents scénarios et la validation des hypothèses scientifiques sous-jacentes.

### 3.1. La prise en charge de la dépendance

La prise en charge de la dépendance fait l'objet de deux pistes de recherche principales à partir de SHARE. La première, relative au rôle des aidants familiaux, interroge les modalités de financement de ce travail informel et les possibles conséquences sur le marché du travail. La seconde se focalise sur le rôle du logement pour les personnes âgées ; elle complète la première sur la question de la localisation des soins à apporter.

#### ▪ Le rôle des aidants familiaux

La compréhension des mécanismes liés à la prise en charge informelle des personnes âgées dépendantes apparaît une condition nécessaire pour dessiner un système de protection sociale articulant de manière harmonieuse aide familiale et aide publique. De ce point de vue, l'enquête SHARE fournit des outils d'analyse précieux car elle permet une comparaison entre des pays dont le contexte institutionnel et culturel varie de manière assez importante. Sur cette thématique, les économistes se sont jusqu'à présent principalement intéressés à trois problématiques de recherche. Sur chacune d'elles, les données de l'enquête SHARE ont permis de faire avancer l'état des connaissances sur :

- l'avenir de l'aide familiale : doit-on s'attendre dans les années à venir à une diminution de l'aide informelle dont bénéficient les personnes âgées dépendantes ?
- l'effet de l'aide informelle sur l'offre de travail : l'aide informelle a-t-elle pour effet de réduire l'offre de travail des aidants ?
- l'articulation entre aide informelle et aide professionnelle. La question est alors de savoir si l'aide informelle et l'aide professionnelle dont bénéficient les personnes âgées dépendantes constituent des aides substituables ou complémentaires.

La première question concerne l'avenir de l'aide familiale : doit-on s'attendre dans les années à venir à une diminution de l'aide informelle dont bénéficient les personnes âgées dépendantes ? La question est importante car elle conditionne le débat sur la place à donner aux solidarités publiques dans la prise en charge de la dépendance. Pour tenter de répondre à cette question, un certain nombre d'études vise à étudier les comportements des aidants potentiels (*cf.* par exemple Bonsang (2007), Brandt *et al.* (2009), Fontaine *et al.* (2007, 2009), Ogg *et al.* (2006), Wolff *et al.* (2007)). L'étude de Fontaine *et al.* (2009), dont l'originalité est de tenir compte de l'interdépendance des comportements d'aide au sein de la famille, montre par exemple que la moindre implication de certains individus est parfois compensée au sein d'une même famille par une implication plus fréquente des autres. Ce résultat pourrait alors suggérer que l'aide informelle pourrait être en mesure de s'ajuster aux chocs démographiques et sociaux touchant la famille. Un modèle de microsimulation utilise déjà les données de l'enquête SHARE pour projeter

les dépenses de soins de longue durée et le partage entre aide formelle et informelle à l'horizon 2030 (Thiébaud *et al.*, 2009).

La seconde problématique concerne l'effet de l'aide informelle sur l'offre de travail : l'aide informelle a-t-elle pour effet de réduire l'offre de travail des aidants ? Si c'est le cas, il pourrait alors exister un conflit entre une politique publique visant à augmenter le temps d'emploi des seniors et une politique publique visant à encourager les solidarités privées à l'égard des personnes âgées dépendantes. Bolin *et al.* (2008), Crespo (2006) et Fontaine (2009a et 2009b) montrent à l'aide des données de l'enquête SHARE que l'exercice d'une activité professionnelle et la fourniture d'aide apparaissent effectivement au niveau individuel comme deux activités concurrentes.

La troisième voie d'investigation concerne l'articulation entre aide informelle et aide professionnelle. La question est alors de savoir si l'aide informelle et l'aide professionnelle dont bénéficient les personnes âgées dépendantes sont substituables ou complémentaires. En cas de substitution, l'aide professionnelle, financée en partie par les solidarités publiques, aurait alors pour effet d'évincer l'aide familiale. En France, les données SHARE semblent indiquer une relation de substituabilité (Davin et Gannon, 2009). Au niveau européen, Bolin *et al.* (2007) penchent pour la substituabilité alors que Bonsang (2009 et Litwin *et al.* (2009) montrent que le caractère substituable ou complémentaire des aides informelle et professionnelle dépend du type d'aide considéré et du niveau d'incapacité de la personne aidée. L'aide familiale ne peut se substituer à l'aide professionnelle quand la dépendance devient sérieuse. Ceci d'autant plus que d'autres travaux, aussi effectués à partir de SHARE, ont montré l'effet néfaste des soins donnés à une personne dépendante sur le conjoint aidant.

- Le rôle du logement

Peu de travaux publiés ont pour l'instant tiré profit de la dimension longitudinale de l'enquête SHARE. On peut mentionner cependant l'étude de Angelini et Laferrère (2009) sur la mobilité résidentielle des seniors qui oppose les logiques radicalement différentes des déménagements entre logements ordinaires et ceux vers les maisons de retraite, bien souvent commandés par l'état de santé, mais aussi par l'absence de famille proche et de revenus adéquats. Elles mettent aussi plus récemment (2011) en évidence l'importance du capital logement des seniors et les logiques de sa mobilisation. En effet, les problématiques de la dépendance et de l'aide ne peuvent faire l'impasse sur la localisation des soins. Où habite la personne dépendante ? à son domicile, comme beaucoup le souhaitent, mais il faut alors des logements adaptés... en institution ? SHARE a mis en évidence la faible adaptation tant géographique que pratique de certains logements (Laferrère et Angelini, 2009), et apporte déjà des éléments sur les coûts relatifs des différents modes de prise en charge. A n'en pas douter, les prochaines publications scientifiques sur la thématique de l'aide informelle en Europe exploiteront encore davantage cette dimension, unique à notre connaissance en ce qui concerne la France.

### 3.2. La prévention de la dépendance : approche par la fragilité

*Prévoir le coût social de la dépendance* (i.e. le coût pour la société) consiste essentiellement à évaluer les coûts directs (par exemple, des dépenses de santé) et indirects (comme la réduction de l'offre de travail) inhérents à la prise en charge des individus dont il faut compenser la perte d'autonomie. Il existe déjà de nombreux travaux académiques et institutionnels traitant de cette question. On peut néanmoins leur reprocher une approche *ex-post*, c'est-à-dire qui cherche à mesurer les conséquences économiques liées à l'installation de situations irréversibles de dépendance, ne prenant donc pas en compte les conséquences économiques que pourrait avoir une politique spécifique de prévention. Or, il existe des éléments de connaissance (voir infra) qui permettent d'étayer l'hypothèse qu'un certain nombre d'interventions *ex-ante* sont susceptibles de retarder l'âge d'installation de la perte d'autonomie définitive, renforçant ainsi le scénario de compression de la morbidité – et dont l'impact global serait susceptible de réduire les coûts de sa prise en charge.

Depuis quelques années, le *concept de fragilité (frailty)* a été développé dans le but de repérer les personnes âgées les plus à risque à court terme d'entrer dans un processus les menant à une perte d'autonomie définitive si aucune action n'est entreprise. La fragilité est présentée comme un état de santé précaire, prédictif de la perte d'autonomie. Le fait par ailleurs *de pouvoir agir* avant l'installation d'une dépendance irréversible, de pouvoir la retarder, fait de ce concept un outil particulièrement intéressant pour analyser les coûts des actions susceptibles de retarder l'entrée en dépendance. L'arbitrage économique entre une politique de traitement de la perte d'autonomie *ex-post* et *ex-ante* permettrait alors de dessiner au mieux les contours futurs des systèmes de protection sociale.

Des travaux menés à partir de SHARE ont permis de dresser un état de lieux de la fragilité des Européens âgés (Santos-Eggimann *et al.*, 2009 ; Romero-Ortuno *et al.*, 2010). Les données déjà recueillies permettent par exemple de mettre en évidence des inégalités sociales de santé dans ce domaine. L'analyse des causes de la fragilité est en cours, notamment à partir des données rétrospectives sur l'histoire de vie collectées en vague 3. La production de nouvelles données sur un échantillon plus large permettra notamment d'évaluer la qualité prédictive des mesures de fragilité.

Une littérature assez peu développée de la « Fragilité » sur le versant « prévention /action », de nature individuelle ou collective, ainsi que dans le domaine économique de son impact, incite à amorcer une réflexion prospective sur une approche économique *ex-ante* de la dépendance. Dans ce cadre, l'IRDES propose d'intégrer une réflexion sur le concept de fragilité dans son programme de recherche, en partenariat avec l'IUMSP de Lausanne (Suisse) et SOLIDAGE à l'Université McGill et l'Université de Montréal (Québec).



Une première étape permettrait d'aborder les différentes acceptions de la fragilité et d'identifier ses multiples enjeux en termes de recherche. Dans un second temps, il serait utile de s'interroger sur les outils existants à développer, capables de produire *une image de la fragilité (i) en population générale* – la notion de représentativité est centrale pour mesurer le coût réel d'une politique de prévention de la dépendance, et (ii) *dans une perspective longitudinale* – pour observer un phénomène dynamique et évaluer la qualité prédictive des mesures de fragilité.

## Bibliographie thématique utilisant SHARE

### - *sur la relation santé-travail*

- Barnay T. et T. Debrand (2006). "L'impact de l'état de santé sur l'emploi des seniors en Europe", *Question d'économie de la santé*, IRDES, série "Résultats", juin, n° 109.
- Blanchet D. and T. Debrand (2008). "The Sooner, the Better? Analyzing Preferences for Early Retirement in European Countries", Working Papers DT13, IRDES Institut for Research and Information in Health Economics, revised Jul 2008.
- Bonsang E., Adam S. and S. Perelman (2010). "Does Retirement Affect Cognitive Functioning?", Research Memoranda 001, Maastricht: ROA, Research Centre for Education and the Labour Market.
- Coe N.B. and G. Zamarro (2008). "Retirement Effects on Health in Europe", Working Papers 588, RAND Corporation Publications Department.
- Kalwij A. and F. Vermeulen (2008). "Health and Labour Force Participation of Older People in Europe: What Do Objective Health Indicators Add to the Analysis?", *Health Economics*, 17( 5), pp. 619-638.
- László, Pikhart, Kopp, Bobak, Pajak, Malyutina, Salavec et Marmot (2010). Job Insecurity and health. A study of 16 European Countries. *Social Science & Medicine*.
- Mazzonna and Peracchi (2010), "Aging, Cognitive Abilities and Retirement in Europe". EIEF Working Papers Series 1015, Einaudi Institute for Economic and Finance (EIEF).
- Pagan (2010). Ageing and Disability: Job Satisfaction Differentials across Europe. *Social Science & Medicine*.
- Rohwedder, Susann and Robert J. Willis. (2010). "Mental Retirement." *Journal of Economic Perspectives*, 24, 1; 1-20.
- Sirven N. & P. Godefroy (2009) Le temps de la retraite est-il improductif ? *Retraite & Société*, 57 : 75-97.

### - *sur la fragilité*

- Romero-Ortuno R., Walsh C.D., Lawlor B.A., Kenny R.A. (2010). A Frailty Instrument for Primary Care: Findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *BMC Geriatrics* 2010, 10:57.
- Santos-Eggimann B., P. Cuénoud, J. Spagnoli & J. Junod (2009). "Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries" *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009. Vol. 64A, No. 6, 675-681.

### - *sur l'aide informelle*

- Bolin, K., B. Lindgren, and P. Lundborg (2007). Informal and Formal Care Among Single-Living Elderly in Europe. *Health Economics* 17(3): 393-409.
- Bolin, K., B. Lindgren, and P. Lundborg (2008). Your Next of Kin or Your Own Career? Caring and Working among the 50+ of Europe. *Journal of Health Economics* 27(39): 718-38.

- Bonsang, E. (2007). How do Middle-Aged Children Allocate Time and Money Transfers to their Older Parents in Europe?. *Empirica* 34(2): 171-88.
- Bonsang, E. (2009). Does Informal Care from Children to their Elderly Parents Substitute for Formal Care in Europe?. *Journal of Health Economics* 28: 143-54.
- Brandt, M., K. Haberkern, and M. Szydlik (2009). Help and Care between Generations in Europe. *European Sociological Review*, forthcoming. DOI:10.1093/esr/jcn076.
- Crespo, L. (2006). *Caregiving and Employment Status of European Mid-Life Women*. CEMFI Working Paper (0615). University of Alicante.
- Davin B. and B. Gannon (2009). Use of formal and informal care services among older people in Ireland and France. *European Journal of Health Economics*, soumis.
- Fontaine R. (2009a, à paraître). Aider un parent âgé se fait-il au détriment de l'emploi ?. *Retraite et Société* 59 : 31-61.
- Fontaine R. (2009b). Aide ascendante et effet sur l'offre de travail, mimeo.
- Fontaine R., A. Gramain, and J. Wittwer (2007). Les configurations d'aide familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe. *Economie et Statistique* n° 403-404: 97-116.
- Fontaine, R., A. Gramain, J. Wittwer (2009). Providing Care for an Elderly Parent : Interactions among Siblings ?. *Health Economics* 18(9): 1011-1029.
- Hank, K. (2007). Proximity and Contacts between Older Parents and Their Children: A European Comparison. *Journal of Marriage and Family* 69(1): 157-73.
- Igel, C., M. Brandt, K. Haberkern, and M. Szydlik (2009). Specialization Between Family and State. Intergenerational Time Transfers in Western Europe. *Journal of Comparative Family Studies* 40(2): 203-27.
- Kalmijn, M. and C. Saraceno. (2008). A Comparative Perspective on Intergenerational Support. Responsiveness to Parental Needs in Individualistic and Familialistic Countries. *European Societies* 10(3): 479-508.
- Litwin, H. and C. Attias-Donfut. (2009). The Inter-Relationship Between Formal and Informal Care: A Study in France and Israel. *Ageing and Society* 29: 71-91.
- Ogg, J. and S. Renaut. (2006). The Support of Parents in Old Age by those Born During 1945-1954: a European Perspective. *Ageing & Society* 26(5): 723-43.
- Thiébaud, S. B. Davin, Y. Arrighi, A. Paraponaris and B. Ventelou (2009). Health and Long-Term Care Expenditures and Demographic Changes: Microsimulation for France in 2030. *Population*, soumis.
- Wolff, F.-C. and C. Attias-Donfut. (2007). Les comportements de transferts intergénérationnels en Europe. *Économie et Statistique* 403-404: 117-42.

- **sur le Logement et l'hébergement**

- Angelini, V. and A. Laferrère, 2008. Home, Houses and Residential Mobility, SHARE First Result Book, wave2, in A. Börsch-Supan *et al.* (ed.), Health, Ageing and Retirement in Europe (2004–2007). Starting the Longitudinal Dimension, 99-107.
- Laferrère A. and V. Angelini, 2009. La mobilité résidentielle des seniors en Europe. *Retraite et Société*, 58, 87-107.
- Angelini et Laferrère (2010), Residential Mobility of the European Elderly , CESifo Working Paper Series No. 3280
- Laferrère A. (2009). Dépendance et logement, *Risques*, 78, 126-130.
- Laferrère A. (2009), Long term care and housing, Health and Ageing, *The Geneva association*, 20, 15-17.
- Laferrère, A. (2011). Housing Wealth as Self-Insurance for Long-Term Care, in Financing Long-Term Care in Europe - Institutions, markets and models, C. Courbage and J. Costa-Font ed. (à paraître).

## Développements récents du projet SHARE

---

### 1. SHARE devient le premier ERIC

La Commission européenne a décidé le 17 mars 2011 de faire de la vaste base de données plurinationale de recherche sur le vieillissement de la population le premier projet d'infrastructure de recherche à recevoir le nouveau statut juridique européen créé pour faciliter l'établissement et la gestion de ce type de projets. **L'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE) deviendra ainsi le premier « consortium pour une infrastructure européenne de recherche »** (European Research Infrastructure Consortium – ERIC). Ce projet bénéficiera d'une grande partie des **avantages administratifs et exemptions fiscales** déjà accordés aux grandes organisations internationales, avec des procédures beaucoup plus simples. Le centre de données de SHARE-ERIC, situé à l'université de Tilburg, aux Pays-Bas, contient des données en libre accès et vise à aider les chercheurs à comprendre l'incidence du vieillissement de la population sur les sociétés en Europe et, partant, à contribuer à la prise de décision en matière de politique de la santé et de politiques sociale et économique. L'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, les Pays-Bas (pays-hôte) et la République tchèque sont les membres fondateurs de SHARE-ERIC, rejoints par la Suisse en tant qu'observateur. Le Danemark, l'Espagne, la France, l'Italie et le Portugal ont annoncé officiellement leur intention de signer les statuts du SHARE ERIC. La Grèce, la Suède, la Pologne, l'Irlande, l'Estonie, le Luxembourg, la Hongrie et la Slovénie sont les autres pays membres de l'UE qui (avec Israël) participent au projet SHARE. Ces pays pourraient par la suite également s'associer à SHARE-ERIC et donc bénéficier du nouveau statut juridique.

Mme Maire Geoghegan-Quinn, membre de la Commission européenne chargée de la recherche, de l'innovation et de la science, a déclaré à ce sujet : «Le vieillissement de la population pose à l'Europe d'importants problèmes sociaux et économiques. Il est donc encourageant de voir le projet SHARE devenir le premier consortium pour une infrastructure européenne de recherche. J'espère que d'autres porteurs de projets plurinationaux de ce type soumettront également leur candidature, ce qui donnerait un formidable élan au processus d'achèvement de l'Espace européen de la recherche, prévu pour 2014, sachant que lors du Conseil européen de février, nous avons reçu un mandat clair en ce sens de la part des chefs d'État et de gouvernement. Dans le même temps, grâce à son nouveau statut juridique, le projet SHARE pourra contribuer aux politiques de l'Union européenne et des États membres dans le sens d'une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées et leur famille et d'une consolidation de nos économies en vue de faire face à l'évolution démographique.»

## **2. De SHARE à SHARE-ERIC**

Dans le cadre du projet SHARE, créé en 2004, une base de données pluridisciplinaire et transnationale sur la santé, le statut socio-économique et les réseaux sociaux et familiaux de plus de 45 000 personnes âgées de 50 ans et plus est en construction. L'accès à la base de données est libre. Avec SHARE, les responsables politiques disposent d'un outil leur permettant de mieux comprendre, par exemple, les incidences du vieillissement sur les finances publiques, le marché du travail, la répartition du revenu et la vie de famille. L'analyse des données de SHARE permettra aux pays européens de se préparer plus efficacement aux difficultés que le vieillissement de la population ne cessera de poser aux systèmes de soins et de santé.

Cette enquête devrait contribuer dans une large mesure à d'autres initiatives sur le vieillissement de la population, dont certaines ont déjà été lancées, comme le partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé.

Depuis 2004, la Commission européenne a apporté 30 millions d'euros à SHARE, soit près de 80 % des coûts totaux. Environ 5 millions d'euros ont été apportés par des subventions nationales, dont celle du National Institute on Ageing (États-Unis).

En 2006, le forum stratégique européen sur les infrastructures de recherche (ESFRI) a désigné l'enquête SHARE comme faisant partie des infrastructures de recherche prioritaires pour les sciences sociales.

## **3. Le rôle des ERIC dans la recherche européenne**

La décision prise le 17 mars 2011 d'accorder à SHARE le nouveau statut juridique de consortium pour une infrastructure européenne de recherche (ERIC) contribuera à assurer la viabilité à long terme de l'enquête SHARE, puisque ce statut confère une structure juridique et de gouvernance sur mesure, propice à un établissement rapide et à une gestion efficace des projets (les procédures d'appel d'offre sont par exemple simplifiées). Il donne à ce type d'infrastructures une flexibilité permettant à celles-ci d'adapter leur statut en fonction de leurs besoins. Les statuts du SHARE ERIC prévoient une assemblée générale, un conseil d'administration et un conseil scientifique consultatif.

Les ERIC peuvent également bénéficier dans un cadre strict dont les modalités pratiques restent à définir précisément d'exemptions de la TVA similaires à celles des organisations internationales. Ce remboursement de TVA s'appliquera aux coûts de sous-traitance des services de collecte des données rémunérés via le SHARE-ERIC, ce qui est loin d'être négligeable quand on doit faire appel au secteur privé.

D'autres demandes de statut de consortium pour une infrastructure européenne de recherche sont attendues dans un avenir proche de la part d'au moins huit autres infrastructures de recherche figurant sur la feuille de route de l'ESFRI. Rappelons que, créé en 2002, l'ESFRI rassemble des délégués désignés par les ministères de la Recherche des États membres de l'Union européenne et des pays associés, ainsi qu'un représentant de la Commission. Par une mise en commun des ressources, ils s'emploient à fournir à l'Europe les infrastructures de recherche les plus modernes. Il s'agit d'aider l'Europe à se positionner en tête au niveau mondial dans différents domaines de la physique, de l'énergie, de la biologie, de la médecine, des sciences sociales et des TIC.

La feuille de route de l'ESFRI inclut 44 infrastructures prioritaires, dont 10 sont en cours de mise en œuvre et 16 autres devraient l'être d'ici à la fin 2012. Jusqu'à présent, l'absence de cadre juridique adapté à des partenaires issus de plusieurs pays a freiné l'établissement des infrastructures recensées par l'ESFRI, en allongeant les négociations et en entraînant des retards.

En juillet 2008, la Commission européenne a répondu à ces préoccupations en proposant un règlement du Conseil autorisant la création d'un statut de consortium pour une infrastructure européenne de recherche, doté de la personnalité juridique en vertu du droit de l'Union (article 187 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne) et reconnu dans tous les États membres. Le Conseil a trouvé un accord sur le texte en mai 2009 (voir IP/09/856). Ce système prévoit que les États membres intéressés par l'établissement conjoint d'un consortium pour une infrastructure européenne de recherche soumettent leur candidature à la Commission. Celle-ci contrôle alors l'éligibilité du projet et sa conformité avec le règlement, avant de lui accorder ou non le nouveau statut.

Le statut juridique flexible de consortium pour une infrastructure européenne de recherche est parfaitement adapté aux grands projets européens. Les pays tiers peuvent également y participer. Comme expliqué ci-dessus, les projets bénéficient de certains des avantages et exemptions accordés aux organisations intergouvernementales mais devraient pouvoir être établis plus rapidement et être plus faciles à gérer.

**Pour en savoir plus :**

Site web de l'enquête SHARE : [www.share-project.org](http://www.share-project.org)

Sur les infrastructures de recherche européennes : [www.ec.europa.eu/research/infrastructures](http://www.ec.europa.eu/research/infrastructures)

Sur l'ERIC : [http://ec.europa.eu/research/infrastructures/index\\_en.cfm?pg=eric](http://ec.europa.eu/research/infrastructures/index_en.cfm?pg=eric)

Sur l'ESFRI : [www.ec.europa.eu/research/esfri](http://www.ec.europa.eu/research/esfri)

L'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) interroge tous les deux ans depuis 2004, et à travers toute l'Europe, un échantillon de ménages dont au moins un membre est âgé de 50 ans et plus. SHARE est une enquête longitudinale, transnationale et pluridisciplinaire nécessaire à la compréhension des problématiques individuelles et sociétales soulevées par le vieillissement de la population.

La **vague 1** (2004-2005) et la **vague 2** (2006-2007) ont permis de collecter des données sur l'état de santé et d'accès aux soins, les relations intergénérationnelles, les conditions de travail et de passage à la retraite, le statut socio-économique, etc. La **vague 3** (2008-2009) « SHARELIFE » s'est étendue aux histoires de vie en collectant des informations sur le passé des répondants.

Les données des trois premières vagues ainsi que le questionnaire sont disponibles gratuitement sur le site [www.share-project.org](http://www.share-project.org). Un dictionnaire des variables avec dessins de fichiers (CODEBOOK) est disponible sur le site de l'IRDES : [www.irdes.fr/Share](http://www.irdes.fr/Share).

Désormais, SHARE est présente dans 20 pays, en Europe continentale (France, Allemagne, Autriche, Belgique, Luxembourg), au Nord (Danemark, Suède, Pays-Bas, Irlande), à l'Est (Pologne, République tchèque, Slovaquie, Estonie, Hongrie), au Sud (Italie, Espagne, Portugal, Grèce). Israël et la Suisse sont aussi présents depuis le début au titre de pays partenaires de l'Union européenne.

La **vague 4** (2010-2011), actuellement sur le terrain, constitue un retour au questionnaire initial des vagues 1 et 2. Avec un doublement de l'échantillon dans la plupart des pays (y compris la France), SHARE devrait permettre de collecter des données auprès de 60 000 individus dans 20 pays européens.

La vague 4 de SHARE en France bénéficie du soutien des partenaires suivants :

