

Santé, vieillissement et retraite en Europe

Ce numéro d'*Économie et Statistique* présente une série d'études francophones effectuées à partir de la vague 1 de l'enquête *Share* conduite en 2004 et 2005. Cette enquête sur la santé, l'activité et la retraite des 50 ans et plus en Europe (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) est originale à deux titres. D'une part, elle couvre des thèmes variés, allant de la santé, du travail, des liens familiaux jusqu'aux échanges de services, en passant par la consommation, le logement, le revenu ou l'épargne. D'autre part, les mêmes questions ont été posées au même moment dans 11 pays européens. Ce qui commence à être répandu en matière d'enquête d'opinion est une première pour les enquêtes quantitatives et cette dimension internationale est au cœur même du dispositif. Elle permet de donner une ampleur nouvelle à des études menées naguère pays par pays ou en les comparant deux à deux. L'intérêt est de pouvoir confronter les expériences des différents pays et de conjuguer variabilité interindividuelle et internationale pour approfondir notre compréhension des mécanismes à l'œuvre dans le vécu du vieillissement. Telle sera précisément l'optique des différents articles de ce numéro qui ne se concentrent pas sur la situation française, mais qui se placent directement au niveau européen.

Nous présentons brièvement dans cette introduction les caractéristiques de l'enquête, les défis qu'elle représente et quelques-unes des réponses apportées par les auteurs de ce numéro. Nous évoquerons également ses limites, avec une attention particulière aux questions de comparabilité des données, notamment dans le domaine de la santé. Nous aborderons enfin les prolongements de l'enquête qui ont été d'ores et déjà engagés. Mais, tout d'abord, pourquoi cet intérêt porté aux 50 ans et plus ?

Pourquoi s'intéresser aux 50 ans et plus ?

Il est devenu banal de dire que nos pays sont confrontés à ce que l'on qualifie de vieillissement de la population. L'espérance de vie augmente régulièrement : en France, on gagne ainsi un quart d'année de vie en plus par an depuis les années 1950 sans que la tendance ne s'infléchisse. Parallèlement, dans bien des pays se sont produits deux phénomènes successifs. Le premier est le baby-boom qui a duré de l'immédiat après guerre jusqu'aux années 1960. Il se traduit par des générations pleines ayant actuellement entre 50 et 65 ans qui vont gonfler très fortement les vagues de nouveaux retraités des prochaines décennies. Le

second est la baisse de la fécondité, plus ou moins prononcée selon les pays, qui signifie des générations relativement plus creuses aux âges de la pleine activité. La « Vieille Europe » est déjà le continent où la proportion de personnes âgées est la plus élevée. Les projections démographiques indiquent un accroissement de la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans, passant de 16 % au tournant du siècle à plus de 28 % en 2050.

Il est néanmoins aussi de plus en plus reconnu que ce terme de « vieillissement » peut être trompeur. Avoir 60 ou 80 ans aujourd'hui n'a ni le même sens ni les mêmes conséquences qu'il y a un siècle. Les styles de vie et les besoins des personnes âgées ont énormément changé et continuent d'évoluer. Par ailleurs, les médias nous présentent régulièrement des retraités très actifs. Le troisième âge n'est donc plus synonyme de vieillesse, le quatrième âge arrive plus tard, le nombre des centenaires explose (Vallin et Meslé, 2001).

Ce vieillissement est aussi à examiner sous l'angle du ménage et de la famille. Les individus ne sont pas isolés et leur réseau familial connaît lui aussi de profondes mutations. Pour ne citer que des évolutions françaises récentes, la part des individus vivant encore en couple à 80 ans est passée de 30 à 42 % entre 1984 et 2001, tandis que la corésidence entre générations a baissé de 22 à 10 % au même âge (Laferrère, 2006). Les générations plus récentes vieillissent à deux. Les évolutions démographiques entraînent également une baisse du nombre d'aidants potentiels aux dépendants du très grand âge (Duée et Rebillard, 2004). Si les parents des baby-boomers auront eu de nombreux aidants potentiels, les baby-boomers eux-mêmes en auront moins. Dans certains pays, la proportion de femmes sans enfant, qui avait fortement baissé au fil des générations, remonte. C'est le cas, par exemple, de l'Italie (Mencarini et Tanturri, 2006). En France, l'infécondité définitive a baissé, passant de 25 % pour les générations nées en 1900 à 11 % pour celles nées en 1940. Pour les générations récentes, la proportion de femmes sans enfant devrait augmenter même si le phénomène sera sans doute moins marqué en France que dans d'autres pays européens (Toulemon, 1995 ; Toulemon et Mazuy, 2001). Autre évolution : les nouvelles générations de femmes qui ont été davantage présentes sur le marché du travail auront des droits à la retraite bien plus élevés et un temps disponible réduit pour aider des personnes dépendantes.

Dans ce contexte de fortes évolutions économiques et sociales, un des enjeux majeurs pour les décideurs publics est l'adaptation des systèmes nationaux d'hier aux réalités de demain. Si les changements démographiques et les défis qu'ils représentent sont bien identifiés, de nombreuses questions relatives aux effets réels du vieillissement restent sans réponse, faute de données statistiques suffisamment solides. Cette insuffisance de données limite les études empiriques précises sur les interactions complexes entre facteurs sociaux, économiques et l'état de santé. L'Europe continentale accusait à ce titre un retard par rapport aux États-Unis et au Royaume-Uni où des enquêtes individuelles sur le sujet sont réalisées à intervalles fréquents depuis plusieurs années. Le *Health and Retirement Survey*, HRS aux États-Unis en est à sa sixième vague et l'enquête britannique (*English Longitudinal Survey of Ageing*, ELSA) qui devrait être intégrée à terme à l'enquête *Share*, existe depuis 2002. *Share* vient donc combler ce retard de l'Europe continentale.

Une opération multidisciplinaire et internationale

Comme ces deux opérations américaine et britannique, *Share* a un caractère multidisciplinaire. Ce qu'on a dit du vieillissement montre à quel point le phénomène est multi-

dimensionnel. Il combine des aspects démographiques, médicaux, sociologiques, psychologiques et économiques. Le projet a donc rassemblé des chercheurs de l'ensemble des disciplines concernées et les données collectées touchent à l'ensemble des domaines correspondants. Elles incluent des variables de santé, d'utilisation du système de soins, des variables psychologiques (santé mentale, bien-être, satisfaction), des variables économiques (activités, caractéristiques du travail et pénibilité, histoire professionnelle, activités après la retraite, droits à la retraite, sources et composition du revenu, patrimoine et consommation) et des variables d'environnement familial et social (cf. encadré, pour la description complète du questionnaire). Le rapprochement de ces différentes données permet de multiples analyses des liens entre âge, revenu, patrimoine, santé et activités.

Encadré

UNE ORGANISATION BIEN PARTICULIÈRE

La première vague de *Share* a été menée auprès de plus de 30 000 individus européens de 50 ans et plus dans les onze pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Suède, Suisse. Puisque le questionnaire de l'enquête *Share* est harmonisé en amont pour obtenir des inputs comparables sur l'ensemble des pays, un questionnaire unique en anglais est élaboré puis traduit dans les différentes langues des pays participants. Ceci nécessite une organisation bien particulière. Le pilotage global et la coordination du projet sont assurés par le MEA (Centre de Recherche en Économie du Vieillesse) de l'université de Mannheim. La collecte est réalisée par des agences spécialisées dans chaque pays.

La double ambition pluri-thématique et comparatiste a conduit à mettre en place une organisation originale croisant dimensions nationales et disciplinaires. Le réseau *Share* articule deux types d'entités. Des groupes de travail thématiques, rassemblant des chercheurs de disciplines scientifiques variées, assurent la mise au point de chaque module du questionnaire et la définition de méthodologies aussi harmonisées que possible des différents aspects de la collecte ; des équipes nationales sont chargées de la mise en œuvre de l'enquête dans chacun des onze pays participants. Cependant, les mêmes acteurs ont souvent été appelés à intervenir à deux niveaux : en tant que représentant de leur pays dans un groupe thématique et en tant que spécialiste au sein de leur équipe nationale. Le réseau scientifique *Share* s'organise donc de façon matricielle autour de ces deux types d'activités.

En France, la direction du projet est bicéphale. L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) a la charge de la gestion administrative et est responsable de l'animation scientifique de l'opération. L'Institut national des statistiques et des études Économiques (Insee) met à la disposition du projet le *Country Team Leader*, responsable national qui en assure la direction, et réalise l'enquête sur le terrain. D'autres centres de recherche sont, ou ont été, également associés à la préparation de l'enquête : l'Institut national d'études démographiques (Ined), le Delta (ENS/EHESS), l'Inserm et la Direction des recherches sur le vieillissement de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav).

Le questionnaire de l'enquête

L'enquête comporte trois volets : un questionnaire classique (cf. tableau), deux tests physiques portant respectivement sur l'aptitude à la marche et la force de préhension (tests effectués si l'enquêteur considère qu'ils ne présentent aucun risque pour l'enquêté) qui interviennent au milieu du déroulement du questionnaire classique et l'un des deux types de questionnaire papier auto-administré. Le premier comprend des questions complémentaires sur des aspects psychologiques, sur le suivi médical et sur la qualité du logement ainsi que quelques questions d'opinion sur les transferts intergénérationnels, les rôles relatifs de l'état et de la famille dans la prise en charge des problèmes de la vieillesse et le second questionnaire papier présente aux enquêtés des vignettes permettant d'étalonner les réponses aux questions subjectives du questionnaire principal (Lardjane et Dourgnon, 2007, ce numéro, pour une présentation détaillée).

Le questionnaire comporte 18 modules qui abordent chacun un thème spécifique. Une des originalités de *Share* est donc d'avoir rassemblé sur une même population un ensemble d'informations très vaste. De plus, des informations originales qui ne font généralement pas partie des enquêtes sur les ménages sont disponibles. On se bornera ici à mentionner trois aspects particuliers : des tests cognitifs (capacité de mémorisation, aisance verbale, divers tests de calcul mental), des questions sur les états dépressifs, sur les anticipations et des questions subjectives où l'on demande le sentiment des individus sur leur santé, leurs conditions de travail et leurs relations sociales. →

Encadré (suite)

Tableau
Description du questionnaire

Module	Intitulé et contenu
Partie introductive	
CV	Composition du ménage : identification des répondants (individus nés en 1954 ou avant et leurs conjoints ou compagnons ou compagnes.) ; repérage du répondant aux questions relatives au logement et aux finances du ménage.
Questionnaire principal	
CM	Sélection du répondant sur les questions financières au sein du couple
DN	Démographie et réseau familial : caractéristiques démographiques, niveau de formation, ancien conjoint (le cas échéant), parents, frères et sœurs.
PH	Santé physique : état de santé général (1), affections connues et traitements afférents, difficultés de la vie quotidienne.
BR	Comportements à risque : consommations passées et présentes d'alcool et de tabac, exercice physique, pratique du sport.
CF	Capacités cognitives : tests de mémoire et de numérocie
MH	Santé mentale : sentiments dépressifs, appétit, irritabilité, existence d'épisode de dépression
HC	Recours aux soins : au cours des douze derniers mois, visites auprès de généralistes ou de spécialistes, hospitalisations, séjours en centres médicalisés ou aide à domicile ; part des soins payés sur ressources personnelles ; couverture maladie de base et complémentaire.
EP	Emploi et retraite : situation courante par rapport à l'emploi (caractéristiques de l'emploi courant, satisfaction au travail, salaires ou revenus du travail mensuels), dernier emploi occupé pour les inactifs, revenus du travail pour l'ensemble de l'année 2003, prestations de retraite, autres prestations, droits à retraite futurs.
GS	Force de préhension : deux tests de force de préhension pour chacune des deux mains.
WS	Vitesse de marche (pour les personnes de 75 ans et plus) : deux chronométrages du temps mis par l'enquêté à parcourir une distance de 2m50.
CH	Enfants : caractéristiques et situation familiale, fréquence des contacts.
SP	Soutien familial et social : au cours des 12 derniers mois, inventaire des aides (non financières) reçues de la famille, voisins ou amis ; inventaire des aides procurées à la famille, aux voisins et aux amis, garde des petits enfants, aides (non financières) au sein du ménage.
FT	Transferts financiers : inventaire des aides financières apportées et reçues au cours des 12 derniers mois, héritages reçus.
HO	Logement : statut d'occupation, coût, modalités d'acquisition ; remboursements d'emprunt, valeur de revente ; résidences secondaires ou autres propriétés immobilières ou foncières ; caractéristiques du logement.
HH	Revenus du ménage : revenus apportés par les autres membres du ménage ne répondant pas à l'enquête ; allocations diverses perçues par le ménage.
CO	Consommation : budget alimentaire (dans et hors foyer) ; dépenses de téléphones ; dépenses globales.
AS	Patrimoine : liste des actifs détenus ; montants et rémunération sur chaque actif ; montants versés et valeurs de rachat (pour les assurances décès) ; valeur de revente (pour les actifs matériels) ; endettement.
AC	Activités : activités bénévoles et satisfaction retirée de ces activités.
EX	Anticipations : probabilités subjectives de réalisation de divers événements.
IV	Informations relatives à la façon dont s'est déroulé l'entretien (rempli par l'enquêteur).
1. Ces questions sont posées, de manière aléatoire, en début ou en fin de module.	

Comparée aux deux précédents que sont les enquêtes *HRS* et *Elsa*, *Share* se caractérise également par sa dimension transnationale. Collecter des données comparables entre pays n'est certes pas inédit. Mais le faire sur un questionnaire d'une telle ampleur est beaucoup plus rare et *Share* a cherché le maximum de garanties de comparabilité. La plupart des enquêtes européennes, à visée scientifique, de collecte de données quantitatives sont réalisées dans chaque pays ; après une concertation en amont, l'harmonisation a lieu en aval, ce qu'on appelle l'harmonisation des *outputs*. Chaque pays fournira par exemple un revenu individuel net d'impôt, tout en gardant la liberté d'obtenir cette information de la façon la plus adaptée au contexte local. Avec *Share*, l'harmonisation a été recherchée dès le niveau des *inputs*. Tous les questionnaires nationaux dérivent du même moule « générique ». Les mêmes questions sont posées à chaque Européen au même moment, exactement comme une enquête habituelle de l'Insee traite de la même façon un Alsacien et un Breton.

Cette harmonisation a deux intérêts. Elle permet d'abord de confronter les vécus du vieillissement et de la retraite dans les différents pays européens et de produire des statistiques comparatives fiables. On peut par exemple chercher si l'état de santé se dégrade avec l'âge de manière similaire entre pays. Dans ce cas, c'est la comparaison qui est le but. Mais la comparaison peut aussi être un *moyen*. La réunion des fichiers de l'enquête *Share* est alors vue non pas comme une collection de fichiers nationaux, mais comme un fichier de micro-données unique dans lequel la variabilité internationale n'est pas directement l'objet de la mesure mais un facteur additionnel de variabilité inter-individuelle permettant l'approfondissement de telle ou telle problématique. Par exemple, mesurer les effets des institutions sur des variables telles que l'épargne individuelle ou les comportements d'activité peut se faire de manière d'autant plus précise qu'on mélange des pays où ces facteurs institutionnels diffèrent fortement.

Il était naturel que la France soit présente dans un tel projet. Elle y avait été engagée dès son lancement en 2001. Des incertitudes sur la faisabilité de l'enquête française sont apparues courant 2003 au point qu'un retrait de la France a dû être un moment envisagé. Mais l'année 2003 avait été marquée par l'épisode de la canicule qui avait brutalement révélé les limites de notre système de prise en charge du grand âge. Dans un tel contexte, on aurait mal compris que la France se retrouve à l'écart d'un projet comparatif qui portait précisément sur cette thématique du vieillissement.

Une mobilisation importante a finalement permis que la France reste dans le projet et rejoigne le calendrier de collecte des autres pays. La collecte a eu lieu au second semestre de l'année 2004. L'exploitation des premiers résultats des dix pays de la vague 2004 a donné lieu extrêmement rapidement à la publication d'un volume de premiers résultats, dès le printemps 2005 (Börsch-Supan *et al.*, 2005). Depuis cette date, l'enquête (1) a servi de base à divers travaux d'exploitation approfondie dont on pourra trouver des références sur le site de l'enquête (www.share-project.org). Les articles du présent numéro s'inscrivent dans ce mouvement. Contrairement au volume de premiers résultats, ils ne balayent pas l'ensemble des champs couverts par l'enquête mais ils donnent néanmoins un bon aperçu des apports de cette source.

1. Complétée pour la France et la Belgique par une enquête effectuée en 2005.

Quatre aspects de l'emploi des seniors

Un premier groupe de quatre études se rapporte aux thèmes de l'emploi et de la transition activité-retraite mais avec des angles d'attaque assez diversifiés.

Les deux premiers textes sont complémentaires. **Thierry Debrand** et **Pascale Lengagne** se penchent sur la question de la pénibilité du travail et de son impact sur l'état de santé des salariés de plus de 50 ans. Leur recherche s'intéresse aux liens entre l'organisation du travail et la santé des seniors. Ils font intervenir trois dimensions principales : la *pression ressentie* qui reflète la pénibilité physique perçue ou le stress lié à une forte charge de travail, la *latitude décisionnelle* qui renvoie à la liberté d'action et aux possibilités de développer de nouvelles compétences et la *récompense reçue* qui correspond au sentiment d'adéquation du salaire aux efforts fournis, aux perspectives d'avancement ou de progression personnelle et à l'impression de recevoir une reconnaissance méritée. Ils montrent que non seulement « l'intensité » dans ces dimensions influe sur l'état de santé mais que les déséquilibres entre elles ont aussi une importance. Ils mettent aussi en évidence l'existence de différences entre les hommes et les femmes.

Didier Blanchet et **Thierry Debrand** prolongent cette approche en s'interrogeant sur l'effet joint de la satisfaction au travail et de l'état de santé sur l'aspiration à la retraite. Cette question a déjà été abordée dans un premier travail publié peu après la collecte de l'enquête (Blanchet et Debrand, 2005). L'aspiration à la retraite est mesurée à travers la réponse à une question sur le souhait de partir à la retraite le plus rapidement possible. Il apparaît que la santé et les conditions de travail jouent un rôle extrêmement significatif et conforme aux attentes pour expliquer les différences de préférence au niveau individuel. Cependant, ces variables de santé et de conditions de travail n'expliquent qu'une faible part des différences d'attitudes entre pays. Celles-ci proviennent en effet également de différences institutionnelles et notamment de l'effet incitatif des barèmes de retraite. Ceci plaide pour une approche mixte des comportements de départ en retraite combinant déterminants monétaires et non monétaires, et déterminants individuels et collectifs.

Les facteurs institutionnels sont également au cœur de la problématique de **Raquel Fonseca**, **Pierre-Carl Michaud** et **Thepthida Sopraseuth**. Leur texte propose par ailleurs un double élargissement : géographique d'une part, puisque c'est le seul de ce numéro qui combine des données de l'enquête *Share* et des enquêtes *HRS* et *Elsa*, et thématique d'autre part, puisqu'il mobilise ces sources pour éclairer un sujet orthogonal à la question du vieillissement. C'est un point positif pour ces enquêtes d'être également capables d'éclairer des thématiques pour lesquelles elles n'ont pas été forcément conçues. L'objectif de l'article est de valider un modèle théorique concernant la décision d'être établi à son compte plutôt que salarié. L'idée est qu'en présence de contraintes de crédit cette décision dépend du niveau de richesse initiale qui sert de caution aux établissements prêteurs, mais que la relation va être affectée par les coûts de création d'entreprise dans chaque pays. Le modèle prédit que l'effet positif de la richesse s'affaiblit dans les pays où les coûts de création d'entreprise sont les plus importants. Une analyse économétrique de la probabilité d'être à son compte *versus* salarié ou sans emploi faisant intervenir à la fois les données microéconomiques des trois enquêtes et des indices macroéconomiques de coûts de créations d'entreprise dans neuf pays confirme les prédictions du modèle théorique. Au-delà des contraintes financières, les coûts de création d'entreprise atténuent considérablement le bénéfice marginal de la richesse utilisée pour emprunter lors de la création d'une entreprise. Ceci se traduit par une différence sensible de la probabilité d'être travailleur indépendant selon les pays.

Stéphane Adam, Eric Bonsang, Sophie Germain et Sergio Perelman nous ramènent au lien entre activité et état de santé, mais avec une problématique symétrique de celle du texte de Didier Blanchet et Thierry Debrand. Ces derniers analysaient l'impact de l'état de santé sur le souhait de quitter le monde du travail. En sens inverse, que peut-on dire de l'effet du maintien en activité sur l'état de santé ultérieur ? Bien répondre à cette question supposerait l'existence d'un suivi longitudinal, ce qui sera possible lorsqu'on disposera de nouvelles vagues de l'enquête (cf. *infra*). Mais un premier regard transversal est possible. La question posée est plus précisément celle des *effets du passage à la retraite* sur les fonctions cognitives des personnes âgées. Ces dernières sont mesurées à partir de tests présents dans l'enquête. Un test d'aisance verbale évalue la rapidité du participant à citer des noms d'animaux en un temps donné et détermine ce que les auteurs appellent les *fonctions exécutives*. La *mémoire épisodique* est quant à elle mesurée par un test d'apprentissage et de mémorisation d'une liste de dix mots communs. À l'aide d'une utilisation originale de la méthode de frontière paramétrique stochastique, l'article montre l'importance du niveau d'éducation et de l'âge. Mais son résultat le plus frappant concerne l'impact positif qu'ont les activités professionnelles, extra-professionnelles ou physiques sur la réserve cognitive des individus de 50 à 65 ans. La méthode utilise habilement la dimension internationale de *Share* et les différences entre pays en matière d'âge de la retraite. Leur étude ouvre des perspectives intéressantes dans le développement de politiques d'activités diverses dans la prévention du vieillissement cognitif. Les auteurs font cependant remarquer que c'est seulement en suivant les mêmes individus au fil du temps à partir de leur départ en retraite qu'on pourra identifier vraiment l'effet de la cessation des activités sur les capacités cognitives et le purger de tout effet en sens inverse dû au fait que les individus à capacités déclinantes cessent leurs activités plus tôt.

Deux éclairages sur les solidarités familiales

Après ces articles concernant chacun à leur manière le thème de l'emploi des seniors, le thème traité ensuite est celui de la famille. La seconde moitié du cycle de la vie est celle où, une fois le patrimoine largement constitué, on commence à prévoir l'utilisation de cette épargne pour la retraite, pour précaution en cas de coups durs, en particulier la dépendance, et aussi sa transmission à la génération suivante. Ceci en lien avec les échanges des services au sein de la famille. Les données de *Share* sont exceptionnelles car elles fournissent des informations individualisées sur les différents membres de la famille, même s'ils ne cohabitent plus avec la personne enquêtée. Les questions soulevées sont d'importance. Par exemple, comment les ménages envisagent-ils d'articuler épargne et appel au réseau familial pour préparer leurs vieux jours ? En présence d'une hausse de l'espérance de vie, qu'en sera-t-il de la santé pendant la retraite et en fin de vie ? Le poids des soins aux personnes dépendantes sera-t-il supportable par les générations plus jeunes ?

Roméo Fontaine, Agnès Gramain et Jérôme Wittwer étudient l'aide apportée par leurs enfants aux personnes dépendantes âgées d'au moins 65 ans dans six pays d'Europe. L'intérêt de l'article est d'envisager à la fois deux modalités d'implication de la famille : la coresidence et l'aide extérieure. Ceci permet de dépasser une opposition parfois trop systématique et simpliste entre pays du Nord et pays du Sud. La proportion de personnes âgées dépendantes recevant un soutien de leurs enfants, sous une forme ou sous l'autre, apparaît alors remarquablement homogène : de 79 % en Suède et aux

Pays-Bas à 87 % en Italie. La moindre corésidence intergénérationnelle dans les pays du Nord est en effet compensée par une aide apportée par les enfants ne vivant pas avec les parents. Dans tous les pays étudiés, l'implication des enfants est plus forte lorsque le degré de dépendance du parent est plus élevé et lorsqu'il n'a pas de conjoint, c'est alors la fratrie dans son ensemble qui s'implique pour remplacer le parent disparu.

François-Charles Wolff et **Claudine Attias-Donfut** décrivent très précisément les transferts monétaires et les aides entre les personnes de 50 ans et plus et leur entourage. Il s'agit donc à la fois de décrire ces flux dans les quatre dimensions du temps et de l'argent reçus et donnés et de comparer les dix pays entre eux. Contrairement à l'article précédent, les aides échangées entre enfants et parents qui habitent ensemble sont exclues. Il apparaît qu'un quart des Européens de 50 ans et plus ont effectué un transfert financier dans l'année précédant l'enquête, le plus souvent à leurs enfants, fréquemment à un enfant étudiant ou chômeur. Près de 30 % ont donné de leur temps en aide ménagère par exemple, que ce soit à des enfants ou aussi à des voisins, 43 % ont gardé leurs petits-enfants. Seuls 5 % en moyenne ont reçu une aide financière de leurs enfants mais aussi de leurs parents. 22 % reçoivent une aide en temps, aide ménagère pour les soins ou pour des tâches administratives, principalement de la part de leurs enfants, mais aussi dans un quart des cas de bénévoles n'appartenant pas à la famille. La vision globale de personnes âgées ayant avant tout besoin d'être aidées serait donc trompeuse. Il faut distinguer les phases de la vie : on donne son temps et son argent entre 50 et 65 ans, d'autant plus qu'on est une génération pivot entre parents âgés encore en vie et enfants adultes entrant dans la vie active ; on reçoit du temps surtout après 75 ans. Les comparaisons internationales restent délicates mais il semble qu'on observe une certaine substituabilité entre les dons en temps et les dons en argent. Un des apports originaux de l'article est de s'affranchir de l'hypothèse que les variables explicatives jouent de la même façon dans tous les pays ; il ouvre des pistes prometteuses en la matière pour aller lui aussi au-delà de la traditionnelle opposition Nord-Sud. Une annexe s'intéresse aussi au lien entre offre de travail féminin et soin aux parents âgés.

Deux articles méthodologiques sur la mesure de l'état de santé

La plupart des six articles présentés précédemment utilisent l'état de santé comme variable explicative des comportements des individus.

Mais qu'est-ce que la santé ? Comment la mesurer ? La variété des définitions de la santé reflète la complexité de la notion, la diversité de leurs promoteurs et l'étendue de ses usages. La définition de la santé se décline ainsi selon une grande variété d'acceptations, la plupart d'autant plus difficilement quantifiables qu'elles sont positives, c'est-à-dire qu'elles dépassent la notion d'absence de maladie. Il en est ainsi de la définition du Petit Robert « Fonctionnement plus ou moins harmonieux de l'organisme, sur une période assez longue » comme de celle proposée par Sen (2002) selon laquelle la santé est une capacité, un bien nécessaire pour s'épanouir. Cette définition de Sen montre que le concept peut incorporer des dimensions éloignées de la santé biologique. Last *et al.* (2001) font aussi entrevoir une santé multidimensionnelle où sont mêlées des dimensions économiques et sociales : « *intégrité anatomique, physiologique et mentale, capacité à assumer ses rôles familiaux, professionnels et sociaux, capacité à gérer le stress, sensation de bien-être et absence de risque de maladie ou de décès prématuré* ». L'état de santé relève donc de trois principaux modèles : un modèle médical qui envisage la santé par rapport à une norme physiologique ou psychique ; un modèle fonctionnel qui définit la santé comme la capacité

d'un individu à réaliser des tâches dans son environnement social et un modèle subjectif qui retient la perception de l'individu sur son état de santé. Apprécier l'état de santé pose en outre des problèmes spécifiques liés non seulement à cette nature multidimensionnelle, mais aussi à des problèmes de mesure qui proviennent d'une défaillance de l'observation (l'individu ne sait pas qu'il est malade) ou une non-déclaration de l'observé (oubli, déni, conception personnelle de la limite entre normal et le pathologique).

Le recueil particulièrement riche des états de santé dans *Share* comprend la morbidité et la santé fonctionnelle déclarée, l'état de santé subjectif, mais aussi des tests physiques ou cognitifs. La mesure de l'état de santé à travers des questions synthétiques et subjectives a l'avantage d'être peu coûteuse, facilement incorporable dans des enquêtes, y compris sous la forme de modules courts dans des enquêtes portant sur des champs autres que la santé elle-même. Il existe beaucoup de mesures de santé subjective. Elles portent aussi bien sur les limitations fonctionnelles, la douleur physique, la santé mentale, etc. La plus utilisée en économie est la santé subjective « globale » (« *comment est votre état de santé en général ?* »). Beaucoup de travaux méthodologiques, recensés par Idler et Benyamini (1997) ont validé son utilisation comme « *proxy* » d'un état de santé biologique, en étudiant son impact sur la mortalité. La grande majorité de ces travaux montrent qu'il existe un lien significatif au niveau individuel entre état de santé subjectif et mortalité (probabilité de décès, ou distance temporelle au décès). Dans certains cas la santé subjective s'est montrée un meilleur prédicteur de la probabilité de décès à moyen terme que les informations contenues dans les dossiers médicaux ou les problèmes de santé déclarés. De même, la santé subjective reste significativement corrélée à la mortalité, une fois pris en compte d'autres prédicteurs « objectifs » du décès. Ces variables de contrôle ont été tout d'abord les maladies chroniques déclarées ou diagnostiquées dans le cas d'enquêtes incorporant un examen médical. Mais ce sont aussi la consommation de soins, les comportements à risque comme le tabac et l'alcool, voire des mesures cliniques (poids, tension, examen sanguin, etc.). Pour les personnes âgées, des mesures d'incapacité ou des fonctions cognitives ont pu être introduites. En outre, l'effet de la santé subjective sur la mortalité et la morbidité future semble s'accroître aux âges élevés (Banks *et al.*, 2007). Enfin l'état de santé subjectif est un bon prédicteur du recours aux soins présents ou futurs. Il est ainsi utilisé et présenté par Van Doorslaer *et al.* (2002), non comme un élément de l'état de santé en lui-même mais du besoin de soins, ce qui permet d'étudier des différences sociales de recours aux soins à besoin de soins donné.

In fine, l'état de santé subjectif apparaît donc être une approche bien plus efficace du risque de décès au niveau individuel que les indicateurs plus globaux issus des tables de mortalité, y compris chez les populations âgées ciblées par l'enquête *Share*, et suffisamment universel pour être utilisé dans des études internationales. Cette variable a cependant ses limites liées à sa nature subjective. Les études du lien entre santé subjective et mortalité montrent certes que ce lien perdure après contrôle du statut économique et social de l'individu. Mais il existe une hétérogénéité dans les déclarations d'état de santé subjectif selon le statut économique et social, qui diffère, en sens comme en ampleur, selon les études (Etilé et Milcent, 2006). On voit donc que, lorsqu'il est étudié dans des problématiques où interviennent des dimensions économiques et sociales, l'état de santé subjectif peut, *via* les relations encore mal comprises qu'il entretient avec ces variables, fragiliser les résultats qui pourraient confondre des différences de déclarations et d'état de santé. Sen soulève les limites de l'utilisation de l'état de santé subjectif à travers un exemple éclairant : l'état de santé subjectif par habitant aux États-Unis est nettement inférieur à celui de l'État indien du Kerala, où les indicateurs de mortalité sont pourtant beaucoup

plus élevés (Sen, 1993 et 2002). Le fait que l'état de santé subjectif soit une mesure ordinaire constitue une autre limite pratique. Passer d'une variable ordinaire à une variable cardinale peut avoir un coût élevé pour l'analyse si cette transformation est erronée.

Au total, la santé subjective peut être utilisée en tant que variable d'intérêt ou explicative. Dans le premier cas, les résultats précédents plaident pour des approches modélisées au niveau individuel, où l'état de santé subjectif apparaît comme variable endogène, une fois contrôlés les facteurs socioéconomiques susceptibles de jouer sur la déclaration. Dans le deuxième cas, en tant que facteur explicatif, la santé subjective devient une variable pertinente dans l'analyse des décisions individuelles comme le recours aux soins, la sortie du marché du travail ou les relations intra familiales. En revanche, il semble que les approches basées sur l'hypothèse forte que l'état de santé subjectif reflète une unique variable d'état de santé « réel » ou « biologique » peuvent être potentiellement dangereuses tant il a été montré que l'état de santé subjectif reflète des dimensions de santé diverses (Singh-Manoux *et al.*, 2007).

Les deux derniers articles s'intéressent plus particulièrement à la qualité de ces variables subjectives d'état de santé.

Andrew E. Clark et **Augustin Vicard** abordent la question des effets dits « de formulation » et « de placement » de la question d'état de santé subjective. Outre un questionnaire détaillé sur différents types d'affections et maladies et des tests physiques objectifs simples comme la mesure de la force de préhension, *Share* demandait à chaque répondant de se situer sur une échelle ordinaire de santé subjective en cinq positions. Deux effets du mode de collecte ont été testés : le placement de la question de santé, avant ou après le questionnaire concernant les affections et maladies, et la formulation des modalités de réponse proposées, qui allaient soit de « Excellente » à « Médiocre », avec « Bonne » en modalité médiane, soit de « Très bonne » à « Très mauvaise » avec « Moyenne » en modalité médiane (2). Les auteurs montrent comment le placement et la formulation modifient la façon de répondre. L'effet de placement est net et homogène d'un pays à l'autre. Les enquêtés déclarent en moyenne un meilleur niveau de santé subjective après avoir répondu au questionnaire détaillé de santé qu'avant comme s'ils étaient soulagés de ne pas avoir toutes les affections citées par l'enquêteur. L'effet de formulation est, lui aussi, fort mais moins homogène que l'effet de placement : il varie notamment en fonction des pays et modifie donc sensiblement leur classement par niveau de santé subjective.

Le second article méthodologique de **Salim Lardjane** et **Paul Dourgnon** concerne également l'analyse de la santé subjective et s'intéresse à la comparabilité internationale des réponses à cette question. La subjectivité a, d'une part, une composante personnelle, le bien-être psychologique rejaillissant sur le bien-être physique et, d'autre part, une composante culturelle ou économique. Selon les pays et les milieux sociaux, il est, par exemple, plus ou moins admis de se plaindre de ses maux. L'article présente ce qu'il est convenu d'appeler l'effet *DIF*, différence de fonctionnement des modalités de réponses à une question selon les individus et les pays. Cet effet, s'il existe, rend impossible l'utilisation des réponses brutes à une telle question comme variable explicative d'un comportement ou pour une comparaison entre groupes. C'est pour traiter ce problème qu'ont été introduites dans *Share* des questions dites de « vignettes » qui permettent d'étalonner les réponses des individus à l'aune de leur réaction à des situations objecti-

2. Notons qu'en France, on a traduit « Fair » tantôt par « Moyenne », tantôt par « Acceptable ». L'effet de formulation se double peut-être d'un effet de traduction.

ves simples de la vie courante, proches de la question posée subjectivement à l'enquêté et avec les mêmes modalités de réponses. Selon la façon dont le répondant aura classé la situation de tel individu fictif qui est essoufflé s'il monte plus de deux volées d'escaliers par rapport à tel autre qui ne peut plus s'habiller seul, on jugera de sa propre réponse non plus dans l'absolu, mais relativement à celles qu'il donne face à ces situations étalons. Les auteurs mettent en évidence un effet *DIF* : les répondants, et les pays, n'utilisent pas tous les mêmes modalités pour juger d'un même niveau de douleur objectif. Les écarts moyens entre pays dans la perception de la santé semblent ainsi réduits quand on prend en compte les différences dans la façon même dont les individus de différents pays répondent à la même question. Il apparaît que la perception de l'état de santé relativement à chaque vignette est finalement voisine d'un pays à l'autre, sauf en Suède et dans une moindre mesure aux Pays-Bas dont les habitants semblent en meilleure santé subjective. Cependant, les auteurs notent aussi des problèmes importants d'incohérence dans les réponses, révélés par les vignettes, particulièrement en Italie.

Les limites de l'instrument

Opération innovante, *Share* a dû faire face à de nombreux problèmes méthodologiques. L'ambition européenne de l'enquête *Share* porte en elle-même un défi. L'Europe est un continent divers et cette diversité distingue *Share* des enquêtes similaires mais nationales que sont *Elsa* et *HRS*. De nombreux domaines diffèrent au sein de l'Europe comme la protection sociale et les systèmes de retraite et leurs financements respectifs. La collecte de données harmonisées dans ces domaines se révèle souvent complexe. Concrètement, c'est dans la traduction des questions à partir d'une version générique en anglais, qui n'est la langue d'aucun des pays participants, qu'on résout les problèmes difficiles d'adaptation. Il n'y aurait pas grand sens à demander à un Français quelle part de sa retraite vient du premier, du second ou du troisième pilier, il faut donc réintroduire les termes familiers de retraite de base et retraite complémentaire. De même, en l'absence de retenue à la source, un Français semble être le seul Européen à ne pas connaître son revenu mensuel net d'impôt, le terme « net » ne comprenant en France que les cotisations sociales. Il a donc fallu adapter à la marge le questionnement.

On sait par ailleurs que la formulation d'une question risque d'influencer les réponses. Ainsi, un module de *Share* s'intéresse à la sociabilité et demande si on « participe à un club sportif, à une amicale ou à un autre type de club ». Les Belges et Suisses francophones sont restés plus près de l'anglais en demandant si on « participe à un club sportif, social ou d'un autre type ». Les Italiens ont développé l'original en « participation à l'activité d'un cercle sportif, récréatif, social ou un autre type d'association ». Le mot de club est assez connoté en français et il n'est pas sûr qu'un joueur de pétanque qui retrouve ses amis régulièrement considèrera l'activité de cette amicale comme celle d'un club. Le mot « association », évocateur de la Loi de 1901, n'aurait peut-être pas provoqué les mêmes réponses. De même, le terme de diplôme, *degree* dans la version générique du questionnaire, fait référence dans certains pays dont la France, à la possession d'un titre, tandis que d'autres pays il fait référence à un niveau d'éducation. Ainsi, un Français de niveau certificat d'études sans diplôme s'est classé « sans diplôme » alors qu'un ressortissant d'un autre pays aura indiqué « enseignement primaire ». De telles difficultés existent dans toutes les enquêtes à volonté de comparaisons internationales et le travail d'harmonisation des nomenclatures, à la fois nécessaire et impossible, est permanent. Mais ces questions ont été traitées par *Share* de manière plus explicite que dans

d'autres enquêtes et l'enquête a pris un certain nombre de dispositions pour permettre de contrôler cette comparabilité *ex post*. Comme on l'a vu les deux derniers articles présentés s'intéressent à ces tests de comparabilité en matière de santé.

Si *Share* a accordé une attention particulière aux problèmes d'homogénéité des données, on ne peut évidemment pas affirmer que l'enquête ait parfaitement abouti à ses fins dans ce domaine. Il est d'autres domaines où la comparabilité des réponses peut poser problème. La monnaie constitue une difficulté particulière dans une enquête européenne. Elle est double. Difficulté de collecte d'abord dans les pays qui sont passés récemment à l'euro : comment demander à une personne parfois âgée la valeur de son logement ou de ses dépenses et être sûre qu'elle répond bien en euros et non dans l'ancienne monnaie ? L'écart est dans certains pays si visible qu'il a pu être corrigé facilement, mais dans un pays comme la France les écarts de un à six sont plus difficiles à déceler pour certains montants. En France se surajoute la mémoire des anciens francs qui en trouble encore plus d'un. La seconde difficulté, plus classique, est celle de la comparaison du pouvoir d'achat : comment transformer en unité de pouvoir d'achat comparable des montants de revenus, patrimoine ou dépenses différents ? *Share* a pris le parti d'une conversion au niveau national, mais il pourrait être envisagé de prendre en compte les niveaux de prix locaux afin d'affiner les comparaisons. Les auteurs des articles de ce numéro utilisent souvent des tranches de revenus, par exemple des quartiles ou des déciles, déterminés pays par pays pour contourner la difficulté réelle des comparaisons et minimiser les effets des erreurs de monnaie. Il reste que cette question de la comparabilité des données financières est à l'étude pour les vagues suivantes. Les particularités nationales ont donc pour conséquence que certaines données sont de meilleure qualité que d'autres. Si les données de santé, qui ont bénéficié d'un travail méthodologique important, semblent excellentes, celles sur la consommation ou les revenus de transferts sont sans doute moins exactes et demandent à être utilisées avec précaution.

Un autre élément important de la qualité d'une enquête est la qualité de l'échantillonnage : comment ont été tirés dans chaque pays des échantillons représentatifs de la population des 50 ans et plus (3) ? Là encore la variété des pratiques de sondage est révélatrice des différences au sein de l'Europe. Certains pays peuvent utiliser directement des registres de population (Suède) ou de ménages (Danemark) ; d'autres possèdent aussi de tels registres mais ont procédé à un échantillonnage à plusieurs degrés (Pays-Bas, Allemagne, Espagne, Italie) tirant en général des individus. Dans ces cas, un registre permet de repérer les 50 ans et plus à coût faible. En France, l'Insee dispose d'un *Échantillon-maître*, qui est un fichier de logements représentatifs de l'ensemble des logements, dans lequel il tire les échantillons de ménages de ses enquêtes nationales. Mais le repérage des logements occupés par des personnes de 50 ans ou plus est cependant plus coûteux que pour les pays disposant d'un registre. Ailleurs comme en Grèce, en Suisse ou en Autriche, les moyens officiels des instituts de statistique n'ont pas été à la disposition des agences de collecte de *Share* et les échantillons ont été tirés dans des annuaires téléphoniques. Par ailleurs, le tirage a été à plusieurs degrés, dans les grands pays : on tire d'abord des zones géographiques avant de tirer des ménages dans ces zones, pour limiter les coûts de déplacement des enquêteurs. Pour corriger les biais pouvant résulter des ces traitements si différents, des poids d'échantillonnage ont été calculés de façon centralisée, calant

3. Plus précisément *Share* doit représenter la population des individus de 50 ans et plus parlant le langage officiel de leur pays, ne vivant pas à l'étranger et n'habitant pas en institution (prison par exemple) pendant la durée de l'enquête, ainsi que leur conjoint, indépendamment de l'âge de ce dernier. Notons que pour certains pays comme la France, les institutions comprennent les maisons de retraite, qui sont donc exclues du champ, alors qu'elles sont incluses dans le champ dans les pays nordiques par exemple.

pays par pays les échantillons nationaux pour les rendre représentatifs de la population officielle par sexe et âge. Après cette première expérience, certains se demandent si un service public national de bases de sondage scientifique ne serait pas utile à la recherche européenne (Klevmarken *et al.*, 2005).

Des perspectives nouvelles de recherche

Ces limites inhérentes à cette première expérience de *Share* ne doivent pas faire oublier les qualités uniques de l'enquête. Nous ne reviendrons pas ici sur le caractère interdisciplinaire présent à toutes les étapes du projet *Share*, de la constitution de la base de données à la réalisation des recherches. On insistera en revanche sur l'accessibilité des données (www.share-project.org). Dès la fin de la collecte sur le terrain, des fichiers provisoires dûment anonymisés ont été mis à la disposition gratuite de tous les chercheurs ayant signé un engagement d'utilisation conforme aux réglementations internationales.

On dispose ainsi d'un outil unique pour des comparaisons internationales, indispensables aux choix de politiques économiques et sociales qui ne peuvent plus se traiter pays par pays. Notons que même à un niveau purement national aucune décision ne peut être prise sans essai d'évaluation. Or mener des évaluations nationales est long et coûteux : il faut définir une population témoin, une population traitée comparable, attendre parfois plusieurs années les effets de telle ou telle mesure. Les comparaisons internationales pourraient s'y substituer à la condition d'être bien menées ; c'est-à-dire en évitant de projeter sur un pays un modèle sans rapport avec la réalité concrète des équilibres institutionnels nés de son histoire. Chaque pays a une histoire et des traditions qui ont construit au fil des siècles des systèmes politiques et sociaux dont chacun a une cohérence interne mais est difficilement comparable aux autres. On ne peut transposer purement et simplement un élément du système, fonctionnant dans un pays, tel que par exemple la célèbre « flexisécurité » du marché de l'emploi danois, à un autre pays dont la population, la géographie, les systèmes fiscaux et sociaux sont fort différents. Pour pouvoir utiliser les comparaisons comme aide à l'évaluation des institutions et politiques économiques, il faut effectuer un travail fin de documentation et de collecte de données des contextes institutionnels de chaque pays (système de santé, de retraite, d'indemnisation du chômage, de protection de l'emploi, garde d'enfant, égalité des sexes) pour contrôler au mieux les différences, ce que commence à faire *Share*. Une fois ces précautions prises, les résultats peuvent être très éclairants. C'est un des éléments sur lequel *Share* va travailler le plus dans le futur.

Les acquis de la vague 2004 ont permis à *Share* d'embrayer sur sa seconde phase. L'idée initiale du projet était précisément de partir de cette première vague pour bâtir un panel sur le modèle du *HRS* américain. Une deuxième vague a été effectivement réalisée en 2006-2007 dans les pays ayant effectué la vague 1. Ceci s'est accompagné d'un élargissement géographique avec l'entrée de nouveaux pays : Irlande, Israël, Pologne, République tchèque.

Que *Share* soit devenu un panel est extrêmement important. Le vieillissement n'est pas un état mais un processus dynamique qui nécessite une étude dans le temps. Des données longitudinales permettent l'analyse des changements dans le temps. Par exemple, comment les relations intergénérationnelles se modifient-elles si la santé des parents se détériore ? On ne peut répondre à cette question en comparant à un instant donné des

familles dont les parents sont en bonne santé et celles dont les parents sont en mauvaise santé. L'identification des causalités est délicate. Il en est de même à propos des liens entre santé et retraite, santé et richesse, ou famille et dépendance. Comme on l'a indiqué, il sera intéressant de reconsidérer plusieurs des articles de ce numéro à la lumière des données des nouvelles vagues pour intégrer ces aspects dynamiques et proposer des conclusions de politique économique qui ne seront pas hypothéquées par des problèmes d'endogénéité.

ShareLife

Dans le même ordre d'idées, le projet pour les années 2008-2009 est de compléter l'observation des individus de *Share* par des renseignements sur leur passé et des histoires de vie : il s'agit du projet *ShareLife*. Dans l'étude de l'évolution des conditions de vie après 50 ans, les liens entre l'évolution des conditions socio-économiques, par exemple les ressources financières, et l'évolution de l'état de santé sont complexes (Smith, 2004 ; Adams *et al.*, 2003). En effet bien des choses sont jouées avant 50 ans. Il est donc apparu nécessaire de compléter l'observation en période courante par quelques questions rétrospectives sur la vie passée. Par exemple la santé durant l'enfance ou l'adolescence a pu commander les choix d'études, la capacité à travailler ou à former un couple. La constitution de l'épargne à travers l'histoire des logements successifs occupés par exemple peut aussi expliquer les différences entre individus semblables par ailleurs. L'un sera devenu propriétaire avant la hausse des prix dans sa zone géographique et aura pu s'agrandir, l'autre n'aura pu bénéficier d'une telle aubaine. Savoir si de tels événements ont une influence durable sur la façon dont les ménages pourront faire face à la retraite et aux dépenses du grand âge est crucial et devrait être possible grâce à *ShareLife*.

L'idée directrice de *ShareLife* est donc aussi de comprendre comment les politiques économiques et sociales du passé influencent l'état et le bien-être des 50 ans et plus dans les différents pays européens. L'évaluation des politiques et bonnes pratiques est cruciale. C'est pour cela que *Share* a été retenue par la Commission européenne comme l'un des grands projets d'infrastructure de Recherche européenne (Esfri). Ce projet se situe donc clairement à très long terme, tant la question du vieillissement et ses conséquences vont accompagner l'Europe dans les 40 années à venir. Il est prévu de réaliser une vague tous les deux ans pendant une quinzaine d'années. L'exploitation de cette nouvelle enquête n'en est donc qu'à ses débuts. Le présent numéro donne l'avant-goût de ce que cette source pourra apporter, une fois parvenue à sa pleine maturité.

Didier Blanchet (Insee, département des études économiques d'ensemble)

Thierry Debrand (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé)

Paul Dourgnon (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé)

Anne Laferrère (Insee et Crest, Country Team Leader de *Share*)

BIBLIOGRAPHIE

- Adams P., Hurd M.D., McFadden D., Merrill A. et Ribeiro T. (2003)**, « Healthy, Wealthy and Wise ? Tests for Direct Causal Paths Between Health and Socioeconomic Status », *Journal of Econometrics*, vol. 112, n° 1, pp. 3-56.
- Banks J., Crossley T. et Goshev S. (2007)**, « *Looking for Private Information in Self-Assessed Health* », *HEDG Working Paper 07/09*, Health, Econometrics and Data Groups, The University of York.
- Blanchet D. et Debrand T. (2005)**, « Aspiration à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne », *Insee Première*, n° 1052.
- Börsch-Supan A., Brugiavini A., Jürges H., Mackenbach J., Siegrist J. et Weber G. (éditeurs) (2005)**, *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim : MEA. Téléchargeable sur : <http://www.SHARE-project.org/Documentation-Chapters.html>.
- Duée M. et Rebillard C. (2004)**, « La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme », *document de travail*, Dese, Insee, n° G2004/02.
- Etilé F. et Milcent C. (2006)**, « Income-Related Reporting Heterogeneity in Self-Assessed Health : Evidence from France », *Health Economics*, vol. 15, n° 9, pp. 965-981.
- Idler E.L. et Benyamini Y. (1997)**, « Self-Rated Health and Mortality : a Review of Twenty-Seven Community Studies », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 38, n° 1, pp. 21-37.
- Klevmarken A., Swensson B. et Hesselius P. (2005)**, *The Share Sampling Procedures and Calibrated Design Weights*. Téléchargeable sur : <http://shareproject.org>.
- Laferrère A. (2006)**, « Vieillesse et logement : désépargne, adaptation de la consommation et rôle des enfants », *Retraite et Société*, n° 47, pp. 66-108.
- Lardjane S., Dourgnon P. (2007)**, « Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par les méthodes des vignettes à talons », *Économie et Statistique*, ce numéro.
- Last J., Spasoff R., Harris S. et Thuriaux M. (2001)**, *A Dictionary of Epidemiology*, New York : Oxford University Press (4^e édition).
- Mencarini L. et Tanturri M.-L. (2006)**, « Familles nombreuses et couples sans enfant, Les déterminants individuels des comportements reproductifs en Italie », *Population*, vol. 61, n° 4, pp. 463-491.
- Sen A. (2002)**, « Health : Perception versus Observation », *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7342, pp. 860-861.
- Sen A. (1993)**, « Positional Objectivity », *Philosophy and Public Affairs*, vol. 22, n° 2, pp. 126-145.
- Singh-Manoux A., Martikainen P., Ferrie J.E., Zins M., Marmot M. et Goldberg M. (2006)**, « What Does Self-Rated-Health Measure ? Results from the British Whitehall II and French Gazel Cohort Studies », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, n° 4, pp. 364-372.
- Smith J.P. (2004)**, « Unraveling the SES Health Connection », *IFS Working Papers*, The Institute for Fiscal Studies, n° 04/02.
- Toulemon L. (1995)**, « Très peu de couples restent volontairement sans enfant », *Population*, vol. 50, n° 4/5, pp. 1079-1109.

Toulemon L. et Mazuy M. (2001), « Les naissances sont retardées mais la fécondité est stable », *Population*, vol. 56, n° 4, pp. 611-644.

Vallin J. et Meslé F. (2001), « Vivre au-delà de 100 ans », *Population et Sociétés*, n° 365.

Van Doorslaer E., Koolman X. et Puffer F. (2002), « Equity in the Use of Physician Visits in OECD Countries : Has Equal Treatment For Equal Need Been Achieved ? », in *Measuring Up : Improving Health Systems Performance in OECD Countries*, OECD, Health Policy Unit, Paris, pp. 225-248.