La vie après 50 ans

La vie après 50 ans

Faits marquants révélés par l'enquête européenne SHARE

XAVIER FLAWINNE ET SERGIO PERELMAN

PRESSES UNIVERSITAIRES DE LIÈGE & ULIÈGE LIBRARY
LIÈGE

La vie après 50 ans de Xavier Flawinne et Sergio Perelman est sous une licence Licence Creative Commons Attribution 4.0 International, sauf indication contraire.

Cet ouvrage est le premier résultat de la politique de promotion de l'*Open Access* souhaitée par le Conseil Scientifique des Presses universitaires de Liège et d'une collaboration étroite entre les PUL et ULiège Library.

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Cette œuvre est sous licence *Creative Commons*. Vous êtes libre de reproduire, de modifier, de distribuer et de communiquer cette création au public à la condition de citer le nom de l'auteur original de la manière indiquée par l'auteur de l'œuvre ou le titulaire des droits qui vous confère cette autorisation (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'ils vous soutiennent ou approuvent votre utilisation de l'œuvre).

Rien dans cette licence ne diminue ou ne restreint le droit moral de l'auteur.

Presses universitaires de Liège, 2021 – ISBN : 978-2-87562-294-5 (D/2021/12.839/31)

ULiège Library, 2021 – ISBN : 978-2-87019-305-1

Autres versions électroniques de cet ouvrage : PDF et ePub

Cette version a été mise en ligne sur e-publish.uliege.be le 4 novembre 2021

Ce livre a été crée avec Pressbooks (https://pressbooks.com) et converti par Prince.

Table des matières

Avant-propos ix

La population en Belgique : enjeux démographiques xx

Préambule : La première vague de Covid-19 en Belgique et en Europe xxv

Partie I. Les déterminants d'une vie en bonne santé

1. Activité physique hebdomadaire : obligatoire pour rester en bonne santé ? 3
2. Les dents de vos enfants sauvées par... la taille de votre bibliothèque ? 16
3. Qualité de l'air : et ma santé, alors ? Politiques publiques, pas très efficaces ? 27
4. Peut-on rester en bonne santé tout en étant coupé de toute relation sociale ? 48
5. Performances cognitives : les femmes, victimes du patriarcat ? L'éducation, remède aux inégalités ? 60

Partie II. L'impact de nos acquis culturels sur notre état de santé

6. Votre entourage peut-il influencer votre propre état de santé ? 79

7. Ne pas avoir d'enfants est-il synonyme d'une fin de vie malheureuse ? 91
8. Les natifs sont-ils en meilleure santé que les migrants ? 108
9. La maison de repos : passage obligé dans la dernière étape de vie ? 123
10. Que sait-on sur la dernière année de vie des Européens ? 139

Partie III. Le socioéconomique à la rescousse de notre bien-être

11. La retraite nous fait-elle du bien ? 155
12. L'état de santé à l'âge adulte est-il déterminé dès la naissance ? Le point de départ d'une bonne santé 166
13. Le passage à la retraite, synonyme de dépression et de baisse des performances cognitives ? 184
14. Reporter l'âge de départ à la pension : une solution pour tous ? 200
15. Comment se prépare-t-on à la retraite ? Épargnons-nous en pensant à nos droits futurs à la pension ? 218

Partie IV. L'aide informelle et intergénérationnelle

16. Les aidants proches sacrifient-ils leur santé ? 237
17. L'aide informelle : quelles conséquences pour l'emploi de l'aidant ? 255

18. S'occuper de ses petits-enfants : corvée ou bonheur ? 269
19. Le bénévolat : sacrifice ou opportunité ? 282
20. Le logement intergénérationnel : réponse miracle au vieillissement ? 296

Postscriptum : Premiers résultats de l'enquête SHARE-Covid en 2020 311

SHARE, infrastructure de recherche et outil d'aide à la prise de décision 336

À propos 339

Avant-propos

Cet ouvrage est consacré à la population de 50 ans et plus en Europe et au portrait que lui fait depuis de nombreuses années l'enquête SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* ou *Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe*). Plus précisément, il s'agit ici d'une succession de portraits qui nous permettent d'observer la façon dont les personnes vieillissent, au-delà de leur 50e anniversaire, et de distiller les quelques enseignements qui en découlent. Auparavant, cet avant-propos nous permet de contextualiser l'enquête SHARE dont nous parlons et nous nous servons tout au long de cet ouvrage.

Le projet ayant donné naissance à l'enquête SHARE a été lancé au début des années 2000 par une équipe de chercheurs européens soucieux de pouvoir répondre à des questions devenues urgentes, posées par l'accroissement du nombre de personnes âgées dans la population.

En effet, une augmentation rapide et soutenue de l'espérance de vie a été amorcée au début des années 1970, principalement au bénéfice des personnes nées entre 1945 et 1975, autrement appelées les générations du « baby-boom ». Comme conséquence de cette évolution, l'espérance de vie aura augmenté en Belgique de dix ans en moins d'un demi-siècle : de 71 ans en 1970, elle est passée à 81 ans en 2015[1]. Dans le même temps, la population des 65 ans et plus, qui représentait 13 % de la population belge en 1970, en représente aujourd'hui 18 % et, selon les prévisions des Nations unies, en représentera près de 27 % en 2050, soit près du tiers de la population totale[2]. Une évolution similaire est observée dans

la plupart des pays européens et ailleurs dans le monde. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la part des 60+ dans la population mondiale passera de 11 % en 2000 à 22 % en 2050[3].

On ne peut que se réjouir de cette évolution, en particulier concernant l'augmentation de l'espérance de vie. Néanmoins, plusieurs questions se posent sur les adaptations qui seront nécessaires pour accompagner ce changement, et pour lesquelles il n'y a pas de réponses toute faites.

Le retard accumulé des connaissances sur le phénomène du vieillissement de la population a été mis en évidence par le Conseil de l'Union européenne dans une déclaration datant de 2000[4]. C'est pour répondre à cet appel qu'une équipe de recherche interdisciplinaire s'est constituée autour du Professeur Axel Börsch-Supan (Institut Max Planck de Munich, Allemagne), laquelle est à l'origine de l'enquête SHARE, une enquête s'intéressant aux personnes de 50 ans et plus, à leur état de santé et à leur parcours de vie, en particulier au passage à la retraite et aux situations de dépendance, mais également à leur situation du point de vue social et économique.

Le projet SHARE a été reconnu dès 2006 comme faisant partie des Infrastructures de recherche européennes dans le domaine des sciences humaines et sociales (ESFRI Roadmap 2006)[5]. Et c'est en 2011 que SHARE a été le premier consortium européen ERIC (*European Research Infrastructure Consortium*) à avoir ses propres statuts[6]. Par ces statuts, la mise en œuvre de ce projet est considérée comme nécessaire à la compréhension du processus du vieillissement et pour l'élaboration de politiques en faveur de la population âgée, tant sur le plan européen qu'à l'échelon national et régional.

S'inspirant de l'enquête HRS lancée en 1991 aux États-Unis (*Health and Retirement Study*), et de l'enquête ELSA lancée en 2002 au Royaume-Uni (*English Longitudinal Study on Ageing*), l'enquête SHARE a été dès le départ conçue comme une enquête longitudinale. En effet, elle a pour objet le suivi régulier des mêmes personnes, le répondant et son éventuel partenaire, au travers d'entretiens prévus tous les deux ans. La première vague de l'enquête a eu lieu en 2004-2005 et, malgré les incertitudes générées par la crise sanitaire liée à la Covid-19, la neuvième vague, qui s'étalera sur 2021 et 2022, est en préparation.

La particularité de SHARE par rapport aux enquêtes HRS et ELSA est sa dimension internationale. Le défi était de taille étant donné les différences linguistiques mais également culturelles et institutionnelles entre les pays au sein de l'Europe. De nombreuses difficultés techniques et organisationnelles ont dû être surmontées pour pouvoir assurer la comparabilité des données des 28 pays participants. Il a de plus fallu veiller à l'homogénéité parfaite des procédures d'enquête, de la formation des enquêteurs au traitement des données, en passant par la traduction du questionnaire[7]. Le CentERdata, un centre de recherche dont le siège se situe à l'Université de Tilburg aux Pays-Bas, a été associé à SHARE dès sa création pour le développement des outils informatiques nécessaires à la réalisation de l'enquête.

Depuis son lancement en 2004, plus de 140.000 personnes de 50 ans et plus ont participé à SHARE, dont une grande partie a généreusement réitéré cet exercice sur plusieurs vagues, portant le nombre d'entretiens à quelque 380.000. Un tel nombre de participants permet en outre une bonne représentation des conditions de vie de la population européenne. Ce sont les informations recueillies lors de ces entretiens qui, une fois

anonymisées, permettent la réalisation d'études scientifiques dans plusieurs domaines : santé, démographie, psychologie, sociologie et économie, notamment.

Pour autant, l'élément le plus marquant concernant le projet SHARE est certainement le fait que les études qui en découlent sont souvent le résultat de collaborations d'experts venant d'horizons différents. Ces collaborations permettent la mise en évidence de relations qui jusqu'alors n'avaient pas été observées et, ainsi, de commencer à répondre à des questions que l'on se pose sur le phénomène de l'allongement de la vie.

L'objectif de cet ouvrage est de présenter de manière synthétique une série de ces études, cela afin d'illustrer à la fois les nouveaux champs de recherche qui se sont ouverts grâce à la disponibilité des données de SHARE, mais également de mettre en évidence les nouvelles connaissances et les propositions concrètes qui ont été apportées. Nous avons l'habitude de lire des études consacrées aux personnes âgées à propos de leur santé, des relations qu'elles entretiennent avec leur entourage familial et social, de leurs conditions de vie et de travail, ou encore de leurs activités quotidiennes. Il est en revanche plus rare de trouver des études qui investiguent la façon dont ces différentes dimensions de vie interagissent entre elles et évoluent dans le temps. C'est pour cette raison que notre sélection a été guidée par l'originalité mais aussi par la pertinence des sujets abordés.

Il nous aurait été impossible de répertorier l'ensemble des quelque 3.000 travaux scientifiques publiés par la communauté de chercheurs-utilisateurs de SHARE, raison pour laquelle nous en faisons une sélection.

Cet ouvrage est décliné en quatre thématiques et vingt chapitres. Pour chacun des sujets abordés, et à titre illustratif, nous présentons systématiquement la situation observée en Belgique au regard des autres pays prenant part au projet SHARE, en faisant la distinction entre Belges francophones et néerlandophones. Cette distinction n'est pas habituelle entre régions belges, mais s'explique pour des raisons d'organisation de l'enquête. Dès le départ, ce sont des équipes des universités d'Anvers et de Liège qui ont pris en charge la coordination et la réalisation de l'enquête et qui se sont réparti les tâches auprès de la population néerlandophone et francophone, respectivement[8].

Dans toutes les analyses présentées au cours de l'ouvrage, nous faisons régulièrement référence aux « pays SHARE ». Par ce raccourci, nous comprenons l'ensemble des pays pour lesquels des données d'enquêtes ont été collectées. Pour des raisons diverses, la liste des pays participants n'est pas la même de vague en vague. La Belgique fait partie d'une poignée de pays ayant participé de manière continue depuis 2004. De plus, le projet ne couvre pas uniquement les pays de l'Union européenne, et dépasse même les frontières du continent. En effet, si nous sommes 28 pays participants depuis 2017, nous ne couvrons pas l'Irlande, mais bien la Suisse et Israël.

En plus de ces chapitres, nous avons souhaité revenir sur la situation sanitaire créée par la pandémie due à la Covid-19. D'une part, dans un Préambule, nous expliquons la manière dont l'équipe SHARE a réagi à cette situation, dont la première conséquence a été l'arrêt immédiat, pour des raisons sanitaires, des interviews en cours de la 8e vague de l'enquête. D'autre part, dans un *Postscriptum*, nous dévoilons les premiers résultats d'une nouvelle vague de l'enquête SHARE, première à se dérouler par téléphone,

réalisée durant l'été 2020 auprès de tous les répondants, et consacrée entièrement aux conséquences de la pandémie.

Cet ouvrage est destiné à un public très large. Ses auteurs, qui font eux-mêmes partie de l'équipe SHARE en Belgique, ont voulu lui donner les qualités d'une publication de vulgarisation scientifique. Cela étant, notre première pensée va aux répondants de l'enquête, dont une part non négligeable a manifesté le souhait d'être informée sur des résultats tangibles, disponibles grâce aux données qu'ils fournissent. Notre pensée se tourne également vers nos nombreux intervieweurs, dont certains nous accompagnent depuis le tout début de l'aventure SHARE. Bien entendu, cet ouvrage est également destiné aux professionnels intéressés par l'enquête SHARE et aux possibilités d'étude et d'information qu'elle permet.

Pour tous ceux qui souhaitent en savoir plus, nous leur conseillons de visiter le site web de SHARE-Belgique : **www.share-project.be**, disponible en français et en néerlandais, qui fournit des informations générales sur l'enquête, sur son déroulement, mais également sur les activités récentes de l'équipe. Pour les plus assidus dans la langue de Shakespeare, le site web **www.share-eric.eu** est également disponible. Une multitude d'informations sur l'enquête elle-même s'y retrouve avec notamment la possibilité de découvrir les questionnaires de chaque édition de l'enquête et ce dans chacune des langues des pays couverts, ou de s'intéresser aux aspects méthodologiques de l'échantillonnage, ou encore de parcourir la liste de toutes les publications réalisées à ce jour à partir des données de SHARE. Les futurs utilisateurs SHARE peuvent par la même occasion trouver les informations nécessaires concernant la procédure à suivre afin d'accéder aux données dans le cadre d'un projet de recherche à but scientifique. L'accès à ces données anonymisées n'est en effet accordé qu'aux chercheurs, y

compris aux étudiants dans le cadre de leur travail de fin d'études ou de leur thèse de doctorat.

Les nombreux sujets que nous avons choisis de présenter dans cet ouvrage se regroupent en quatre thèmes distincts, discutant dans une première partie des déterminants d'une vie en bonne santé, de l'influence possible des acquis culturels ou du socio-économique sur la santé dans une deuxième et troisième partie, et de l'aide informelle et intergénérationnelle dans la quatrième partie. Au préalable à ces sujets, nous présentons une série de statistiques sur la population pour la Flandre et la Fédération Wallonie-Bruxelles afin de dresser une image fiable du vieillissement démographique en Belgique[9].

Remerciements

Des dizaines de milliers de personnes ont participé à l'élaboration de cet ouvrage, directement ou indirectement. Nous tenons tout d'abord à remercier chaleureusement répondants comme intervieweurs, sans qui les connaissances sur le processus du vieillissement seraient toujours confinées aux caves du savoir. Eux seuls se rendent compte de la patience nécessaire pour répondre à la multitude de questions posées par l'enquête, année après année[10]. Leur participation répétée représente la clé de voute du succès de SHARE.

L'Université de Liège nous accompagne depuis les débuts de SHARE par sa confiance et son soutien. Ayant fait partie par le passé de l'équipe de coordination du projet pour la Belgique francophone, nous tenons à remercier Claire Maréchal et Jérôme

Schoenmaeckers pour leur rôle déterminant dans la réalisation de l'enquête chez nous. Nous n'irions pas non plus très loin sans l'équipe du Panel de Démographie familiale (ESPRIst – ULiège) qui réalise la mise en pratique de l'enquête sur le terrain. Nous remercions ses membres actuels et passés : Marie-Thérèse Casman, Laurent Nisen, Stephanie Linchet, Jean-François Reynaert, Benjamin Thiry et Marine Maréchal qui, d'une façon ou d'une autre, ont également apporté leur pierre à cet ouvrage.

La réalisation de SHARE en Belgique est un projet commun, organisé et réalisé conjointement avec les équipes du Center for Social Policy Herman Deleeck (CSB) et du Center for Demography, Longevity and Health (CDFG) de l'Université d'Anvers. Nous tenons à remercier Karel Van den Bosch, Koen Decancq, Tim Goedemé, Daniela Skugor, Aaron Van den Heede, Dimitri Mortelmans, Martine Vandervelden, Jorik Vergauwen et Bert Brockx pour ce travail en tandem qui fonctionne parfaitement depuis les débuts du projet, en 2004 pour être précis.

Le projet SHARE a bénéficié depuis sa création du soutien de l'Union européenne et, au niveau belge, de la Politique scientifique fédérale (BELSPO). Depuis 2011, l'enquête SHARE est devenue une infrastructure de recherche européenne (ERIC) et à ce titre bénéficie également du soutien d'entités fédérées. C'est pour cette raison que la Fédération Wallonie-Bruxelles, et par le passé aussi l'IWEPS, finance les coûteux travaux d'enquête sur le terrain. Nous tenons à remercier particulièrement Aziz Naji (BELSPO) et Marc Vanholsbeeck (Fédération Wallonie-Bruxelles) pour leur soutien et leur engagement.

Nous souhaitons également remercier chaleureusement Marie-Thérèse Casman, Pierre Pestieau et Marc Vanholsbeeck pour leurs

commentaires et suggestions sur une version préliminaire de cet ouvrage, mais aussi et surtout pour leurs encouragements, sans lesquels nous ne serions pas allés jusqu'au bout du chemin.

Le projet SHARE

Nous tenons enfin à remercier chaleureusement la « famille SHARE » pour son engagement depuis plus de 15 ans. C'est en effet grâce à l'investissement et aux efforts d'une équipe internationale et multidisciplinaire, réunie autour de l'étude du vieillissement de la population, que ce projet fonctionne.

Les multiples rencontres entre tous les acteurs de l'enquête nous ont permis d'en apprendre toujours plus et de nouer des liens inestimables avec les centaines de personnes mettant en mouvement les rouages de l'enquête. Ce fonctionnement est, selon nous, la colonne vertébrale du projet SHARE et la clé de sa réussite.

La collecte des données SHARE a été principalement financée par la Commission européenne à travers des programmes FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3 : RII-CT-2006-062193, COMPARE : CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE : CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP : GA N° 211909, SHARE-LEAP : GA N° 227822, SHARE M4 : GA N° 261982, DASISH : GA N° 283646) et Horizon 2020 (SHARE-DEV3 : GA N° 676536, SHARE-COHESION : GA N° 870628, SERISS : GA N° 654221, SSHOC : GA N° 823782) ainsi que par la DG Emploi, affaires sociales et inclusion. Des fonds supplémentaires du ministère allemand de l'Éducation et de la Recherche, du Max Planck Society for the Advancement of Science, du NIA (U.S. National Institute on Aging

[U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C]) ainsi que de diverses sources nationales ont également été accordés (voy. www.share-project.org).

Cet ouvrage utilise les données des vagues 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7 (DOIs : 10.6103/SHARE.w1.710, 10.6103/SHARE.w2.710, 10.6103/SHARE.w3.710, 10.6103/SHARE.w4.710, 10.6103/SHARE.w5.710, 10.6103/SHARE.w6.710, 10.6103/SHARE.w7.710) de SHARE, voy. Börsch-Supan *et al.* (2013) pour les détails méthodologiques.

1 The Human Mortality Database, www.mortality.org (consulté en janvier 2020).

2 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). Probabilistic Population Projections Rev. 1 based on the World Population Prospects 2019 Rev. 1: http://population.un.org/wpp/.

3 Source : Organisation mondiale de la santé : https://www.who.int/ageing/about/facts/fr/ (consulté en janvier 2020).

4 Voy. à ce sujet les conclusions du Conseil européen de Lisbonne de mars 2000, à l'adresse http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_fr.htm.

5 European Communities, *European roadmap for research infrastructures report 2006*, European Strategy Forum on Research

Infrastructures, Office for Official Publications of the European Communities, 2006.

6 Commission européenne, Setting up the SHARE-ERIC, 2011/166/EU, 17 mars 2011.

7 Le questionnaire est décliné dans les principales langues utilisées des 28 pays participants, ce qui porte à 39 le nombre de questionnaires. Plusieurs pays partagent la même langue, comme en France et en Belgique francophone, néanmoins ces questionnaires reflètent des réalités linguistiques et institutionnelles parfois différentes.

8 Pour les chercheurs-utilisateurs de SHARE, les données suivent cette présentation en fonction de la langue des répondants : Belgique-nl et Belgique-fr. On retrouve une structuration similaire des données SHARE pour d'autres pays multi-langues : l'Estonie (estonien et russe), l'Espagne (catalan et espagnol), Israël (arabe, hébreu et russe), le Luxembourg (allemand, français et portugais) et la Suisse (allemand, anglais, français et italien).

9 Les données disponibles de Statbel ne permettent pas de distinguer entre la population néerlandophone et francophone, comme nous le faisons dans le reste de cet ouvrage.

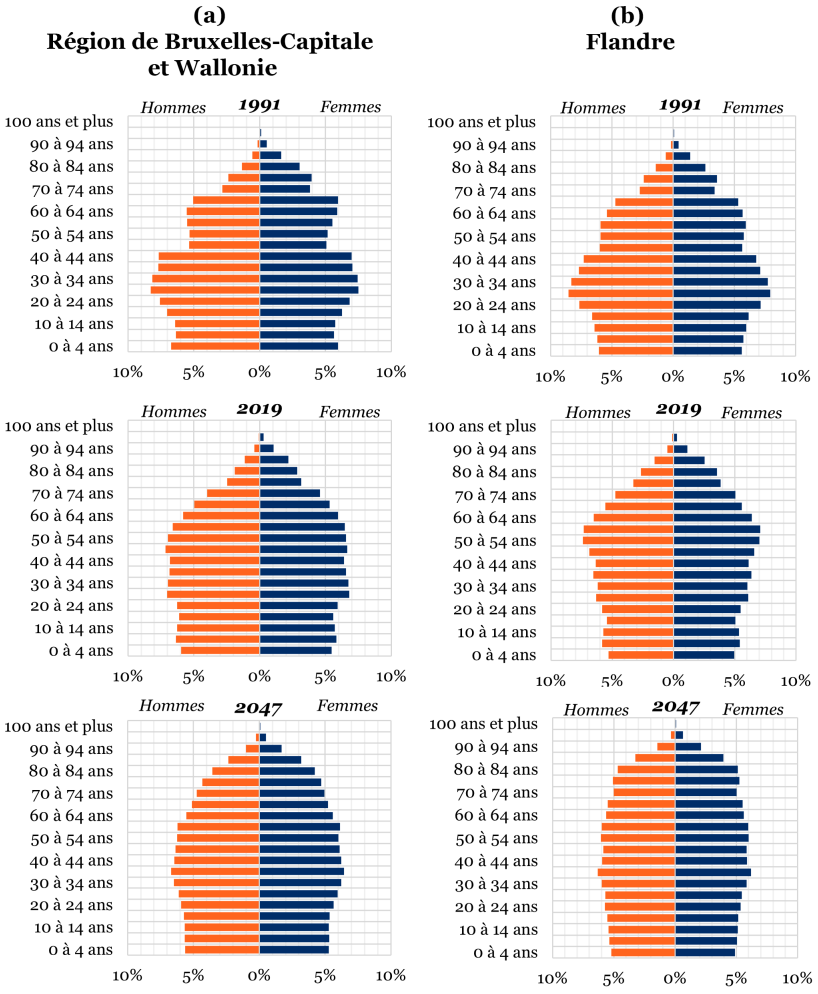
10 En effet, le questionnaire SHARE représente en moyenne tout de même une heure et demie de temps nécessaire pour le compléter. Mais il s'intéresse à tellement d'aspects de la vie des individus, que les retours de répondants et d'intervieweurs sont majoritairement très positifs !

La population en Belgique : enjeux démographiques

Le vieillissement de la population mentionné en introduction se dévoile sur les six parties du **Graphique 1**. Trois pyramides d'âge y sont présentées pour la Wallonie et Bruxelles, au dessus, et la Flandre, en dessous, pour les années 1991 et 2019, et la projection pour l'année 2047.

L'évolution est similaire si l'on compare les deux zones géographiques. Typiquement, la génération « baby-boom » en 1991 est constituée de personnes jeunes en âge de travailler, entre 20 et 45 ans. En 2019, cette surreprésentation s'est décalée vers le haut du graphique et concerne les personnes âgées entre 47 et 72 ans. Cette génération a donc un impact important sur la structure démographique de la société belge actuelle et future. De plus, les personnes de toute génération vivent plus longtemps grâce à la croissance de l'espérance de vie, ce qui est d'autant plus visible sur le graphique pour les 70 ans et plus, particulièrement en Flandre, qui vont jusqu'à doubler d'effectifs selon la région et la tranche d'âge. La représentation des âges en 2047 se transforme en « cylindre », avec une petite pyramide aux âges les plus avancés, ce qui se traduit en une diminution généralisée des 20 à 69 ans, et une nette augmentation des 70 ans et plus.

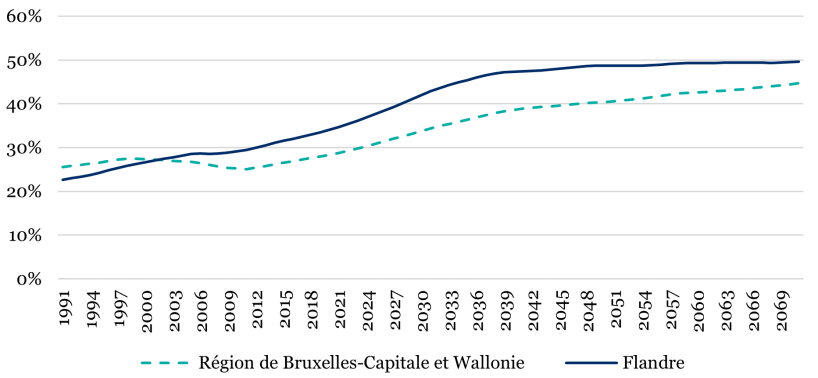
Graphique 1 : évolution de la pyramide des âges en Belgique



Les perspectives d'évolution de la population belge sur 2020-2071, réalisées par le Bureau fédéral du Plan, incorporent des modifications concernant les taux de mortalité et les migrations internes, afin de prendre en compte la pandémie de Covid-19. *Source : 1991-2019 : observations, Statbel ; 2020-2071 : perspectives, Bureau fédéral du Plan et Statbel. Consulté en octobre 2020.*

Outre l'impact unique de la génération « baby-boom » sur la pyramide des âges, l'espérance de vie change celle-ci de façon structurelle. C'est en effet une tendance de long terme : la part des plus âgés dans la population totale ne cesse de s'accroître, et devrait continuer son ascension dans les prochaines années. Le **GRAPHIQUE 2** permet d'observer cette évolution avec le concept du « ratio de dépendance ». Ce ratio consiste à comparer deux populations : elle exprime le poids de la population âgée de 65 ans et plus par rapport à la population dite en âge de travailler (18-64 ans). Par exemple, un taux de 30 % montre qu'il existe 3 personnes de plus de 65 ans pour 10 personnes en âge de travailler.

Graphique 2 : évolution du ratio de dépendance des personnes âgées



Le ratio de dépendance est le rapport entre la population de plus de 65 ans sur la population dite en âge de travailler (18 à 64 ans). Il s'agit d'un indice fréquemment utilisé pour les questions liées au vieillissement. *Source : 1991-2019 : observations, Stabel ; 2020-2071 : perspectives, Bureau fédéral du Plan et Statbel. Consulté en octobre 2020.*

L'évolution de ce ratio de dépendance révèle une différence assez forte entre la Flandre et le duo Wallonie – Région de Bruxelles-Capitale, ce qui montre que la Flandre vieillit depuis le début des années 2000 un peu plus rapidement que les deux autres régions mises ensemble.

Quoi qu'il en soit, l'évolution reste similaire : depuis la fin des années 2000/début 2010, le ratio n'a de cesse de croître, mais devrait toutefois plafonner dans les années 2040 dans une certaine mesure. En Flandre, le taux passerait de 33 % en 2018 à 48 % en 2047, et en Wallonie et à Bruxelles il passerait de 28 % en 2018 à 40 % en 2047, soit une différence de 8 % à l'horizon 2047 entre la Flandre et la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Cette évolution de la structure de la population, résultant à la fois de l'allongement de la vie, du recul de la fertilité et, dans une moindre mesure, des flux migratoires, est en partie anticipée et fait l'objet d'études prévisionnelles. En Belgique, c'est au Conseil supérieur des finances que le Comité d'étude sur le vieillissement réalise ces prévisions, en établissant un rapport annuel sur les conséquences budgétaires et sociales du vieillissement de la population[1].

Dans son édition parue en juillet 2020, le Comité prévoit une hausse des dépenses sociales équivalente de 5 points de pourcentage du Produit intérieur brut (PIB) d'ici 2040, puis une diminution de 0,7 % entre 2040 et 2070. Bien entendu, certaines inconnues peuvent affecter ces prévisions, dans le bon ou le mauvais sens : l'évolution du taux de fécondité, de l'espérance de vie aux âges avancés, et de perturbations diverses et inattendues, comme par exemple l'émergence d'une pandémie.

En 2020, le Comité ne pouvait pas passer à côté de la pandémie de Covid-19. Cette hausse des dépenses sociales en tient compte notamment dans leurs hypothèses de mortalité et des flux migratoires. Il est important de noter également que la crise liée à la Covid-19 a sévèrement impacté l'économie et sa croissance, par conséquent l'évolution du PIB a été revue à la baisse, et les dépenses sociales acquièrent un poids mécaniquement plus lourd.

Au-delà de ces perturbations en dehors de notre contrôle direct, il existe d'autres aspects sur lesquels nous pouvons agir : ceux qui relèvent des comportements individuels et de la vie en société. En effet, le financement des régimes de pension, les dépenses en soins de santé et les coûts liés aux situations de dépendance sont en partie déterminés, ou sont la conséquence de comportements individuels. C'est essentiellement à ces comportements individuels que nous nous intéressons dans cet ouvrage, et à leurs effets éventuels sur la santé et la dépendance, autrement dit à l'espérance de vie en bonne santé.

1 Le rapport annuel du Comité d'étude sur le vieillissement de juillet 2020, ainsi qu'un nombre important d'autres publications utiles du Bureau fédéral du Plan, sont disponibles sur le site www.plan.be/publications.

Préambule : La première vague de Covid-19 en Belgique et en Europe

À l'heure où la 8e vague de l'enquête SHARE était en cours de réalisation, au début de l'année 2020, la pandémie due à la Covid-19 s'est abattue sur la planète. À la suite des mesures de confinement prises à la mi-mars dans la plupart des pays européens, et au vu de la tranche d'âge des répondants concernés par l'enquête, celle-ci a été immédiatement interrompue. En effet, la pandémie ne nous permettait pas de suivre, au travers d'entretiens en face-à-face, nos participants qui sont en grande partie des personnes âgées voire très âgées, et donc considérées comme étant à haut risque en cas de contamination.

Face à cette situation exceptionnelle touchant particulièrement la population âgée, l'équipe SHARE a souhaité néanmoins maintenir le contact avec les répondants, à distance, *via* une enquête téléphonique. Très rapidement, un questionnaire entièrement consacré au vécu et aux effets éventuels de la pandémie dans la vie des ménages a été élaboré et traduit dans les multiples langues pratiquées dans les pays SHARE. Ce sont plus de 50.000 personnes de 50 ans et plus ayant déjà participé à des vagues précédentes de SHARE qui ont répondu à ce questionnaire durant les mois de juin et juillet 2020.

La rédaction de cet ouvrage était déjà avancée quand, seulement quelques semaines avant son envoi vers l'éditeur, une première

version de la base de données contenant les informations collectées lors de l'enquête a été mise à disposition des équipes nationales.

C'est ainsi que, dans un chapitre clôturant cet ouvrage et à titre de *Postscriptum*, nous présentons les premiers résultats tirés de cette enquête. Comme on pouvait s'y attendre, la première vague de la pandémie et la période de confinement ont eu des conséquences sur la vie de la population âgée de 50 ans et plus. Quel que soit l'angle d'étude analysé – santé, emploi, revenus, accès aux soins, vie sociale, entraide – l'impact est délétère, même si on constate des variations importantes entre les pays.

Il est encore trop tôt pour disposer de résultats de publications scientifiques basés sur des recherches réalisées à partir de ces informations. Nous nous excusons auprès des lecteurs qui pourraient être déçus de ne pas trouver tout au long des chapitres des mentions à la crise actuelle due à la Covid-19. Nous pensons qu'ils décrivent, en revanche, une réalité telle qu'on a pu l'observer avant le déferlement de la pandémie. Il n'est pas exclu que certains comportements changent en profondeur comme conséquence des expériences vécues durant cette crise. Les prochaines vagues de SHARE devraient nous permettre d'en savoir plus.

PARTIE I

LES DÉTERMINANTS D'UNE VIE EN BONNE SANTÉ

1. Activité physique hebdomadaire : obligatoire pour rester en bonne santé ?

Les recommandations en termes de pratique d'activité physique pour rester en bonne santé sont bien connues[1]. Vous culpabilisez de ne pas en faire assez ? Vous n'avez pas le temps ou la possibilité de marcher pendant trente minutes, cinq jours sur sept, ou de faire un jogging trois fois par semaine ?

Bonne nouvelle ! Une étude parue en 2017[2], utilisant les données de l'enquête SHARE, a montré qu'une activité physique moins intense et moins fréquente que celle des recommandations officielles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) peut déjà aider à prévenir certaines ***affections chroniques***. Philipe de Souto Barreto et ses coauteurs ne sont pas les seuls à l'affirmer, plusieurs équipes de recherche aboutissent en effet aux mêmes conclusions : une activité physique par semaine, de préférence vigoureuse mais pas uniquement, aide à réduire l'apparition de la plupart des affections chroniques, tant chez les hommes que chez les femmes.

Quelles sont les informations disponibles ? Les répondants à l'étude SHARE déclarent à quelle fréquence et à quelle intensité ils pratiquent une activité physique sur une semaine habituelle. On peut alors comparer ces informations dans le temps avec leurs déclarations concernant leur état de santé, et s'ils souffrent plus tard d'affections chroniques telles que des maladies

cardiovasculaires, des accidents vasculaires cérébraux ou encore du diabète, notamment.

Affection/maladie chronique

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui, en général, évoluent lentement. Responsables de 63 % des décès dans le monde, elles se manifestent sous la forme de diabète, de cholestérol, de cancer, d'affections respiratoires chroniques, d'accidents vasculaires cérébraux, etc.[3]*.La cause principale à ce jour identifiée du développement de ces maladies chroniques est l'inactivité physique*[4]*, d'où des recommandations pour, qu'à tout âge, la population maintienne une activité physique régulière.*

En observant les participants de seize pays sur les cinq premières vagues de SHARE (de 2004 à 2013), cette équipe de chercheurs a déduit que la pratique d'une seule activité physique hebdomadaire, donc en deçà des recommandations officielles, est déjà associée à un risque réduit de développer du diabète, des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux.

Cependant, cette prévention d'affections chroniques dépend de l'***effort*** et du type d'***activité physique*** réalisés. En effet, comme le montre le **Tableau 1**, la fréquence de l'activité associée au type d'effort donne des résultats différents.

Activité physique vigoureuse/modérée

Dans l'étude SHARE, une activité physique vigoureuse est décrite comme « faire du sport, des travaux domestiques lourds, ou un travail qui demande des efforts physiques », et l'activité physique modérée comme « s'occuper du jardin, nettoyer la voiture ou se promener ».

Pour diminuer les risques de développer une maladie cardiaque par exemple, les auteurs identifient deux options qui semblent fonctionner le mieux : réaliser soit un *effort modéré plus d'une fois par semaine* (diminution des risques de 15 % par rapport à une personne qui ne pratique aucune activité physique), soit un *effort vigoureux une seule fois par semaine* (diminution des risques de 20 %).

Concernant les maladies cérébrovasculaires et le diabète en revanche, c'est l'inverse : se « contenter » d'une pratique modérée une seule fois par semaine suffirait à réduire les risques d'en développer, alors que si l'on veut que l'effort vigoureux soit efficace, il faudrait en réaliser plus fréquemment.

Bien entendu, plus la pratique est habituelle, plus celle-ci aura un impact positif sur la santé et la prévention de ces affections chroniques. Dans le cas du diabète, la réduction des risques d'en

développer passe de 18 % à 29 % si l'on augmente la fréquence de cette pratique à plus d'une fois par semaine.

Tableau 1 : diminution des risques de développer une affection chronique

	Effort modéré	Effort vigoureux
Maladie cardiaque		
Une fois par semaine	Pas d'effet	- 20 %
Plus d'une fois par semaine	- 15 %	- 20 %
Maladie cérébrovasculaire		
Une fois par semaine	- 27 %	Pas d'effet
Plus d'une fois par semaine	- 32 %	- 27 %
Diabète		
Une fois par semaine	- 18 %	Pas d'effet
Plus d'une fois par semaine	- 29 %	- 18 %

Pourcentages à comparer avec une pratique inexistante, ou presque, d'activité physique. (*Source : Adaptation du tableau 2, Ph. DE SOUTO BARRETO et al.* (2017) SHARE (2004-2013)).

Comme indiqué plus haut, cette relation entre activité physique et prévalence de maladie chronique est étudiée par plusieurs équipes de recherche. Une deuxième étude sortie en 2018[5] s'attarde exclusivement sur les effets d'une activité physique vigoureuse.

En utilisant les données des vagues 4 et 5 (2011 et 2013) pour treize pays (dont la Belgique)[6], Adilson Marques et ses coauteurs concluent que la pratique d'une activité physique vigoureuse par

semaine, plutôt que de n'en pratiquer aucune, est bénéfique tant pour les hommes que pour les femmes.

Pour les hommes, les chercheurs ont pu relier quatre affections chroniques moins présentes chez ceux qui s'inscrivent dans cette pratique hebdomadaire : moins d'hommes affectés par des maladies cardiaques, des maladies pulmonaires, la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer. Pour les femmes ayant les mêmes pratiques, la prévalence de l'ensemble des affections est réduite, hormis pour l'hypertension, le cholestérol et le cancer, pour lesquels les auteurs n'ont pas trouvé de différence significative selon la pratique ou non d'activité physique. Ces petites différences suggèrent que le sexe biologique modère, d'une façon ou d'une autre, l'apparition de certaines maladies chroniques.

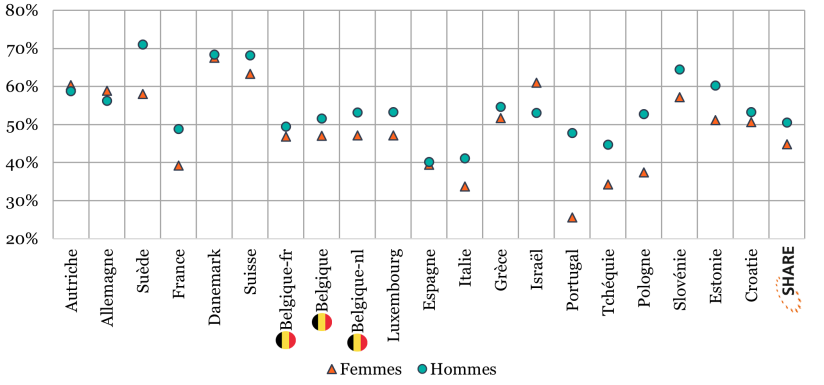
Ces résultats confirment la relation négative existante entre la pratique d'une activité physique et la prévalence de maladies chroniques. Cependant, ils montrent que le gain en santé est positif, que la personne adhère ou non aux recommandations officielles, tant qu'elle pratique un minimum d'activité physique. L'espoir est donc permis pour celles et ceux qui ne sont guère actifs : être actif, même un petit peu, procure toujours des gains en termes de santé tant physique que mentale.

Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons ci-dessous quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

Ces statistiques sont tirées de la vague 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2014-2015.

Le **Graphique 3** reprend les données de SHARE concernant la pratique d'une activité physique vigoureuse à une fréquence régulière, au moins une fois par semaine, chez les individus âgés de 60 à 69 ans. Ce graphique montre les différences de pratiques entre hommes et femmes, mais aussi entre les différents pays.

Graphique 3 : pourcentage d'individus pratiquant une activité physique vigoureuse régulière



Pays groupés par zone géographique : central-nord, sud et est, de gauche à droite. La fréquence de l'activité doit être d'une fois par semaine au minimum pour être reprise sur ce graphique (*Source* : SHARE (2014-2015), 60-69 *ans*).

Plusieurs observations découlent de ce graphique : d'une part, les hommes sont en général plus actifs que les femmes (hormis en Israël), bien que cet écart ne soit pas systématiquement important ; d'autre part, ces moyennes montrent une grande variabilité entre les pays.

Concernant la pratique d'une activité physique vigoureuse, ce sont les Suédois qui sont les plus actifs (71 %), talonnés par les Suisses (68 %) et les Danois(es) (69-68 % respectivement). Ces différences hommes-femmes sont plus faibles lorsque l'on observe la pratique d'une activité physique modérée, non représentée ici.

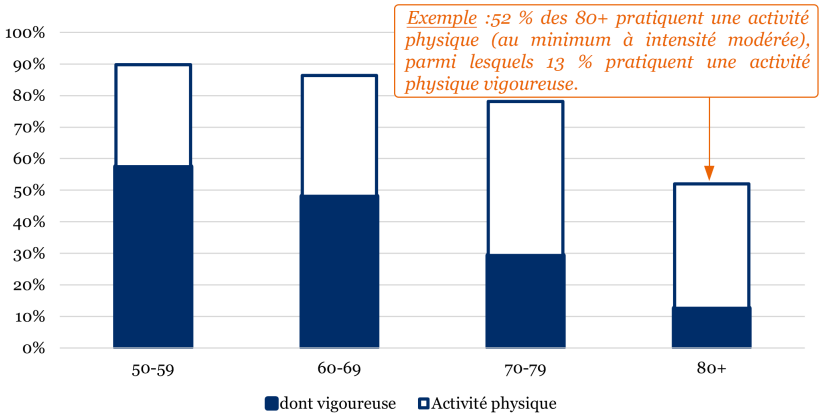
La pratique d'une activité physique, qu'elle soit vigoureuse (sport, travaux domestiques lourds, etc.) ou modérée (promenade, jardinage, etc.), décline en moyenne avec l'âge. En groupant les individus par classes d'âges, le **Graphique 4** permet de visualiser cette diminution progressive pour la population belge francophone.

Nous pouvons observer que le pourcentage de personnes pratiquant une activité physique en Belgique francophone est relativement stable entre 50 et 69 ans : il passe de 89,8 % chez les 50-59 ans à 86,3 % chez les 60-69 ans. Il commence ensuite à diminuer sensiblement chez les 70-79 ans pour atteindre 78,1 % et finit à 52,0 % pour les plus de 80 ans. Bien que cette diminution semble drastique, il est important de noter que ce taux de pratique d'activité physique (surtout à effort modéré) reste assez élevé.

Dans l'enquête SHARE, toujours en 2015, les affections chroniques les plus observées, parmi les personnes de 50 ans et plus, sont l'hypertension (37,5 % des hommes et 39,8 % des femmes en déclarent), suivie du cholestérol pour les hommes (21,1 %) et l'arthrose pour les femmes (26,7 %). Le **Tableau 2** reprend les six

affections chroniques les plus observées parmi l'ensemble de la population SHARE.

Graphique 4 : activité physique et âge, population belge francophone



(*Source* : SHARE (2014-2015), 50 *ans et +*)

Quatre affections sont régulièrement observées tant chez les hommes que chez les femmes : l'hypertension artérielle, le cholestérol, le diabète et l'arthrose. Quatre autres affections sont plus souvent observées pour l'un des deux sexes : la maladie cardiaque et la maladie pulmonaire chronique concernent plutôt les hommes, tandis que la polyarthrite rhumatoïde et les troubles affectifs ou émotionnels concernent plutôt les femmes.

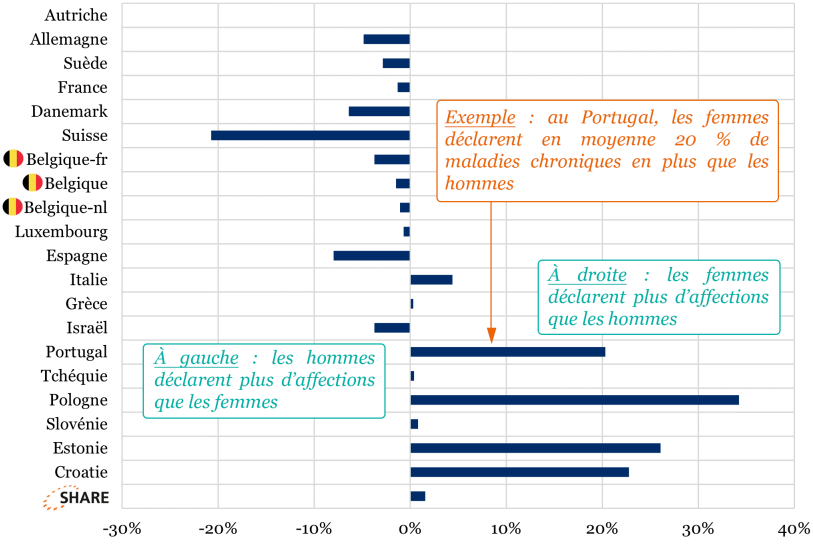
Tableau 2 : les affections chroniques les plus souvent observées

	Hommes	Femmes
#1	Hypertension (pour 37,5 % des hommes)	Hypertension (pour 39,8 % des femmes)
#2	Cholestérol (21,1 %)	Arthrose ou autre rhumatisme (26,7 %)
#3	Diabète (14,6 %)	Cholestérol (23,9 %)
#4	Arthrose ou autre rhumatisme (14,2 %)	Polyarthrite rhumatoïde(12,0 %)
#5	Maladie cardiaque (13,0 %)	Diabète (11,9 %)
#6	Maladie pulmonaire chronique (6,6 %)	Troubles affectifs, émotionnels (9,7 %)

(*Source* : SHARE (2014-2015), *moyenne SHARE, 50 ans et +*)

Le nombre d'affections chroniques est semblable entre hommes et femmes pour la moyenne SHARE ; mais c'est une réalité qui ne vaut pas pour tous les pays. En effet, en comparant l'écart de ce nombre entre hommes et femmes par pays sur le **GRAPHIQUE 5**, nous observons de grandes variations. Les femmes en Croatie, Estonie, Pologne et Portugal déclarent en moyenne bien plus d'affections chroniques que les hommes (de 23 % à 34 % en plus). L'inverse est moins fréquent et surtout moins intense : sur les 18 pays, les hommes déclarent plus d'affections au Danemark (6,4 %), en Espagne (8 %) et en Suisse (21 %).

Graphique 5 : ratio femmes/hommes du nombre moyen d'affections chroniques déclarées



(*Source* : SHARE (2014-2015), 50 *ans et +*)

Ce qu'il faut retenir

Philipe de Souto Barreto et ses coauteurs ont observé, à travers les vagues et les entretiens répétés des mêmes personnes tous les deux ans, comment l'état de santé des personnes actives et non

actives évoluait. Ce faisant, ils sont parvenus à distinguer l'effet apporté d'une petite pratique d'activité physique hebdomadaire sur la réduction du risque de développer des affections chroniques.

Dans la même lignée, Adilson Marques et ses coauteurs se sont intéressés à la pratique d'une activité physique vigoureuse et concluent de manière similaire, en apportant une distinction de prévalence des maladies chroniques entre les hommes et les femmes.

Bien que les recommandations en santé publique de l'Organisation mondiale de la santé suggèrent la pratique d'une activité physique modérée quotidienne et vigoureuse plusieurs fois par semaine, les auteurs de ces deux études concluent qu'être actif rien qu'une fois par semaine pourrait déjà être bien utile pour prévenir les maladies chroniques, ou tout du moins certaines.

Les chercheurs proposent également aux professionnels de la santé d'encourager leurs patients âgés à démarrer avec une faible activité physique puis à augmenter celle-ci de manière très progressive tant sur l'intensité que sur la fréquence, de manière à ne pas les décourager avec une recommandation dès le départ trop exigeante.

Comme les auteurs des deux études le soulignent cependant, ne prendre en compte dans leurs analyses que l'intensité et la fréquence de l'activité physique (vigoureuse ou modérée, une fois par semaine, moins souvent, etc.) est une limitation. Leurs résultats sont certes déjà fort intéressants, mais le type d'activité ainsi que sa durée auraient permis d'affiner encore plus les résultats. Faut-il faire une activité vigoureuse par semaine de 5, 10 ou 30 minutes pour que leurs résultats encourageants fassent effet ? SHARE ne permet toutefois pas encore ce genre de

considérations. Cela étant dit, le message et les recommandations proposées par les auteurs nous plaisent. Initier une discussion avec son médecin ou autre professionnel de la santé pour décider de la meilleure façon de reprendre ou de continuer une activité physique, petite ou grande, n'est pas un mauvais conseil.

L'apport de SHARE pour ce sujet

Caractère **longitudinal** de l'étude : les deux recherches derrière ce chapitre utilisent les données des personnes ayant participé à au moins deux vagues, ce qui est nécessaire pour observer dans le temps l'évolution de la santé des individus.

Caractère **international** de l'étude : 16 pays ont été conservés dans la première étude, et 13 dans la deuxième, permettant ensemble d'accroître la pertinence des résultats.

Les chercheurs se sont focalisés sur deux séries d'informations demandées dans l'étude SHARE : la fréquence et l'intensité de la ***pratique hebdomadaire d'activité physique*** et les incidences de ***maladies chroniques***.

L'étude permet de **mettre en perspective les politiques publiques** et parfois de proposer des alternatives tirées du vécu quotidien des personnes. En l'occurrence, les auteurs mettent en lumière qu'une pratique moins fréquente que celle recommandée par l'OMS est déjà suffisante pour prévenir certaines affections chroniques. De plus, ils encouragent à activer les personnes plus

âgées « à la carte », c'est-à-dire selon l'habitude et l'état de santé de chacun.

1 Pour les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), voy. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/.

2 Ph. de Souto Barreto, M. Cesari, S. Andrieu, Br. Vellas et Y. Rolland, « Physical Activity and Incident Chronic Diseases: A Longitudinal Observational Study in 16 European Countries », *American Journal of Preventive Medicine*, Elsevier, 2017, pp. 373-378.

3 Voy. à ce sujet la définition de l'OMS : http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/.

4 I-M. Lee, E. J. Shiroma, F. Lobelo, P. Puska, St. N. Blair et P. T. Katzmarzyk, « Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy », *Lancet*, 2012, 380:219-29.

5 A. Marques, M. Peralta, H. Sarmento, J. Martins et M. González Valeiro, « Associations between vigorous physical activity and chronic diseases in older adults: a study in 13 European countries », *The European Journal of Public Health*, 2018, vol. 28, n° 5, pp. 950-955.

6 Il s'agit de : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, France, Italie, Pays-Bas, Slovénie, Suède, Suisse et Tchéquie.

2. Les dents de vos enfants sauvées par… la taille de votre bibliothèque ?

Voyons la relation en sens inverse : quel lien pourrait-il bien y avoir entre le nombre de livres présents chez vous quand vous aviez 10 ans et le nombre de dents qu'il vous reste passé 50 ans ? C'est ce que Stefan Lislt et ses coauteurs[1] ont étudié avec les données de l'enquête SHARE.

Bien entendu, ce lien est un raccourci pour faire passer un message plus sérieux : les conditions de vie durant l'enfance ont un impact de long terme sur la santé bucco-dentaire des individus, qui elle-même est liée à la santé globale. Cet article est donc intéressant pour comprendre les facteurs de long terme qui contribuent à un meilleur état de santé. Le **CHAPITRE 12** de ce livre développe ce sujet plus en détail.

Pour réaliser cette étude, les auteurs ont utilisé la cinquième vague de l'enquête, réalisée en 2012-2013. Cette édition contenait une série de questions rétrospectives, spécifiquement ciblées sur l'enfance du répondant. Ces questions ont dès lors permis de faire un lien direct entre les réponses aux questions « classiques » de l'enquête SHARE et la situation vécue par le même répondant durant son enfance. Quinze pays ont été étudiés, dont la Belgique, reprenant 51.560 répondants au total[2].

En plus de comparer la présence de livres durant l'enfance avec le nombre de dents restantes à l'âge adulte, les auteurs compilent

une série d'indicateurs qui donnent une idée plus complète des conditions socioéconomiques du répondant SHARE lors de son enfance. Quatre de ces indicateurs clés sont repris sur le **TABLEAU 3**, pour lesquels est reportée la moyenne de dents restantes. Ces statistiques montrent qu'il existe une corrélation entre les conditions socioéconomiques vécues durant l'enfance et le nombre de dents restantes après 50 ans, et donc avec la santé bucco-dentaire.

Parmi ces statistiques, nous pouvons voir que le nombre restant de dents est corrélé négativement avec la situation financière du ménage des parents durant l'enfance : plus cette situation était défavorable, moins la personne conservera de dents après 50 ans. Une explication possible de cette observation est qu'il est probable que les personnes ayant vécu dans un ménage en situation financière défavorable n'aient pas pris l'habitude de se rendre régulièrement chez leur dentiste, ou de s'y faire soigner lorsque cela s'avérait nécessaire.

De plus, les auteurs mettent particulièrement en lumière le lien entre le nombre de livres qui entouraient le répondant durant son enfance, et le nombre de dents restantes après 50 ans. Pour expliquer cette relation, ils font l'hypothèse que le développement d'une culture scientifique au plus jeune âge contribue positivement à la formation ou au maintien d'habitudes de santé saines.

Ces tendances sont confirmées par des méthodes statistiques plus poussées. Par ailleurs, les résultats indiquent qu'il n'y a pas de variation significative selon le sexe, le niveau de diplôme et l'âge. En d'autres termes, lorsque sont mélangées les données sur le niveau d'éducation, l'âge et les conditions socioéconomiques, ce sont ces

dernières qui expliquent le mieux les différences observées entre les individus en nombre de dents.

Tableau 3 : nombre de dents restantes après 50 ans et conditions socioéconomiques à l'âge de 10 ans

Caractéristique observée à l'âge de 10 ans	Nombre de dents (naturelles) restantes après 50 ans
Nombre de livres présents à la maison durant l'enfance	
25 livres ou moins	17 dents
Plus de 26 livres	21 dents
Nombre de pièces à vivre, par personne, à la maison durant l'enfance	
Moins d'une pièce par personne	18 dents
Une pièce ou davantage	21 dents
Compétences en math, comparées à celles des autres étudiants (extrêmes)	
Bien inférieures aux autres	17 dents
Bien supérieures aux autres	19 dents
Situation financière à la maison entre 0 et 15 ans	
Mauvaise	16 dents
Dans la moyenne	19 dents
Assez bonne situation	20 dents

Source : Adaptation du tableau 1, S. LISLT et al. (2017). SHARE (2012-2013), moyenne SHARE

Mais au-delà de ces statistiques sur les conditions de vie durant l'enfance, les auteurs montrent que c'est la prévention qui explique de manière la plus forte le nombre de dents restantes : les individus qui se rendent régulièrement chez leur dentiste pour leur visite de contrôle ont en moyenne bien plus de dents que ceux qui n'y vont jamais. Ils tempèrent néanmoins ces observations en indiquant qu'il ne s'agit pas réellement d'effets causals, mais plutôt de corrélations. En d'autres termes, ces évolutions sont souvent observées conjointement, mais on ne peut pas prouver que l'une conduit systématiquement à l'autre. Pour cause, les données de SHARE ne permettent pas de combler le manque d'information entre l'enfance et l'âge adulte en termes de conditions de vie et d'autres éléments qui auraient pu être déterminants sur l'évolution de l'état de santé et notamment sur le nombre de dents restantes.

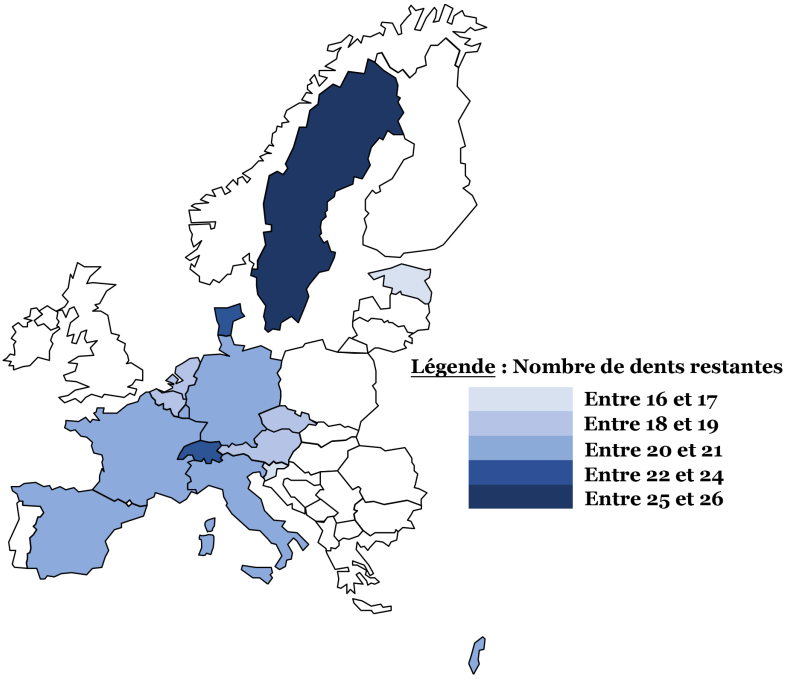
Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

Ces statistiques sont tirées de la vague 5 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2012-2013. Cette édition de l'enquête est la seule recueillant ce type de données sur la petite-enfance.

L'accroche principale de la recherche présentée ci-dessus étant le nombre de dents qu'un individu de plus de 50 ans possède encore, nous comparons sur le **CARTE DE L'EUROPE 1** de façon très

simplifiée cette information pour tous les pays participant à l'enquête SHARE en vague 5, la seule édition ayant une série de questions spécifiquement centrées sur la santé et les conditions de vie vécues durant la petite enfance.

Carte de l'Europe 1 : nombre moyen de dents restantes



Source : SHARE (2012-2013), 50 *ans et +*.

En général, une personne a 28 dents et éventuellement quelques dents de sagesse. C'est la Suède qui obtient le nombre moyen de dents restantes le plus élevé, avec 26 dents. La Belgique se situe à

19 dents restantes, c'est-à-dire en dessous de ses voisins français, suisses, luxembourgeois et allemands, mais à égalité avec les Néerlandais. L'Estonie et la Slovénie sont les pays dont la moyenne de dents restantes est la plus faible, avec 16 et 17 dents respectivement[3].

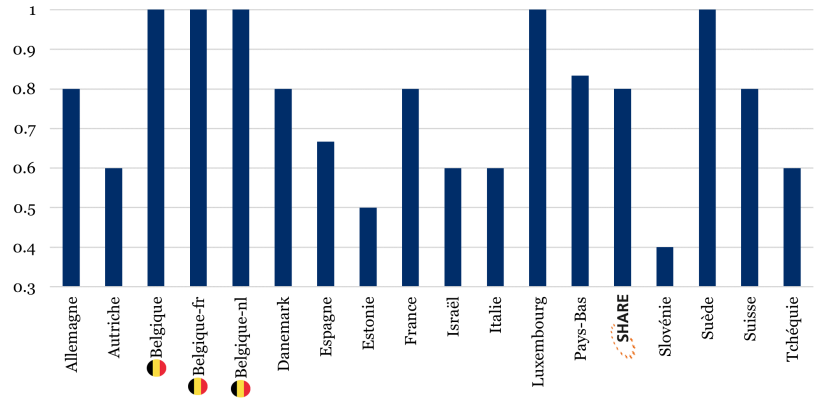
Ces statistiques sont sans doute liées à l'existence d'une sécurité sociale développée et de la couverture de celle-ci concernant les soins bucco-dentaires dans chaque pays. À noter que d'autres éléments que ceux développés dans cette brochure peuvent influencer la décision individuelle de recourir à des soins, quels qu'ils soient.

Constituée presque exclusivement de questions relevant de la vie actuelle des répondants, la cinquième vague de SHARE s'intéressait également à leur passé, mais de façon limitée : il s'agissait de répondre à une dizaine de questions permettant de se faire une idée sur les conditions socioéconomiques dans lesquelles vivait le répondant durant l'enfance. Nous en présentons certaines dans les quelques graphiques suivants.

Le **GRAPHIQUE 6** montre le ***nombre médian de pièces à vivre*** par membre d'un ménage. En Belgique, que ce soit au nord ou au sud du pays, le nombre médian de pièces à vivre est de cinq, et le nombre médian de personnes composant un ménage est également de cinq, portant la statistique à une pièce par personne[4]. C'est également le cas en Suède et au Luxembourg.

Cette statistique est plus faible dans les autres pays, qui enregistrent moins d'une pièce par personne : c'est notamment le cas de la Slovénie et de l'Estonie, qui comptent sur une demi-pièce par personne, voire moins dans le cas de la Slovénie.

Graphique 6 : nombre médian de pièces à vivre par personne durant l'enfance



Pays classés par ordre alphabétique. Exemple : avec 0,4 pièce à vivre par personne, ce sont les Slovènes qui semblent vivre le plus à l'étroit en Europe.
Source : SHARE (2012-2013), 50 ans et +.

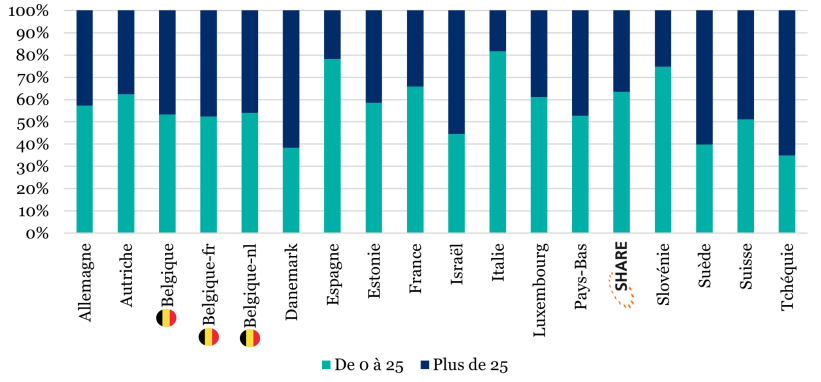
Pièces à vivre

Il était demandé aux répondants de la vague 5 de compter combien de pièces « à vivre » il y avait dans leur logement lorsqu'ils avaient 10 ans. Dans leur calcul, ils devaient exclure les pièces telles que la cuisine, la salle de bains, les halls, etc., qui ne constituent pas spécifiquement une pièce de vie dans son concept strict.

Enfin, le **GRAPHIQUE 7** s'intéresse au nombre de livres détenus par le ménage lorsque le répondant avait environ 10 ans, en distinguant deux groupes : ceux qui possédaient jusqu'à 25 livres et ceux qui en possédaient plus. Nous voyons que cette statistique est hétérogène selon les pays : à part aux Pays-Bas, en Suisse et en Belgique où la population est presque aussi nombreuse dans les deux groupes, la Suède, le Danemark et la Tchéquie se distinguent en ayant 60 % voire plus de leur population de 50 ans et plus ayant vécu dans un ménage possédant plus de 25 livres.

À l'inverse, l'Espagne, l'Italie et la Slovénie ferment la marche avec plus de 75 % de leur population respective ayant vécu dans un ménage avec 25 livres ou moins.

Graphique 7 : distribution de la population selon le nombre de livres détenus dans le ménage à 10 ans



Pays classés par ordre alphabétique. *Source : SHARE (2012-2013), 50 ans et +.*

Ce qu'il faut retenir

Le message des auteurs se résume très simplement : notre état de santé actuel, même après 50 ans, est en partie dépendant de notre vécu.

En effet, même si chaque personne a sa propre histoire, les habitudes en termes de santé sont en général acquises durant l'enfance.

Si les conditions de vie d'un individu lorsqu'il était enfant n'étaient pas favorables, il est probable que ça soit toujours le cas à l'âge adulte ou qu'il n'ait pas développé par après de comportements plus favorables à sa santé. Cela dit, les parcours de vie sont multiples et variés, et il est toujours possible, avec les bons stimuli, de sortir de tout engrenage négatif.

Enfin, les auteurs contribuent à la littérature scientifique en s'intéressant à la santé actuelle des individus en investiguant des possibles déterminants de long terme, intervenus lors de leur enfance.

L'apport de SHARE pour ce sujet

Caractère **international** de l'étude : quinze pays ont été étudiés, dans le cadre de la vague 5 de l'enquête. Au total, les informations de 51.560 entretiens ont été rassemblées.

Les chercheurs ont exploité une spécificité de la vague 5 en utilisant une série de questions sur les ***conditions de vie durant l'enfance*** du répondant. Celles-ci sont comparées avec le ***nombre de dents restantes*** au moment de l'entretien pour avoir une idée de son état de santé bucco-dentaire.

Au travers de ce type de recherche, SHARE permet dès lors de prouver aux **décideurs politiques** que les conditions socioéconomiques vécues durant l'enfance façonnent les modes de vie à l'âge adulte. Des politiques publiques favorisant les **bonnes pratiques en matière de santé dès le plus jeune âge** pourraient donc être proposées ou étendues davantage, au lieu de se focaliser sur ce que peut faire l'adulte par après avec les conséquences de mauvaises habitudes bien ancrées.

1 St. Lislt, J. M. Broadbent, W. M. Thomson, Chr. Stock, J. Shen, J. Steele, J. Wildman, A. Heilmann, R. G. Watt, G. Tsakos, M. A. Peres, G. van der Heijden et H. Jürges, « Childhood socioeconomic conditions and teeth in older adulthood: Evidence from SHARE wave 5 », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 2017, 46:78-87.

2 Les pays étudiés sont : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, France, Israël, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Slovénie, Suède, Suisse et Tchéquie.

3 Cette comparaison ne tient pas compte des différences éventuelles en termes de structure d'âge de la population entre les pays. Il se peut qu'une partie de ces différences soit due au fait que l'âge moyen d'un pays soit par exemple plus élevé que dans un autre, entraînant logiquement un nombre de dents restantes légèrement plus faible.

4 Le calcul d'une médiane diffère de celui de la moyenne. Pour faire simple, si la moyenne est fortement influencée par les valeurs extrêmes d'une série d'observations, la médiane permet de les atténuer, ce que nous avons décidé de faire pour cette statistique.

3. Qualité de l'air : et ma santé, alors ? Politiques publiques, pas très efficaces ?

Il est bien connu que la qualité de l'air peut varier fortement au fil des saisons. Mais également en fonction des villes et régions, bassins industriels ou centres urbains très congestionnés en trafic routier. La qualité de l'air est en effet dépendante du niveau de pollution émise dans l'air du fait de l'activité humaine.

Pourrait-il y avoir un lien entre la qualité de l'air et la santé des personnes, tant sur le plan physique que mental ? Selon l'OMS, il y aurait eu 4,2 millions de morts dans le monde en 2016, dont la cause résiderait dans un niveau trop élevé de pollution dans l'air ambiant. Pas moins de 91 % de la population mondiale vivrait dans un milieu dont la pollution de l'air dépasse les plafonds standards fixés par l'OMS[1].

L'enquête SHARE a permis à une série de chercheurs de traiter cette problématique en couplant ses données individuelles à des données géographiques sur les sources de pollution de l'air extérieur.

Nous reviendrons également sur les politiques publiques ciblant une réduction de la consommation de tabac introduites ces dernières décennies dans plusieurs pays d'Europe. Ces politiques ont-elles réellement pu déboucher sur des améliorations concrètes en matière de santé publique ?

Qualité de l'air : et ma santé, alors ?

Partant du constat que la pollution de l'air est un fléau présent aux quatre coins du globe, Eleftherios Giovanis et Oznur Ozdamar, auteurs d'une étude basée sur des données de SHARE parue en 2018[2], se sont intéressés à la valeur financière que pouvait attribuer chaque individu à la qualité de l'air qu'il ou elle respire.

Quel est l'intérêt de se pencher sur cette valeur ? La réponse est simple, elle représente l'intensité avec laquelle chaque individu souhaiterait réduire la pollution, en fonction de ses considérations personnelles. Nous verrons que cette valeur peut être assez élevée, ce qui montre l'intérêt d'une amélioration de la qualité de l'air pour garantir un meilleur état de santé de la population.

Développement de maladies cardiovasculaires, problèmes respiratoires, infections des voies respiratoires, cancers du poumon ou autre… la liste des problèmes de santé causés par la pollution est longue et bien documentée[3].

Bien entendu, la distribution dans l'espace de cette pollution varie très fortement. Celle-ci est généralement plus présente dans les pays en voie de développement que dans nos pays dits « développés ».

En Europe, elle varie en fonction des pays et des régions : ainsi, la pollution sera plus importante autour de zones plus industrielles, notamment.

Avec ceci en tête, ces chercheurs combinent plusieurs bases de données : à l'enquête SHARE, qui a l'avantage de présenter une multitude d'informations contextuelles sur la situation

socioéconomique mais aussi sur la santé des individus et qui, de plus, permet de différencier ceux-ci au niveau de leur zone géographique (régions ou provinces), ils ajoutent des informations géolocalisées sur les taux mensuels de deux polluants : le dioxyde de souffre (SO_2) et le niveau d'ozone (O_3) au sol. Ils incluent également dans leur analyse des données concernant la météo, la pollution pouvant en effet être affectée, positivement ou négativement, par les conditions météorologiques[4].

Leur travail permet de faire un lien entre les deux grands défis de notre époque : l'augmentation continue de la pollution de l'air et le vieillissement de la population. Deux situations inédites et *a priori* isolées, qui impliquent des solutions différentes, mais qui peuvent s'influencer.

Les conséquences de la pollution de l'air impactent directement la population et sa santé. Ainsi, la pollution et ses conséquences pourraient accélérer l'augmentation des dépenses en soins de santé d'une population vieillissante dont la santé et la résistance déclinent naturellement.

Il faut veiller à la santé des citoyens. Dans cette optique, améliorer la qualité de l'air est l'une des priorités de l'Union européenne. Celle-ci détermine, depuis 1999 déjà, des valeurs maximales en termes de concentration de ***particules fines, de SO_2 et de O_3***, notamment[5].

Dans un rapport de 2018[6], la Cour des comptes européenne constate néanmoins la lenteur des pays européens à adopter ces mesures, pourtant peu contraignantes. L'OMS définit des recommandations globales encore plus strictes dans ses rapports[7].

Particules fines, SO_2 et O_3…[8]

Les « particules fines », techniquement appelées « matières particulaires fines », sont des microparticules principalement composées de sulfates, nitrates, ammonium, chlorure de sodium, etc., mélangeant matières organiques et non organiques. Elles sont le principal coupable de la pollution de l'air et sont, en tout cas, un bon moyen de la mesurer. Deux distinctions sont faites au niveau des particules fines (ci-après « PF ») : les PF « 10 » (10 µg/m³), qui se logent au fond des poumons, et les PF « 2,5 » (2,5 µg/m³) qui sont assez fines pour traverser les poumons et aller dans le sang.

Tableau 4 : exemple de mesures de particules fines en Belgique et à l'étranger[9]

	Limitation (max.)	Mons	Liège	Anvers	Bruxelles	Pékin	Le Caire
Moyenne annuelle - PF2,5	10 µg/m³ par an	16	15	17	18	85	76
Moyenne annuelle - PF10	25 µg/m³ par an	28	22	27	26	108	179

Source : site web de l'OMS, consulté en octobre 2020, données 2013-2014

Quelques exemples de mesures réelles de la pollution liée aux particules fines dans six villes différentes sont présentés sur le ***Tableau 4****. Nous pouvons y voir que les recommandations de l'OMS (colonne « Limitation (max.) ») ne sont pas vraiment rencontrées.*

L'ozone (O_3) au niveau du sol entraîne un smog photochimique par la rencontre des rayons du soleil et des polluants provenant des véhicules et de l'industrie. Les pics de pollution d'ozone interviennent donc plus généralement lorsque la météo est favorable. Au niveau de la santé, l'excès d'ozone dans l'air peut occasionner des problèmes respiratoires, déclencher des crises d'asthme, le cancer du poumon, ou encore réduire les fonctions pulmonaires.

Enfin, le dioxyde de soufre (SO_2) est un gaz incolore ayant une odeur particulièrement forte. Il est le fruit de la combustion d'énergies fossiles (charbon et pétrole) et de l'exploitation de minerais qui contiennent du soufre. Le SO_2 peut affecter les fonctions respiratoires avec un effet aggravant pour l'asthme, provoquer des bronchites chroniques ou faciliter les infections des voies respiratoires, notamment. Les admissions à l'hôpital concernant des maladies cardiaques augmentent les jours de pic de SO_2.

Quel est le facteur de risque qui affecte le plus la santé des personnes de plus de 50 ans, et qui entraîne dès lors la hausse des dépenses de soins de santé ? La littérature scientifique sur le sujet répond généralement que c'est le vieillissement qui est le facteur le plus pertinent pour expliquer une réduction de l'état de santé global. Mais cet article montre que d'autres facteurs liés au mode de vie des personnes sont plus importants.

En suivant sur neuf ans (2004-2013) les répondants SHARE de dix pays, dont la Belgique[10], les auteurs de cette première étude ont pu déterminer quelles caractéristiques personnelles ou partagées (notamment géographiquement) ont eu un impact, positif ou négatif, sur leur santé physique et/ou mentale. Ces deux derniers éléments sont captés différemment : le premier est mesuré en utilisant l'autoévaluation de l'état de santé général des individus, qui

reflète donc comment l'individu se sent au moment de participer à l'enquête. Le deuxième est construit en regroupant les réponses à douze questions relatives à l'**état de santé mental** de l'individu. Le **TABLEAU 5** présente un résumé des caractéristiques statistiquement significatives, autrement dit les caractéristiques dont l'influence sur l'état de santé serait vérifiée.

Tableau 5 : caractéristiques individuelles et état de santé

	Effet positif sur la…	**Effet négatif sur la…**
	… **santé physique (général, autoévalué)**	
#1	Boire de l'alcool moins souvent (a)	Être veuf(ve) (*vs* marié.e)
#2	Ne pas fumer	Vivre en zone urbaine (*vs* rurale)
#3	Montant de la pension plus élevé	Être divorcé(e) (*vs* marié.e)
#4	Niveau d'études plus élevé (b)	Âge ~ pollution de l'air ~ poids
	… **santé mentale (dépression)**	
#1	Boire de l'alcool moins souvent (a)	Être veuf(ve) (*vs* marié.e)
#2	Être divorcé(e) (*vs* marié.e)	Poids ~ pollution de l'air
#3	Montant de la pension plus élevé	Âge
#4	Ne pas fumer ~ niveau d'études plus élevé (b)	

(a) Boire de l'alcool une à deux fois par semaine, au lieu d'une consommation quotidienne. (b) En nombre d'années d'études. Les effets sur la santé sont classés par ordre d'importance (#1 > #2 > #3, etc.). *Source : Adaptation des tableaux 3 et 4, E. GIOVANIS et O. OZDAMAR (2018) SHARE (2004-2013), moyenne SHARE.*

Par exemple, ne pas fumer est bénéfique pour l'état de santé, tant physique que mental, mais le fait de réduire la fréquence de

consommation d'alcool aura un effet encore plus positif. Le montant de la pension semble également avoir une influence positive sur l'état de santé. En effet, on peut imaginer que des revenus plus importants peuvent amener à prendre mieux soin de soi.

Santé mentale, dépression : échelle EURO-D

Dans SHARE, la santé mentale individuelle est estimée par une série de douze questions qui, ensemble, forment l'échelle « EURO-D ». Douze questions sont reprises, qui demandent aux répondants de se positionner sur l'état de fatigue, les troubles du sommeil, le sentiment de culpabilité, etc. Cette échelle est détaillée dans la deuxième partie de ce chapitre.

Côté négatif, le niveau de pollution dans l'air impacte de façon significative l'état de santé, d'où l'importance de mettre en œuvre des politiques publiques visant à améliorer la qualité de l'air, notamment.

Observer ces données permet aux auteurs d'estimer la valeur que les individus seraient prêts à payer, en moyenne, pour l'amélioration de la qualité de l'air. Il ne s'agit pas d'un montant évalué directement par les répondants à l'enquête, mais d'une valeur implicite reconstituée par les auteurs à partir des résultats de l'estimation d'un modèle économétrique. En l'occurrence, un modèle où l'état de santé est la variable dépendante (à expliquer) et, parmi les variables

explicatives, on trouve le revenu annuel individuel et les niveaux annuels de pollution de l'air dans sa région ou province de résidence[11]. Sur le **TABLEAU 6** sont reproduites les valeurs estimées par les auteurs en fonction du type de polluants.

Entre 98 € pour le niveau d'ozone et 315 € maximum pour le niveau de dioxyde de soufre, c'est selon les auteurs le prix que les Européens seraient éventuellement prêts à payer, en moyenne, pour une meilleure qualité de l'air. Cela doit à tout le moins faire réfléchir : la pollution est néfaste pour la santé des individus. Pour éviter des surcoûts dans le domaine des soins de santé, il serait peut-être souhaitable d'investir dès maintenant dans des modes de production et de consommation moins polluants.

Tableau 6 : valeur moyenne d'une amélioration de la qualité de l'air

Dioxyde de soufre (SO_2)	Ozone (O_3) au sol
Entre 242 et 315 €	De 98 à 137 €

Valeur moyenne dont la contrepartie serait la réduction d'une unité (1 µg/m³ par an) d'émission de dioxyde de soufre (SO2) ou d'ozone (O3). *Source* : E. GIOVANIS *et* O. OZDAMAR (2018).

Politiques publiques, toujours inefficaces ?

Du côté des politiques publiques déjà mises en place, d'autres chercheurs se sont intéressés aux politiques visant à réduire la consommation de tabac ou, autrement dit, à la proportion de

fumeurs dans la population. Depuis deux décennies, ces politiques ont eu principalement comme outils l'instauration de zones non-fumeur et l'augmentation du prix de la cigarette, et du tabac en général, par la taxation indirecte (notamment au travers d'accises sur le tabac en Belgique).

Les auteurs de cette étude publiée en 2019[12] utilisent les données de SHARE recueillies entre 2004 et 2013[13]. Manuel Serrano-Alarcón et ses coauteurs observent la proportion de fumeurs et les caractéristiques de ceux qui ont modifié leur comportement à la suite des politiques anti-tabac. Ainsi, ils cherchent à déterminer le profil des personnes sur lesquelles ces politiques ont le mieux fonctionné.

Globalement, leur conclusion est encourageante : ces politiques ont effectivement conduit certains fumeurs à arrêter. Mais elles n'ont pas fonctionné sur tous de la même manière. En effet, elles semblent fonctionner principalement auprès de deux catégories d'individus : les personnes âgées entre 50 et 65 ans, mais également chez les personnes ayant au plus un diplôme de l'enseignement primaire voire secondaire. De plus, il n'existerait pas de différence entre hommes et femmes.

Les auteurs tentent d'expliquer ces effets. Parmi les personnes de plus de 65 ans, il pourrait exister un groupe plus ou moins important de personnes pour lesquelles fumer est inscrit très profondément dans les habitudes. Ces personnes ne seraient pas promptes à changer de comportement, quelles que soient les difficultés que les politiques publiques peuvent mettre sur leur chemin pour les dissuader. Le manque de résultat significatif parmi ces groupes de la population ne signifie néanmoins pas qu'aucun changement de comportement n'y a été observé.

L'autre observation des auteurs est l'effet significatif des mesures auprès des personnes n'ayant pas de diplôme de l'enseignement supérieur. Ce résultat les amène à dire que ces politiques anti-tabac altèrent le modèle socioéconomique et donc l'accessibilité de la consommation du tabac en fonction des caractéristiques individuelles.

En effet, avoir un niveau de diplôme moins élevé entraîne en moyenne des revenus moins élevés, ce qui implique que ce sont les personnes ayant une situation économique plus défavorable qui sont les plus touchées par des politiques de dissuasion, puisqu'elles ont moins de marge de manœuvre pour absorber une augmentation du prix. Un gain en santé pourrait donc être davantage observé chez les personnes à moindre niveau d'éducation, car ils seraient contraints de diminuer leur consommation.

Pour obtenir ces résultats, les auteurs ont utilisé une échelle d'évaluation des politiques anti-tabac, développée par la littérature déjà existante, qui représente l'accumulation de l'ensemble des mesures en la matière pour un pays donné. Cette échelle démarre à 0, signifiant l'absence de toute mesure, et peut monter jusqu'à 100, ce qui signifierait une quasi-impossibilité de consommation de tabac. Le **TABLEAU 7** présente cette échelle et son évolution pays par pays.

Une évolution positive et assez prononcée de cette échelle est observée dans tous les pays, avec en moyenne une augmentation de 50 %, une fois l'ensemble des mesures traduites en unités de cette échelle. En Belgique, cette évolution est moins marquée (+ 34 %), comme en Suède (+ 25 %) et aux Pays-Bas (+ 23 %). Dans ces pays, l'échelle était néanmoins déjà plus élevée que la moyenne en 2004. C'est en Espagne que l'augmentation de l'échelle est la plus forte

(+ 115 %). Cela se traduit-il par des diminutions de consommation de tabac de manière proportionnelle ? Des éléments de réponse se situent sur le **GRAPHIQUE 8**.

Tableau 7 : évaluation des politiques anti-tabac (0-100) et variation

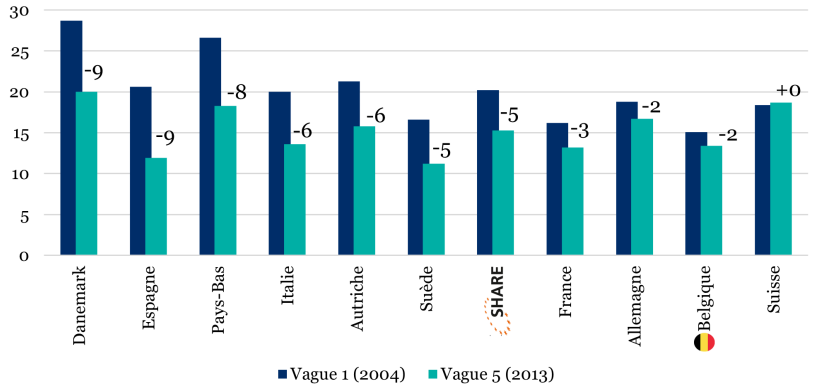
	Échelle en 2004	Échelle en 2013	Variation 2004-2013
Allemagne	28	46	+64 %
Autriche	25	44	+76 %
Belgique	46	62	+34 %
Danemark	41	59	+44 %
Espagne	33	71	+115 %
France	54	73	+35 %
Italie	42	64	+52 %
Pays-Bas	47	58	+23 %
Suède	51	64	+25 %
Suisse	31	57	+85 %
Moyenne	*40*	*60*	*+50 %*

Source : *Tableau* 2, M. SERRANO-ALARCÓN, A.E. KUNST, J.R. BOSDRIESZ *et* J. PERELMAN (2019).

Dégager des enseignements du **TABLEAU 7** et du **GRAPHIQUE 8** serait compliqué car les pays ne démarrent en 2004 ni avec les mêmes mesures anti-tabac, ni avec la même proportion de fumeurs. Les traductions en termes de réduction du nombre de fumeurs ne sont donc pas forcément symétriques, mais nous

pouvons noter qu'une diminution s'est opérée dans tous les pays, hormis en Suisse. Les trois pays ayant le moins introduit de nouvelles mesures entre 2004 et 2013, la Belgique, la Suède et les Pays-Bas, ne suivent pas la même évolution en termes de prévalence du nombre de fumeurs. Les Pays-Bas (- 8 %), qui démarrent également avec une proportion plus haute du nombre de fumeurs, obtiennent la plus haute réduction, juste après le Danemark et l'Espagne (- 9 % chacun).

Graphique 8 : évolution de la prévalence de fumeurs



Pays classés selon le différentiel de fumeurs présents entre les deux vagues (de la différence la plus grande à la plus petite). *Source : Tableau* 1, M. SERRANO-ALARCÓN, A.E. KUNST, J.R. BOSDRIESZ *et* J. PERELMAN (2019) SHARE (2004-2013), 50 *ans et +.*

Tout n'est certes pas noir ou blanc. Les pays, et leurs citoyens, ont des spécificités qui leur sont propres et qui peuvent influencer la façon dont les mesures sont appliquées et perçues. Une mesure

lambda n'aura pas nécessairement le même effet en Allemagne ou en Italie.

Ce qui se dégage de cette étude, dans laquelle les auteurs ont observé le comportement des personnes sur neuf ans, est que l'établissement des politiques anti-tabac a bien un impact positif sur la réduction de la consommation de tabac, de manière générale. Les politiques ciblant le prix ou l'introduction de nouvelles zones non-fumeurs en sont les principaux moteurs.

Ces résultats suggèrent des gains potentiels d'augmentation de l'espérance de vie des Européens de plus de 50 ans, qui est justement un segment de la population en forte croissance actuellement. Les auteurs concluent également que les pays n'ayant pas ou ayant peu introduit de politiques anti-tabac pourraient bénéficier de la même manière de ces politiques s'ils les appliquent.

Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

Ces statistiques sont tirées de la vague 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2014-2015.

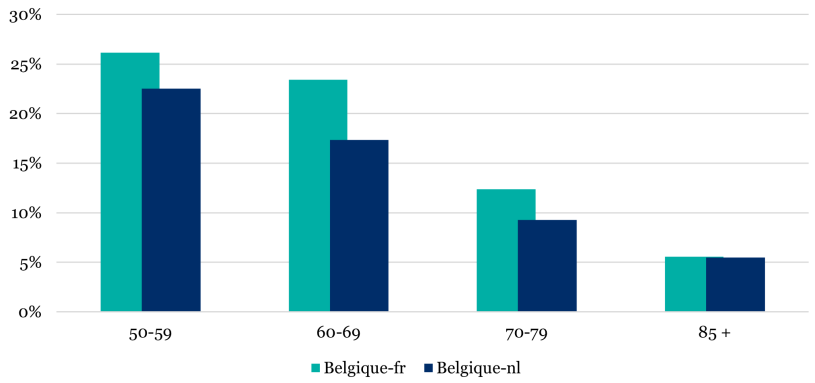
Bien que multidisciplinaire et donc assez large dans ses thèmes, l'enquête SHARE ne permet pas de voir l'évolution de la pollution ni de déterminer comment les pouvoirs publics mettent en place

des mesures de protection en faveur des citoyens, en tout cas pas directement.

Elle permet cependant d'observer les changements sociétaux dans plusieurs domaines importants. Nous nous focalisons ici sur la Belgique et sur le nombre de fumeurs ainsi qu'aux éléments qui composent l'échelle EURO-D dans SHARE.

Le **GRAPHIQUE 9** reprend le pourcentage de fumeurs habituels parmi les populations francophone et néerlandophone, par classes d'âge. Deux indications émergent de ce graphique. La première, assez intuitive, est que la proportion de fumeurs diminue avec l'âge. Bien entendu, cela s'explique en partie par une disparition progressive des personnes fumant quotidiennement, car leur risque de développer des maladies augmente alors fortement, par rapport à ceux qui ne fument pas. D'autres éléments pourraient expliquer cette baisse.

Graphique 9 : proportion de fumeurs



Source : SHARE (2014-2015), 50 ans et +.

La deuxième indication est la différence constante (hormis pour les personnes de 85 ans et plus) de la proportion de fumeurs entre les néerlandophones et les francophones. Ce sont ces derniers qui sont relativement plus nombreux à fumer, jusqu'à une différence de 6 points de pourcentage chez les 60-69 ans.

Outre cet effet d'âge, il semble que l'éducation ait une influence significative sur le fait de fumer. Si la proportion en Belgique parmi les personnes de 50 ans et plus est de 17 % de fumeurs habituels en 2015, cette proportion diminue en fonction du dernier diplôme atteint, partant de 18 % de fumeurs pour les individus ayant au plus un diplôme de l'éducation primaire, à 15 % pour ceux ayant un diplôme de l'enseignement supérieur.

La première étude de ce chapitre s'intéressait en partie à la santé mentale. Celle-ci est mesurée notamment par l'échelle de dépression EURO-D[14] dont les douze questions originales se retrouvent dans l'enquête.

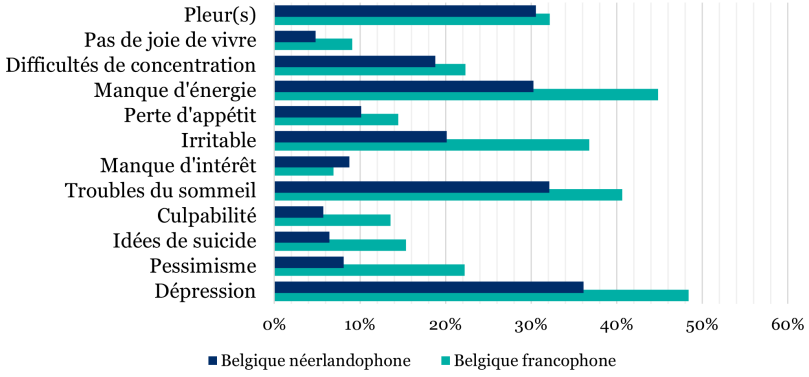
Pour les populations francophone et néerlandophone, le **GRAPHIQUE 10** reprend ces douze éléments et montre la proportion des personnes déclarant être dans une situation précise.

Notamment, la situation « dépression » correspond à la question « Au cours du dernier mois, vous êtes-vous senti(e) triste ou déprimé(e) ? ». Près de la moitié des francophones répondent par l'affirmative (48 %), contre un peu plus du tiers (36 %) des néerlandophones.

La situation « Difficultés de concentration » correspond à la question « Parlons de votre concentration. Pouvez-vous, par exemple, vous concentrer sur une émission de télévision, un film

ou une émission de radio ? »[15]. Une faible différence émerge entre les deux groupes pour cette question-ci, pour laquelle environ 20 % des personnes répondent par l'affirmative.

Graphique 10 : composants de l'échelle euro-d et proportions en Belgique



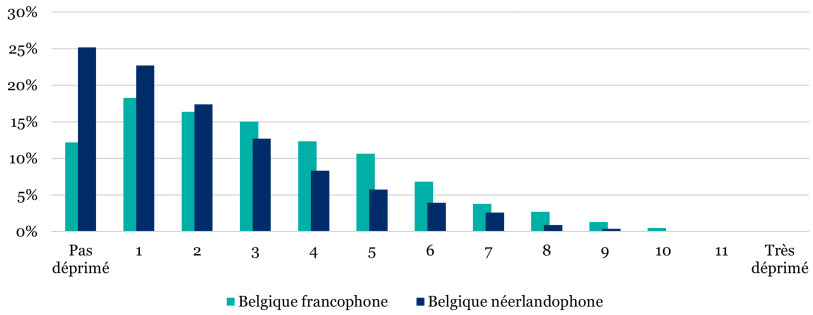
Source : SHARE (2014-2015), *50 ans et +*.

Chaque composant est connoté négativement. Hormis pour l'élément « manque d'intérêt », les francophones sont systématiquement relativement plus nombreux à déclarer un état d'esprit négatif.

Ceci peut être vérifié sur le **GRAPHIQUE 11**, sur lequel est repris l'échelle EURO-D et l'accumulation du nombre de questions ayant trouvé une réponse affirmative. Plus le nombre de « oui » est faible, moins la personne sera considérée comme déprimée.

Il est facile de remarquer les différentes proportions pour les francophones et les néerlandophones de 50 ans et plus : à gauche de la distribution, là où les personnes déclarent le moins d'éléments négatifs, les néerlandophones sont plus nombreux, en termes relatifs, que les francophones. L'inverse est vrai dès trois éléments négatifs.

Graphique 11 : échelle euro-d (0 à 12), distribution de la population francophone et néerlandophone



Source : SHARE (2014-2015), *50 ans et +*.

La moyenne calculée de cette échelle pour les francophones est de 3,1 sur 12 et celle des néerlandophones de 2,1 sur 12, soit tout de même une différence de 1 point. Les francophones sont donc en moyenne davantage déprimés.

Ce qu'il faut retenir

L'âge est souvent présenté comme étant le facteur clé pour expliquer l'augmentation des dépenses des soins de santé. Bien que le vieillissement représente en effet un élément non négligeable, les chercheurs de la première étude montrent qu'il est loin d'être le seul. Le style de vie est primordial : consommation de tabac et d'alcool, l'indice de masse corporelle (IMC), l'éducation, etc., sont des facteurs ayant un plus grand pouvoir explicatif de l'augmentation des dépenses que l'âge seul.

La pollution ne doit pas non plus être négligée. Même si, en ce qui concerne les dépenses de soins de santé, la pollution n'est pas aussi importante que le vieillissement, selon les auteurs, elle a tout de même une incidence certaine sur la santé des individus.

Ensuite, les chercheurs de la deuxième étude ont montré que l'instauration de politiques publiques qui visent à restreindre la consommation de biens néfastes pour la santé peuvent fonctionner. Dans leur cas, les politiques d'augmentation du prix du tabac et l'interdiction de fumer dans les lieux publics ont été les mesures qui ont donné le plus d'effet. Mais ce sont principalement les personnes à bas ou moyens revenus qui sont les plus touchées, en tout cas les personnes ayant au maximum un diplôme de l'enseignement primaire. Ce qui conduit les auteurs à conclure que ce type de politiques publiques permettrait de réduire également les inégalités en matière de santé.

L'apport de SHARE pour ce sujet

Le caractère **international** et l'optique **longitudinale** des études. Elles utilisent les données de SHARE sur **dix ans** : entre 2004 et 2013 en reprenant les vagues 1, 2, 4 et 5. Par ce biais, elles établissent des liens forts entre les données étudiées en groupant **dix pays**.

Ces deux études montrent que les données de SHARE peuvent être **combinées à d'autres informations**.

L'étude combinant qualité de l'air, santé physique et santé mentale apporte une estimation de la valeur monétaire d'une réduction de la pollution de l'air. Elle donne une idée aux décideurs de l'importance que leurs concitoyens accordent à la santé, en particulier face aux effets de la pollution.

La deuxième étude montre que les politiques publiques visant à modifier les comportements à risque dans la population peuvent être efficaces sur la santé dans le long terme.

1 Rapport de l'OMS (2018) sur la qualité de l'air ambiant, voy. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health.

2 E. Giovanis et O. Ozdamar, « Health status, mental health and air quality: evidence from pensioners in Europe », *Environmental Science and Pollution Research*, 2018, 25:14206-14225.

3 Voy. à ce sujet les précisions sur les polluants communs à l'encadré « Particules fines, SO2 et O3… ».

4 Ces données météorologiques et de polluants de l'air proviennent de trois sources : le European Climate Assessment and Dataset, le National Climatic Data Center (NCDC) et de « AirBase », une base de données sur la pollution de l'air de l'Agence européenne pour l'environnement (EEA).

5 Voy. les Directives 1999/30/EC et 2002/3/EC, ou https://www.eea.europa.eu/data-and-maps/indicators/exceedance-of-air-quality-limit-3 (en anglais).

6 Voy. le rapport à l'adresse :

https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/SR18_23/SR_AIR_QUALITY_FR.pdf.

7 Voy. le rapport à l'adresse https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health.

8 Ces éléments ainsi que d'autres informations et définitions sont disponibles à l'adresse https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health.

9 Ces statistiques reprennent les valeurs moyennes annuelles d'émission de particules fines. Pour des courts séjours dans ces villes, les recommandations journalières ou périodiques pourraient être rencontrées.

10 Les pays étudiés conjointement sont : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Italie, Pays-Bas, Suède et Suisse.

11 La valeur que serait prêt à payer l'individu pour une amélioration de la qualité de l'air est obtenue à partir de ce modèle en calculant le taux marginal de substitution entre le revenu et le niveau de pollution, pour un niveau de santé donné. Ce taux de substitution est le résultat du rapport entre les effets marginaux du revenu et de la pollution sur la santé, et indique de façon statistique la façon dont revenu et niveau de pollution se substituent à niveau de santé inchangé. Pour atteindre une valeur monétaire, ce taux est multiplié au revenu individuel annuel moyen.

12 M. serrano-alarcon, A. E. Kunst, J. R. Bosdriesz et J. perelman, « Tobacco control policies and smoking among older adults: a longitudinal analysis of 10 European countries », Addiction research report, 2019.

13 C'est-à-dire les individus ayant participé aux vagues 1, 2, 4 et 5 (2004-2013) dans les mêmes dix pays.

14 La définition de l'échelle EURO-D est expliquée dans ce papier : M.J. Prince *et al.*, « Development of the EURO-D scale – a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centers », *British Journal of Psychiatry*, 1999, 174, pp. 330-338.

15 L'ensemble des questions est disponible à l'adresse https://www.share-project.org/fileadmin/pdf_questionnaire_wave_5/BE_french_5_4_10.pdf, pp. 63-65.

4. Peut-on rester en bonne santé tout en étant coupé de toute relation sociale ?

Bien entendu ! Mais selon une équipe de chercheures dont les résultats sont parus en 2017[1], diversifier et étendre son réseau social permet de gagner en qualité de vie en bénéficiant d'un meilleur état de santé général. Maria-Felice Arezzo et Cristina Giudici se focalisent sur une seule question à multiples facettes : avoir un ***capital social*** étoffé a-t-il un effet positif sur la santé ?

De manière générale, leurs résultats concluent à un effet positif du capital social sur la santé subjective[2] (autoévaluée) des individus. Autrement dit, plus le capital social est élevé, plus l'état de santé l'est également. C'est logique : les relations sociales permettent une meilleure estime de soi, en donnant notamment un sentiment de sécurité ou en absorbant le stress du quotidien.

Capital social

Terme couramment utilisé en sciences humaines et sociales, le « capital social » correspond ici au nombre de personnes présentes dans le réseau social d'un individu mais également à un ensemble de

caractéristiques[3] *liées au tissu social que cet individu a développé autour de lui.*

En confirmant cette relation positive entre l'état de santé et le capital social, les auteures différencient deux composantes de ce dernier : la première fait référence à l'« extension » du réseau social, faisant le pont entre le réseau social initial et une nouvelle communauté, la deuxième faisant référence à un « rapprochement » des membres du réseau social initial. Le capital social « extension » permet donc de diversifier ses relations, tandis que le capital social « rapprochement » met plutôt l'accent sur l'intensification des échanges au sein d'un réseau dont les membres partagent les mêmes caractéristiques.

Bien qu'en moyenne positive, l'ampleur de ces composantes du capital social sur la santé est différente.

Selon les auteures, le « rapprochement » favorise les liens sociaux avec les personnes qui nous ressemblent et qui arborent le plus souvent les mêmes habitudes en termes de santé. Par exemple, un réseau constitué principalement de fumeurs ne va pas nécessairement encourager ses membres à ne plus fumer.

Étendre son « extension » permet éventuellement l'inverse : si vous êtes la seule personne à fumer dans votre nouveau groupe social, vous serez peut-être encouragé(e) à ne plus le faire. Il est donc relativement intuitif de déduire que c'est en diversifiant son réseau

social que le potentiel d'amélioration du niveau de santé est le plus élevé.

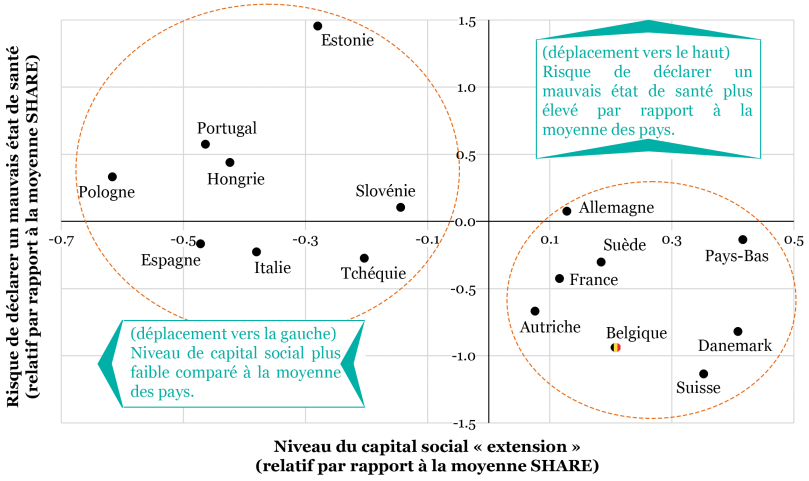
Les auteures présentent ce résultat notamment au travers du **GRAPHIQUE 12**. Sur ce graphique, les pays sont disposés en fonction de deux éléments : à la verticale est représenté le risque, en moyenne pour chaque pays, de déclarer un état de santé médiocre ou faible. Si celui-ci est positif, c'est que la probabilité que les habitants de ce pays déclarent un mauvais état de santé est plus élevée, comparée à la moyenne générale. À l'horizontale est représenté le niveau du capital social « extension ». Si ce niveau est positif, c'est qu'en moyenne les habitants de ces pays ont davantage d'éléments de la composante « extension » du capital social, donc sortiraient plus souvent de leur réseau social initial par rapport aux autres pays.

De ce graphique nous pouvons distinguer deux groupes de pays qui partagent des caractéristiques similaires. En effet, les pays du sud et de l'est de l'Europe se situent plus à gauche (capital social « extension » plus faible) et vers le haut (risque plus élevé de déclarer un mauvais état de santé) tandis que les pays du nord et de l'ouest de l'Europe se situent plus à droite et vers le bas du graphique, présentant des caractéristiques inverses. Ce sont la Suisse, le Danemark et la Belgique qui cumulent un niveau de capital social « extension » élevé couplé avec un plus faible risque de déclarer un niveau de santé médiocre ou faible. À l'opposé se situent le Portugal, la Pologne et l'Estonie.

Si les conclusions de cette étude montrent un effet positif du capital social sur l'état de santé, au travers d'une meilleure estime de soi ou d'un changement de comportement qui favorise la santé, les auteures notent cependant qu'il faut en relativiser l'intensité. En

effet, les données et les techniques utilisées ne permettent pas de distinguer les cas où, à l'inverse, l'état de santé, meilleur ou moins bon, aurait joué un rôle déterminant sur le capital social. Il est vraisemblable qu'aussi bien l'un comme l'autre peuvent s'influencer mutuellement, bien que de façon différente.

Graphique 12 : risque de déclarer un mauvais état de santé et niveau du capital social « extension »



Source : *Adaptation du Graphique* 1, *M.F. AREZZO et C. GIUDICI (2017), SHARE (2010-2011).*

Les chercheurs suggèrent néanmoins au monde politique de ne pas se focaliser uniquement sur des réformes du système de retraite ou des soins de santé pour rencontrer les défis du vieillissement démographique, mais plutôt de mettre en place des politiques

diverses qui favorisent les interactions entre les individus, de manière à impacter, indirectement, leur santé.

Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

Ces statistiques sont tirées de la vague 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2014-2015.

Refaire l'étude précédente n'est pas l'objet de cette section. Nous nous éloignons donc de ses indicateurs en présentant une autre définition du capital social, qui correspond à un capital social mélangeant des éléments « extension » et « rapprochement » dont nous avons discuté ci-dessus. Cet indicateur du capital social a été développé par Howard Litwin et Kimberly J. Stoeckel dans une étude parue en 2014[4] et se décline au travers d'une échelle allant de 0 à 4, où 0 correspond à un capital social inexistant et 4 à un capital social maximal. Cinq éléments composent cette échelle :

- le nombre de personnes déclarées par le répondant dans son réseau social ;
- la capacité du réseau social à venir en aide au répondant, par
    - la proximité géographique des membres du réseau social,
    - et la fréquence des contacts avec les membres du réseau social ;

- la proximité « émotionnelle » des membres du réseau social ;
- la diversité des types de relations.

En moyenne, nous retrouvons sur le **TABLEAU 8** presque le même classement que sur le **GRAPHIQUE 12** : les pays du nord et de l'ouest de l'Europe ont un score moyen (sur un maximum de 4) de 2,1 et ceux du sud et de l'est de 1,8. L'écart n'est pas important, mais presque systématique.

Tableau 8 : niveau de capital social par pays (moyenne du score entre 0 et 4)

Score moyen (entre 0 et 4)	Pays
2,3	**Belgique néerlandophone**
2,2	Autriche
2,1	Allemagne, Danemark, Espagne, France, Suisse et Suède
2,0	**Belgique francophone** et Croatie
1,9	Israël, Portugal et Tchéquie
1,8	Estonie et Grèce
1,7	Italie, Luxembourg, Pologne et Slovénie

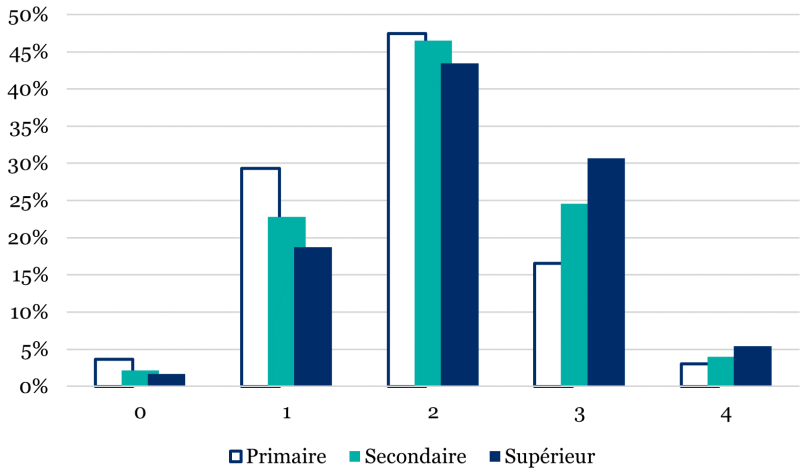
Source : SHARE (2014-2015), *50 ans et +*.

En plus des différences entre les pays, le capital social varie en fonction d'autres caractéristiques individuelles : une femme possède un niveau plus élevé de capital social qu'un homme (2,1 contre 1,9 de moyenne, pour l'ensemble des pays SHARE), et ce capital décroit avec l'âge : de 2,09 en moyenne chez les 50-59 ans, il

descend à 2,02 à 60-69 ans, 1,98 à 70-79 ans, jusqu'à 1,81/4 pour les plus de 80 ans.

Le capital social moyen varie également en fonction du plus haut diplôme obtenu par l'individu, comme le montre le **GRAPHIQUE 13**.

Graphique 13 : capital social, par niveau d'éducation (moyenne share)

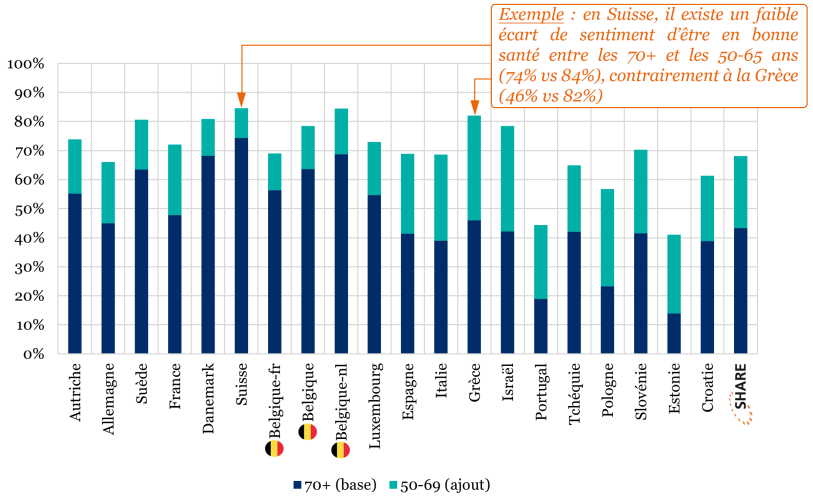


Source : SHARE (2014-2015), *moyenne* SHARE, 50 *ans et +.*

Les individus sur ce graphique sont répartis en trois niveaux d'éducation : primaire, secondaire et supérieur, correspondant au plus haut diplôme de fin de cycle obtenu. Ces individus sont répartis en cinq sous-groupes, correspondant au niveau de capital social qu'ils détiennent. Par exemple, les personnes dont le plus haut diplôme est le diplôme du primaire sont 16,6 % à avoir un

score de 3 sur 4, contre 24,6 % pour celles ayant un diplôme du secondaire, et 30,7 % pour celles ayant un diplôme du supérieur. Avoir un diplôme de niveau supplémentaire est donc lié, en moyenne, à un niveau de capital social plus élevé.

Graphique 14 : personnes déclarant avoir un bon état de santé



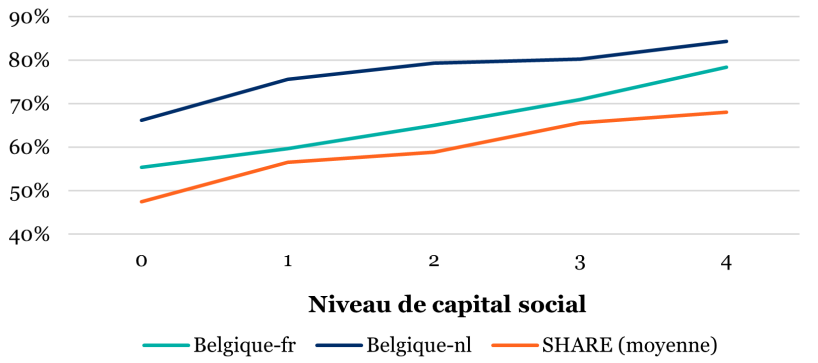
Pays classés selon leur zone géographique : centre-nord, sud et est. Le « bon état de santé » comprend les personnes se déclarant en bon, très bon et excellent état de santé. *Source* : SHARE (2014-2015).

En comparant cette fois sur le **GRAPHIQUE 14** la proportion d'individus, par pays, qui se déclarent être en bonne santé[5], la distinction n'est plus aussi nette entre les pays du sud/est et ceux du nord/ouest. La variabilité est en général assez forte parmi l'ensemble des pays, dont trois enregistrant une proportion de personnes en bonne santé plus faible que les autres : le Portugal,

l'Estonie et la Pologne. Ces proportions sont déclinées par âge : le bleu foncé pour les plus de 70 ans qui, additionné au bleu clair, forment les 50-69 ans.

Finalement, le **GRAPHIQUE 15** met en lien le niveau de capital social avec la proportion moyenne de personnes se déclarant être en bonne santé, en Belgique et pour les pays SHARE dans leur ensemble. La relation est positive : plus le niveau du capital social est élevé, plus nombreux seront les personnes se déclarant être en bonne santé. Tant les francophones que les néerlandophones de Belgique ont un pourcentage plus élevé de personnes se déclarant être en bonne santé que la moyenne de SHARE.

Graphique 15 : personnes déclarant avoir un bon état de santé, par niveau de capital social



Source : SHARE (2014-2015), *50 ans et +*.

Ce qu'il faut retenir

Les auteures font le lien entre l'état de santé subjectif (autoévalué) et le capital social individuel.

Elles concluent que le maintien d'un cercle social est bénéfique à la santé, particulièrement lorsque d'autres actions possibles pour rester en bonne santé sont plus difficiles à entreprendre lorsque l'âge avance, comme la pratique régulière d'un sport.

De plus, elles montrent dans leur étude que sortir de son cercle social initial, c'est-à-dire étendre son réseau social à des personnes ayant des habitudes différentes des siennes, a un impact potentiellement important sur la santé.

Parmi les pays SHARE, la Belgique occupe une position relativement confortable ou rassurante, en combinant des chiffres supérieurs à la moyenne tant pour la proportion de personnes se déclarant être en bonne santé que pour le niveau de capital social.

Les citoyens belges néerlandophones comme francophones, à un degré toutefois différent, semblent donc déjà capables, en moyenne, de tirer profit du tissu social.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Caractère **international** de l'étude : les auteures utilisent la vague 4 (2010-2011) de SHARE. Elles reprennent les personnes de 60 ans et plus dans seize pays participants pour un échantillon final de 40.229 individus.
- Elles combinent ***l'autoévaluation de l'état de santé*** des répondants avec l'ensemble des informations disponibles relatives au ***réseau social des individus***, leur permettant de développer deux indices de capital social, l'un se résumant en un capital social « rapprochement », l'autre « extension ».
- Enfin, les auteures font la suggestion de **favoriser les échanges entre individus** au travers de politiques publiques à caractère social.

1 M.-F. Arezzo et Cr. Giudici, « Social Capital and Self Perceived Health Among European Older Adults », *Social Indicators Research*, 2017, 130:3, pp. 665-685.

2 La « santé subjective », en opposition à la santé « objective », évaluée par un professionnel de la santé, est l'état de santé évalué par l'individu lui-même.

3 Dans cette étude, le capital social se réfère à six éléments : à la taille du ménage, au nombre de membres de la famille présents dans le réseau social de l'individu, à la fréquence des contacts avec

les membres de la famille, à la pratique du bénévolat, au fait de suivre des études ou des formations, et à l'affiliation à un groupement à caractère social ou associatif.

4 H. Litwin et K. J. Stoeckel « Engagement and social capital as elements of active ageing: An analysis of older Europeans », *Sociologia e Politiche Sociali*, 2014.

5 En bonne santé ou en très bonne, voire excellente santé.

5. Performances cognitives : les femmes, victimes du patriarcat ? L'éducation, remède aux inégalités ?

Selon certains préjugés, les hommes et les femmes auraient des avantages ou des points faibles différents concernant certains aspects des ***fonctions cognitives***. Vous repérez-vous facilement sur une carte ? Certains événements sont-ils gravés dans votre mémoire sous leurs moindres détails ? Pouvez-vous réaliser plusieurs tâches à la fois ?

Performance des fonctions cognitives

Qu'entend-on par « performance cognitive » ? La cognition « fait référence à des processus comme la mémoire, l'attention, la perception, l'action, la résolution de problèmes et la capacité d'imagerie mentale » (source : www.acticoa.com/fr/29). La performance cognitive dans cette analyse est mesurée par un test commun : une liste de 10 mots, énumérée par l'intervieweur, que le participant doit restituer par après. Plus le nombre de mots restitués est grand, plus le score de performance cognitive est élevé. Ce test de

mémoire correspond à la fonction mémorielle « épisodique » (c'est-à-dire se souvenir d'instants vécus avec leur contexte), particulièrement variable avec l'âge (voy. à ce sujet le **CHAPITRE 13** *de cette brochure).*

Dans l'enquête SHARE, il existe différents tests, en plus du test de mémoire : l'aisance verbale, le placement temporel et le calcul arithmétique de base, entre autres.

Des études montrent que la performance cognitive diminue avec l'âge et que, après 50 ans, les femmes enregistrent parfois de meilleures performances que les hommes et, à d'autres moments, de moins bonnes. Mais ces différences ne seraient-elles pas façonnées par nos modes de vie et par les valeurs véhiculées dans nos sociétés ? Quel rôle joue l'éducation dans les performances cognitives après 50 ans ?

Le patriarcat et ses potentiels effets indirects

Dans une étude publiée en 2017[1] rassemblant pas moins de quatre bases de données, dont SHARE, Éric Bonsang et ses coauteurs montrent que le degré de traditionalisme concernant la place des hommes et des femmes dans la société a un effet certain sur les performances cognitives, observables particulièrement après 50 ans. En effet, ils partent de l'hypothèse qu'une société traditionaliste ne permet pas aux femmes d'avoir accès aux mêmes

opportunités que les hommes en termes d'éducation et de participation au marché du travail. Dans leur analyse, les auteurs étudient l'impact possible de la tradition sur le plan cognitif, en particulier les différences entre hommes et femmes.

Selon leurs résultats, au-delà de 50 ans, les femmes dans des sociétés plutôt traditionalistes ont en moyenne une performance cognitive plus faible que les hommes du même âge. En revanche, lorsque la société encourage hommes et femmes à s'engager dans des études d'un niveau supérieur[2] et à participer au marché du travail, les femmes obtiennent des scores plus élevés.

Pour déterminer si les valeurs sociétales (passant par les traditions) influencent les capacités cognitives des femmes, le mieux est d'étendre l'analyse à un maximum de personnes et de pays. L'étude couvre ainsi 27 pays, dont la Belgique : 19 pays avec l'enquête SHARE, les États-Unis avec HRS (*Health and Retirement Study*), l'Angleterre avec ESLA (*English Longitudinal Study on Ageing*) et la Chine, le Ghana, l'Inde, le Mexique, la Russie et l'Afrique du Sud avec SAGE (*Study on Global Ageing and Adult Health*, Organisation mondiale de la santé). Au total, les auteurs rassemblent 226.661 entretiens sur plusieurs continents.

L'étude repose sur une cinquième base de données pour classer les 27 pays en fonction de leur adhérence à des valeurs dites traditionnelles. Il s'agit de la *World Values Survey* (WVS) qui contient une question sur la hiérarchie homme-femme, consistant à dire si l'on est d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation : « Lorsque les emplois viennent à manquer, les hommes devraient y avoir accès en priorité par rapport aux femmes »[3]. Le **GRAPHIQUE 16** croise cette adhérence à la tradition patriarcale

(axe horizontal) avec l'avantage relatif des femmes au test de mémoire (axe vertical).

Ce graphique montre la diversité des pays retenus pour l'étude. Le degré de traditionalisme tel qu'exprimé dans celle-ci varie entre 5,1 % (Suède) et 58,1 % (Ghana), avec quelques pays comme la Belgique, l'Afrique du Sud ou encore l'Italie enregistrant un pourcentage proche de 40 % d'individus se disant en phase avec des valeurs traditionalistes concernant le genre.

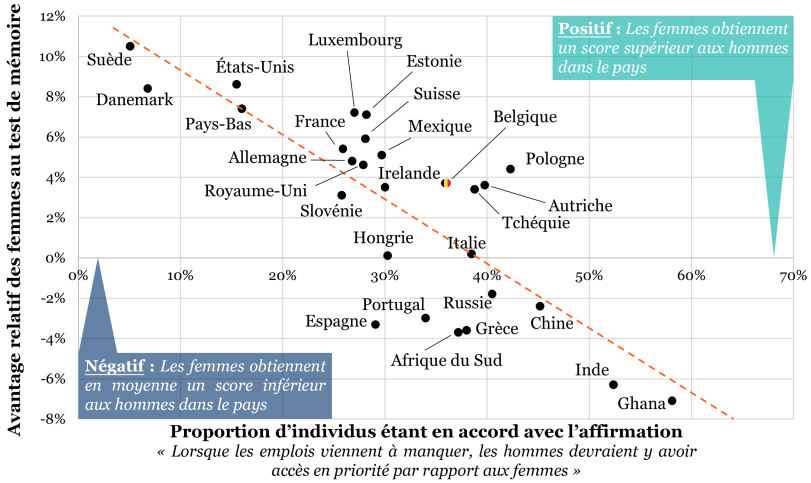
Sur l'axe horizontal est repris l'avantage relatif des femmes au test de mémoire. Lorsque ce ratio est positif, cela implique un avantage pour les femmes, donc une meilleure performance de celles-ci par rapport aux hommes du même pays. Les pays qui enregistrent le plus grand avantage pour les femmes sont la Suède (10,5 %), les États-Unis (8,6 %) et le Danemark (8,4 %), et ceux qui enregistrent le plus grand désavantage sont le Ghana (- 7,1 %) et l'Inde (- 6,3 %).

La relation entre l'avantage relatif des femmes concernant le test cognitif et le degré de traditionalisme de la société se dessine : par exemple, la Suède et le Danemark sont tous deux des pays peu traditionalistes et enregistrent un avantage relatif important des femmes au test cognitif. À l'inverse, le Ghana et l'Inde se retrouvent avec des scores au test cognitif favorables aux hommes, liés à un degré de traditionalisme élevé.

Le **GRAPHIQUE 16** illustre donc cette relation négative. Les pays les moins traditionnalistes concernant la place des hommes et des femmes dans la société sont associés à de meilleures performances relatives des femmes après 50 ans sur le plan cognitif. La Belgique se situe dans la moyenne de l'ensemble de ces pays, avec un degré de traditionalisme de 36 % et un avantage relatif des femmes de

3,7 %. Les pays les plus similaires à la Belgique sont la Tchéquie et l'Autriche.

Graphique 16 : avantage relatif des femmes au test de mémoire et valeur traditionaliste



Source : *Adaptation du Graphique 1, É. BONSANG et al. (2017). SHARE (2004-2013), HRS (2010), ELSA (2009) et SAGE (2007-2010), 50-93 ans.*

Avec ces résultats, les auteurs discutent de l'impact du traditionalisme sur les performances cognitives au travers du niveau d'éducation et de la participation au marché du travail. Ils identifient en effet l'éducation et l'activité professionnelle comme des facteurs bénéfiques pour les performances cognitives.

Or ces deux éléments ne sont pas disponibles aux hommes et aux femmes de la même façon dans tous les pays du monde.

Vraisemblablement, une société favorisant des rôles traditionnels par genre tend à limiter implicitement les opportunités des femmes dans l'éducation, et plus tard sur le marché du travail.

Une société moins traditionaliste verra donc plus de femmes faire des études, y compris dans l'enseignement supérieur, et par conséquent participer plus activement au marché du travail, à briser davantage de plafonds de verre.

Ce type de société permet sans doute à chacun, et particulièrement aux femmes, de gagner en confiance et estime de soi pour saisir les opportunités qui se présentent.

Outre les valeurs véhiculées dans la société, d'autres éléments ne pourraient-ils pas influencer les différences observées entre, par exemple, nos pays occidentaux et les pays en voie de développement ?

Les variations de niveau de développement pourraient également entrer en ligne de compte pour expliquer ces différences de performances cognitives.

Bien entendu, il s'agit d'un élément que les auteurs ont investigué avant de rendre leurs conclusions. Leurs résultats restent inchangés en contrôlant pour le niveau de **Produit intérieur brut** (PIB) par habitant, ce qui suggère que, selon les auteurs, les différences de performances cognitives entre hommes et femmes après 50 ans ne sont pas dues au niveau de développement économique, mais plutôt aux différences de rôles attribués aux genres.

Produit intérieur brut (PIB)

« Le produit intérieur brut d'un pays ou d'une région est la valeur marchande de tous les biens et services qui sont produits en un an. Il sert souvent d'indicateur du niveau de vie d'un pays ou d'une région » (source : www.belgium.be). Il s'agit d'un indicateur devenu l'une des bases des comparaisons internationales, par sa simplicité de calcul. Il fait néanmoins de plus en plus l'objet de critiques dans l'objectif qu'on lui donne de représenter le niveau de vie d'une population donnée, car il ne dit rien sur la qualité de vie.

L'éducation et les inégalités cognitives après 50 ans

Au-delà du degré de traditionalisme et de son impact sur l'évolution cognitive, l'éducation, et particulièrement l'éducation reçue dans les 25 premières années de vie et le niveau d'éducation des parents, sont au centre d'une étude parue en 2018[4] sur le sujet qui tente d'expliquer les inégalités en termes de performances cognitives.

À l'instar de la première étude, ses auteurs utilisent un nombre important de données, en regroupant sept enquêtes. Outre SHARE, HRS, ELSA et SAGE, Javier Olivera et ses coauteurs combinent également les données de TILDA (Irlande), LASI (Inde) et MHAS

(Mexique)[5]. Selon les auteurs, la représentativité de leur étude correspond à 60 % de la population mondiale des plus de 50 ans.

Partant des mêmes observations de déclin de la performance cognitive avec l'âge, ils tentent de prouver que les ***inégalités*** qu'on observe dans l'accès à l'éducation participent aux inégalités en termes de performance cognitive observées après 50 ans.

Bien que l'on puisse déterminer le plus haut diplôme obtenu par les répondants aux différentes enquêtes, les auteurs ont utilisés une huitième base de données consacrée à l'éducation, qui a l'avantage de couvrir l'ensemble des pays étudiés et remonte jusqu'aux années 1950[6]. Avec celle-ci, les auteurs déterminent le nombre moyen d'années d'éducation des personnes âgées entre 50 et 79 ans, comptabilisé lorsque celles-ci étaient âgées entre 25 et 29 ans. Ils peuvent ainsi relier un indice d'inégalité du niveau d'éducation pour déterminer son impact sur les performances cognitives des différentes générations.

Inégalité

Qu'est-ce qu'une inégalité dans ce contexte ? A. Bihr et R. Pfefferkorn (2008) en donnent un exemple dans leur livre « Le système des inégalités »[7] : « une inégalité sociale est le résultat d'une distribution inégale, au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société, des ressources de cette dernière, distribution inégale due aux structures mêmes de cette société […] ». Si les fonctions

cognitives sont une richesse accumulée par l'éducation notamment, l'inégalité des fonctions cognitives implique que la distribution de cette dernière est inégale, et que certains groupes de la population en sont privés d'une façon ou d'une autre.

Deux résultats de l'étude sont à épingler. D'une part, les auteurs montrent que les groupes d'âge qui enregistrent une meilleure performance cognitive moyenne sont dans le même temps moins inégalitaires que les autres concernant ces performances cognitives. Ce qui conduit au deuxième résultat : plus un groupe d'âge a eu une distribution égalitaire du niveau d'éducation, plus la distribution des performances cognitives après 50 ans le sera également. L'association de ces deux résultats semble cohérente : si un haut niveau d'éducation joue un rôle important dans le maintien des fonctions cognitives après 50 ans, il semble normal que plus le niveau d'éducation d'une société est élevé, plus grande sera la proportion de personnes qui conservent de bonnes performances cognitives.

Les auteurs expliquent également que les inégalités en termes d'opportunités d'éducation sont en partie façonnées par le niveau d'éducation des parents et varient selon le sexe. De ce fait, la plus grande inégalité observée chez les femmes serait expliquée en partie par le niveau d'éducation, en moyenne plus faible que celui des hommes. Cet effet serait néanmoins surévalué, bien que dans une moindre mesure, par le biais résultant de l'espérance de vie plus élevée chez les femmes.

Ces deux études mises en parallèle renforcent l'idée que des efforts restent toujours à faire, aussi bien pour effacer certains préjugés que pour garantir l'accès à l'éducation. Les fonctions cognitives sont en effet d'une importance capitale pour vieillir en meilleure santé, pour garder une autonomie physique et mentale le plus longtemps possible, et enfin pour vivre en phase avec son environnement social.

Ces deux études partent de questions de recherche différentes mais convergent en quelque sorte dans leurs résultats. Centrées toutes deux sur le niveau des performances cognitives des personnes de plus de 50 ans, la première opte pour une approche culturelle tandis que l'autre fait un lien plus direct avec le niveau d'éducation. Elles pointent néanmoins vers une observation commune : les femmes n'ont pas eu accès aux mêmes opportunités que les hommes, que ce soit au niveau des études ou au niveau du type d'emploi.

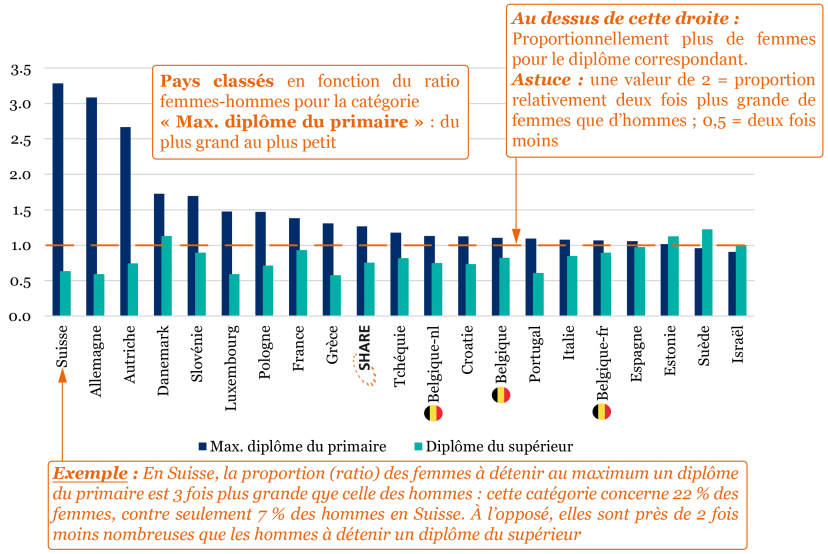
Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

Ces statistiques sont tirées de la vague 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2014-2015.

Les deux études reprises ci-dessus montrent toutes deux que l'éducation est un élément essentiel dans le développement et le

maintien des fonctions cognitives. Le **GRAPHIQUE 17** montre que dans la plupart des pays de SHARE, autrement dit les personnes âgées de 50 ans et plus, les femmes ont un désavantage conséquent et systématique en termes de diplôme.

Graphique 17 : plus haut diplôme obtenu, ratio femmes-hommes



Source : SHARE (2014-2015).

Pour commencer, la proportion des femmes disposant au maximum d'un diplôme de l'éducation primaire est supérieure à celle des hommes, sauf en Israël et en Suède. Les pays où ce déséquilibre est le plus marqué sont la Suisse, l'Allemagne et l'Autriche, pour lesquels le rapport se situe aux alentours de 3, c'est-à-dire

proportionnellement trois fois plus de femmes que d'hommes ont tout au plus un diplôme du niveau primaire.

Ainsi, derrière ce ratio, nous trouvons dans cette catégorie 22 % des femmes contre seulement 7 % des hommes en Suisse, ou encore 32 % des femmes contre 12 % des hommes en Autriche. En Belgique, ce désavantage pour les femmes se confirme mais est nettement inférieur et se rapproche plutôt d'une égalité.

Ce déséquilibre continue pour le diplôme de l'enseignement supérieur, pour lequel cinq pays se situent dans le peloton de queue avec une proportion des femmes à environ 2/3 de celle des hommes : Grèce, Luxembourg, Allemagne, Portugal et Suisse.

L'observation des différents auteurs que les femmes ont en moyenne un diplôme inférieur aux hommes, que ce soit dû à la culture ou non, est donc également visible dans les données de SHARE en Europe.

Sur le **GRAPHIQUE 18** reprenant la moyenne des scores obtenus pour le test de la mémoire, deux autres tendances sont à noter. Verticalement, plus le diplôme est élevé, plus le score moyen sera lui-même élevé.

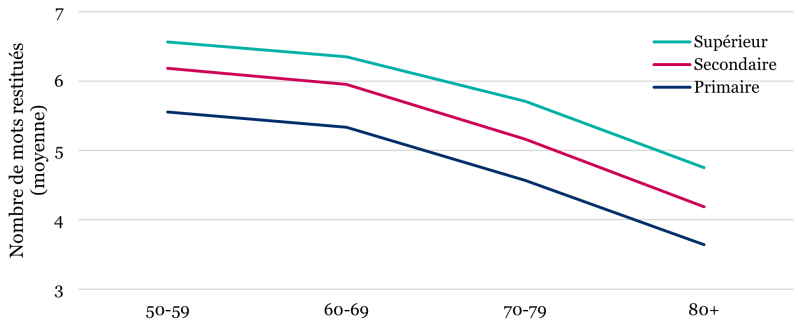
Quel que soit l'âge en effet, les individus ayant un diplôme du supérieur restituent en moyenne au moins un mot de plus par rapport à ceux ayant un diplôme de l'enseignement primaire. Horizontalement, plus l'individu sera âgé, moins celui-ci retiendra de mots en moyenne.

Une troisième tendance vient s'ajouter dans la dynamique âge-éducation-mémoire, indirectement visible sur ce graphique : si l'on compare les 80 ans et plus avec les 50-59 ans, on remarque que plus le diplôme est élevé, moins la perte du score est élevée : il y

a bien une baisse systématique du score avec l'âge, mais celle-ci est de 35 % pour les individus ayant un diplôme du primaire, 32 % pour le secondaire et 28 % pour le supérieur, entre la dernière et la première classe d'âge.

Si à première vue ces différences ne semblent pas importantes, il apparaît de ces observations que le déclin des fonctions cognitives avec l'âge est plus prononcé pour les moins diplômés. Ces différences peuvent avoir des conséquences notamment au niveau du degré de dépendance, dont le risque augmente lorsque les performances cognitives deviennent faibles.

Graphique 18 : test de mémoire, âge et dernier diplôme obtenu



Source : Adaptation du Tableau 2, T. GARCÍA-MUÑOZ et al. (2018). SHARE (2010-2011), 50 ans et +.

Ce qu'il faut retenir

Ces deux études se sont intéressées différemment aux inégalités observées au niveau des performances cognitives, la première spécifiquement entre hommes et femmes et la deuxième entre tous les individus. Au-delà de l'Europe occidentale, les auteurs ont étendu leur analyse à une dizaine d'autres pays avec des profils très variés.

Les deux études constatent une influence certaine de l'éducation sur les performances cognitives après 50 ans. Pour les auteurs de la première étude, cette différence est induite, du moins en partie, par les attitudes culturelles relatives au genre et à la place communément attribuée aux hommes et aux femmes dans la société. Ça serait donc dû au manque d'opportunités offertes aux femmes sur le marché du travail, et avant ça dans l'éducation, que l'on peut observer dans certains pays un désavantage net des femmes dans leurs capacités cognitives.

Pour les auteurs de la seconde étude, les inégalités en termes de performances cognitives dans la population sont dues en partie à des inégalités en termes d'opportunités offertes à chacun pour suivre des études. Ces inégalités d'opportunité liées à l'éducation seraient expliquées par deux éléments principaux : l'éducation des parents, d'une part, et le genre, d'autre part.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Caractère **international** : outre plusieurs vagues de SHARE, les auteurs combinent les données de quatre à huit études supplémentaires, pour former une base de données qui s'étend au-delà des frontières européennes. Cela montre les possibilités de recherche offertes par SHARE étant donné sa **comparabilité** aux autres enquêtes du même type dans le monde.

- Les deux études s'intéressent en premier lieu aux ***tests des fonctions cognitives*** qui font partie de l'enquête SHARE. Parmi ceux-ci, ils retiennent principalement le test de mémoire consistant à entendre une série de dix mots à restituer. Pour expliquer les performances à ce test cognitif, ils utilisent l'***éducation***, la ***culture*** et également des ***informations sur les parents des répondants***.

- Les auteurs des deux études plaident en faveur d'une réflexion approfondie sur les moyens de **réduire les écarts entre hommes et femmes**, notamment l'écart concernant l'**éducation**. La solution passe sans nul doute par rendre son accès universel.

1 É. Bonsang, V. Skirbekk et U. M. Staudinger, « As You Sow, So Shall You Reap: Gender-Role Attitudes and Late-Life Cognition », *Psychological Science*, 2017, 28 (9).

2 Viser un diplôme de l'enseignement supérieur au lieu du diplôme du secondaire comme dernier diplôme atteint, par exemple.

3 Traduit de l'anglais : « *When jobs are scarce, men should have more right to a job than women* ».

4 J. Olivera, Fr. Andreoli, A. K. Leist et L. Chauvel, « Inequality in old age cognition across the world », *Economics and Human Biology*, 2018, 29, pp. 179-188.

5 Ces trois pays sont déjà présents dans l'étude de E. Bonsang *et al.* (2017), mais inclus dans des bases de données différentes, pour une année différente.

6 Base de données Barro-Lee sur le niveau d'éducation atteint dans 146 pays entre 1950 et 2010. Source : R. J. Barro et J. W. Lee, « A New Data Set of Educational Attainment in the World, 1950-2010 », *Journal of Development Economics*, 2013, vol. 104, pp. 184-198.

7 A. Bihr et R. Pfefferkorn, *Le système des inégalités*, coll. « Repères Sociologie », Paris, La Découverte, 2008.

PARTIE II

L'IMPACT DE NOS ACQUIS CULTURELS SUR NOTRE ÉTAT DE SANTÉ

6. Votre entourage peut-il influencer votre propre état de santé ?

Dans la vie de tous les jours, adopter un comportement à risque pour la santé tel que fumer, boire trop d'alcool ou avoir un mauvais régime alimentaire, a de fait un impact de long terme sur la vie d'un individu. Ces relations ont été étudiées dans la littérature scientifique et sont en général bien connues du public.

La question posée dans ce chapitre est celle-ci : les habitudes des citoyens d'un pays peuvent-elles déteindre sur vous et, que vous adoptiez vous-même un comportement à risque ou non, l'état de santé des autres personnes peut-il influencer le vôtre ? Cette question, parmi d'autres, est celle que Tereswa García-Muñoz et ses coauteurs ont décidé de se poser en s'appuyant sur les données de SHARE dans leur étude parue en 2018[1].

La consommation de tabac, d'alcool, et l'obésité sont en effet des facteurs qui contribuent de façon importante aux problèmes de santé chroniques autrement appelés maladies « non transmissibles » : cancers, maladies cardiovasculaires, diabète ou encore cholestérol, pour ne citer que les plus connus. La prévalence de ces affections non transmissibles a également un coût important pour le système de sécurité sociale. Divers chapitres de cet ouvrage parlent de manière détaillée des causes, des conséquences et des possibles remèdes à ces affections ou maladies chroniques.

Dans le cadre de l'étude mentionnée ici, l'obésité est considérée comme un comportement à risque pour la santé, au même titre que le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool ; or dans la réalité ce n'est pas tout à fait exact. L'obésité est davantage le résultat d'une accumulation de facteurs, une conséquence d'un mode de vie ou de facteurs biologiques, et donc plutôt un état. À ce stade, les données de SHARE ne permettent pas d'analyser les conséquences sur la santé d'un mauvais comportement alimentaire. Il n'y a donc pas dans cette étude de distinction entre une obésité résultant de mauvaises habitudes alimentaires et une obésité qui n'en résulterait pas. Dans les deux cas cela dit, l'obésité reste un facteur de risque aggravant pour la santé.

Ces trois éléments – consommation de tabac, alcool, et obésité – sont prégnants dans toutes les sociétés occidentales, et de plus en plus également dans les pays dits en voie de développement. Selon l'OMS, le nombre de personnes en situation d'obésité aurait triplé depuis 1975. En 2016 dans le monde, 13 % des adultes de 18 ans et plus étaient obèses, et 39 % en surpoids[2]. Il existe bien entendu des différences, faibles parfois mais d'autres fois assez importantes. Les Hongrois, les Belges et les Suédois ne semblent, par exemple, pas avoir les mêmes habitudes en la matière. Le **TABLEAU 9** donne les statistiques de consommation de tabac, d'alcool et le taux d'obésité au niveau du pays.

Nous pouvons voir que la Hongrie accumule les facteurs de risque parmi les plus élevés : selon les chiffres de ce tableau, plus d'un quart de la population hongroise fume de façon quotidienne et plus d'un quart de la population est obèse. Leur consommation d'alcool est, dans la moyenne, au même niveau que celui des Belges. D'ailleurs, la Belgique se place au niveau de la moyenne des pays

repris, et la Suède est le pays ayant les statistiques traduisant le comportement moyen le plus sain.

Tableau 9 : tabagisme, alcool et obésité

Pays	% fumeurs journaliers	Consommation individuelle d'alcool, sur l'année (litres)	% d'individus obèses (IMC ≥ 30)
Suède	13	7	12
Slovénie	19	11	18
Portugal	19	11	15
Danemark	20	11	14
Suisse	20	10	10
Belgique	21	11	14
Pays-Bas	21	9	11
Allemagne	22	12	24
France	23	13	15
Autriche	23	12	12
Italie	23	7	10
Espagne	24	11	17
Pologne	24	10	16
Tchéquie	25	12	21
Estonie	26	12	19
Hongrie	27	11	29

Pays classés en fonction du pourcentage de fumeurs, du plus petit au plus grand. Statistiques de l'OCDE pour les personnes de 15 ans et plus. *Source : Adaptation du Tableau 3, T. GARCÍA-MUÑOZ et al. (2018), OCDE, Panorama des statistiques de l'OCDE 2014, Économie, environnement et société.*

Ces différences ne sont pas nécessairement aléatoires. Les habitudes en termes de santé ne sont pas innées et sont façonnées en partie par l'éducation à la maison, à l'école, et ailleurs. Les auteurs de l'étude tentent de déterminer si ces comportements varient de manière systématique entre les pays et pourraient donc être associés à des facteurs culturels.

En effet, les habitudes peuvent s'acquérir dès l'enfance par l'école ou le cercle familial ; elles dépendent également de l'efficacité des politiques mises en place par les institutions, selon les priorités qu'elles se donnent en termes de prévention et d'information, ou encore de l'environnement spécifique à un pays ou une région.

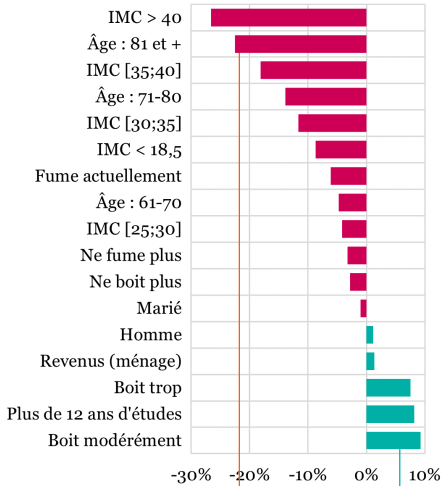
Cela dit, l'évolution de la manière dont sont perçus certains comportements à risque est souvent culturelle et trouve son origine dans l'histoire du pays. Pour illustrer ceci, les auteurs donnent l'exemple de deux groupes de pays qui perçoivent différemment la consommation d'alcool : dans les pays scandinaves on la perçoit généralement de manière négative, liée à la violence ; à l'opposé, dans les pays méditerranéens, on la voit plutôt jouer un rôle social, à connotation positive.

Deux associations sont donc analysées ici : la première est l'association entre certaines caractéristiques ou habitudes individuelles et notre état de santé. Autrement dit la façon dont notre propre comportement influence notre état de santé. La deuxième est l'association entre le comportement des autres personnes et notre propre état de santé.

De la même manière que les auteurs utilisent SHARE pour connaître les habitudes et les caractéristiques individuelles, ils puisent également dans SHARE l'estimation de l'état de santé individuel. Comme précisé dans d'autres chapitres de cet ouvrage,

pour ces auteurs, l'état de santé tel que perçu par l'individu lui-même est également considéré comme étant un indicateur assez précis de l'état de santé réel.

Graphique 19 : effets significatifs de caractéristiques ou habitudes individuelles, sur l'état de santé autoévalué (moyenne share, effets relatifs au groupe de référence)



Caractéristique (graphique) :	À comparer avec :
IMC > 40 ; IMC [35-40] ; IMC <18,5 ; IMC [25-30]	18,5 ≤ IMC ≤ 25
Âge : 81 et + ; Âge : 71-80 ; Âge : 61-70	50-60 ans
Fume actuellement ; Ne fume plus	N'a jamais fumé
Ne boit plus ; Bois trop ; Bois modérément	N'a jamais bu d'alcool
Marié	Célibataire, ou divorcé, ou séparé
Homme	Femmes
Revenus (ménage)	Une catégorie inférieure de revenus
Plus de 12 ans aux études	Moins de 12 ans aux études

*Exemple : l'association représentée ici entre le fait d'être âgé de 81 ans ou plus et la santé est à lire comme ceci : « les **81 ans et +** déclarent un état de santé en moyenne 23 % plus faible que les **50-60 ans**, toutes autres choses restant égales ».*

*Exemple : pour l'habitude « bois modérément », il faut lire : « les personnes qui **boivent modérément** de l'alcool déclarent un état de santé en moyenne 9 % supérieur aux personnes qui n'ont **jamais bu d'alcool**, toutes autres choses restant égales ».*

Source : Adaptation du Tableau 2, T. GARCÍA-MUÑOZ et al. (2018) SHARE (2010-2011), 50 ans et +.

Le **GRAPHIQUE 19** illustre les résultats statistiques présentés par les auteurs pour la première des deux associations présentées ci-dessus, c'est-à-dire l'association entre différentes caractéristiques ou différents comportements individuels et l'état de santé autoévalué. Les associations négatives sont en rouge et les positives en bleu.

Seules les associations statistiquement significatives sont présentées et elles indiquent l'importance des déviations par rapport au groupe de référence. Par exemple, le fait d'être âgé de 81 ans ou plus est associé négativement avec l'état de santé (autoévalué), et indique que ce groupe a 23 % de risque de déclarer un moins bon état de santé, par rapport au groupe de référence, dans ce cas constitué des individus âgés entre 50 et 60 ans. L'intérêt de ce graphique est de donner le signe de la relation, et son intensité par rapport au groupe de référence.

Nous pouvons voir que certains facteurs influencent l'état de santé plus que d'autres. Ainsi, un indice de masse corporelle (IMC) élevé et l'âge avancé sont les caractéristiques qui impactent le plus la santé autoévaluée. Le fait de fumer ou d'avoir fumé par le passé est également associé négativement à l'état de santé, bien que d'une façon moins importante. De manière intéressante, le fait de boire de l'alcool, même au-delà des recommandations maximales de l'OMS, est associé à un meilleur état de santé (autoévalué).

Les auteurs ne sont pas surpris par cette association positive entre meilleure santé et consommation modérée d'alcool, car elle a déjà souvent été notée dans la littérature scientifique. Plus inquiétant, ils notent également un effet positif de la consommation excessive d'alcool sur la santé. Ils concluent qu'il doit exister un effet culturel

positif suffisamment important pour compenser les effets négatifs de cette consommation excessive en termes de santé.

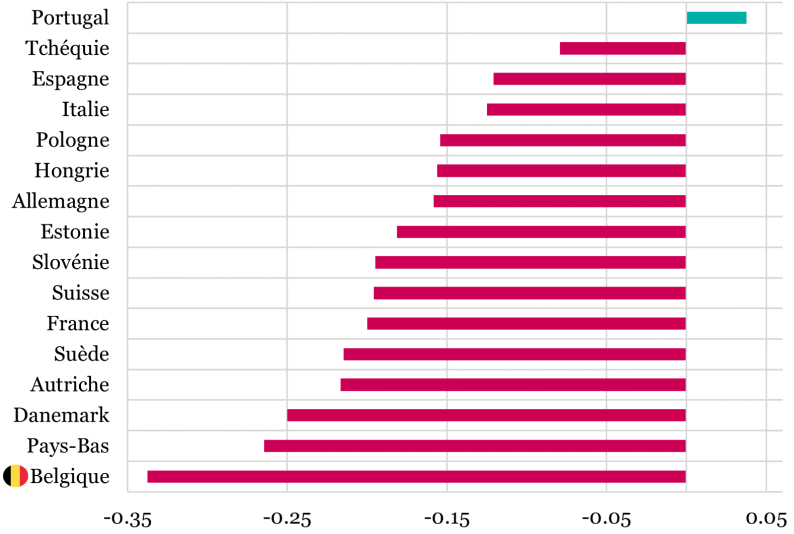
De manière plus détaillée, le **GRAPHIQUE 20** illustre les résultats statistiques obtenus par les auteurs montrant l'association entre le tabagisme actif et l'état de santé, pays par pays. Alors que dans le cas du Portugal cette association apparaît positive, c'est en Belgique que l'association avec la santé est la plus négative. À noter qu'il ne s'agit pas ici de tirer des conclusions sur la relation de long terme entre comportements individuels et état de santé, mais plutôt d'observer cette association à un moment donné (ici en 2010-2011), de surcroît liée à la subjectivité de l'autoévaluation.

Au-delà du tabagisme actif, fumer est toujours associé négativement à la santé autoévaluée, que les personnes fument toujours ou aient arrêté. Cependant, l'effet négatif estimé par les auteurs est assez faible, contrairement à ce que l'on pourrait penser des effets du tabac sur la santé. Pour les auteurs, ce résultat va dans le sens de la littérature scientifique existante, qui l'explique comme une forme d'acceptation des risques du tabagisme sur la santé de la part des fumeurs eux-mêmes. De plus, cette association varie en intensité entre les pays, ce qui montre le rôle important que la culture peut avoir dans la perception des risques de la consommation de tabac.

À l'opposé, la consommation d'alcool est associée positivement à la santé subjective, tant pour les buveurs modérés que pour les gros buveurs. Pour les premiers, une fois de plus, la littérature scientifique connaît ce phénomène et les auteurs ne font que le confirmer avec les données de SHARE. Il semblerait que la boisson modérée soit en effet associée positivement à la santé autoévaluée,

car elle procurerait selon certaines études des effets positifs tant en termes médicaux que sociaux.

Graphique 20 : santé autoévaluée et tabagisme actif (coefficients de régression)



Ces coefficients sont interprétés par les auteurs comme correspondant à l'effet d'une variable explicative sur la variable dépendante dans le modèle estimé. Dans le cas présent, il s'agit de l'effet du tabagisme actif sur l'état de santé autoévalué. Nous ne sommes pas intéressés ici par la valeur de ces coefficients, mais plutôt par leur signe et leur intensité. *Source : Adaptation du Graphique 1, T. GARCÍA-MUÑOZ et al. (2018). SHARE (2010-2011).*

De la même manière que la consommation de tabac, l'effet qu'a la consommation d'alcool sur la santé autoévaluée varie significativement entre les pays étudiés, ce qui va dans le sens

d'une différenciation liée à la culture. De plus, l'association entre cette fois le niveau de consommation moyen du pays avec la santé autoévaluée est négative. Ce qui veut dire que plus cette moyenne de consommation est élevée, plus la perception de son état de santé sera réduite, pour les buveurs mais également pour les abstinents. L'effet, bien que significatif, reste toutefois assez faible. Les auteurs tirent le constat que dans ces pays où la consommation moyenne par habitant est faible, ceux-ci sont davantage conscientisés des conséquences potentiellement négatives d'un excès d'alcool sur la santé, mais également sur plusieurs autres pans de la vie, dont les conséquences sont davantage visibles.

Enfin, contrairement aux deux éléments précédents, l'association négative de l'excès de poids sur la santé subjective ne semble pas varier selon les pays, ce qui tendrait à indiquer que l'obésité est plutôt un phénomène généralisé. La seule différence notable entre les pays est l'association entre le pourcentage d'individus obèses et la santé autoévaluée moyenne. En effet, la relation devient positive au plus ce pourcentage augmente : dans les pays où il y a davantage d'individus en surpoids, la santé est perçue plus positivement. Les auteurs confirment que notre perception dépend en partie de nos relations sociales : les contacts avec des personnes en surpoids peuvent changer notre perception des risques associés à l'obésité, en les minimisant. Ils citent un article[3] qui apporte des arguments en faveur de l'existence d'une « dynamique sociale de l'épidémie d'obésité », qui se traduit en des changements sociétaux universels promouvant inactivité, consommation alimentaire, et la normalisation des grandes tailles.

Les auteurs concluent en recommandant des mesures visant à freiner ces consommations mauvaises pour la santé. Des campagnes d'information et de prévention, d'une part, mais

également des mesures plus restrictives pour accompagner les choix des individus, tels que des taxes sur le tabac, l'alcool, et les aliments trop riches ou trop industriels, d'autre part. Nous avons vu au **CHAPITRE 3** que des mesures d'augmentation du prix du tabac, entre autres, avaient réussi à diminuer le nombre de fumeurs et avaient ainsi amélioré la santé des personnes.

Ce qu'il faut retenir

Fumer, boire de l'alcool, ou se trouver en situation d'obésité n'apportent pas d'effets positifs pour la santé. Ces effets négatifs sont bien connus. Cependant, au-delà de l'effet direct de ces substances ou de l'obésité sur les risques additionnels de développer des maladies chroniques, des éléments culturels semblent apporter des effets complémentaires qui nuancent ces résultats.

Les auteurs montrent que plus la proportion de buveurs est élevée, plus la santé individuelle s'en trouvera dégradée. Cette conséquence négative sur la santé individuelle concernant un comportement agrégé, que l'individu lui-même le pratique ou non, est similaire pour la consommation de tabac. Avec une précision importante : il ne s'agit pas nécessairement ici d'effets visibles engendrés par les consommateurs sur les non-consommateurs (violences dues à l'alcool, tabagisme passif, etc.), mais d'un effet plutôt indirect de la consommation des autres sur sa propre perception de son état de santé.

Enfin, concernant l'obésité, un phénomène culturel n'a pas pu être identifié. Les auteurs concluent qu'il s'agit plutôt d'une tendance mondiale où ses effets sur la santé n'auraient pas de frontières et seraient systématiquement négatifs.

Ces résultats sont très intéressants. Il n'est pas neuf de montrer que les comportements individuels affectent positivement ou négativement l'état de santé. Cependant, il est moins courant de tirer des conclusions à partir de comportements agrégés. Comme le suggère le titre de ce chapitre, le comportement de votre entourage peut éventuellement affecter votre santé. Indirectement bien sûr !

Cependant, il faut souligner le fait que cette étude ne s'appuie que sur la vague 4 (2010-2011) de SHARE. Elle ne peut donc pas se prononcer sur ces effets, produits des comportements individuels ou de groupe, sur la santé de la population dans le long terme.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Caractère **international** : seize pays ont été étudiés par le groupe de chercheurs, en prenant comme point focal les années 2010-2011 (vague 4).
- L'étude est singulière, non pour avoir tenté de distinguer les effets de certaines caractéristiques individuelles, y compris des comportements, sur la santé, mais pour avoir observé un

grand nombre de populations différentes et de déterminer si oui ou non un **effet culturel sur la santé** est possible en ce qui concerne la consommation d'**alcool**, de **tabac**, et de l'**obésité**. Les auteurs montrent que c'est bien en partie le cas.

1 T. García-Muñoz, Sh. Neuman et Tz. Neuman, « Behavioral Health Risks Factors: The Interaction of Personal and Country Effects », *International Journal of Behavioral Medicine*, 2018, 25, pp. 183-197.

2 Source : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-over weight, consulté en octobre 2020.

3 R. A. Hammond, « Social influence and obesity », *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 2010, vol. 17, n° 5, pp. 467-471.

7. Ne pas avoir d'enfants est-il synonyme d'une fin de vie malheureuse ?

La société, entend-on, devient de plus en plus individualiste. Les mœurs changent. Dans nos pays d'ouest et du nord de l'Europe, la famille aurait tendance à être moins mise à contribution dans le soutien des aînés, lorsque l'on compare ce type de statistiques à des pays où la norme sociale[1] est plutôt centrée sur la famille, comme cela serait davantage le cas dans certains pays du sud et de l'est de l'Europe.

Une question se pose dès lors : les aînés belges, allemands, néerlandais, et autres du nord et de l'ouest de l'Europe sont-ils davantage à risque de vieillir de façon isolée, sans soutien hormis celui des systèmes de santé ? À l'opposé, les aînés vivant en Italie, en Espagne ou en Slovénie sont-ils mieux entourés et plus heureux ?

Le constat est le suivant : nous ne comprenons pas de manière détaillée la façon dont les aînés vieillissent lorsqu'ils évoluent sans une famille qui pourrait leur apporter une forme d'aide. Ces personnes sont-elles nécessairement laissées pour compte ? Christine A. Mair s'attarde entre autres sur cette question dans une étude parue en 2019[2].

Elle s'inquiète, au vu des résultats de sa recherche, que l'évaluation systématisée du risque d'isolement et de non-soutien aux aînés serait surestimée dans les pays du nord et de l'ouest de l'Europe, tandis qu'elle serait sous-estimée dans les pays du sud et de l'est.

Autrement dit, la situation serait moins grave, en moyenne, pour le premier groupe et plus inquiétante pour le second.

La stratégie de l'auteure pour dresser une image du vieillissement plus fidèle à la réalité est d'identifier la relation qu'il peut exister entre la norme sociale, la structure familiale, et le nombre d'amis dans le cercle social restreint des aînés.

Car en effet, l'importance du ***cercle social*** et particulièrement le nombre d'***amis proches*** aurait toute son importance pour le bien-vieillir. Pour autant, les indicateurs nationaux qui mesurent le risque de vieillir de façon isolée ne prennent pas en compte cet élément, à tout le moins pas suffisamment.

Réseau social et amis proches

Dans SHARE, il existe une section spéciale qui s'intéresse aux personnes avec lesquelles le répondant se sent proche. Suffisamment du moins pour les citer à la question : « Dans les douze derniers mois, quelles sont les personnes vers qui vous vous êtes tourné(e) pour discuter de sujets importants pour vous ? ». Six personnes peuvent être citées, plus une personne qui est « importante pour d'autres raisons », soit sept au maximum.

Les personnes citées peuvent être des membres de la famille, le conjoint éventuel, des amis ou d'autres connaissances. Ils constituent le cercle social du répondant.

Dans l'étude reprise dans ce chapitre, les auteurs se focalisent davantage, au-delà d'observer le réseau social, sur le nombre d'amis présents dans cette liste, ce à quoi nous nous référons sous le terme « d'amis proches ».

Le fait est que la source familiale du soin et/ou du soutien à la personne âgée a toujours été importante. Cependant, nous savons aussi que le nombre de personnes plus âgées sans enfants, ou sans enfants proches et/ou sans partenaire augmente dans nos sociétés à la suite de la diminution de la fécondité, à l'allongement de la durée de vie et, parfois aussi, à l'éloignement physique des uns et des autres.

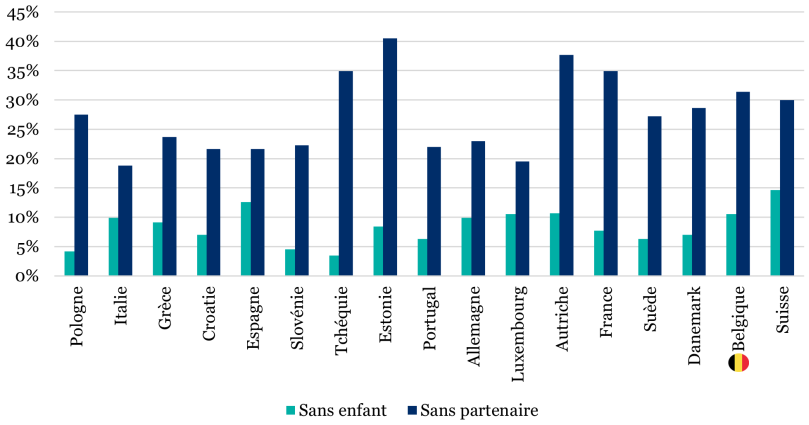
Le vieillissement se fait donc de plus en plus en l'absence d'une structure familiale telle que traditionnellement observée.

Ainsi, la constitution d'un cercle d'amis proches, ou d'une sorte de famille d'adoption[3], pourrait-elle se substituer à une structure familiale davantage encline à aider un membre de sa famille ? Le plus souvent, c'est le conjoint ou un des enfants qui s'occupe de soutenir un aîné dans sa dépendance.

Mais cette relation d'aidant-aidé n'est pas homogène dans les pays d'Europe, où les normes sociales divergent quelque peu. La famille comme norme sociale est assez présente dans les pays du sud et de l'est de l'Europe, et moins fortement ancrée, ou plus érodée, dans les pays du nord et de l'ouest où les amis ont un rôle et une place qui semblent plus importantes. De plus, le développement économique apporte un élément de poids pour jauger les risques

d'un vieillissement isolé : les ressources pouvant être allouées sous la forme d'aides publiques aux personnes dépendantes ne sont pas non plus les mêmes.

Graphique 21 : proportion de personnes sans enfants ou sans partenaire



Pays classés en fonction du nombre moyen d'amis proches dans leur réseau social (non représenté). Ce nombre est le plus faible en Pologne et le plus élevé en Suisse. Ces statistiques peuvent surreprésenter les couples dans le cas où les deux individus participent à l'enquête. *Source : Adaptation de la Fig. 1.b, C. A. MAIR (2019). SHARE (2014-2015), 50 ans et +.*

Le **GRAPHIQUE 21** montre la proportion de personnes de 50 ans et plus qui n'ont pas d'enfants ou qui n'ont pas de partenaire. Ces proportions sont assez hétérogènes en fonction des pays. Ce sont la Suisse et l'Espagne qui enregistrent la plus grande proportion de personnes sans enfants, 15 % et 13 % respectivement, la Belgique

se trouvant à 11 %. À l'inverse, c'est la Tchéquie, la Pologne et la Slovénie qui enregistrent la proportion la plus faible, entre 4 et 5 %.

Les personnes sans partenaire sont relativement plus nombreuses, avec une proportion variant de 19 % en Italie à 41 % en Estonie. En Belgique, 31 % de la population de 50 ans et plus vit sans partenaire. Pour ces personnes, la constitution d'un cercle d'amis proches pourrait être vue comme une bonne stratégie, mais il ne faut pas oublier le contexte culturel qui peut soit le favoriser, soit le défavoriser. De plus, cette stratégie n'est pas nécessairement consciente ni activement recherchée.

La littérature scientifique semble d'accord sur le fait que les personnes sans famille ne sont pas nécessairement délaissées ou vouées à du soutien de mauvaise qualité. Ici, l'auteure s'intéresse néanmoins à un aspect encore peu étudié : l'activation potentielle de formes d'aide provenant de personnes extérieures à la famille.

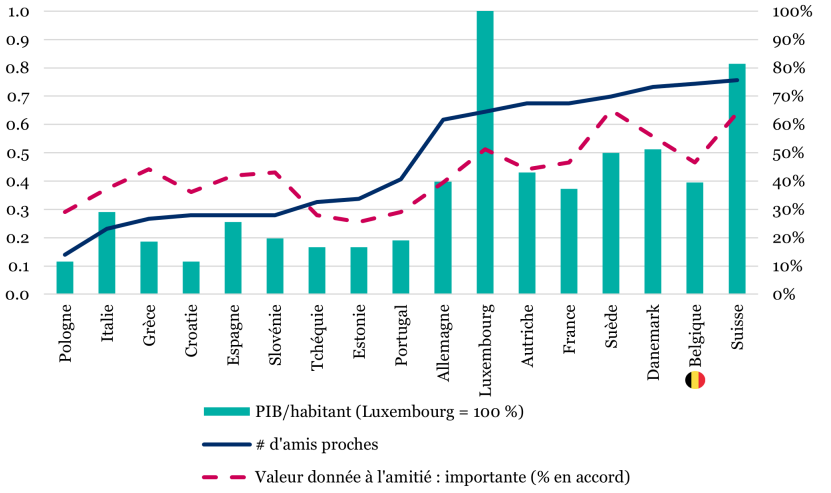
Trois hypothèses sont posées dans cet article. La première est que les personnes sans famille (sans enfant et sans partenaire) ont davantage d'amis dans leur réseau social restreint. La seconde est que les personnes qui vivent dans un pays qui valorise l'amitié comme étant une valeur très importante ont également davantage d'amis sur qui ils peuvent compter. Enfin, la troisième hypothèse est que les personnes qui combinent ces deux caractéristiques sont celles qui ont le plus d'amis proches.

L'auteure développe ses hypothèses en utilisant les données de la vague 6 de SHARE (2015) qu'elle combine avec des informations tirées de l'*European Values Survey* (EVS). Ces informations indiquent dans quelle proportion, par pays et en moyenne dans l'ensemble de la population, l'amitié est considérée comme étant très importante dans la vie.

Elle fait aussi le lien des données de la Banque mondiale portant sur le niveau moyen de richesse par pays (2015). Au total, ce sont dix-sept pays qui sont étudiés, dont la Belgique[4].

Le **GRAPHIQUE 22** montre la corrélation, au sein des pays SHARE, entre le nombre d'amis proches et le niveau de PIB par habitant. Plus ce dernier est élevé, plus le nombre moyen d'amis proches est élevé. Celui-ci se situe entre 0,14 (Pologne) et 0,76 (Suisse).

Graphique 22 : nombre d'amis proches et contexte national



Pays classés en fonction du nombre moyen d'amis proches dans le réseau social des répondants. Le nombre d'amis proches est référencé sur l'axe vertical gauche, tandis que les proportions sont référencées sur l'axe vertical droit. Le PIB/habitant est exprimé relativement à celui du Luxembourg. Par exemple, le PIB par habitant en Belgique était équivalant à 40 % de celui du Luxembourg en 2015. *Source : Adaptation de la Fig. 1.a, C. A. MAIR (2019). SHARE (2014-2015), 50 ans et +.*

Si ce chiffre peut sembler faible, inférieur à 1, il est à relativiser car il ne représente qu'une partie limitée du réseau social. En effet, environ 70 % des personnes interviewées ne déclarent aucun ami proche tel que défini plus tôt, ce qui pousse la moyenne vers le bas. De surcroît, les personnes à citer sont plutôt des confidents, ce qui ne permet pas d'inclure des connaissances moins proches.

Pour une vision plus complète de la composition du réseau social restreint, quelques statistiques sont proposées dans la deuxième partie de ce chapitre.

Une séparation assez nette est visible entre les pays de l'est et du sud de l'Europe avec les pays du nord et de l'ouest. La moyenne du nombre d'amis proches est en effet plus importante dans ces derniers, liée à un PIB par habitant plus important et, dans une moindre mesure, à un pourcentage plus important de personnes déclarant que les amis sont « très » importants dans la vie.

Cela semble confirmer la thèse que la norme sociale mettant plus d'emphase sur les amis est une résultante du développement économique, ou encouragée par celui-ci.

Les résultats des analyses statistiques rapportés par l'auteure de cette étude montrent que les personnes avec enfant et/ou partenaire verraient leur nombre d'amis proches diminuer de 40 % par rapport aux autres.

En outre, les personnes avec enfants et/ou partenaire qui ne déclarent pas ceux-ci dans leur réseau social restreint ont également tendance à avoir plus d'amis. Enfin, chaque hausse de 1 % du nombre de personnes déclarant que les amis sont très importants dans la vie est associée à une hausse de 2 % du nombre moyen d'amis, et ce quelle que soit la structure familiale.

De plus, les personnes qui rapportent davantage d'amis proches déclarent en moyenne un meilleur état de santé, ont moins de risques de déclarer une difficulté à réaliser des activités de la vie quotidienne, etc., mais auraient davantage de symptômes de dépression.

Les résultats montrent que les hypothèses posées par l'auteure se vérifient : les personnes sans enfant ou sans partenaire déclarent en moyenne davantage d'amis proches, et ce quel que soit le pays étudié. Ces personnes ne seraient dès lors pas si isolées que ce que les indicateurs montreraient.

La structure familiale serait donc insuffisante pour agir en tant qu'indicateur des sources potentielles de support pour les aînés.

Des aspects culturels entrent en ligne de compte qui, pour l'auteure, sont principalement dus au développement économique du pays. Au plus celui-ci serait important, au plus l'individualisme comme norme de société se développe et par extension la perte, ou plutôt l'évolution, de la norme sociale qui dicte l'importance d'avoir un partenaire et des enfants.

Le développement d'un cercle d'amis proches pourrait être un changement à l'œuvre dans des pays économiquement plus forts où il est devenu plus difficile de s'en remettre à la famille, et où des politiques publiques d'aides à la dépendance, que ce soit en nature et/ou en espèces, sont aussi plus répandues.

Et c'est là le point principal de l'étude : les discours actuels sur le vieillissement peuvent parfois sous-estimer, parfois surestimer, le risque d'un vieillissement sans support, isolé.

Dans les pays plus aisés, du nord et de l'ouest pour simplifier, les personnes sans famille vont avoir accès à davantage de ressources

propres et des aides publiques quand elles vieillissent. Elles bénéficient de plus d'un environnement, cette norme sociale, qui les a peut-être encouragées à avoir davantage d'amis proches (ce que les statistiques montrent), et de continuer à s'en faire.

En revanche, le même constat ne peut être fait pour les personnes sans famille dans les pays moins favorisés économiquement, qui ont donc moins accès à des programmes d'aides et qui, en moyenne, comptent également sur moins de ressources financières et moins d'amis.

Par ailleurs, avoir une famille ne garantit pas le support. Celle-ci pourrait ne pas être disponible ou désireuse d'aider la personne en besoin. Les interactions entre membres de la famille peuvent aussi changer au cours du temps : il est possible que lorsque la personne vieillit, l'enfant, par exemple, devienne progressivement de plus en plus intégré au cercle social restreint de la personne. Bref, nous pouvons conclure qu'évaluer la structure familiale uniquement dans le but de jauger le risque d'un vieillissement isolé n'est pas suffisant.

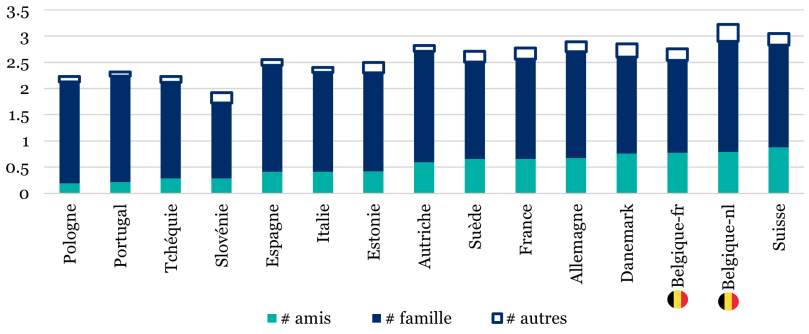
En démontrant l'importance d'un réseau d'amis proches pour le bien-vieillir, et en notant des différences culturelles entre pays, l'auteure plaide pour des programmes d'aide permettant l'intégration de ce réseau d'amis proches dans l'arsenal de dispositions en faveur des personnes âgées dépendantes. Il peut s'agir d'inclure un ami proche comme personne de contact d'urgence, ce qui est parfois réservé à un membre de la famille, ou certains remboursements de frais conséquents à des soins informels apportés par cette même personne, par exemple.

Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

Ces statistiques sont tirées des vagues 4 et 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2010-2011 et 2014-2015, respectivement.

Le **GRAPHIQUE 23** décompose le réseau social restreint des Européens en nombre d'amis, de membres de la famille, et d'une catégorie « autres » qui peut reprendre des aidants professionnels, des voisins, etc.

Graphique 23 : nombre d'amis, de membres de la famille et d'autres personnes dans le réseau social



Pays classés en fonction du nombre moyen d'amis proches dans le réseau social. Chiffres établis à partir des données de la vague 4, conditionnées à la participation en vague 6. *Source : SHARE (2010-2011, 2014-2015), 50 ans et +.*

Le **GRAPHIQUE 22** ne montrait que le nombre d'amis dans ce réseau social. Dans le questionnaire SHARE, les répondants peuvent citer jusqu'à sept personnes qui leur sont importantes.

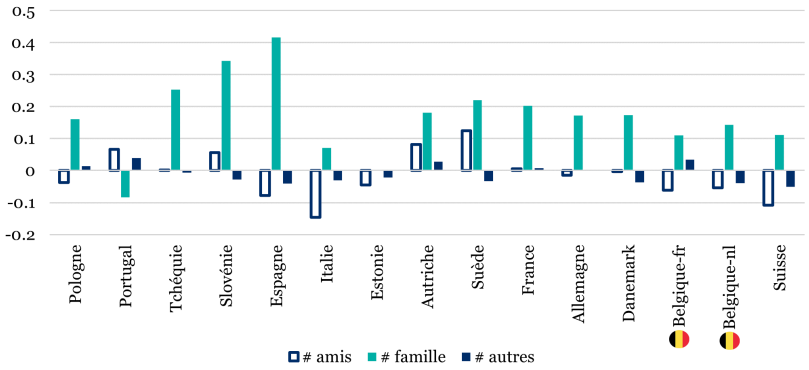
Nous retrouvons les pays de l'Europe de l'ouest et du nord à droite et de l'est et du sud à gauche du graphique, ceux-ci étant classés selon le nombre moyen d'amis présents dans le réseau social.

Nous pouvons y voir que la famille est la composante principale de ce réseau social et ce dans tous les pays, la moyenne tournant autour de deux globalement. Au total, c'est la Belgique néerlandophone qui compte le nombre le plus important de personnes dans le réseau social, avec plus de trois personnes en moyenne, et la Slovénie qui ferme la marche, avec un peu moins de deux personnes en moyenne.

Le **GRAPHIQUE 24** présente la variation du nombre d'amis, de membres de la famille et de la catégorie « autres » pour les mêmes personnes entre la vague 4 et la vague 6 (soit un intervalle de 4 ans environ). Nous pouvons apercevoir que le nombre de membres de la famille dans ce réseau a augmenté pour la plupart des participants. Le nombre d'amis varie moins fortement, parfois à la baisse, y compris dans les pays de l'ouest et du centre de l'Europe comme en Belgique.

L'un des thèmes de l'étude reprise dans ce chapitre était également de savoir si les personnes reçoivent de l'aide, notamment de la part d'amis. Dans SHARE, l'aide peut être personnelle (soins), administrative ou domestique. Le **GRAPHIQUE 25** reprend la proportion, en vague 6, des personnes ayant déclaré avoir reçu ou donné une forme d'aide dans l'année précédant l'entretien SHARE.

Graphique 24 : variation des catégories des membres du réseau social entre la vague 4 et la vague 6



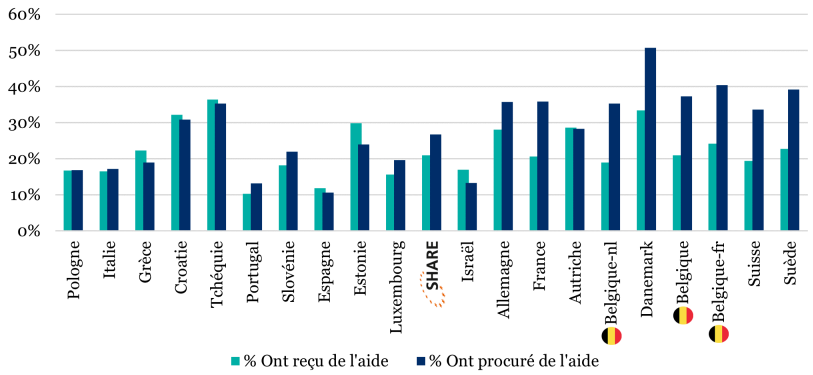
Pays classés en fonction du nombre moyen d'amis proches dans le réseau social. Suivi des mêmes personnes ayant participé en vague 4 (2010-2011) et en vague 6 (2014-2015). *Source : SHARE (2010-2011, 2014-2015), 50 ans et +.*

Le classement réalisé en fonction du nombre d'amis proches dans le réseau social révèle une corrélation intéressante, à creuser : si l'on peut dire que *grosso modo* les pays du sud et de l'est de l'Europe reçoivent et procurent de l'aide dans les mêmes proportions, il semble que les personnes du nord et de l'ouest sont plus nombreuses proportionnellement à procurer de l'aide plutôt qu'à en recevoir.

La nature de ces différences entre régions d'Europe peut être multiple : notamment, le type et le degré de couverture assurée par les institutions de protection sociale n'est pas identique partout. C'est le cas en particulier de la reconnaissance du statut de proche aidant par ces institutions, mais également de la composition du ménage, or nous avons pu constater que dans les pays du sud

et de l'est de l'Europe, la cohabitation entre générations est plus courante.

Graphique 25 : pourcentage de personnes ayant reçu ou ayant procuré de l'aide



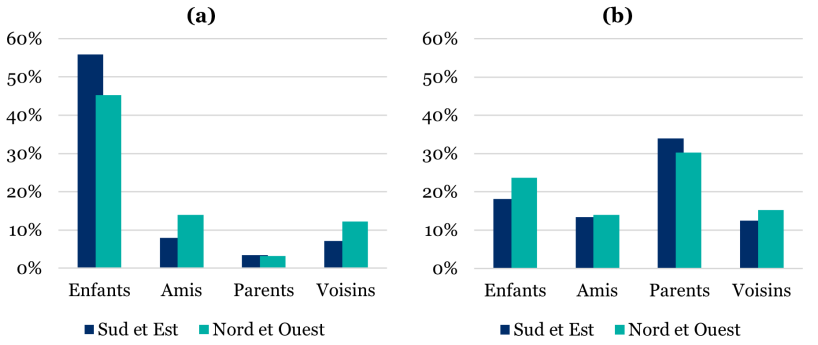
Pays classés en fonction du nombre moyen d'amis proches dans le réseau social. Aide à l'extérieur du ménage uniquement. Cette aide peut avoir été donnée à un moment dans l'année qui précède l'interview, et ce quelles que soient son intensité et sa fréquence. Cette aide n'est pas monétaire et peut être personnelle (soins), administrative ou domestique. *Source : SHARE (2014-2015), 50 ans et +.*

Ensuite, d'où provient l'aide, et à qui est-elle donnée ? Le **GRAPHIQUE 26** offre un petit éclaircissement à la question.

Enfants, amis, parents et voisins représentent plus de 70 % des sources d'aide (a) et plus de 80 % des personnes aidées (b). Les enfants sont la principale source d'aide, dans toutes les régions d'Europe. Une petite différence apparaît toutefois, qui est une contribution plus faible des enfants dans les pays du nord et de

l'ouest, presque compensée dans les chiffres par une contribution plus importante des amis, et des voisins. Parmi les destinations de l'aide apportée par les personnes interrogées, ce sont les parents qui en sont les principaux destinataires, puis les enfants, et les amis et voisins dans une même proportion.

Graphique 26 : provenance de l'aide reçue (a) et destination de l'aide donnée (b)



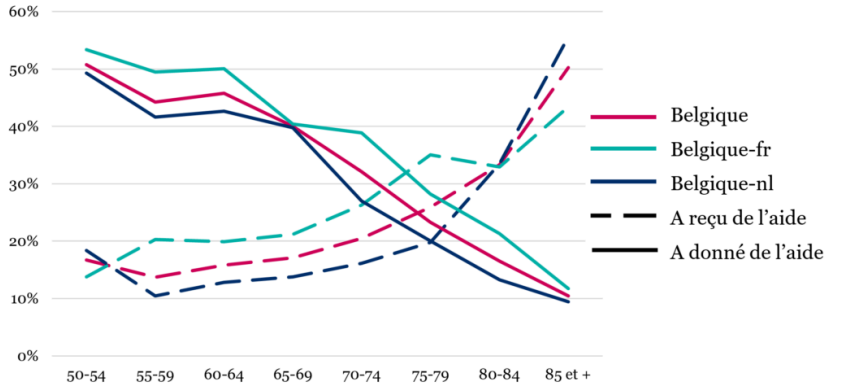
Ne sont repris sur ce graphique que les catégories de personnes les plus importantes concernant l'aide reçue ou fournie. *Source : SHARE (2014-2015), 50 ans et +.*

Le **GRAPHIQUE 27** produit une vision détaillée de l'âge des personnes lorsqu'elles reçoivent ou donnent de l'aide à d'autres vivant en dehors de leur propre ménage, pour la Belgique francophone et néerlandophone. Ne sont donc pas comptabilisées les aides qui peuvent intervenir entre partenaires, de la part d'enfants, etc. qui vivent sous le même toit. Ce que nous observons n'est pas étonnant : au plus l'âge est important, au plus nous voyons

des personnes qui reçoivent de l'aide et, à l'inverse, au moins nous voyons des personnes qui en procurent. L'âge pivot, c'est-à-dire le moment où nous observons la même proportion de personnes qui aident et qui reçoivent de l'aide, se situe entre 75 et 79 ans en Belgique.

Néanmoins, il est important de noter que bien que la proportion de personnes aidantes diminue en fonction de l'âge, 10 % de toutes les personnes de 85 ans et plus continuent à apporter de l'aide à leurs proches[5], ce qui reste élevé.

Graphique 27 : proportion de personnes qui procurent de l'aide ou qui en reçoivent



Source : SHARE (2014-2015).

Ce qu'il faut retenir

Les personnes vieillissant sans cadre propice à l'obtention d'une aide traditionnellement apportée par la famille devraient être identifiées afin de s'assurer qu'elles vieillissent en bonne santé et avec une aide adéquate si besoin est.

Si dans les pays du nord et de l'ouest de l'Europe ces personnes peuvent être mieux encadrées par les systèmes de santé et de protection sociale, le risque qu'elles ne soient pas bien prises en charge dans les pays du sud et de l'est est plus important, car cet aspect est davantage dévolu aux familles. Or toutes les familles n'aident pas de la même façon leurs aînés, ce qui peut entraîner des situations de détresse.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Son caractère **international** : l'étude reprise dans ce chapitre utilise les données de la vague 6 de SHARE (2014-2015) pour quelques 53.247 entretiens. Cette combinaison permet des résultats représentatifs pour la population européenne.

- Cette étude a permis la mise en relation de données sur la **situation familiale**, le **réseau social** et la **santé** des Européens de 50 ans et plus. Elle souligne les différences culturelles qui existent entre les régions d'Europe et le fait que le risque d'un vieillissement isolé généralisé n'est pas bien estimé par les autorités nationales ou régionales.

1 Nous entendons par « norme sociale » la façon de vivre ou de percevoir les choses au sein d'une société. Cette vision ou norme est construite dans le temps et légitimée par une sorte d'autocontrôle d'une majorité d'individus qui lui donnent une valeur morale positive.

2 Chr. A. Mair, « Alternatives to Aging Alone?: "Kinlessness" and the Importance of Friends Across European Contexts », *Journals of Gerontology*, série B, , 2019, vol. 74, n° 8, pp. 1416-1428.

3 L'auteure parle de « *fictive kin* » ou « famille fictive ».

4 Il s'agit de : Autriche, Belgique, Croatie, Tchéquie, Danemark, Estonie, France, Allemagne, Grèce, Italie, Luxembourg, Pologne, Portugal, Slovénie, Suède, Suisse et Espagne.

5 Telle que la question est posée dans SHARE, l'aide donnée n'inclut pas le fait de garder ses petits-enfants éventuels. Cet élément fait l'objet d'une question à part.

8. Les natifs sont-ils en meilleure santé que les migrants ?

Plusieurs raisons font que l'on quitte, volontairement ou non, son pays d'origine. Que ce soit pour éviter des conflits ou pour chercher de meilleures opportunités, la vie d'un migrant est semée d'embuches : repartir de zéro, apprendre une nouvelle langue, se constituer un nouveau réseau social, comprendre les particularités institutionnelles du pays, etc. Ce parcours d'obstacles a-t-il un effet négatif sur la santé des migrants ? Sont-ils en moins bonne santé que les habitants du pays d'accueil ?

Deux recherches exploitant les données de SHARE étudient l'état de santé et le bien-être des migrants âgés de 50 ans et plus qui, pour la plupart, sont résidents du pays d'accueil depuis de nombreuses années[1]. En analysant de nombreux aspects de leur vie, les auteurs montrent l'existence de différences significatives entre migrants et natifs des pays d'accueil. Ces deux recherches sont présentées dans ce chapitre.

La santé autoévaluée des migrants

Amélie F. Constant et ses coauteurs ont comparé, dans une recherche parue en 2017[2], l'état de santé des migrants avec celui

des natifs dans chaque pays, et analysent la façon dont celui-ci peut varier en fonction du temps passé dans le pays d'accueil.

En utilisant les données de deux vagues de l'enquête SHARE couvrant la période 2007-2013 pour l'Europe et Israël[3], les auteurs observent que les migrants arrivant en Europe sont en moyenne en meilleure santé que les natifs. Pour essayer d'expliquer l'origine de cet avantage, les auteurs émettent plusieurs hypothèses :

i. motivation et ressources financières : les personnes qui décident de migrer sont les plus motivées, et celles qui y parviennent ont généralement davantage de ressources financières. Ce dernier élément est par ailleurs positivement corrélé à un bon état de santé. Les politiques publiques élaborées par le pays d'accueil et destinées aux migrants potentiels, en dehors des réfugiés, filtrent davantage les nouveaux arrivants : prérequis de diplôme, d'un minimum de ressources financières, etc. Les personnes qui correspondent à ces critères ont en général un niveau de santé supérieur aux autres ;
ii. selon le pays, des vérifications additionnelles peuvent être organisées lors de l'arrivée du migrant. Par exemple pour empêcher que certains d'entre eux apportent des maladies inexistantes sur le territoire du pays d'accueil ;
iii. les habitudes alimentaires et comportementales des migrants, acquises dans le pays et la culture d'origine, sont dans certains cas, du point de vue sanitaire, meilleures que celles du pays d'accueil.

Dans leur étude, les chercheurs font la distinction entre les résultats qu'ils obtiennent entre les pays européens et Israël, en tant que pays de destination des migrants. Ils montrent que les

politiques publiques ciblées sur la migration y sont fondamentalement opposées et que cela a des conséquences sur l'état de santé relatif observé entre migrants et autochtones au sein de la population âgée de 50 ans et plus.

Pour les pays européens analysés, les trois hypothèses mentionnées auparavant seraient dans la majorité des cas confirmées, bien qu'à des degrés divers. En revanche, dans le cas d'Israël, la situation est fort différente, due à la politique dite de la « Loi du retour », qui permet à chaque personne d'origine juive, en ce compris l'époux(se), enfants, beaux-enfants, etc., d'aller vivre sur le territoire d'Israël avec un statut de citoyen sans aucun prérequis d'aucune sorte. Les observations des auteurs pour ce pays sont donc plus pessimistes : les migrants arrivés ces dernières décennies sont, en moyenne, en moins bonne santé que les personnes qui y résident depuis leur naissance.

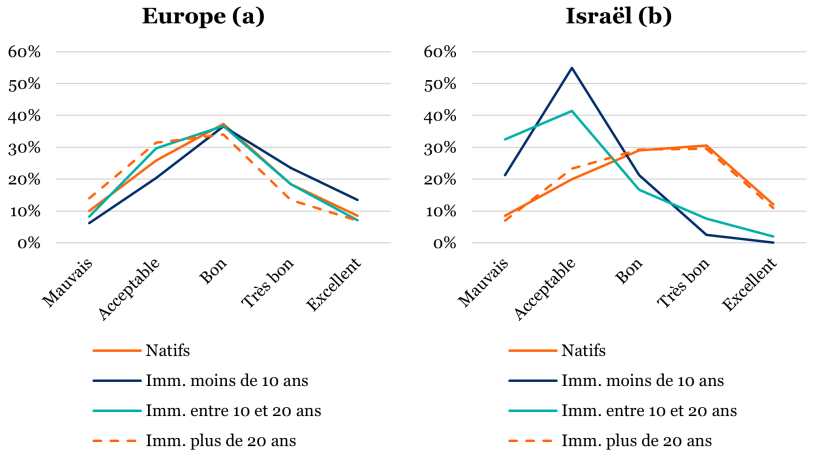
Le **GRAPHIQUE 28** reprend l'état de santé autoévaluée des personnes vivant en Europe (**a**) ou en Israël (**b**) selon leur statut de natif ou d'ancien immigré. S'ils ont immigré dans ces régions, nous les distinguons en fonction du nombre d'années vécues sur le territoire pour observer les différences en termes d'état de santé. Les personnes évaluent leur état de santé dans l'une des cinq catégories proposées, de « mauvais » à « excellent ».

Ces distributions révèlent que les immigrés arrivés en Israël depuis moins de 20 ans sont en moins bonne santé que les autres : près de 80 % des immigrés déclarent en effet un état de santé médiocre ou au mieux acceptable. En revanche, il semble que leur état de santé s'améliore progressivement et que les différences s'estompent pour les personnes qui ont immigré depuis plus longtemps. En effet, la

distribution devient presque identique à celle des natifs, dont l'état de santé est davantage distribué vers le milieu-droit du graphique.

En Europe, les différences ne sont pas aussi nettes. Nous pouvons voir que les immigrés arrivent légèrement en meilleure santé que les natifs, en moyenne : ils sont relativement plus nombreux à se déclarer en « très bonne » et en « excellente » santé, lorsqu'ils sont dans le pays depuis moins de dix ans. À l'instar du processus en Israël, les immigrés en Europe rejoignent progressivement l'état de santé des natifs, et deviennent même légèrement en moins bonne santé que ces derniers si leur migration date de plus de vingt ans.

Graphique 28 : immigration et état de santé



Dû à une collecte différée des données, il existe un léger décalage entre Israël et le reste des pays : collecte entre 2006-2013 pour l'Europe et entre 2009-2013 pour Israël. *Source : Adaptation des graphiques 1 et 2 pp. 107-108 de A.F. CONSTANT et al. (2017) SHARE (2006-2013), 50 ans et +.*

En Israël, il est intuitif que l'état de santé s'améliore progressivement avec le temps passé dans le pays : au bout d'un moment, si la santé du migrant n'est pas bonne, elle s'améliore dans un pays qui offre des soins de santé de très haute qualité à tous ses citoyens. En Europe, une baisse de l'état de santé des immigrants pose question, mais ce n'est pas investigué dans l'étude.

Pour le cas de l'Europe, où la santé du migrant décroît pour progressivement s'approcher de l'état de santé des natifs, les auteurs avancent quatre hypothèses :

- l'intégration culturelle : au fur et à mesure du temps, la santé des migrants pourrait régresser par un processus naturel d'adaptation des habitudes alimentaires et comportementales (processus aussi appelé « acculturation négative »)[4] ;
- les nouveaux arrivants pourraient avoir moins recours aux soins de santé publics, pour diverses raisons qui ne sont pas investiguées dans l'étude ;
- à certains moments de leur vie, ils subissent de la discrimination dans des domaines variés[5] ;
- ils sont également davantage à subir de mauvaises conditions de travail. En effet, une proportion importante d'immigrés travaille(ra) dans des métiers difficiles et plus exposés pour leur santé[6].

À la suite de cette étude, plusieurs questions se posent : pourquoi les immigrés en Europe voient-ils en moyenne leur état de santé diminuer ? Y a-t-il des solutions à apporter ? N'a-t-on pas encore de la marge pour éviter la détérioration de leur état de santé ?

Les pays européens procurent, dans la plupart des cas, une couverture sociale et des soins de qualité. Ce serait donc

intéressant de prolonger cette étude au niveau des pays pour voir si cette détérioration de l'état de santé des migrants est générale ou bien spécifique à certains d'entre eux.

De plus, la crise migratoire que l'on connait depuis plusieurs années pourrait avoir à terme un effet important sur ce type d'indicateurs. Les nouveaux arrivants ayant vécu des expériences éprouvantes sur le plan de la santé physique et/ou mentale, nous devons nous attendre à ce qu'ils connaissent, en moyenne, un état de santé moins favorable que celui des migrants arrivés il y a dix ou vingt ans.

Le bien-être des migrants (échelle de casp[7])

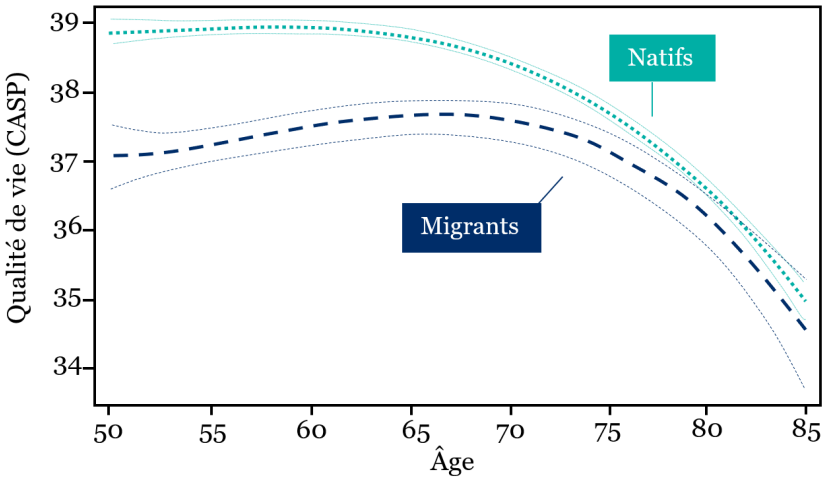
Se focalisant sur le bien-être autoévalué des migrants comme sujet d'étude, Gregor Sand et Stefan Gruber aboutissent à une conclusion en partie similaire à celles du premier article : il existe, en ce qui concerne le bien-être ou la qualité de vie, une différence significative entre les migrants et les natifs, bien que cette différence s'estompe avec le temps. Leur article est paru en 2018[8].

Les auteurs compilent les vagues 1, 2, 4 et 5 (2004-2013) de SHARE et onze pays ayant une proportion significative de répondants non natifs, dont la Belgique[9].

Le niveau de bien-être autoévalué est estimé au travers d'un score résumant les réponses à douze questions individuelles[10] sur la qualité de vie et portant sur quatre domaines : le sentiment de contrôle sur sa vie, celui d'autonomie, celui d'autoréalisation et celui du plaisir (en anglais *Control*, *Autonomy*, *Self-realization and Pleasure*, d'où le nom d'échelle CASP). Un score élevé du CASP représente une haute qualité de vie.

L'étude conclut sur un écart significatif en termes de bien-être entre migrants et non-migrants, écart qui diminuerait au fur et à mesure des années passées dans le pays d'accueil. Cet écart est présenté sur le **GRAPHIQUE 29**.

Graphique 29 : évolution par âge de l'indice de casp (qualité de vie)



Source : Reproduction du Graphique 1, G. SAND et S. GRUBER (2018). SHARE (2004-2013), 50 ans et +.

Deux pistes sont explorées par les auteurs pour expliquer cette différence. Son origine vient-elle des caractéristiques individuelles des migrants et des natifs, ou de caractéristiques propres au pays d'accueil ? Ou s'agit-il de l'addition de ces deux facteurs ?

Les auteurs penchent pour une explication alliant caractéristiques individuelles mais également des caractéristiques propres au pays. Si l'on compare assez grossièrement l'ensemble des migrants de toute origine aux natifs, la différence de bien-être autoévaluée est faible. Si en revanche nous les comparons sur la base de certaines caractéristiques individuelles, des différences plus marquées apparaissent.

Notamment, il apparaît qu'avoir des difficultés financières influence négativement le bien-être, et que les migrants sont davantage en détresse financière que les natifs, ce qui expliquerait en partie l'écart négatif. Aussi, si nous regardons plus en détail le niveau d'éducation des migrants, ce sont ceux provenant du nord et du centre de l'Europe qui ont parmi eux, comparés aux natifs, une proportion plus importante de diplômés de l'enseignement supérieur, ce qui tendrait à expliquer un écart positif à leur avantage en termes de bien-être.

Le fait de réaliser leur analyse dans un contexte multinational permet aux auteurs de prendre en compte les différences institutionnelles propres à chaque pays. Pour ce faire, ils utilisent une base de données contextuelle concernant les politiques publiques ciblées sur l'intégration de migrants, et en particulier sur les politiques de regroupement familial[11]. Celui-ci est résumé par un score, indiqué sur le **TABLEAU 10** pour chaque pays repris par l'étude. Plus ce score est élevé, plus le pays a développé une politique de regroupement familial, simple et systématique. À l'inverse, plus ce score est faible, plus le pays rend difficile ce regroupement familial. Les politiques concernant la migration sont hétérogènes en Europe, ce qui est bien représenté sur ce tableau.

Tableau 10 : politiques publiques en faveur du regroupement familial (mipex : score de 0 à 100)

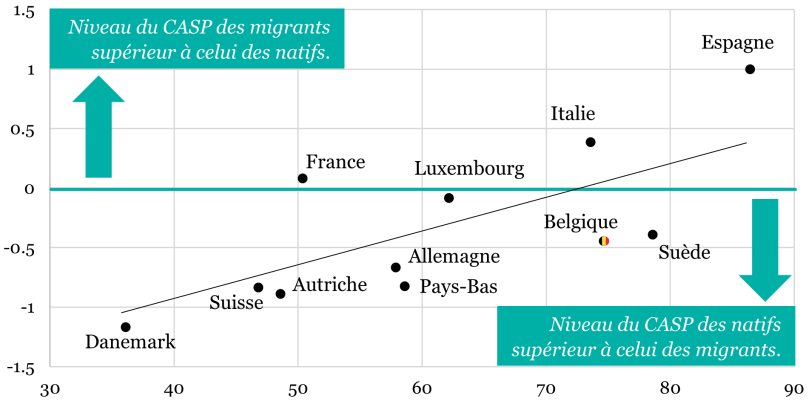
Pays	Score
Espagne	87
Suède	79
Belgique	75
Italie	74
Luxembourg	62
Pays-Bas	59
Allemagne	58
France	51
Autriche	49
Suisse	47
Danemark	36

Source : G. SAND et S. GRUBER (2018). *MIPEX (2007-2013).*

Le choix des politiques de regroupement familial comme indicateur n'est pas contre-intuitif. Il est de fait assez logique que celui-ci puisse avoir un effet positif sur le bien-être ou la qualité de vie des migrants, en particulier quand ils deviennent plus âgés. Si cette personne a dans son entourage des membres de sa famille, il serait naturel que son bien-être augmente. Dans tous les cas, les auteurs montrent un lien positif entre la facilité du regroupement familial et le bien-être des migrants. Ce lien est représenté sur le **GRAPHIQUE 30**.

En effet, nous pouvons observer qu'une tendance positive s'y dessine : plus le score est élevé dans un pays, plus la différence de bien-être entre migrants et natifs est moindre et, dans certains cas, même en faveur des migrants. Ainsi l'Espagne, le pays obtenant le plus haut score de regroupement familial, est également le pays qui affiche la plus large différence en faveur des migrants et qu'à l'opposé le Danemark, qui ferme la marche des pays concernant ces politiques, est le pays avec la plus grande différence en faveur des natifs.

Graphique 30 : organisation de politiques de regroupement familial et qualité de vie



Ce graphique met en relation le score MIPEX de facilité d'un regroupement familial (plus le score est élevé, vers la droite sur le graphique, plus le regroupement familial est considéré comme facilité), et le score de l'échelle de CASP qui équivaut à la qualité de vie. Le score pour CASP correspond à la différence relative entre les migrants et les natifs du pays. Si ce score est supérieur à zéro, les migrants déclarent une meilleure qualité de vie que les natifs, et inversement. *Source : Adaptation du Graphique 5, p. 58, G. SAND et S. GRUBER (2018). SHARE (2004-2013), 50 ans et +.*

Parmi d'autres facteurs explicatifs que ceux évoqués ci-dessus, les auteurs notent également que les migrants ayant acquis la nationalité du pays d'accueil, ainsi que ceux ayant émigrés à un jeune âge, enregistrent moins de différences avec les natifs en ce qui concerne leur bien-être.

Au terme de leur étude, les auteurs proposent notamment d'améliorer ce qui est réalisé concernant l'intégration des migrants, en rendant plus simples et systématiques leur nationalisation et régularisation.

L'exemple des politiques de regroupement familial montre le lien existant entre ceux-ci et le bien-être des migrants, en facilitant leur intégration sociale.

Dans le long terme, ils font l'hypothèse que ce regroupement familial pourrait soulager les systèmes de protection sociale des pays de destination et également renforcer la cohésion sociale.

Les auteurs relativisent néanmoins leurs résultats : participer à SHARE requiert de parler la langue du pays pour répondre à des questions parfois complexes. Les migrants qui participent à SHARE font donc, éventuellement, partie des plus intégrés dans la société.

Si l'on considère que les personnes plus intégrées ont plus facilement accès aux soins de santé par exemple, il est probable qu'en tenant compte de l'ensemble des migrants, la réalité soit moins favorable que ce qui transparaît dans leurs résultats.

Ce qu'il faut retenir

Il existe des différences significatives en termes de santé et de bien-être entre les migrants et les natifs d'un pays d'accueil. Ces différences ne sont pas toujours telles que l'on pourrait imaginer. En effet, un des résultats des recherches décrites ci-dessus est que les migrants arrivent en moyenne dans un état de santé meilleur que celui des natifs d'un pays. Si c'est le cas au niveau de l'état de santé global, ça serait l'inverse concernant la qualité de vie, en raison de multiples facteurs.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Caractère **longitudinal** : les deux études étendent leurs analyses sur plusieurs vagues. La première observe l'***état de santé*** sur deux vagues (2007 et 2013 pour l'Europe) et la seconde utilise les données de quatre vagues (2005, 2007, 2011 et 2013) pour déterminer les raisons des différences en termes de ***qualité de vie*** entre migrants et natifs d'un même pays.
- Caractère **international** de l'étude : en observant la santé et la qualité de vie tant des immigrés que des natifs de

multiples pays européens, les auteurs poursuivent une littérature qui confirme des ***faits observés ailleurs***, notamment aux États-Unis, en Angleterre ou encore en Australie.

- Deux **résultats** principaux se dégagent : d'une part, contrairement à ce que les préjugés peuvent laisser penser, les migrants venant en Europe sont en moyenne en ***meilleure santé que les natifs, à leur arrivée*** ; d'autre part, le bien-être des migrants est en général moins élevé que le bien-être des natifs. Mais celui-ci serait très lié à la politique de regroupement familial mise en pratique dans le pays d'accueil : ***plus le regroupement familial est facilité pour le migrant, plus l'évaluation de son propre bien-être est élevée***, en moyenne.

- Ces résultats soulèvent aussi des **questions** : sommes-nous réellement en bonne santé en Europe ? Peut-on apprendre des autres, et de leurs cultures, pour améliorer nos ***comportements en termes de santé*** ?

1 En effet, si l'on suit le protocole strict de l'enquête SHARE, seules les personnes maîtrisant très bien l'une des langues nationales peuvent participer. Les migrants dans l'enquête SHARE ne représentent tout au plus que les migrants de plus de 50 ans qui ont émigré pour la plupart lorsqu'ils étaient plus jeunes et qui maitrisent assez bien la langue. L'état de santé et le niveau de bien-être ou de qualité de vie des migrants pourraient donc ici être biaisés vers le haut et ne pas correspondre parfaitement à la réalité.

2 A. F. Constant, T. García-Muñoz, Sh. Neuman et Tz. Neuman, « A “healthy immigrant effect” or a “sick immigrant effect”? Selection and policies matter », *European Journal of Health Economics*, 2017, 19, pp. 103-121.

3 Les pays étudiés sont : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, France, Grèce, Israël, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Slovénie, Suède, Suisse, et Tchéquie. Les données pour Israël couvrent la période 2009-2013.

4 G. Jasso, D. S. Massey, M. R. Rosenzweig et J. P. Smith, « Immigrant health: selectivity and acculturation », in N.B. Anderson, R.A. Bulatao et B. Cohen (eds), *Critical perspectives on racial and ethnic differences in health in late life*, National Academies Press, Washington, DC, 2004, pp. 227-266.

5 N. J. Grove et A. B. Zwi, « Our health and theirs: forced migration, othering, and public health », *Social Science & Medicine*, 2006, 62, pp. 1931-1942.

6 P. M. Orrenius et M. Zavodny, « Do immigrants work in riskier jobs? », *Demography*, 2009, 46 (3), pp. 535-551.

7 M. Hyde, R. D. Wiggins, P. Higgs et D. B. Blane, « A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19) », *Ageing Mental Health*, 2003, pp. 199-203.

8 Gr. Sand et St. Gruber, « Differences in Subjective Well-being Between Older Migrants and Natives in Europe », *Journal Immigrant Minority Health*, 2018, 20, pp. 83-90, DOI 10.1007/s10903-016-0537-5.

9 Il s'agit de : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Suède et Suisse.

10 L'échelle de CASP est originellement articulée autour de 19 questions. Depuis la première vague de SHARE, cette échelle a été révisée pour contenir les 3 questions principales de chaque domaine, reprenant ainsi 12 questions au total.

11 Cette base de données est le *Migrant Integration Policy Index* (MIPEX), une étude collaborative de 25 organisations qui a débuté en 2004. Différents indices le composent, les auteurs ne gardent que celui du regroupement familial, qui semble être l'élément le plus important de l'indice global. Référence utile : Th. Huddleston, Ö. Bilgili, A.-L. Joki et Z. Vankova, *Migrant integration policy index* 2015, Barcelona-Brussels, CIDOB et MPG, 2015.

9. La maison de repos : passage obligé dans la dernière étape de vie ?

À son origine, l'enquête SHARE répond à l'appel lancé par la Commission européenne visant à améliorer les connaissances sur le processus de l'allongement de la vie et du vieillissement de la population[1]. Depuis la quatrième vague de l'enquête, SHARE couvre par la même occasion une facette encore plus méconnue de ce processus : l'entrée des personnes (très) âgées en maison de repos (et de soins).

Qu'est-ce qui pousse les personnes âgées à entrer en ***maison de repos*** ? Quelle est l'expérience des Belges et des Européens en la matière, et est-elle différente ? C'est à ces questions qu'ont tenté de répondre Anne Laferrère et ses coauteurs dans une étude parue en 2013[2], résumée ci-dessous.

Maison de repos

Une maison de repos est définie de la manière suivante dans l'enquête SHARE : « une maison de repos fournit au minimum tous les services suivants à ses résidents : distribution de médicaments,

assistance et surveillance personnelle 24h/24 (pas nécessairement par une infirmière) et mise à disposition d'une chambre et de repas ».

Peu de personnes âgées décident d'entrer en maison de repos de manière planifiée. En général, elles préféreraient rester le plus longtemps chez elles, tant qu'elles conservent un minimum d'autonomie. C'est l'âge, l'apparition d'un handicap et l'indisponibilité de soins informels qui seraient les principaux déterminants de l'entrée en maison de repos.

Nous entrons pourtant dans une période où la demande de places dans les maisons de repos augmente et continuera très probablement d'augmenter dans les prochaines décennies par l'arrivée progressive des nombreux « papy-boomers »[3], conséquence de l'allongement de la vie. Au même moment, le potentiel d'***aide informelle*** devrait diminuer, conséquence de la baisse du nombre de naissances, mais aussi d'une plus grande participation des femmes sur le marché du travail, notamment.

Pour traiter du sujet des maisons de repos, il faut tout d'abord connaître le contexte institutionnel, principal déterminant de l'offre des services de soins de longue durée dans chaque pays. Ces pays offrent-ils les mêmes possibilités de soins formels (par exemple en nombre de places disponibles en maisons de repos), permettant de pallier la perte d'autonomie des personnes âgées dépendantes ?

L'aide informelle

L'aide informelle est une aide qui n'est pas rémunérée ou formalisée par un contrat de travail. C'est une aide apportée la plupart du temps par l'entourage familial. Elle vient souvent compléter les services fournis par une aide professionnelle (soins personnels, aide-ménagère, etc.), voire dans d'autres cas s'y substitue[4]. La recherche dans ce domaine montre que les femmes (épouse/partenaire, enfant) endossent plus souvent ce rôle que les hommes.

Il existe une grande variabilité dans la disponibilité de places en maisons de repos et dans leur usage effectif parmi les pays européens. D'après les chiffres de l'OCDE (2012) concernant les 65 ans et plus, repris dans le **TABLEAU 11**, c'est en Italie et en Pologne que l'on retrouve le moins de personnes institutionnalisées (2 % des 65+), et en Suède qu'il y en a le plus (8 % des 65+). La Belgique, comme la Suisse et les Pays-Bas, talonne la Suède avec 7 % de sa population des 65 ans et plus institutionnalisés en maison de repos (et de soins).

L'enquête SHARE contient des informations destinées aux chercheurs s'intéressant à la thématique des maisons de repos et du grand âge. D'une part, l'enquête ne s'arrête pas aux portes des institutions, les personnes en maison de repos sont interrogées avec un questionnaire adapté. D'autre part, lorsqu'un individu ayant participé à l'enquête décède, l'intervieweur réalise un dernier

entretien avec un proche du défunt pour poser une série de questions sur la fin de vie de la personne concernée.

Tableau 11 : pourcentage de la population des 65 ans et plus en maison de repos (et de soins)

Pays	Pourcentage
Italie, Pologne	2 %
Espagne	3 %
Autriche, Tchéquie	4 %
France, Danemark, Allemagne	5 %
Suisse, Belgique, Pays-Bas	7 %
Suède	8 %

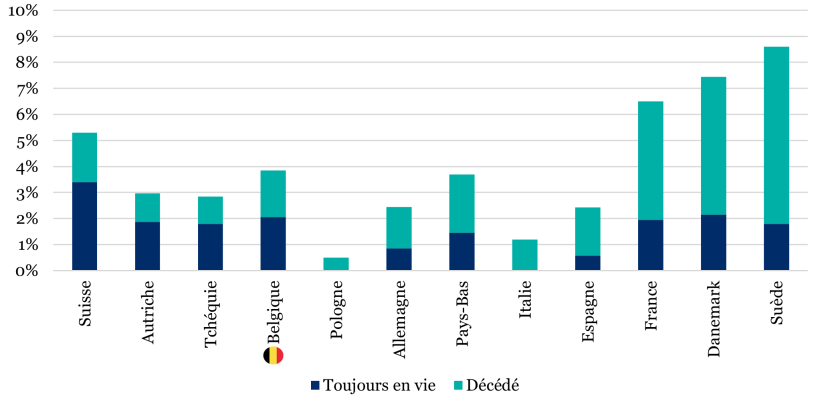
Source : *OCDE (2012).*

Les auteurs s'intéressent aux différences qu'il peut y avoir entre les pays européens dans la façon dont les maisons de repos sont vues par la population. Celles-ci sont-elles perçues comme des lieux de vie de long terme, plutôt comme des lieux de fin de vie, ou quelque chose entre les deux ?

Pour apporter une première réponse à ce questionnement, les auteurs se sont intéressés aux éventuels déménagements en maison de repos parmi les participants à l'enquête entre 2006 et 2011 (vagues 2 et 4). Ils observent ensuite la proportion de personnes toujours en vie ou décédées au cours de la même période. Les auteurs font prudemment la suggestion que si l'une des proportions est significativement supérieure à l'autre au sein d'un

pays, nous pourrions alors avoir une indication de l'utilité attendue des maisons de repos par ses habitants. Une forte proportion de personnes décédées contre une faible proportion de personnes toujours en vie, durant la même période, tendrait à indiquer que les habitants perçoivent les maisons de repos comme un lieu de fin de vie principalement, et inversement[5]. Ces proportions sont données sur le **GRAPHIQUE 31**.

Graphique 31 : proportion des 65+ ayant déménagé en maison de repos entre 2006 et 2011



Les pays sont classés en fonction de l'écart existant entre les proportions de personnes toujours en vie et celles décédées. Les déménagements en maison de repos sont suivis entre 2006 et 2011 ; la personne, observée en 2011, peut être décédée ou toujours en vie. *Source : Adaptation du Graphique 22.1, p. 254, A. LAFERRÈRE et al. (2013). SHARE (2006-2011).*

Au vu de ces observations, les auteurs concluent que l'usage qui est fait de la maison de repos est différent selon le pays. Il semblerait qu'en Italie, en Pologne, en Allemagne, et moins fortement en

Suède, au Danemark et en France, la maison de repos fait davantage office de résidence destinée à la fin de vie des individus.

En effet, parmi les personnes venant d'entrer en institution dans ces pays-là, il y a relativement davantage de personnes décédées que de personnes toujours en vie. Ce serait moins le cas dans les autres pays, y compris en Belgique où l'usage qui est fait de la maison de repos semble être mixte.

Concernant les éléments déclencheurs du passage en maison de repos, les auteurs montrent dans leur étude que, dans la plupart des cas, ce n'est pas un élément en particulier qui en est la cause, ils sont au contraire multiples.

Ainsi, une mauvaise perception de son propre état de santé, un état de dépression, des maladies sévères ou encore des limitations motrices ne sont pas des éléments suffisants, pris séparément.

Ce sont, en revanche, les ***limitations dans les activités de la vie quotidienne*** et leur accumulation qui déclencheraient l'entrée en maison de repos. Ce ne sont donc pas les mauvaises conditions de vie mais plutôt leurs conséquences dans la vie de tous les jours qui sont les facteurs principaux d'impossibilité de vivre de façon autonome.

De plus, le fait d'avoir à disposition de l'aide des membres de la famille ou une aide professionnelle à domicile permet de retarder l'entrée en maison de repos, voire de l'éviter totalement, selon certains cas.

Limitations dans les activités de la vie quotidienne

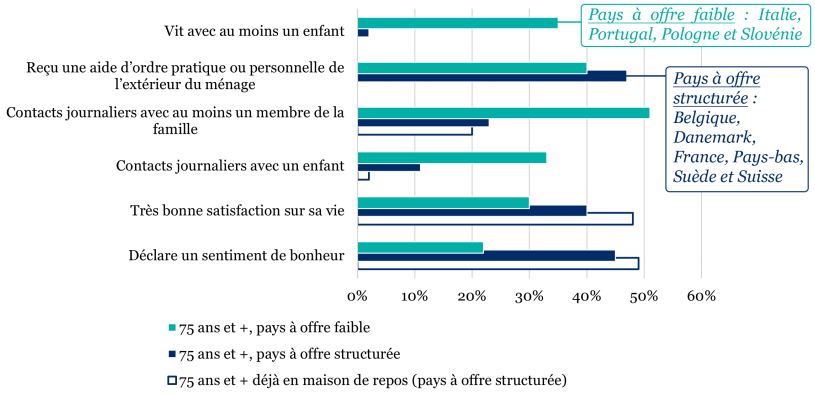
Ces limitations font référence à des difficultés rencontrées par la personne à réaliser certaines tâches essentielles pour mener une vie autonome. Nous retrouvons par exemple : s'habiller, se laver, aller aux toilettes, sortir du lit, faire les courses, ou encore se faire à manger. Les personnes qui éprouvent des difficultés à réaliser ces tâches sont qualifiées de « dépendantes », ou à risque de perte d'autonomie, selon l'intensité.

Enfin, les caractéristiques des individus nécessitant des soins ne sont pas les mêmes si l'on compare les pays ayant une offre relativement bonne de lits disponibles en maisons de repos, avec ceux qui en offrent peu (selon les chiffres du **TABLEAU 11**). Les auteurs compilent une série de données de la vague 4 de l'enquête (2011) que nous résumons sur le **GRAPHIQUE 32**. Celui-ci concerne les personnes de 75 ans et plus étant soit à haut risque de devoir entrer en maison de repos car elles accumulent cinq limitations ou davantage dans les activités de la vie quotidienne, et les personnes qui y habitent déjà.

Les pays étudiés sont divisés en deux catégories : le premier groupe reprend les pays ayant une *offre faible* de places en soins résidentiels (maison de repos, de revalidation, etc.), tandis que le deuxième groupe reprend les pays ayant une *offre structurée*, c'est-à-dire développée et largement étendue. Nous pouvons observer

que les personnes étudiées vivent en moyenne différemment selon qu'elles se situent dans le premier ou deuxième groupe de pays. La population étudiée sur ce graphique est celle des 75 ans et plus en situation de dépendance, soit à domicile, soit déjà en maison de repos.

Graphique 32 : caractéristiques individuelles, selon le niveau d'offre de places en maison de repos



La population étudiée sur ce graphique est la catégorie des 75 ans et plus, en situation de dépendance. *Source : Adaptation du tableau 22.3, A. LAFERRÈRE et al. (2013). SHARE (2006-2011).*

Les personnes vivant dans les pays ayant une offre plus structurée vivent plus souvent seules ou uniquement avec le partenaire (par exemple, 2 % des personnes étudiées vivent avec au moins un enfant, contre 35 % pour l'autre groupe de pays). Ces personnes ont également moins de contact avec des membres de la famille (23 % ont des contacts journaliers avec un ou plusieurs membres

de la famille, contre 51 % pour l'autre groupe de pays), et la même tendance est observable pour les contacts avec un enfant hors ménage.

Ces personnes ont donc moins de contact avec des membres de la famille que d'autres qui vivent dans des pays avec une offre faible de soins en résidentiel. Mais elles semblent également plus heureuses. Deux statistiques sur ce graphique montrent que ces personnes sont davantage satisfaites de leur vie en général (40 % contre 30 % pour l'autre groupe de pays), avec un écart plus large concernant la présence d'un sentiment de bonheur (45 % contre 22 %). Les personnes vivant déjà en maison de repos enregistrent des scores encore plus élevés.

Ces observations, combinées aux précédentes, amènent les auteurs à émettre deux hypothèses : d'une part, les soins informels dans les pays possédant une offre faible de soins en résidentiel ne sont peut-être pas aussi efficaces que les soins professionnels fournis dans les autres pays et, d'autre part, le fait de s'occuper d'un parent malade entrave peut-être le bien-être de ces personnes lorsqu'elles-mêmes vieillissent. Cette étude ne peut cependant ni confirmer ni infirmer ces hypothèses.

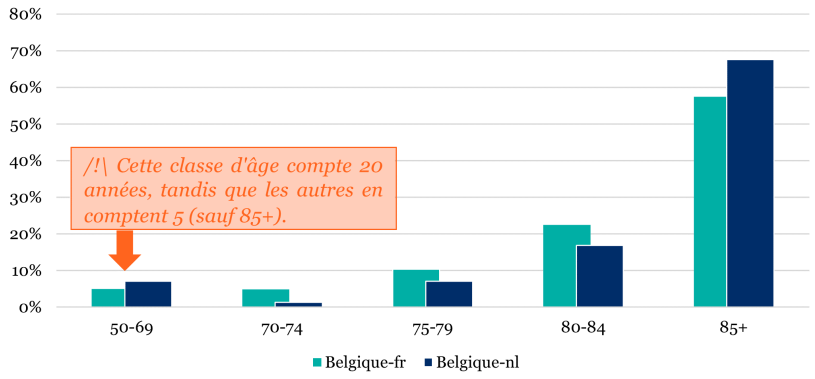
Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

Ces statistiques sont tirées de la vague 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2014-2015.

Quelques exploitations intéressantes des données de SHARE sur les personnes résidant en maison de repos sont possibles à partir des dernières données disponibles. Cependant, nous nous limitons aux données belges pour éviter toute conclusion sur un système institutionnel étranger dont les différences avec la Belgique nécessiteraient d'être davantage investiguées.

Les deux premières observations que nous faisons sont assez simples et relativement évidentes : les résidents en maisons de repos sont en général assez âgés et en grande majorité des femmes. Les femmes, avec une espérance de vie plus grande que les hommes, représentent en effet environ 72 % des résidents, aussi bien parmi les répondants francophones que néerlandophones. Le **GRAPHIQUE 33** reprend la distribution par âge des résidents, hommes et femmes confondus dans les deux populations.

Graphique 33 : distribution par âge des résidents en maison de repos



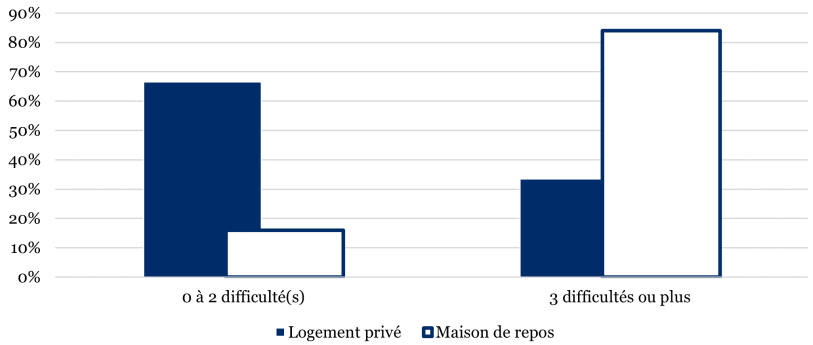
Source : SHARE (2014-2015), *Belgique*.

La majorité des résidents en maisons de repos sont âgés de plus de 80 ans. En effet, les moins de 80 ans représentent 20 % et 16 % des résidents, respectivement pour chaque groupe linguistique. Par ailleurs, leur âge moyen est identique tant pour les Belges francophones que néerlandophones : 86 ans.

Qu'en est-il de la santé des personnes en maison de repos ? Si une partie des résidents se trouve en institution pour pallier un manque d'autonomie, ce n'est pas forcément le cas pour l'ensemble d'entre eux. Et par rapport au reste de la population ?

Le **GRAPHIQUE 34** décrit les différences entre les personnes vivant dans leur propre logement (maison, appartement, etc., seules ou accompagnées) et les personnes vivant en maison de repos.

Graphique 34 : part des belges à avoir des difficultés à effectuer des tâches de la vie quotidienne

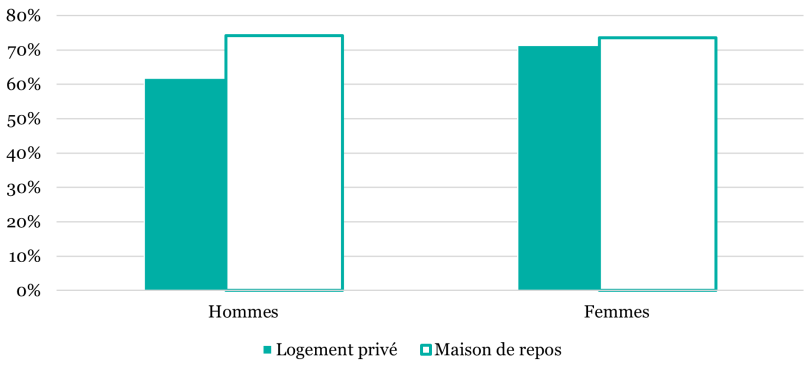


Source : SHARE (2014-2015), *Belgique francophone, 65 ans et +.*

Ces différences portent sur le nombre de difficultés que les personnes rencontrent à accomplir des tâches de la vie quotidienne (voy. le dernier encadré à ce propos). Elles sont importantes : parmi les 65+, les personnes vivant en maison de repos sont plus de 80 % à souffrir d'au moins trois difficultés, limitant donc leur indépendance. En comparaison, les personnes vivant dans leur propre logement sont un peu plus de 30 % à être confrontées à la même situation, lorsque l'on compare les mêmes catégories d'âge de la population.

Un autre constat intéressant est le profil assez similaire, en termes cette fois de nombre de maladies chroniques, entre les hommes et les femmes.

Graphique 35 : proportion de belges francophones affectés par deux maladies chroniques au minimum



Source : SHARE (2014-2015), *Belgique francophone, 65 ans et +.*

Le **GRAPHIQUE 35** montre en effet deux choses : d'une part, plus de deux tiers des Belges francophones en maison de repos, hommes ou femmes, sont atteints par deux affections ou maladies chroniques au minimum. Ces affections ou maladies chroniques peuvent être du diabète, de l'hypertension artérielle, un cancer, etc.

D'autre part, outre ce trait commun des personnes en maison de repos, les hommes et les femmes vivant dans un logement privé ne sont pas exactement affectés de la même manière. En effet, pour les femmes, il n'existe presque aucune différence en termes de nombre de maladies chroniques, qu'elles soient dans un logement privé ou dans une maison de repos, tandis que pour les hommes, il existe une différence de l'ordre de 12 %. Les femmes déclarent donc relativement plus d'affections ou maladies chroniques que les hommes, en moyenne.

Ce qu'il faut retenir

Les auteurs de l'article mettent en lumière une réalité fort différente entre pays européens concernant les maisons de repos, et plus largement sur le contexte environnemental et social des personnes âgées dépendantes ou à risque de dépendance.

Les pays européens y sont divisés en deux groupes : ceux possédant une bonne offre de lits en maisons de repos, et ceux dont l'offre est faible. Ces différences sont *a fortiori* institutionnelles : là où les services pour personnes âgées sont peu développés, le tissu familial et l'entraide le sont en moyenne

davantage, alors que là où l'État fournit ou encourage une offre formalisée de soins pour personnes âgées, les individus vivent plus souvent seuls.

Paradoxalement, l'étude permet également d'effleurer un thème à approfondir : les personnes recevant des soins formels (professionnels) semblent en moyenne plus satisfaites de leur vie que celles qui dépendent de soins informels (de l'entourage familial principalement). Il y a lieu sans doute aussi de s'intéresser au rôle que peut jouer la norme sociale à la fois sur le développement du secteur institutionnel et sur le souhait des personnes âgées, et de leurs enfants, du maintien au domicile ou non en cas de dépendance.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Caractère **longitudinal** de l'étude : les auteurs utilisent les vagues 2, 3 et 4 de l'enquête (2006-2011), en se focalisant sur les 8.949 répondants n'étant pas (encore) résidents d'une maison de repos et de soins en vague 2 et leur évolution suivant les vagues.
- Caractère **international** de l'étude : douze pays sont étudiés, dont la Belgique. L'étude effectue une comparaison détaillée entre individus en situation de dépendance dans différents pays, ceux qui tendent à organiser davantage d'aide

professionnelle structurée, et ceux qui tendent à laisser la famille ou l'aide informelle s'y substituer.

- Les chercheurs se sont focalisés sur des questions de **dépendance** (limitations dans les activités de la vie quotidienne) et de **soins résidentiels**.

1 Voy. à ce sujet les conclusions du Conseil européen de Lisbonne de mars 2000, à l'adresse http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_fr.htm.

2 A. Laferrère, A. Van den Heede, K. Van den Bosch et J. Geerts, « Entry into institutional care: predictors and alternatives », in A. Börsch-Supan, M. Brandt, H. Litwin et G. Weber (eds), *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis*, Berlin, De Gruyter, 2013, pp. 253-264.

3 La génération que l'on nomme « papy-boomers » reprend exactement les mêmes personnes de la génération des « baby-boomers », née entre 1945 et 1975. Ils sont simplement observés à des âges différents. Les « papy-boomers » sont en règle générale les « baby-boomers » au moment où ils prennent leur pension, soit autour de 65 ans.

4 Voy. à ce sujet É. Bonsang, « Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? », *Journal of Health Economics*, jan. 2009, 28(1):143-54.

5 Les observations dépendent également des différences en termes de taux de participation à SHARE entre les pays. De plus, l'entretien de fin de vie, réalisé par un proche de la personne décédée, est plus difficile à obtenir. Ces différentes proportions montrent donc également, dans une certaine mesure, des différences de succès dans cette réalisation.

10. Que sait-on sur la dernière année de vie des Européens ?

Nous nous intéressons ici à la toute fin de vie. Celle-ci est parfois chaotique : passages à l'hôpital répétés, institutionnalisation forcée, perte lourde en autonomie, etc. Face à cette réalité, façonnée par le contexte institutionnel et culturel d'un pays, les personnes en fin de vie ont un parcours qui ne correspond pas toujours à leurs attentes, qui est pour la plupart la possibilité de mourir dans le confort relatif de la maison, ou l'espace dans lequel elles ont eu l'habitude de vivre.

La société évolue et l'allongement de la vie, même s'il est en soit une bonne nouvelle, a comme corolaire l'augmentation des besoins de soins pour diverses pathologies chroniques liées au grand âge. Dépendance, démence… des maux fréquents auxquels la réponse presque systématique est l'institutionnalisation, en maison de repos et de soins, maison de repos pour personnes âgées ou dans des résidences services, par exemple. Et lorsque la personne se rapproche de la fin de sa vie, il est souvent plus simple, pour diverses raisons, de recourir à l'hôpital.

Bien que ces admissions dans les quelques mois ou semaines précédant le décès de la personne ne soient bien sûr pas toutes évitables, il transparaît dans la littérature scientifique que, d'une part, ce n'est pas la volonté de la personne de mourir en institution – hôpital notamment –, mais bien chez elle, dans un environnement familier et, d'autre part, qu'une portion non négligeable de ces transferts auraient pu être évités grâce à une meilleure coordination entre patient, aidants et professionnels de

la santé. Pour ne rien gâcher, ces transferts induisent des coûts supplémentaires à la société, au patient, et à son entourage.

Plusieurs éléments sont étudiés dans ce chapitre. Tout d'abord, il s'intéresse à la fin de vie des personnes de 50 ans et plus, plus spécifiquement à leur dernière année de vie. Cette fin de vie est un moment difficile pour la personne concernée, mais également pour la famille et pour le personnel soignant, car elle s'associe souvent à un déclin des fonctions motrices et cognitives, ce qui rend plus complexe la fourniture de soins.

Comment cette dernière année de vie est-elle organisée ? La personne a-t-elle eu recours à des soins palliatifs ? De quoi est-elle décédée ? A-t-elle été admise pour des soins dans un hôpital et si oui, pour combien de temps ?

Ces questions, et d'autres, peuvent trouver réponse dans l'enquête SHARE. Les participants sont interrogés tous les deux ans et, si possible, des informations supplémentaires sont rassemblées dans le cas éventuel du décès du répondant entre deux vagues de l'enquête.

L'intervieweur assigné rencontre un proche suffisamment au fait de la vie du défunt pour répondre à un questionnaire d'environ vingt minutes. Celui-ci couvre notamment les circonstances entourant le décès et les admissions à l'hôpital au cours de la période d'un an précédant la mort du répondant SHARE.

Karsten Hank et Hendrik Jürges, les auteurs d'une étude parue en 2010[1], dressent un bilan des différences en Europe concernant les caractéristiques entourant la dernière année de vie : situation éventuelle de dépendance, support familial relatif à cette dépendance, et lieu de décès.

Comme développé ailleurs dans cet ouvrage, les structures familiales diffèrent assez fortement entre les pays européens, ce qui se traduit par des situations différentes en ce qui concerne la prise en charge des personnes nécessitant des soins. Des aspects culturels peuvent également déterminer l'accès et le recours aux soins palliatifs, le lieu ainsi que d'autres éléments entourant le décès et l'année qui l'a précédé.

En divisant l'Europe en trois régions (nord, centre et sud), les auteurs notent en effet une différence notable. Dans le nord de l'Europe[2], au cours de leur dernière année de vie, les personnes en état de dépendance sont les moins susceptibles de recevoir de l'aide venant de membres de la famille, et sont les plus susceptibles de mourir dans une maison de repos et de soins. À l'opposé, les pays du sud semblent privilégier une organisation de l'aide presque exclusivement familiale, et un décès à la maison. Ces observations sont confirmées par le **TABLEAU 12**, qui montre la proportion de défunts dans chaque situation d'aide et de lieu de décès.

Ces statistiques ne montrent pas la cartographie du niveau de dépendance physique sur la dernière année de vie. En fait, il existe très peu de variations entre les pays étudiés à ce niveau-là. Selon les auteurs, en moyenne en Europe, 40 % des personnes décédées ne présentaient aucune limitation physique[3], 37 % étaient limitées de façon modérée et près d'un quart d'entre elles (23 %) étaient sévèrement limitées[4]. Les personnes de plus de 85 ans avec des limitations physiques, majoritairement des femmes, sont les plus susceptibles de décéder dans une maison de repos et de soins.

Tout de même, une différence concernant ces limitations physiques existe entre les régions d'Europe par rapport à la proportion de défunts les plus dépendants, puisque celle-ci est de 15 % pour les

pays du nord, et 28 % pour les pays du sud. Les personnes vivant dans le sud de l'Europe paraissent donc en moins bonne santé. Paradoxalement, ce sont ceux qui, en moyenne toujours, ont une plus longue espérance de vie.

Tableau 12 : sources de soutien en cas de dépendance et lieu de décès

	Région d'Europe			
	Nord	**Centre**	**Sud**	**Moyenne**
Si dépendance, aide fournie				
Par la *famille* uniquement	27 %	61 %	72 %	55%
Par des *membres extérieurs à la famille* uniquement	27%	10 %	11 %	15 %
Par la *famille* et des *membres extérieurs à la famille*	46 %	29 %	17 %	29 %
	100 %	*100 %*	*100 %*	*100 %*
Lieu du décès				
En dehors d'une institution	29 %	36 %	50 %	39 %
Dans un hôpital ou unité de soins palliatifs	44 %	54 %	45 %	48 %
Dans une maison de repos et de soins/pour personne âgée	26 %	10 %	5 %	13 %
	100 %	*100 %*	*100 %*	*100 %*

Statistiques portant sur la dernière année de vie des personnes décédées. L'âge au décès était en moyenne de 75 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes. *Source : Adaptation du Tableau 1, K. HANK et H. JÜRGES (2010). SHARE (2006-2007), personnes décédées.*

Plus récemment en 2016, Yolanda W.H. Penders a soutenu une thèse de doctorat, en cotutelle entre la Vrije Universiteit Brussels et l'Universiteit Gent, consacrée aux soins apportés aux personnes très âgées, démentes et/ou en fin de vie[5]. De cette thèse nous

tirons deux chapitres dont les données de SHARE ont été la base d'analyse.

Le premier s'intéresse aux admissions en établissements de soins hospitaliers[6], et le second aux coûts des soins fournis au cours de la dernière année de vie[7].

Une dizaine de pays européens ont été étudiés, couvrant des entretiens de fin de vie réalisés entre 2005 et 2013[8].

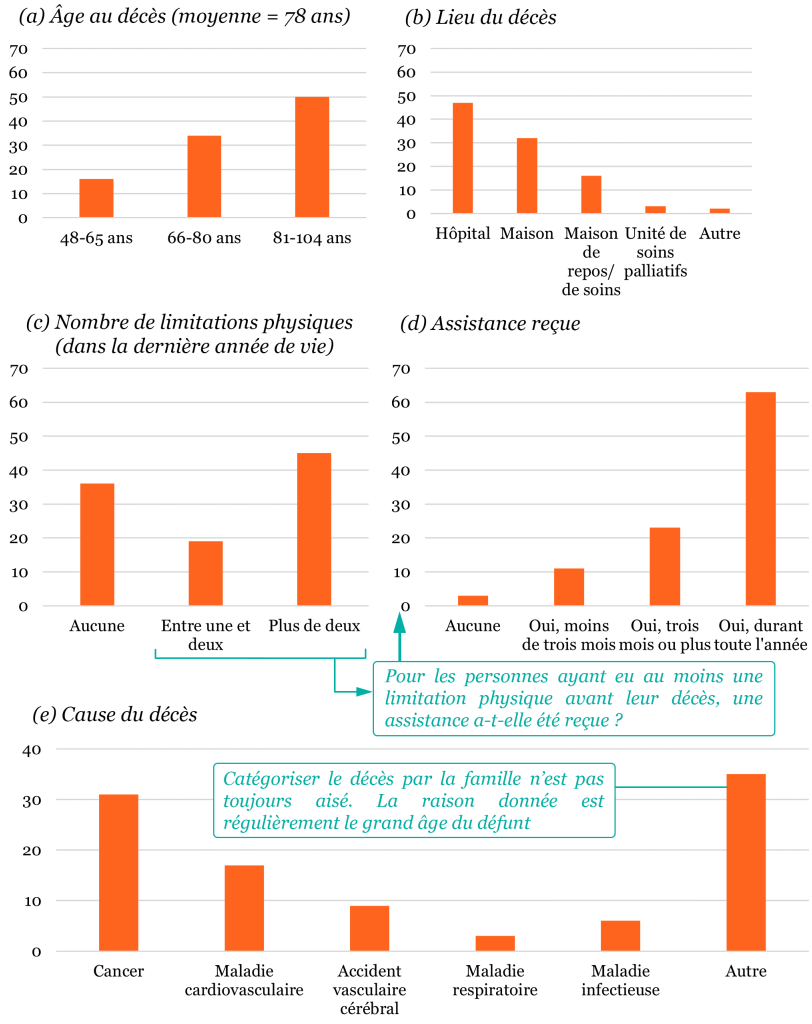
Une série de caractéristiques relatives au décès des personnes en Belgique se retrouve sur le **GRAPHIQUE 36**.

Nous pouvons constater la corrélation négative attendue entre le risque de décès et l'âge (a), mais également que le décès survient pour environ 80 % du temps soit à l'hôpital soit à la maison (b). Le décès en maison de repos constitue le 3e endroit le plus fréquent de décès, avec 16 % des cas.

Parmi les défunts, 36 % n'avaient aucune limitation physique (c) durant leur dernière année de vie, donc n'étaient pas en situation de dépendance. En revanche, près de la moitié d'entre eux (45 %) étaient dépendants, avec plus de deux limitations physiques.

Pour les 64 % avec au moins une limitation, seuls 3 % n'ont reçu aucune aide[9] (d), et la grande majorité (63 %) ont reçu une aide spécifique (famille, proches ou professionnelle) tout au long de leur dernière année de vie. Enfin, la cause la plus fréquente du décès est le cancer (31 %), la maladie cardiovasculaire (17 %) arrivant en deuxième position.

Graphique 36 : caractéristiques entourant le décès en Belgique



Source : Adaptation du Tableau 1, A. OVERBEEK et al. (2017), SHARE (2005-2013), Belgique, personnes décédées.

D'autres résultats font apparaître que les femmes sont moins fréquemment hospitalisées dans leur dernière année de vie que les hommes. Étonnamment peut-être, les personnes très âgées ont également moins souvent recours à un passage à l'hôpital en fin de vie, par rapport aux plus jeunes (80+ *vs* 48-65 ans). En revanche, les personnes malades depuis plus de six mois, celles qui cumulent au moins deux limitations physiques et celles qui reçoivent des soins en maison de repos et/ou de soins sont plus sujettes à une hospitalisation. À titre de comparaison, les taux d'hospitalisation les plus élevés au cours de la dernière année de vie sont observés en Slovénie, Pologne et Autriche, alors que les plus bas sont observés en France et aux Pays-Bas.

Les auteurs font l'observation que la décision d'hospitaliser ou non une personne âgée est influencée par différents facteurs en premier lieu par l'organisation des soins. Par exemple, dans certains pays comme les Pays-Bas ou l'Estonie, l'accès aux soins secondaires et tertiaires (spécialistes, examens médicaux, opérations) n'est possible qu'avec l'accord d'un médecin généraliste. Dans ces deux pays, le taux d'hospitalisation est assez faible. Mais cette relation n'est pas systématique : d'autres pays comme l'Italie, l'Espagne ou la Slovénie partagent cette organisation qui filtre l'accès aux soins de spécialistes, mais ont néanmoins des taux d'hospitalisation élevés.

Les facteurs culturels doivent aussi être pris en considération. La littérature scientifique montre qu'ils peuvent affecter en particulier la décision de non-traitement et également les pratiques entourant l'organisation de la fin de vie. Une étude a montré en effet que l'Italie, par exemple, a un taux de non-traitement faible[10], couplé à l'un des taux d'hospitalisation les plus élevés. Enfin, les différences dans la disponibilité des services de soins de long terme (tel que les lits en maisons de repos et de soins) ne permettent pas la même

prise en charge dans tous les pays. Cette disponibilité reste faible dans les pays du sud de l'Europe comme indiqué dans le chapitre précédent.

Cette dernière observation pose question, car le vieillissement de la population en Europe se poursuit, et bien que le souhait des personnes très âgées ne soit pas de finir leurs jours en institution, la disponibilité des services de soins de long terme doit être adaptée pour rencontrer un besoin évoluant.

Dans le deuxième chapitre de la thèse mentionnée plus haut, Yolanda Penders et ses coauteurs s'intéressent au coût des soins reçus lors de la dernière année de vie et pris en charge par les personnes elles-mêmes. Regarder cette problématique au regard du coût supporté par le patient permet de comprendre, éventuellement, les décisions prises par celui-ci et/ou par sa famille.

Ces coûts non remboursés par la sécurité sociale ou par l'assurance privée, qui incombent donc à la personne nécessitant les soins, concernent pas mal d'Européens. Le pourcentage de personnes ayant supporté des coûts « payés de sa poche » est cependant très variable en Europe, comme l'indique le **TABLEAU 13**.

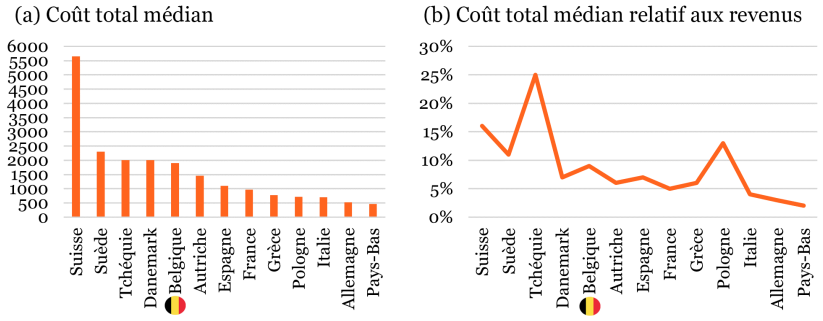
Ces statistiques ne sont pas directement comparables à l'organisation et la générosité des systèmes de sécurité sociale. En effet, malgré un système assez favorable en Belgique, 95 % des citoyens belges en fin de vie prennent à leur charge une partie des soins reçus en fin de vie. Ce coût, qui reste à charge du patient, est parfois vu comme un obstacle à l'accès à certains types de soins. En effet, pour une partie des personnes âgées, ces coûts sont parfois cités comme une raison de ne pas initier un traitement, ce qui a pour conséquence de réduire leur qualité de vie.

Tableau 13 : pourcentage de personnes concernées par des coûts non remboursés, tout type de soins confondus

Pourcentage	Pays concernés
Au moins 95 %	Belgique, Suède et Tchéquie
Entre 70 et 90 %	Allemagne, Autriche, Grèce, Pologne et Suisse
Entre 54 et 68 %	Danemark, France, Italie et Pays-Bas
21 %	Espagne

Source : Adaptation du Tableau 2, WH Y. PENDERS et al. (2017). SHARE (2005-2012), personnes décédées.

Graphique 37 : coûts annuels des soins non remboursés

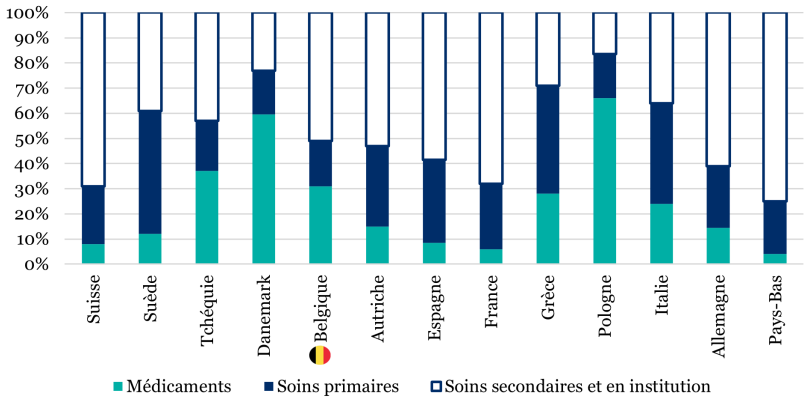


Pays classés en fonction de l'importance du coût total médian qui reste à charge du patient, du plus grand au plus petit. Les personnes qui n'ont pas dû débourser de l'argent de leur poche ne sont pas représentées dans ces coûts médians (tous les coûts repris sont supérieurs à zéro). Autrement dit, ceux-ci sont conditionnés au fait d'avoir effectivement gardé à charge une partie du coût de leurs soins. *Source : Adaptation du Tableau 3, WH Y. PENDERS et al. (2017). SHARE (2005-2012), personnes décédées.*

Les montants en question peuvent être élevés. Comme le montre le **GRAPHIQUE 37**, le montant médian (a) varie entre 461 € aux Pays-Bas et 5.657 € en Suisse, en passant par 1.900 € en Belgique, sur la dernière année de vie de la personne. La deuxième partie du graphique (b) montre le poids relatif que ce coût représente par rapport au revenu annuel du ménage, allant de 2 % aux Pays-Bas à 25 % en Tchéquie, en passant par 9 % en Belgique.

Enfin, le **GRAPHIQUE 38** montre le poids relatif des médicaments, des soins primaires et des soins secondaires et en institution, dans le total des coûts supportés par le patient lors de sa dernière année de vie.

Graphique 38 : poids relatif des coûts des soins non remboursés, sur la dernière année de vie



Pays classés en fonction de l'importance du coût total médian qui reste à charge du patient, du plus grand au plus petit. *Source : Reproduction du Graphique 1, WH Y. PENDERS et al. (2017). SHARE (2005-2012), personnes décédées.*

En Belgique, la moitié de ces coûts concernait des soins secondaires et en institution, puis les médicaments (31 %) et les soins primaires (18 %). Ailleurs en Europe, on note que la partie médicaments représente la majorité des coûts en Pologne (66 %) et au Danemark (59 %). Parmi les soins secondaires, c'est en général la maison de repos et/ou de soins qui pèse le plus (la première place revient aux soins palliatifs en Tchéquie et en Italie).

L'âge, le sexe, la cause du décès et le lieu du décès n'ont, selon les auteurs, aucun lien significatif avec les coûts payés « de sa poche ». En d'autres termes, ces éléments n'influenceraient pas une variation des coûts. En revanche, le nombre de limitations physiques et le passage de longue durée à l'hôpital sont des éléments qui augmenteraient le montant de la facture qui reste à charge du receveur de soins.

Ce qu'il faut retenir

Les prochaines décennies vont mettre sous pression les familles d'une population vieillissante, ainsi que la protection sociale. Les pays du sud semblent particulièrement moins préparés, car leur offre de soins professionnels est moins développée par rapport aux pays du centre et du nord de l'Europe.

Certains auteurs citent en exemple la politique danoise de soins délivrés à la maison. Dès 2010, elle est organisée en services communautaires, qui soutiennent les aidants proches et

permettent aux personnes fragiles ou dépendantes de vivre dans l'environnement de leur choix, tout en étant financièrement viable.

Il semble en effet que les attentes individuelles sur la façon dont est gérée la fin de vie ne soient pas rencontrées dans la majorité des cas. Une plus grande prise en compte de ces attentes améliorerait la fin de vie. Une réflexion à ce sujet mériterait d'être lancée.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Caractère **longitudinal** de l'étude : si la première étude citée ne reprend que les tous premiers entretiens de fin de vie (2006-2007, vague 2), les deux suivantes reprennent les données des vagues 2 à 5 (2006-2013).
- Caractère **international** de l'étude : entre onze et seize pays ont été étudiés par les auteurs cités dans ce chapitre.
- L'une des spécificités du projet SHARE est de s'intéresser aux circonstances de décès des répondants. Introduit en vague 2 (2006), l'entretien de fin de vie permet de compléter les connaissances sur les **conditions de vie** des Européens, depuis la naissance (entretiens rétrospectifs), **jusqu'au décès**.

1 K. Hank et H. Jürges, « The last year of life in Europe: regional variations in functional status and sources of support », *Ageing & Society*, Cambridge University Press, 2010, 30, pp. 1041-1054.

2 Les pays du Nord sont : Danemark, Suède et les Pays-Bas ; les pays du centre : Allemagne, Autriche, Belgique, France et Suisse ; les pays du Sud : Grèce, Italie et Espagne.

3 Les participants doivent choisir, le cas échéant, parmi une liste d'activités de la vie courante celles qui étaient problématiques pour le défunt dans la dernière année de sa vie, sur une période de trois mois au moins.

4 Une limitation modérée est notée lorsque le participant déclare entre une et cinq limitations, et une limitation sévère est notée lorsque l'ensemble des éléments de la liste sont sélectionnés (six éléments au total).

5 Le titre de la thèse en anglais est « Old age, dementia and end-of-life care », soutenue à la Vrije Universiteit Brussel (VUB) et à Universiteit Gent en 2016.

6 A. Overbeek, L. Van den Block, I. J. Korfage, Y. Penders, A. van der Heide et J. A. Rietjens, « Admission to inpatient care facilities in the last year of life of community-dwelling older people in Europe », *European Journal of Public Health*, 2017.

7 Y. WH. Penders, J. Rietjens, G. Albers, S. Croezen et L Van den Block, « Differences in out-of-pocket costs of healthcare in the last year of life of older people in 13 European countries », *Palliative Medicine*, 2016, vol. 31, (1), pp. 42-52.

8 L'analyse sur les admissions en établissements de soins couvre 16 pays entre 2005 et 2013 : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, France, Grèce, Israël, Italie, Pays-Bas, Pologne, Slovénie, Suède, Suisse et Tchéquie. L'analyse portant sur les coûts des soins fournis en fin de vie couvre 13 pays entre 2005 et 2012 : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Pologne, Suède, Suisse et Tchéquie.

9 Ne pas avoir reçu d'aide lors des douze derniers mois de la vie pourrait être dû au fait que la personne n'a pas eu besoin d'une assistance, n'y a pas eu accès, ou n'en a pas voulu.

10 G. Bosshard, T. Nilstun, J. Bilsen *et al.*, « Forgoing treatment at the end of life in 6 European countries », *Arch. Intern. Med.*, 2005, 165, (4), pp. 401-407.

PARTIE III

LE SOCIOÉCONOMIQUE À LA RESCOUSSE DE NOTRE BIEN-ÊTRE

11. La retraite nous fait-elle du bien ?

Prendre sa retraite marque-t-il une transition vers un style de vie différent ? Bien souvent, ce passage vers la retraite est entouré de flou ou d'inconnues. Motivante ou redoutée, elle n'est pour beaucoup pas suffisamment préparée. Sommes-nous encouragés à adopter des habitudes plus saines, ou au contraire sombrons-nous dans une routine délétère pour notre santé ?

Contexte

En Belgique, 36.462 salariés ou indépendants ont pris leur pension entre 2019 et 2020[3]. Les pensionnés de tout âge représentent environ 19 % de la population totale belge.

Martina Celidoni et Vincenzo Rebba, les auteurs d'une étude parue en 2017[1], tentent de déterminer si le passage à la retraite change de quelque manière que ce soit les habitudes des nouveaux retraités en termes de santé. Pour ce faire, les auteurs observent, à travers des données de SHARE, les comportements des participants en termes de consommation d'alcool et de tabac, mais également

d'activité physique[2] ou encore de visites effectuées chez un médecin généraliste ou chez un spécialiste. Ainsi, leur intérêt porte sur les déterminants de l'état de santé futur des personnes, autrement dit leurs comportements, et non directement leur état de santé.

Les résultats obtenus par les auteurs tiennent compte de quelques spécificités : sexe, plus haut diplôme acquis et richesse nette du ménage[4]. Ils utilisent également les données de l'enquête qui leur permettent de connaître les conditions dans lesquelles le dernier emploi rémunéré s'est déroulé, ainsi que le statut socioprofessionnel des parents lorsque le répondant SHARE avait 10 ans[5].

Tous ces éléments sont des facteurs qui, selon les auteurs, pourraient avoir une influence sur la façon dont nous nous adaptons à un nouveau train de vie ou à une nouvelle situation, au moment du passage à la retraite.

La manière de s'adapter à ce changement est bien entendu différente pour chacun. Mais les résultats de l'étude concluent à un effet général assez positif : les nouveaux retraités s'adapteraient à leur situation en effectuant davantage d'activités physiques et, pour les fumeurs, en fumant moins, notamment. De plus, cette tendance moyenne est encore plus forte pour les personnes ayant fait des études dans l'enseignement supérieur.

Le **TABLEAU 14** résume ces résultats pour l'ensemble des dix pays étudiés, dont fait partie la Belgique[6]. Selon ces résultats, chaque caractéristique personnelle favorise une modification du comportement lié à la santé lors du passage à la retraite. Ces adaptations sont bien entendu des tendances moyennes[7].

Tableau 14 : présence d'un effet significatif d'une caractéristique personnelle sur les comportements liés à la santé, lors du passage à la retraite

Caractéristique liée à une tendance positive	Tendance positive
- Dernier emploi physiquement exigeant - Dernier emploi en tant qu'ouvrier	**Fume moins**
Effet observé tant pour les hommes que les femmes, à tout niveau d'éducation : - être en couple - meilleure condition socioéconomique des parents - sous pression car beaucoup de travail dans le dernier emploi - dernier emploi en tant que salarié - dernier emploi nécessitant des compétences élevées	**Pratique davantage d'activité physique**
Effet observé tant pour les hommes que les femmes, à tout niveau d'éducation : - être en couple - meilleure condition socioéconomique des parents - richesse nette du ménage supérieure à la moyenne - dernier emploi moins exigeant physiquement - dernier emploi en tant que salarié - dernier emploi nécessitant des compétences élevées	**Pratique davantage d'activité physique vigoureuse**
- Les femmes, en moyenne - Être en couple - Meilleure condition socioéconomique des parents - Richesse nette du ménage supérieure à la moyenne - Sans pression particulière au travail	**Boire de l'alcool moins souvent qu'une fois par jour**
Aucune caractéristique ne favorise particulièrement les visites chez un médecin généraliste	**Davantage de visites chez un généraliste**
- Les hommes, en moyenne - Être en couple	**Davantage de visites chez un spécialiste**

Note : pour le tabagisme, l'activité physique et la consommation d'alcool, l'étude présente le comportement en sens inverse : la probabilité de fumer davantage, la probabilité de rester inactif (ou de ne pratiquer aucune activité physique vigoureuse) et boire tous les jours de l'alcool, après le passage à la pension. *Source : Adaptation du tableau 4, p. 819, M. CELIDONI et V. REBBA (2017). SHARE (2004-2011).*

Ainsi, être fraichement retraité d'un statut d'ouvrier diminue notamment la probabilité de fumer, alors qu'aucun changement significatif en ce sens n'est trouvé chez les anciens employés. Ceci n'exclut pas qu'un employé arrête de fumer à son passage à la retraite, ou que tous les ouvriers vont arrêter de fumer. Il s'agit

d'une moyenne pour deux catégories d'emploi englobant beaucoup d'individus. Pour être plus précis sur ces effets, il faudrait peut-être également réaliser ces calculs au niveau des secteurs d'activité, voire par métier.

Quel que soit le sexe ou le niveau de diplôme, tout individu semble bénéficier en général du passage à la retraite en termes de pratique d'une activité physique. En effet, sur le court ou moyen terme du moins, la probabilité de ne pratiquer aucune activité physique baisse. La seule différence existe en termes d'intensité : pour les détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur, cette tendance positive est deux fois plus forte.

En plus de mesurer ces relations pour l'ensemble des dix pays SHARE repris dans cette étude, les auteurs observent qu'au moins une caractéristique du système des soins de santé semble influencer ces tendances de manière positive. En l'occurrence, l'obligation de s'adresser à son médecin généraliste, pour avoir son avis et son accord, avant de prendre rendez-vous avec un ***médecin spécialiste***.

Accès aux médecins spécialistes

Passer par son médecin généraliste est obligatoire pour accéder aux services d'un spécialiste au Danemark, en Italie, aux Pays-Bas, en Espagne et en Suède. Ce n'est pas le cas en Belgique, ni en Autriche, en France, en Allemagne ou en Suisse.

Dans les pays où c'est le médecin généraliste qui décide si le passage chez un spécialiste est opportun ou non, les résultats montrent qu'il est encore plus probable que les nouveaux retraités soient plus actifs qu'avant leur retraite. En d'autres mots, le médecin généraliste a ici un rôle central et décisif qui l'amène à informer davantage ses patients de bénéfices à tirer de comportements favorables, dans un sens large, au maintien d'une bonne santé. Le spécialiste fournit les soins demandés et, en revanche, son intervention et ses conseils tendront à se limiter à son champ d'expertise particulier.

Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

Ces statistiques sont tirées de la vague 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2014-2015.

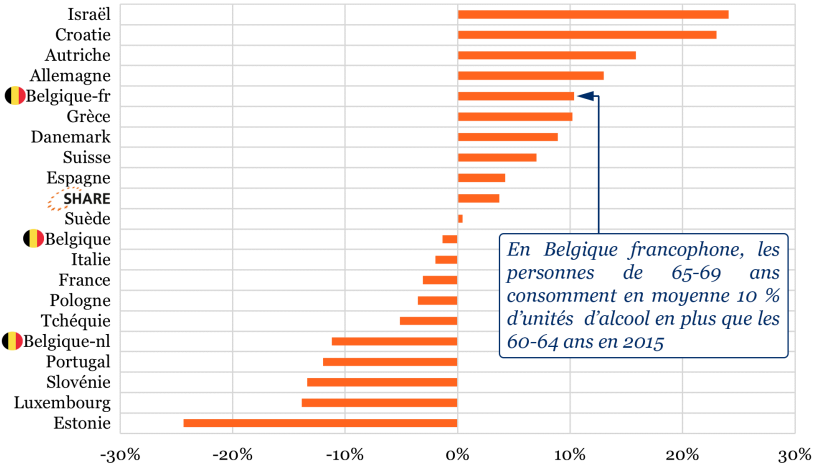
Les graphiques ci-dessous reprennent quelques statistiques sur les comportements en termes de consommation d'alcool et d'activité physique au sein de la population âgée de 50 ans et plus.

Le **GRAPHIQUE 39** présente la variation en termes de consommation de verres d'alcool en comparant les habitudes des 65-69 ans vis-à-vis des 60-64 ans. Sans faire la distinction explicite entre les retraités et les non-retraités, nous savons que les

65-69 ans sont moins actifs professionnellement que les 60-64 ans, ce qui rend la comparaison indicative.

Les répondants à SHARE déclarent dans un premier temps s'ils ont consommé de l'alcool dans les sept derniers jours. Si c'est le cas, ils donnent le nombre de verres d'alcool consommés sur la même période. Sont donc exclus de la statistique tous ceux qui ont consommé 0 verre d'alcool.

Graphique 39 : variation du nombre d'unités d'alcool consommées sur 7 jours, entre les 65-69 ans et 60-64 ans



Source : SHARE (2014-2015).

En moyenne, les 65-69 ans consomment de l'alcool de l'ordre de 4 % de plus que la classe d'âge inférieure, les 60-64 ans, ceci en 2015 et pour l'ensemble des pays SHARE. Mais ce que l'on peut observer

également est qu'il existe une grande disparité entre les pays, de + 24 % en Israël à – 24 % en Estonie. En Belgique, si la moyenne générale est à la baisse (- 1 %), francophones et néerlandophones diffèrent totalement : + 10 % de consommation et – 11 %, respectivement.

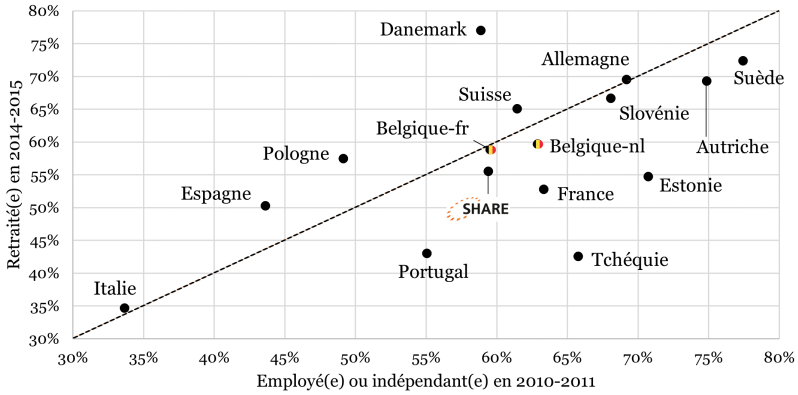
Il est intéressant de noter que si, en revanche, nous comparions les classes d'âges 65-69 ans avec les 55-59 ans, soit une classe d'âge plus jeune, tant les francophones que les néerlandophones de 65-69 ans consomment moins d'alcool que les 55-59 ans.

Le **GRAPHIQUE 40** représente les différences de comportement dans la pratique d'une activité physique vigoureuse, mais cette fois-ci en suivant les mêmes individus au cours du temps, avant et après leur passage à la retraite. Pour ce faire, nous avons repris les individus ayant participés aux vagues 4 (2010-2011) et 6 (2014-2015) et qui, entre ces deux vagues, ont pris leur retraite.

Si le pays se situe en haut de la droite diagonale qui sépare le graphique en deux, les mêmes individus de ce pays, une fois retraités, sont plus nombreux à pratiquer une activité physique vigoureuse une fois par semaine. C'est le cas notamment en Espagne, en Pologne ou au Danemark où, pour ce dernier, la différence est assez importante puisque s'ils étaient moins de 60 % à pratiquer une activité physique vigoureuse au moins une fois par semaine lorsqu'ils étaient actifs en 2010-2011, les Danois et Danoises sont près de 80 % à en pratiquer une fois à la retraite en 2014-2015.

La Belgique se situe relativement proche de la diagonale, indiquant une évolution peu significative de pratiques d'activité physique vigoureuse lors de leur transition vers la retraite.

Graphique 40 | proportion d'individus pratiquant une activité physique vigoureuse régulière



Suivi des non-retraités en 2010-2011 (vague 4) qui sont devenus retraités en 2014-2015 (vague 6). Activité physique vigoureuse au moins une fois par semaine. *Source* : SHARE (2014-2015).

Ce qu'il faut retenir

Le passage à la retraite n'est peut-être pas si négatif que certains pourraient le croire. Au contraire, les observations et calculs des auteurs sont optimistes puisqu'ils concluent qu'au moins pendant quelques années, la retraite est plutôt favorable en ce qu'elle ferait émerger des comportements liés à une meilleure santé.

Globalement, ces résultats sont aussi encourageants en ce qu'ils interviennent après les nombreuses vagues d'informations des années 2000, à l'initiative de l'Union européenne, promouvant le vieillissement actif comme moyen de rester en bonne santé. Sans pouvoir y conclure un lien de cause à effet, nous devons néanmoins le noter.

Le travail d'information n'est néanmoins jamais fini. Les résultats obtenus par les auteurs de l'étude revue dans ce chapitre pourraient intéresser les décideurs. Et ce surtout dans le but d'affiner les mesures favorisant des comportements individuels ayant des effets bénéfiques prouvés sur la santé dans le long terme.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Caractère **longitudinal** de l'étude : avoir des informations concernant 32.424 individus sur un laps de temps de huit ans a permis aux auteurs d'observer les changements de comportement des individus ayant transité de la vie active à la retraite au cours de cette période.
- Son caractère **international** : s'appuyant sur les données de quatre vagues successives, les auteurs comparent dix pays, dont la Belgique, et mettent en lumière l'importance de certaines différences institutionnelles.

- Les auteurs contribuent à la littérature scientifique en exploitant des données de l'enquête SHARE, notamment des informations individuelles rétrospectives sur les conditions de travail pendant la vie active et sur la situation socioéconomique familiale pendant leur enfance.

- En étudiant la transition vers la retraite en termes de comportements ayant une incidence directe sur l'état de santé, les auteurs fournissent de l'information utile pour l'élaboration de politiques publiques. Aux décideurs la tâche d'**élaborer des mesures** qui favorisent des styles de vie et des **comportements plus sains**, en particulier chez les personnes ayant dépassé les 50 ans[8].

1 M. Celidoni et V. Rebba, « Healthier lifestyles after retirement in Europe? Evidence from SHARE », *The European Journal of Health Economics*, 2017, 18, pp. 805-830.

2 Selon l'Organisation mondiale de la santé, la cigarette, l'abus d'alcool et l'inactivité sont trois facteurs qui contribuent à plus du quart des maladies dans les pays développés.

3 Ce chiffre correspond aux nouveaux pensionnés venant du régime salarié et indépendant, et non aux anciens fonctionnaires. Source : Rapports annuels 2019 et 2020, Office national des pensions, https://www.sfpd.fgov.be/fr/centre-de-connaissances/statistiques/statistiques-salaries#annuelle.

4 Par richesse nette, nous entendons le patrimoine financier (compte en banque, épargne, actions, etc.), additionné au patrimoine non financier, le plus souvent l'habitation principale, duquel on soustrait les dettes éventuelles (crédit hypothécaire ou autre).

5 Les conditions de travail reprennent plusieurs informations : le type de travail (cadre, ouvrier, compétences requises), la charge de travail et si celui-ci était physiquement exigeant. Le statut socioéconomique des parents est mesuré de manière indirecte et approximative par le nombre de livres présents dans la maison quand le répondant avait l'âge de 10 ans.

6 Les pays étudiés sont : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Italie, Pays-Bas, Suède et Suisse.

7 De plus, les auteurs mettent en garde les lecteurs d'interpréter leurs résultats comme des tendances à long terme. Il s'agit au mieux de tendances à court et moyen terme, après le passage à la retraite. En effet, les habitudes peuvent changer, quelques années après le passage à la retraite.

8 Au-delà des quelques indicateurs repris dans cette étude – fumer, boire de l'alcool, faire de l'activité physique, aller voir son médecin généraliste ou un spécialiste –, d'autres comportements pourraient être favorisés : suivre un régime alimentaire sain, lire et se maintenir informé, etc. Malheureusement, à ce stade et étant donné le temps limité de l'interview, l'enquête SHARE ne permet pas de s'étendre sur davantage d'aspects de la vie des répondants. Néanmoins, il est prévu à moyen terme de diversifier les méthodes d'enquêtes et la périodicité des vagues de manière à faciliter la collecte d'informations complémentaires.

12. L'état de santé à l'âge adulte est-il déterminé dès la naissance ? Le point de départ d'une bonne santé

L'affirmation suivante est assez intuitive : notre vécu, c'est-à-dire toutes les bonnes et mauvaises choses qui nous sont arrivées dans la vie depuis notre naissance, a laissé ses marques sur la façon dont nous vivons notre vie, au niveau économique en général mais également sur notre état de santé actuel, physique ou mental.

Ce chapitre reprend les résultats de quelques articles dans lesquels les auteurs ont tenté de répondre à la question suivante : « les événements passés et les choix de vie influencent-ils l'état de santé des personnes dans le long terme, passé 50 ans ? ». Avec les données de SHARE, et notamment la troisième vague de l'enquête (SHARELIFE, 2008/2009), les chercheurs ont à leur disposition une série importante de données rétrospectives sur la vie des répondants, ce qui leur permet d'apporter à tout le moins un début de réponse à cette question.

Leurs résultats portent sur les effets de ces événements, tant sur la santé physique que sur la dépression, ou sur la détérioration des performances cognitives (voy. encadré du **CHAPITRE 5**). La conclusion commune aux articles abordés dans ce chapitre est celle-ci : les conditions de vie et le statut socioéconomique des parents durant l'enfance du répondant ont des conséquences

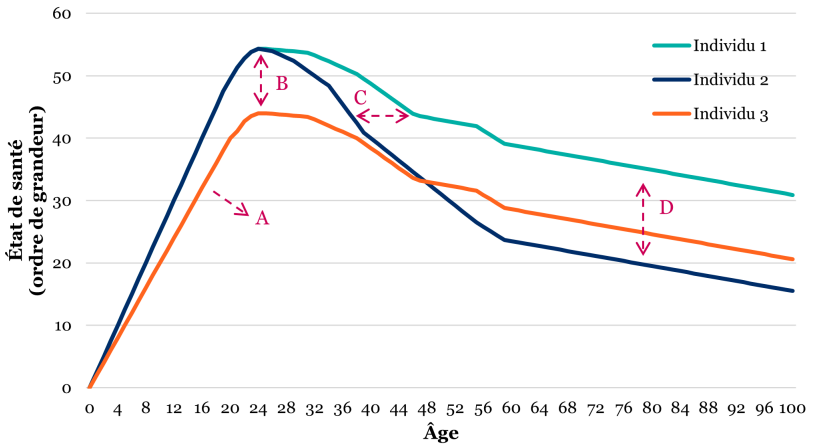
certaines sur le développement de l'état de santé à l'âge adulte, particulièrement après 50 ans. Autrement dit, les personnes ayant vécu dans la pauvreté durant leur enfance ont une probabilité plus élevée d'être en moins bonne santé que les personnes ayant connu des conditions de vie plus favorables.

Cela étant, les auteurs montrent que cette relation ne se vérifie pas toujours et qu'il est surtout nécessaire de différencier ce que l'on peut appeler des effets « directs » et « indirects » de ce vécu. Les effets directs sont des effets que les auteurs jugent découler directement des conditions de vie en jeune âge, tandis que les effets indirects sont des conséquences que ces conditions de vie ont eues sur d'autres aspects, tels qu'au travers de l'éducation et de certains choix de vie portés à l'âge adulte, qui eux ont des impacts sur l'état de santé notamment. Les auteurs parviennent ainsi à distinguer parmi ces facteurs indirects certains qui viennent au contraire atténuer les effets négatifs d'une enfance vécue dans des conditions défavorables.

Le **GRAPHIQUE 41** propose une illustration schématique de l'évolution théorique de l'état de santé de trois individus différents (les individus 1, 2 et 3). Ce graphique permet de montrer visuellement quatre moments clé de cette évolution. Le point A représente la santé durant l'enfance, à l'image de l'accumulation d'un « capital santé » qui peut atteindre un niveau différent selon le vécu et le contexte environnemental et familial. Le point B représente le niveau de santé maximal atteint par les trois individus. Comme la rapidité d'augmentation du niveau de santé est plus faible pour l'individu 3 que pour les deux autres, il atteint un niveau maximal inférieur, c'est-à-dire qu'il démarre sa vie d'adulte avec un état de santé moins élevé. L'individu 1 est celui qui atteint le meilleur niveau de santé parmi les individus hypothétiques ici

représentés. Le point C montre qu'il est possible, à la suite d'événements particuliers, que le déclin de ce niveau de santé soit plus rapide chez certaines personnes. C'est le cas, sur ce graphique, de l'individu 2. Enfin, le point D représente l'évolution de l'état de santé des trois individus après 60 ans en faisant l'hypothèse que la rapidité de leur déclin est identique.

Graphique 41 : évolution théorique du « capital santé » pour trois individus différents



Source : Adaptation du graphique apparaissant sur le Blog SHARE, B. CHEVAL, D. ORSHOLITS, S. SIEBER *et al.* (2019).

Bien que ce graphique ne soit que théorique, il schématise les conséquences potentielles des différents vécus sur l'état de santé. Un enfant ayant vécu dans des conditions défavorables, tel que l'individu 3, accumule un « capital santé » plus lentement et atteint

un niveau de santé plus faible que d'autres enfants dans une situation plus favorable. En outre, la forte décroissance de l'état de santé de l'individu 2 pourrait être expliquée par une enfance différente, ou simplement un épisode de santé négatif au début de l'âge adulte. Les auteurs des différentes études mentionnées dans ce chapitre tentent de différencier ces effets et de distinguer le véritable impact des conditions de vie durant l'enfance.

Cette thématique et ce type de recherche sont importants dans le contexte actuel. En effet, comme le soulignent certains auteurs, la ***pauvreté infantile*** reste très importante en Europe. En moyenne dans les 28 pays membres en 2018, 24 % des enfants étaient en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale, correspondant à près de 20 millions d'enfants. Les différences sont fortes entre les pays européens. La pauvreté infantile est la plus élevée en Roumanie (38 %) et la plus faible en Tchéquie (13 %). En Belgique, elle s'élève à 23 %[1]. La réduction de ce risque de pauvreté était pourtant l'un des objectifs principaux de la stratégie Europe 2020.

Pauvreté infantile

Le taux de pauvreté que nous utilisons pour illustrer ce chapitre est calculé par EUROSTAT avec l'enquête EU-SILC. Il est obtenu en déterminant la proportion des personnes faisant partie d'un ménage dont le revenu disponible est inférieur à un seuil dit de « risque de pauvreté », fixé à 60 % du revenu disponible médian des ménages

d'un pays[2]. Cet indicateur est donc relatif, propre au niveau de richesse national.

La pauvreté infantile est, dans SHARE, observée au travers des conditions de vie durant l'enfance sur la base d'une série de questions posées lors des interviews. Ses composants sont décrits dans la suite de ce chapitre.

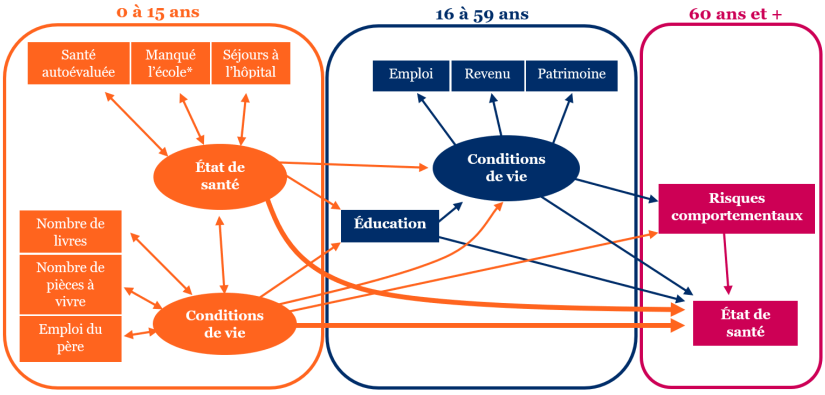
Les auteurs montrent notamment à quel point les conditions de vie durant l'enfance peuvent avoir des conséquences sur la santé à l'âge adulte. Ils mettent en évidence l'importance de comprendre le vécu des personnes pour pouvoir réfléchir à des politiques publiques qui viseront à améliorer la santé de la population dans le long terme. Agir sur le vécu des enfants aujourd'hui serait donc un levier important pour améliorer l'état général de santé des personnes âgées de demain.

Influence sur l'état de santé à l'âge adulte

L'impact des conditions de vie durant l'enfance intéresse actuellement bon nombre de chercheurs. Eduwin Pakpahan et ses coauteurs distinguent leurs effets directs et indirects sur la santé des 50 ans et plus dans une étude parue en 2017[3]. Les choix de vie, eux-mêmes conséquences indirectes du vécu, peuvent-ils atténuer l'effet sur la santé de mauvaises conditions de vie durant l'enfance ?

En effet, si pour les auteurs, l'enfance est une étape clé qui façonne notamment le futur en termes d'état de santé, ce n'est pas le seul moment déterminant. Par exemple, les effets potentiellement négatifs d'une enfance vécue dans la pauvreté pourraient être compensés en partie par l'éducation, qui débouche souvent sur de meilleures conditions de vie. Il est à noter cependant que si l'éducation permet de sortir de la pauvreté, elle ne permet pas nécessairement d'aboutir à un meilleur niveau de santé si ce dernier n'était déjà pas bon durant l'enfance. Autrement dit, l'éducation n'aurait pas d'impact bénéfique significatif sur un mauvais état de santé hérité de l'enfance, mais pourrait améliorer les conditions de vie à l'âge adulte, ce qui permettrait dès lors de prendre mieux soin de sa santé.

Graphique 42 : caractéristiques personnelles observées et effets étudiés



* *Pour cause de maladie. Source : Reproduction du Graphique 1, E. PAKPAHAN, R. HOFFMAN et H. KRÖGER (2017).*

Le **GRAPHIQUE 42** reprend schématiquement les caractéristiques de la population mises en évidence par les auteurs. Tous les liens (flèches) schématisés sur ce graphique sont testés statistiquement par les auteurs. La flèche partant des conditions de vie durant l'enfance (0 à 16 ans) vers l'état de santé après 60 ans représente l'effet direct. L'effet indirect du premier sur le second est représenté par toutes les étapes intermédiaires, passant par l'éducation, les conditions de vie à l'âge adulte, et les ***risques comportementaux***.

Risques comportementaux

Les risques comportementaux reprennent l'ensemble des comportements observés dans SHARE *qui sont facilement liés à un impact positif ou négatif sur l'état de santé. Dans cette étude, il s'agit de deux comportements principaux : le fait de fumer (ou non, y compris la fréquence) et le fait de pratiquer une activité physique (à intensité modérée ou vigoureuse). D'autres comportements sont présents dans* SHARE *mais pas dans cette étude, tels que la consommation d'alcool par exemple.*

Selon les analyses des auteurs, l'état de santé d'une personne pendant son enfance a un effet direct significatif (positif, négatif) sur l'état de santé après 60 ans. Autrement dit, si la personne a eu des problèmes de santé durant son enfance, il est probable qu'elle déclare, après 60 ans, un mauvais état de santé, et inversement.

Le niveau d'éducation atteint, par ailleurs fortement influencé par le statut socioéconomique des parents, est associé à une atténuation des conséquences négatives des conditions de vie durant l'enfance sur la santé après 60 ans.

Toutefois, les mauvaises conditions de vie durant l'enfance déterminent aussi en partie les trajectoires de vie. Elles contribuent à fixer un niveau de santé plus ou moins faible à la fin de l'adolescence, et influence les comportements qui vont eux-mêmes impliquer un maintien ou une réduction, rapide ou lente, du niveau de santé à l'âge adulte et plus tard dans la vie.

Ces résultats sont similaires à ceux d'une autre étude, parue en 2018[4], dans laquelle ses auteurs étudient également les parcours de vie et leurs conséquences sur l'état de santé après 60 ans. Au lieu de s'intéresser aux conditions de vie à l'âge adulte de façon plutôt matérielle (emploi, revenu et patrimoine, comme schématisé sur le **GRAPHIQUE 42**), ils tentent de déterminer si d'autres facteurs marquants dans leurs trajectoires de vie influencent également la santé après 60 ans, comme le fait d'être en couple ou d'avoir des enfants.

Pour cette étude, Bruno Arpino et ses coauteurs utilisent principalement les données de SHARELIFE (vague 3, 2008-2009), combinées avec les données des deux premières vagues (2004-2007). Ils ont ainsi pu reconstruire les trajectoires de vie de plus de 12.000 répondants, entre leur 15e et 59e anniversaire.

Leurs conclusions vont dans le même sens que celles des auteurs de la première étude. Ils indiquent en effet le besoin de considérer le vécu en enfance et à l'âge adulte pour établir des politiques publiques qui visent un vieillissement en bonne santé. Davantage d'études devraient être réalisées pour déterminer les facteurs, de

court et long terme, qui peuvent influencer l'état de santé dans les dernières années de vie. Notamment, les auteurs concluent qu'investir sur l'enfance constitue un bon retour sur investissement.

Privations, exclusion sociale et état de santé

Un autre article, toujours traitant de la santé des plus âgés et de ses déterminants, s'intéresse aux composantes causales de la relation entre la santé et les privations matérielles et sociales.

Privation matérielle et privation sociale

La privation matérielle est une situation où une personne ne peut se permettre un certain nombre de biens de la vie courante ou de services divers. Payer ses factures à temps, faire face à un imprévu financier, posséder un téléphone, etc. Statbel[6]*, l'office belge de statistique, constate que 5 % des Belges se trouvent en situation de privation matérielle sévère en 2018. L'enquête EU-SILC, organisée par Statbel en Belgique, permet d'analyser avec précision ce concept.*

L'enquête SHARE n'est pas en reste quant à ces considérations et permet de combiner ces facteurs avec des éléments de privation sociale. Ce dernier concept comprend, notamment, les difficultés à se rendre à la banque, à la pharmacie, le fait de ne participer à aucun groupe social ou encore le sentiment de confiance par rapport aux

autres personnes. Il traduit l'isolement sur le plan social et le manque de support social.

Les personnes à risque d'exclusion sociale, telle que définie par les auteurs, sont celles qui se trouvent en grande difficulté dans les deux mesures de privation. Il s'agit donc des personnes les plus fragiles à ce niveau.

Michal Myck et ses coauteurs ont créé un nouvel indicateur d'exclusion sociale qu'ils étudient à la lumière de l'état de santé des personnes après 50 ans dans une étude parue en 2019[5]. Les observations, captées par l'enquête SHARE, pour constituer ces indicateurs sont reprises sur le **GRAPHIQUE 43**.

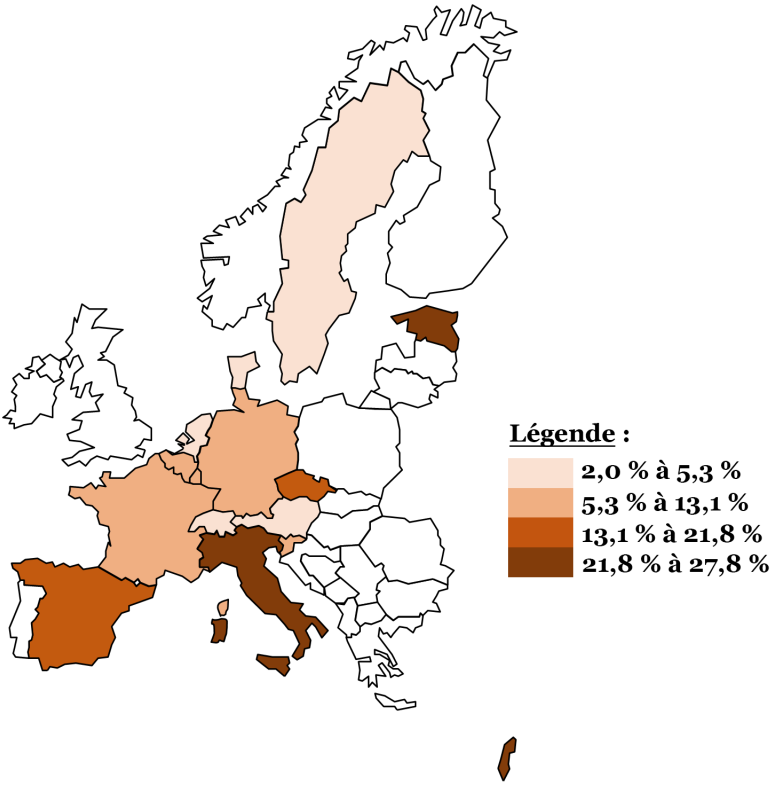
La **CARTE DE L'EUROPE 2** reprend les quatorze pays étudiés par ces auteurs et pour chacun la part de la population de 50 ans et plus courant un risque d'exclusion sociale.

La mesure d'exclusion sociale est fortement variable entre les pays étudiés dans l'étude. Quatre pays se distinguent : la Finlande, le Danemark, les Pays-Bas et l'Autriche enregistrent relativement peu de personnes en situation de pauvreté. Dans ces populations, entre 2 et 5 % rencontrent les critères visés. À l'opposé, entre un cinquième et un quart de la population en Italie, Estonie et Israël seraient à risque. La Belgique se situe dans la moyenne.

Graphique 43 : privation matérielle et sociale dans share

Éléments utilisés par les auteurs pour leurs calculs, tirés de la vague 5 de SHARE (2012-2013). *Source : Adaptation du tableau* 1, M. MYCK, M. NAJSZTUB *et* M. OCZKOWSKA (2019).

Carte de l'Europe 2 : proportion de la population à risque d'exclusion sociale



Source : *Reproduction du Graphique* 2, M. MYCK, M. NAJSZTUB *et* M. OCZKOWSKA (2019). SHARE (2012-2013).

Le concept d'état de santé étudié par ces auteurs est plus étendu que précédemment. Au-delà de l'autoévaluation du propre état de santé, les auteurs prennent en compte les limitations physiques et les difficultés à réaliser certaines tâches, en plus d'étudier

également la santé mentale par l'observation de symptômes de dépression (échelle EURO-D).

Grâce à une étude du changement de chaque composant de l'état de santé dans le temps, les auteurs concluent que les privations matérielles et sociales, et l'exclusion sociale qui en résulte, seraient l'une des causes d'un mauvais état de santé et également de sa dégradation. La privation sociale, mais pas la privation matérielle, impacterait également la durée de vie de façon négative.

Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

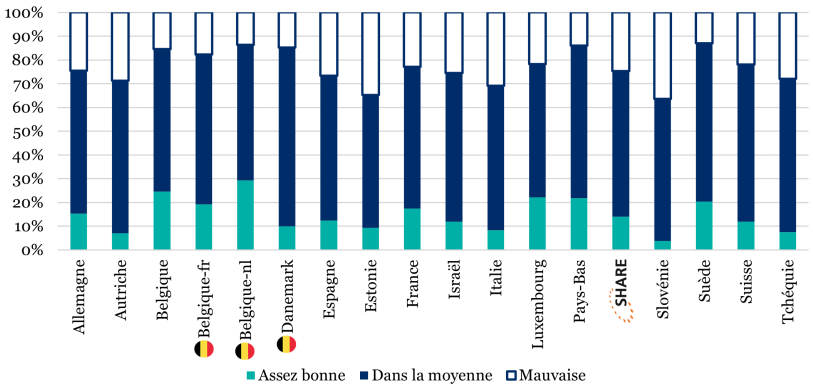
Ces statistiques sont tirées de la vague 5 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2012-2013.

Pour compléter les analyses de la première partie de ce chapitre, nous nous intéressons ci-après à quelques éléments propres aux conditions de vie des répondants de SHARE lorsqu'ils étaient enfants, âgés de 10 ans environ. Ces éléments ont été collectés lors de la vague 5 (2012-2013).

Le **GRAPHIQUE 44** montre la situation financière du ménage des parents durant l'enfance. La Belgique se situe parmi les pays dans lesquels la population âgée aujourd'hui de 50 ans et plus a connu pendant son enfance de meilleures conditions de vie. À titre d'exemple, au sein de la population de langue néerlandophone en

Belgique, 29 % estiment que leur famille connaissait une « assez bonne » situation financière.

Graphique 44 : situation financière du ménage, lorsque âgé entre 0 et 15 ans



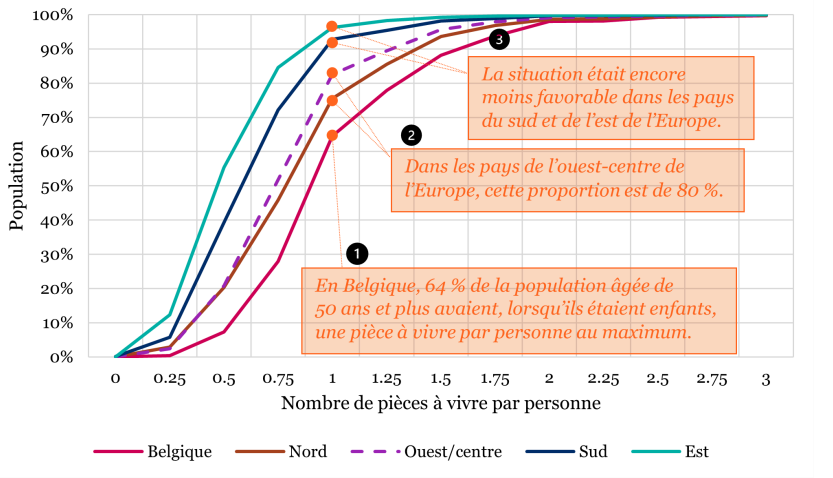
Pays classés par ordre alphabétique. *Source* : SHARE (2012-2013).

Enfin, le **GRAPHIQUE 45** reprend le nombre de pièces « à vivre »[7] par personne et par ménage durant l'enfance des individus interrogés pour SHARE. Ce nombre, que nous comparons entre différentes régions d'Europe et la Belgique, est indicatif des conditions de vie durant l'enfance.

Le nombre moyen de pièces est représenté sur une échelle d'un à trois. Nous pouvons noter qu'environ 80 % des ménages des pays du nord et de l'ouest-centre ont au maximum une pièce par personne (64 % dans le cas de la Belgique). En retournant la statistique, nous pouvons dire qu'il n'y a que 20 % des ménages qui

ont davantage de place (36 % pour la Belgique). Dans les pays du sud et de l'est, cette proportion se réduit à 5 et 2 % respectivement.

Graphique 45 : nombre moyen de pièces à vivre par personne habitant le ménage, à l'âge de 10 ans



Pays du nord* : *Danemark et Suède* ; *pays de l'ouest-centre* : *Autriche, Allemagne, Belgique, France et Luxembourg* ; *pays du sud* : *Espagne et Italie* ; *pays de l'est* : *Estonie, Slovénie et Tchéquie. *Source* : SHARE (2012-2013).

Comment expliquer ces différences ? Il y a certainement des écarts dus aux différences culturelles et historiques, ainsi qu'à l'évolution socioéconomique de ces pays dans un passé récent.

Néanmoins, il est intéressant de noter que lorsqu'on pose la question de la taille du ménage à l'âge de 10 ans, les réponses obtenues placent les quatre régions à un niveau similaire. En effet, la moyenne par pays oscille entre 5 et 6 personnes vivant dans le

ménage du répondant durant son enfance, tandis que le nombre de pièces à vivre varie entre 2 et 5.

Ce qu'il faut retenir

Les études mentionnées dans ce chapitre, bien que différentes méthodologiquement, s'intéressent aux effets que peuvent engendrer des conditions de vie défavorables durant l'enfance, sur la santé à l'âge adulte et particulièrement après 50 ans.

L'enfance est en effet une période de la vie cruciale pour le développement humain. C'est en quelque sorte le moment où tous les chemins s'ouvrent ou se ferment, en termes de santé, d'opportunités d'éducation, etc., selon le bagage accumulé dans les premières années de vie.

Au vu de leurs résultats, les auteurs souhaitent que les décideurs prennent davantage compte de l'ensemble du vécu des personnes pour l'élaboration de politiques relatives à la santé des personnes âgées. C'est uniquement en comprenant ces mécanismes de long terme que ces politiques pourraient démontrer leur efficacité. Ensuite, il leur paraît clair qu'un investissement améliorant les conditions de vie aux bas âges est primordial. Sans oublier qu'une grande partie de cette influence passe par l'éducation, dans la mesure où elle aurait les moyens d'atténuer les conséquences négatives de ces conditions familiales défavorables durant l'enfance.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Caractère **international** : les données de tous les pays analysés ont été combinées pour améliorer la qualité prédictive des modèles estimés et, au même moment, pour tenir compte des différences importantes observées.
- Ces études s'intéressent aux **conditions de vie connues durant l'enfance** et à leurs conséquences potentielles sur la **santé à l'âge adulte**.
- Pour y arriver, les auteurs utilisent les données rétrospectives de la 3e vague de SHARE (2008-2009), combinées à d'autres vagues. La **caractéristique longitudinale** des données leur a permis d'étudier l'évolution de l'état de santé dans le temps et ainsi dégager des conclusions encore plus fortes.
- Les résultats de recherches montrent que l'enfance est une période primordiale et qu'il est nécessaire de s'atteler à l'**amélioration des conditions de vie des enfants** pour **améliorer l'état de santé de la population âgée dans le long terme**.

1 Source : Eurostat (silc_peps01 pour les moins de 16 ans), consulté en janvier 2020.

2 Pour une définition plus précise : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At-risk-of-poverty_rate/fr.

3 E. Pakpahan, R. Hoffmann et H. Kröger, « The long arm of childhood circumstances on health in old age: Evidence from SHARELIFE », *Advances in Life Course Research*, 2017, 31, pp. 277-282.

4 Br. Arpino, J. Gumà et A. Julià, « Early-life conditions and health at older ages: The mediating role of educational attainment, family and employment trajectories », *PLoS ONE*, 2018, 13(4):e0195320.

5 M. Myck, M. Najsztub et M. Oczkowska, « Implications of Social and Material Deprivation for Changes in Health of Older People », *Journal of Aging and Health*, 2019, pp. 1-25.

6 Source : https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/la-privation-materielle, consulté en janvier 2020.

7 Les pièces « à vivre » incluent les chambres, salons, salles à manger, cuisines, etc. Les caves, greniers ou débarras en sont exclus.

13. Le passage à la retraite, synonyme de dépression et de baisse des performances cognitives ?

Beaucoup a été dit et écrit sur la retraite, ce tournant unique dans la vie des travailleurs qui représente souvent un arrêt définitif de l'activité professionnelle, et par conséquent le passage à une certaine inactivité. L'enquête SHARE s'intéresse tout particulièrement à ce moment dans la vie des travailleurs âgés, d'une part, à la manière et aux circonstances qui entourent ce moment charnière et, d'autre part, aux changements qui en découlent pour chaque individu dans sa vie personnelle.

Plusieurs dimensions dans la vie des individus sont concernées par la décision de prendre sa retraite : sa situation au travail, son entourage familial, son état de santé et, surtout, les conditions de vie espérées après la retraite. Mais dans les sociétés dites plus avancées, dans lesquelles l'***État providence*** veille, on remarque que ce sont les lois sociales et les réglementations sur le marché du travail, y compris les conventions patrons-syndicats, qui jouent un rôle déterminant en fixant les âges auxquels on devient « éligible » pour bénéficier d'une pension ou bien, tout simplement, l'âge auquel la retraite (ou la pré-retraite) est imposée d'office. Ces lois fixent également les règles de calcul des pensions, lesquelles dans une majorité de cas représenteront le revenu le plus important,

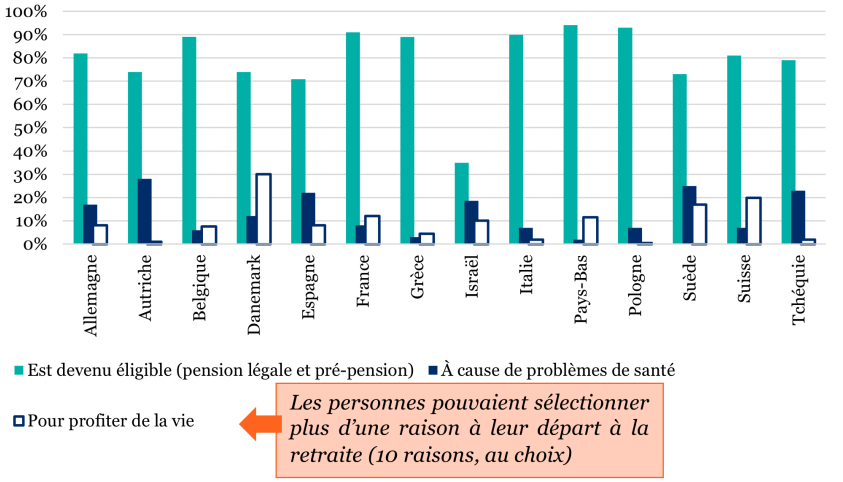
pour ne pas dire unique, sur lequel les ménages âgés pourront compter tout au long de leur retraite.

L'État providence

Un « État providence » est un État doté d'un pouvoir de décision souvent large en ce qui concerne les matières économiques et sociales, de sorte à faire bénéficier les citoyens de prestations sociales, telles que le remboursement de soins de santé, une pension publique, des allocations de chômage, etc. En Belgique, par exemple, l'État providence inclut les instruments de protection sociale tels que la Sécurité sociale, les pensions publiques et l'assistance sociale (CPAS).

Dans une étude parue en 2008[1], Agar Brugiavini et ses coauteurs analysent les réponses données par les personnes fraichement retraitées à une question posée par SHARE qui porte sur la raison qui aurait motivé leur retrait de la vie active. Le **GRAPHIQUE 46** permet d'observer que dans une majorité de cas, c'est simplement le fait de devenir « éligible », donc d'avoir atteint l'âge permettant de bénéficier d'une pension légale ou d'une pré-retraite, qui est cité comme le facteur déclencheur le plus important. Viennent ensuite les problèmes liés à la santé et enfin l'envie de « profiter de la vie ».

Graphique 46 : raison du départ à la retraite (2006)



Les pays sont classés par ordre alphabétique. *Source : Adaptation du Graphique 3, A. BRUGIAVINI, E. CRODA et M. DEWEY (2008). SHARE (2006), retraités de 50 à 69 ans.*

D'autres chercheurs se sont intéressés aux conséquences potentielles que le passage à la retraite pourrait avoir sur différentes dimensions, en particulier sur les facultés cognitives et l'état de santé mentale, mais également sur la santé physique. L'idée de départ de toutes ces études est le fait que le retrait de la vie professionnelle représente un bouleversement majeur qui se traduit, d'un côté, par un gain de temps mais, d'un autre côté, par l'étiolement de son entourage social et de sa propre indépendance, dans la mesure où l'on ne vit plus du produit de son travail mais d'une pension de retraite.

Beaucoup de personnes se sont très bien préparées à ce bouleversement. Outre le fait de se prémunir contre des éventuels problèmes financiers, elles ont préparé le terrain pour l'après-retraite en développant des activités diverses – bénévolat, hobbies, sport, garde des petits-enfants, jardinage, lecture… –, y compris pour certaines personnes le maintien d'une activité professionnelle. Et, comme nous l'avons vu dans d'autres chapitres de cet ouvrage, le fait de se maintenir actif est un bon antidote pour rester en bonne santé.

Cependant, le risque est élevé pour bon nombre de travailleurs de ne pas être suffisamment préparé aux conséquences de la retraite, car la décision de quitter la vie active résulterait davantage d'une contrainte externe et moins d'un problème de santé ou d'un souhait personnel. Comme certaines études le montrent, c'est autour des âges clés, fixés comme âges légaux de prise de la (pré-)retraite, que l'on observe des signes avant-coureurs de problèmes de santé. L'intérêt particulier pour les détecter se porte au niveau de la perte des capacités cognitives, pouvant mener à terme à des situations de dépendance, et aux sentiments exprimés lors de l'interview SHARE, pouvant correspondre à une forme de dépression.

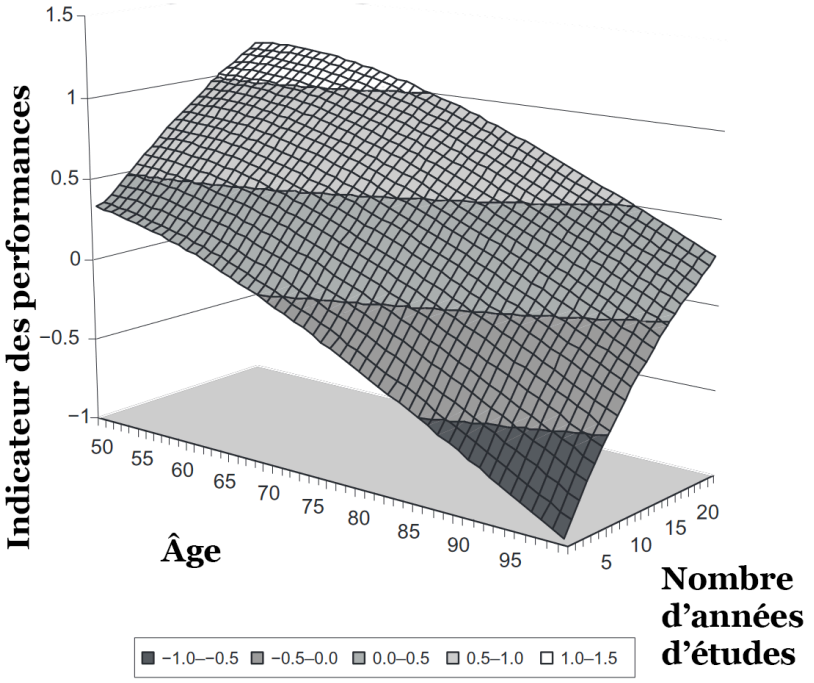
La diminution des ***capacités cognitives*** après la retraite a été explorée tôt dans l'histoire de l'enquête SHARE. Stéphane Adam et ses coauteurs[2] ont étudié cette relation dans les détails avec les données de la première vague de l'enquête. La conclusion de leurs recherches est que le maintien d'une activité, qu'elle soit professionnelle ou de loisir, est positivement corrélée à la constitution d'une « réserve cognitive ». Plus cette réserve est importante, moins les individus seront sujet prématurément au vieillissement cognitif et à la maladie d'Alzheimer.

Réserve cognitive

La « réserve cognitive » est un concept qui évalue la plasticité cérébrale d'un individu âgé, en donnant une indication de sa résistance aux effets du vieillissement (source adaptée : https://www.universalis.fr/encyclopedie/reserve-cognitive/). Cette réserve cognitive varie selon les individus et leur histoire, et est influencée par plusieurs facteurs, notamment l'éducation, l'occupation exercée, le style de vie, etc. Pour faire référence à la « réserve cognitive », nous utiliserons aussi comme synonymes les termes « capacités cognitives » et « performances cognitives ».

Parmi les facteurs qui influencent les capacités cognitives chez les personnes retraitées, c'est le niveau d'éducation, estimé ici par le nombre d'années d'études (ou le plus haut diplôme obtenu), qui se révèle être l'élément le plus déterminant. Au travers du **GRAPHIQUE 47**, qui représente en vue 3D l'influence de l'âge et du nombre d'années d'études sur les performances cognitives, les auteurs montrent que ces dernières varient négativement en fonction de l'âge et positivement en fonction du nombre d'années d'études.

Graphique 47 : performances cognitives, âge et éducation[3]



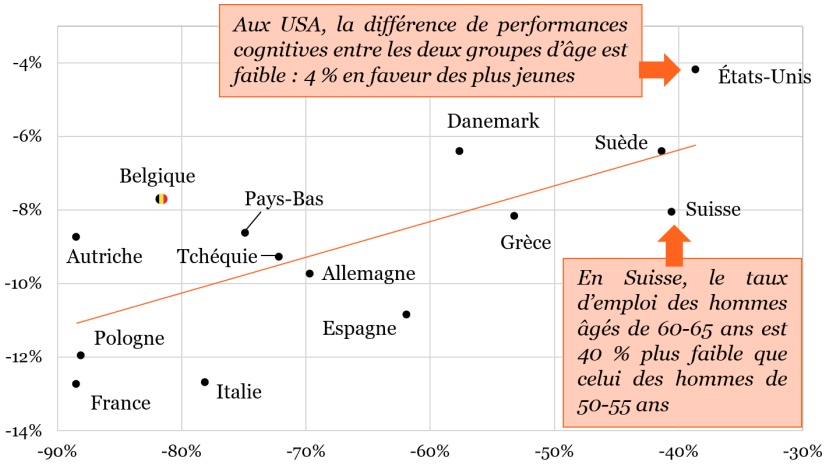
Source : *Graphique* 2, S. ADAM *et al.* (2013). SHARE (2004-2005).

Avec ce graphique, ils montrent également un autre élément important : l'influence négative de l'âge sur les capacités cognitives n'est pas la même selon le niveau d'éducation atteint. En effet, plus le nombre d'années d'études est grand, moins la perte (dont l'intensité est représentée par l'inclinaison de la pente) de capacité cognitive selon l'âge sera grande. Cette perte (pente) est la plus importante chez les personnes avec un niveau d'éducation le plus

bas, correspondant sur ce graphique à celles ayant passé entre 0 et 5 ans aux études, et qui sont âgées de 85 ans et plus.

Les auteurs montrent aussi que les performances cognitives chez les personnes âgées sont également influencées par un recul du départ à la pension, en ce que retarder sa retraite et continuer à travailler donne de meilleurs résultats sur le maintien des capacités cognitives[4], mais qu'en général se maintenir actif(ve) en pratiquant des activités complexes est tout aussi important, comme par exemple la reprise d'études ou de formations, faire partie d'un club social ou d'un club de sport et, dans une moindre mesure, de pratiquer une activité physique, fréquenter son entourage social, s'occuper des tâches ménages, faire du bricolage, avoir un hobby…

Graphique 48 : taux d'emploi et performances cognitives



Le graphique met en relation les différences relatives moyennes entre les hommes âgés de 60 à 65 ans et ceux âgés entre 50 à 55 ans, sur deux dimensions : les performances cognitives et le taux d'emploi. *Source : Reproduction du Graphique 3, S. ADAM et al. (2013). SHARE (2004-2005) et HRS (2004).*

En couplant les données de l'enquête SHARE à son enquête-sœur HRS des États-Unis, les auteurs s'intéressent au lien potentiel existant entre le maintien d'une activité professionnelle et le maintien des capacités cognitives. Le **GRAPHIQUE 48** montre la relation entre deux mesures : d'une part, la différence de taux d'emploi entre les hommes âgés de 60 à 65 ans et ceux de 50 à 55 ans et, d'autre part, la différence de performances cognitives, également entre les hommes âgés de 60 à 65 ans et ceux de 50 à 55 ans.

Ce graphique montre une tendance : plus les hommes âgés de 60 à 65 ans ont un taux d'emploi similaire à ceux âgés entre 50 et 55 ans, au sein d'un même pays, plus la perte de capacité cognitive sera faible (c'est par exemple le cas pour les États-Unis, le Danemark ou la Suède). En d'autres mots, le maintien d'une activité, professionnelle dans le cas de cette illustration, aiderait au maintien des capacités cognitives.

Les auteurs préconisent donc d'encourager davantage les personnes à rester actives plus longtemps, à la fin de leur vie professionnelle mais également pendant leur vie de retraité(e). Pour ce faire, la retraite peut se prendre plus tardivement, quand cela est faisable, et il est également possible de pratiquer davantage d'activités comme indiqué précédemment. Cependant, ils ne conseillent pas à tout le monde de rester le plus longtemps en emploi ! En effet, ils avouent ne pas pouvoir affirmer que cet impact soit positif pour tout type d'occupation. Certaines études montrent que bien que les emplois plutôt intellectuels soient bénéfiques pour le maintien des capacités cognitives, l'inverse serait plutôt le cas en ce qui concerne des emplois plutôt manuels[5].

Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

Ces statistiques sont tirées de la vague 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2014-2015.

Nous l'avons vu, rester actif, professionnellement ou non, peut avoir un impact positif sur le fonctionnement cognitif, élément important qui donne la possibilité aux personnes de vieillir en forme et de façon indépendante.

Quelle est l'habitude des Belges de 50 ans et plus en ce qui concerne les activités de loisirs ? Sommes-nous en Belgique plus dépressifs que chez nos voisins ?

Dans l'enquête SHARE, sept groupes d'activités sont proposés, dont la majorité se pratiquent en groupe. Le **TABLEAU 15** présente le pourcentage de personnes de 50+, en Belgique et pour l'ensemble des pays SHARE, qui déclarent pratiquer ces activités de manière régulière (par semaine, par mois, voire moins souvent).

De toutes ces activités, la majorité de personnes déclarent lire des livres, des magazines ou des journaux régulièrement, peut-être sans grande surprise. En Belgique, plus du quart des personnes de 50+ sont engagées dans du volontariat ou du bénévolat, et près du cinquième ont repris des études ou suivent une formation. Nous voyons également une différence significative de l'habitude des Belges par rapport à la moyenne des pays SHARE : en Belgique,

seuls 6,6 % des 50+ déclarent ne pratiquer aucune activité, contre 20,9 % pour la moyenne des pays.

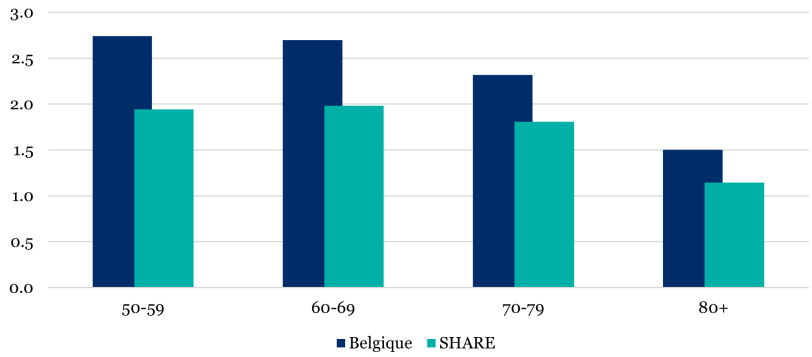
Tableau 15 : pourcentage de personnes pratiquant des activités non professionnelles

	Belgique	Moyenne SHARE
volontariat/bénévolat	27,2 %	15,7 %
études/formation	20,2 %	10,5 %
club de sport/activité sociale au sein d'un club	30,7 %	23,9 %
organisation politique ou communautaire	11,2 %	5,9 %
lire des livres, magazines et/ou journaux	83,1 %	68,5 %
jeux de logique (mots croisés, sudoku, etc.)	50,9 %	36,6 %
jeux de cartes ou jeux de société (échecs, etc.)	34,4 %	29,1 %
aucune activité	6,6 %	20,9 %

SHARE (2014-2015), 50 ans et +.

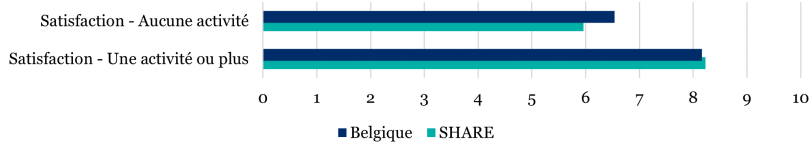
Le **GRAPHIQUE 49** présente le nombre moyen d'activités que font les 50 ans et plus en Belgique et en moyenne dans les pays SHARE. Nous pouvons observer que ce nombre moyen dans les pays SHARE est inférieur aux chiffres belges : ces derniers sont davantage actifs en ce qui concerne les activités non professionnelles, telles que la reprise d'études, la lecture, etc.

Graphique 49 : nombre moyen d'activités différentes réalisées par âge



Sont reprises ici les activités non professionnelles présentées sur le Tableau 15, pour toute périodicité (toutes les semaines, une fois par mois, etc.).
Source : SHARE (2014-2015), *50 ans et +*.

Graphique 50 : satisfaction retirée par la pratique ou non d'activités

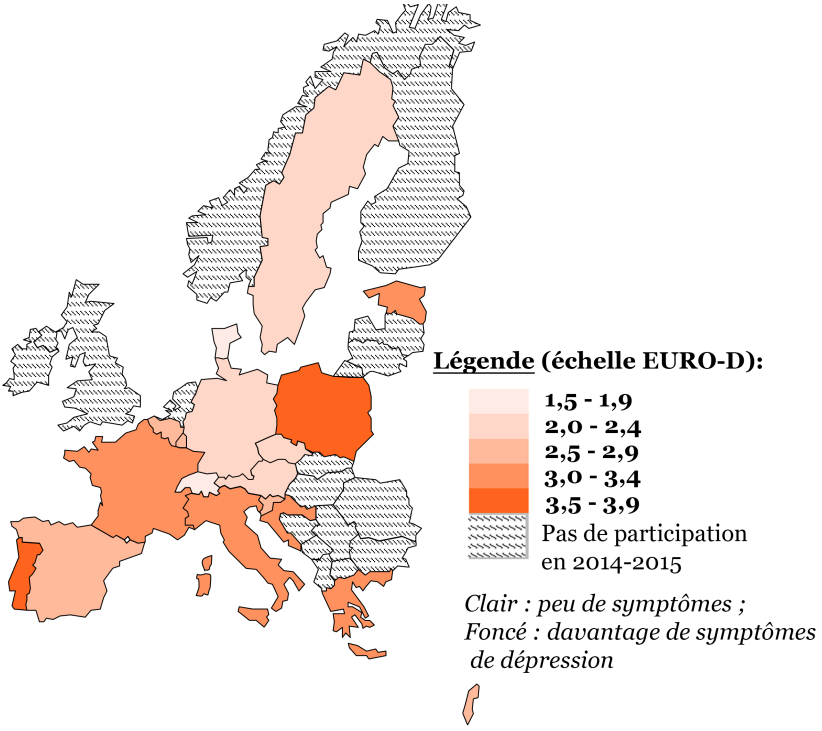


Source : SHARE (2014-2015), *50 ans et +*.

Une question est ensuite posée aux répondants SHARE sur la satisfaction retirée[6] de la pratique de ces activités (sur une échelle

de 0 à 10). Nous pouvons constater sur le **GRAPHIQUE 50** que pour les plus de 93 % des Belges de 50 ans et plus qui pratiquent au moins une activité non professionnelle, la satisfaction qu'ils en retirent est élevée, notée à plus de 8/10. Cette note moyenne est similaire pour les pays SHARE. Elle est moins élevée de manière générale pour ceux qui ne pratiquent pas ce type d'activités, mais reste néanmoins assez positive dans les deux cas.

Carte de l'Europe 3 : nombre moyen de symptômes de dépression (euro-d)



Source : SHARE (2014-2015), 50 *ans et +*.

Enfin, la **CARTE DE L'EUROPE 3** montre le nombre moyen de symptômes de dépression dans la population, en utilisant l'échelle de dépression EURO-D. Celle-ci s'étend de 0 à 12, où 0 représente l'absence de symptômes et 12 une dépression maximale. La construction de cette échelle est détaillée au **CHAPITRE 3**. Les pays où les personnes déclarent le moins de symptômes de dépression sont la Suisse et le Danemark, avec une moyenne de symptômes entre 1,5 et 2. À l'opposé se trouvent le Portugal et la Pologne, avec une moyenne de 3,5 à 4. La Belgique se situe au milieu avec une moyenne entre 2,5 et 3.

Ce qu'il faut retenir

Le passage à la retraite est un événement qui peut, s'il n'est pas assez bien préparé, être un chamboulement fondamental dans une vie. Bien entendu, nous n'avons pas nécessairement toutes les clés pour réaliser un passage à la retraite tout en douceur, et ne pouvons donc pas toujours agir en connaissance de cause.

Ce que les auteurs des recherches présentées dans ce chapitre démontrent est que ce passage à la retraite est lié à un risque négatif sur le fonctionnement cognitif, qui pourrait déboucher sur des situations de perte d'autonomie, donc de dépendance.

Rester actif, que ce soit professionnellement ou non professionnellement, est primordial pour freiner la perte de capacités cognitives et le maintien d'une vie sans perte d'autonomie le plus longtemps possible. Pour ce faire, il est important de commencer tôt, déjà avant le passage à la retraite

pour ceux qui sont toujours actifs, pour que ce passage constitue plus une suite de vie logique qu'un choc brutal qui la perturberait.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Son caractère **international** : l'enquête SHARE est utilisée par les différentes études présentées pour comparer l'impact du passage à la retraite de la population de dix pays européens, dont la Belgique.
- Sa **comparabilité** aux études-sœurs existantes : l'enquête américaine HRS, la japonaise JSTOR et l'anglaise ELSA sont utilisées dans le cadre de plusieurs études s'intéressant à l'évolution des **fonctions cognitives** des 50 ans et plus.
- De manière générale, ces études ne font que confirmer la pertinence des appels lancés, depuis le début des années 2000, par l'Union européenne en faveur de politiques promouvant le **vieillissement actif**.

1 A. Brugiavini, E. Croda et M. Dewey, « Retirement and Mental Health », in A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, A. Kapteyn, J. Mackenbach, J. Siegrist et G. Weber (eds), *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (2004-2007),

Starting the longitudinal dimension, Mannheim, Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA), 2008.

2 St. Adam, É. Bonsang, S. Germain et S. Perelman, « Retraite, activités non professionnelles et vieillissement cognitif. Une exploration à partir des données de SHARE », *Économie et Statistique*, 2007, et St. Adam, É. Bonsang, C. Grotz et S Perelman, « Occupational activity and cognitive reserve: implications in terms of prevention of cognitive aging and alzheimer's disease », *Clinical intervientions in aging*, 2013, vol. 8, 377-90.

3 Représentation graphique d'une simulation (modélisation) basée sur les résultats des auteurs. L'évaluation des performances cognitives correspond à un indice global qui tient compte de trois critères : mémoire, aisance verbale et calcul arithmétique.

4 Cet effet positif d'une activité professionnelle sur les capacités cognitives est tout de même à nuancer en prenant compte du type de carrière, certaines pouvant être éprouvantes mentalement ou physiquement pour bénéficier de cet avantage.

5 Pour obtenir des résultats valables, ces études font appel à la méthode de variables instrumentales. Ainsi, afin de tenir compte d'un éventuel biais d'endogénéité entre l'âge de prise de la retraite et le fonctionnement cognitif, elles focalisent leur attention autour des âges de départ fixés par les régimes de pension. Autrement dit, une variable instrumentale, facteur exogène qui échappe à la volonté des individus.

6 Si le répondant a reporté réaliser une ou plusieurs des activités mentionnées sur le Tableau 15, la question est : « Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie "pas du tout satisfait" et 10 signifie "complètement satisfait", indiquez votre degré de satisfaction tiré

des activités que vous avez mentionnées. ». En revanche, si aucune activité n'a été listée, la question est : « Vous avez indiqué que vous ne vous livrez à aucune des activités figurant [sur la fiche X]. Sur une échelle de 0 à 10, où 0 équivaudrait à être "pas du tout satisfait" et 10 "complètement satisfait", dans quelle mesure êtes-vous satisfait de cela ? ».

14. Reporter l'âge de départ à la pension : une solution pour tous ?

En Europe et dans l'ensemble des pays industrialisés, les régimes publics de retraite font face à un problème croissant de soutenabilité financière. Ce problème est dû à l'augmentation rapide du budget de ces régimes, provoquée par l'arrivée massive des baby-boomers à l'âge de la retraite. Cette soutenabilité est également mise à mal par l'impossibilité pour ces régimes de retraite d'accroitre le niveau des contributions, déjà fort élevé, des générations moins nombreuses de jeunes travailleurs.

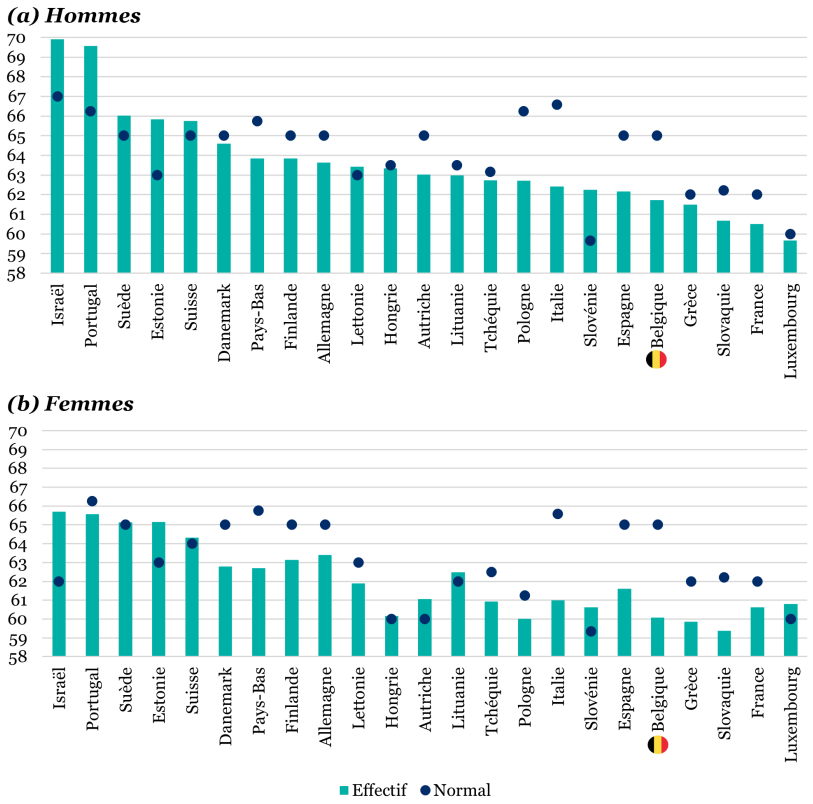
Face à cette insoutenabilité annoncée, les réformes des régimes de retraite se sont focalisées dans la plupart des pays sur le report de l'âge de départ effectif à la retraite ou, autrement dit, sur l'allongement de la vie active.

Ces réformes visent à inciter les travailleurs actifs à retarder, autant que possible, le moment de leur départ à la retraite, en particulier en augmentant l'âge « normal », aussi appelé âge « pivot », fixé par le législateur. La fixation de l'âge normal du départ à la retraite – l'âge auquel vous avez droit à une pension complète moyennant un minimum d'années de carrière – est en effet un thème récurrent des réformes non seulement en Belgique mais également en Europe ces dernières décennies.

Une réflexion sur le système de retraite n'est pas inintéressante, car le vieillissement de la population, sa longévité, bouscule un système

créé à l'époque où l'espérance de vie ne dépassait pas 65 ans en moyenne. Un changement est nécessaire pour adapter ce système à la nouvelle norme démographique, mais aussi sociétale.

Graphique 51 : âge effectif et âge normal de départ à la retraite



Pays classés en fonction de l'âge effectif de départ à la retraite des hommes, du plus grand au plus petit.*Source* : *Statistiques OCDE (2017), Vieillissement et politiques de l'emploi.*

Ce chapitre s'intéresse à ce point de focalisation qu'est l'âge de départ à la retraite. Faut-il encore et toujours l'augmenter ? Est-ce une solution qui convient à tout type de travailleur ?

Pour démarrer la réflexion, nous présentons sur le **GRAPHIQUE 51** l'***âge effectif et normal de départ à la retraite***, pour 23 pays européens ayant participé à une vague de SHARE.

Âge normal vs effectif de départ à la retraite

Ces termes reviennent régulièrement lors de discussions et débats dans l'espace public, mais ils peuvent parfois prêter à confusion. Leur signification est pourtant bien différente : l'âge « normal » ou « légal » de départ à la retraite est l'âge correspondant, théoriquement, à une carrière complète de travail (45 ans). En Belgique, cet âge est actuellement de 65 ans, mais sera relevé progressivement à 67 ans entre 2025 et 2030. Toujours en Belgique, il est possible d'anticiper sa pension moyennant un minimum d'années de carrières, qui incluent les périodes dites « assimilées » (maternité, chômage, maladie-invalidité, crédit-temps, etc.).

À l'opposé d'un âge théorique, basé sur des textes de loi, l'âge « effectif » de départ à la retraite correspond à l'âge moyen d'arrêt définitif de l'activité professionnelle telle qu'observée dans l'ensemble de la population. En effet, cet âge moyen coïncide à l'arrêt définitif de toute activité professionnelle, indépendamment des circonstances.

Les pays représentés sur ce graphique sont ordonnés en fonction de l'âge de départ effectif des hommes. Nous pouvons y observer que ces derniers prennent leur retraite plus tard que les femmes, hormis au Luxembourg et dans une moindre mesure en France.

De plus, cet âge de départ effectif varie fortement en fonction du pays observé. En effet, les Israéliens et Portugais sont ceux qui prennent leur retraite le plus tard, en moyenne entre 69 et 70 ans pour les hommes et entre 65 et 66 ans pour les femmes, tandis que cette moyenne se situe à près de 60 ans pour les Luxembourgeois et près de 61 pour les Luxembourgeoises. On remarque également que, dans le cas de la Belgique, l'écart entre l'âge normal et l'âge effectif est l'un des plus élevés : en moyenne 3,3 et 4,9 ans parmi les hommes et les femmes, respectivement.

Touchant en partie aux conditions de vie des personnes, et donc nécessairement au thème de l'emploi et de la retraite, SHARE est une source riche d'information sur les circonstances entourant le départ à la retraite.

Dans un article de 2018, Kathrin Komp[1] discute de l'augmentation généralisée de l'âge effectif de la retraite, et tente de déterminer si cette hausse a été influencée d'une quelconque manière par le report de l'âge normal dans des pays européens et par la crise économique de 2008.

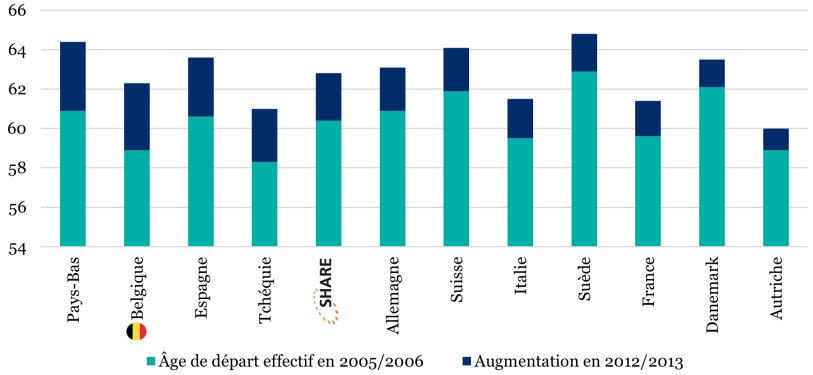
L'auteure utilise les données des cinq premières vagues de l'enquête (2004-2013) pour onze pays européens[2] et conserve pour ses analyses près de 4.000 personnes ayant pris leur retraite en 2005-2006 ou 2012-2013. Le choix de ces deux périodes permet de comparer les situations individuelles avant et après la crise

économique de 2008. Pour ce faire, les variations du produit national (PIB) et du taux de chômage dans ces pays et entre ces deux périodes sont également prises en considération pour estimer leur impact. C'est dans ce contexte que l'effet potentiel des réformes des régimes de retraite est étudié. En particulier, l'auteure prend en compte les changements intervenus dans les âges légaux de départ à la retraite dans chaque pays, lesquels peuvent d'ailleurs avoir varié différemment pour les hommes et les femmes.

Des caractéristiques personnelles comme le genre, l'âge, la santé, le fait d'être en couple, ou encore la composition du ménage peuvent affecter le moment choisi du départ à la retraite, comme le montre déjà la littérature scientifique. En revanche, l'influence des caractéristiques institutionnelles y est moins étudiée, telles que les règles fixées pour le calcul du montant de la pension (taux de remplacement, actualisation des salaires perçus, pénalisations en cas d'anticipation, etc.) et, bien entendu, les réformes reportant l'âge légal de la retraite.

D'après les résultats de cet article, la hausse de l'âge effectif du départ à la retraite que l'on peut observer sur le **GRAPHIQUE 52** a bien été influencée par les réformes, mais moins par la crise de 2008. Pour les auteurs, les conséquences de la crise auraient pu engendrer un retard du départ à la retraite, notamment, à un passage plus fréquent au chômage d'une part significative de la population. Or, il apparaît qu'une augmentation du chômage n'a pas systématiquement accompagné la crise de 2008, et qu'aucun résultat significatif ne lie les deux éléments dans les analyses de l'auteure.

Graphique 52 : âge effectif moyen du départ à la retraite



Âge effectif moyen du départ à la pension, hommes et femmes confondus. L'association du bleu clair et bleu foncé (addition) représente l'âge effectif en 2012-2013. Les pays sont ordonnés en fonction de la taille de l'écart entre 2012-2013 et 2005-2006, du plus grand au plus petit. *Source : Adaptation du tableau 4, K. KOMP (2018). SHARE (2004-2013).*

Les pays sont ordonnés de gauche à droite en fonction de l'augmentation entre 2006 et 2013 de l'âge effectif moyen de départ à la retraite. Ainsi, les Pays-Bas et la Belgique sont les pays où, en moyenne, le départ a été le plus retardé, avec plus de trois ans d'écart entre les deux périodes, parmi les pays étudiés.

L'auteure fait deux observations. Premièrement, les inégalités concernant l'âge de départ à la retraite se réduisent mais, dans le même temps, la manière de le faire est différente : davantage de personnes passent, avant de prendre leur retraite, par une période de chômage, au lieu de la prendre directement après une période d'activité professionnelle. Deuxièmement, les caractéristiques individuelles (sexe, niveau de diplôme, niveau de santé, etc.)

impactent moins fortement la décision de départ à la retraite que par le passé. Ce dernier point est sans doute la conséquence d'une tentative d'homogénéisation de l'âge effectif, notamment entre hommes et femmes.

Notons que l'augmentation de l'âge effectif du départ à la retraite a aussi été facilitée par une réduction significative dans certains pays des possibilités de départ à la retraite anticipée, en Belgique comme ailleurs.

Les politiques à la base de la hausse de l'âge effectif semblent donc avoir rempli leurs objectifs. Mais est-ce bénéfique pour tout le monde ? Si la viabilité du système de retraite est un rien meilleur, certaines personnes peuvent souffrir d'un rallongement de leur période d'activité, mais comme nous l'avons vu dans d'autres chapitres, se maintenir actif(ve) professionnellement ou autrement reste bénéfique pour la santé.

Qui travaille au-delà de l'âge normal de la retraite ? Comment se portent ceux qui poursuivent leur activité ? C'est pour répondre à ces questions que Morten Wahrendorf et ses coauteurs ont utilisé les données de la quatrième vague de SHARE (2010-2011) pour produire un article paru en 2017[3]. Ils analysent les données de près de 18.000 répondants âgés entre 65 et 80 ans de seize pays participants[4].

Parmi ces personnes, 4,3 % déclaraient toujours travailler. Leur étude, résumée dans la suite de ce chapitre, consiste précisément à comprendre les différences, en termes de santé notamment, entre ceux qui continuent à travailler et ceux qui sont retraités.

Le profil des personnes qui travaillent toujours après 65 ans est assez spécifique. En effet, comparé aux statistiques des retraités de

la même tranche d'âge, nous y trouvons davantage d'hommes que de femmes, ayant un niveau de diplôme plus élevé et un patrimoine également bien plus élevé que la moyenne des retraités. Ceci s'explique en partie par que le fait que nous retrouvons, parmi les 65+ qui travaillent toujours, une plus large proportion d'employeurs, de cadres ou d'indépendants. Ces caractéristiques individuelles sont présentées sur le **TABLEAU 16**.

Cette plus forte présence de cadres, d'indépendants ou d'employeurs peut être expliquée de deux façons. D'abord, les personnes très compétentes pourraient continuer à travailler parce qu'elles le souhaitent, même si leur pension et leur patrimoine suffiraient pour maintenir leur niveau de consommation.

Ces personnes, majoritairement dans un emploi plutôt de réflexion, ont généralement des conditions de travail relativement favorables. À l'opposé, certaines d'entre elles, en particulier dans les métiers d'indépendant, sont probablement poussés à travailler plus longtemps en raison du montant peu élevé de leur pension[5].

Qu'en est-il de l'état de santé de ces deux groupes ? Les auteurs ont comparé différents indicateurs : niveau de santé (autoévalué), symptômes de dépression et fonctions cognitives, parmi d'autres.

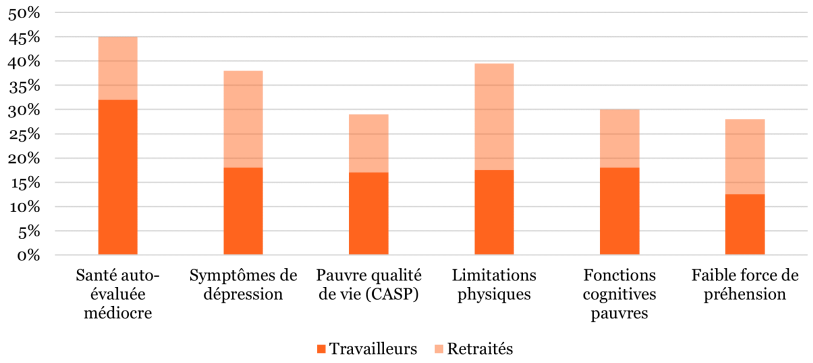
Ces indicateurs offrent, de manière indirecte, une vue assez fidèle de l'état de santé. Le **GRAPHIQUE 53** reprend les six indicateurs choisis par les auteurs. Ils confirment que les personnes qui restent actives professionnellement sont, en moyenne, en meilleure santé.

Tableau 16 : caractéristiques sociodémographiques des 65+

Caractéristique		Au travail	À la retraite
Sexe :	- homme	56 %	50 %
	- femme	44 %	50 %
Vit :	en couple	72 %	72 %
Niveau de diplôme :	- faible	23 %	44 %
	- moyen	38 %	37 %
	- élevé	39 %	19 %
Patrimoine :	- très faible	14 %	26 %
	- faible	18 %	25 %
	- élevé	23 %	25 %
	- très élevé	45 %	25 %
Occupation :	- employé	66 %	88 %
	- indépendant	19 %	7 %
	- employeur	15 %	5 %
Position :	- cadres	29 %	18 %
	- autres travailleurs qualifiés	59 %	68 %
	- occupations élémentaires	12 %	15 %
Conditions de travail :	- faible sentiment de contrôle (échelle 2-8)	4	4,03
	- sentiment de faible récompense à l'effort (échelle de 0,25 à 4)	0,82	0,92

Calculs réalisés pour les personnes de 65 à 80 ans. Pour les retraités, les chiffres se rapportent au dernier emploi effectué. *Source : Adaptation du tableau 1, M. WAHRENDORF et al. (2017). SHARE (2004-2013).*

Graphique 53 : prévalence d'une santé médiocre



Calculs réalisés pour les personnes de 65 à 80 ans. *Source : Adaptation du graphique 1, M. WAHRENDORF et al. (2017). SHARE (2004-2013).*

Systématiquement pour tous les indicateurs concernant les personnes de 65 à 80 ans, les retraités affichent, en moyenne, des scores plus élevés que les personnes qui déclarent être toujours actives professionnellement.

C'est le cas pour l'indicateur de qualité de vie CASP, dont il a déjà été question au **CHAPITRE 8**, mais également pour les symptômes pouvant être associés avec un état de dépression ainsi que pour les limitations physiques, confirmées par des résultats au test de ***force de préhension***. Tant la santé mentale que physique semble donc être meilleure chez les personnes qui continuent à travailler que chez les retraités.

Force de préhension

La force de préhension se réfère simplement à la force que vous pouvez dégager lorsque vous serrez un objet. C'est en quelque sorte la force maximale de votre poignée de main.

Dans SHARE, *le test de la force de préhension existe depuis le début et est réalisé à chaque vague. Il permet d'observer l'évolution de la force des répondants dans le temps. Aussi utilisée notamment dans les grandes études sœurs américaine et anglaise* (HRS et ELSA *respectivement*), *cette mesure de la force du haut du corps est reconnue comme étant un très bon prédicteur de l'état de santé physique au fil des ans. Parmi d'autres marqueurs biologiques utilisés dans le cadre de* SHARE, *celui-ci joue un rôle central.*

Cela dit, il ne faut pas y voir la preuve d'un lien de cause à effet. Nous avons vu que les personnes qui restent actives professionnellement au-delà des 65 ans ont des caractéristiques qui leur permettent sans doute de bénéficier dès le départ d'une meilleure santé. Le cas contraire est également possible. L'état de santé, physique ou mentale, aurait pu avoir un rôle déterminant dans l'arrêt définitif de toute activité professionnelle, à l'encontre de leur volonté.

Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

Ces statistiques sont tirées de la vague 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2014-2015.

Pour essayer d'apporter quelques éléments supplémentaires au tableau brossé dans ce chapitre, nous complétons celui-ci avec quelques informations concernant les conditions d'emploi et l'âge de départ effectif à la retraite.

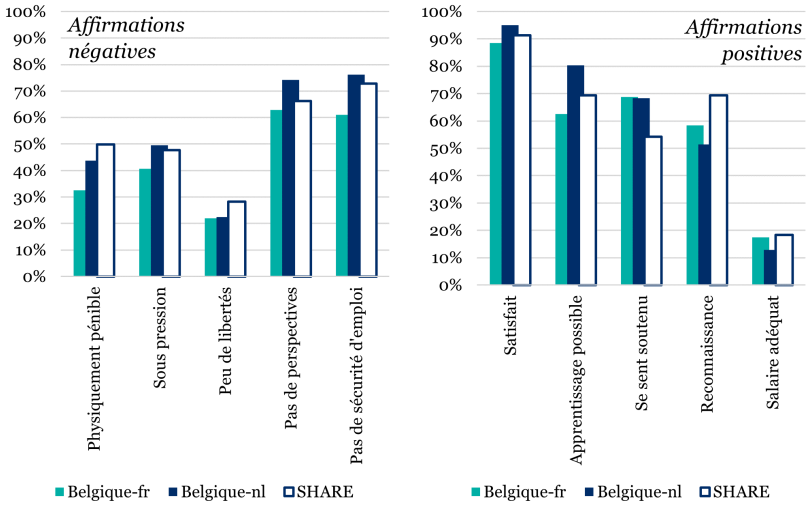
Le **GRAPHIQUE 54** montre dans quelle mesure les travailleurs âgés de 50 ans et plus sont d'accord avec une série d'affirmations, certaines positives et d'autres négatives, portant sur les conditions dans lesquelles ils exercent leur activité professionnelle.

Sur une échelle de *[absolument d'accord ; d'accord ; pas d'accord ; absolument pas d'accord]*, les pourcentages reprennent les personnes qui sont au minimum d'accord avec ces affirmations. Nous pouvons distinguer sur ce graphique les pourcentages moyens au sein de la population belge francophone et néerlandophone ainsi que pour l'ensemble des pays SHARE en 2015.

Si l'on s'intéresse aux affirmations négatives, ce sont les Belges francophones qui, en moyenne, bénéficient de conditions de travail plus favorables : le travail est physiquement pénible pour 32 % d'entre eux (contre 44 % pour les néerlandophones et 50 % pour la moyenne SHARE), ils sont 41 % à se sentir sous pression à cause

d'une lourde charge de travail (contre 50 et 48 %), et ils sont 61 % à trouver que leur emploi n'est pas assez sécurisé (contre 76 et 73 %), entre autres.

Graphique 54 : proportion de personnes en accord avec les affirmations suivantes, liées aux conditions de travail



Tous les travailleurs de plus de 50 ans sont inclus dans ces calculs. Les répondants pouvaient se déclarer « tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord, ou pas du tout d'accord » face à des affirmations, résumées sur ce graphique. Ces calculs reprennent les « tout à fait d'accord » et « d'accord ».
Source : SHARE (2004-2013).

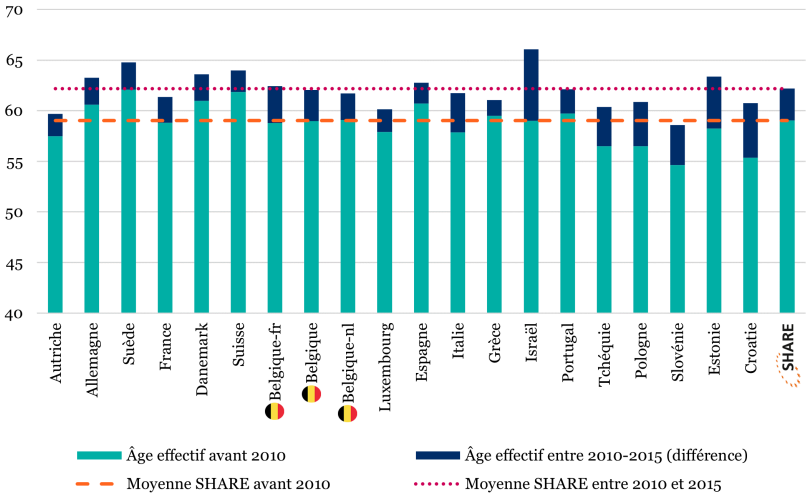
En revanche, lorsqu'on s'intéresse aux caractéristiques positives (à droite sur ce graphique), une grande proportion des travailleurs âgés sont majoritairement d'accord avec ces affirmations, à l'exception de l'adéquation du salaire. Ainsi, à titre d'exemple,

francophones et néerlandophones disent recevoir suffisamment de soutien sur leur lieu de travail à environ 68 %, contre moins de 55 % pour l'ensemble des pays SHARE[6]. Cependant, ils ne sont que 17 et 13 %, respectivement pour les francophones et néerlandophones, à trouver leur salaire adéquat vu leurs efforts et résultats. Les Belges sont également relativement moins nombreux que la moyenne SHARE à admettre recevoir une reconnaissance suffisante dans leur activité professionnelle.

Ces statistiques sont intéressantes mais uniquement à titre indicatif, car elles pourraient donner lieu à une image biaisée de la situation lors d'une analyse plus approfondie. En effet, nous ne pouvons pas exclure qu'un certain nombre de personnes aient décidé de prendre leur retraite de manière anticipée en raison de mauvaises conditions de travail. Le cas échéant, l'échantillon analysé ne serait pas parfaitement représentatif.

Enfin, le **GRAPHIQUE 55** reprend l'évolution de l'âge de départ effectif à la retraite tel qu'observé dans SHARE en vague 6 (2014-2015). Nous distinguons deux groupes de répondants retraités : ceux ayant pris leur retraite avant 2010 et les autres depuis. La moyenne des pays SHARE, indiquée par les lignes horizontales en pointillé sur le graphique, a augmenté de trois ans entre ces deux périodes, passant de 59 à 62 ans. Cette hausse a lieu à des degrés divers dans tous les pays, sans exception, et coïncide avec l'augmentation du taux d'emploi des 50+ observé au travers de l'enquête sur les forces de travail d'EUROSTAT[7].

Graphique 55 : évolution de l'âge de départ effectif à la retraite



Ce graphique reprend l'âge effectif de départ à la retraite pour deux groupes de retraités observés en 2014-2015 (vague 6) : ceux ayant pris leur retraite avant 2010 (bleu clair) et ceux l'ayant prise entre 2010 et 2015 (l'addition du bleu clair et du bleu foncé). *Source* : SHARE (2014-2015).

Ce qu'il faut retenir

La soutenabilité financière des régimes de retraite est un thème récurrent de débat dans la plupart des pays européens. Non sans

raison, étant donné le rapide allongement de la vie et l'arrivée de la génération des baby-boomers aux âges avancés.

Dans ces débats, et sous l'impulsion de l'Union européenne, l'âge effectif de départ à la retraite est souvent considéré comme la pierre angulaire qui pourrait, s'il augmentait, améliorer la situation.

En Europe, il existe une grande hétérogénéité en matière d'institutions et de règles qui, de manière directe ou indirecte, influencent l'âge auquel les travailleurs quittent la vie active.

Néanmoins, l'âge effectif de départ à la retraite aussi bien des hommes que des femmes a augmenté significativement en l'espace de deux décennies dans l'ensemble des pays auscultés par SHARE, comme nous avons pu le constater dans la première étude présentée dans ce chapitre.

Cela a-t-il été au détriment de leur santé ou de leurs conditions de travail ? Ce sont les questions que se sont posées les auteurs de la deuxième étude. Ils en concluent que ce ne serait pas le cas.

Au contraire, les travailleurs âgés sont en moyenne en meilleure santé et bénéficient de conditions de travail favorables, mais ces résultats demandent confirmation. En particulier par des études qui tiendront compte de biais éventuels dus au caractère endogène de la décision individuelle de quitter la vie active, elle-même dépendant de l'état de santé et des conditions de travail.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Son caractère **international** : les deux études reprises pour illustrer le thème de ce chapitre comparent les populations européennes sur un court laps de temps. Utilisant des vagues différentes de l'enquête, les auteurs analysent entre onze et seize pays, dont la Belgique.
- Les deux études s'intéressent aux **parcours de vie des individus** et en particulier au moment où ces derniers décident de cesser toute activité professionnelle. La première s'intéresse aux possibles causes de l'**augmentation de l'âge effectif de départ à la retraite**, et la deuxième aux différences entre travailleurs et retraités en termes de **santé physique et mentale**.

1 K. Komp, « Shifts in the realized retirement age: Europe in times of pension reform and economic crisis », *Journal of European Social Policy*, 2018, vol. 28, (2), pp. 130-142.

2 Ces pays sont : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Italie, Pays-Bas, Suède, Suisse et Tchéquie.

3 M. Wahrendorf, B. Akinwale, R. Landy, K. Matthews et D. Blane, « Who in Europe Works beyond the State Pension Age and under which Conditions? Results from SHARE », *Journal of Population Ageing*, 2017, vol. 10, n° 3, pp. 269-285.

4 Ces pays sont : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, France, Hongrie, Italie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Slovénie, Suède, Suisse et Tchéquie.

5 En règle générale, un travailleur indépendant verse au cours de sa vie active des cotisations moins élevées aux régimes publics de pension qu'un travailleur salarié, dans les mêmes conditions. À titre d'exemple, en Belgique, les travailleurs indépendants versent uniquement des cotisations personnelles à ces régimes. Quant aux travailleurs salariés, leurs cotisations personnelles sont doublées par les contributions de l'employeur. Cette différence se retrouve dans le montant des pensions versées aux uns et aux autres.

6 La question du soutien est posée ainsi : « Au travail, je reçois un soutien approprié dans les situations difficiles ».

7 A. Aliaj, X. Flawinne, A. Jousten, S. Perelman et L. Shi, « Old-age employment and hours of work trends: empirical analysis for four European countries », *IZA Journal of European Labor Studies*, 2016, vol. 5, n° 16.

15. Comment se prépare-t-on à la retraite ? Épargnons-nous en pensant à nos droits futurs à la pension ?

Depuis ses origines, la science économique s'intéresse à l'épargne comme source d'accumulation du patrimoine et de l'investissement, mais également comme foyer d'inégalités. Ainsi, dès la sortie de la Seconde Guerre mondiale, les régimes publics de pension basés sur le ***principe de répartition*** ont été applaudis pour leur capacité à réduire les inégalités auxquelles faisaient face les personnes âgées. Dans le même temps, ces régimes publics de pension étaient soupçonnés de se substituer à l'épargne des ménages et par ce biais avoir un impact négatif sur l'investissement dans l'économie.

Principe de répartition

En matière de pensions, le principe dit de répartition veut que ce sont les générations actuellement actives qui cotisent pour les générations actuellement à la retraite. Les travailleurs et personnes actives sur le marché du travail paient une cotisation à la Sécurité

sociale contre la promesse du versement d'une pension après la retraite. Le système qu'on lui oppose est celui de la capitalisation, dans lequel le travailleur épargne sur un compte individuel pendant la vie active pour constituer un capital-retraite.

Pour essayer d'y voir clair, Mathieu Lefebvre et Sergio Perelman se sont intéressés à mesurer le rôle que les régimes publics de pension belges jouent sur la formation de l'épargne des ménages. À cette fin, ils exploitent, dans un article paru en 2020[1], les données de SHARE en utilisant une méthodologie fondée sur la théorie du cycle de vie[2]. Selon les prédictions de cette théorie qui, comme son nom l'indique, est basée sur les périodes successives de la vie (période en activité et à la retraite, essentiellement), les comportements individuels en matière d'épargne seraient motivés en grande partie par un mécanisme de précaution et d'anticipation des vieux jours, l'objectif principal de l'épargne étant de garder après la retraite des conditions de vie comparables à celles dont on a bénéficié pendant la vie active.

À l'avenir, pour faire face aux problèmes de soutenabilité financière, les régimes publics de pension deviendront moins généreux que par le passé. Comme en témoignent les nombreuses réformes en cours ou déjà implémentées dans la plupart des pays de l'Union européenne, cette baisse de générosité s'effectue(ra) principalement *via* deux leviers particuliers. C'est, d'un côté, l'âge à partir duquel nous pouvons bénéficier de nos droits à la pension qui est augmenté et, de l'autre, les formules utilisées pour le calcul du montant de la pension qui sont modifiées, entre autres le nombre

nécessaire d'années de carrière requises pour une pension complète.

Comme conséquence, les futurs retraités doivent s'attendre à des taux de remplacement probablement moins favorables, en d'autres termes à une diminution du rapport entre le montant net de la pension, d'une part, et le revenu net de l'activité avant la retraite, d'autre part. Tiendront-ils compte de cette perte de pouvoir d'achat en épargnant davantage pour leurs vieux jours ?

Afin de savoir dans quelle mesure l'épargne des ménages belges réagit à des variations potentielles dans les montants escomptés de leur pension, les auteurs ont étudié la relation existante entre la valeur attendue des droits cumulés à la pension et le patrimoine des ménages à partir des données collectées dans le cadre de SHARE et à l'aide de méthodes économétriques. Plus précisément, ils estiment l'effet de substitution entre la promesse d'une pension et l'épargne individuelle en suivant une méthodologie basée sur la théorie du cycle de vie[3]. L'épargne individuelle est ici mesurée par la valeur nette du patrimoine du ménage, composé le cas échant des biens immobiliers et des actifs financiers, tels que les comptes courant et d'épargne, les valeurs boursières, etc.

Les droits à la pension font partie du patrimoine du ménage, bien qu'ils se distinguent par le fait d'être intangibles, donc non mobilisables à très court terme. En effet, les anticipations individuelles se fondent sur la promesse faite par les régimes publics de retraite du versement d'une pension sous la forme d'une rente viagère, autrement dit à partir de la retraite jusqu'au moment du décès, avec la possibilité du versement d'une pension de retraite au conjoint survivant le cas échéant. D'ailleurs, le terme anglais utilisé couramment pour parler des droits anticipés à la pension,

Social Security Wealth, ne laisse aucune ambigüité sur leur caractère patrimonial.

Pour estimer la valeur présente du revenu de l'activité au cours du cycle de vie et la valeur anticipée des droits à la pension, les auteurs se sont basés sur les informations biographiques fournies par les répondants lors de la troisième vague de SHARE, aussi appelée SHARELIFE (2008-2009). C'est en reconstituant les carrières professionnelles, avec les années prestées, les rémunérations et en appliquant les règles en vigueur pour le calcul de la pension qu'ils ont pu estimer pour les travailleurs âgés toujours en activité le montant de la pension attendue et la valeur actuarielle des droits anticipés tenant compte des espérances de vie moyennes par sexe. Ils ont procédé à une estimation actuarielle similaire pour les répondants déjà retraités, fondée sur le montant des pensions perçues.

Les auteurs se sont servis des informations récoltées lors de la deuxième vague de SHARE (2006-2007) pour mesurer le patrimoine des ménages. Comme lors de chaque vague, à l'exception de la troisième et de la septième qui ont été consacrées à la collecte d'informations rétrospectives, SHARE interroge les répondants sur les différents composants de leur patrimoine. Ce dernier inclus tant les actifs physiques, comme les biens immobiliers dont la résidence principale, que les actifs financiers, comme les comptes d'épargne, actions et obligations, en y déduisant le montant d'éventuelles dettes en cours.

Les informations disponibles étant dans certains cas incomplètes, soit parce que le répondant n'a pas souhaité communiquer l'information, soit simplement parce qu'il ne la connaît pas, l'équipe SHARE se base sur des méthodes d'imputation aléatoire pour

combler ces informations manquantes et ainsi pouvoir faire une estimation de la valeur totale du patrimoine du ménage. Les auteurs utilisent ces estimations dans leur étude et vérifient que leurs résultats sont invariants à des tirages aléatoires indépendants.

Tableau 17 : l'effet des droits anticipés à la pension sur le patrimoine net du ménage en Belgique

	Moindres carrés	Régression robuste	Régression à la médiane
	Échantillon complet		
Droits à la pension	- 0,238***	- 0,127***	- 0,143***
	(0,067)	(0,042)	(0,050)
Revenu cycle de vie	0,172***	0,188***	0,182***
	(0,062)	(0,047)	(0,040)
	Sous échantillon		
	Retraités		
Droits à la pension	- 0,222***	- 0,121***	- 0,144***
	(0,073)	(0,044)	(0,050)
Revenu cycle de vie	0,169***	0,171***	0,184***
	(0,060)	(0,051)	(0,036)
	Âgés entre 60 et 75 ans		
Droits à la pension	- 0,277***	- 0,132**	- 0,140*
	(0,101)	(0,058)	(0,075)
Revenu cycle de vie	0,153**	0,188***	0,177***
	(0,067)	(0,051)	(0,043)
	Hommes		
Droits à la pension	- 0,268**	- 0,141**	- 0,155**
	(0,113)	(0,056)	(0,061)
Revenu cycle de vie	0,188***	0,190***	0,172***
	(0,072)	(0,050)	(0,032)
	Femmes		
Droits à la pension	- 0,008	- 0,059	- 0,040
	(0,113)	(0,099)	(0,096)
Revenu cycle de vie	- 0,166	0,056	- 0,065
	(0,201)	(0,165)	(0,157)

Notes : * p < 0,1 ; ** p < 0,05 ; *** p < 0,01. Écart-types robustes entre parenthèses. Chaque régression inclut également comme contrôles l'âge, l'âge au carré, le statut marital, le genre, le nombre d'enfants, le niveau du diplôme, et l'état de santé autodéclaré. *Source : Tableaux 2 et 3, M. LEFEBVRE et S. PERELMAN (2020). SHARE (2006-2007).*

Les principaux résultats de l'étude sont reproduits sur le **TABLEAU 17**. Le modèle est estimé par trois méthodes économétriques alternatives, dont les coefficients sont repris sur les trois colonnes du tableau. Nous observons que, pour l'ensemble de l'échantillon, le coefficient associé aux droits anticipés à la pension sont très statistiquement significatifs et varient entre – 0,127 et – 0,238 selon les modèles.

Ces coefficients nous indiquent que pour 100 € de droits anticipés à la pension en plus, le patrimoine du ménage, et indirectement son épargne au long du cycle de vie, diminue entre 12,7 et 23,8 €, en fonction du modèle estimé. Ce sont des effets très largement au-dessous des prédictions de la théorie du cycle de vie selon laquelle 100 € supplémentaires en droits anticipés à la pension devraient se traduire par une diminution de l'épargne, et du patrimoine, d'un montant équivalent.

Ces résultats montrent également que l'effet des droits anticipés à la pension sur le patrimoine se situe au même niveau, mais avec un signe positif, que l'effet du revenu de l'activité au cours du cycle de vie, en d'autres mots la propension à épargner à partir du revenu. L'ensemble de ces résultats est d'ailleurs confirmé pour différents sous-échantillons dans la population. C'est le cas pour les retraités, les personnes âgées de 60 à 75 ans et pour les hommes, pris séparément.

Les coefficients sont toujours significatifs, à la seule exception de ceux liés aux femmes. Les auteurs interprètent ces résultats comme l'indication d'une absence d'effet de substitution entre les droits anticipés à la pension et le patrimoine net du ménage, probablement conséquence des carrières professionnelles des

femmes, en général plus courtes, et donnant lieu à l'accumulation de droits anticipés à la pension plus faibles.

Tableau 18 : variables descriptives Belgique, 2006-2007

	Total	Hommes	Femmes
Taille de l'échantillon	1.082	572	510
Âge	68,9	69,6	68,1
Années de carrière	34,3	41,4	26,2
Retraités	79,5 %	88,6 %	69,4 %
En couple	73,3 %	84,9 %	60,3 %
Diplôme : primaire	24,5 %	23,6 %	25,5 %
Diplôme : secondaire	46,5 %	46,3 %	46,7 %
Diplôme : supérieur	29,0 %	30,1 %	27,8 %
État de santé : excellent ou très bon	24,9 %	25,4 %	24,3 %
État de santé : Bon	45,8 %	48,6 %	42,8 %
État de santé : moyen ou pauvre	29,3 %	26,0 %	33,9 %
Patrimoine net du ménage (× 1.000 €)	350,8	373,4	325,4
***dont :* Actifs financiers**	106,6	124,0	87,1
Biens immobiliers	244,2	249,4	238,3
Valeur anticipée des pensions publiques (× 1.000 €)	268,4	536,0	187,9
Valeur présente des revenus de la vie active (× 1.000 €)	1.014,5	1.441,1	536,0

Le **TABLEAU 18** reprend une série d'informations descriptives sur l'échantillon utilisé dans cette étude. On y observe des différences

importantes entre femmes et hommes en termes de nombre d'années de carrière, en l'occurrence 26,2 années contre 41,4 en moyenne, respectivement. Les différences au niveau de la valeur présente des revenus perçus durant la vie active (536.000 € pour les femmes contre 1.441.100 € pour les hommes) et des droits anticipés à la pension (187.900 € contre 536.000 €) sont encore plus saisissantes. Nous n'observons pas de différence significative en termes de patrimoine net du ménage (325.400 € contre 373.400 €).

Ceci est fondamentalement dû au fait que la valeur patrimoniale est observée au niveau du ménage, et non au niveau individuel. Dans le cas des couples, les montants totaux du patrimoine du ménage sont à la fois pris en compte pour l'homme et pour la femme, à la même valeur, et ce pour des raisons statistiques. Par conséquent, les différences observées au niveau du patrimoine entre hommes et femmes au **TABLEAU 18** sont dues exclusivement aux ménages dans lesquels une seule personne est présente, homme ou femme, qui n'a donc pas de conjoint. L'écart ainsi observé au niveau des actifs financiers est en défaveur des femmes, 87.100 € contre 124.000 € pour les hommes.

Les auteurs concluent à l'importance de ces résultats en prévision d'une baisse de générosité attendue des régimes publics de pensions. En effet, leurs estimations indiquent une substitution partielle, incomplète, entre droits anticipés à la pension et épargne. Dans la mesure où la diminution anticipée des droits à la pension ne donnerait pas lieu à une augmentation de l'épargne équivalente, il est fort probable que dans certains cas les futurs retraités rencontrent des difficultés pour garder, après la retraite, le même niveau de vie qu'ils auront connu pendant leur vie active. Ils recommandent par ailleurs que des politiques adaptées soient

mises en place dès à présent afin d'encourager l'épargne-retraite, surtout celle destinée au versement d'une rente viagère à partir du moment de la retraite.

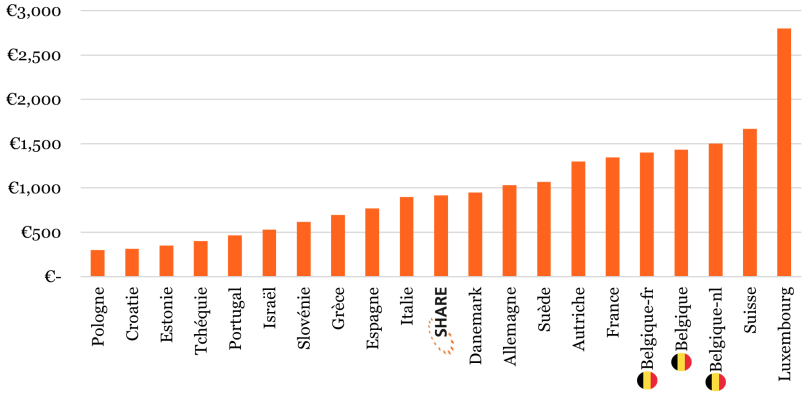
Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

Ces statistiques sont tirées de la vague 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2014-2015.

Cette deuxième partie permet d'aller au-delà du cas belge avec une comparaison entre la Belgique et le reste de l'Europe sur certaines statistiques relatives aux pensions ou à la retraite. Le **GRAPHIQUE 56** présente le montant médian de la pension de retraite mensuelle pour l'ensemble des bénéficiaires âgés de 65 ans ou plus. Ce montant tient compte de toute pension de retraite « classique » (secteur privé et public, pension d'indépendant), la prépension ou la pension anticipée, ainsi que les pensions de survie éventuelles.

Nous retrouvons sur ce graphique les pays de l'est et du sud de l'Europe avec une pension médiane faible, en dessous de la médiane correspondant à l'ensemble des pays SHARE, établie à 918 € par mois. La Pologne, la Croatie, l'Estonie, la Tchéquie et le Portugal enregistrent d'ailleurs une médiane inférieure à 500 € de pension par mois.

Graphique 56 : montant médian de la pension mensuelle

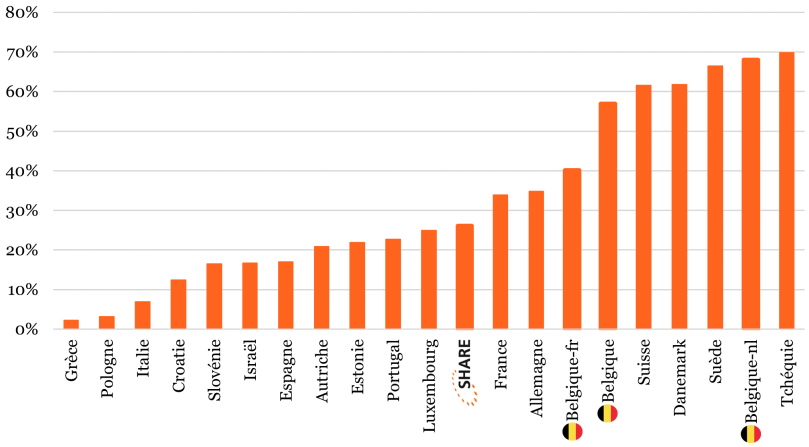


Montant total net des pensions perçues, tous régimes confondus (publics et privés, à répartition ou à capitalisation). Valeur médiane sur la base de l'ensemble des bénéficiaires âgés de 65 ans et plus. Pour les pays ne faisant pas partie de la zone euro, les montants sont convertis en se basant sur les taux de change en vigueur en 2015. *Source : SHARE (2014-2015).*

À droite de la médiane SHARE, nous retrouvons tous les pays de l'ouest et du nord de l'Europe, avec la Belgique, la Suisse et surtout le Luxembourg en tête. La pension mensuelle médiane de ce dernier est en effet de 2.800 €, soit bien au-dessus des autres pays. À l'intérieur de la Belgique, les néerlandophones enregistrent une médiane légèrement supérieure aux francophones.

Aux côtés de la pension de retraite, nous pouvons souscrire à une épargne-pension. Le **GRAPHIQUE 57** montre la proportion des ménages dont les répondants ont entre 50 et 64 ans qui, dans chaque pays, détiennent au moins un compte d'épargne-pension privé individuel.

Graphique 57 : part des ménages de 50-64 ans détenant un compte d'épargne-pension privé



Source : SHARE (2014-2015), 50-64 *ans, par ménage.*

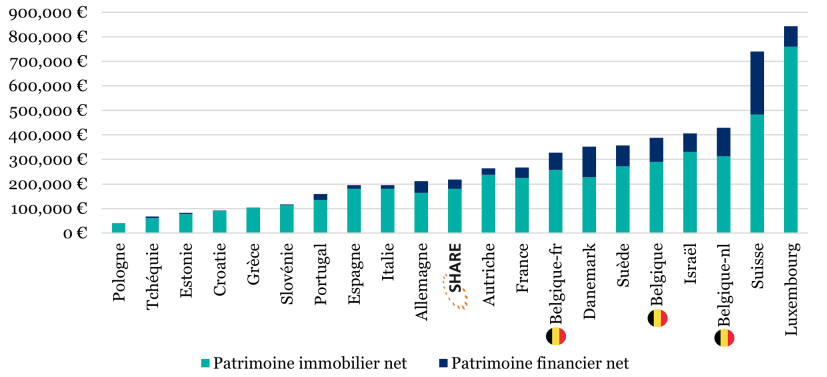
Les pays sont très inégaux sur cette question. Il faut toutefois faire attention lorsque l'on compare ce type de statistiques : il est très difficile d'expliquer pourquoi par exemple en Grèce seuls 2 % de la population des 50-64 ans détient un compte d'épargne-pension privé, alors que d'autres pays de l'Union européenne enregistrent du 66 % (Suède) ou 25 % (Luxembourg) de détention, sans s'intéresser au contexte institutionnel du pays.

En Belgique, la différence entre francophones et néerlandophones est également surprenante. Il existe un écart de près de 30 points de pourcentage entre ceux-ci, pour 40 % de détention chez les francophones contre près de 70 % chez les néerlandophones. De manière générale, les personnes sont plus nombreuses dans les pays de l'ouest et du nord de l'Europe à avoir un compte d'épargne-

pension relevant du secteur privé, comparés aux pays de l'est et du sud de l'Europe.

Être bien informé du montant de sa pension future est possible en Belgique depuis quelques années déjà en consultant la plateforme « *mypension.be* ». Certaines hypothèses pour l'estimer sont nécessaires, le montant reflétant le régime actuel et ce qu'il adviendrait de la pension si la personne continuait à travailler avec le même salaire dans le même secteur (privé, public, indépendant). Il donne cependant une idée de ce à quoi nous avons droit, et permet d'ajuster éventuellement notre comportement de consommation et d'épargne si l'estimation ne donne pas satisfaction ou est au-delà de nos attentes.

Graphique 58 : patrimoine moyen des ménages



Source : SHARE (2014-2015), *50 ans et +, par ménage.*

Le **GRAPHIQUE 58** complète les informations fournies avec le patrimoine net moyen des Européens. Il est le résultat de l'addition du patrimoine immobilier net, c'est-à-dire la valeur des biens immobiliers moins tout emprunt hypothécaire, et du patrimoine financier net, c'est-à-dire la valeur de tous les biens financiers tels que les actions, les comptes d'épargne, etc., moins tout emprunt ou dette.

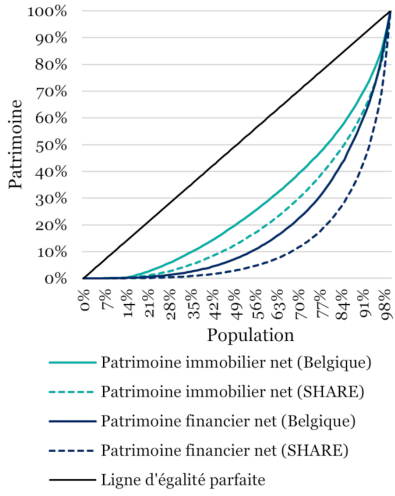
Parmi les ménages européens de personnes de 50 ans et plus, nous trouvons en peloton de tête le Luxembourg et la Suisse avec le patrimoine net le plus important parmi les pays étudiés. La Belgique néerlandophone vient ensuite, avec un patrimoine net inférieur, non loin d'ailleurs de la Belgique francophone.

Le patrimoine financier ne joue pas le même rôle dans tous les pays. Nous voyons qu'il est marginal dans les pays de l'est et du sud de l'Europe, et commence à être à un montant significatif dans les pays de l'ouest et du nord. C'est la Suisse, avec en moyenne un patrimoine financier net par ménage de plus de 250.000 €, qui enregistre le montant le plus élevé. Bien entendu, la moyenne ne dit rien à propos de la distribution de ces montants parmi la population. C'est ce que proposent le **GRAPHIQUE 59** et le **TABLEAU 19** qui l'accompagne.

Le **GRAPHIQUE 59** reprend la distribution du patrimoine immobilier net et du patrimoine financier net en Belgique et pour la moyenne des pays SHARE, illustrés par des courbes de Lorenz. Plus la courbe de Lorenz se rapproche de la ligne d'égalité parfaite (droite à 45°), plus le patrimoine concerné est égalitaire. En effet, cette droite représente une distribution progressive en fonction de la taille de la population : 10 % de la population possède 10 % du patrimoine, 80 % possède 80 % du patrimoine, etc. À l'inverse,

plus cette courbe se gonfle vers la droite et vers le bas, plus la distribution est inégalitaire. En Belgique, la distribution du patrimoine mobilier est plus égalitaire que la distribution du patrimoine financier. Par exemple, 50 % du patrimoine immobilier des ménages âgés de 50 ans et plus est détenu par 21 % d'entre eux et 50 % du patrimoine financier par seulement 13 %. Ces distributions sont plus inégalitaires si l'on tient compte de l'ensemble des pays et des ménages participant à l'enquête SHARE.

Graphique 59 : courbes de Lorenz : patrimoine immobilier et financier et Tableau 19 : indices de Gini : patrimoine immobilier et financier



Pays	Patrimoine immobilier	Patrimoine financier
Italie	0,44	0,73
Tchéquie	0,45	0,58
Pologne	0,45	0,75
Belgique	0,46	0,64
France	0,46	0,68
Luxembourg	0,47	0,7
Grèce	0,47	0,73
Slovénie	0,48	0,78
Espagne	0,48	0,74
Israël	0,5	0,76
Portugal	0,56	0,85
SHARE	0,57	0,76
Suède	0,57	0,61
Estonie	0,6	0,87
Danemark	0,6	0,67
Croatie	0,6	0,83
Allemagne	0,62	0,7
Suisse	0,64	0,64
Autriche	0,72	0,71

Calculs réalisés sur les montants nets (c'est-à-dire en déduisant les éventuelles dettes mobilières ou financières). Le Tableau 19 est ordonné en fonction de l'indice de GINI du patrimoine immobilier : du plus faible (plus égalitaire) au plus élevé (plus inégalitaire). *Source* : SHARE (2014-2015), 50 *ans et +, Calculs réalisés dans Stata* 15, *commandes « glcurve » et « ineqdeco ».*

Ces observations peuvent être résumées en un seul chiffre avec l'indice de GINI, sur le **TABLEAU 19**, qui correspond au poids relatif de l'aire située entre la droite à 45° et la courbe de Lorenz (par rapport à l'ensemble de l'aire sous la droite à 45°). Cet indice est donc facilement interprétable : plus l'indice (la « distance » entre la droite et la courbe) se rapproche de 0, plus la distribution est égalitaire. À l'inverse, plus cet indice se rapproche de 1 (qui équivaudrait à une courbe en angle droit où 99 % de la population ne détient rien et 1 % détient tout), plus la distribution est inégalitaire. L'indice de GINI est calculé pour chaque pays ainsi que pour l'ensemble des pays SHARE. Nous pouvons y voir que la Belgique se situe relativement bien, avec des indices d'inégalité inférieurs à ceux calculés pour l'ensemble des pays (SHARE). Il n'y a pas de différence nette entre les pays du nord, sud, est, et ouest, mais nous retrouvons davantage de pays de l'est parmi les pays dans lesquels la distribution du patrimoine immobilier est la plus égalitaire, relativement parlant.

Ce qu'il faut retenir

La mise en place immédiatement après la Seconde Guerre mondiale des régimes publics de retraite basés sur le principe de la répartition a permis d'abaisser les inégalités, en particulier au sein de la population âgée. Mais la promesse d'une pension aurait pu également avoir entraîné une baisse de l'épargne des ménages et de l'investissement.

Les auteurs concluent qu'il existe bien une substitution entre droits acquis à la pension et épargne. Cependant, cette substitution n'est pas de 100 % : pour 100 € de droits anticipés en plus dans le patrimoine de l'individu, les auteurs estiment une baisse entre 12,7 et 23,8 € de leur épargne.

Ces résultats inquiètent les auteurs. Si la générosité des régimes publics de retraite tendrait à diminuer, comme on peut le craindre, les nouvelles cohortes de travailleurs, et futurs retraités, devront adapter leurs comportements de consommation et d'épargne.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Les auteurs ont utilisé les données de la deuxième vague de l'enquête SHARE (2006-2007), couplées avec les données rétrospectives de la troisième vague (SHARELIFE, 2008-2009) pour la **Belgique**.
- Le volet socioéconomique du questionnaire SHARE est l'un des plus importants de l'enquête. Il s'intéresse aux **conditions de vie** des ménages de 50 ans et plus en faisant une photo de la situation au moment de l'entretien, y compris leur situation patrimoniale. Pour une vision plus complète, SHARE s'intéresse également au passé de l'individu, notamment à l'entièreté de leur carrière professionnelle. Ainsi, les auteurs ont pu estimer, pour

chaque individu, le montant des droits acquis à la pension, patrimoine intangible par définition.

- En se servant de cette estimation, ils ont pu montrer qu'il existe une substitution, entre les **droits acquis à la pension** et l'**épargne privée**.

1 M. Lefebvre et S. Perelman, « Public pension wealth and household asset holdings: new evidence from Belgium », *Journal of Pension Economics and Finance*, 2020, vol. 19, n° 3, pp. 309-322.

2 C'est l'article écrit par Fr. Modigliani et R. H. Brumberg, « Utility analysis and the Consumption Function: An Interpretation of Cross-Section Data » (in K. K. Kurihara [éd.], *Post-Keynesian Economics*, Rutgers University Press, 1954, pp. 388-436) que la théorie du cycle de vie a été exposée pour la première fois. Franco Modigliani a reçu le prix Nobel d'économie en 1985 pour l'ensemble de ses recherches, y compris pour sa participation à l'élaboration de cette théorie.

3 Cette méthodologie suit en fait le modèle proposé par William Gale 1988 qui se basait lui-même sur la théorie du cycle de vie. W. Gale, « The effects of pensions on household wealth: reevaluation of theory and evidence », *Journal of Political Economy*, 1988, 106, pp. 706-723.

PARTIE IV

L'AIDE INFORMELLE ET INTERGÉNÉRATIONNELLE

16. Les aidants proches sacrifient-ils leur santé ?

Des chercheures de l'Université de Dortmund en Allemagne se sont posé la question suivante : fournir de l'aide à une personne dépendante impacte-t-il, positivement ou négativement, l'état de santé de la personne aidante ?

La contribution de Judith Kaschowitz et Martina Brandt sur ce sujet est une étude[1] parue en 2016 qui enrichit la littérature existante. Leur angle d'analyse consiste à distinguer les ***aides informelles*** apportées à l'intérieur et à l'extérieur du ménage, en suivant les mêmes individus sur une période de neuf ans. Ceci permet aux auteures de faire le lien au fil du temps entre l'évolution de l'état de santé des aidants et de l'aide apportée.

Aide informelle

L'aide informelle est définie comme étant une aide concernant des soins personnels du type se laver, s'habiller, utiliser les toilettes, etc., une aide pour le ménage ou encore une aide administrative. Il s'agit d'un soutien non professionnel et non rémunéré à un membre de la famille, y compris le conjoint, à un ami ou un voisin.

Dans SHARE, le répondant est interrogé sur les aides qu'il ou elle a fournies ou reçues durant les douze mois précédant l'entretien.

Pour étudier la question de l'impact de l'aide informelle sur la santé de l'aidant, en plus des vagues 1, 2, 4 et 5 de SHARE, les auteures utilisent les vagues 2 à 5 de ELSA, l'enquête sœur de SHARE en Angleterre, toutes deux couvrant la période 2004-2013. Ce n'est pas moins de 168.632 entretiens qui sont repris, correspondant à 82.524 individus interrogés au cours du temps, aidants comme non-aidants.

Le **TABLEAU 20** décrit pour la moyenne des pays SHARE et pour l'Angleterre l'importance de l'aide informelle en faisant la distinction entre l'aide fournie au sein ou à l'extérieur du ménage. Nous y voyons que, en moyenne sur l'ensemble de la période et pour l'ensemble des pays considérés, 9 % des répondants déclarent avoir fourni de l'aide à un autre membre du ménage et 16 % à une personne vivant à l'extérieur du ménage. Fait important, une large part d'entre eux ont fourni de l'aide sur une période relativement longue. En effet, près de 40 % ont déclaré avoir apporté de l'aide à autrui au moins sur deux vagues consécutives de l'enquête (le temps qui sépare deux entretiens peut varier selon les cas entre deux et trois ans).

Bien entendu, le niveau d'aide informelle fourni varie beaucoup entre les pays. Le **GRAPHIQUE 60** reprend les statistiques correspondant à la première ligne du **TABLEAU 20** et les décline pour les onze pays étudiés.

Tableau 20 : proportion d'aidants dans la population âgée de 50 ans et plus (share et esla)

Aide apportée à :	l'intérieur du ménage	l'extérieur du ménage
Aide apportée au moins une fois sur toute la période	9,3 %	16,3 %
Si aide apportée au moins une fois sur toute la période, aide de longue durée	36,5 %	37,0 %
Non-aidants devenus aidants au cours de la période	5,5 %	11,1 %

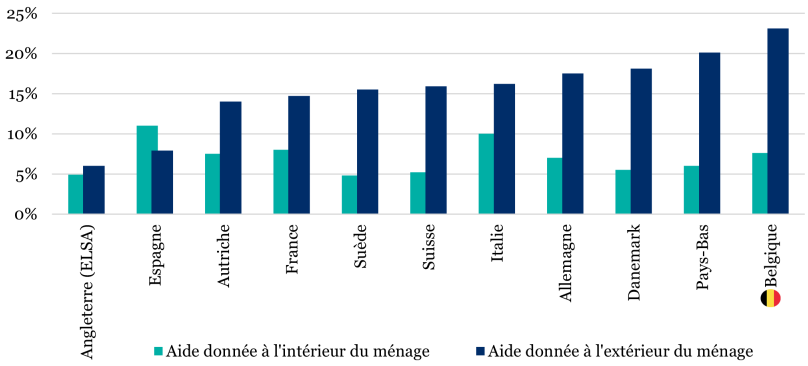
L'aide fournie à l'intérieur du ménage concerne généralement le conjoint ou un enfant corésidant. L'aide fournie à un membre extérieur au ménage peut concerner un membre de la famille, des proches, voisins, etc. Ces catégories ne sont pas exclusives, c'est-à-dire que les personnes fournissant de l'aide à l'intérieur de leur ménage peuvent dans le même temps fournir de l'aide à une autre personne en dehors du ménage. *Source : J. KASCHOWITZ et M. BRANDT (2016). SHARE et ELSA (2004-2013).*

La Belgique est le pays qui a la proportion la plus importante d'aidants informels avec 23 %, fournissant de l'aide à des individus situés à l'extérieur de leur ménage. Les Pays-Bas et le Danemark suivent de près avec 20 % et 18 %, respectivement.

L'hypothèse testée par les auteures est la suivante : la santé de l'aidant proche peut s'affaiblir en raison de la nature lourde et usante de la tâche.

Elles postulent également que cet effet négatif sur la santé de l'aidant proche sera d'autant plus observé dans les pays où l'aide formelle (professionnelle) est la moins développée, donc là où on compte davantage sur l'entourage proche pour apporter de l'aide aux personnes en situation de dépendance.

Graphique 60 : aide informelle fournie à l'intérieur et à l'extérieur du ménage



Pays classés en fonction de la proportion d'aide informelle fournie à l'extérieur du ménage, de la plus petite à la plus grande. *Source : Graphique 1, J. KASCHOWITZ et M. BRANDT (2016). SHARE et ELSA (2004-2013).*

Cet impact négatif sur la santé peut varier en fonction de différentes caractéristiques, tant individuelles que sociétales :

- le réseau social et familial : l'entourage de l'aidant peut éventuellement absorber une partie du stress physique et/ou mental généré, ou partager la tâche ;
- l'offre de services professionnels (publique ou privée) : plus celle-ci est importante et accessible dans un pays ou une région, plus il sera possible pour l'aidant proche, et la personne dépendante, de se reposer sur cette aide ;

- la relation aidant-aidé, le motif de l'aide, ainsi que son intensité.

Les auteures analysent onze pays européens qu'elles classent en trois groupes correspondant au niveau d'organisation de l'aide formelle (professionnelle) aux personnes dépendantes ou fragilisées :

1. les pays recourant le plus à l'aide informelle, surtout développée au niveau familial : Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, France et Italie ;
2. les pays où l'aide formelle est davantage répandue : Danemark, Pays-Bas, Suisse et Suède ;
3. un pays où les deux systèmes coexistent à un niveau relativement développé : Angleterre.

Le **TABLEAU 21** résume ces résultats pays par pays en faisant la distinction entre les aides apportées à l'intérieur ou à l'extérieur du ménage. Deux indicateurs de santé sont pris en considération, d'une part, l'état de santé subjectif (autoévalué) et, d'autre part, l'éventuelle présence de symptômes liés à la dépression (échelle EURO-D). Un signe négatif indique une relation négative et inversement, entre le fait d'apporter de l'aide à autrui et l'indice santé correspondant.

Les résultats ne permettent pas de trancher la question initiale, relative à un effet de l'aide informelle sur la santé de l'aidant, car ils varient en fonction des pays. Néanmoins, certaines tendances se dégagent.

Des deux indicateurs que sont la santé autoévaluée (colonnes 1 et 2) et la santé mentale (3 et 4), c'est cette dernière qui semble être

affectée par le fait d'apporter son aide à un proche dépendant. Comme nous pouvons le voir, l'effet négatif sur la santé mentale est significatif dans la plupart des pays, plus particulièrement en Espagne, Italie, Suisse et Suède. Nous n'observons pas ici l'intensité de l'effet, mais uniquement son signe, positif ou négatif.

Tableau 21 : effet de l'aide sur la santé de l'aidant proche, analyse de long terme (signes des effets significatifs)

		Santé autoévaluée		**Symptômes de dépression**	
		Si aide apportée à **l'intérieur** du ménage	Si aide apportée à **l'extérieur** du ménage	Si aide apportée à **l'intérieur** du ménage	Si aide apportée à **l'extérieur** du ménage
		(1)	(2)	(3)	(4)
Aide organisée au niveau familial principalement	Autriche	~	~	-	~
	Belgique	~	~	-	~
	Allemagne	~	~	-	~
	Espagne	~	~	-	-
	France	-	~	-	~
	Italie	~	+	-	-
Aide professionnelle plus développée	Suisse	~	~	-	-
	Danemark	~	+	-	~
	Pays-Bas	~	~	~	-
	Suède	~	~	-	-
Mixte	Angleterre	~	+	~	-

***Légende* : (+) = *effet positif* ; (-) = *effet négatif* ; (~) = *sans effet significatif*.**
Source : *Adaptation des tableaux 2 et 3 de J. KASCHOWITZ et M. BRANDT (2016), modèles à effets fixes. SHARE et ELSA (2004-2013).*

En ce qui concerne la santé auto évaluée, qui correspond à la façon dont les personnes perçoivent leur santé en général, les effets ne sont pas aussi clairs : bien que les auteurs observent, à partir des statistiques descriptives, que les aidants de proches à l'intérieur de leur ménage sont en moins bonne santé que ceux qui ne fournissent aucune aide, les effets de long terme ne leur permettent pas de conclure à la présence d'un effet négatif significatif de cette aide sur leur état de santé, hormis en France. Des effets positifs sont même estimés pour l'Italie, le Danemark et l'Angleterre, dans les cas de l'aide apportée à des personnes en dehors du ménage.

Dans une étude parue en 2017[2], qui prolonge la réflexion sur cette problématique, Melanie Wagner et Martina Brandt s'intéressent au bien-être et à la santé mentale des aidants qui prennent en charge l'aide du conjoint dépendant. Leur étude prend en considération notamment le niveau économique (PIB par habitant) et l'accessibilité aux soins de longue durée professionnels[3] dans la région de résidence, suivant la classification NUTS-2 d'EUROSTAT.

Au-delà d'une comparaison de différents pays, les auteures font la distinction entre 138 régions ou provinces[4] dans lesquelles habitaient en 2012-2013 les près de 29.000 répondants à la vague 5 de SHARE retenus pour cette étude.

Les aidants cohabitants, notamment les conjoints aidants, sont ceux qui souffrent le plus souvent au niveau de leur santé mentale, comme nous l'avons vu au travers de la première étude analysée plus haut. Ces conjoints aidants sont le plus souvent des femmes âgées, faiblement diplômées et qui font partie de ménages qui rencontrent la plus grande difficulté à boucler leurs fins de mois. Les auteures notent que globalement ces personnes ont une

situation de vie moins favorable, par rapport aux non-aidants, ce qui a des répercussions sur leur bien-être.

Le **TABLEAU 22** résume, au niveau des pays, les informations collectées par les auteures sur la disponibilité de lits pour des soins de longue durée (SLD) et le PIB par habitant, ainsi que l'étendue des variations entre les régions pour ces deux indicateurs.

Tableau 22 : accessibilité aux soins de longue durée (sld) et pib par habitant

	Nbre de régions	Nbre de lits		PIB par habitant	
		Moyenne	Minimum et maximum	Moyenne (€)	Minimum et maximum (€)
Belgique	11	6,9	4,5 - 9,9	34.000 €	22.750 € - 60.707 €
Suisse	7	6,9	5,3 - 8,0	61.900 €	56.989 € - 80.194 €
Luxembourg	1	5,7	5,7	80.700 €	80.700 €
France	21	5,6	4,2 - 7,7	31.100 €	23.722 € - 52.294 €
Allemagne	38	5,2	4,0 - 6,5	32.600 €	22.978 € - 54.071 €
Danemark	5	4,7	3,7 - 5,0	43.900 €	30.752 € - 56.036 €
Autriche	9	4,4	2,8 - 6,0	36.400 €	25.582 € - 47.623 €
Espagne	18	4,4	1,9 - 7,5	22.300 €	15.409 € - 30.916 €
Tchéquie	8	4,2	2,2 - 5,9	14.600 €	11.675 € - 32.021 €
Estonie	1	3,9	3,9	13.000 €	13.000 €
Italie	19	1,8	0,3 - 4,6	25.700 €	13.038 € - 39.975 €

Source : Tableau 1, M. WAGNER et M. BRANDT (2017). SHARE (2013).

Le nombre de lits par 100 personnes de 65 ans ou plus varie très fortement entre les pays, mais aussi entre les régions ou provinces.

Ainsi, ce sont les pays du nord, de l'ouest, et du centre de l'Europe qui ont, en moyenne, une offre plus élevée de lits pour des soins de longue durée. La Belgique et la Suisse sont en tête, avec 6,9 lits pour 100 habitants âgés de 65 ans et plus. L'Italie est le pays où cette offre est la moins développée. Le PIB par habitant varie significativement entre les pays, mais également entre les régions au sein d'un même pays, ce qui apporte une information contextuelle clé pour l'étude.

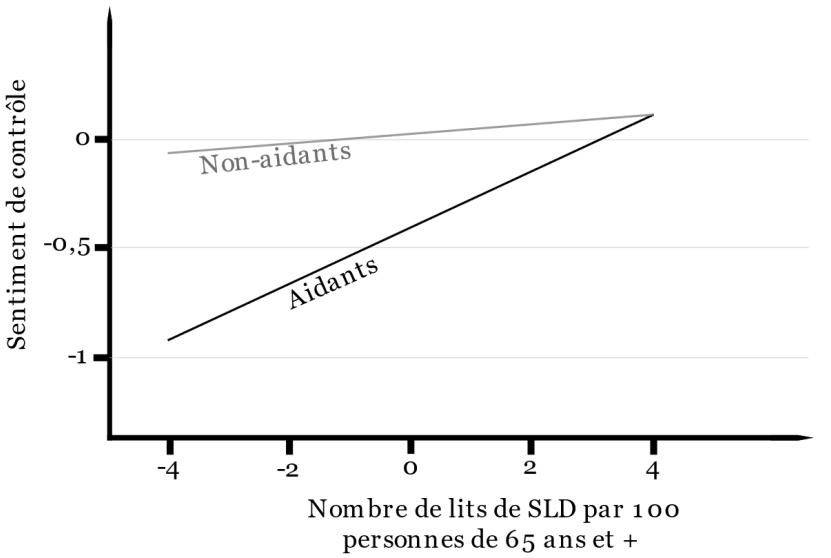
L'étude montre que l'existence d'un certain niveau d'organisation de services de soins de longue durée a un effet de soutien indirect à l'aidant. Sans nécessairement réduire la quantité de soins fournis par le proche aidant, l'offre de soins organisée permet de lui donner un sentiment que les auteurs qualifient de « contrôle » sur sa vie et ses choix. Dans SHARE, ce sentiment de contrôle est estimé par la question : « À quelle fréquence avez-vous l'impression que ce qui se passe est en dehors de votre contrôle ? (Souvent, parfois, rarement ou jamais) ». Ainsi, les aidants seraient en quelque sorte rassurés dans leur démarche d'aide en obtenant des informations pratiques et davantage de soutien moral, surtout là où la disponibilité de lits de SLD est plus importante.

Le **GRAPHIQUE 61** montre schématiquement que plus le nombre de lits dans la région de résidence est important, plus les aidants gagnent en sentiment de contrôle[5]. C'est également le cas pour les non-aidants, mais les auteures estiment que cet effet n'est pas significatif.

Enfin, les auteures trouvent par des techniques économétriques que l'existence de ce sentiment de contrôle chez l'aidant améliorerait son niveau de bien-être et diminuerait les cas de dépression qui, nous l'avons vu plus haut, pourraient découler de

l'aide elle-même. L'accessibilité aux soins de longue durée professionnels aurait de ce fait une incidence indirecte positive sur le bien-être et la santé des aidants.

Graphique 61 : association : sentiment de contrôle et nombre de lits de sld disponibles



Source : *Adaptation du graphique 1, M. WAGNER et M. BRANDT (2017). SHARE (2013).*

Elles conseillent aux niveaux de pouvoir qui régulent l'offre de soins de longue durée de développer davantage ces soins mais également de développer une organisation de l'aide qui déchargerait les aidants informels, ce qui pourrait amener davantage de personnes à faire le choix de devenir aidant.

L'organisation au niveau national ou régional de services de soins de longue durée peut donc engendrer deux effets positifs : d'une part, comme montré au **CHAPITRE 9**, tant les personnes aidées que les aidants semblent en meilleure santé. D'autre part, cette offre permet d'améliorer le niveau général de bien-être des aidants.

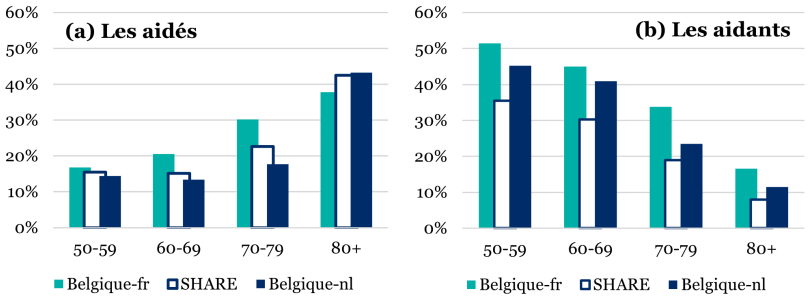
Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

Ces statistiques sont tirées de la vague 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2014-2015.

Nous savons maintenant qu'apporter de l'aide peut entraîner des conséquences négatives pour la santé des aidants, du moins en ce qui concerne la santé mentale avec des symptômes de dépression en hausse. Mais qui sont les aidants ? Qui aident-ils et, lorsque les personnes reçoivent de l'aide, d'où cette aide vient-elle ?

Le **GRAPHIQUE 62** reprend les aides reçues (a) et données (b) de/à l'extérieur du ménage, pour la population SHARE dans son ensemble, ainsi que pour les populations francophone et néerlandophone de Belgique. Ces statistiques sont basées sur les déclarations des répondants, qui peuvent indiquer jusqu'à trois personnes auxquelles elles ont fourni de l'aide et trois autres desquelles elles en ont reçu, pour des personnes vivant à l'extérieur du ménage.

Graphique 62 : pourcentage d'aidés (a) et d'aidants (b), par âge, recevant ou donnant de l'aide à l'extérieur du ménage



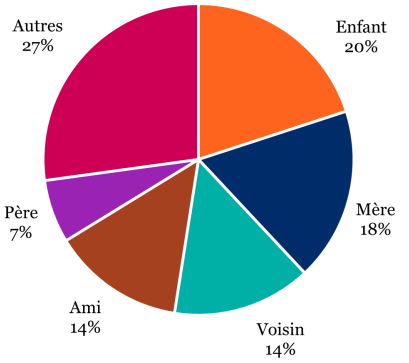
L'aide analysée sur ce graphique ne prend pas en considération celle fournie à l'intérieur du ménage. La période couverte se limite à l'année précédant l'interview et l'aide peut avoir été occasionnelle ou régulière. *Source* : SHARE (2014-2015).

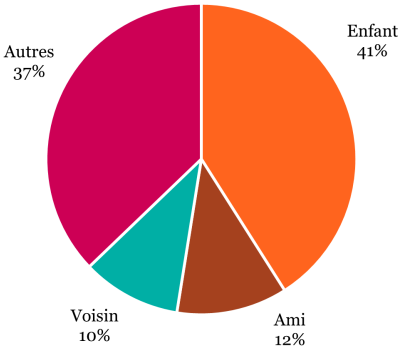
Les deux côtés de l'aide informelle ont des profils différents : lorsque la part des aidés dans la population augmente avec l'âge, la part des aidants suit une tendance inverse. Les besoins d'aide et les capacités d'aide varient en effet selon l'âge : il est moins aisé pour une personne de 80 ans de fournir de l'aide aux autres. Elle commencera probablement, en revanche, à avoir besoin de ce type d'aide elle-même.

Néanmoins, la part des aidants reste importante, à tout âge, contrairement à l'image que l'on peut se faire du processus de vieillissement qui est trop souvent perçu comme un repli sur soi accompagné d'une perte en capacité physique et mentale. À plus de 80 ans, les Belges francophones sont encore 17 % à fournir de l'aide à une personne en dehors de leur ménage.

L'aide fournie par les aidants l'est le plus souvent envers un enfant ou un parent, en l'occurrence davantage la mère étant donné l'important écart d'espérance de vie dont
bénéficient les femmes. Ces deux catégories comptent en effet pour 40 % des personnes destinataires de ces aides, dont le détail est fourni sur le **GRAPHIQUE 63**. La catégorie « autres », soit plus du quart des aidés par le répondant, concerne 23 sous-catégories différentes.

Graphique 63 : catégories de personnes aidées par le répondant (aide extérieure au ménage) et Graphique 64 : catégories de personnes qui ont aidé le répondant (aide extérieure au ménage)





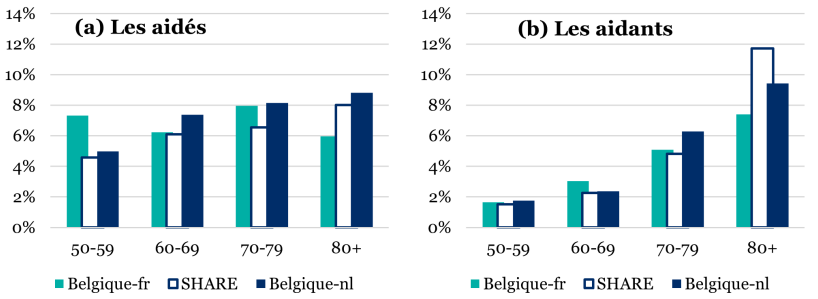
L'aide analysée sur ce graphique ne prend pas en considération celle fournie à l'intérieur du ménage. La période couverte se limite à l'année précédant l'interview et l'aide peut avoir été occasionnelle ou régulière. La catégorie « autres » peut inclure des membres de la famille plus lointains tels que des oncles, tantes, nièces etc., mais également des professionnels tels qu'un thérapeute, un soignant ou membre du clergé. Aucune de ces relations prises séparément n'est suffisamment grande pour apparaître sur ces graphiques.
Source : SHARE (2014-2015), *moyenne* SHARE.

Le profil des personnes fournissant de l'aide au répondant de 50 ans et plus est représenté sur le **GRAPHIQUE 64**. La distribution est logiquement différente : il s'agit pour la plupart d'un enfant (cité pour 41 % des cas), d'un ami ou un voisin. La catégorie « autres » correspond maintenant à plus du tiers des aidants.

L'aide fournie à une personne en situation de dépendance au sein du ménage, le plus souvent le conjoint, est sans doute la plus intense et la plus épuisante, physiquement et moralement, comme l'indique l'étude dévoilée en première partie de ce chapitre. Il y a cependant moins de personnes concernées.

Le **GRAPHIQUE 65** présente le profil par âge des aidants et des aidés pour de l'aide fournie au sein du ménage et de ce fait est comparable aux profils par âge correspondant à l'aide hors ménage présentés au **GRAPHIQUE 62**.

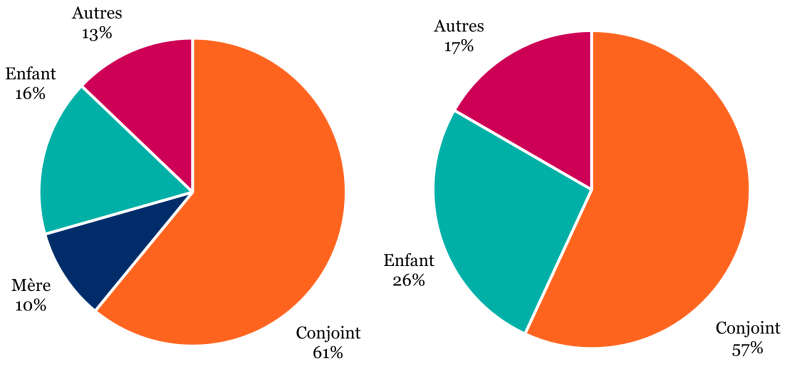
Graphique 65 : pourcentage dans la population des aidés (a) et des aidants (b), par âge, au sein d'un même ménage



L'aide analysée sur ce graphique ne prend pas en considération celle fournie à l'extérieur du ménage. La période couverte se limite à l'année précédant l'interview et l'aide peut avoir été occasionnelle ou régulière. *Source* : SHARE (2014-2015).

C'est surtout le profil par âge des aidants qui est différent : le pourcentage dans la population augmente maintenant en fonction de l'âge. Ceci est très probablement dû au fait que l'aide à l'intérieur du ménage est davantage mutuelle : un conjoint va s'occuper de son partenaire, un geste qui sera peut-être rendu quelques temps plus tard lorsque la situation de dépendance change ou devient commune.

Graphique 66 : catégories de personnes aidées par le répondant (aide au sein du ménage) et Graphique 67 : catégories de personnes qui ont aidé le répondant (aide au sein du ménage)



L'aide analysée sur ce graphique ne prend pas en considération celle fournie à l'extérieur du ménage. La période couverte se limite à l'année précédant l'interview et l'aide peut avoir été occasionnelle ou régulière. La catégorie « autres » peut inclure d'autres membres de la famille tels que le père, des oncles, tantes, nièces etc. mais également des professionnels tels qu'un thérapeute, un soignant ou membre du clergé ou encore des voisins ou des amis. Aucune de ces relations prises séparément n'est suffisamment grande pour apparaître sur ces graphiques. *Source* : SHARE (2014-2015), *moyenne* SHARE.

Comme le montre le **GRAPHIQUE 66**, la plupart des personnes aidées par le répondant sont leur conjoint : ils représentent 61 % des aidés. Enfin, le **GRAPHIQUE 67** reprend les catégories prédominantes qui apportent de l'aide au sein du ménage du répondant : comme attendu il y un effet miroir puisqu'il s'agit encore une fois d'une majorité de conjoints et d'enfants.

Ce qu'il faut retenir

L'aide informelle, son organisation, son impact sur la santé des aidants, et le soutien apporté par les pouvoirs publics, auraient le mérite d'être davantage étudiés. Dans certains pays, cette aide est en partie reconnue, favorisée et soutenue par l'État et complémentaire avec l'aide professionnelle, y compris l'offre de soins de longue durée en institution. Dans d'autres, l'aide aux personnes dépendantes se fait principalement par des membres de la famille car il n'existe pas d'offre professionnelle suffisamment développée ou pas suffisamment subventionnée.

Très souvent, les aidants vont au-delà de leurs possibilités au détriment de leur propre état de santé. Plusieurs facteurs peuvent néanmoins atténuer cet impact négatif : la présence d'un entourage familial et social, le degré d'intimité avec la personne aidée, le motif d'aide, mais aussi et surtout le niveau d'aide professionnelle et l'encadrement apporté à l'aide informelle par les pouvoirs publics.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Son caractère **longitudinal** : pour déterminer un lien de causalité de l'aide sur la santé de l'aidant, les auteurs ont utilisé les données de SHARE en suivant les répondants sur quatre vagues, entre 2004 et 2013.
- Son caractère **international** : les auteurs tirent avantage de la comparabilité de l'enquête SHARE avec l'enquête ELSA, réalisée en Angleterre. Le nombre total de personnes suivies s'élève ainsi à 82.524, pour un total de 168.632 entretiens.
- Deux dimensions de l'enquête sont explorées :
    - la **santé**, d'une part, au travers de l'évaluation faite par les répondants eux-mêmes et, d'autre part, via une série de douze questions évaluant la présence de signes éventuels de symptômes dépressifs ;
    - l'**aide** éventuellement apportée ou reçue des autres de manière informelle, que ce soit entre des personnes appartenant au même ménage ou en dehors de celui-ci.
- Les auteurs montrent surtout le rôle que peuvent jouer les pouvoirs publics en soutenant les **aidants proches**. Non seulement la qualité de vie et la santé des aidants seraient améliorées, mais également celles des personnes dépendantes.

1 J. Kaschowitz et M. Brandt, « Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal approach », *Social Science & Medicine*, 2016, 173 (2017), pp. 72-82.

2 M. Wagner et M. Brandt, « Long term Care provision and the Well-Being of Spousal Caregivers: An Analysis of 138 European Regions », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 2017.

3 L'accessibilité aux soins de longue durée professionnels est estimée par le nombre de lits disponibles en institution par 100 habitants âgés de 65 ans ou plus.

4 Ces régions ou provinces se trouvent en : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, France, Italie, Luxembourg, Suisse et Tchéquie.

5 Le sentiment de contrôle fait partie de l'échelle de qualité de vie (CASP), mentionnée notamment au CHAPITRE 8.

17. L'aide informelle : quelles conséquences pour l'emploi de l'aidant ?

Comme dans le chapitre précédent, c'est à l'aide informelle que nous nous intéressons ici. Cette fois cependant, les articles sélectionnés portent sur l'effet potentiel de l'aide informelle sur la vie professionnelle de la personne aidante : a-t-elle été amenée à réduire ses heures de travail, voire à quitter la vie professionnelle, pour se focaliser sur l'aide au parent dépendant ?

Parmi les aidants, c'est principalement la cohorte des 50-64 ans qui est mise sous pression. Dans un article publié en 2009[1], Roméo Fontaine faisait remarquer que les personnes qui composent cette classe d'âge étaient déjà amenées à travailler plus longtemps. En effet, le maintien en emploi des personnes de plus de 50 ans est devenu une priorité dans la plupart des pays de l'Union européenne[2]. Mais parallèlement, les personnes de cette classe d'âge ont souvent dans leur entourage un parent dépendant, le plus souvent le père ou la mère mais aussi le conjoint, qui requiert de l'aide. Nous observons en effet dans SHARE que cette aide est généralement fournie par un membre de la famille dans cette tranche d'âge. On parle alors d'aide informelle pour faire la distinction avec l'aide formelle, qui est professionnelle et rémunérée.

Comme souligné auparavant, il existe une grande variabilité en cette matière entre les pays européens. Dans certains pays, l'aide

formelle est peu présente voire inexistante, dans d'autres elle est davantage organisée et son coût pris en charge, partiellement ou totalement, par des institutions publiques ou privées.

Cette juxtaposition d'attentes qui pèsent sur les 50-64 ans particulièrement dégage un paradoxe : si la société s'attend à ce que ce soit la famille qui s'occupe des aînés, les aidants se retrouvent eux-mêmes avec moins de temps disponible pour travailler. Or, comme la société s'attend à ce qu'ils restent actifs plus longtemps, repoussant à plus tard le moment de la retraite, cela a pour conséquence de réduire le temps dont ces personnes disposent pour éventuellement venir en aide à un parent dépendant.

Cependant, la littérature scientifique revue par l'auteur n'est pas unanime sur le sujet. Par exemple, un aspect peu discuté est le temps consacré aux loisirs qui pourrait, peut-être plus que le temps alloué au travail, être sacrifié pour s'adonner à l'aide d'un parent dépendant. De plus, deux effets consécutifs à l'aide pourraient tendre vers une augmentation ou à tout le moins au maintien d'une activité professionnelle :

1. la fourniture de soins peut être coûteuse pour l'aidant, celui-ci serait alors amené à trouver d'autres sources de revenus, et par conséquent éventuellement à travailler un petit peu plus tout en fournissant de l'aide ;
2. apporter de l'aide à un parent proche dépendant pourrait s'avérer une tâche épuisante, mentalement et physiquement, pour l'aidant. Dans ces circonstances, il pourrait chercher à avoir une activité sur le côté, pour s'échapper ou se libérer, au moins partiellement, du rôle d'aidant.

La littérature semble au moins d'accord sur un point : la participation sur le marché du travail est perturbée d'une façon ou d'une autre par l'aide informelle fournie à autrui, et d'autant plus pour les femmes que pour les hommes. Cette observation est principalement due au rôle prédominant des femmes dans l'apport de soins informels au sein des familles. Mais cet effet de l'aide sur l'emploi des femmes ne concerne tout de même qu'une partie des aidantes : celles qui consacrent plusieurs heures par jour à l'aide d'un parent, moins de 30 % d'entre elles selon l'auteur[3].

Tableau 23 : aide à un parent dépendant, intensité et fréquence

	Proportion d'enfants aidant un parent	Proportion de femmes aidant un parent	Heures par semaine en dehors du ménage	
			Hommes	Femmes
Europe du Sud	24 %	62 %	5,3	9,4
Europe de l'Est	24 %	64 %	4,6	6,5
Europe de l'Ouest	33 %	60 %	1,5	2,7
Europe du Nord	41 %	57 %	0,8	1,3
Moyenne	*32 %*	60 %	*1,2*	*3,0*

Calculs réalisés pour les personnes âgées de 50 à 65 ans ayant un seul parent en vie. La première et la dernière colonne font référence à l'aide d'un enfant à leur parent tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de leur ménage, la deuxième colonne ne reprend que l'aide fournie à l'extérieur du ménage.
Source : Tableaux 1, 2 et 4 de R. FONTAINE (2009). SHARE (2006-2007).

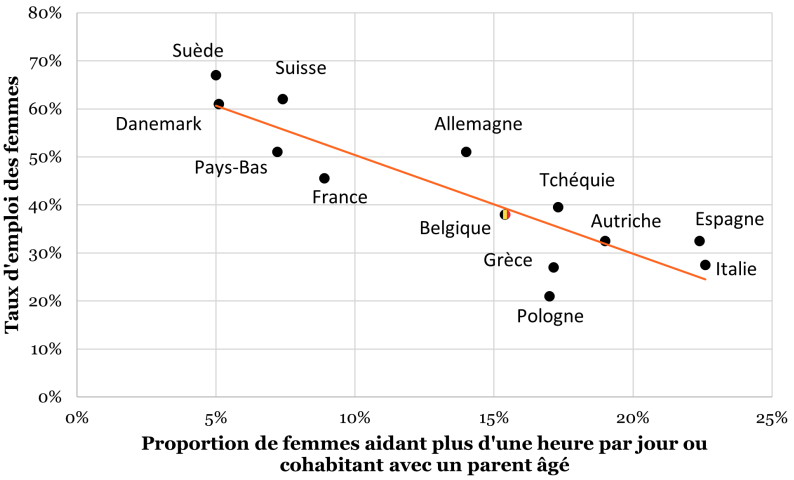
Pour comprendre la dynamique de l'aide ainsi que son importance, quelques indicateurs calculés à partir des données de SHARE sont proposés dans le **TABLEAU 23**. Ils concernent l'aide d'un enfant à un parent dépendant : la proportion d'enfants aidants parmi la population âgée de 50 à 64 ans ; l'intensité de l'aide apportée, mesurée par le nombre d'heures par semaine dédiées à cette aide ; et la part des femmes parmi les enfants aidants.

Si l'intensité de l'aide est plus grande dans les pays de l'est et du sud de l'Europe, la proportion d'aidants dans ces pays est paradoxalement la plus faible. En effet, cette proportion s'élevait, en 2006-2007, à 24 % dans les pays du sud et de l'est de l'Europe, à 33 % dans les pays de l'ouest et 41 % dans les pays du nord de l'Europe. À titre de comparaison, en Belgique, la proportion totale d'aidants était de 39 %.

Le nombre d'heures allouées à l'aide est en moyenne deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes, avec 1,2 heure pour les hommes et 3 heures par semaine de moyenne pour les femmes. Ces dernières aident de manière plus intensive mais également plus fréquemment : les femmes comptent pour 60 % des aidants.

L'auteur fait remarquer une tendance négative entre l'intensité de l'aide et le taux d'emploi des femmes âgées entre 50 et 64 ans sur le **GRAPHIQUE 68**. Plus la proportion de femmes dans cette tranche d'âge accordant au moins une heure d'aide par jour à un parent âgé[4] est élevée, plus le taux d'emploi des femmes dans le pays est faible. Ce sont la Suède, le Danemark et la Suisse qui ont à la fois les plus faibles pourcentages d'aidants et les plus hauts taux d'emploi parmi les femmes dans la catégorie de la population qui est analysée.

Graphique 68 : emploi et aide aux parents dépendants. femmes âgées de 50 à 65 ans avec un seul parent en vie



Source : Reproduction du Graphique 2 de R. FONTAINE (2009). SHARE (2006-2007).

À l'opposé sur ce graphique se trouvent les pays du sud et de l'est, avec une proportion importante de femmes aidantes de manière intensive, ainsi que des taux d'emploi faibles.

La Belgique apparaît sur ce graphique dans une position similaire à celle des pays du sud et de l'est de l'Europe.

Qu'en est-il du lien entre le fait de donner de l'aide et avoir un emploi ? D'après les calculs économétriques de l'auteur, le fait d'aider un proche et de travailler sont deux activités indépendantes, ce qui implique que l'un ne va pas modifier l'autre. Ce résultat tient

pour l'ensemble des pays étudiés, tant que l'on ne considère pas l'intensité de l'aide.

En effet, si l'analyse se limite à l'apport d'une aide de manière plus intensive (plus d'une heure d'aide par jour), l'indépendance entre ces deux activités ne tient plus que pour les aidants des pays du nord et de l'ouest de l'Europe.

C'est dans ces deux régions d'Europe que l'on trouve l'intensité d'aide moyenne la plus faible. C'est également dans ces régions que l'offre formelle de soins est la plus développée, comme nous en avons discuté au **CHAPITRE 16**.

En revanche, le taux d'emploi plus faible observé dans les pays du sud et de l'est de l'Europe pourrait être expliqué en partie par le mécanisme de l'aide informelle. Dans ces pays, apporter plus d'une heure par jour d'aide en moyenne réduirait bien la probabilité d'exercer une activité professionnelle.

Il est important de noter que ces résultats sont établis sans prendre en compte l'intensité du travail, c'est-à-dire le nombre d'heures par semaine effectivement travaillées. Or, il semble évident qu'avant de quitter son emploi, la personne aidante essaiera, dans la mesure du possible, de passer à une forme de travail partiel, au moins dans une première étape et en fonction de l'intensité de l'aide.

Cette dimension est ajoutée dans l'analyse d'une deuxième étude, que nous résumons ci-après.

Nicola Ciccarelli et Arthur Van Soest, les auteurs d'une étude parue en 2018[5], utilisent des données plus récentes. Plus précisément, ils combinent les données de l'enquête SHARE sur quatre vagues et presque dix ans d'entretiens (1, 2, 4 et 5, 2005-2013), pour quinze pays, dont la Belgique[6].

Tout comme l'étude précédente, ils constatent qu'une faible intensité d'aide n'a pas d'impact significatif sur l'emploi, ni sur le nombre d'heures travaillées, quel que soit le pays étudié. À l'inverse, ils constatent qu'une intensité élevée d'aide réduit la probabilité d'être en emploi et réduit également le nombre d'heures travaillées. Ils font aussi observer que cet effet est plus important pour les femmes que pour les hommes. Environ 2,2 % d'hommes et 3,7 % de femmes fournissent de l'aide de manière quotidienne et intensive.

L'impact de cette aide intensive peut également être différencié en fonction de l'âge de l'aidant, ce que les auteurs analysent également.

Selon leurs résultats, ils trouvent que les enfants aidants les plus âgés (dans la tranche d'âge 50-70 ans) auraient une préférence, plus marquée que chez les plus jeunes, de travailler moins d'heures voire de quitter définitivement leur emploi.

Aux portes de la retraite, certains réfléchissent en effet à prendre leur pension plus tôt, le jour où ils se trouvent confrontés aux contraintes qu'implique l'aide régulière à un parent dépendant.

Les résultats rapportés par les auteurs concernent uniquement les femmes (pour les hommes, les résultats se sont avérés non significatifs). Ainsi, pour les femmes, la probabilité d'être en emploi diminuerait entre 10,5 et 30,6 % et le nombre d'heures travaillées entre 13,1 et 31,8 %, les résultats variant selon la méthode statistique utilisée.

Contrairement aux résultats de Roméo Fontaine, les auteurs de cet article ne parviennent pas à dégager de différences significatives entre les différentes régions d'Europe.

Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

Ces statistiques sont tirées de la vague 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2014-2015.

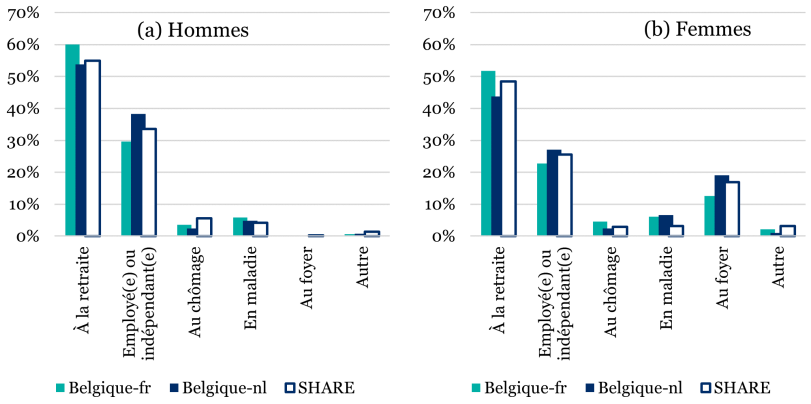
Les statistiques présentées dans ce chapitre concernent le marché de l'emploi et l'aide informelle. Pour compléter celles-ci, nous nous penchons sur l'association entre le statut socioéconomique de l'aidante et l'aide apportée à autrui, toujours parmi les femmes. Quel est le profil des aidantes ?

Nous nous attardons dans un premier temps sur la structure de la population âgée de 50 ans et plus selon les catégories socioprofessionnelles de l'enquête SHARE.

La question, posée de manière récurrente lors des vagues successives de SHARE, demande aux répondants de définir eux-mêmes leur situation en tant que : 1) à la retraite ; 2) en activité en tant qu'employé ou indépendant ; 3) au chômage ; 4) en situation de maladie-invalidité de longue durée ; 5) au foyer ; et 6) dans une autre situation.

Le **GRAPHIQUE 69** montre la distribution au sein de la population âgée de 50 ans et plus en Belgique néerlandophone et francophone ainsi que pour l'ensemble des pays SHARE, en faisant la distinction entre hommes et femmes.

Graphique 69 : catégories socioprofessionnelles



Source : SHARE (2014-2015), *50 ans et +*.

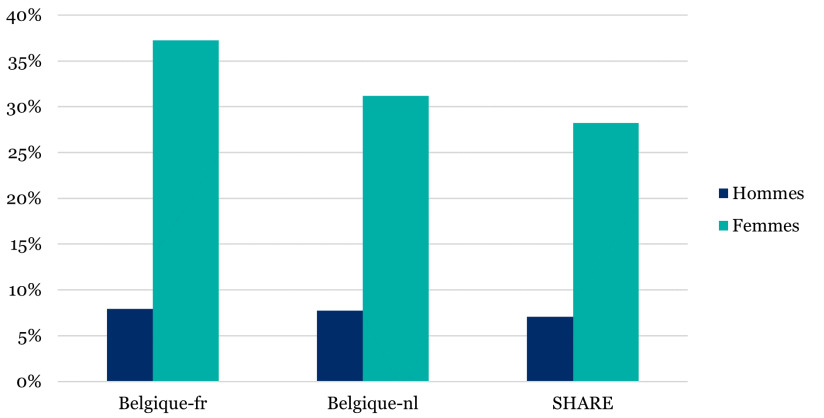
Les différences les plus marquantes entre hommes et femmes sont à trouver au niveau des taux d'emploi, employé(e) ou indépendant(e), plus élevés parmi les hommes, et la proportion relativement importante de femmes « au foyer ». On observe en revanche peu de variations entre les régions reprises sur ces graphiques.

Une autre différence importante, qu'il est intéressant de souligner lorsque l'on discute de l'aide à une personne dépendante, est le temps alloué au travail lorsque la personne est employée (secteur public ou privé) ou indépendante. En effet, ce temps alloué affecte la possibilité d'aider et inversement, l'aide influe sur le temps alloué au travail.

Le **GRAPHIQUE 70** montre la proportion de travailleurs à temps partiel âgés de 50 à 69 ans en Belgique et pour la moyenne des pays

SHARE. Nous y voyons que le phénomène du travail à temps partiel concerne principalement les femmes.

Graphique 70 : proportion d'hommes et de femmes travaillant à temps partiel



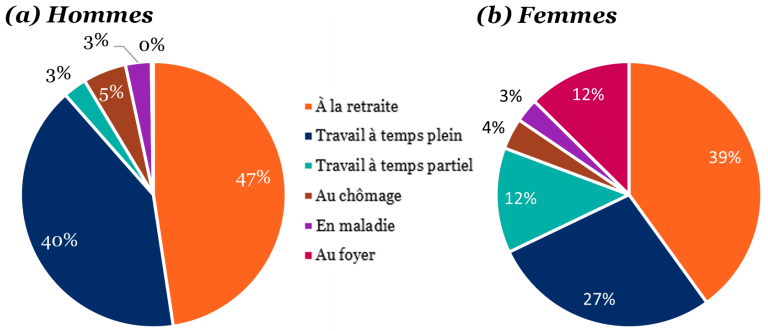
Source : SHARE (2014-2015), *50 à 69 ans*.

Une personne est dite en temps partiel dans ces statistiques lorsqu'elle travaille moins de 30 h par semaine, ce qui représente en Belgique environ un 4/5e temps. Au sein de la population SHARE âgée entre 50 et 69 ans au travail, ils sont 7 % et 28 % respectivement parmi les hommes et les femmes à travailler à temps partiel. En Belgique, alors que la proportion d'hommes travaillant à temps partiel est similaire à la moyenne SHARE, les femmes sont en revanche relativement plus nombreuses à réduire leur temps de travail à 30 h par semaine ou moins. C'est parmi

les travailleuses francophones que nous trouvons la proportion de temps partiel la plus élevée, à 37 %.

La distribution des aidants, hommes et femmes, en fonction de leur profil socioéconomique, est présentée sur le **GRAPHIQUE 71**. Nous y faisons, pour la population SHARE, la distinction entre le travail à temps plein et à temps partiel (la catégorie « autre situation » est omise, en tant que part résiduelle sur le graphique).

Graphique 71 : distribution des aidants parmi les six catégories socio-professionnelles



Source : SHARE (2014-2015), 50 *ans et +, moyenne* SHARE.

Nous voyons à travers ce graphique un profil plus hétérogène de l'aidante, là où celui de l'aidant est assez simple. En effet, les hommes qui procurent de l'aide à une personne extérieure au ménage sont en majorité soit à la retraite, soit au travail à temps plein (87 %). En comparaison, ces deux catégories regroupent 66 % des aidantes. Comme nous l'avons vu sur les **GRAPHIQUES 69 ET**

70, les femmes ont la spécificité d'adopter en plus grand nombre le travail à temps partiel et la vie au foyer, qui sont les deux autres types d'aidantes principales, pour près d'un quart de celles-ci.

Ce qu'il faut retenir

Le nombre de personnes âgées et très âgées augmente, et mécaniquement avec lui le nombre de personnes dépendantes. Des services formels peuvent être organisés pour venir en aide à ces personnes, mais leur disponibilité et accessibilité peuvent être limitées. L'aide informelle, soit l'aide apportée par un proche, est à l'heure actuelle toujours essentielle. Les enfants d'un parent devenu dépendant sont, avec le conjoint éventuel, les principaux fournisseurs de l'aide informelle. Pour y arriver, ils doivent dans beaucoup de cas combiner le temps consacré à cette aide avec une vie professionnelle.

Les résultats de la première étude présentée dégagent une différence en fonction des pays. C'est sans étonnement que les effets négatifs de la fourniture d'aide sur l'emploi des aidants se situe dans les pays où l'aide formelle, publique et/ou privée, est la moins développée, c'est-à-dire dans les pays du sud et de l'est de l'Europe. Les auteurs de la deuxième étude confirment cette relation mais pour l'ensemble des pays cette fois. Leur analyse ne dégage cependant aucune hétérogénéité en fonction des régions et des pays passés sous la loupe.

Dès lors que le souhait des pouvoirs publics est de privilégier le taux d'emploi des 50-64 ans, les auteurs plaident en faveur d'un

développement de dispositifs publics qui organisent davantage l'aide formelle.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Caractère **international** : les études reprises dans ce chapitre couvrent entre treize et quinze pays sur des périodes qui se chevauchent, de 2004 à 2013 pour l'année la plus récente (vague 5 de l'enquête).
- Caractère **longitudinal** : les auteurs de la deuxième étude exploitent les données en suivant précisément les mêmes individus et leurs choix et comportements sur presque dix ans.
- Les auteurs s'intéressent à la **santé de la population** des 50 ans et plus sous le prisme peu étudié de l'**aide informelle.** Ils dégagent des résultats qui mettent en évidence l'effet qu'elle peut avoir sur la santé de la personne aidante.

1 R. Fontaine, « Aider un parent âgé se fait-il au détriment de l'emploi ? », *Retraite et société*, Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), La Documentation française, 2009, pp. 31-61.

2 Voy. à ce sujet les conclusions du Conseil européen de Lisbonne de mars 2000, à l'adresse http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_fr.htm.

3 Voy. le tableau 3, R. Fontaine, « Aider un parent âgé se fait-il au détriment de l'emploi ? », *Retraite et société*, Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), La Documentation française, 2009, pp. 31-61.

4 Dans ses calculs, l'auteur prend également en compte les enfants cohabitant avec un parent âgé sans tenir alors compte de l'intensité (il n'existe pas de données sur l'intensité de l'aide fournie à un membre faisant partie du ménage de l'aidant).

5 N. Ciccarelli et A. Van Soest, « Informal Caregiving, Employment Status and Work Hours of the 50+ Population in Europe », *De Economist*, 2018, vol. 166, n° 3, pp. 363-396.

6 Les quinze pays étudiés sont : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Pologne, Slovénie, Suède, Suisse et Tchéquie.

18. S'occuper de ses petits-enfants : corvée ou bonheur ?

De nombreuses questions se posent sur l'effet qu'a pu avoir le rapide allongement de la durée de vie sur le bien-être des personnes âgées. Un début de réponse pourrait venir du fait que grâce à l'augmentation de l'espérance de vie, plus nombreux sont les grands-parents qui peuvent ainsi profiter de leurs petits-enfants. Mais, est-ce nécessairement vrai pour tout le monde ?

Bruno Arpino, Valeria Bordone et Nicoletta Balbo, les auteurs d'un article paru en 2018[1], montrent, à partir des données des vagues 2, 4, 5 et 6 de SHARE (2006-2015), que le bien-être individuel est positivement associé au fait d'être grand-parent et de s'occuper de ses petits-enfants, peu importe l'intensité de cette occupation. Ce sont d'ailleurs les grand-mères qui en retireraient un plus grand surplus de bien-être, bien qu'elles y passent le plus de temps.

Mais les auteurs s'intéressent également à des éventuelles différences à travers les pays. Ce qu'ils trouvent, un peu de manière inattendue, est que l'association entre bien-être et grand-parentalité est plus forte dans les pays où s'occuper de ses petits-enfants de manière intensive est moins inscrit dans les mœurs. Les auteurs montrent que ce résultat provient du fait que, dans les pays où s'occuper de manière plus intensive des petits-enfants est d'une certaine manière la norme sociale, ce sont les personnes âgées qui n'ont pas la possibilité de le faire qui en souffrent. D'où leur

conclusion que la norme sociale, autrement dit les attentes que la société a vis-à-vis de ses membres, joue sur le bien-être individuel.

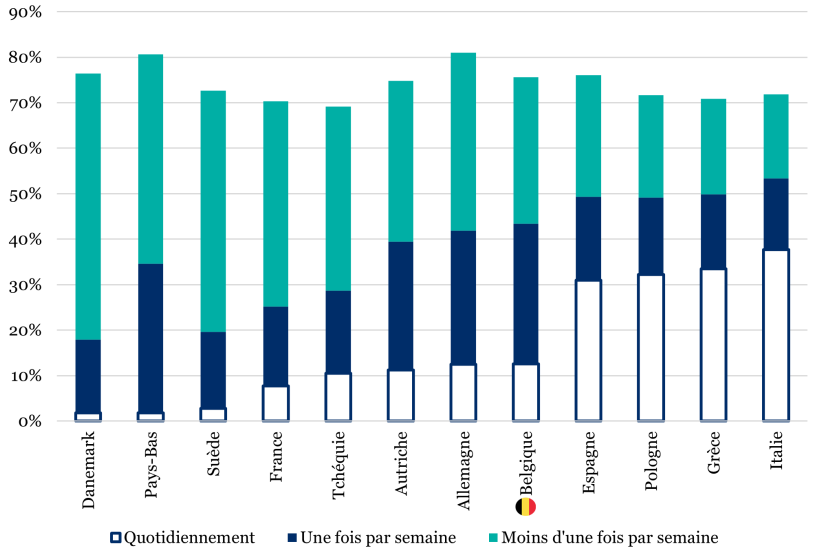
Cette étude peut être directement mise en relation avec un article plus ancien du même groupe d'auteurs[2] dans lequel ceux-ci font l'inventaire de différentes situations auxquelles font face les grands-parents européens en matière de garde de leurs petits-enfants. Ils y montrent que ce sont les ***politiques familiales*** mises en place dans chaque pays et la disponibilité d'emploi à temps partiel qui jouent un rôle déterminant. C'est dans les pays où ces deux conditions ont le plus de difficulté à être réunies que la participation des grands-parents à la garde des petits-enfants est la plus intense.

Politique familiale

Ce qu'on entend par politique familiale est toute mesure prise par l'État afin d'aider les familles dans la prise en charge de leurs enfants, que ce soit en termes d'éducation, d'aide financière ou de soutien varié. Le but de ces politiques ou mesures est souvent de favoriser le renouvellement des générations en permettant aux familles de garder un meilleur niveau de vie. Parmi elles, et en premier lieu, se trouvent des mesures favorisant l'offre de places d'accueil pour la première enfance, crèches et écoles maternelles subventionnées ou prises en charge par l'État, ainsi que l'obligation faite aux employeurs d'accorder des congés parentaux à leur personnel.

Le **GRAPHIQUE 72** montre le pourcentage parmi les grands-parents, interviewés dans le cadre de la première vague de SHARE (2004-2005), qui gardent leurs petits-enfants quotidiennement, une fois toutes les semaines, moins souvent, ou jamais.

Graphique 72 : fréquence de garde des petits-enfants par leurs grands-parents



Pays classés en fonction de la proportion de grands-parents qui gardent quotidiennement leurs petits-enfants. Ne se retrouvent sur ce graphique que les grands-parents ayant au moins un petit-enfant de 16 ans au maximum.
Source : Reproduction du graphique 4, ARPINO et al. (2017), p. 858. SHARE (2004-2007).

Une distinction assez claire apparaît entre les pays où la garde des petits-enfants occupe de manière plus intensive les grands-parents, à savoir les pays du sud de l'Europe : Espagne, Grèce, Italie, auxquels s'ajoute la Pologne ; de pays où, au contraire, la garde quotidienne est l'exception : Danemark, Pays-Bas et Suède ; et un troisième groupe intermédiaire où l'on trouve les pays du centre de l'Europe, dont la Belgique, plus la Tchéquie.

Comme le montrent par la suite les auteurs à l'aide d'un test, une association statistiquement significative entre le développement des politiques familiales et la flexibilité du marché du travail peut être établie.

Étant donné cette diversité de pratiques à travers les pays européens, qui sont sans doute en partie le résultat de choix fondés sur des éléments culturels, historiques et sociétaux, l'enquête SHARE constitue un cadre idéal pour l'analyse des relations intergénérationnelles. Elle l'est également pour étudier les effets potentiels que ces relations peuvent avoir sur les conditions de vie et la santé des personnes âgées.

Comme dernière illustration sur ce thème, nous avons repris quelques éléments d'une étude réalisée en 2018[3] par Giorgio Brunello et Lorenzo Rocco qui analysent le lien potentiel entre dépression et grand-parentalité en se servant des données recueillies lors des vagues 1, 2 et 3 de SHARE (2004-2009).

Le **TABLEAU 24** indique pour chaque pays participant aux premières vagues de SHARE, les taux de participation à la garde de petits-enfants au sein de la population âgée entre 50 et 75 ans. À titre d'exemple, en Belgique, ces taux sont, respectivement, 70 % parmi les femmes et 66 % parmi les hommes.

Tableau 24 : garde des petits-enfants par leurs grands-parents : intensité et proportion

	Grand-père (# d'heures)	Grand-mère (# d'heures)	% d'hommes qui gardent un petit-enfant	% de femmes qui gardent un petit-enfant
Allemagne	26	31	56,9	63,8
Autriche	36	33	58,5	59,6
Belgique	35	39	66,0	70,3
Danemark	16	19	63,8	69,4
Espagne	31	47	37,4	45,4
France	28	36	57,4	61,3
Italie	39	67	46,1	63,5
Pays-Bas	20	25	68,9	75,7
Pologne	38	73	49,0	61,9
Suède	12	19	58,1	69,2
Suisse	17	32	55,9	67,7
Tchéquie	19	33	38,7	56,2

L'intensité de la garde est représentée en nombre d'heures allouées à la garde d'un petit-enfant, par mois. Le pourcentage représente la part de grands-parents qui ont gardé de manière périodique un petit-enfant sur les douze derniers mois. *Source : Reproduction du Tableau A2 (Appendice), G. BRUNELLO et L. ROCCO (2018). SHARE (2004-2007).*

Sur ce même tableau nous pouvons observer que l'intensité moyenne de la garde, mesurée en heures par mois, était de 39 heures pour les grand-mères belges et 35 heures pour les grand-pères belges. C'est en Pologne, en Italie et en Espagne qu'on observe les intensités de garde les plus élevées, avec 73, 67 et 47 heures, respectivement, pour les grand-mères. Par ailleurs, la participation

des grand-mères à la garde des petits-enfants est nettement supérieure à celle des grand-pères dans tous les pays, à l'exception de l'Autriche, et ce d'autant plus lorsque l'on regarde l'intensité de la garde (nombre d'heures).

En se servant d'une méthode économétrique très élaborée, entre autres en faisant appel aux dates d'entretiens pour contrôler les différences d'âge des petits-enfants, les auteurs évaluent le lien potentiel entre l'intensité de l'aide, c'est-à-dire le nombre d'heures de garde par mois, et la présence éventuelle de signes de dépression. L'enquête SHARE permet en effet la construction de l'indicateur EURO-D, obtenu en additionnant les réponses données à une batterie de questions portant sur la perte de motivation et/ou des signes de souffrance psychologique (voy. à ce sujet notamment le **CHAPITRE 3**).

Une association positive entre l'intensité de la garde des petits-enfants et les signes de dépression est malheureusement confirmée par les résultats obtenus. Autrement dit, plus le grand-parent garde l'un de ses petits-enfants, plus il risque de manifester des signes avant-coureurs d'un état de dépression.

Les auteurs nuancent néanmoins ce résultat. Après avoir procédé à une série de tests complémentaires, ils montrent que le nombre d'heures dédié à la garde de ses petits-enfants pourrait être en réalité la conséquence d'un état de dépression préalable.

Enfin, ils notent qu'une hausse de 10 heures de garde supplémentaire par mois entraînerait une augmentation de la probabilité de développer des symptômes dépressifs entre 3,2 et 6,1 points de pourcentage pour les femmes et pour les hommes, respectivement. Les auteurs expliquent en partie ce résultat par le fait qu'en moyenne les femmes sont plus habituées à prendre soin

d'un membre de la famille. Dès lors, elles sont moins impactées émotionnellement par la garde des petits-enfants.

Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

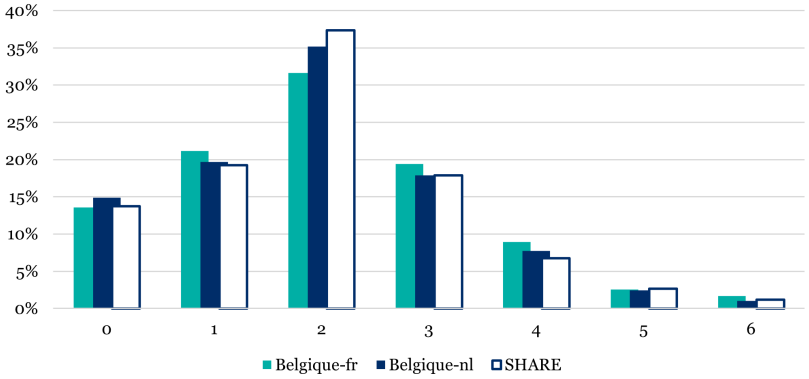
Ces statistiques sont tirées de la vague 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2014-2015.

Pour apporter quelques informations complémentaires sur cette thématique, nous nous intéressons ici au nombre moyen d'enfants et de petits-enfants par ménage, à la présence d'au moins un enfant dans un rayon d'un kilomètre du parent, et à l'association entre la garde d'un petit-enfant et l'âge du grand-parent.

Le **GRAPHIQUE 73** reprend la distribution du nombre moyen d'enfants par ménage, pour la Belgique francophone et néerlandophone et pour la moyenne des pays SHARE. La moyenne d'enfants par ménage se situe aux alentours de deux enfants, et environ 15 % des ménages n'en ont pas. Dans l'ensemble, la moyenne des pays SHARE est légèrement au-dessus de la moyenne en Belgique.

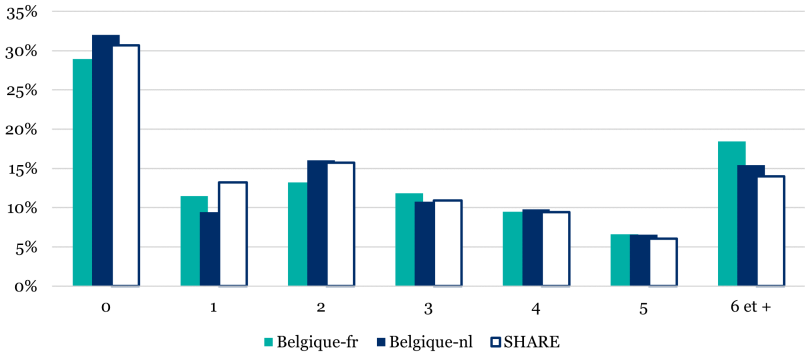
Ensuite, dans le même esprit, le **GRAPHIQUE 74** montre, pour les ménages ayant au moins un enfant, la distribution du nombre moyen de petits-enfants, jusqu'à six. Quelques 30 % des ménages n'ont pas de petits-enfants. Peu de variation existe entre la Belgique et la moyenne des pays SHARE.

Graphique 73 : nombre d'enfants par ménage



Source : SHARE (2014-2015), 50 *ans et +, enfants de tout âge.*

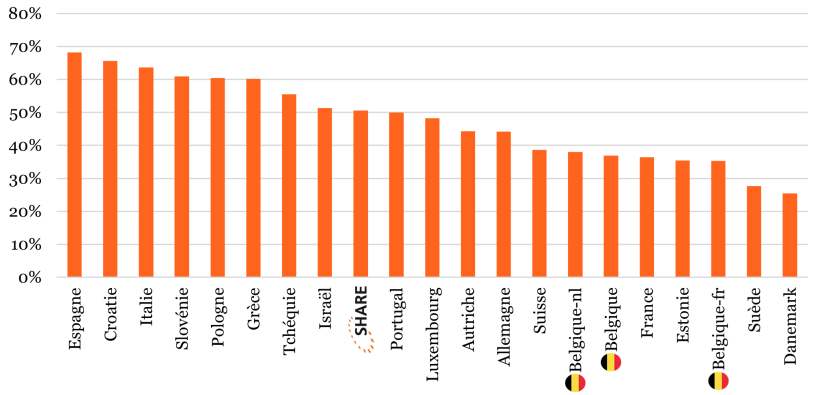
Graphique 74 : nombre de petits-enfants



Nombre de petits-enfants pour les ménages de grands-parents ayant au moins un enfant. *Source* : SHARE (2014-2015), 50 *ans et +.*

Le **GRAPHIQUE 75** reprend la proportion de ménages pour lesquels au moins un enfant habite dans un rayon d'un kilomètre autour de leur domicile.

Graphique 75 : ménages ayant au moins un enfant vivant dans un rayon de 1 km



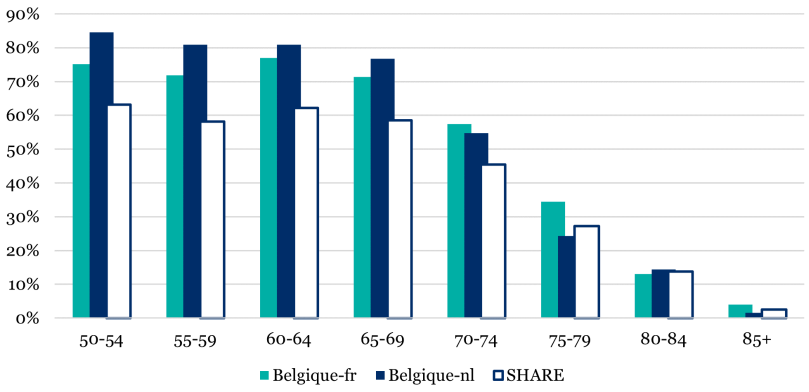
Les ménages sans enfants ne sont pas repris dans ce graphique. *Source : SHARE (2014-2015), 50 ans et +.*

Bien que ce ne soit pas un indicateur parfait, cette proportion indique les pays dans lesquels les grands-parents ont des enfants et petits-enfants qui résident à courte distance. Dans les pays du sud et de l'est de l'Europe, à l'exception de l'Estonie, cette proportion est supérieure à 50 %. C'est le Danemark qui enregistre la proportion la plus faible, avec seulement un quart des ménages de

grands-parents dont au moins un enfant et leur famille habitent à proximité.

Enfin, le **GRAPHIQUE 76** décompose la proportion de grands-parents gardant leur(s) petit(s)-enfant(s) en fonction de l'âge. Nous pouvons y voir que la garde est assez stable entre 50 et 69 ans : la proportion de grands-parents qui a gardé au moins un petit-enfant au moins une fois dans l'année écoulée est élevée et varie entre 71 % et 75 % chez les Belges francophones, et entre 77 % et 85 % chez les Belges néerlandophones. Cette proportion s'essouffle dès 70 ans, pour devenir minime passé 85 ans.

Graphique 76 : proportion de grands-parents qui ont gardé un petit-enfant au moins une fois dans les douze derniers mois



Source : SHARE (2014-2015), *50 ans et +*.

Ce qu'il faut retenir

L'importance et l'intensité de l'aide apportée par les grands-parents à la garde et aux soins de leurs petits-enfants varient fortement au travers des pays européens, avec un gradient très marqué entre les pays du sud et du nord de l'Europe. Sans pouvoir démontrer que l'origine de cette variation puisse se trouver dans les différences culturelles, les auteurs constatent que c'est dans les pays du nord de l'Europe que les politiques publiques d'aide à la garde des petits-enfants et la participation des femmes au marché du travail sont les plus élevées.

Une conclusion de ces études est que de manière générale la grand-parentalité se traduit par un accroissement du sentiment de bien-être parmi les personnes âgées, et ce d'autant plus que le nombre de petits-enfants est élevé. Cependant, les auteurs constatent que ce bien-être peut être mis à mal dans les pays où, pour des raisons culturelles, la « norme sociale » attend des personnes âgées qu'elles s'occupent de leurs petits-enfants. Malheur donc à celles et ceux qui n'ont pas l'opportunité de le faire, à cause de la distance ou pour d'autres raisons, ou qui n'ont tout simplement pas de petits-enfants.

Cela dit, lorsque les auteurs s'intéressent à l'intensité de la garde des petits-enfants, ils constatent malheureusement l'existence d'un lien entre cette intensité et l'émergence de signes de dépression, plus nuancés chez les grand-mères que chez les grand-pères. Ce qui amène les auteurs à plaider en faveur de réformes visant à aider les familles dans la garde des enfants de bas âge, avec comme objectif, entre autres, d'éviter que cette

activité ne se transforme en une perte de bien-être pour les grands-parents.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Son caractère **longitudinal** : les deux études reprises pour illustrer la thématique utilisent les données de SHARE sur plusieurs vagues, étendant par-là les possibilités d'analyse, et couvrant à elles deux une période allant de 2004 à 2015.
- Son caractère **international** : les auteurs ont pu analyser douze pays européens sur un même plan grâce à l'homogénéité de l'enquête SHARE, et cela malgré les différences culturelles, institutionnelles et la large variété de langues utilisées. Ceci est le résultat d'un processus dans lequel l'effort d'homogénéisation est présent à toutes les étapes, dès la conception du questionnaire au protocole suivi par les intervieweurs, en passant par la méthodologie d'échantillonnage et le nettoyage et la vérification des données collectées.
- Les données de SHARE étant multidisciplinaires, les auteurs ont pu étudier l'association entre la **garde des petits-enfants,** son intensité, et la santé mentale des grands-parents (avec l'échelle de dépression **EURO-D**). Ceci a été possible en combinant différents modules correspondant à des sections spécifiques du questionnaire de l'enquête :

composition familiale, relations interpersonnelles, santé mentale et **bien-être entre autres.**

1 Br. Arpino, V. Bordone et N. Balbo, « Grandparenting, education and subjective well-being of older Europeans », *European Journal of Ageing*, 2018, 15, pp. 251-263.

2 Br. Arpino, V. Bordone et N. Balbo, « Patterns of grandparental childcare across Europe: the role of the policy context and working mothers' need », *Ageing & Society*, Cambridge University, 2017, 37, pp. 845-873.

3 G. Brunello et L. Rocco, « Grandparents in the blues. The effect of childcare on grandparents' depression », *Review of the Economics of the Household*, 2018, 17, pp. 587-613.

19. Le bénévolat : sacrifice ou opportunité ?

Qu'est-ce qui motive une personne à faire du ***bénévolat*** ? Si le déclic peut provenir d'une multitude de facteurs tels que le développement personnel, une baisse du temps de travail, ou encore à la suite d'un changement de situation d'une personne de son entourage, le bénévolat apporterait une hausse de la qualité de vie qui pourrait devenir à elle seule une motivation suffisante pour passer le cap.

Le bénévolat

Terme bien connu, le bénévolat est une activité non rémunérée qui peut être réalisée d'une manière formelle, au travers d'organisations non gouvernementales ou d'associations de toutes sortes, ou de manière informelle, pour une cause particulière ou directement auprès de personnes ne vivant pas dans son propre foyer.

Mais le tableau dressé par la littérature scientifique n'est pas suffisamment clair. Le bénévolat améliore-t-il la vie des personnes qui le pratiquent, ou ceux-ci sont-ils à l'origine plus enclins à y

participer, car en meilleure santé et bénéficiant déjà d'une meilleure qualité de vie ? Distinguer entre la cause et l'effet ou, en d'autres termes, identifier le sens de la causalité, n'est pas simple et mobilise les chercheurs dans de nombreuses disciplines, comme nous avons pu le constater à plusieurs reprises tout au long de cet ouvrage.

Dans une étude parue en 2018[1], Thomas Hansen et ses coauteurs se sont intéressés au bénévolat et à ses conséquences éventuelles sur la qualité de vie. Ces auteurs montrent qu'il existe un lien causal entre la pratique d'une activité bénévole et le degré de satisfaction retiré de la vie.

Cette étude innove en combinant plusieurs angles d'analyse qui sont peu souvent présents dans la littérature. Premièrement, elle bénéficie des données de SHARE pour onze pays européens[2], et ajoute des informations similaires d'une enquête réalisée en Norvège[3]. L'utilisation des deux premières vagues de SHARE (2004-2006) et de l'étude norvégienne permet aux auteurs de rassembler 18.559 répondants âgés de plus de 50 ans et de se concentrer sur les éventuels changements intervenus au niveau individuel au cours du temps, aussi bien dans leur participation que dans l'intensité de leurs activités bénévoles.

La comparaison des habitudes en termes de bénévolat et de bénéfices potentiels sur le bien-être entre les pays, c'est-à-dire réfléchir à la composante culturelle, est le premier élément intéressant. Nous verrons que ce contexte national peut être fort hétérogène, parfois encourageant le bénévolat et d'autres fois rendant les personnes indifférentes à la pratique.

Deuxièmement, les auteurs observent comment les variations des parcours de vie peuvent affecter l'association entre bénévolat et qualité de vie. Par exemple, comment l'âge ou le statut sur le

marché du travail peuvent affecter la participation au bénévolat dans la population, ou les bénéfices retirés de ce bénévolat.

Troisièmement, ils observent le niveau d'intensité du bénévolat, c'est-à-dire la fréquence à laquelle la personne pratique son activité, que ce soit une fois par mois, par semaine, plus souvent, etc. Les bénéfices sur la santé sont-ils proportionnels à l'intensité du bénévolat ? Ces bénéfices disparaissent-ils lorsque la personne arrête ?

Le **GRAPHIQUE 77** indique le montant de dépenses sociales par habitant et le pourcentage de personnes ayant déclaré pratiquer une activité de bénévolat dans les douze derniers mois. Le montant des ***dépenses sociales*** par habitant est pour les auteurs une bonne mesure de l'effort réalisé par le pays pour couvrir les besoins de la population qui nécessitent des prestations particulières. Au plus ces dépenses sont élevées, au plus l'État met des moyens pour rencontrer les besoins de personnes fragilisées.

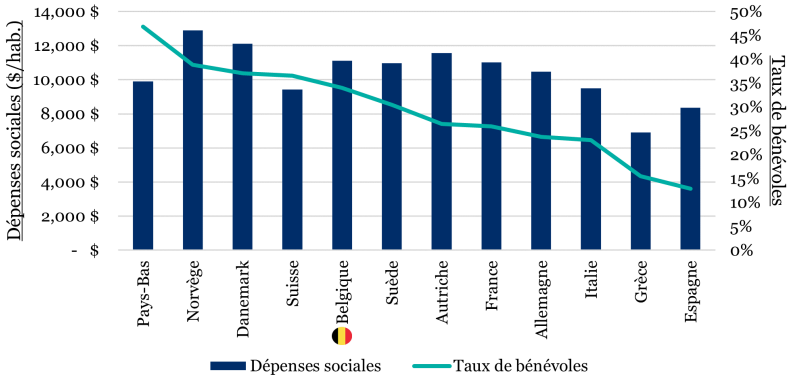
Dépenses sociales

Ce type de dépenses couvre les prestations, biens et services ciblés sur les ménages à faible revenu, les personnes âgées, handicapées, malades, les chômeurs ou les jeunes. Un programme « social » se caractérise par une redistribution des ressources entre les ménages ou une participation obligatoire.

Source : https://data.oecd.org/fr/socialexp/depenses-sociales.htm

C'est la Grèce qui dépense le moins dans ces matières (6.905 $ en moyenne par habitant) et la Norvège qui dépense le plus (12.890 $) pour l'année 2016. La Belgique se situe dans la moyenne haute, à 11.123 $ par habitant. Du côté du taux de bénévolat dans le pays, on observe un gradient nord-sud. L'Italie, la Grèce et l'Espagne ont les taux les plus faibles, et le Danemark, la Norvège et les Pays-Bas les taux les plus élevés.

Graphique 77 : dépenses sociales par habitant et taux de bénévolat

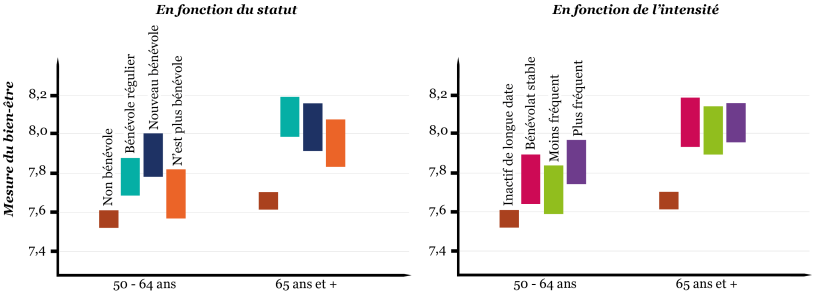


Population générale, non spécifique aux 50+. Dépenses sociales par habitant en dollars. Le taux de bénévolat est calculé sur l'ensemble de la population de 18 ans et plus et tient compte des personnes ayant déclaré faire une activité de bénévolat au moins une fois par mois. *Sources : Adaptation du Tableau 1, T. HANSEN et al. (2018), p. 5. Dépenses sociales : OECD (2016) Taux de bénévolat : European Values Survey (2016).*

Les auteurs notent que si les pays du nord enregistrent une proportion plus importante de bénévoles, par rapport aux trois

pays du sud représentés dans l'étude, les bénévoles de ces derniers pays y pratiquent en revanche de manière plus intensive. En effet, une activité bénévole journalière est plus fréquente dans le sud de l'Europe, tandis qu'une activité hebdomadaire ou mensuelle l'est davantage dans le nord.

Graphique 78 : bénévolat : estimation du bien-être par classe d'âge



La longueur respective des barres représente la variation de l'estimation du bien-être. Par exemple, le bien-être estimé des personnes âgées entre 50 et 64 ans sous le statut « Bénévole régulier » se situe entre 7,7 et 7,9 sur une échelle de 10. Le bien-être estimé des personnes de 65 ans et plus qui pratiquent plus fréquemment qu'avant une activité de bénévolat se situe entre 7,9 et 8,1. Le bien-être est estimé ici au travers d'une seule question posée aux répondants : « Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie que vous êtes totalement insatisfait(e) et 10 que vous êtes totalement satisfait(e), comment jugeriez-vous votre vie ? ». Elle donne donc une mesure de la satisfaction retirée de la vie, l'un des aspects du bien-être. *Source : Adaptation des graphiques 1, 2, T. HANSEN et al. (2018), p. 9.*

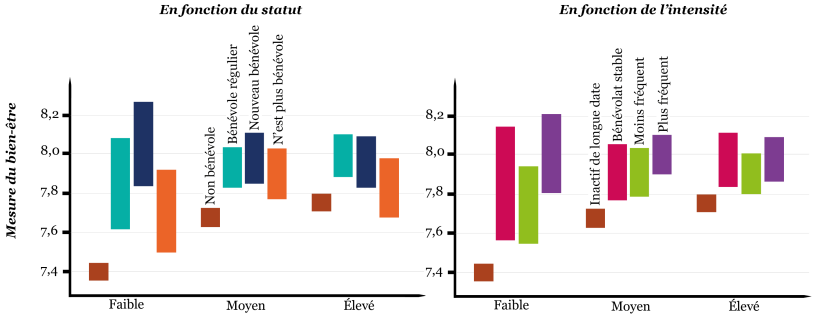
Les **GRAPHIQUES 78** et **79** résument les principaux résultats de cette étude. Ils indiquent les variations du niveau de satisfaction (une échelle qui varie entre 0 et 10), soit selon le statut de bénévolat,

soit de son intensité, par groupe d'âge (2) et par niveau moyen de dépenses sociales par habitant (3).

Sur le **GRAPHIQUE 78**, nous pouvons voir la représentation graphique des résultats des auteurs pour deux groupes d'âge : les 50-64 ans et les 65 ans et plus. Outre une différence significative dans le niveau de bien-être, plus élevée parmi les plus âgés, des différences significatives sont aussi observables parmi les individus exerçant des activités bénévoles, et ce indépendamment du statut ou de l'intensité.

Les auteurs concluent que le lien entre le niveau satisfaction et le bénévolat régulier existe, mais uniquement pour les bénévoles de plus de 65 ans.

Graphique 79 : bénévolat : estimation du bien-être par catégorie de dépenses sociales du pays



Source : Adaptation des graphiques 5 et 6, T. HANSEN et al. (2018), p. 10.

Le **GRAPHIQUE 79** indique, de manière générale et assez intuitivement, que le niveau de bien-être est plus élevé dans les pays dans lesquels le niveau de dépenses sociales est le plus élevé. En revanche, c'est dans les pays où le niveau de dépenses sociales est le plus bas que la pratique du bénévolat aurait un effet plus marqué sur le bien-être, en particulier parmi ceux qui démarrent une activité de ce type et qui le font de manière plus intensive.

Une corrélation positive existe donc entre le fait d'exercer des activités bénévoles et le sentiment de bien-être. Le doute reste néanmoins sur le sens de la causalité : est-ce parce qu'on devient bénévole qu'on est plus satisfait de la vie, ou parce qu'on est satisfait de la vie que l'on devient bénévole ? Les auteurs ne tranchent pas cette question, les informations disponibles ne le permettant pas, mais tentent de tirer une conclusion en interprétant l'ensemble des résultats sous ces deux hypothèses contradictoires.

S'il s'agit d'un lien causal, un effet qui serait davantage observable dans les pays à faibles dépenses sociales et à faible taux de bénévolat serait explicable par le fait que les bénévoles, peu nombreux dans ces pays, se sentent probablement plus utiles. Dans les pays où l'État ne comble pas suffisamment les besoins des populations fragiles, celles-ci resteraient sans aide sans apport du bénévolat. Et, selon l'hypothèse avancée par les auteurs, les personnes qui pratiquent le bénévolat de manière régulière, en particulier dans ces pays, reçoivent davantage de retours positifs du fait de leur activité. Un effet bénéfique qui se traduirait par une meilleure estime de soi, une plus forte intégration sociale et un meilleur état de santé général. Ces éléments sont sans doute exacerbés dans les pays où le taux de bénévoles est faible et où l'aide publique l'est également. Cette hypothèse justifierait un effet

de long terme du bénévolat sur le niveau de satisfaction, avec des résultats économétriques qui vont dans ce sens.

Les résultats économétriques présentés par les auteurs vont dans ce sens, mais peuvent aussi être influencés par un biais de sélection s'il s'avère que ce sont au départ les personnes les plus heureuses (satisfaites de leur vie) et en meilleure santé qui sont majoritairement les plus attirées par le bénévolat.

Alors, lien causal ou non ? S'il est très difficile de trancher cette question, les auteurs tablent sur une association des deux, justifiée par la combinaison de leurs résultats avec ceux de la littérature scientifique sur ce thème. Il semble donc bien que l'on puisse s'attendre à quelques effets bénéfiques du bénévolat sur notre satisfaction de vie et, de là, sur d'autres aspects tels que la santé qui lui est intimement liée.

Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires pour continuer la lecture.

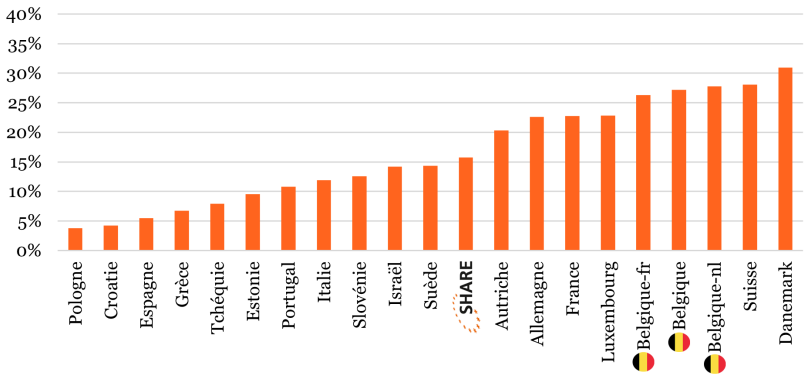
Ces statistiques sont tirées de la vague 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2014-2015.

Le bénévolat est une pratique plus ou moins courante selon les pays, les régions et les catégories sociales. Les graphiques présentés ci-dessous concernent exclusivement le taux de

bénévolat parmi les 50 ans et plus en Europe et en particulier en Belgique.

Sur le **GRAPHIQUE 80**, nous présentons le taux de bénévolat par pays, estimé à partir de l'enquête SHARE. On peut y voir une forte ressemblance avec la distribution présentée au **GRAPHIQUE 77**, à la différence qu'il s'agit ici uniquement de la population âgée de 50 ans et plus, que l'activité bénévole aurait pu être exercée tout au long de l'année précédente et qu'un nombre plus important de pays sont représentés. Cette mesure n'est pas non plus conditionnée à l'intensité ou la fréquence de l'activité bénévole, qui interviendra après.

Graphique 80 : taux de bénévolat

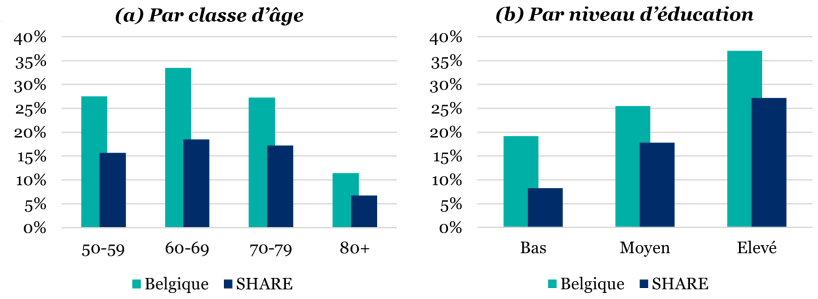


Source : SHARE (2014-2015), 50 ans et +.

Comme mentionné auparavant, les pays du nord et du sud n'ont pas les mêmes proportions de bénévoles actifs dans leur pays. Les pays du sud et de l'est ont systématiquement des taux de bénévolat

inférieurs à ceux observés dans les pays du nord, du centre et de l'ouest de l'Europe. En Belgique ces taux sont relativement élevés comparés à l'ensemble des pays, aussi bien parmi les francophones que les néerlandophones, 26 % et 28 % respectivement, au sein de la population âgée de 50 ans et plus.

Graphique 81 : taux de bénévolat, âge et éducation



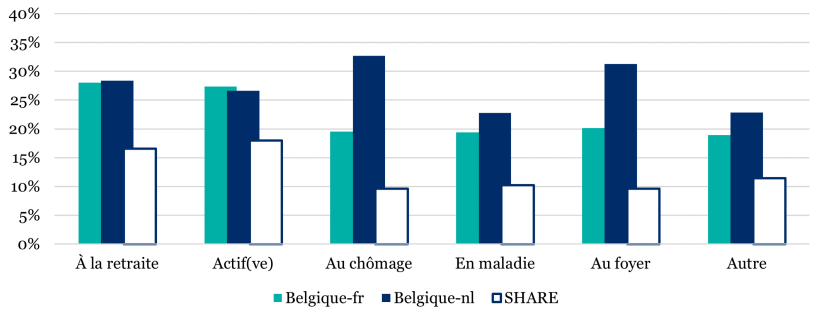
Source : SHARE (2014-2015), *50 ans et +*.

Le **GRAPHIQUE 81** reprend le taux de bénévolat en fonction de l'âge et du niveau d'éducation. Nous pouvons y voir que ce taux atteint son pic dans la tranche d'âge 60-69 ans, à 33 % soit à un tiers de cette population en Belgique, qui pratique donc une activité bénévole de manière plus ou moins régulière.

Le niveau d'éducation quant à lui semble être fortement corrélé à l'activité de bénévolat. Les écarts observés entre les niveaux d'éducation sont importants en Belgique et pour la moyenne des pays SHARE.

Au plus ce niveau d'éducation est élevé, au plus nous trouverons davantage de personnes pratiquant une activité de bénévolat.

Graphique 82 : taux de bénévolat par statut socioéconomique



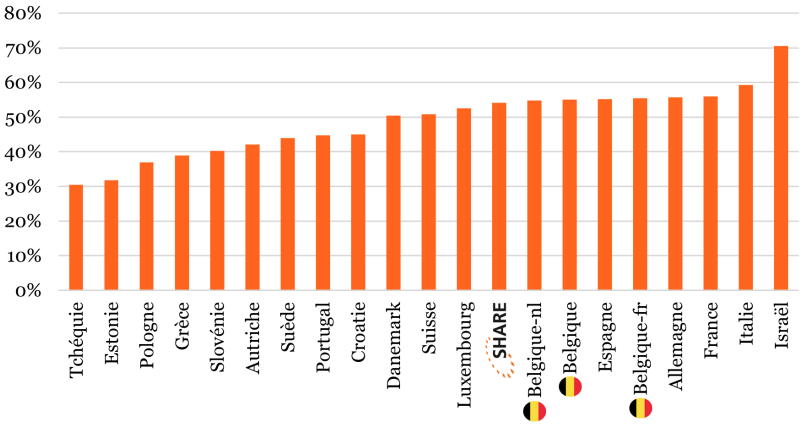
Source : SHARE (2014-2015), *50 ans et +*.

Le taux de bénévolat est décomposé selon le statut socioprofessionnel des 50 ans et plus sur le **GRAPHIQUE 82**. De manière générale et si nous regardons la moyenne SHARE, les personnes à la retraite et les personnes toujours actives (employé[e] ou indépendant[e]) sont proportionnellement plus nombreuses à faire du bénévolat.

Ceci est également observable pour la Belgique francophone. En Belgique néerlandophone, c'est parmi les personnes au foyer, mais aussi paradoxalement parmi les personnes au chômage, que nous observons les taux de bénévolat les plus élevés.

Enfin, le **GRAPHIQUE 83** complète notre analyse sur le bénévolat en comparant les pays selon le pourcentage des bénévoles qui pratiquent de manière régulière, au moins une fois par mois.

Graphique 83 : taux de bénévolat régulier



Sur ce graphique, le terme « régulier » fait référence aux personnes pratiquant du bénévolat au moins une fois par mois. Le taux est calculé en prenant comme base les personnes pratiquant du bénévolat, quelle que soit leur régularité. *Source* : SHARE (2014-2015), 50 *ans et +.*

Aucune tendance claire ne peut être dégagée de ce graphique. Il nous montre néanmoins qu'une proportion importante des bénévoles âgés de 50 ans et plus donnent de leur temps à ces activités de manière assez régulière, 55 % d'entre eux pour le cas de la Belgique, par exemple.

Ce qu'il faut retenir

Il pourrait exister un lien de cause à effet entre la pratique d'une activité bénévole de façon régulière et le niveau de satisfaction que l'on retire de la vie. Cette relation serait même observée sur le long terme, puisque les résultats montrent qu'un niveau de satisfaction plus élevé est également constaté chez les anciens bénévoles.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- >Son caractère **international** : les auteurs exploitent les données sur deux vagues de SHARE, entre 2004 et 2006, et combinent onze pays européens. De plus, cette étude exploite la comparabilité des données de SHARE par rapport aux autres études existantes, en l'occurrence les données de l'enquête norvégienne NorLAG.
- Les auteurs font le lien entre les questions portant sur la **santé mentale** et sur les **relations interpersonnelles**, plus spécifiquement le bénévolat. Ils parviennent à identifier une association positive entre la **satisfaction retirée de la vie** et le fait de pratiquer du **bénévolat** de manière régulière.

1 Th. Hansen, M. Aartsen, Br. Slagsvold et Chr. Deindl, « Dynamics of Volunteering and Life Satisfaction in Midlife and Old Age: Findings from 12 European Countries », *Social Sciences*, 2018, 7, 78.

2 Ces pays sont : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Suède et Suisse.

3 Cette enquête, NorLAG, rassemble un peu moins de 2.000 participants de 40 ans et plus en Norvège entre 2002 et 2008, sur deux vagues, et pose des questions sur le bénévolat qui sont assez proches de celles posées dans le cadre de SHARE.

20. Le logement intergénérationnel : réponse miracle au vieillissement ?

Face à l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population et, en corolaire, de la proportion de personnes en état de dépendance ou à risque de dépendance, nos sociétés doivent penser au défi du maintien de ces personnes en bonne santé. La structure du ménage familial dans lequel vivent les aînés est différente selon que l'on se trouve au sud ou au nord de l'Europe, à l'ouest ou à l'est, comme le montrent d'ailleurs d'autres chapitres qui abordent cette thématique.

En parallèle, une tendance à l'isolement se dessine pour nos aînés depuis quelques dizaines d'années, à intensité variable mais présente dans toutes les régions d'Europe. Cet isolement est quelque peu renforcé par la volonté de vieillir chez soi, le plus longtemps possible et en autonomie. Est-ce une image tronquée d'un vieillissement autonome qui apporterait un certain bien-être ? Une image ternie des maisons de repos, souvent considérées comme le dernier recours ?

Quelle est la structure, logement groupé ou ménage familial, la plus à même de garder les aînés en bonne santé ? Autrement dit, les décideurs devraient-ils accroître le nombre de chambres en maison de repos ou tout faire pour garder les personnes chez elles le plus longtemps possible ? Et comment ? De plus, n'existe-t-il pas d'autres options ?

Récemment, la crise économique de 2008 a révélé une troisième tendance, plus récente donc, qui ramène des enfants adultes au sein du ménage parental. Cette observation est le point central d'une étude parue en 2016[1] dans laquelle Émilie Courtin et Mauricio Avendano tentent de déterminer si ce retour dans le giron familial, au moment où le parent devient âgé, ne se fait pas au détriment de celui-ci, et s'il n'y aurait pas quelques leçons à retirer de cette expérience.

Dès le départ, cette association de deux générations peut apporter des retours positifs : si l'enfant rejoint le parent, probablement pour des raisons financières dans un grand nombre de cas, quelques économies et avantages financiers attendent les deux parties. De plus, soutiennent les auteurs, les parents âgés bénéficieraient d'une meilleure santé mentale, mesurée par le nombre de symptômes de dépression.

Les auteurs utilisent les données de SHARE sur trois vagues, s'étalant entre 2004 et 2010, de sorte à couvrir une partie de la crise financière de 2008. Au total, 50.043 entretiens de parents, étalés dans dix-sept pays[2] dont la Belgique, ont été décortiqués pour s'attarder sur le thème des corésidences rassemblant au moins deux générations et à leur effet éventuel sur la santé mentale des aînés.

Le point de vue de la littérature scientifique sur le sujet est résumé par les auteurs assez simplement. Les effets potentiels d'un retour des enfants adultes chez les parents âgés sont tantôt positifs et tantôt négatifs, au-delà des aspects financiers déjà mentionnés. D'un côté, il y a de fait davantage de contacts entre parents et enfants, ce qui peut entraîner des bénéfices au moins pour la personne âgée : elle est davantage stimulée, par rapport à une

personne âgée plutôt isolée, ce qui entraînerait des bienfaits au niveau des performances cognitives mais également en santé mentale et physique. Mais d'un autre côté, cette augmentation des échanges peut aussi entraîner tensions et conflits qui auraient des effets contre-productifs pour la personne âgée.

Si l'on résume le problème ainsi, reste à déterminer quel est l'effet qui, en moyenne du moins, l'emporte sur l'autre. D'autres continents ont bénéficié d'une séquence de recherches en la matière montrant pour certains pays un effet négatif, et positif pour d'autres. Cependant cette thématique n'a jusqu'ici pas attiré l'attention de beaucoup de chercheurs en Europe, sans doute par manque de données appropriées.

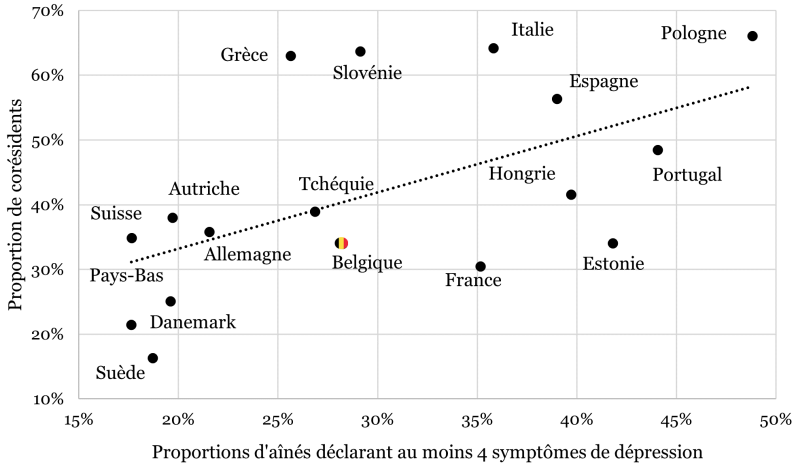
Avec les données de SHARE, les auteurs de l'étude que nous analysons ici tentent d'identifier si le fait d'habiter en corésidence avec un enfant adulte a un effet sur le nombre de symptômes de dépression chez l'aîné. Autrement dit, s'il existe un véritable lien de cause à effet.

Un premier constat, produit par l'observation des données statistiques, ne va pas dans le sens d'un effet positif, bien au contraire. En effet, sur le **GRAPHIQUE 84**, nous pouvons noter que la relation entre corésidence et santé mentale des aînés est négative. Dans les pays du nord et de l'ouest de l'Europe, la proportion de parents vivant avec des enfants adultes est faible, et le nombre de symptômes de dépression parmi ces aînés est également faible en moyenne. Dans les pays du sud et de l'est, c'est l'inverse. Davantage de situations de corésidences iraient de pair avec davantage de cas de dépression.

Les personnes âgées en corésidence avec des enfants adultes auraient donc en moyenne davantage de symptômes de dépression,

mais selon les statistiques présentées par les auteurs, ces personnes ont dans le même temps également en moyenne moins de maladies chroniques, sont plus jeunes et reçoivent moins souvent de l'aide informelle pour des soins, par rapport aux parents qui ne vivent pas avec un enfant adulte sous le même toit.

Graphique 84 : relation entre la corésidence et les symptômes de dépression



Source : Adaptation des Appendices 1 et 2, É. COURTIN et M. AVENDANO (2016). SHARE (2004-2010), 50 ans et +.

Du point de vue socioéconomique, les corésidents ont plutôt un profil de personnes n'étant pas des plus à l'aise financièrement, avec des parents qui perçoivent moins souvent une pension de retraite et déclarent plus de difficultés financières, mais sont néanmoins plus souvent propriétaires de leur logement, tandis que les enfants

adultes sont davantage à ne pas être en couple et être au chômage ou, de manière générale, en dehors du marché de l'emploi.

Comme mentionné plus tôt, les chocs économiques négatifs ont pour effet d'entraîner les enfants adultes à revenir dans le ménage de leurs parents, essentiellement pour des raisons financières. Partant du constat que les crises économiques augmentent le chômage, particulièrement celui des jeunes, les auteurs découvrent une relation assez forte : pour une augmentation de 1 % du taux de chômage des jeunes dans un pays donné, leurs estimations prédisent une augmentation de 0,5 % de la probabilité de corésidence intergénérationnelle dans ce même pays.

De plus, leurs modèles montrent qu'il existe un lien négatif entre corésidence intergénérationnelle et symptômes de dépression ! En effet, ils notent que corésider avec un enfant adulte réduit en moyenne les symptômes de dépression de 30 % par rapport aux parents qui ne partagent pas leur logement avec un enfant adulte. Le fait de corésider avec un enfant adulte pourrait donc entraîner des bénéfices pour la santé mentale des aînés.

Ce dernier résultat peut sembler paradoxal lorsqu'on le compare aux observations du **GRAPHIQUE 84**. Mais si ce graphique montre une tendance sur des données agréées par pays, les calculs économétriques sont basés exclusivement sur les données individuelles. La généralisation d'observations basées sur des résultats agrégés pour conclure sur des comportements individuels est trompeur et peut parfois être fausse. C'est un paradoxe connu du monde scientifique depuis 1958 sous le nom de « erreur écologique », terme attribué à Hanan C. Selvin[3]. Bien qu'il soit relativement rare d'avoir des résultats discordants, il est préférable

de toujours vérifier, comme ce qui est réalisé ici, des tendances sur la base de données agrégées par des données individuelles.

En se basant sur les résultats de leur étude, les auteurs concluent en préconisant le développement de mesures qui encourageraient les échanges et les aides de toute forme entre les générations, telles que les corésidences, comme moyen de réduire le risque de dépression chez les aînés. De plus, ils mettent en garde contre la tendance actuelle consistant au maintien en autonomie chez soi le plus longtemps possible, car leurs résultats pointent que les personnes âgées isolées sont, en moyenne, plus vulnérables, aussi bien physiquement que mentalement.

Qu'en est-il des autres types de logements intergénérationnels ? Ceux qui rassemblent des générations sans lien familial ? Les auteurs ne s'y sont pas attardés, car ce n'est pas une question pouvant facilement être investiguée. Cependant, il ne serait pas illogique de penser que ce type de corésidence puisse bénéficier des mêmes effets positifs sur la santé.

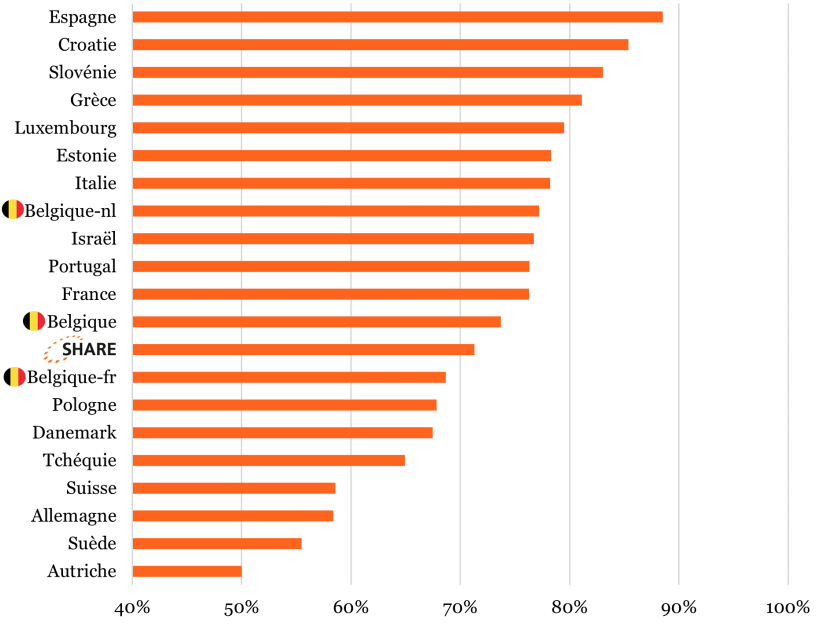
Ce thème vous intéresse ? Nous vous proposons quelques statistiques complémentaires afin de continuer la lecture.

Ces statistiques sont tirées de la vague 6 de SHARE, dont les données ont été collectées en 2014-2015.

Au-delà de la corésidence, les données de SHARE peuvent nous apporter quelques éléments pour mieux comprendre la composition des ménages et la façon dont ceux-ci occupent leur logement.

Un premier aperçu, sur le **GRAPHIQUE 85** ci-dessous, nous montre les différences importantes entre les pays européens en termes de propriété du logement au sein de la population âgée de 50 ans et plus.

Graphique 85 : pourcentage de ménages propriétaires de leur logement



Source : SHARE (2014-2015), *50 ans et +*.

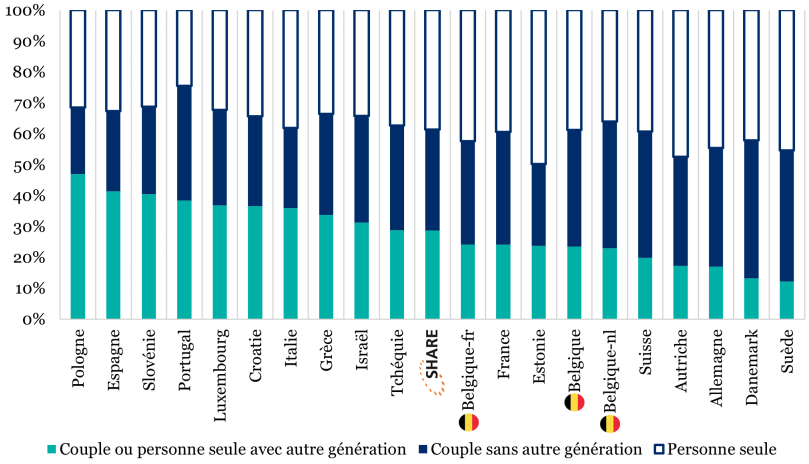
Nous y voyons que la statistique fluctue entre 50 % de propriétaires en Autriche à près de 90 % en Espagne, en passant par 74 % pour la Belgique, où les néerlandophones sont légèrement plus souvent propriétaires de leur logement que les francophones. La proportion moyenne des pays SHARE se situe à un peu plus de deux propriétaires sur trois.

Ces différences sous-entendent un attrait différent pour la propriété du logement à travers l'Europe. Elles sont sans doute expliquées en grande partie par des facteurs institutionnels, tels que des avantages fiscaux propres au pays ou à la région de résidence et qui favorisent l'accès à la propriété, sur les droits de propriété et les droits sur les successions en premier lieu. La mobilité professionnelle, propre aux nouvelles générations, ou des facteurs socioculturels jouent également un rôle et permettent d'expliquer l'origine de ces différences.

Sur le **GRAPHIQUE 85**, aucune tendance ne se dessine, bien que nous trouvions davantage de pays du nord, du centre et de l'ouest de l'Europe vers le bas du graphique (taux de propriétaires du logement plus faible) et des pays du sud et de l'est avec des taux plus élevé.

Qu'en est-il de la composition du ménage ? Nous avons parlé des corésidences d'au moins deux générations. Sur le **GRAPHIQUE 86**, nous observons la composition du ménage, toujours au sein de la population âgée de 50 ans et plus, en nous intéressant à trois catégories : les ménages composés de deux personnes en couple, ceux composés d'une seule personne, et enfin ceux qui incluent au moins une autre personne appartenant à une autre génération, au-dessus ou en dessous de la personne de référence.

Graphique 86 : type de ménage



Source : SHARE (2014-2015), 50 *ans et +*.

Les pays sur ce graphique sont classés en fonction de la proportion de ménages où au moins une génération différente (enfant, petit-enfant, parent) est présente. Cela va du pays qui est caractérisé par le taux de ménages composés de différentes générations le plus important (Pologne) à celui avec le taux le plus faible (Suède).

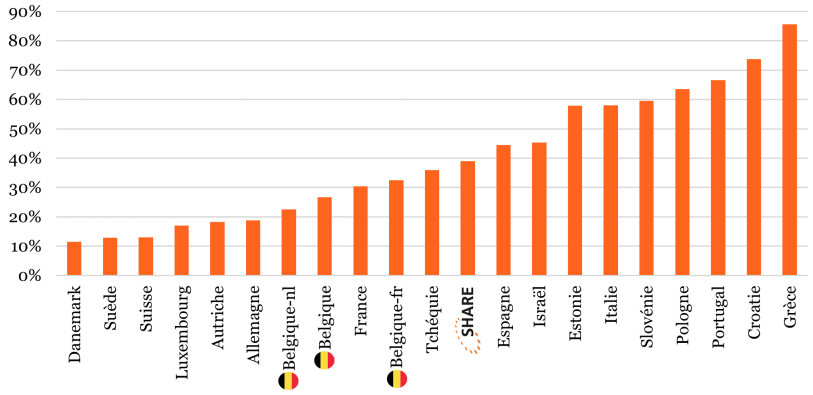
Comme dans la première partie de ce chapitre, nous observons davantage de pays du sud et de l'est de l'Europe avec des proportions élevées de ménages composés de différentes générations. À part le Luxembourg et l'Estonie, nous retrouvons ces groupes exclusivement à gauche (est-sud) et à droite (ouest-centre-nord) de la moyenne SHARE.

En Belgique, la proportion de ménages partageant le logement avec une autre génération est équivalent parmi les ménages francophones et néerlandophones interviewés dans le cadre de SHARE. La seule différence se situe dans la proportion de ménages composés d'une seule personne, 42 % pour les francophones et 36 % pour les néerlandophones.

Comment se portent financièrement les ménages répondant à SHARE ? Le **GRAPHIQUE 87** présente leurs sentiments sur ce plan. La question posée concerne leurs éventuelles difficultés à clôturer leurs fins de mois.

Plus précisément, les pourcentages observés sur ce graphique correspondent aux ménages de 50 ans et plus déclarant rencontrer des difficultés « à joindre les deux bouts ». Les différences entre pays européens sont extrêmes : 11 % au Danemark et 86 % en Grèce.

Graphique 87 : ménages (%) éprouvant des difficultés à joindre les deux bouts



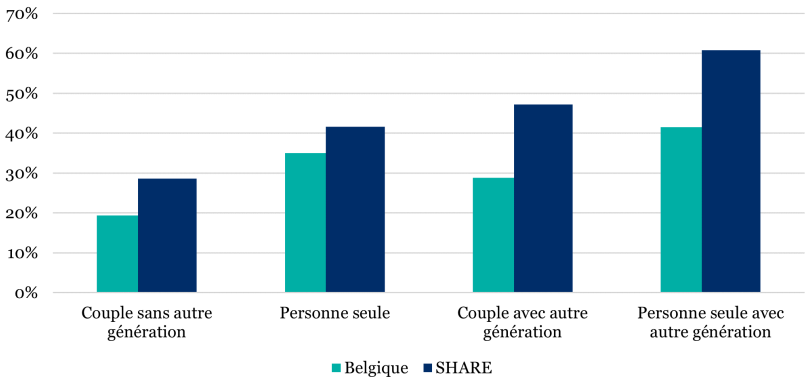
Source : SHARE (2014-2015), *50 ans et +*.

En Belgique, les francophones éprouvent en moyenne davantage de difficultés que les néerlandophones. Nous retrouvons la séparation nord-ouest et sud-est, où le premier groupe de pays déclare moins de difficultés que le second.

Enfin, sur le **GRAPHIQUE 88** nous nous intéressons également aux difficultés financières qu'éprouvent les ménages des 50 ans et plus.

Mais uniquement pour l'ensemble de la Belgique et pour l'ensemble des pays SHARE cette fois, en portant notre attention sur les différents types de ménages : les ménages composés d'un couple exclusivement, les ménages d'une personne et les ménages qui rassemblent d'autres générations, dont la personne de référence est seule ou bien en couple.

Graphique 88 : ménages (%) éprouvant des difficultés à joindre les deux bouts, par type de ménage



Source : SHARE (2014-2015), *50 ans et +*.

Nous pouvons constater sur ce graphique que les couples et les personnes seules sans corésidence avec une autre génération déclarent avoir moins de difficultés à boucler leurs fins de mois. C'est en revanche parmi les personnes seules, sans partenaire, mais vivant avec au moins un corésident appartenant à une autre génération que nous trouvons une proportion élevée de ménages en difficulté, avec plus de 40 % des ménages de ce type en Belgique qui éprouvent des difficultés financières et plus de 60 % pour l'ensemble des pays SHARE.

Ce qu'il faut retenir

Une tendance croissante des dernières décennies, poussée notamment par la crise financière, ramène dans un certain nombre de cas les enfants dans le ménage de leurs parents. Ce retour des enfants adultes dans le ménage des parents peut avoir certains avantages pratiques, comme par exemple une gestion financière éventuellement plus facile en permettant quelques économies.

En plus d'avantages pratiques, les auteurs de l'étude trouvent également un effet bénéfique pour la santé des aînés. Ils montrent que corésider avec un enfant adulte réduit en moyenne les symptômes de dépression de l'ordre de 30 % par rapport à ceux qui ne se trouveraient pas dans cette situation.

Les auteurs mettent en garde contre la tendance au maintien à tout prix de la personne âgée dans son logement et plaident, au contraire, en faveur de mesures visant à encourager les échanges

intergénérationnels. Ce serait pour eux un moyen d'éviter les risques liés à l'isolement et ses conséquences sur la santé.

L'apport de SHARE pour ce sujet

- Son caractère **longitudinal** : les auteurs ont suivi les entretiens de plus de 50.000 répondants sur trois vagues successives de l'enquête, entre 2004 et 2010.
- Son caractère **international** : dix-sept pays européens font partie de l'analyse. Pour chacun de ces pays, la population interrogée est représentative de la population âgée de 50 ans et plus.
- La corésidence entre générations est un sujet d'étude important mais difficile à aborder. En couplant les informations sur la **composition du ménage**, mise à jour lors de chaque édition de SHARE, avec des informations sur la **santé** et les **conditions de vie** des répondants, les auteurs ont pu montrer l'effet bénéfique de la corésidence entre générations sur la **santé mentale** des aînés.

1 É. Courtin et M. Avendano, « Under one roof: The effect of co-residing with adult children on depression in later life », *Social Science & Medicine*, 2016, 168, pp. 140-149.

2 Les pays étudiés sont : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Estonie, France, Grèce, Hongrie, Italie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Slovénie, Suède, Suisse et Tchéquie.

3 H. C. Selvin, « Durkheim's Suicide and Problems of Empirical Research », *The American Journal of Sociology*, 1958, vol. 63, n° 6. Ce paradoxe avait d'ailleurs été abordé dès 1950 : W. S. Robinson, « Ecological correlations and the behaviour of individuals », *American Sociological Review*, 1950, vol. 15.

Postscriptum : Premiers résultats de l'enquête SHARE-Covid en 2020

La pandémie de SARS-CoV-2 n'arrête pas de perturber la vie quotidienne des Européens depuis le début de l'année 2020. Distanciation physique, confinement total ou partiel, obligation vaccinale… nombreuses sont les voies prises par les gouvernements européens pour tenter de freiner et, espérons-le, stopper l'épidémie. Même en échappant à la contamination au Covid-19 et à ses nouveaux variants, la population de tout âge vit au rythme des décisions publiques qui ont des conséquences diverses, visibles et moins visibles.

Mais ce sont sans doute les populations âgées et très âgées qui sont les plus affectées et paient de ce fait le plus lourd tribut. Outre les conséquences dramatiques de la pandémie auprès de ces catégories d'âge, et parmi elles en particulier les personnes dépendantes résidant en institutions, la pandémie a eu pour conséquence de bouleverser la vie de tous les jours des 50 ans et plus. Il est difficile à ce stade de dire s'il s'agit de bouleversements temporaires ou définitifs. Ce n'est que dans quelques années, quand de nouvelles vagues de l'enquête SHARE seront disponibles, que de nouvelles recherches sur les diverses thématiques abordées dans cet ouvrage pourront nous éclairer.

Cela dit, pour avoir un premier aperçu des effets de la pandémie sur les 50 ans et plus, et à la suite de l'interruption du déroulement de la

vague 8, l'équipe SHARE a décidé de lancer une enquête à distance, par voie téléphonique, auprès des répondants. Ce questionnaire a été totalement consacré à l'épidémie de Covid-19 et à ses conséquences. La collecte de données a eu lieu entre les mois de juin et juillet 2020 dans l'ensemble des pays.

Cette période correspond aux mois d'été pendant lesquels, en Belgique mais aussi dans la plupart des pays couverts par l'enquête, on bénéficiait d'un déconfinement partiel. Autrement dit, il était possible d'avoir davantage de contacts sociaux, bien que ceux-ci devaient rester limités. Cet élément est à garder à l'esprit lorsque nous observons les statistiques présentées ci-après.

Il y aurait beaucoup d'éléments à développer dans ce chapitre, mais nous n'en retiendrons que quelques-uns, à notre avis les plus importants. Nous nous intéressons ici notamment aux conséquences de la première vague de la pandémie sur la santé, l'emploi et les conditions de vie, des sujets également traités auparavant dans cet ouvrage.

Le contenu de ce chapitre se base sur les données préliminaires de l'enquête SHARE-Covid, réalisée durant l'été 2020. Les analyses qui suivent, résultats et conclusions doivent donc être pris avec une certaine prudence.

L'impact direct de la covid-19 en europe

Pour commencer, nous nous penchons sur l'aspect le plus visible de la pandémie : les contaminations. Sans répliquer les statistiques nationales de propagation du virus, nous observons la proximité de

celui-ci au travers de divers éléments, et son impact dans la vie des personnes de 50 ans et plus.

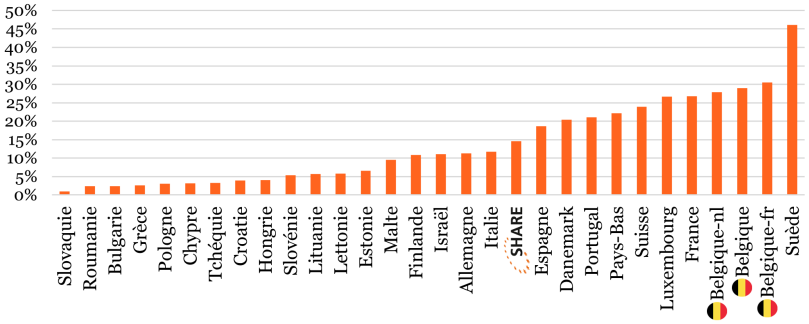
Le **GRAPHIQUE 89** nous montre la proportion des personnes qui ont rapporté avoir eu des symptômes de la Covid-19 et/ou qui connaissent quelqu'un dans leur entourage qui les a eus. Dans l'enquête SHARE-Covid, la personne interrogée peut mentionner toute personne qu'elle considère proche, que ce soit un membre de la famille (dans ou hors du ménage), un ami, un voisin, un professionnel de la santé, etc.

Parmi les pays dans lesquels le virus semble avoir circulé jusqu'en juin-juillet 2020 de manière prononcée, et ce sur la base de la perception de leur population de 50 ans et plus, se trouvent la Suède, la Belgique et la France. Ces trois pays enregistrent respectivement 46 %, 29 % et 27 % de leur population de 50 ans et plus ayant rapporté avoir eu des symptômes de la Covid-19 ou qui connaissent quelqu'un en ayant souffert (sans nécessairement avoir été testé pour la présence du virus). Nous voyons sur ce graphique qu'un écart important existe entre certains pays dont la population semble peu touchée par la Covid-19, notamment à l'est de l'Europe, y compris la Grèce, et les autres qui semblent davantage concernés.

En regardant plus en détail les réponses données, mais pas rapportées ici, on constate que de manière générale les cas de symptômes observés sur ce graphique le sont principalement parmi les membres de la famille, faisant ou non partie du foyer du répondant. En Belgique par exemple, un membre de la famille a été cité par 63 % des sondés comme étant l'une des personnes ayant souffert de symptômes, tandis que 39 % ont cité un proche en dehors de leur cercle familial (amis, collègues, personnel soignant, etc.), et 12 % déclarent avoir elles-mêmes développé des

symptômes de la Covid-19. Au total, dans le cas de la Belgique, environ 3 % des personnes sondées par SHARE au début de l'été 2020 ont déclaré avoir elles-mêmes eu des symptômes similaires, sans avoir nécessairement été testées positives à la Covid-19.

Graphique 89 : symptômes de la covid-19 : proportion de personnes touchées personnellement ou dont l'entourage l'a été



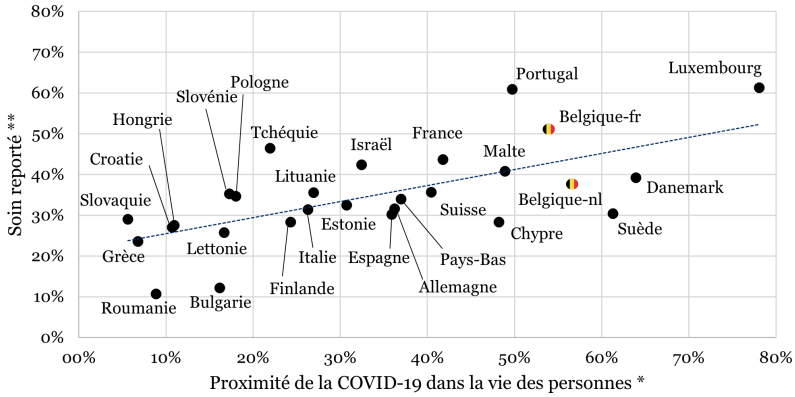
Source : SHARE (2020), *50 ans et +*.

Avec ou sans symptômes, l'accès aux hôpitaux pour recevoir des soins était, en Belgique du moins, certes plus compliqué pendant le premier pic de l'épidémie et les mois qui l'ont suivi, mais le recours aux soins urgents pouvait néanmoins avoir lieu. Cela étant, un nombre important de rendez-vous médicaux a été annulé ou n'a pas pu être programmé, précisément à cause de la pandémie.

Les raisons d'un report de soins dans le contexte de l'épidémie peuvent venir de trois situations : l'annulation du rendez-vous par le patient par peur de contracter le virus sur le lieu de la prise

en charge, son annulation par le médecin ou par l'hôpital dans le cas de soins jugés non urgents, ou enfin le refus par ces derniers d'un nouveau rendez-vous médical. Ces trois raisons, mentionnées dans l'enquête SHARE-Covid, résument la majorité des situations de report de soins durant la pandémie.

Graphique 90 : report de soins et proximité de la covid-19



**** La proximité de la Covid-19 reflète la proportion des personnes de 50 ans et plus qui ont eu ou qui connaissent quelqu'un qui a soit : – développé des symptômes de la Covid-19 ; – été testé positif ou négatif à la Covid-19 ; – été hospitalisé dû à la Covid-19 ou en est décédé. ** Tout type de report : un rendez-vous médical auquel la personne a renoncé d'elle-même, que le médecin ou l'hôpital a reporté ou a refusé à la personne.*** *Source* : SHARE (2020), 50 *ans et +.*

Le **GRAPHIQUE 90** met donc en relation la proximité du virus, c'est-à-dire le fait que le répondant ou son entourage a été touché par la Covid-19 d'une façon ou d'une autre[3], et les reports de soins médicaux. Cette relation peut être intéressante car le report de

soins peut venir non seulement d'une stratégie des hôpitaux mais aussi d'une crainte du répondant de se faire contaminer dans les lieux de soins.

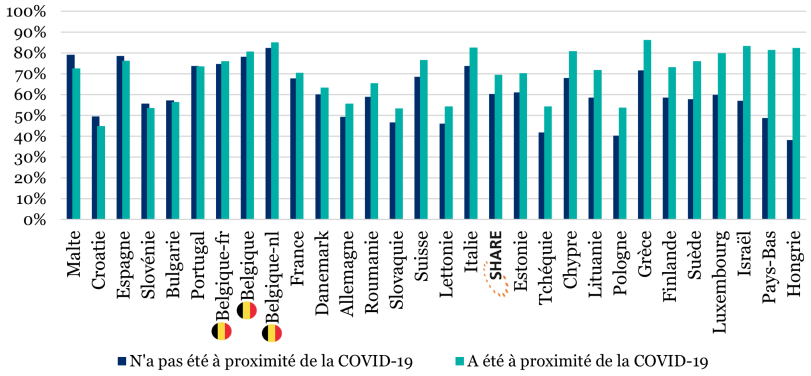
Comme sur le **GRAPHIQUE 89**, nous observons davantage de pays de l'est de l'Europe à gauche, indiquant une proportion plus faible de la population des 50 ans et plus dans ces pays ayant été peu affectés par la Covid-19 durant la période étudiée. Ce qui nous intéresse est la tendance entre cette proportion et la proportion de personnes ayant eu ses soins reportés, quelle que soit la raison. Cette tendance est positive, indiquant éventuellement (ce sera à vérifier par une étude approfondie) un effet négatif de la crise sur les soins reçus et aussi, très probablement, sur la santé des personnes concernées.

Dans tous les cas, quel que soit le motif à la base du report du soin, il est dans notre cas consécutif à la crise. C'est le Luxembourg (61 % des 50 ans et plus), le Portugal (61 %) et les Belges francophones (51 %) qui semblent avoir été les plus impactés à ce niveau-là. Au sein de la Belgique, les néerlandophones, bien qu'environ au même niveau de proximité de la Covid-19 que les francophones, ont en moyenne subi moins de report de soins. Notons qu'au moins un quart des 50 ans et plus ont vu leurs soins reportés dans 24 pays sur les 27.

Une autre relation intéressante à investiguer concernant les effets directs de la pandémie peut être établie avec l'évolution de l'état de santé mentale de la population des 50 ans et plus. Lors de cette enquête SHARE-Covid, réalisée pour rappel par téléphone, une question a été posée sur le fait de se sentir déprimé et, le cas échéant, si un changement a été ressenti par rapport à avant le début de la pandémie[4]. Nous observons, sur le **GRAPHIQUE 91**, les

personnes qui se disent être davantage déprimées depuis le début de la pandémie, selon leur proximité à la Covid-19.

Graphique 91 : proximité de la covid-19 dans la vie des personnes et sentiment d'être davantage déprimé



Les pays sont classés en fonction de l'écart en termes de sentiment de déprime existant entre les personnes ayant été à proximité de la Covid-19 et ceux qui ne l'ont pas été. *Source* : SHARE (2020), *50 ans et +*.

Nous pouvons apercevoir sur ce graphique une réponse différente à la proximité de la Covid-19 à travers les pays. En Hongrie par exemple, alors que « seuls » environ 10 % des 50 ans et plus ont été à proximité de la Covid-19 (**GRAPHIQUE 90**), l'écart en termes de dépression entre ces derniers et ceux n'ayant pas été à proximité du virus est le plus important. Les Hongrois ayant été à proximité du virus sont en effet bien davantage déprimés que ceux qui n'ont pas connu une telle proximité avec la Covid-19 (82 % des premiers se disaient déprimés, contre 44 % des autres). En revanche, la proportion de Danois ayant été à proximité de la Covid-19 était de

64 % mais la différence entre les deux groupes n'est pas importante (3 % de différence).

La réponse psychologique de la population des 50 ans et plus peut donc varier considérablement. Le contexte sanitaire pourrait être plus favorable dans un pays et pourtant, l'effet sur le moral des personnes y être supérieur, et inversement. Bien entendu, plusieurs éléments peuvent influencer ces résultats, tels que le type de mesures prises pour contrer l'épidémie, les habitudes comportementales liées à la culture ou encore d'autres spécificités que l'enquête ne permet pas de prendre en compte à ce stade[5].

Avec ces premiers résultats, nous pouvons dire que la Covid-19 a eu des effets directs qui, s'ils sont vérifiés par une étude future plus élaborée, ont impacté la vie des personnes de 50 ans et plus.

- Néanmoins, cet impact a été différent selon les pays d'Europe. Les pays de l'Est semblent avoir été moins affectés lors de cette première vague que les autres régions.
- Nous observons une baisse de soins médicaux qui ne concernent pas la Covid-19. À tout le moins, l'enquête SHARE-Covid confirme le fait qu'un très grand nombre de rendez-vous ont été reportés à cause de la pandémie. Ces reports peuvent avoir un effet négatif sur la santé globale.
- Bien que la relation ne soit pas nette, la proximité de la Covid-19 dans l'entourage des personnes peut avoir sur elles des effets négatifs, notamment en termes de santé mentale, ici illustrée par le sentiment de déprime.

État de santé avant et après confinement

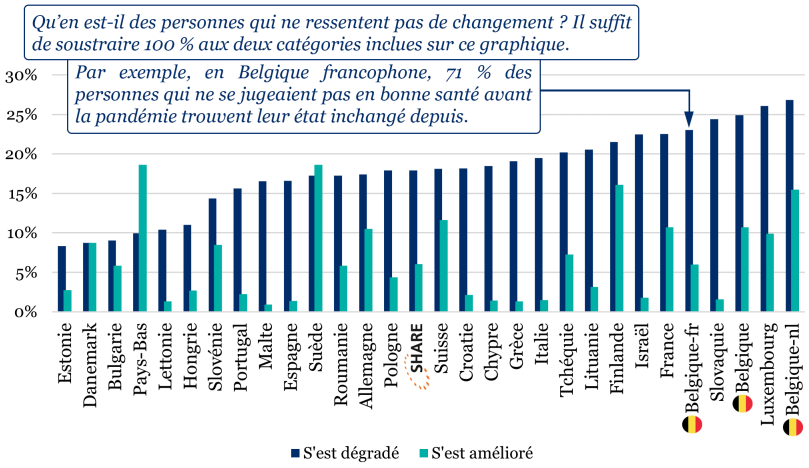
L'état de santé autoévalué est un indicateur largement accepté comme reflétant l'état de santé réel, comme nous avons pu le constater au long de cet ouvrage. Dans SHARE, le répondant est invité à décrire son état général de santé en choisissant parmi cinq propositions : excellente, très bonne, bonne, acceptable ou médiocre.

Le **GRAPHIQUE 92** reprend les personnes qui déclaraient avoir une santé acceptable ou médiocre avant la pandémie et distingue parmi celles-ci la proportion trouvant leur santé soit dégradée soit améliorée depuis. Pour simplifier davantage le graphique, la catégorie de personnes estimant que leur état de santé n'a pas bougé depuis l'arrivée de la pandémie n'est pas représentée. Cette catégorie peut en effet se déduire des deux premières.

Parmi les personnes ayant un état de santé acceptable voire médiocre déjà avant la pandémie, les choses ne se sont en moyenne pas améliorées, sauf au Pays-Bas et en Suède où il y a relativement davantage de personnes en meilleure santé depuis l'arrivée de la pandémie.

Ces deux pays se sont notamment distingués en ne souhaitant pas établir de confinement mais optant plutôt, au début de la crise du moins, pour une stratégie d'immunité collective. C'est en Belgique et au Luxembourg que l'état de santé des personnes qui ne se jugeaient pas en bon état de santé déjà avant l'arrivée de la pandémie s'est le plus dégradé, avec une proportion de plus de 25 %.

Graphique 92 : personnes en état de santé acceptable ou médiocre avant et variation depuis la pandémie



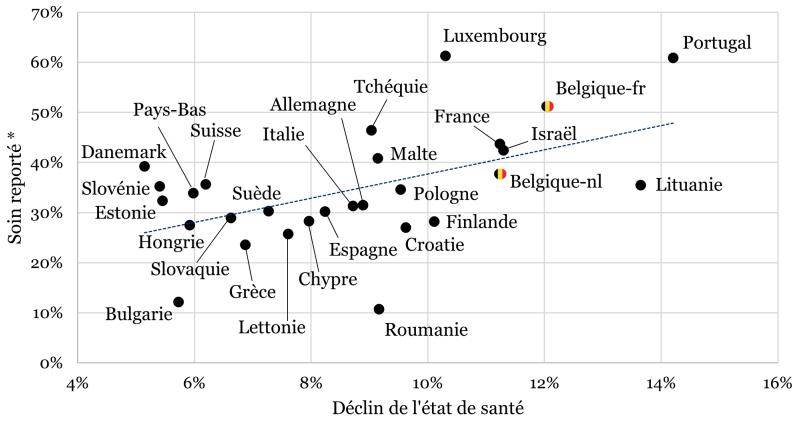
Pays classés en fonction de la proportion de personnes déclarant un état de santé acceptable ou médiocre avant la pandémie et rapportant un état de santé encore moins bon (« s'est dégradé ») depuis l'arrivée de la pandémie. Par soucis de clarté, la catégorie « ma santé n'a pas changé » n'est pas présente. Parmi les personnes qui jugent leur état de santé comme acceptable ou médiocre, la proportion de celles estimant un état de santé inchangé varie entre 90 % et 60 %. *Source* : SHARE (2020), *50 ans et +.*

Cependant, bien que la moyenne tende vers une détérioration de l'état de santé dans tous les pays sauf aux Pays-Bas et en Suède, nous devons noter une proportion significative d'amélioration de plus de 10 % des personnes de santé acceptable ou médiocre avant la pandémie en Allemagne, en Suisse et en France, et de plus de 15 % en Finlande et pour les néerlandophones de Belgique. Ces derniers enregistrent une amélioration trois fois supérieure à leurs compatriotes francophones.

Ces résultats soulignent une grande disparité de l'effet de la pandémie sur la santé. Il est néanmoins inquiétant qu'une dégradation supplémentaire soit ressentie par tant de personnes de 50 ans et plus qui se déclaraient déjà en mauvaise santé avant la pandémie.

Le **GRAPHIQUE 93** revient sur le report des soins médicaux, concernant cette fois la relation qu'il peut entretenir avec une détérioration de l'état de santé. Nous retrouvons le déclin de l'état de santé en abscisse (plus on se déplace vers la droite, plus la proportion de personnes déclarant avoir leur santé détériorée dans le pays est grande) et, en ordonnée, la proportion de personnes ayant vu leurs soins de santé reportés.

Graphique 93 : relation entre le report de soins et le déclin de l'état de santé



**** Tout type de report : un rendez-vous médical auquel la personne a renoncé d'elle-même, que le médecin ou l'hôpital a reporté ou a refusé à la personne.***
Source : SHARE (2020), 50 ans et +.

Comme sur le **GRAPHIQUE 90**, nous retrouvons une relation positive. Plus le pays a une proportion de soins reportés élevée, plus la proportion de personnes trouvant sa santé dégradée l'est également.

Enfin, nous nous intéressons à la santé mentale des répondants. Au lieu de la batterie de questions faisant partie de l'entretien SHARE classique, le questionnaire SHARE-Covid traite uniquement de quatre de ses éléments constitutifs : les sentiments de nervosité, de déprime et de solitude, ainsi que des éventuels problèmes de sommeil. Pour chacun de ces éléments, une question est aussi posée au répondant afin de savoir s'il/elle perçoit sur ce plan un changement par rapport à la période avant pandémie.

Le **TABLEAU 25** présente le sentiment d'être davantage déprimé(e) et le déclin de l'état de santé depuis la pandémie, ainsi que la relation, autrement dit la corrélation[6], entre les deux pour les personnes âgées de 50 ans et plus. Les pays y sont ordonnés en fonction du taux de corrélation, qui s'avère être positif et significativement différent de 0 dans tous les cas. Nous voyons que la relation entre le sentiment d'être davantage déprimé(e) et le déclin de l'état de santé est la plus forte notamment en Lituanie, Suède, Croatie et Portugal. Cette relation plus forte indique qu'un accroissement du sentiment de déprime et une baisse de l'état de santé sont intervenus, depuis la crise, conjointement plus souvent dans ces pays-là par rapport aux autres.

En Belgique, la relation est similaire entre francophones et néerlandophones (respectivement 0,23 et 0,26), malgré un plus fort sentiment d'être davantage déprimé(e) depuis le début de la pandémie parmi ces derniers.

Tableau 25 : accroissement du sentiment de déprime et déclin de l'état de santé depuis le début de la pandémie

	Davantage déprimé(e)s	Déclin de l'état de santé	Corrélation
Chypre	74 %	8 %	0,13
Pays-Bas	62 %	6 %	0,15
Slovénie	55 %	5 %	0,18
Estonie	64 %	5 %	0,19
Lettonie	47 %	8 %	0,19
Suisse	72 %	6 %	0,20
Danemark	62 %	5 %	0,20
Malte	75 %	9 %	0,21
Hongrie	41 %	6 %	0,22
Tchéquie	44 %	9 %	0,22
Grèce	73 %	7 %	0,22
Belgique-nl	84 %	11 %	0,23
Slovaquie	47 %	7 %	0,23
Israël	64 %	11 %	0,23
Allemagne	52 %	9 %	0,23
SHARE	63 %	9 %	0,24
Espagne	78 %	8 %	0,24
Belgique	80 %	12 %	0,24
Luxembourg	76 %	10 %	0,25
Bulgarie	57 %	6 %	0,25
Belgique-fr	75 %	12 %	0,26
Italie	76 %	9 %	0,26
Pologne	43 %	10 %	0,26
France	69 %	11 %	0,26
Roumanie	60 %	9 %	0,27
Finlande	64 %	10 %	0,27
Portugal	74 %	14 %	0,27
Croatie	49 %	10 %	0,27
Suède	69 %	7 %	0,28
Lituanie	62 %	14 %	0,34

Pays classés en fonction de la valeur du coefficient de corrélation entre le sentiment d'être davantage déprimé et la dégradation de l'état de santé, depuis la pandémie. Coefficients de corrélation de Spearman significatifs au seuil de 1 % pour tous les pays.
Source : SHARE (2020), 50 ans et +.

La santé autoévaluée est un indicateur très pertinent de l'état de santé global d'une personne. L'enquête SHARE-Covid permet d'observer un déclin de l'état de santé des personnes de 50 ans et plus depuis l'arrivée de la pandémie, particulièrement chez les personnes déjà en mauvaise santé avant, durant la période étudiée du moins.

La proportion de personnes qui déclarent être davantage déprimées ou davantage nerveuses a augmenté depuis le début de la pandémie, évolution assez attendue, et confirmée malheureusement par l'enquête SHARE-Covid. Par ailleurs, on observe que ce sentiment va de pair, est corrélé positivement et significativement, avec le déclin de l'état de santé déclaré par les répondants.

Sans pouvoir nous prononcer à ce stade sur le sens de cette relation, il est néanmoins évident que la crise sanitaire, à peine quelques mois après son déclenchement, a eu un impact considérable à la fois sur le moral et sur l'état de santé ressenti par la population âgée de 50 ans et plus.

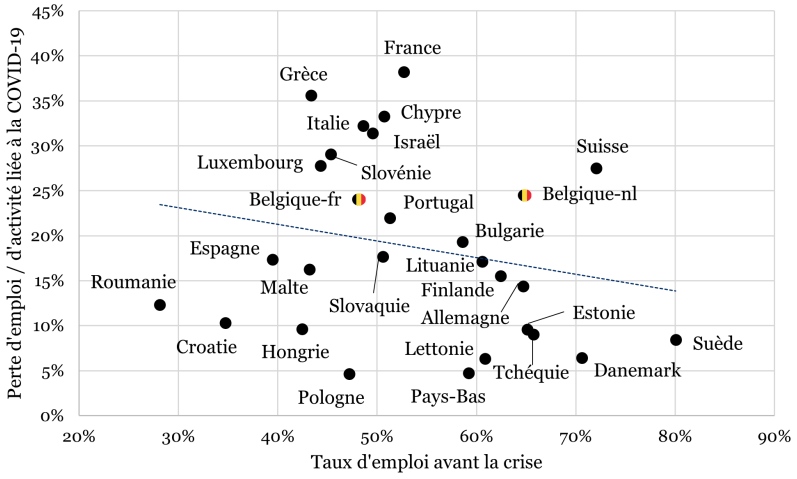
Répercussions socioéconomiques

Les diverses mesures de confinement prises par les autorités ont eu également un impact sur l'emploi et les conditions de vie de la population. L'enquête SHARE-Covid permet de faire un premier état des lieux concernant la population âgée de 50 ans et plus dans l'ensemble des pays participants.

Sur le **GRAPHIQUE 94** nous nous intéressons à l'évolution de l'emploi au sein de la population des 50-64 ans. Nous réduisons

ainsi la question de l'emploi à la catégorie d'âge qui est la plus à même de contenir des personnes actives professionnellement, dans la population SHARE. Ce faisant, nous voyons quel impact la crise sanitaire et les mesures visant à la contenir ont eu sur la proportion de personnes ayant dû arrêter leur activité professionnelle, même pour une période limitée, et ce pour une raison liée à la crise[7]. Ce graphique met en rapport le taux d'emploi avant la crise et la proportion des personnes qui ont dû interrompre ou arrêter leur activité suite au confinement, parmi les 50-64 ans.

Graphique 94 : taux d'emploi avant la crise et perte d'activité liée à la covid-19



Source : SHARE (2020), 50-64 *ans*.

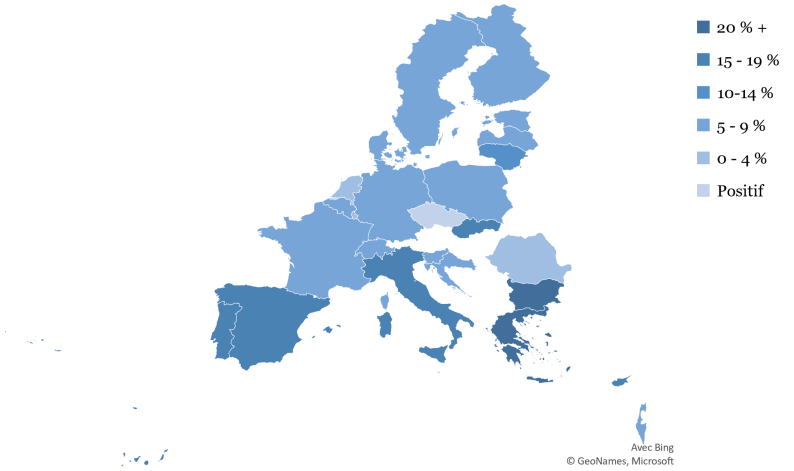
Ce graphique montre que ce pourcentage varie radicalement selon les pays : 5 % des 50-64 ans actifs professionnellement ont subi une interruption en Pologne et aux Pays-Bas, alors que ce taux monte à près de 40 % en France. Parmi les pays les plus affectés, nous retrouvons notamment ceux ayant opéré un confinement strict pendant plusieurs mois et, comme en Belgique, un déconfinement progressif qui englobe la période étudiée de juin et juillet.

Une relation négative semble se dessiner entre la proportion de travailleurs âgés de 50 à 64 ans ayant eu une interruption, temporaire ou définitive, de leur activité professionnelle et le taux d'emploi d'avant la pandémie. En effet, plus le taux d'emploi dans le pays est faible, plus la perte due à la crise sanitaire est proportionnellement élevée sur ce graphique. Il faudra sans doute analyser cette relation de plus près par la suite. Notamment, une hypothèse à vérifier sera de savoir si la pandémie aura été accompagnée par des interruptions définitives de l'activité, par exemple des mises à la retraite anticipée, plus dans certains pays que d'autres, spécifiquement dans les pays où le taux d'emploi dans cette tranche d'âge se situait déjà auparavant à un faible niveau.

Bien entendu, comparer les pertes d'emploi entre les pays d'Europe doit être sujet à caution, car la structure de l'emploi est parfois diamétralement différente d'un pays à l'autre. Ainsi, alors qu'en Belgique par exemple le tourisme a peu de poids dans l'économie, globalement parlant (cela varie bien entendu très fortement à l'intérieur du pays), c'est une source plus importante de revenus en Grèce, notamment. C'est peut-être pourquoi nous trouvons la Grèce, la France, ou d'autres pays dans lesquels le tourisme a une place importante, parmi les pays où la perte d'emploi a été la plus sévère.

Plus concrètement encore, la perte de l'activité professionnelle a forcément un impact sur le portefeuille des ménages concernés, malgré parfois une compensation financière des gouvernements nationaux et locaux. Dans le contexte européen, il est fort difficile de se faire une idée de l'importance de ces compensations et donc de faire des comparaisons. Néanmoins, la **CARTE DE L'EUROPE 4** suivante montre une baisse du revenu mensuel des ménages des 50 ans et plus, actifs professionnellement au moins avant le début de la crise financière, du plus foncé pour la baisse moyenne la plus importante au plus clair pour la plus faible.

Carte de l'Europe 4 : intensité de la baisse du revenu mensuel du ménage depuis le début de la crise sanitaire



Cette carte n'inclut les baisses de revenu global du ménage que pour ceux dont au moins une personne était active professionnellement avant le confinement. Les baisses de revenus parmi les ménages dits « inactifs », constitués principalement de retraités, sont aussi présentes mais bien moindres, de 0 à 5 % en moyenne pour l'ensemble des pays. *Source* : SHARE (2020), 50 *ans et +, par ménage.*

C'est surtout dans les pays du sud de l'Europe qu'on constate les baisses les plus importantes dans le revenu de ces ménages : plus de 20 % de baisse en Grèce et en Roumanie, entre 15 et 19 % pour le Portugal, l'Espagne, l'Italie et la Slovaquie. La Belgique, comme la plupart des pays du centre et du nord de l'Europe, se trouve dans la catégorie des 5 à 9 % de baisse, sans différence significative entre les deux parties linguistiques. Parmi tous les pays repris, il n'y a que la Tchéquie qui enregistre en moyenne une hausse du revenu moyen des ménages (4 %).

Du côté des ménages où les personnes sont plutôt inactives professionnellement (qui s'y identifient en tout cas comme telles), les écarts sont bien moins significatifs. En effet, bien qu'une baisse soit presque systématiquement observée dans l'ensemble des pays, elle est limitée en moyenne de 0 à 5 % par rapport à avant la crise. Les ménages inactifs de plus de 50 ans étant principalement composés de retraités, il semble attendu qu'une perte de revenu soit minime.

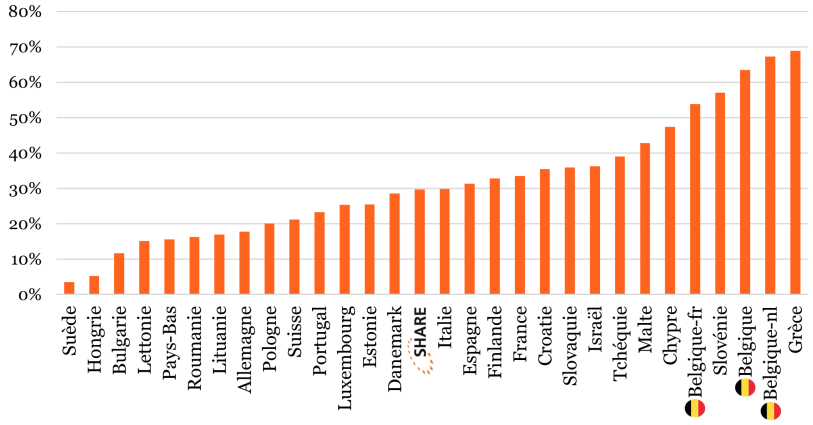
Ces baisses de revenus, aussi bien parmi les ménages constitués de personnes toujours actives professionnellement que ceux exclusivement composés de personnes inactives, auraient pu être plus prononcées[8]. Tout dépend des politiques publiques mises en œuvre par les États, eux-mêmes liés à leurs capacités financières.

Pour ce qui concerne les pays faisant partie de l'Union européenne, en particulier de la zone euro, la décision de la Commission européenne dans son rapport du 20 mars 2020 de suspendre en partie, et sous conditions, les obligations budgétaires du pacte de stabilité et de croissance a donné à ces pays la possibilité de pallier, au moins partiellement, les difficultés des ménages face à la crise.

En Belgique, comme dans d'autres pays, les autorités nationales et locales prévoyaient des compensations financières, notamment pour aider les travailleurs qui ont été obligés d'arrêter leur activité professionnelle.

Comme nous pouvons le voir sur le **GRAPHIQUE 95**, la proportion de personnes ayant reçu de l'aide (de la part des autorités mais éventuellement aussi de la famille, de l'employeur, ou d'autres sources) varie extrêmement au travers des pays SHARE. Plus de 50 % des personnes de 50 ans et plus ayant dû interrompre leur activité ont déclaré avoir reçu une aide en Grèce, en Belgique et en Slovénie.

Graphique 95 : individus ayant subi une interruption ou une perte d'activité, % recevant des aides



Source : SHARE (2020), *50 ans et +*.

Comme indiqué, l'aide financière reçue peut provenir de sources multiples. Selon les personnes interrogées, elle venait en majorité des autorités nationales, pour près de 80 % des cas en moyenne mais avec des variations importantes, de moins de 10 % en Bulgarie et en Hongrie à plus de 90 % en Grèce et au Danemark. En Belgique, la moyenne s'établissait à 78 %. À noter que l'aide financière dont nous parlons ici a été reçue soit par le répondant ayant dû interrompre son activité professionnelle, soit par tout autre membre du ménage.

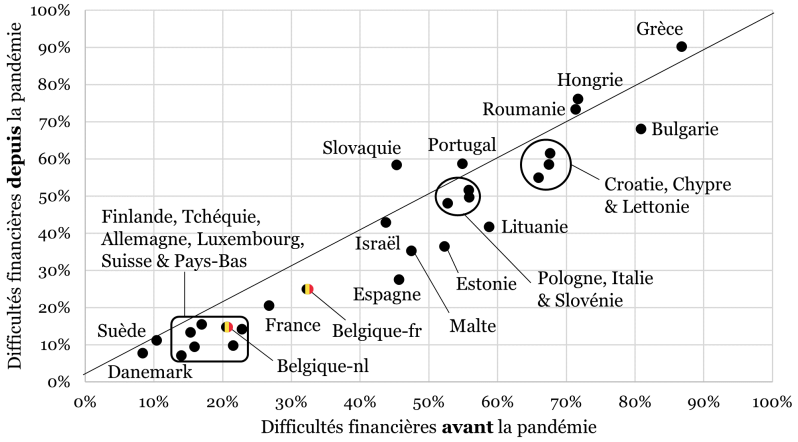
L'observation faite au **GRAPHIQUE 95** doit donc également se faire à la lumière des mesures appliquées pour combattre la pandémie. Nous avons observé des réponses différentes aux Pays-Bas et en Suède, où peu de mesures ont été imposées à la population durant la première vague, au contraire de la Belgique et de la France par exemple. La Suède et les Pays-Bas connaissent une proportion assez faible de personnes ayant reçu une aide. Cela s'explique sans doute par le fait qu'une perte d'emploi, même si liée à la Covid-19, n'était pas une conséquence des mesures gouvernementales.

Les ménages des 50 ans et plus sont-ils pour autant en plus grande difficulté financière depuis le début de la pandémie quand on la compare à la situation observée il y a quelques années ? Ce n'est en tout cas pas ce qui se dégage du **GRAPHIQUE 96**. Ce graphique met en rapport la proportion de ménages ayant déclaré avoir des difficultés « à joindre les deux bouts » à la vague 7 de SHARE (2016-2017), sur l'axe horizontal, avec cette même proportion en 2020, quelques mois après l'apparition de la pandémie, sur l'axe vertical[9].

Les pays représentés en haut de la droite coupant le graphique en deux (courbe à 45°) connaissent une plus grande proportion de

ménages en difficulté, par rapport à la situation quelques années auparavant. C'est le cas de la Slovaquie, du Portugal ou de la Grèce par exemple. Mais de manière générale les variations observées sur ce graphique ne correspondent pas à une dégradation de la situation des ménages de 50 ans et plus. C'est le cas notamment en Belgique. Nous constatons une proportion plus importante de ménages francophones de 50 ans et plus, par rapport aux ménages néerlandophones, déclarant des difficultés à joindre les deux bouts lors des deux vagues de l'enquête, mais en moyenne leur situation s'est améliorée entretemps, comme cela est aussi le cas des ménages néerlandophones.

Graphique 96 : difficultés financières avant et depuis la pandémie



Source : SHARE (2020), *50 ans et +, par ménage.*

Cette amélioration relative dans le ressenti des ménages face aux difficultés financières (à joindre les deux bouts) est à première vue en contradiction avec la baisse des revenus des ménages illustrée sur la **CARTE DE L'EUROPE 4** présentée auparavant dans ce chapitre. Cela dit, les informations reprises sur cette carte concernent uniquement les ménages dans lesquels une personne au moins était toujours active avant la pandémie, tandis que le **GRAPHIQUE 96**, en revanche, reprend l'ensemble des ménages SHARE, dont les revenus sont principalement constitués de pensions, publiques et privées, qui n'ont pas été affectées jusqu'ici par la crise sanitaire. Enfin, il faut aussi noter que le lien entre ces deux indicateurs des conditions de vie n'est pas direct. En effet, les variations subies par le ménage au niveau de ses revenus n'affectent nécessairement pas de la même manière son ressenti à propos des éventuelles difficultés à joindre les deux bouts. Ainsi, par exemple, le coût de la vie pendant le confinement aura sans doute diminué du fait de la réduction de certaines dépenses, autrement incompressibles comme les frais de transport ou de vêtements, sans oublier de loisirs divers y compris de vacances.

Même si, comme nous l'avons observé, l'effet économique de la crise sanitaire sur la population des 50 ans et plus a fortement varié à travers l'ensemble des pays étudiés, de manière générale les conditions de vie de cette tranche de la population ne semblent pas avoir été affectées de manière significative, en tout cas jusqu'au moment du déroulement de notre enquête au cours de l'été 2020.

À titre de conclusion

Les conséquences de la pandémie sur la santé ou sur les conditions de vie peuvent être importantes aujourd'hui, et resteront sous une forme ou une autre dans nos vies pendant de nombreuses années, tant cette crise a touché la population de tout âge. Rappelons que le vieillissement est un processus qui commence tôt.

Seule une étude longitudinale et plus approfondie nous permettrait d'aller plus loin sur l'ensemble des points évoqués dans ce chapitre. Les résultats d'une telle étude remettraient-ils cependant en question les observations et suggestions apportées dans les vingt chapitres précédents ? Bien que certaines des nouvelles habitudes prises à la suite de la pandémie vont sans doute perdurer dans le temps, nous ne le pensons pas.

Il serait même bon d'être davantage conscient du rôle que peuvent toujours jouer les conditions de vie à la petite enfance sur la santé à l'âge adulte, des effets bénéfiques de l'exercice physique, ou d'un maintien d'une vie sociale, pour ne nommer que ceux-ci. Il est vrai que durant cette pandémie, le rôle de ces facteurs sur la santé et les conditions de vie, en principe bénéfiques, aura été mis à rude épreuve.

Mais malgré les confinements ou les mesures visant à étouffer le virus, nous devrions avoir à notre disposition les moyens de ne pas perdre ces bénéfices. Cela passera peut-être par des changements d'habitudes. L'enquête SHARE compte poursuivre ses observations pour savoir comment la population de 50 ans et plus aura vécu cette crise et quels seront les changements qui s'opéreront dans leur vie future.

Les informations tirées de l'enquête SHARE-Covid de juin et juillet 2020 seront en effet complétées par une nouvelle vague d'enquêtes du même type, et auprès du même échantillon, prévue pour la fin du printemps 2021. Celle-ci sera suivie par la vague 9 de l'enquête, en face-à-face si la situation sanitaire le permet, qui commencera au dernier trimestre 2021.

Les informations collectées lors de ces enquêtes seront ensuite mises en relation avec les informations individuelles collectées lors des vagues précédentes de SHARE, y compris les vagues rétrospectives (SHARELIFE, 3 et 7). Ces données longitudinales devraient aider à comprendre, au moins en partie, les effets de long terme de la crise sanitaire sur différents aspects de la vie de la population âgée. Elles devraient aussi pouvoir servir à mesurer l'impact des certaines mesures prises au niveau des pays européens pendant la crise sanitaire. Nous espérons d'ici là que la situation sera devenue bien plus facile à gérer et que nos vies seront à nouveau le plus possible entre nos mains.

1 Ces lignes ont été écrites au courant des mois de novembre et décembre 2020.

2 A. Börsch-Supan, « Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8 », 2020. Release version: 0. SHARE-ERIC. Preliminary data set.

3 Ces pourcentages tiennent compte des répondants ayant dans leur entourage proche, y compris dans leur propre ménage, des personnes ayant développé des symptômes, mais également le cas de personnes ayant été testées, que le résultat ait été positif ou négatif, hospitalisées ou décédées à cause de la pandémie.

4 Étant donné la nature de l'enquête SHARE-Covid, nous ne disposons pas ici d'une échelle mesurant l'état éventuel de dépression comme pour les vagues précédentes de SHARE. Mais ce sera à nouveau le cas lors de la prochaine édition.

5 Nous devrions pouvoir en savoir plus lorsque des informations contextuelles seront disponibles et pourront être intégrées dans l'analyse. Nous pensons surtout ici à l'étendue des mesures de confinement et à leurs impacts social et économique.

6 Un coefficient de corrélation peut varier entre -1 et 1. Au Tableau 25, nous voyons qu'il est systématiquement positif pour chacun des pays.

7 La perte d'emploi ou de l'activité ne doit pas forcément être définitive, il peut s'agir d'une interruption dont on ne connaît pas dans certains cas l'issue finale (chômage temporaire ou arrêt d'une activité indépendante pendant quelques semaines). La question posée est : « En raison de la crise du corona virus, avez-vous perdu votre emploi, été mis en chômage partiel ou dû fermer votre entreprise ? ».

8 De manière générale, le revenu des personnes âgées retraitées est constitué essentiellement de pensions des régimes d'assurance publics et privés. À notre connaissance, ni le versement ni le montant de ces pensions n'auront été affectés par la crise jusqu'ici, et cela dans aucun des pays étudiés.

9 Il faut noter que dans les deux cas, celui de la vague 7 en 2016-2017 et de la vague Covid en 2020, la question posée s'intéresse à des périodes différentes, les derniers douze mois dans le premier cas et les derniers cinq mois dans le deuxième cas.

SHARE, infrastructure de recherche et outil d'aide à la prise de décision

Nous nous sommes intéressés, tout au long des chapitres de cet ouvrage, aux résultats mis en évidence par des recherches réalisées à partir des données récoltées par l'enquête SHARE. Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction, notre choix s'est porté sur un certain nombre d'articles publiés, la plupart du temps récemment, qui nous semblaient illustrer assez bien les différentes pistes de recherche offertes par ces données.

En passant par l'influence des caractéristiques personnelles sur l'état de santé actuel, des conséquences de bonnes et mauvaises habitudes du quotidien, jusqu'à l'observation d'effets, observés à l'âge adulte, des conditions de vie durant l'enfance par exemple, SHARE permet la réalisation d'études novatrices par son approche interdisciplinaire et dynamique (longitudinale). De plus, sa portée européenne et son intégration à un réseau mondial d'enquêtes sœurs rendent possibles les comparaisons entre pays. Ce dernier point est d'autant plus important dans une Union européenne pour comprendre le vieillissement sous ses multiples facettes culturelles.

Bien entendu, il aurait été impossible de couvrir l'ensemble de la littérature scientifique produite à ce jour. En effet, des milliers de chercheurs exploitant les données SHARE ont accumulé près de 3.000 publications, soit une production importante de connaissances sur le processus qu'est le vieillissement. Les lecteurs

intéressés à aller plus loin sont invités à visiter le site international de SHARE (www.share-eric.eu) sur lequel il est possible d'accéder au répertoire de publications, mis à jour régulièrement, ainsi qu'à de nombreux comptes rendus d'une sélection d'articles : le Blog SHARE (www.share-blog.eu) et, sous une forme encore plus vulgarisée, les SHARE Findings (http://www.share-project.org/share-research-results.html). Ces derniers sont d'ailleurs traduits en français dans la mesure du possible sur la partie francophone du site SHARE-Belgique, à l'adresse www.share-project.be.

Il est aussi important de faire remarquer que malgré sa courte période d'existence, seize ans à ce stade, l'enquête SHARE est devenue une source importante d'informations pour les institutions publiques, en ce qui concerne de près ou de loin le vieillissement de la population.

Les exemples de documents et rapports d'institutions publiques prenant appui sur les données de SHARE sont nombreux, que ce soit au niveau européen et international, en premier lieu l'Union européenne et la Commission, mais également au niveau national et régional. Ces informations se trouvent souvent à la base de réformes introduites dans les politiques publiques en rapport aux conditions de vie et de bien-être de la population âgée.

Car c'est bien là la raison d'être du projet SHARE : donner les clés d'analyse du processus de vieillissement à la population afin d'améliorer sa santé et ses conditions de vie. Pour comprendre une société en pleine évolution et en transformation démographique constante, SHARE est un outil décidément idéal qui mériterait d'être davantage connu du grand public ainsi que des futurs chercheurs et des décideurs. Nous avons tenté d'y apporter notre pierre au travers de cet ouvrage.

Rendre possible un projet tel que SHARE est par essence un service à la collectivité, une fondation essentielle pour accompagner les personnes âgées d'aujourd'hui et de demain !

À propos

Cet ouvrage est le premier résultat de la politique de promotion de l'*Open Access* souhaitée par le Conseil Scientifique des Presses universitaires de Liège et d'une collaboration étroite entre les PUL et ULiège Library.

Le livre

L'allongement de la vie est au centre de défis sociétaux majeurs. Que ces défis touchent à la santé individuelle ou au vivre ensemble général notamment, nous serons tous amenés à découvrir les multiples changements que ce vieillissement implique directement ou indirectement dans la vie de tout un chacun. Pour donner quelques éléments de compréhension aux personnes qui se poseraient des questions à ce sujet, les auteurs font appel aux enseignements tirés de l'enquête européenne SHARE. Depuis 2004, SHARE suit des cohortes de personnes âgées de 50 ans et + en Europe afin d'analyser les interactions entre différentes dimensions : famille, relations sociales, travail et départ à la retraite, état de santé physique et mental, conditions de vie, etc. Les informations collectées dans le cadre de ce projet ont permis la réalisation de multiples recherches, beaucoup d'entre elles interdisciplinaires, dont une sélection est présentée de manière vulgarisée tout au long des vingt chapitres composant cet ouvrage. Ceux-ci illustrent à quel point la réalité va souvent à l'encontre des idées reçues sur le vieillissement. Couplées aux nouveaux enseignements tirés de l'édition SHARE-COVID de l'été 2020, ces connaissances deviennent

encore plus précieuses pour comprendre l'impact que la pandémie du Covid-19 aura eu sur la population âgée dans les pays européens. Les auteurs introduisent ce sujet dans le 21 e chapitre de cet ouvrage. Nous espérons que les lecteurs curieux tireront des informations utiles pour eux-mêmes ainsi que pour leur entourage.

Les auteurs

Sergio Perelman est responsable de l'enquête SHARE pour la Belgique francophone, Professeur honoraire et chercheur en économie à HEC-Liège (ULiège). Ses recherches touchent notamment à la sécurité sociale, le marché du travail et l'analyse des frontières d'efficacité. Xavier Flawinne est « l'opérateur » SHARE pour la Belgique francophone et par ailleurs chercheur en économie à HEC-Liège (ULiège) dans le domaine de l'économie publique. Ses recherches se sont attardées sur l'endettement public, les pensions ou encore le marché du travail des 50 +.