

Chômage et invalidité après 50 ans : deux dispositifs alternatifs de sortie de l'emploi pour les seniors en mauvaise santé ?

Thomas Barnay*

La France se caractérise par un taux d'emploi des 55-64 ans relativement faible, égal à 38 % (Eurostat, 2007), dû essentiellement à un marché du travail défavorable aux seniors et à diverses possibilités de départ anticipé (préretraites, dispenses de recherche d'emploi, pensions d'invalidité). À ces âges, un état de santé dégradé est un motif de cessation précoce d'activité par le biais de dispositifs tels que la CATS (Cessation Anticipée pour certains Travailleurs Salariés) ou la CAATA (Cessation Anticipée d'Activité pour les Travailleurs de l'Amiante) mais aussi via l'inactivité temporaire (les indemnités journalières maladie) ou permanente (les pensions d'invalidité). Dans ce contexte, il semble intéressant d'identifier les facteurs déterminants de la participation, ou non, au marché du travail après 50 ans et le lien entre santé dégradée et statut d'activité (emploi, inactifs et chômeurs en particulier). Il apparaît que la prévalence d'une limitation fonctionnelle dans les activités quotidiennes conduit à une exclusion plus forte des plus de 50 ans sur le marché du travail. Une partie des personnes âgées de 55 à 59 ans en incapacité se retrouvent au chômage et ne recherchent pas d'emploi, c'est-à-dire qu'elles sont potentiellement dispensées de recherche d'emploi. Ceci validerait l'hypothèse selon laquelle une partie des dispensés de recherche d'emploi sont des personnes dont l'état de santé est altéré.

** ERUDITE (Équipe de Recherche sur l'Utilisation des Données Individuelles Temporelles en Économie) et TEPP (Travail, Emploi et Politiques Publiques, CNRS FR 3126), Faculté de Sciences Économiques et de Gestion de l'Université Paris 12 Val de Marne. Contact : barnay@univ-paris12.fr*

Cette étude a été débutée lorsque j'étais chargé de recherche à l'Irdes (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé) dans le cadre d'une étude réalisée pour la Drees. Je tiens à remercier Didier Blanchet (Insee), Florence Jusot (Université Paris Dauphine) et Sandrine Dufour-Kippelen (Université Paris Dauphine) pour leurs commentaires éclairants ainsi que les participants aux Journées des Économistes de la Santé Français de Dijon et aux journées de l'AES en 2006. Je tiens aussi à remercier les participants au Séminaire Claude Fourgeaud du Ministère de l'Économie et tout particulièrement Falilou Fall (DGPE) pour la qualité de sa discussion. J'adresse enfin mes remerciements aux trois relecteurs anonymes de la revue Économie et Statistiques pour leur rapport détaillé sur la première version de ce texte. Je reste seul responsable des insuffisances de cet article.

En France, les dispositifs publics de préretraites, dont l'un des rôles initiaux était de favoriser l'emploi des jeunes mais aussi la gestion des sureffectifs des entreprises en difficulté, s'éteignent peu à peu au profit de nouveaux dispositifs tels que la Cessation anticipée pour certains travailleurs salariés (CATS), la Cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante (CAATA) et surtout la Dispense de recherche d'emploi (DRE) (1). L'obtention d'une pension d'invalidité peut aussi constituer un mode de sortie anticipée du marché du travail, ce qui semble être le cas dans les pays scandinaves où le recours accru aux pensions d'invalidité a pu traduire un effet de générosité du système d'assurance maladie (Dahl *et al.*, 2000). De nombreux travaux empiriques ont montré que l'altération de l'état de santé en fin de vie active modifie les comportements des seniors qui anticipent leur retrait du marché du travail (Lindeboom, 2006 ; Currie et Madrian, 1999). La sortie précoce d'activité pour raison de santé pouvant limiter l'efficacité des mesures de recul de l'âge de la retraite, la compréhension des relations entre santé et travail apparaît donc essentielle dans ce contexte.

Aussi peut-on s'interroger sur les recours utilisés par les personnes en mauvaise santé pour cesser leur activité en France. Plus précisément, quel rôle pourrait jouer la Dispense de recherche d'emploi dans le traitement de l'incapacité de travailler pour des raisons de santé ? Quels sont les dispositifs de cessation d'activité en France et quels sont ceux dédiés à la compensation d'un état de santé dégradé ? L'enjeu de cette problématique est par conséquent d'étudier, au sein de la population des 50-59 ans, les statuts d'occupation des personnes en mauvaise santé, tout particulièrement de celles qui ont pu se tourner vers des dispositifs non dédiés à la santé tels que la DRE. Il est nécessaire au préalable de resituer le cadre de cette étude réalisée sur des données de 2002-2003, années durant lesquelles les DRE étaient encore nombreuses.

Trois analyses sont proposées ici. La première vise à valider l'hypothèse de sélection par la santé sur le marché du travail, en testant le lien entre mauvaise santé et sortie précoce de l'emploi en fin de vie active. Puis, parmi la population sans emploi, il convient de s'interroger d'une part sur les liens entre santé et inactivité (avec et sans reconnaissance de handicap) et d'autre part entre santé et chômage. Ces deux analyses visent à approcher les situations dans lesquelles se retrouvent les personnes sans emploi et en mauvaise santé, qu'elles bénéficient de dispo-

sitifs dédiés à la santé (bénéficiaires de pension d'invalidité) ou qui ne le sont pas *a priori* (DRE, préretraités, femmes au foyer,...).

Les modalités de cessation d'emploi en France

Les actifs occupés en France disposent de plusieurs modalités de cessation d'activité répondant à des logiques différentes : préretraites, pensions d'invalidité, DRE. Les préretraites publiques versées régressent depuis 1998. En effet, suite à la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, les dispositifs publics de préretraites sont progressivement supprimés et des taxes de plus en plus élevées sont prélevées sur les préretraites privées (de 12 % en 2003 à 25 % en 2008 et 50 % dès 2009). La suppression progressive des préretraites « classiques » est contrebalancée en partie par des mesures dont l'objectif est de compenser les risques pour la santé liés à l'activité professionnelle (CATS et CAATA). Ainsi, fin 2005, les préretraites classiques financées par l'État ne relèvent plus que de l'Allocation fond de solidarité pour l'emploi (AFSNE) ou de la Préretraite progressive (PRP) et comptent moins de 55 000 allocataires alors que les CATS et CAATA concernent plus de 70 000 personnes (Merlier, 2006). Parallèlement à la modification de la nature des préretraites, la Dispense de recherche d'emploi (DRE) devient la mesure privilégiée de cessation anticipée d'emploi. Ce dispositif, créé en 1986, répondait initialement à la difficulté pour les personnes de plus de 55 ans de trouver un emploi, en les affranchissant d'en rechercher. Il s'apparente aujourd'hui davantage à un nouveau type de préretraite. Il concerne les personnes âgées d'au moins 57 ans et demi et celles de 55 ans qui justifient d'au moins de 160 trimestres validés dans les régimes de base obligatoires d'assurance vieillesse (ou de périodes assimilées) ou qui bénéficient de l'allocation de solidarité spécifique. Les dispensés de recherche d'emploi, dont le nombre a augmenté d'environ 50 % entre 1996 et 2006, sont environ 383 000 en décembre 2007. Leur effectif accuse cependant une baisse depuis décembre 2006 (avec un pic supérieur à 416 000) et il est envisagé que les DRE soient à terme supprimées.

Parmi ces dispositifs de cessation précoce d'emploi, quels sont ceux dédiés aux personnes

1. Cet article a été rédigé avant l'adoption par le Parlement, en juillet 2008, du projet de loi relatif aux droits et devoirs des demandeurs d'emploi.

en mauvaise santé ? Les personnes dans l'incapacité permanente de travailler, à cause d'un problème de santé ou d'un handicap, perçoivent soit un revenu de remplacement proportionnel au dernier revenu (pensions d'invalidité) soit un minimum social (Allocation adultes handicapés). Les pensions d'invalidité sont plus souvent accordées à cause de problèmes de santé survenus avec l'âge. En France, elles constituent le principal dispositif dédié à la cessation d'emploi pour raison de santé (dans les secteurs privé et public). L'octroi de ces pensions suppose une diminution de la capacité à travailler au moins des deux tiers reconnue par un médecin conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Fin 2004, un peu plus de 750 000 personnes de plus de 50 ans percevaient soit une pension d'invalidité soit l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) (Barnay et Jeger, 2006). Parmi elles, au moins 650 000 personnes sont vraisemblablement inactives, les autres étant des personnes jugées capables d'exercer une activité rémunérée (pensions de catégorie 1).

En France, le recours aux pensions d'invalidité pour les seniors est moins fréquent qu'en Allemagne, en Suède et au Royaume-Uni, et ce quel que soit leur âge, comme en témoigne la comparaison des taux de bénéficiaires de pensions d'invalidité. Entre 55 et 59 ans, par exemple, 6 % des hommes bénéficient de pensions d'invalidité en France alors qu'ils sont 10 % en Allemagne, 15 % au Royaume-Uni et plus de 20 % en Suède. Ce faible recours aux pensions d'invalidité en France peut s'expliquer par les conditions financières plus avantageuses des autres dispositifs. En effet, le taux de remplacement offert par les pensions d'invalidité (moins de 50 % en absence de couverture complémentaire) est souvent inférieur au taux de remplacement de l'assurance chômage destiné aux salariés en fin d'activité (de 65 à 75 % du dernier salaire brut). Un salarié en mauvaise santé peut ainsi bénéficier d'un meilleur taux de remplacement en préretraite, ou après un licenciement économique, qu'en tant que bénéficiaire d'une pension d'invalidité. En outre, le médecin du travail peut valider la demande d'une pension au titre de l'inaptitude après avoir vérifié que les aptitudes du salarié sont en inadéquation avec le poste occupé. Les pensions d'invalidité concernent environ 60 000 personnes en 2005 et peuvent, en cas d'impossibilité de reclassement, conduire à un licenciement (Bardot et Touranchet, 2006). Enfin, l'introduction, depuis le 1^{er} janvier 2004, du dispositif des « carrières longues » offre des possibilités de départ à la retraite avant 60 ans pour les personnes qui ont

commencé leur activité avant 17 ans et qui justifient d'un nombre minimal de cinq trimestres d'assurance accomplis avant la fin de l'année civile du 16^e anniversaire (pour un départ à 56, 57 ou 58 ans) ou du 17^e anniversaire pour un départ à 59 ans. Ce dispositif de cessation précoce d'activité peut, de manière indirecte, compenser la pénibilité du travail de ces catégories de travailleurs peu qualifiés et arrivés jeunes sur le marché du travail.

Les relations entre santé et statut d'activité

En France, la cessation d'emploi dépend sur le plan macroéconomique des règles institutionnelles d'accès à la retraite et sur le plan microéconomique de la contrainte financière, c'est-à-dire de la capacité des agents à supporter une décote, qui jusqu'en 2003 était élevée pour le secteur privé (10 % par année manquante). Ainsi, les contraintes institutionnelles et financières obligent bien souvent les détenteurs de faibles revenus à attendre l'âge légal de la retraite avant de faire valoir leurs droits (Blanchet et Mahieu, 2000). Le choix du départ à la retraite est donc particulièrement contraint, d'autant plus qu'il constitue un « état absorbant », c'est-à-dire une décision pratiquement irréversible bien que les possibilités de cumul emploi-retraite se développent de plus en plus.

Néanmoins, l'état de santé apparaît comme un des déterminants les plus importants de l'offre de travail des travailleurs âgés (Lindeboom, 2006). La relation entre l'état de santé et l'emploi est théoriquement claire (Strauss et Thomas, 1998), elle relève cependant d'une double causalité empiriquement ambiguë (Currie et Madrian, 1999). De nombreux travaux mettent en évidence tout d'abord un effet de sélection de la santé sur le statut socio-économique (*healthy worker effect*). Ainsi la dégradation de l'état de santé conduit à une sortie anticipée du marché du travail (Bound *et al.*, 1999 ; Dwyer et Mitchell, 1999 ; Kerkhofs *et al.*, 1999 ; Campolieti, 2002). Par ailleurs, les effets de la pénibilité du travail sur la santé montrent que le travail peut aussi influencer l'état de santé, rendant délicate l'étude simultanée de la santé et de l'offre de travail (Volkoff *et al.*, 2000 ; Lasfargues, 2005). 36 % des personnes âgées de 50 à 59 ans, en emploi et déclarant souffrir d'une affection limitant leur capacité de travail, expliquent en effet que leur problème de santé est dû à leur environnement professionnel (Coutrot et Waltisperger, 2005). En outre,

d'après les résultats de l'enquête *Sumer* (Dares, 2006), 28 % des personnes âgées de plus de 50 ans ressentent des contraintes posturales et articulaires. Cette seconde relation, concernant l'influence des conditions de travail sur l'état de santé, a aussi fait l'objet de validations empiriques (Stern, 1989 ; Leung et Wong, 2002).

En France, les études des cohortes de l'enquête *Santé, Travail et Vieillesse* (*Estev*), coordonnée par le Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail (Créapt), ont mis en évidence qu'une mauvaise santé augmente fortement les risques d'exclusion de l'emploi (Derriennic *et al.* ; 2003 ; Saurel *et al.*, 2001). Une étude s'appuyant sur l'enquête complémentaire à l'enquête *Emploi* de l'Insee de 1996, a montré que la dégradation de la santé conduit à anticiper l'âge de cessation d'activité, après prise en compte des contraintes financières et familiales (Barnay, 2005). L'effet de sélection par la santé sur le marché du travail paraît cohérent avec les aspirations des actifs français en matière de retraite puisqu'ils souhaitent partir plus tôt quand ils déclarent des problèmes de santé (Rapoport, 2006). Par ailleurs si l'état de santé semble prépondérant en fin d'activité, cette relation est avérée dès le début de l'activité professionnelle, ce qui souligne les possibles effets cumulatifs d'un état de santé dégradé durant la vie professionnelle (Tessier et Wolff, 2005).

Plusieurs biais peuvent altérer la qualité de la mesure de cette double causalité entre santé et emploi : des biais de déclaration (ou de report) liés à la nature du recueil de l'information, des biais de mesure de l'état de santé, ou encore des biais d'incitation et de justification.

Les *biais de déclaration* sont inhérents à ce type d'exercice. Les déclarations des personnes peuvent dépendre de leurs caractéristiques sociales, voire de leur état de santé même, ce qui peut entraîner des biais socioculturels et d'endogénéité (Bound, 1991 ; Anderson et Burkhauser, 1984). Certains auteurs compilent ainsi des mesures objectives (telles que la mortalité) avec des mesures subjectives de l'état de santé. La difficulté de mesure de la santé « réelle » des individus engendre un second type de biais : *les biais de mesure*. Comme le souligne Sermet (1993), la morbidité déclarée n'est qu'un sous-ensemble de la morbidité ressentie, cette dernière ne représentant qu'une partie de la morbidité réelle. À la difficulté de l'appréhension de la morbidité réelle s'ajoute celle de la pertinence du choix de l'indicateur

retenu pour mesurer spécifiquement le lien entre santé et travail. L'indicateur qui paraît le plus naturel pour mesurer ce lien est l'incapacité, souvent présentée dans les enquêtes comme la limitation dans les activités quotidiennes. Mais cet indicateur ne couvre qu'un champ de la santé, il convient donc d'utiliser d'autres indicateurs pour mesurer leur impact sur l'activité et ainsi prendre en compte l'aspect multidimensionnel de la santé (Loprest *et al.*, 1995).

L'étude des personnes de plus de 50 ans complique l'analyse puisque les seniors subissent de fortes contraintes sur le marché du travail qu'ils peuvent d'ailleurs quitter pour bénéficier de systèmes de préretraites ou de pensions d'invalidité présentant des taux de remplacements avantageux. Il s'agit ici d'un *biais* qu'on peut qualifier d'*incitation* qui n'est pas forcément lié à l'état de santé. Ces contraintes soulignent aussi le problème de l'« employabilité » des seniors et du comportement des entreprises à leur égard. Enfin un *biais de justification* peut exister, certaines personnes expliquant leur sortie de l'emploi par un problème de santé plutôt que par un licenciement, ce qui tend à surévaluer la corrélation santé-travail.

Pour tenter de corriger les biais ainsi mis en évidence, Bound (1991) suivi de Campolieti (2002), ont considéré la limitation d'activité comme une variable latente, dépendant d'un ensemble de facteurs individuels et de l'état de santé. À partir de cette modélisation, Barnay et Debrand (2006) ont montré que la déclaration d'une limitation d'activité conduit à une baisse plus significative de la participation à l'emploi des personnes âgées de 50 à 64 ans en Europe (à partir des données de l'enquête *Share, Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) après avoir contrôlé les biais d'endogénéité et de mesure de la santé, que lorsque les limitations d'activité sont directement prises en compte.

Le lien santé-chômage relève aussi principalement d'une double causalité. Khlaf et Sermet (2004) ont réalisé une revue de la littérature sur cette relation mettant en évidence en particulier l'effet de sélection directe de la santé sur le chômage et l'effet de causalité du chômage vers la santé. À partir des données de l'enquête *Estev*, Saurel-Cubizolles *et al.* (2001), ont montré que la dégradation de l'état de santé (tonus altéré, mobilité physique restreinte, etc.) peut augmenter le risque de perdre son emploi (Derriennic *et al.*, 2003.). Par ailleurs, un homme au chô-

mage a un risque annuel de décès environ trois fois plus élevé qu'un actif occupé du même âge (Mesrine, 2000).

Entre 50 et 59 ans : des disparités de santé très fortes selon le statut d'activité

L'Enquête *Décennale Santé (EDS)* a été mise en place par l'Insee en 1960 et, depuis cette date, a été réalisée environ tous les dix ans (1969-1970, 1980-1981, 1991-1992, 2002-2003). Elle est menée en collaboration avec l'Irdes qui assure la codification des pathologies et des soins médicaux déclarés. Les objectifs de l'*EDS* sont de mesurer l'état de santé de ménages ordinaires (2), d'en estimer la consommation annuelle de soins médicaux et de prévention et enfin d'associer la santé et les consommations médicales avec les caractéristiques des individus et du ménage. Cette enquête, réalisée à partir d'un échantillon représentatif de ménages ordinaires, tirés au sort dans les données du recensement, permet de définir et de mesurer sur une période de deux mois les consommations médicales et

l'état de santé des individus. Notre étude porte sur les personnes âgées de 50 à 59 ans soit 7,4 millions d'individus. Les catégories administratives évoquées plus haut ont été reconstituées, tout particulièrement les bénéficiaires de pensions d'invalidité (inactifs déclarant une reconnaissance administrative du handicap) et les dispensés de recherche d'emploi (chômeurs déclarant ne pas rechercher d'emploi). L'étude qui suit s'intéresse spécifiquement aux actifs occupés, inactifs et chômeurs. Les données de santé utilisées portent notamment sur la santé perçue, les limitations d'activité au cours des six derniers mois et la prévalence d'une maladie chronique (cf. encadré 1).

Deux types de régressions logistiques ont été réalisées (cf. encadré 2). Le premier consiste à étudier les liens entre santé et emploi afin de

2. Les personnes vivant dans des habitations mobiles (y compris les marinières, les sans-abri) ou résidant en collectivité (foyers de travailleurs, maisons de retraite, résidences universitaires, maisons de détention...) sont considérées comme vivant « hors - ménages ordinaires » et ne sont donc pas prises en compte dans cette enquête.

Encadré 1

CHOIX DES INDICATEURS DE SANTÉ

L'enquête *Décennale Santé (EDS)* a été mise en place par l'Insee en 1960 et, depuis cette date, a été réalisée environ tous les dix ans (1969-1970, 1980-1981, 1991-1992). Elle est menée en collaboration avec l'Irdes qui assure la codification des pathologies et des soins médicaux déclarés. Les objectifs de l'*EDS* sont de mesurer l'état de santé de ménages ordinaires, d'estimer leur consommation annuelle de soins médicaux et de prévention, et enfin d'associer la santé et les consommations médicales avec les caractéristiques des individus et du ménage. Cette enquête, réalisée à partir d'un échantillon représentatif de ménages ordinaires, tirés au sort dans les données du recensement, permet de spécifier et de mesurer sur deux mois les consommations médicales et l'état de santé des individus. La spécificité de l'*EDS* 2003, par rapport aux précédentes, est la mise en place de modules approfondis sur la santé perçue, sur des problèmes de santé particuliers (dépression, asthme, maladies respiratoires, migraine) et sur des facteurs de risque (alcool, tabac, expositions professionnelles, événements au cours de la vie), sur les déficiences et les incapacités, la prévention, les habitudes alimentaires individuelles, la vaccination et les examens diagnostiques ou de dépistage.

Comme traditionnellement dans ce type d'analyse, nous avons recours aux trois indicateurs de santé de l'enquête susceptibles de traduire la pluralité de l'état de santé :

- Les limitations d'activité déterminées à partir de la réponse à la question : « Êtes-vous limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? ».

- L'indicateur de santé perçue correspondant à la question standardisée du Bureau européen de l'Organisation mondiale de la Santé : « Comment est votre état de santé général ? Très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais ».

- La prévalence de maladies chroniques déterminée à partir de la réponse à la question : « Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladie(s) chroniques ? »

Afin de comprendre plus finement les liens entre santé et statut d'activité nous avons également utilisé :

- L'indice de masse corporelle (IMC) égal au rapport entre le poids (kg) et la taille (cm) au carré. La variable IMC est codée 1 si l'individu à un IMC inférieur à 18,5 ou supérieur à 24,9 (normes de l'OMS).

- Un proxy du sentiment de dépression calculée à partir de la réponse à la question : « Durant la semaine écoulée, vous vous êtes senti déprimé... ». La réponse « Jamais ou très rarement (moins d'un jour) » est codée en 0, sinon la variable vaut 1. En effet, même si les maladies du système nerveux sont incluses dans l'indicateur de prévalence de maladies, nous approchons ainsi plus finement la santé mentale potentiellement en cause dans les comportements de fin d'activité.

valider la liaison mauvaise santé – sortie de l’emploi (*logit* binomial). Le second vise à analyser les corrélations entre santé et statuts hors emploi (*logit* multinomial) afin de mettre en évidence que certaines personnes en mauvaise santé se dirigent vers des dispositifs de fin de carrière

qui ne relèvent pas d’une compensation d’un état de santé dégradé. La séquence de « choix » est en effet variée même s’il ne s’agit pas d’une décision unique de l’actif occupé en mauvaise santé ; l’attribution d’une pension d’invalidité est déterminée par le médecin conseil, l’octroi

Tableau 1
État de santé selon le statut d’activité entre 50 et 59 ans

En % pondérés

	Limitations d'activité		Santé perçue mauvaise ou très mauvaise		Prévalence d'une maladie chronique		Sentiment de dépression		IMC hors norme	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Actifs occupés	10,9	11,8	24,8	28,2	40,6	43,1	14,9	26,1	64,6	41,5
Chômeurs en recherche d'emploi	17,3	22,8	37,7	41,2	51,5	52,1	20,2	37,8	62,7	51,0
Chômeurs qui ne recherchent pas d'emploi	35,4	32,1	52,6	44,8	60,9	51,2	24,6	37,4	69,6	54,6
Inactifs avec une reconnaissance administrative du handicap	87,0	59,9	84,7	88,4	86,5	81,6	40,9	55,6	68,6	61,4
Inactifs sans reconnaissance administrative du handicap	53,5	20,5	77,0	40,6	65,9	53,5	22,7	26,6	64,6	55,4
Retraités	13,3	26,4	18,7	37,4	40,2	59,5	14,6	26,1	68,2	56,8
Préretirés	9,6	11,0	23,6	21,6	46,9	53,0	10,2	15,9	73,5	53,3
Retraités ou préretraités non identifiés	4,2	18,6	8,0	29,8	40,9	57,9	3,5	34,4	44,8	51,4
Total	16,4	17,0	29,9	34,4	44,7	48,3	16,5	27,9	65,0	46,9

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 50 à 59 ans.
Source : EDS 2002-2003, Insee, exploitation Irdes.

Encadré 2

MÉTHODE

À partir d’un modèle *logit* binomial simple, il s’agit donc dans un premier temps d’expliquer la probabilité d’être en emploi entre 50 et 59 ans et la probabilité d’être inactif sans reconnaissance du handicap entre 50 et 59 ans toutes choses égales par ailleurs.

Formellement, il s’agit d’estimer la probabilité que la variable expliquée dichotomique prenne la valeur 1. Cette probabilité va dépendre de variables explicatives telles que la santé déclarée (les limitations d’activité, la santé perçue, la prévalence de maladies chroniques, l’indice de masse corporelle et le sentiment de dépression), les effets d’âge (qui jouent sur les critères d’éligibilité des dispositifs), le statut marital (vie en couple ou non), l’âge de fin d’étude mais aussi, pour les individus ayant exercé une activité professionnelle, la nature du parcours professionnel (interruptions de carrière pour raisons de chômage de santé, changement de travail pour raison de santé) et le statut de la profession exercée ou ayant été exercée afin de prendre en compte une caractéristique relative à l’environnement de travail.

Nous analysons ensuite au sein de la population sans emploi, les corrélations entre santé et statut hors-emploi au sein de la population des 55-59 ans à partir d’un modèle multinomial non ordonné. Les inactifs avec reconnaissance du handicap (AAH, pensions d’invalidité) sont retirés de l’analyse car ils capturent une grande partie du lien entre état de santé et statut d’occupation hors emploi.

La variable expliquée peut prendre alors plusieurs modalités :

- i) chômeurs et ne pas rechercher d’emploi (situation de référence permettant d’isoler la population potentiellement en Dispense de recherche d’emploi)
- ii) chômeurs en recherche d’emploi
- iii) inactifs sans reconnaissance administrative du handicap
- iv) retraités-préretraités.

d'une préretraite d'entreprise est dicté par une logique professionnelle. Par conséquent, même si les mécanismes d'attribution des allocations ou l'entrée dans certains dispositifs dépendent du parcours professionnel, de la nature et de la gravité de la maladie (ou du handicap) et relèvent moins d'un libre arbitre individuel, plusieurs possibilités s'offrent à un senior de plus de 55 ans.

Les disparités de santé déclarée sont très fortes selon le statut d'activité (cf. tableau 1). Environ 11 % des actifs occupés déclarent des limitations d'activité contre 17 % des personnes âgées de 50 à 59 ans. Dans la population masculine hors-emploi, les inactifs ayant un handicap reconnu déclarent l'état de santé le plus altéré, quel que soit l'indicateur de santé retenu, suivis des inactifs n'ayant pas de handicap reconnu. De fortes différences de santé déclarée entre hommes et femmes inactifs traduisent des parcours, des choix et des comportements spécifiques. En outre, pour les chômeurs, le fait de rechercher ou non un emploi est aussi très discriminant ; les chômeurs en recherche d'emploi se déclarent toujours en meilleure santé que ceux qui n'en recherchent pas.

Lien entre santé dégradée et statut sur le marché du travail

L'analyse « toutes choses égales par ailleurs » confirme la corrélation négative entre état de santé déclaré et participation à l'emploi (cf. tableau 2). Trois spécifications sont proposées, chacune déclinée par sexe. Le modèle A vise à estimer la probabilité d'être en emploi à l'aide de quatre indicateurs de mesure de l'état de santé : la santé perçue, les maladies chroniques, l'indice de masse corporelle (IMC) et les limitations d'activité (3). Le modèle B ne considère que les limitations d'activité, c'est en effet *a priori* le seul indicateur permettant de mesurer le lien entre santé et aptitude physique au travail. Enfin, le modèle C, estimé sur les personnes qui ont déjà travaillé, introduit dans le modèle B des informations relatives au parcours professionnel concernant les interruptions de carrières. Ce dernier modèle permet d'évaluer un lien de causalité entre interruption de carrière (en particulier pour raison de santé) et statut actuel puisqu'il est possible d'établir une chronologie des événements. Il permet donc d'étudier l'effet de sélection de la santé sur le marché du travail. Les informations relatives à la carrière sélectionnent de fait une population qui a déjà tra-

vaillé, ce qui n'est pas le cas de l'ensemble de l'échantillon en particulier pour les femmes. Aussi, seule la population exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle est analysée dans le modèle C.

L'état de santé n'affecte pas de façon analogue le taux d'emploi des hommes et celui des femmes (modèle A). Chez les hommes, une santé perçue négativement et la présence d'une limitation d'activité sont négativement corrélées à la probabilité d'être en emploi. En revanche, la prévalence d'une maladie chronique, la limitation d'activité et un IMC hors norme conduisent à baisser significativement la présence des femmes sur le marché du travail. La probabilité relative d'être en emploi en présence d'une limitation d'activité diminue très significativement de 68 % pour les hommes et de 51 % chez les femmes après contrôle de la santé perçue, des maladies chroniques et de l'indice de masse corporelle.

Lorsque seules les limitations d'activité sont introduites pour mesurer l'état de santé (modèle B) cette probabilité diminue de 74 % pour les hommes et de 59 % pour les femmes par rapport aux hommes (ou femmes) qui n'en déclarent pas, toutes choses égales par ailleurs. Cette différence entre les modèles A et B traduit l'importance de l'effet « pur » des limitations d'activité sur le lien entre santé et emploi par rapport aux autres variables de santé. Les autres indicateurs qui permettent de mesurer l'altération de l'état de santé mettent peu en évidence cette corrélation santé-emploi. Cependant, ils traduisent des caractéristiques différentes de la santé selon le genre.

Les interruptions de carrière, que les enquêtes expliquent par des problèmes de santé, induisent une baisse de la probabilité d'être en emploi entre 50 et 59 ans de 41 % pour les hommes (au seuil de 0,1 %, cf. modèle C). La prépondérance de caractéristiques professionnelles dans le modèle masculin confirme une étude précédente (Barnay, 2005). Ces résultats semblent aussi conforter la présence d'effets cumulatifs à savoir que les événements de la vie professionnelle liés à la santé ont des répercussions sur la fin d'activité et le statut socio-économique (Jusot *et al.*, 2006). En revanche, un homme qui déclare avoir changé d'emploi pour une raison de santé a une probabilité relative d'être en emploi en fin de carrière de 63 % plus élevée qu'un autre. Même, si le degré de

3. Compte tenu du caractère très spécifique de la dépression, elle n'est pas intégrée ici.

significativité n'est pas élevé, il semble que le changement d'activité professionnelle lié à un problème de santé protège l'emploi des seniors masculins concernés. Sous cette hypothèse, l'adaptation des postes de travail, voire le changement de travail durant la carrière, apparaît

trait comme un mode d'intégration et de maintien des personnes malades ou handicapées sur le marché du travail (dans des Centres d'aide au travail (CAT), en Atelier protégé (AP) ou en Centre de distribution de travail à domicile (CTD) par exemple).

Tableau 2
Déterminants de la probabilité d'être en emploi entre 50 et 59 ans (odds ratios)

	Hommes (50-59 ans)			Femmes (50-59 ans)		
	modèle A	modèle B	modèle C	modèle A	modèle B	modèle C
Âge						
50 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
51 ans	1,44	1,48	1,49	0,92	0,91	0,97
52 ans	1,01	1,00	0,91	0,98	0,99	1,07
53 ans	1,03	1,05	1,05	0,62 *	0,63	0,61
54 ans	1,03	0,94	0,93	0,84	0,80	0,73
55 ans	0,54 *	0,54 **	0,53 **	0,44 ***	0,45 ***	0,41 ***
56 ans	0,44 ***	0,42 ***	0,40 ***	0,40 ***	0,40 ***	0,37 ***
57 ans	0,31 ***	0,31 ***	0,30 ***	0,30 ***	0,30 ***	0,29 ***
58 ans	0,14 ***	0,14 ***	0,13 ***	0,23 ***	0,23 ***	0,21 ***
59 ans	0,14 ***	0,14 ***	0,13 ***	0,16 ***	0,17 ***	0,15 ***
Santé perçue						
Santé perçue « bonne ou très bonne »	Réf.			Réf.		
Santé perçue « moyenne, mauvaise ou très mauvaise »	0,72 **			0,84		
Maladie chronique						
Aucune maladie chronique	Réf.			Réf.		
Prévalence d'une maladie chronique	0,90			0,79 *		
Indice de masse corporelle						
Indice de masse corporelle normal	Réf.			Réf.		
Indice de masse corporelle hors norme	1,12			0,83 *		
Limitations						
Aucune limitation dans les activités quotidiennes	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Limitations dans les activités quotidiennes	0,32 ***	0,26 ***	0,27 ***	0,49 ***	0,41 ***	0,38 ***
Secteur d'activité (1)						
Salarié du secteur privé	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Salarié de l'État, des collectivités locales ou d'une entreprise publique	0,79	0,81	0,78 *	1,15	1,14	1,70
Salarié chef de son entreprise, à son compte ou aidant un membre de sa famille	3,40 ***	3,30 ***	3,02 ***	2,41 ***	2,40 ***	2,45 ***
Âge de fin d'étude						
Âge de fin d'étude supérieur à 20 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Âge de fin d'étude entre 18 et 20 ans	0,58 *	0,58 *	0,58 **	0,68 **	0,67 *	0,69 ***
Âge de fin d'étude entre 15 et 17 ans	0,51 ***	0,51 ***	0,51 ***	0,54 ***	0,50 ***	0,55 ***
Âge de fin d'étude inférieur à 15 ans	0,47 ***	0,47 ***	0,48 ***	0,27 ***	0,27 ***	0,51 ***
Statut matrimonial						
Marié	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Célibataire	0,62	0,61 *	0,64	1,76 *	1,73 *	1,76 ***
veuf	1,42	1,34	1,32	0,80	0,84	0,82
séparé ou divorcé	0,89	0,86	0,92	1,62 **	1,64 **	1,52 ***
Événements durant le parcours professionnel						
Interruption de carrière pour raison de santé			0,59 ***			0,87
Interruption de carrière pour raison de chômage			0,84			1,05
Changement d'activité professionnelle pour raison de santé			1,63 *			0,82
Nombre d'observations	2 513	2 513	2 508	2 629	2 629	2 501
Nombre d'observations de la variable expliquée (y = 1)	1 898	1 898	1 898	1 584	1 584	1 584
Maximum de vraisemblance	445,6	464,0	488,9	437,7	431,9	437,4

1. Pour les personnes hors-emploi, il s'agit du secteur d'activité du dernier emploi occupé.

Lecture : les odds ratios correspondant aux différentes modalités de la variable étudiée donnent une approximation du risque relatif de chaque variable sur la probabilité d'être en emploi. Si l'odds ratio est significativement supérieur ou inférieur à 1 alors l'impact est positif ou négatif, toutes choses égales par ailleurs. Seuils de significativité : * < 0,05 ; ** < 0,01 ; *** < 0,001.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 50 à 59 ans (pour le modèle C uniquement les personnes ayant exercé une activité professionnelle).

Source : EDS 2002-2003, Insee, exploitation Irdes.

D'autres variables socio-économiques ont également un impact sur l'emploi des seniors. En France, l'emploi des personnes ayant entre 50 et 59 ans est fortement influencé par les mesures « d'âge », principalement celles ouvrant droit aux dispositifs de préretraite. Ainsi, la probabilité relative d'être en emploi décroît significativement à partir de 55 ans. À 55 ans, elle est réduite de 45 % pour les hommes et de 55 % pour les femmes, par rapport à une personne de 50 ans, toutes choses égales par ailleurs.

Le niveau de qualification, mesuré par l'âge de fin d'étude, a aussi un impact sur le taux d'emploi des 50-59 ans. En particulier, la probabilité d'être en emploi pour une femme ayant arrêté ses études avant 15 ans est inférieure de 73 % à celle d'une femme dont l'âge de fin d'étude dépasse 20 ans. Cependant le niveau d'études est moins discriminant sur l'emploi des femmes de plus de 50 ans lorsque les événements intervenus durant la vie professionnelle sont pris en compte.

Le fait de vivre en couple a un effet opposé sur les hommes et les femmes quant à leur participation au marché du travail. Il apparaît protecteur pour les hommes vivant en couple puisque la probabilité relative d'être en emploi pour un célibataire est inférieure de 35 % à 40 % à celle d'un homme marié, toutes choses égales par ailleurs. En revanche, les femmes vivant seules sont sans doute contraintes de se porter davantage sur le marché du travail pour des raisons financières : pour une femme célibataire la probabilité relative d'être en emploi est supérieure de 70 % à 75 % à celle d'une femme mariée.

Enfin, les différences de secteurs d'activité soulignent des spécificités liées à la nature de l'activité professionnelle. Ainsi, les indépendants cessent leur activité plus tardivement que les salariés du secteur privé pour des raisons sans doute liées au système de retraite moins généreux dont ils bénéficient. Il n'y a pas de différence significative entre salariés du privé et fonctionnaires (hormis pour le modèle C estimé sur les hommes). L'état de santé au moment de l'enquête ainsi que les caractéristiques du parcours professionnel liées à la santé déterminent donc très sensiblement le taux d'emploi des 50-59 ans en particulier chez les hommes bien que les effets semblent relativement indépendants (le coefficient associé aux limitations d'activité ne varie pas de manière significative que l'on prenne ou non en compte les événements professionnels). Ces premiers résultats confortent le lien très fort entre dégradation de l'état de santé et sortie précoce de l'emploi.

Il convient désormais d'étudier plus en détail l'état de santé déclaré par les personnes hors emploi.

Lien entre santé dégradée et statuts d'inactivité

Si l'enquête *Décennale Santé* est transversale et ne donne lieu qu'à une analyse statique, elle permet cependant d'établir le motif de l'inactivité pour les inactifs qui ont exercé une activité professionnelle. Le concept d'inactivité renvoie à des situations différentes selon le sexe : personnes au foyer et bénéficiaires de pensions d'invalidité notamment. Parmi les personnes de 50 à 59 ans se déclarant au foyer, 99 % sont des femmes. L'inactivité est causée par un problème de santé dans 41 % des cas (90 % pour les hommes et 27 % pour les femmes). L'inactivité pour raison de santé est très fortement liée à la reconnaissance ou non d'un handicap. L'entrée en inactivité des femmes de plus de 50 ans, lorsqu'elles se déclarent au foyer et sans reconnaissance de handicap, semble particulièrement déconnectée d'un motif de santé (seules 9 % se déclarent inactives pour raison de santé). Seulement 42 % des femmes au foyer qui souffrent d'un handicap ou d'une incapacité officiellement reconnus se déclarent inactives pour raison de santé.

En revanche, la santé est particulièrement corrélée avec le statut d'inactivité en cas de reconnaissance de handicap pour les hommes comme pour les femmes : respectivement 99 % et 94 % d'entre eux se déclarent inactifs pour raison de santé (cf. tableau 3). Ils sont considérés comme « autres inactifs » c'est à dire potentiellement bénéficiaires de pensions d'invalidité. Même parmi les hommes « autres inactifs » sans reconnaissance officielle de handicap, 82 % déclarent un lien entre inactivité et santé.

Si le lien entre santé dégradée et inactivité avec reconnaissance du handicap est évident, il est en revanche intéressant d'analyser au sein de la population hors emploi les relations entre état de santé et inactivité sans reconnaissance de handicap. Pour tester ce lien nous avons recours à une régression logistique simple (binomiale) s'appuyant sur les modèles B et C (cf. tableau 4). Le modèle masculin manque de robustesse (3 % d'hommes concernés) et *de facto* très peu de variables ressortent de l'analyse.

Cependant la déclaration d'une limitation d'activité paraît très fortement liée à ce statut chez les hommes puisque le risque relatif d'être inactif

sans reconnaissance de handicap est multiplié par près de trois en cas de limitation d'activité. Afin de contrôler éventuellement l'effet d'autres problèmes de santé sur la déclaration d'une limitation d'activité, deux autres régressions sont réalisées (seul le coefficient associé aux limitations d'activité est présenté). La première contrôle des variables de santé générales : santé perçue et prévalence de maladies chroniques ; la seconde des variables plus spécifiques potentiellement facteurs d'exclusion sociale : l'IMC et le sentiment de dépression. L'utilisation de ces différents indicateurs de santé permet de préciser la nature de la dégradation de la santé pour pallier les difficultés de mesure de la santé relevée précédemment. Ces analyses complémentaires permettent de comprendre que, pour la population masculine, le lien santé-statut d'activité s'explique par l'indicateur de santé perçue et non pas par les limitations d'activité. Un homme sans emploi se déclarant en mauvaise état de santé a en effet quatre fois plus de risques d'être inactif, sans reconnaissance de handicap. Ce statut n'est donc explicitement pas lié au handicap physique déclaré des hommes (dont on peut penser qu'il va mener à l'attribution d'une allocation spécifique), mais au ressenti global sur leur état de santé, sans aller jusqu'à la dépression (qui ne ressort pas de l'analyse). Les dispositifs de reconnaissance du handicap (AAH, pensions d'invalidité,...) accessibles aux seniors en mauvaise santé recouvrent sans doute mieux les

handicaps physiques que les handicaps psychiques. Par ailleurs, si des biais de déclaration sont inévitables, la santé perçue apparaît comme un indicateur particulièrement fiable de l'état de santé et très bon prédicteur des probabilités de survie (Idler et Benyamini, 1997).

A contrario, les femmes inactives sans reconnaissance de handicap se caractérisent par significativement moins de limitations d'activité que les autres et ce résultat demeure vérifié après contrôle des autres variables de santé. Ce statut est néanmoins fortement lié au niveau d'études : le risque relatif d'être inactive sans reconnaissance de handicap est deux fois plus élevé pour les femmes dont l'âge de fin d'étude est inférieur à 15 ans que pour celles qui ont poursuivi des études après 20 ans. Le statut matrimonial est tout à fait déterminant, les femmes mariées ou veuves se retrouvant plus souvent dans des situations d'inactivité non liée à un problème de santé que les femmes célibataires. Enfin, la prise en compte des événements professionnels souligne des profils contradictoires entre hommes et femmes qui ne sont plus en emploi après 50 ans mais qui ont exercé une activité professionnelle. Chez les hommes, des séquences de chômage durant la période d'activité semblent mener à l'inactivité sans reconnaissance de handicap après 50 ans. Les femmes qui ont vécu des interruptions de carrières consécutives à des périodes de chômage ou des problèmes de santé se retrouvent quant à elles moins souvent dans cette catégorie. Ceci confirme la déconnexion entre la dégradation de la santé et le statut d'inactivité, sans reconnaissance de handicap, notamment chez les femmes au foyer.

Tableau 3
Inactivité pour raison de santé parmi les hommes et les femmes âgés de 50 à 59 ans

En %

	Hommes	Femmes	Total
Inactifs avec reconnaissance officielle du handicap	99,1	87,0	93,4
dont			
- au foyer (1)	-	42,3	42,3
- autres inactifs (2)	99,1	94,1	96,9
Inactifs sans reconnaissance officielle du handicap	79,4	18,1	26,5
dont			
- au foyer (1)	n.s.	9,2	9,4
- autres inactifs (2)	81,9	56,2	67,6
Total	89,5	27,1	40,8
1. Au foyer (y compris congé parental).			
2. Autres inactifs (y compris les personnes ne touchant qu'une pension d'invalidité).			

Lecture : 99,1 % des hommes inactifs avec reconnaissance officielle du handicap et classés « autres inactifs » se déclarent en inactivité pour raison de santé.

n.s. : non significatif

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 50 à 59 ans ayant exercé une activité professionnelle.

Source : Insee, EDS 2002-2003, exploitation Irdes.

Santé dégradée et modes de sorties de l'emploi

La sortie de l'emploi par l'inactivité pour les personnes en mauvaise santé paraît évidente, en particulier lorsque celle-ci s'accompagne de la reconnaissance d'un handicap. Quel rôle pourrait jouer la sortie vers les dispositifs de chômage pour ces personnes ? Compte tenu des difficultés d'appréhension de la population en Dispense de recherche d'emploi (cf. encadré 3), nous concentrons l'analyse sur la population des 55-59 ans puisque le critère d'éligibilité à la DRE est de 55 ans sous certaines conditions, et de 57 ans et demi pour tous.

Un quart des 55-59 ans sans emploi et ayant exercé une activité professionnelle déclarent souffrir d'une limitation d'activité. Cette pro-

portion passe de 13,2 % pour les retraités et préretraités à 70,9 % pour les inactifs ayant un handicap reconnu. Par ailleurs, les chômeurs qui ne recherchent pas d'emploi déclarent deux fois plus de limitations d'activité que les autres (cf. tableau 5).

Un modèle multinomial prenant en référence les chômeurs qui ne recherchent pas d'em-

ploi permet de préciser les liens entre les différents statuts d'emploi à partir de 55 ans et l'état de santé (cf. tableau 6). Ce modèle est un modèle de « choix discret » entre un nombre donné de statuts hors emploi dont on fait l'hypothèse qu'ils sont mutuellement exclusifs. Pour simplifier l'analyse et compte tenu de la faiblesse des échantillons, la variable à expliquer est construite sur un mode polytomique

Tableau 4
Déterminants de la probabilité d'être inactifs sans reconnaissance de handicap entre 50 et 59 ans dans la population hors emploi (odds ratio)

	Hommes (50-59 ans)	Femmes (50-59 ans)	Hommes (50-59 ans)	Femmes (50-59 ans)
	modèle B	modèle B	modèle C	modèle C
Âge				
50 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
51 ans	1,10	1,71	1,10	1,97
52 ans	0,80	1,72	0,90	1,85
53 ans	1,11	1,58	1,06	1,54
54 ans	1,15	1,48	1,08	1,36
55 ans	0,60	1,50	0,72	1,23
56 ans	0,80	0,97	1,02	0,99
57 ans	0,57	0,55	0,62	0,51
58 ans	0,52	0,34 **	0,59	0,26 ***
59 ans	0,61	0,59	0,65	0,51
Limitations				
Aucune limitation dans les activités quotidiennes	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Limitations dans les activités quotidiennes	2,88 ***	0,59 **	2,58 ***	0,75
Limitations dans les activités quotidiennes (1)	1,50	0,60 **	1,53	0,72
– Santé perçue	4,14 ***	1,07	3,80 ***	1,14
– Prévalence d'une maladie chronique	0,84	0,84	0,81	0,94
Limitations dans les activités quotidiennes (1)	2,98 ***	0,60 **	1,98 *	0,67 *
– Sentiment de dépression	0,81	0,61 **	0,93	0,78
– Indice de Masse Corporelle hors norme	1,56	1,03	1,36	0,95
Secteur d'activité				
Salarié du secteur privé			Réf.	Réf.
Salarié de l'État, des collectivités locales ou d'une entreprise publique			0,54	0,39 ***
Salarié chef de son entreprise, à son compte ou aidant un membre de sa famille			1,75	1,55
Âge				
Âge de fin d'étude supérieur à 20 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Âge de fin d'étude entre 18 et 20 ans	0,70	1,02	0,81	0,94
Âge de fin d'étude entre 15 et 17 ans	0,98	1,41	1,06	1,19
Âge de fin d'étude inférieur à 15 ans	0,69	2,30 ***	0,65	0,99
Situation matrimoniale				
Marié	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Célibataire	0,97	0,47	0,82	0,21 **
Veuf	0,36 *	1,90	0,34 *	2,13
Séparé ou divorcé	0,54	0,35 **	0,53	0,52
Événements durant le parcours professionnel				
Interruption de carrière pour raison de santé			0,87	0,24
Interruption de carrière pour raison de chômage			2,01 *	0,46 ***
Changement d'activité professionnelle pour raison de santé			0,38	0,94 ***
Nombre d'observations	615	1045	610	917
Nombre d'observations de la variable expliquée (y = 1)	78	561	76	445
Maximum de vraisemblance	33 **	168 ***	46,9 **	226 ***
1. Les deux nouvelles variables de limitations d'activité découlent de deux autres régressions (dans le tableau seul le coefficient associé aux limitations d'activité est présenté) l'une contrôlant des variables générales de santé : santé perçue et prévalence de maladies chroniques et l'autre des variables plus spécifiques potentiellement facteur d'exclusion sociale : l'IMC et le sentiment de dépression.				

Lecture : Dans la population hors-emploi, une femme de 58 ans a une probabilité d'être inactive sans reconnaissance de handicap qui diminue de 66 % par rapport à une femme de 50 ans toutes choses égales par ailleurs. Seuils de significativité : * < 0,05 ; ** < 0,01 ; *** < 0,001.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 50 à 59 ans qui ne sont pas en emploi (pour le modèle C uniquement les personnes ayant exercé une activité professionnelle).

Source : Insee, EDS 2002-2003, exploitation Irdes.

non ordonné à quatre modalités : chômeurs en recherche d'emploi, chômeurs qui ne recherchent pas d'emploi, inactifs sans reconnaissance de handicap et un dernier groupe réunissant retraités et préretraités. Ce dernier groupe agrège des personnes dans des situations différentes mais la faiblesse de l'échantillon ne permet pas d'analyse plus fine et nécessite de maintenir cette catégorie (4).

Entre 55 et 59 ans, déclarer une limitation d'activité diminue la probabilité de se retrouver dans un autre statut et augmente la probabilité d'être dispensé de recherche d'emploi, même après contrôle de la santé perçue et des maladies chroniques.

4. La catégorie « inactifs avec reconnaissance du handicap » capturant une grande partie du lien entre état de santé et statut d'occupation hors emploi, nous la retirons volontairement de l'analyse.

Tableau 5
État de santé selon le statut d'activité entre 55 et 59 ans

	Limitations d'activité	Santé perçue mauvaise ou très mauvaise	Prévalence d'une maladie chronique	Sentiment de dépression	IMC hors-norme
Chômeurs en recherche d'emploi	16,7	34,6	56,0	22,7	55,7
Chômeurs qui ne recherchent pas d'emploi	32,4	45,3	54,1	29,1	63,4
Inactifs avec une reconnaissance administrative du handicap	70,9	89,2	85,8	47,3	65,5
Inactifs sans reconnaissance administrative du handicap	28,6	48,1	58,3	27,0	60,9
Retraités, préretraités, retraités ou préretraités non identifiés	13,2	23,6	50,2	17,1	60,6
Total	25,9	40,7	56,8	24,9	61,1

En % pondérés

Lecture : 16,7 % des chômeurs recherchant un emploi déclarent souffrir de limitations d'activité

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 55 à 59 ans sans emploi et ayant exercé une activité professionnelle (hors inactifs avec reconnaissance du handicap).

Source : Insee, EDS 2002-2003, exploitation Irdes.

Encadré 3

CONFRONTATION DES DONNÉES D'ENQUÊTES ET DES DONNÉES ADMINISTRATIVES

L'enquête *Décennale Santé* 2002-2003 permet de classer la population de plus de cinquante ans suivant le statut d'occupation sur le marché du travail avec les catégories suivantes : actifs employés, chômeurs en recherche d'emploi, chômeurs ne recherchant pas d'emploi, retraités, préretraités, inactifs avec reconnaissance officielle (déclarée par l'enquêté) ou sans reconnaissance officielle. Le statut d'occupation paraît fortement lié à des critères d'âge (à partir de 55 ans pour les préretraités et majoritairement 57 ans et demi pour la DRE) et très sensiblement différent selon le sexe. En effet, près d'un quart des femmes de 50 à 59 ans (22 %) sont inactives sans reconnaissance officielle d'un handicap, proportion qui est expliquée par la prédominance dans ce groupe de femmes au foyer (82 %) (cf. annexe 1).

Ce classement est établi à partir des déclarations des personnes aux questions de l'enquête Santé. Or, ces déclarations peuvent être entachées d'incertitudes et différer de la situation officielle réelle (notamment des confusions sont possibles sur les sigles). Par exemple, 256 000 personnes de plus de 50 ans se déclarent au chômage sans rechercher d'emploi alors que la population dispensée de recherche d'emploi (DRE) est de 377 900 personnes selon les statistiques de l'Unedic. Il est probable que certaines personnes en DRE se considèrent comme préretraitées. En effet, les dispo-

sitifs publics de préretraite AFSNE (Allocation fond de solidarité pour l'emploi), ARPE (Allocation de remplacement pour l'emploi), CATS, CAATA, PRP (Préretraite progressive), et CFA (Congé de fin d'activité) concernent 181 500 personnes en 2002 selon les statistiques officielles, soit moins que le nombre de personnes se déclarant préretraitées (232 000). Ce chiffre prend aussi en compte les préretraités d'entreprise sur lesquels nous ne disposons pas d'éléments chiffrés.

De même, les inactifs déclarant une reconnaissance officielle de leur handicap (256 000) sont moins nombreux que les bénéficiaires de pensions d'invalidité (283 000 de 50 à 59 ans pour les catégories 2 et 3 selon la CNAMTS et d'allocation aux adultes handicapés (AAH) 183 000 de 50 à 59 ans). Il faut rappeler que les données d'enquêtes sont déclaratives et sont donc sujettes à des biais. Il est vraisemblable qu'un certain nombre d'entre eux se déclarent sous d'autres statuts. Une partie de l'écart peut également tenir aux personnes qui résident en institutions, hôpitaux mais aussi en foyers de travailleurs étrangers et qui échappent à l'enquête santé.

Malgré ces biais de déclaration, les catégories constituées à partir des déclarations de l'enquête Santé peuvent apporter quelques éléments de réflexion intéressants.

Toutes choses égales par ailleurs, un chômeur déclarant souffrir d'une limitation d'activité a une probabilité de ne pas chercher d'emploi qui diminue de 66 %. Par ailleurs, une personne en mauvaise santé fonctionnelle bénéficie davantage d'une dispense de recherche d'emploi que d'une préretraite ou de retraite anticipée (risque associé de 70 %). La préretraite procède d'un plan de licenciement collectif ; elle sélectionne *a priori* moins les individus par leur état de santé. *A contrario*, un individu souffrant de

problèmes de santé aura plus avantage à passer par le licenciement individuel qui pourra le conduire à une Dispense de recherche d'emploi dans un second temps.

L'alternative entre inactivité sans reconnaissance de handicap et DRE est plus ambiguë. La prise en compte explicite des niveaux d'éducation et du parcours professionnel annule les différences de santé entre les chômeurs sans recherche d'emploi et les inactifs sans recon-

Tableau 6
Déterminants de la probabilité d'être dans un statut d'activité en référence au statut chômeur et de ne pas chercher d'emploi entre 55 et 59 ans (*odds ratios*)

	Chômeurs en recherche d'emploi (1)	Inactifs sans reconnaissance administrative du handicap (1)	Retraités et préretraités (1)
Âge			
55 ans	Réf.	Réf.	Réf.
56 ans	1,07	0,94	0,99
57 ans	0,29 *	0,40 *	1,07
58 ans	0,16 **	0,21 **	0,52
59 ans	0,06 ***	0,22 ***	0,60
Sexe			
Être une femme	Réf.	Réf.	Réf.
Être un homme	1,45	0,20 ***	1,54
Limitations			
Aucune limitation dans les activités quotidiennes	Réf.	Réf.	Réf.
Limitations dans les activités quotidiennes	0,44 *	0,93	0,30 ***
Limitations dans les activités quotidiennes (2)	0,37 *	0,7	0,37 **
– Santé perçue	1,06	1,68	0,52 *
– Prévalence d'une maladie chronique	1,45	1,04	1,45
Secteur d'activité			
Salarié du secteur privé	Réf.	Réf.	Réf.
Salarié de l'État, des collectivités locales ou d'une entreprise publique	0,83	2,32 **	14,73 ***
Salarié chef de son entreprise, à son compte ou aidant un membre de sa famille	3,56	7,17 **	4,62 *
Niveau d'études			
Âge de fin d'étude supérieur à 20 ans	Réf.	Réf.	Réf.
Âge de fin d'étude entre 18 et 20 ans	0,22 ***	0,52	0,63
Âge de fin d'étude entre 15 et 17 ans	0,10 ***	0,69	0,70
Âge de fin d'étude inférieur à 15 ans	0,08 ***	0,62	0,84
Situation matrimoniale			
Marié	Réf.	Réf.	Réf.
Célibataire	1,08	0,53	0,62
Veuf	1,20	2,12	1,93
Séparé ou divorcé	1,10	0,47	0,79
Événements du parcours professionnel			
Interruption de carrière pour raison de santé	2,77 ***	0,24 ***	0,18 ***
Interruption de carrière pour raison de chômage	0,36	0,88	1,42
Changement d'activité professionnelle pour raison de santé	1,82	1,51	0,87
Nombre total d'observations		882	
Nombre d'observations de la variable expliquée (y = 1 : « être chômeur et ne pas chercher d'emploi »)		141	
1. Chacune des estimations est réalisée en référence à la situation d'un chômeur qui ne recherche pas d'emploi, toutes choses égales par ailleurs.			
2. Cette variable de limitations d'activité découle d'une autre régression (dans le tableau seul le coefficient associé aux limitations d'activité est présenté) contrôlant de la santé perçue et de la prévalence de maladies chroniques.			

Lecture : colonne 1 - La probabilité de rechercher un emploi pour un chômeur âgé de 55 à 59 ans baisse de 56 % lorsqu'il déclare souffrir d'une limitation d'activité, toutes choses égales par ailleurs.

Seuils de significativité : * < 0,05 ; ** < 0,01 ; *** < 0,001.

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 55 à 59 ans sans emploi et ayant exercé une activité professionnelle (hors inactifs avec reconnaissance du handicap).

Source : Insee, EDS 2002-2003, exploitation Irdes.

naissance de handicap. L'exclusion précoce du marché du travail d'une frange de la population peu éduquée explique l'émergence d'une population inactive en mauvaise santé en fin de vie active et ne bénéficiant d'aucun dispositif. Il s'agit davantage d'hommes que de femmes, les femmes inactives sans reconnaissance de handicap étant en relative bonne santé. Ce constat contradictoire selon le genre explique peut-être la non significativité de la limitation d'activité sur cette régression.

L'interruption de carrière pour raison de santé capte en revanche toute l'information. Elle conduirait davantage à la DRE qu'à l'inactivité, sans reconnaissance de handicap après contrôle des limitations d'activité. La variable limitation d'activité traduit peut-être un handicap assez lourd, alors que des personnes confrontées à des problèmes de santé moins graves apparus durant leur carrière professionnelle pourraient être plus enclines à se diriger vers les DRE afin de bénéficier d'un meilleur taux de remplacement, se sachant non éligibles à une pension d'invalidité.

La montée en charge du dispositif de la DRE avec l'âge apparaît clairement lorsque sont testées les probabilités d'être inactif sans reconnaissance de handicap et préretraité ou retraité. Compte tenu de la spécificité du dispositif, les fonctionnaires et indépendants en sont très peu bénéficiaires d'où l'importance des *odds ratios* associés en particulier au statut de fonctionnaire.

La population étudiée ici n'est plus en emploi entre 55 et 59 ans mais a exercé une activité professionnelle par le passé. Il s'agit d'une population fragilisée sur le plan de l'état de santé et moins éduquée que la population en emploi de la même tranche d'âge. Un parcours professionnel marqué par des interruptions d'activité pour raison de santé conduit très significativement au statut de chômeur sans recherche d'emploi entre 55 et 59 ans plutôt qu'à celui d'inactif sans reconnaissance de handicap, ce qui n'est pas le cas pour les interruptions de carrière dues au chômage.

Enfin, l'agrégation techniquement nécessaire des hommes et des femmes pour réaliser cette analyse cache de fortes disparités comme en témoigne le coefficient associé à cette variable qu'il serait nécessaire d'approfondir.

* *
*

En France, dans les années 2002-2003, l'âge plus précoce de la retraite, la persistance de préretraites et les dispenses de recherche d'emploi permettaient vraisemblablement aux salariés dont l'état de santé est le plus dégradé de quitter prématurément le marché du travail. Dans les pays scandinaves, comme la Suède par exemple, ce sont essentiellement des dispositifs d'invalidité qui jouent ce rôle. L'augmentation continue du nombre de dispensés de recherche d'emploi en France conduit à s'interroger sur le rôle que les DRE ont pu jouer dans la sortie anticipée du marché du travail des personnes en mauvaise santé, les générations nées en 1932-1936 ayant eu majoritairement recours à ce dispositif avant leur départ en retraite (Bommier *et al*, 2003).

Avant de dresser le bilan de cette étude, il est important de rappeler que les données d'enquête utilisées ne recouvrent pas totalement les données de DRE qui sont près de 400 000 au moment de l'enquête. En outre, les données d'enquête souffrent d'un biais de report mais aussi d'une incomplétude puisqu'il s'agit d'une enquête auprès des ménages, les personnes hébergées dans les hôpitaux et les institutions n'étant pas prises en compte ici. Par ailleurs, le fait de disposer d'une DRE qui ouvre droit à des allocations ne signifie pas forcément que le bénéficiaire ne recherche pas d'emploi.

À ce biais s'ajoutent les biais de déclaration de l'état de santé que nous avons tentés de prendre en compte en procédant notamment à plusieurs régressions sur différents échantillons et avec différentes variables de santé. Malgré ces biais, les résultats confortent comme attendu l'existence d'un lien entre sortie de l'emploi et santé dégradée, sans être en mesure d'en inférer un lien de causalité.

La prévalence d'une limitation fonctionnelle dans les activités quotidiennes conduit à une exclusion plus forte des plus de 50 ans sur le marché du travail. Les hommes qui ont une perception négative de leur état de santé sont plus enclins à se retirer du monde du travail. *A contrario*, c'est en cas de maladie ou d'un IMC hors norme que les femmes semblent davantage sujettes à l'exclusion précoce du marché du travail. Des recherches complémentaires portant sur la discrimination à l'embauche pourraient sans doute éclairer ces questions.

Au sein de la population hors emploi, les inactifs déclarent l'état de santé le plus dégradé. Selon que ces personnes déclarent ou non que leur handicap est reconnu, le lien santé-inacti-

vité est de nature particulièrement différente. La reconnaissance officielle d'une incapacité touche une population très significativement plus inapte au travail. Les motifs déclarés de l'inactivité des femmes au foyer semblent en revanche moins liés à des problèmes de santé que ceux des hommes.

Par ailleurs, il semble qu'une partie des personnes âgées de 55 à 59 ans en incapacité se retrouvent chômeurs et ne recherchent pas d'emploi c'est-à-dire qu'ils sont potentiellement dispensés de recherche d'emploi. Ceci validerait l'hypothèse selon laquelle une partie des dispensés de recherche d'emploi sont des personnes dont l'état de santé est altéré.

Il est possible qu'en cas de suppression de la dispense de recherche d'emploi (d'Autumne *et al.*, 2005), certains seniors de 55-59 ans en mauvaise santé puissent se reporter sur d'autres dispositifs, ce qui interroge sur le rôle des différentes branches de la protection sociale dans la prise en charge du risque santé en fin de vie active. □

BIBLIOGRAPHIE

Anderson K.H. et Burkhauser R.V. (1984), « The Importance of the Measure of Health in Empirical Estimates of the Labour Supply of Older Men », *Economic Letters*, vol. 16, pp. 375-80.

Bardot F. et Touranchet A. (2006), « Partir plus tôt : le dilemme pour les médecins du travail », *Retraite et Société*, n° 49, pp. 62-77.

Barnay T. et Jeger F. (2006), « Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé ? », Irdes, *Questions d'Économie de la Santé*, n° 108.

Barnay T. et Debrand T. (2006), « État de santé et participation au marché du travail », *Revue Santé, Société et Solidarité*, n° 2, pp. 119-131.

Barnay T. (2005), « Santé déclarée et cessation d'activité », *Revue Française d'Économie*, n° 2, vol. 20, octobre, pp. 73-106.

Blanchet D. et Mahieu R. (2000), « Une analyse microéconométrique des comportements de retrait d'activité », *Revue d'Économie politique*. Numéro hors-série, Épargne et Retraite, pp. 9-31.

Bommier A., Magnac T. et Roger M. (2003), « Le marché du travail à l'approche de la retraite : évolutions en France entre 1982 et 1999 », *Revue Française d'Économie*, vol. 18, n° 1, pp. 23-82.

Bound J., Schoenbaum M., Stinebrickner T.-R. et Waidmann T. (1999), « The Dynamic Effects of Health on the Labor Force Transitions of Older Workers », *Labour Economics*, Elsevier, vol. 6, n° 2, pp. 179-202.

Bound J. (1991), « Self-Reported Versus Objective Measures of Health in Retirement Models », *Journal of Human Resources*, vol. 26, pp. 106-38.

Campolieti M. (2002), « Disability and the Labor Force Participation of Older Men in Canada », *Labour economics*, pp. 405-32.

Coutrot T., Waltisperger D. (2005), « L'emploi des seniors souvent fragilisé par des problèmes de santé », Dares, *Premières informations et premières synthèses*, n° 08.1, 4 pages.

Currie J. et Madrian B. C. (1999), « Health, Health Insurance and the Labor Market », in *Handbook of Labor Economics*, Ashenfelter O., D. Card, (eds), Amsterdam, North Holland, 3309-416.

d'Autumne A., Betbeze J.-P. et Hairault J.-O. (2005), « Les seniors et l'emploi en France », *rapport du Conseil d'analyse économique (CAE)*, n° 58, La documentation française, 248 p.

Dahl, S.-A. N., Oivind A. et Vaage K. (2000), « Work or Retirement ? Exit Routes for Norwegian Elderly » *Applied Economics*, Taylor and Francis Journals, vol. 32, n° 14, pp. 1865-1876.

Deriennic F., Saurel-Cubizolles M.J. et Monfort C. (2003), « Santé, conditions de travail et cessation d'activité des salariés âgés », Dares, *Travail et Emploi*, n° 96.

Dwyer D. S. et Mitchell O. S. (1999), « Health Problems as Determinants of Retirement : Are Self-Rated Measures Endogenous » ? ,

Journal of Health Economics, vol. 18, n°2, pp. 173-193.

Eurostat (2007), « Employment Rates of Older Workers ». Téléchargeable sur le site : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Idler E.L. et Benyamini Y. (1997), « Self-rated health and mortality : A review of twenty-seven community studies », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 38, pp. 21-37

Jusot F., Khlat M., Rochereau T. et Sermet S. (2006), « Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi », *Données Sociales – La Société française*, Paris : Insee, pp. 533-542.

Kerkhofs M., Lindeboom M. et Theeuwes J. (1999), « Retirement, Financial Incentives and Health », *Labour Economics*, vol. 6, pp. 203-227.

Khlat M. et Sermet C. (2004), « La santé des chômeurs en France : revue de la littérature », *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, vol. 52, n° 3, pp. 465-474.

Lasfargues G. (2005), « Départs en retraite et travaux pénibles. L'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé », *Rapport de recherches*, n° 19, Centre d'études de l'emploi, 39 p.

Lindeboom M. (2006), *Health and Work of Older Workers*, in : A.M. Jones (ed.), Elgar Companion to Health Economics. Edward Elgar, Cheltenham.

Leung S.F. et Wong C.T. (2002), *Health Status and Labor Supply : Interrelationship and Determinants*, mimeo, Honk-Kong University.

Loprest P., Kalman R et Sandell S.H. (1995), « Gender, Disabilities, and Employment in the Health and Retirement Study », *Journal of Human Resources*, vol. 30, n°5, pp. S293-S318.

Merlier R. (2006), « Les dispositifs de préretraites publiques en 2005 : poursuite du repli », *Premières informations et premières synthèses*, Dares, n° 52-1, décembre, 7 pages.

Mesrine A. (2000), « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », *Économie et statistique*, Insee, n° 334, pp. 33-48.

Rapoport B. (2006), « Âge de départ souhaité, âge de départ prévu et liberté de choix en matière d'âge de départ à la retraite », Drees, *Dossiers Solidarité et Santé*, Perspectives et comportements en matière de retraite, n° 3, pp. 31-50.

Rust J. et Phelan C. (1997), « How Social Security and Medicare Affect Retirement Behavior in a World of Incomplete Markets », *Econometrica*, vol. 65 (4), pp. 781-831.

Saurel-Cubizolles M.J. et al. (2001), « État de santé perçu et perte d'emploi », in *Travail-Santé-Vieillesse : Relation et Évolution*, (ed.) Cassou B., *Edition Octares*.

Sermet C. (1993), « Diverses mesures de l'état de santé des personnes âgées », Irdes, n° 963, 18 pages.

Stern S. (1989), « Measuring the Effects of Disability on Labor Force Participation », *Journal of Human Resources*, vol. 24, pp. 361-395.

Strauss J. et Thomas D. (1998), « Health, Nutrition and Economic Development », *Journal of Economic Literature*, vol. 35, pp. 766-817.

Tessier P. et Wolff F.C. (2005), « Offre de travail et santé en France », *Économie et Prévision*, n° 168, pp. 17-41.

Volkoff S., Molinié S. et Jolivet A. (2000), « Efficaces à tout âge », Dossier n° 16, Centre d'Études sur l'Emploi, PUF, 126 pages.

STATISTIQUES GÉNÉRALES

Tableau A
Population des 50-59 ans

En %

	Hommes	Femmes	Total
Actifs occupés	74,6	59,9	67,2
Chômeurs en recherche d'emploi	4,8	4,1	4,4
Chômeurs qui ne recherchent pas d'emploi	3,8	3,2	3,5
Inactifs avec une reconnaissance administrative du handicap	3,7	3,3	3,5
Inactifs sans reconnaissance administrative du handicap	3,5	22,1	12,8
Retraités	4,1	3,4	3,7
Préretraités	3,9	2,4	3,2
Retraités ou préretraités non-identifiés	1,6	1,7	1,7
Total	49,9	50,1	100,0
Effectifs	2 513	2 629	5 142

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 50 à 59 ans.

Source : EDS 2002-2003, Insee, exploitation Irdes.

Tableau B
Population des 55-59 ans

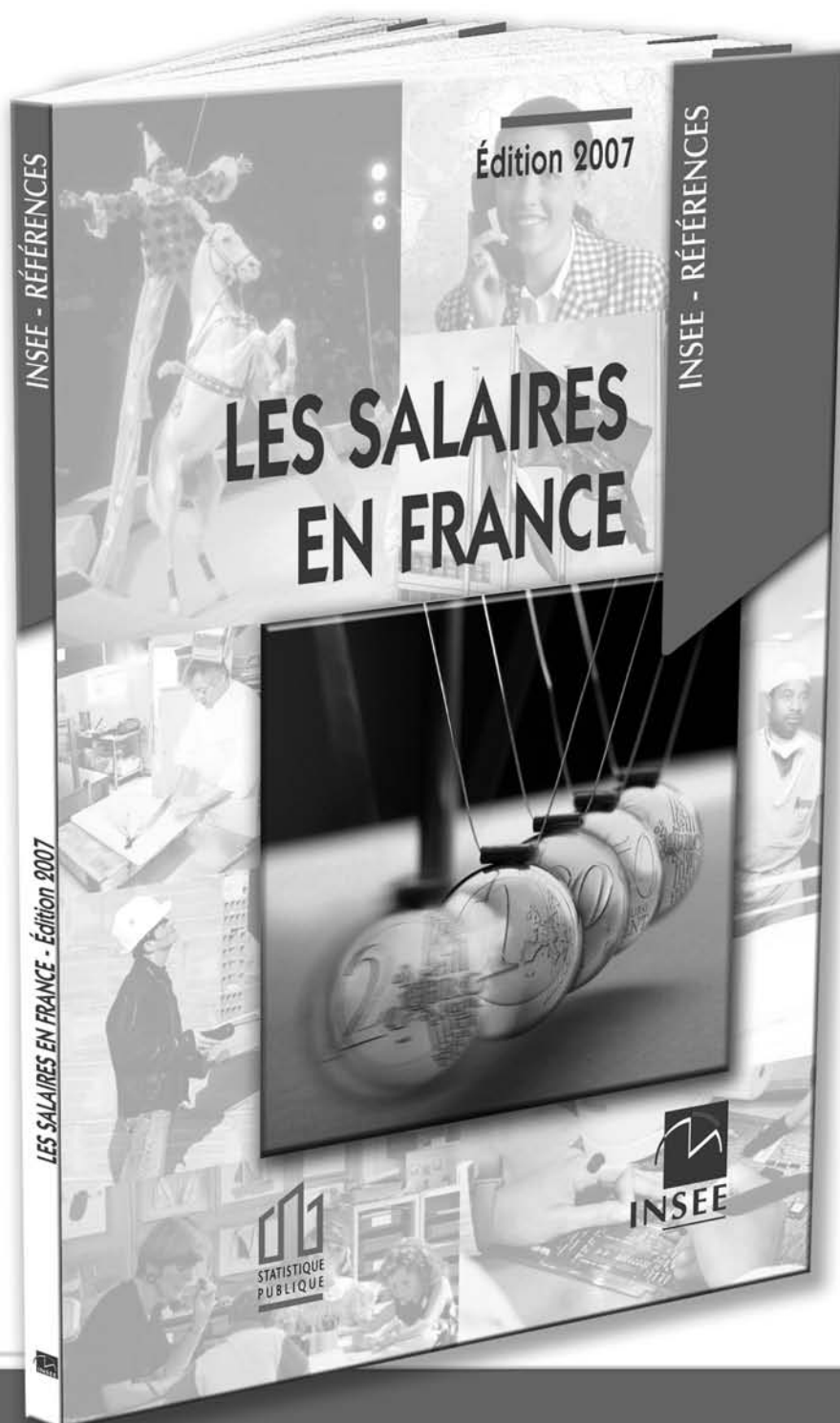
En %

	Hommes	Femmes	Total
Actifs occupés	61,7	46,7	54,0
Chômeurs en recherche d'emploi	4,7	3,1	3,8
Chômeurs qui ne recherchent pas d'emploi	6,7	6,0	6,3
Inactifs avec une reconnaissance administrative du handicap	3,9	4,3	4,1
Inactifs sans reconnaissance administrative du handicap	3,8	26,1	15,2
Retraités	6,9	4,7	5,8
Préretraités	8,6	5,4	7,0
Retraités ou préretraités non-identifiés	3,8	3,8	3,8
Total	48,8	51,2	100,0
Effectifs	1 090	1 184	2 274

Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 55 à 59 ans.

Source : EDS 2002-2003, Insee, exploitation IRDES.

Ce que gagnent les Français...



- > Trois dossiers sur les effets de la hausse du Smic sur les salaires, les carrières salariales dans la fonction publique d'État et l'évolution du revenu salarial.
- > Un zoom thématique décrit les salaires et les salariés par grands secteurs (industrie, commerce...), selon l'âge, le sexe...

En vente en librairie,
à l'Insee et sur www.insee.fr

15 € - Collection Insee-Références


INSEE