

SANTÉ, EMPLOI ET INACTIVITÉ À LA VEILLE DE LA RETRAITE

Falilou FALL, DGTPE (1)

La France se caractérise par un marché du travail relativement défavorable aux seniors. Le taux d'emploi des 55-64 ans est de 38,3 % en 2007 et inférieur à la moyenne européenne (44,7 %) (2). Plusieurs facteurs peuvent expliquer la situation actuelle de l'emploi des seniors. Pendant longtemps, une politique volontariste de préretraite a été menée visant à accélérer la sortie des seniors de l'entreprise et leur remplacement par des jeunes pour lutter contre le chômage. L'ouverture du départ à la retraite à l'âge de 60 ans à partir de 1983 a rapproché l'horizon de la retraite : pour certains auteurs (Hairault *et al.*, 2006) elle a accéléré les sorties de l'emploi avant l'âge effectif de départ, notamment des 55-59 ans.

La pression du vieillissement démographique sur l'équilibre financier des régimes de retraite a entraîné une prise de conscience de l'état dégradé du marché du travail des seniors en France. L'ensemble des acteurs (pouvoirs publics et partenaires sociaux) se sont accordés pour enclencher un mouvement visant à promouvoir le maintien et le développement de l'emploi des seniors (plan Emploi des Seniors de 2006 (3)). Ainsi, dès 2003, les préretraites ayant un financement public ont été progressivement supprimées et les dispositifs de cessation précoce d'activité (CATS et CAATA (4)) ont été recentrés sur les métiers pénibles et les travailleurs malades. De nouvelles mesures pour l'emploi des seniors sont annoncées, notamment la libéralisation du cumul emploi retraite, ainsi que des incitations supplémentaires à la prolongation d'activité au-delà de l'âge minimum de départ à la retraite et la suppression progressive de la dispense de recherche d'emploi (DRE).

Ces différentes politiques de développement de l'emploi des seniors agissent principalement sur l'offre de travail et visent à réactiver le désir de travailler ou de travailler plus longtemps des seniors. Cependant, l'état de santé des seniors peut être particulièrement un frein au maintien ou au retour à l'emploi. Quel est l'effet de la santé sur l'emploi des seniors ? Existe-t-il un effet de la santé sur l'inactivité que les dispositifs institutionnels traditionnels de prise en charge des travailleurs malades appréhendraient insuffisamment ? Thomas Barnay montre

que la santé explique en grande partie la sortie des seniors de l'emploi et est un facteur sous-jacent de non-emploi mal appréhendé parmi les plus de 50 ans. Quels sont les ressorts de sa démonstration et quels sont les enjeux en termes de politiques économiques ?

L'effet négatif d'un état de santé dégradé sur l'emploi est confirmé

L'impact de la santé sur la sortie de l'emploi est de plus en plus documenté et est conforme à l'intuition naturelle qu'une santé dégradée nuit au maintien et à l'accès à l'emploi (5). Les faits stylisés le confirment. Ainsi, 14,1 % des actifs occupés de 50-64 ans déclarent une limitation dans les capacités de travail ; ce taux est de 28,7 % pour les chômeurs et de 34,9 % pour les inactifs (Amar et Amira, 2003). De plus, plusieurs travaux montrent que la détérioration de la santé constatée ou perçue augmente fortement la probabilité de sortie de l'emploi. Jusot *et al.* (2006) estiment que les personnes en mauvaise santé ont un risque de devenir sans emploi deux fois supérieur à celles se déclarant en bonne santé. Ce risque augmente avec l'âge, il est plus élevé notamment pour les 50-54 ans. Plus fondamentalement, la santé affecte la relation des individus au travail. Blanchet et Debrand (2007) montrent qu'une mauvaise santé augmente le souhait de partir aussi tôt que possible en retraite. Les différentes variables susceptibles de capter les dimensions de l'état de santé, que ce soit un mauvais état de santé déclaré, une limitation d'activité, ou une maladie chronique, augmentent la probabilité de souhaiter partir au plus tôt.

1. L'auteur s'exprime dans ce commentaire à titre personnel. Les vues exprimées ne sauraient engager la DGTPE.

2. Chiffre d'Eurostat encore provisoire pour 2007.

3. Le Plan National d'Action Concertée pour l'Emploi des Seniors a été adopté à la suite de l'accord national interprofessionnel relatif à l'emploi des seniors du 13 octobre 2005 et signé le 9 mars 2006.

4. Cessation Anticipée pour certains Travailleurs Salariés (CATS) et Cessation Anticipée d'Activité pour les Travailleurs de l'Amiante (CAATA).

5. Un effet inverse négatif des conditions de travail (la pénibilité) et de l'inactivité sur la santé est également établi dans différents travaux. Notre analyse se concentrera néanmoins sur la relation santé sur l'emploi et l'inactivité.

Sans mettre en cause ces résultats, les travaux de l'auteur apportent des nuances liées aux différences entre hommes et femmes quant à l'effet de la santé sur l'emploi des seniors. De plus, ils mettent en exergue le rôle que la santé pourrait jouer sur le comportement d'optimisation financière des individus hors de l'emploi ou dans leur recherche d'emploi et également le rôle des dispositifs de prise en charge de la santé à la veille de la retraite.

Des tests économétriques classiques et des résultats ambigus

L'auteur procède par une démarche inductive qui s'intéresse d'abord aux effets de la santé sur l'emploi, avant ensuite d'essayer de démêler l'effet de la santé sur le fait de se retrouver au chômage plutôt qu'en inactivité. Pour cela, il utilise des données issues de l'Enquête *Décennale Santé* 2002-2003 de l'Insee. Cette enquête vise à mesurer l'état de santé et la consommation de soins des ménages ordinaires.

Les biais de mesure inhérents aux données déclaratives sont renforcés en matière de santé. D'une part, l'état de santé est multidimensionnel : il renvoie à la fois à un état de fonctionnement biologique apparemment normal, à une capacité à mener des activités et des tâches dans son environnement social et enfin à une dimension subjective liée à la perception de l'état de santé par l'individu. D'autre part, la situation sociale de celui-ci (par exemple le fait d'être bénéficiaire de revenus de remplacement) peut influencer ses réponses dans le sens d'une exagération des problèmes de santé pour justifier l'absence d'emploi ou de recherche active d'emploi.

Dans ses travaux, l'auteur ne prend pas en compte toutes ces dimensions pour corriger ou analyser leurs effets. Néanmoins, la présence de différentes variables qui recouvrent les différentes dimensions de l'état de santé (limitations dans les capacités, indice de masse corporelle, santé perçue, etc.) permet de limiter les biais liés à l'auto-déclaration.

La première estimation de Thomas Barnay vise à déterminer l'effet des variables de santé sur la probabilité d'être en emploi par des tests standards (*logit*). Les résultats sont conformes à l'intuition et à ceux de la littérature. Une mauvaise

santé perçue et une limitation dans les activités quotidiennes réduisent la probabilité d'être en emploi. Les variables affectant négativement les hommes et les femmes sont différentes. Ainsi, un indice de masse corporelle (IMC) hors norme aura un impact négatif sur l'emploi des femmes, alors que pour les hommes c'est le fait d'avoir eu une interruption de carrière pour raison de santé qui sera pénalisant. Ces résultats nous renvoient à la dimension sociale, voire sociologique, de la relation entre santé et emploi.

La question du rôle de la santé dans l'inactivité des seniors est abordée ensuite à travers deux estimations également standards. Plus précisément, Thomas Barnay s'intéresse aux personnes sorties de l'emploi sans aucune reconnaissance officielle d'un problème de santé. Pour les hommes, le facteur déterminant de l'inactivité sans reconnaissance de handicap est alors une santé perçue comme dégradée. En revanche, pour les femmes, les variables de santé ne semblent pas jouer un rôle déterminant dans l'inactivité sans reconnaissance d'un problème de santé.

Ainsi, les hommes de plus de 50 ans qui ont des problèmes de santé non reconnus officiellement par des dispositifs dédiés à la prise en charge de la santé, vont avoir tendance à se retrouver dans des dispositifs intermédiaires, à la frontière de l'inactivité et du chômage. Une autre manière d'analyser ce résultat est qu'étant donné la moindre générosité des dispositifs de prise en charge de la santé en fin de carrière (pension d'invalidité), les seniors malades peuvent avoir intérêt à émarger à l'assurance chômage ou à l'assurance spécifique de solidarité. Le problème ne semble pas se poser pour les femmes.

Pour s'assurer de la prégnance de la santé sur les seniors au chômage ou en inactivité, l'auteur s'intéresse dans une troisième estimation aux effets du facteur santé sur leurs comportements, notamment en matière de recherche d'emploi. Il estime l'effet des différentes variables notamment de santé sur les probabilités d'être chômeur cherchant un emploi *versus* chômeur ne recherchant pas d'emploi. Ainsi, les individus qui déclarent une limitation dans les activités quotidiennes auront plus tendance à être au chômage et à ne pas rechercher d'emploi.

Thomas Barnay prend également en considération une sous-partie singulière de la popula-

tion des seniors. Il s'agit de personnes sorties de l'emploi et qui ne sont pas dans des dispositifs d'indemnisation des travailleurs malades, puisqu'ils ne bénéficient pas de pension d'invalidité ou de CAATA. Cette catégorie est potentiellement en dispense de recherche d'emploi (DRE) ou dans d'autres dispositifs de prise en charge et est comptée parmi les inactifs.

Les résultats de l'auteur constituent en ce sens un premier apport. Ils souffrent de la faiblesse des données et de l'écart entre l'enquête utilisée et les données administratives qui mettent en exergue des biais de déclaration. Ainsi, les déclarations spontanées des individus concernant leur statut ne recourent pas forcément des catégories administratives d'emploi, de chômage et d'inactivité. Cependant, ces résultats permettent d'identifier qu'une partie des seniors hors de l'emploi et potentiellement en dispense de recherche d'emploi est touchée par des problèmes de santé qui expliquent son comportement en matière de recherche d'emploi.

Quelles implications en termes de politique économique ?

Quels sont les effets du facteur santé sur la politique d'augmentation de l'emploi des seniors ? Une des modalités envisagées pour le développement de l'emploi des seniors est la suppression progressive de la dispense de recherche d'emploi (DRE) qui concerne 417 000 personnes à la fin 2006. Tout d'abord, il est important de rappeler que la DRE n'est pas un régime d'indemnisation des seniors hors de l'emploi, mais est une facilité qui leur est accordée au regard de leur faible probabilité de retrouver un emploi. Sa suppression est sans doute un signal positif envoyé à la fois aux seniors et aux employeurs en termes de norme sociale. Cependant, un effet positif sur l'emploi des seniors ne sera atteint que si les différents acteurs modifient leur comportement. Cela nécessiterait de la part des entreprises un changement de politique de recrutement et de maintien dans l'emploi vis-à-vis des seniors, et du côté des seniors, une hausse de l'offre de travail.

Si comme l'indiquent les travaux de l'auteur, une partie des individus dispensés de recherche d'emploi sont atteints d'un des problèmes de santé identifiés, alors l'effet de la suppression de la DRE sur l'offre de travail sera amoindri.

En effet, dans un premier temps les personnes concernées n'augmenteraient pas leur offre de travail du fait de leur état de santé. Dans un second temps, si les dispositifs d'indemnisation des chômeurs et de contrôle de l'effectivité de la recherche d'emploi étaient plus contraignants, un report vers d'autres dispositifs de prise en charge de la maladie en fin de carrière pourrait se produire. Ces questions renvoient aux rôles des différents dispositifs institutionnels et à leurs frontières respectives.

Existe-t-il un risque de déplacement des personnes touchées par une restriction des DRE vers d'autres dispositifs médicalisés de cessation d'activité ? Dans beaucoup de pays de l'OCDE, les conditions de départ en retraite plus restrictives s'accompagnent en général d'une proportion plus importante de seniors bénéficiant de pensions d'invalidité (Finlande, Suède, Royaume-Uni par exemple). En France, entre 2003 et 2006, malgré la réforme des retraites et la diminution des préretraites, le nombre des bénéficiaires de pension d'invalidité et de l'allocation adulte handicapé (AAH) n'a pas augmenté particulièrement (Nivière, 2006 et Sautory, 2007). Autrement dit, même si les effectifs des bénéficiaires de ces dispositifs continuent d'augmenter du fait notamment des cohortes de plus en plus nombreuses des plus de 45 ans davantage touchés par l'invalidité, cette hausse ne se serait pas accélérée du fait des restrictions des départs en retraite ou préretraite (6). De même, la progression des indemnités journalières de maladie pendant cette période ne semble pas particulièrement liée aux réformes des retraites. En effet, les personnes âgées de 50 ans et plus recourent moins fréquemment aux arrêts de travail que les plus jeunes, mais pour des durées plus longues. Ainsi, la restriction progressive des DRE n'aurait pas d'effet automatique de déplacement massif vers d'autres dispositifs liés à la santé. Cela suffit-il à conclure que la santé n'est pas un obstacle majeur à l'offre de travail des seniors ?

Les dispositifs institutionnels de sortie médicalisée de l'activité reposent sur une validation de l'incapacité au travail par des professionnels de

6. Il est difficile sur cette période d'isoler l'effet de la santé, car la réforme des retraites de 2003, tout en restreignant les conditions de départ, a permis à ceux qui ont commencé à travailler très tôt de partir en retraite à partir de 56 ans avec le dispositif de départs anticipés pour carrière longue.

la santé, que ce soit pour la pension d'invalidité ou pour l'AAH. Or, Thomas Barnay, comme différents travaux, montrent que c'est la santé perçue qui est un facteur déterminant de l'offre de travail et de la sortie de l'emploi. Pour Waltisperger (2008) : « *les seniors chômeurs ou inactifs non retraités se distinguent surtout des autres seniors par la perception qu'ils ont de leur état de santé : 38 % d'entre eux déclarent que leur état de santé est « moyen » et 15 %, « mauvais », contre respectivement 20 % et 3 % pour les retraités précoces et 26 %, et 4 % pour l'ensemble des quinquagénaires* ». Il apparaît donc que le groupe des « seniors hors de l'emploi et sans reconnaissance officielle de handicap » identifié par l'auteur correspond bien à une certaine catégorie de seniors potentiellement malades et mal appréhendés par les dispositifs institutionnels. Il y a en effet une difficulté à concilier dans les dispositifs existants la santé constatée et la santé perçue. Or c'est un enjeu majeur car la question de la santé perçue par les seniors renvoie également aux effets de la pénibilité du travail.

Lorsque les conséquences de la pénibilité du travail sont constatables ou constatées, elles sont souvent prises en charge par des dispositifs médicaux ou de cessation anticipée du travail (CATS et CAATA) ou encore par la possibilité de départs en retraite précoces dans le service

public (catégories actives). La dégradation de la santé est alors souvent liée à une exposition à une forme précise de pénibilité. Lorsque la forme de la pénibilité est diffuse, il n'y pas de dispositif spécifique de prise en charge de la dégradation de l'état de santé, car son lien avec l'activité est plus ténu. Or, pour les seniors chômeurs ou inactifs non retraités, avoir cumulé trois « pénibilités » ou plus (7) pendant au moins dix ans multiplie par 1,8 la probabilité de se déclarer en médiocre santé (Waltisperger, 2008).

La question de l'état de santé des seniors sera déterminante pour réussir l'allongement de la durée de vie au travail et le recul effectif de l'âge de départ à la retraite. Le travail de Thomas Barnay met en exergue l'existence d'une trappe à inactivité des seniors potentiellement due à des problèmes de santé non explicitement pris en charge par des dispositifs institutionnels. Cette question recoupe à la fois le traitement de la pénibilité du travail en amont et la prise en charge de la santé des travailleurs âgés. Il s'agit d'un défi pour les pouvoirs publics et les partenaires sociaux dans le contexte du vieillissement de la population. □

7. Il existe plusieurs types de pénibilité identifiés dans les enquêtes : le travail posté, les poussières et fumées, le travail répétitif, le port de charges lourdes, les températures extrêmes, les intempéries, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Amar M. et Amira S. (2003), « L'emploi des personnes handicapées ou ayant des problèmes de santé de longue durée. Premiers résultats de l'enquête emploi de mars 2002 », *Premières Synthèses*, n° 41.3, Dares.

Blanchet D. et Debrand T. (2007), « Souhaiter prendre sa retraite le plus tôt possible : santé, satisfaction au travail et facteurs monétaires », *Économie et Statistique*, n° 403-404, pp. 39-62.

Hairault J.-O., Langot F. et Sopraseuth T. (2006), « Les effets à rebours de l'âge de la retraite sur le taux d'emploi des seniors », *Économie et Statistique*, n° 397, pp. 51-63.

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

Nivière D. (2006), « Les allocataires de minima sociaux en 2005 », *Études et résultats*, n° 539, Drees.

Sautory O. (2007), « Les allocataires de minima sociaux en 2006 », *Études et résultats*, n° 617, Drees.

Waltisperger D. (2008), « Pénibilité du travail et sortie précoce de l'emploi », *Premières Synthèses*, n° 03.1, Dares.