

Etat de santé, emploi des seniors et système de retraite : quels enjeux économiques ?

Note rédigée par **Thomas BARNAY**, maître de conférences à l'Université Paris-Est Créteil Val de Marne
 chercheur à l'ERUDITE et à la Fédération de recherche TEPP du CNRS

Les différentes branches de la Sécurité sociale sont bien souvent décrites et analysées indépendamment les unes des autres. Le coût social de la santé est apprécié, par exemple, à partir du seul déficit de l'Assurance Maladie estimé pour le régime général à -11,5 milliards pour 2009 et -14,5 milliards d'euros pour 2010, ce qui représente près de 50% du déficit global de la Sécurité sociale (LFSS, 2010). Or l'évolution de l'état de santé des populations joue un rôle déterminant sur le maintien dans l'emploi, et donc sur l'équilibre de la branche vieillesse, mais aussi sur la branche AT-MP à travers les risques professionnels.

Ces relations se renforcent avec l'avancée en âge. L'état de santé des seniors de plus de 50 ans constitue ainsi, à bien des égards, un enjeu économique tout à fait déterminant dans un contexte où chaque année depuis 2006 environ 800 000 personnes atteignent l'âge de 60 ans contre 500 000 précédemment.

1. Préserver les systèmes de retraite en assurant l'équilibre intergénérationnel

Le vieillissement démographique est expliqué par l'augmentation continue de la durée de vie et la baisse tendancielle sur longue période de la fécondité. Les gains annuels moyens d'espérance de vie à la naissance sur les dix dernières années s'établissent à 3,3 mois pour les hommes et à 2,3 mois pour les femmes (Insee, 2010). L'effet de vague démographique généré par la forte fécondité d'après-guerre vient en outre amplifier le vieillissement de la population. On dénombrait, en 2004, 4 personnes âgées de 60 ans et plus pour 10 personnes âgées de 20 à 59 ans, ce ratio atteindra 7 pour 10 à l'horizon 2050 (Conseil d'orientation des retraites). Ainsi l'état de santé des populations, à travers la mesure de la longévité, conditionne en partie les réformes des retraites menées en France.

La question de la capacité du système de sécurité sociale à absorber ce retournement démographique se pose donc avec acuité. Les systèmes de retraite par répartition sont ainsi mis à mal obligeant la plupart des pays à opérer des réformes paramétriques en reculant l'âge d'obtention des droits à la retraite (France, Allemagne ou Royaume-Uni) ou en introduisant des mécanismes actuariels (Suède et Italie).

Depuis la réforme Balladur de 1993, la mesure centrale adoptée en France est l'augmentation progressive de la durée

d'assurance requise pour l'obtention du taux plein. Ce mécanisme d'ajustement structurel répond à un critère d'équilibre entre générations. De manière tout à fait explicite, la loi portant réforme des retraites dite Loi Fillon de 2003 pose comme postulat que " la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une pension de retraite au taux plein (...) évolue de manière à maintenir constant, jusqu'en 2020, le rapport constaté entre cette durée et la durée moyenne de retraite ".

Le Conseil d'Orientation des Retraites (document de travail n°2, séance plénière du 24 mars 2010), indique que pour maintenir un rapport constant entre durée d'assurance et durée espérée de retraite, compte tenu des projections centrales d'espérance de vie à 60 ans de l'Insee, il sera nécessaire de fixer la durée de cotisation requise à 43,5 années à l'horizon 2050. [Tableau 1]

D'autres mesures accompagnent ces réformes de recul de l'âge de la retraite. Par exemple, les possibilités de départs anticipés ont été fortement contraintes voire supprimées dans le secteur public (Espagne, Allemagne, Belgique, Pays-Bas) tout en valorisant la poursuite de l'activité par la mise en place de surcotes (Canada, Espagne, États-Unis, France, Japon, Royaume-Uni).

Tableau 1 / Espérance de vie à 60 ans : évolution depuis 1997 et projections à l'horizon 2050

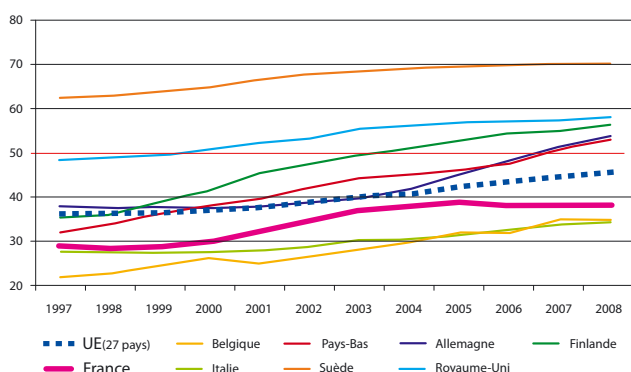
| Année | 1997 | 2001 | 2005 | 2009 (p) | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
|--------|------|------|------|----------|------|------|------|------|
| Hommes | 19,9 | 20,6 | 21,4 | 22,2 | 23,0 | 24,1 | 25,2 | 26,2 |
| Femmes | 25,2 | 25,7 | 26,8 | 27 | 27,8 | 28,7 | 29,6 | 30,4 |

Source : Insee, 2010

2. Des effets modérés sur les taux d'emplois et l'âge de départ à la retraite

Les taux d'emploi des 55-64 ans se situent en Europe à 45,6% avec des performances bien supérieures en Suède (70%), au Royaume-Uni (58%) ou encore en Allemagne (54%). En France ce chiffre stagne à 38,3%, loin de la cible de 50% fixée par la stratégie de Lisbonne pour 2010. Les âges de cessation d'activité et de liquidation des droits à la retraite ne coïncident plus. Les salariés du privé cessent leur activité à 58,8 ans mais liquident leurs droits en moyenne à 61,3 ans (Aubert, 2009). [Graphique 1]

Graphique 1
Évolution des taux d'emploi des 55-64 ans en Europe entre 1997 et 2008



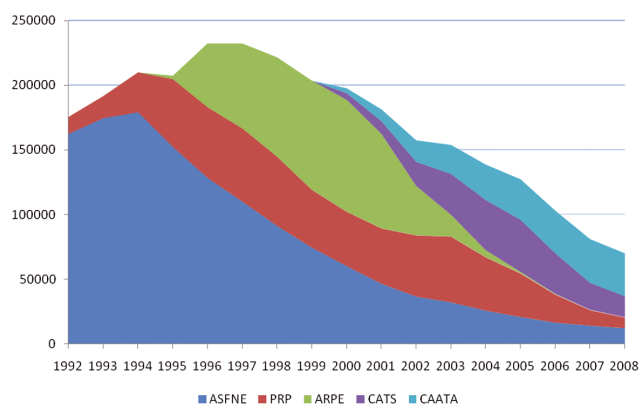
Source : Insee, Eurostat, 2010

Alors que l'effet escompté des réformes sur l'âge de liquidation des droits à la retraite devait être massif, seuls entre 50% et les 2/3 des personnes concernées par l'accroissement de la durée de cotisation ont choisi de reporter leur départ au-delà de 60 ans (Bozio, 2006¹). Les comportements de liquidation des droits à la retraite apparaissent donc assez inertes.

Les Français restent, tout d'abord, très attachés à une cessation précoce d'activité en raison de fortes incitations à des départs anticipés (cf. par exemple l'adhésion massive à des dispositifs spécifiques types " carrières longues "). Certes, les dispositifs publics de préretraites sont progressivement supprimés depuis 1998 (cf. graphique 2) et des taxes de plus en plus fortes sont prélevées sur les préretraites privées. Cependant d'autres dispositifs se sont substitués aux précédents c'est notamment le cas de la Dispense de Recherche d'Emploi dont les bénéficiaires sont passés de

245 500 en 1992 à un pic de 409 000 atteint en 2005 ; elle a été ensuite abrogée en juillet 2008.

Graphique 2
Évolution des bénéficiaires de préretraites publiques entre 1992 et 2008



Sources : Unedic (statistique mensuelle de paiement, fichier CATS-statistiques sans recul) ; CNAMTS/DRP

Longtemps, les déterminants non-monétaires du choix de départ à la retraite ont été occultés par des analyses financières visant à établir l'impact des modifications de barèmes sur l'âge de départ à la retraite. Si le durcissement des barèmes joue un rôle très significatif sur les comportements des seniors d'autres facteurs interviennent.

Plusieurs études européennes soulignent par exemple que les écarts résiduels de taux d'emploi relèvent de très fortes spécificités institutionnelles. Les disparités de recours aux dispositifs d'invalidité ne sont pas le fait de différences d'état de santé mais d'écarts de générosité des systèmes d'assurance dédiés (Börsch-Supan, 2007²). L'incitation financière est réelle, en France un salarié en mauvaise santé peut bénéficier d'un meilleur taux de remplacement en préretraite, ou après un licenciement économique, que s'il percevait une pension d'invalidité.

Du côté de la demande de travail, la dégradation du ratio productivité/salaire, le déficit de formation permanente, les discriminations à l'embauche ou encore les changements technologiques défavorables aux salariés âgés (Aubert, Caroli et Roger, 2006³) sont autant de freins à l'emploi des seniors. Par ailleurs, au plan macroéconomique, l'emploi des seniors et des moins de 25 ans constituent des variables d'ajustement en cas de croissance économique atone.

3. L'émergence d'une problématique santé-travail

L'évaluation des dernières réformes de l'Assurance vieillesse justifie par conséquent une approche multicritère globale incluant les politiques de l'emploi et de la santé. La santé *latu sensu* s'est immiscée dans le débat sur les retraites de façon ostensible ces dernières années. La loi Fillon (article 12) invitait les organisations professionnelles et syndicales à engager une négociation interprofessionnelle sur la définition et la prise en compte de la pénibilité. La mise en place du second plan santé au travail (PS2 2010-2014) ou encore la création d'agences

dédiées (telle que l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail - AFSSET - qui a fusionné début 2010 au sein d'une agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) ou de commissions (Commission Risques liés à l'environnement au sein du Haut conseil de la santé publique) attestent de l'intérêt porté par les pouvoirs publics vis-à-vis des liens entre état de santé et activité professionnelle.

Si les préretraites versées ont diminué significativement, elles ont aussi changé de nature passant d'une logique économique dans les années 90 (ARPE, ASFNE,...) à une logique de compensation de la dégradation de la santé en milieu professionnel (Cessation anticipée d'activité de certains travailleurs salariés - CATS, Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante - CAATA). En 2008, les bénéficiaires de la CAATA représentent 72% des entrées en préretraite publique (Dares, 2009). Bien que les discussions sur la pénibilité n'aient pas pu à ce jour aboutir à une reconnaissance généralisée, la dégradation de la santé est devenue l'un des seuls modes dérogatoires au recul de l'âge de la retraite et n'est bien entendu pas également répartie dans la population.

Un " rebond économique " sacrifierait la génération actuelle de seniors

Les inégalités de santé et d'accès à la retraite sont en effet fortes en France et risquent par ailleurs de s'aggraver en raison de la crise économique et en fonction aussi du scénario de

sortie de crise. Un " rebond économique " sacrifierait la génération actuelle de seniors. En 2003, l'espérance de vie à 50 ans des hommes cadres supérieurs dépasse celle des ouvriers de 12 années (32,2 ans vs 20,2 ans). Si on examine ces années au regard de la bonne santé perçue, les disparités s'accroissent et passent à 16,6 années d'écart d'espérances de vie en bonne santé, respectivement 22,8 années et 6,2 années (Cambois, Laborde, Robine, 2008^v). Ces inégalités de santé à l'intérieur

des générations conduisent à s'interroger sur le critère de justice sociale le plus adapté. L'application d'un critère actuariel par catégories sociales conduirait à des différences substantielles dans l'âge de départ à la retraite. Une étude menée sur les hommes de plus de 55 ans retraités unipensionnés du secteur privé, dont la carrière n'a pas subi d'interruption, montre que les cadres, sous la contrainte de neutralité actuarielle, auraient du liquider leurs droits à la retraite à 65 ans au lieu de 61 ans (Barnay, 2007^{vi})¹.

4. Un axe de recherche récent en économie

La thématique de recherche " santé et travail " a été investie récemment par les économistes français. Deux axes ont été privilégiés : l'étude de l'impact de l'état de santé sur le statut d'occupation et l'étude des conditions de travail sur la santé des travailleurs.

L'étude de l'impact de l'état de santé sur le statut d'occupation

L'état de santé (et aussi la satisfaction au travail^{vii}) apparaît comme un des déterminants les plus importants de l'offre de travail des travailleurs âgés et joue un rôle prépondérant sur l'âge réel de cessation d'activité (Lindeboom, 2006^{viii}). En Europe, le poids des variables non monétaires (en particulier de santé) sur les comportements de cessation d'activité apparaît plus fort que celui des variables financières (Blanchet et Debrand, 2007^{ix}). D'autres travaux sur données européennes étudient les maladies les plus incapacitantes pour les seniors de plus de 50 ans. Les maladies suivantes ressortent : pour les hommes : la fracture de la hanche, les accidents vasculaires cérébraux et le cancer et pour les femmes : les accidents vasculaires cérébraux, les maladies cardiaques et le diabète (Barnay et Debrand, 2006^x).

L'altération de la santé des populations conduit à une sortie anticipée du marché du travail, avec des conséquences notables sur les modalités de sorties de l'emploi.

L'altération de la santé des populations conduit donc à une sortie anticipée du marché du travail mais avec des conséquences notables sur les modalités de sorties de l'emploi. Des dispositifs non dédiés tels que la Dispense de recherche d'emploi permettent vraisemblablement à des seniors en mauvaise santé de quitter prématurément le marché du travail tout en bénéficiant de taux de remplacement plus élevés que par le biais de pensions d'invalidité (Barnay, 2008^{xiii}).

Tessier et Wolff (2005)^{xiv} montrent que l'impact de la santé sur l'offre de travail est vérifié dès le début de l'activité professionnelle. L'étude de populations spécifiques permet aussi de cibler les populations les plus exposées. Parmi les salariés dont la carrière a été incomplète, le départ en retraite précoce, à taux réduit ou au titre de l'inaptitude et de l'invalidité est lié à une dégradation de la santé et il existe des effets cumulatifs et des interactions avec la situation vécue sur le marché du travail, en particulier en fin de vie active. Les mères de famille aux revenus modestes sont ainsi relativement plus nombreuses à être éligibles à des pensions d'inaptitude ou d'invalidité au moment de partir en retraite (Barnay et Briard, 2009^{xv}).

L'étude des conditions de travail sur la santé des travailleurs

Plusieurs travaux sur données françaises mettent en évidence un effet de sélection de la santé sur le statut socio-économique (*healthy worker effect*). Lorsque les Français déclarent avoir cessé leur activité pour raison de santé (et qu'elle s'est poursuivie par une longue maladie), leur cessation d'activité est intervenue cinq années avant ceux qui ont cessé leur activité parce qu'ils avaient atteint l'âge légal de la retraite, toutes choses égales par ailleurs (Barnay, 2005^{xvi}). Ainsi, les personnes qui se déclarent en mauvaise santé ont un risque de sortie de l'emploi, quatre ans après, deux fois plus élevé que celles se déclarant en bonne santé (Jusot et al., 2006^{xvii}). Le chômage apparaît par ailleurs pathogène et dégrade l'état de santé.

L'examen de la branche Accidents du Travail-Maladies Professionnelles (ATMP) montre une explosion du nombre de maladies professionnelles reconnues (47 000 en 2006 contre moins de 10 000 en 1995) en partie expliquée par l'élargissement du périmètre des maladies reconnues mais traduisant aussi une montée des Troubles musculo-squelettiques (TMS). La fréquence des accidents du travail ne diminue plus contrairement à ce qui était constaté entre 1960 et 1990. Par ailleurs, des phénomènes de sous-évaluation et de sous reconnaissance des maladies professionnelles minorent ce risque. Le rapport Diricq (2008^{xviii}) estime à au moins 50% les cancers professionnels non reconnus chez les hommes. Le coût

¹ / Cependant si le concept de la neutralité actuarielle est séduisant, son application semble délicate tant les classifications sont discutables. Le concept de neutralité pose par ailleurs des problèmes de faisabilité liés aux éléments redistributifs des systèmes de retraite par répartition (avantages non-contributifs et plafond de prestations), à la rationalité limitée des agents et aux contraintes sur le marché du travail.

du stress est évalué de 3 à 4 points de PIB selon le Bureau international du travail. En France, pour l'année 2000, le coût pour la collectivité a été chiffré entre 1,2 et 2 milliards d'euros (entre 14% et 24% des dépenses de la branche ATMP), soit entre 3 et 3,5 millions de journées de travail perdues (à partir de la prise en compte de trois pathologies : les maladies cardio-vasculaires, les troubles de santé mentale et les TMS).

Les conditions de travail et d'emploi peuvent affecter l'état de santé et conduire à des arbitrages de la part des travailleurs quant à la nature des emplois occupés ou au contrat de travail envisagé. La pénibilité physique est susceptible d'avoir des effets sur l'état de santé à long terme. Les critères de pénibilité jugés prioritaires sont le travail de nuit en horaire alternant, le travail à la chaîne ou sous cadences imposées, le port de

charges lourdes et l'exposition aux produits toxiques (Struillou, 2003^{xvii}). Les ergonomes et épidémiologistes travaillent depuis longtemps sur ces questions et mettent en exergue, en particulier pour les travailleurs vieillissants, le poids des contraintes physiques mais aussi mentales sur l'état de santé des seniors (Lasfargues, 2005^{xviii}). De nouvelles formes de pénibilité liées à l'organisation du travail viennent en effet affecter la santé des travailleurs (Askénazy, 2004^{xix}). Ainsi, un haut niveau de pression et un bas niveau de récompense reçue sont associés à un mauvais état de santé (Debrand et Lengagne, 2007^{xx}). Les conditions de travail peuvent aussi réduire la productivité des seniors et augmenter leur absentéisme. Travailler avec des horaires irréguliers expliquerait 20% de l'absence pour maladie des ouvriers (Afsa et Givord, 2009^{xxi}).

5. Des enjeux économiques dans une situation économique défavorable

Les études économiques françaises restent encore peu nombreuses pour embrasser la complexité du lien santé et travail en particulier dans sa dimension causale. Cependant les enjeux liés à la préservation de la santé des travailleurs sont, à l'évidence, colossaux. La dégradation de l'état de santé remet partiellement en question, pour les individus concernés, l'efficacité de l'augmentation de la durée de cotisation requise sauf à envisager que des postes adaptés soient ouverts aux seniors de plus de 50 ans. Le recul de l'âge de la retraite doit s'accompagner en amont de la prise en compte de la pénibilité du travail en valorisant la poursuite de l'activité autour de l'âge légal de retraite et au-delà par la mise en place d'un surcote plus incitative. En présence de pressions économiques accrues sur la population active, l'impact de la santé sur le maintien dans l'emploi, mais aussi sur la qualité de l'emploi, peut permettre de justifier la mise en place de mesures préventives

en milieu professionnel même si nous ne bénéficions pas aujourd'hui d'évaluation *a priori*. Une politique dynamique de santé au travail sur l'ensemble de la carrière professionnelle pourrait alors être conçue comme un levier pour accroître l'emploi en France en particulier chez les seniors.

A court terme, l'investissement dans la santé au travail risque néanmoins, en cette période de sortie de récession économique, d'être jugé comme non prioritaire et coûteux. Outre les pertes de recettes générées, la crise économique réduit par ailleurs sensiblement les marges de manœuvre, l'augmentation des cotisations vieillesse restant à court terme une option caduque. Les tentations de limiter les mesures de soutien à l'emploi des seniors voire de rouvrir les dispositifs de préretraite ne sont donc pas totalement écartées.

Références

- I / Aubert P. (2009), " Age de cessation d'emploi et de liquidation d'un droit à la retraite : le cas de la génération 1938 ", *Etudes et résultats*, n°688, mai
- II / Bozio, A. (2006), " Réformes des retraites : estimations sur données françaises ", Thèse de doctorat, École des hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), Paris.
- III / Borsch Supan A, 2007, " Work, Disability, Health, and Incentive Effects ", *MEA Working Paper*, n°135-2007.
- IV / Aubert P, Caroli E., Roger M. (2006) " Nouvelles technologies et nouvelles formes d'organisation du travail : quelles conséquences pour l'emploi des salariés âgés ? ". *Revue économique*, 2006, vol. 57, no 6, p. 1329-1349.
- V / Cambois, E., C. Laborde, and J.-M. Robine, (2008), " Espérances de vie sans incapacité en France : Disparités sociales, disparités régionales ", *Rapport final dans le cadre de l'Appel d'offre DREES-MIRE " Analyses secondaires des données de l'enquête santé 2002-03 "*, p. 70.
- VI / Barnay T (2007), " Redistributive impact of differential mortality in the French Pay-As-You-Go system ", *Geneva Papers on Risk and Insurance Issues and Practice on Health Insurance*, p 32 : 570-582.
- VII / Voir sur données européennes le numéro spécial de la *Revue Economie et Statistiques* : " Santé vieillissement et retraite en Europe ", n° 403-404, 2007/12.
- VIII / Lindeboom (2006), " Health and Work of Older Workers " in : A.M. Jones (ed.), *Elgar Companion to Health Economics*. Edward Elgar, Cheltenham.
- IX / Blanchet D., 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.
- X / Barnay T et Debrand T (2006), " L'état de santé comme facteur de cessation d'activité en Europe ", *Revue Santé, Société et Solidarité*, n°2, pp. 119-131.
- XI / Barnay T (2005), " Santé déclarée et cessation d'activité ", *Revue Française d'Economie*, n°2/vol. 20, octobre, pp. 73-106.
- XII / Jusot F., Khlaf 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.
- XIII / Barnay T (2008), " Chômage et invalidité après 50 ans : deux dispositifs alternatifs de sortie de l'emploi pour les seniors en mauvaise santé ? ", *Économie et Statistiques*, n°411, Insee, pp. 47-63.
- XIV / Tessier P. et Wolff F.C. (2005), " Offre de travail et santé en France ", *Économie et Prévision*, n° 168, pp. 17-41.
- XV / Barnay T, Briard K, (2009) " Carrière incomplète et départ en retraite : une estimation de l'incidence de l'état de santé à partir de données individuelles ", dir. Barnay T. et Béjean S., *Revue Economique*, numéro spécial, Vol. 60, n°2, pp. 345-364.
- XVI / Diricq, (2008), *Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, Cour des comptes*.
- XVII / Struillou Y, (2003), " Pénibilité et Retraite ", *Rapport remis au Conseil d'Orientation des Retraites*, avril.
- XVIII / 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.
- XIX / Askénazy P, 2004, " Les désordres du travail, Enquête sur le nouveau productivisme ", *Seuil*.
- XX / Debrand T. et Lengagne P, 2007, " Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe ", *Économie et Statistique*, n° 403-404, pp 19-38.
- XXI / Afsa C. et Givord P, (2009), " Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie : le cas des horaires irréguliers ", *Économie et Prévision*, n°187.