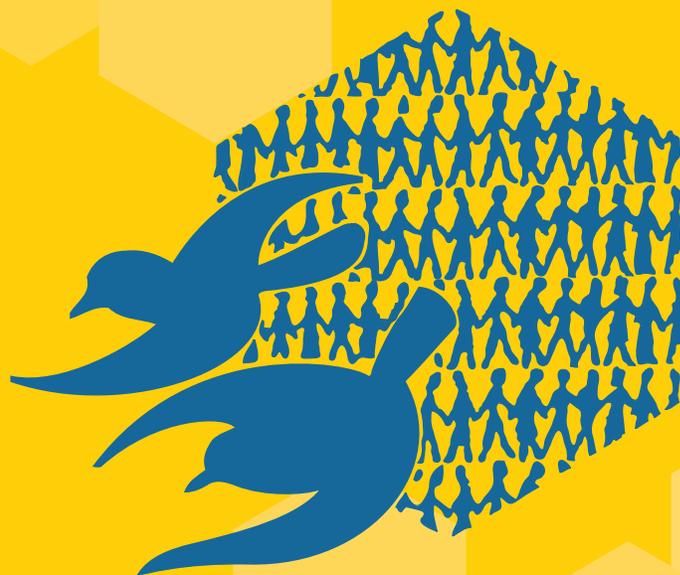


# POPULATION ET TRAVAIL

## Dynamiques démographiques et activités

*Colloque international d'Aveiro  
(Portugal, 18-23 septembre 2006)*



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE  
A I D E L F – 133, boulevard Davout – 75980 Paris Cedex 20 (France)  
<http://www.aidelf.org> – Courriel : [aidelf-colloque2006@ined.fr](mailto:aidelf-colloque2006@ined.fr)

# Sorties de l'emploi pour les seniors en mauvaise santé<sup>1</sup>

---

**Thomas BARNAY**

Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES), France.

En France, les dispositifs publics de préretraites, dont le rôle principal était de favoriser l'emploi des jeunes, 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). 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 pourrait traduire un effet de générosité du système d'assurance maladie (Dahl et al, 2000).

Par ailleurs, le débat en France autour de la prise en compte de la pénibilité du travail et de ses conséquences sur l'état de santé renforce l'intérêt de l'étude de l'état de santé des seniors. En effet, 36% des personnes âgées de 50 à 59 ans, en emploi et déclarant souffrir d'une affection limitant leur capacité de travail, expliquent que leur problème de santé est du à leur environnement de travail (Coutrot et Waltisperger, 2005). En outre, 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 (Currie et Madrian, 1999).

La sortie précoce d'activité pour raison de santé peut rendre inefficace les mesures de recul de l'âge de la retraite visant à amener les personnes à travailler à des âges plus élevés. La compréhension de la relation 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. Plus précisément, quel rôle pourraient jouer les dispositifs de politique de l'emploi et en particulier la dispense de recherche d'emploi, dans le traitement social de l'incapacité pérenne 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 un état de santé dégradé ? La réponse à cette question fera l'objet d'une première partie descriptive.

Une revue de la littérature sur les liens entre santé et statut d'occupation est ensuite présentée. Enfin, La complexité des liens entre état de santé et participation au marché du travail suppose tout d'abord de corroborer le lien entre mauvaise santé et sortie précoce de l'activité à partir des données de l'enquête décennale santé. Puis, parmi la population hors emploi, il convient de s'interroger sur les dispositifs choisis par les personnes en mauvaise santé pour cesser leur activité en tentant d'approcher les catégories administratives et en s'interrogeant en particulier sur les sorties d'emploi vers le chômage.

## 1. État des lieux des modalités de cessation d'activité

Plusieurs modalités de cessation d'activité sont offertes aux actifs en France : préretraites, pensions d'invalidité, dispenses de recherche répondant à des logiques différentes.

---

<sup>1</sup> Je tiens à remercier Yann Bourguel (IRDES), Chantal Cases (IRDES), François Jeger (DREES) et Nicole Roth (DREES) pour leurs commentaires. Je reste seul responsable des insuffisances de cet article

Les préretraites touchent en particulier les salariés du privé, le nombre de préretraités bénéficiant de dispositifs publics<sup>2</sup> baissant depuis 1998. A la suite de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, les dispositifs publics de préretraites sont progressivement supprimés. En 2004, les préretraités peuvent encore relever de 6 dispositifs : L'Allocation Spéciale du Fonds National de l'Emploi (ASFNE), l'Allocation de Remplacement Pour l'Emploi (ARPE), les Préretraites Progressives (PRP), le Congé Fin d'activité (CFA), la Cessation Anticipée pour certains travailleurs salariés (CATS) et la Cessation Anticipée d'Activité pour les Travailleurs de l'Amiante (CAATA). La suppression progressive des préretraites « classiques » (dont le but initial visait à lutter contre le chômage) se fait au bénéfice de mesures dont l'objectif est de compenser les risques pour la santé liés à l'activité professionnelle (CATS et CAATA). Parallèlement à cette modification de la nature des préretraites, la dispense de recherche d'emploi<sup>3</sup> devient la mesure privilégiée de cessation anticipée d'activité.

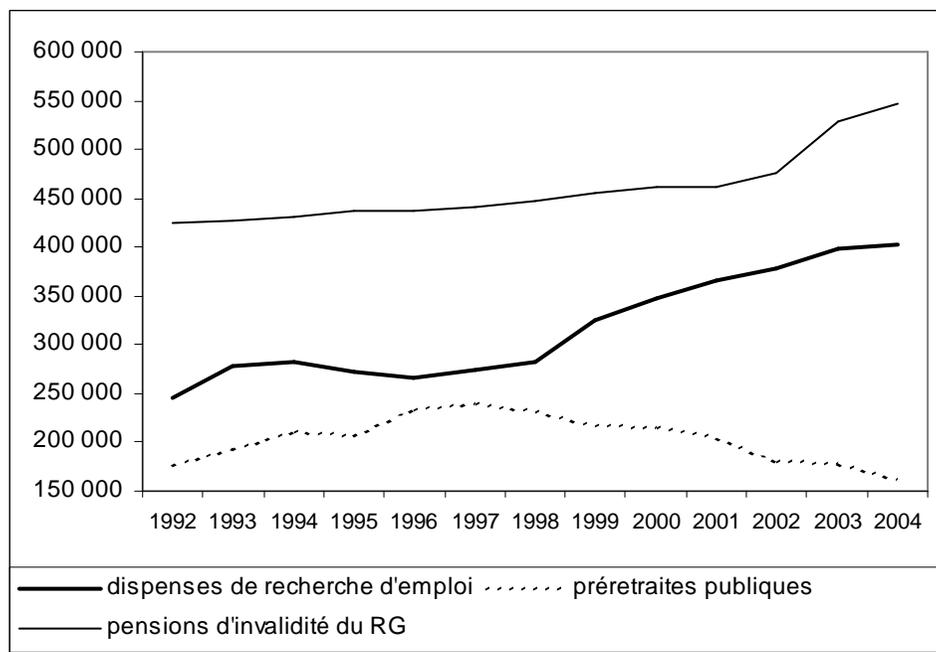
Fin 2004, les préretraites financées par l'État concernent ainsi un peu moins de 100 000 personnes (Merlier, 2005). Les nouvelles préretraites CATS et CAATA, répondant directement à la question de la dégradation de la santé, rassemblent fin 2004 environ 70 000 personnes. En 2004, deux dispositifs sont par ailleurs entrés en vigueur. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, il existe 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<sup>ème</sup> anniversaire (pour un départ à 56, 57 ou 58 ans) ou 17<sup>ème</sup> anniversaire pour un départ à 59 ans. Les personnes concernées par ces mesures sont souvent des ouvriers qui ne sont pas nécessairement en mauvaise santé, mais qui ont le plus souvent connu des conditions de travail pénibles. Par ailleurs, l'âge de la retraite est dorénavant de 55 ans pour les personnes atteints d'une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 80%.

---

<sup>2</sup> Les données ne sont pas disponibles pour les préretraites d'entreprise néanmoins la réforme de 2003 taxent davantage les entreprises qui ont recours à ce type de dispositif.

<sup>3</sup> Les conditions d'accès diffèrent selon le type d'allocations. À partir de 55 ans, les demandeurs d'emploi qui perçoivent une allocation d'assurance chômage et qui justifient de 160 trimestres de cotisation au titre du régime de base de l'assurance vieillesse, ceux qui perçoivent l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) ainsi que ceux qui ne perçoivent aucune allocation chômage peuvent bénéficier d'une dispense de recherche d'emploi. À partir de 57 ans et demi, tous les allocataires du régime d'assurance chômage, après avoir effectué auprès de leur agence locale pour l'emploi les démarches nécessaires, peuvent être dispensés de recherche d'emploi.

GRAPHIQUE 1 : EVOLUTION DES DISPENSES DE RECHERCHE D'EMPLOI, DES PRÉRETRAITES PUBLIQUES ET DES PENSIONS D'INVALIDITÉ VERSÉES PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL DE 1992 À 2004



Source : Fichier National des Assedic, Insee, CNAMTS

Les dispensés de recherche d'emploi, dont l'augmentation entre 1996 et 2006 est de 48%, sont plus de 400 000 au début 2006 d'après les chiffres de l'Unedic. Le développement de ce type de mesures (montée du chômage indemnisé) répond à une demande de travail particulièrement déficitaire pour les seniors.

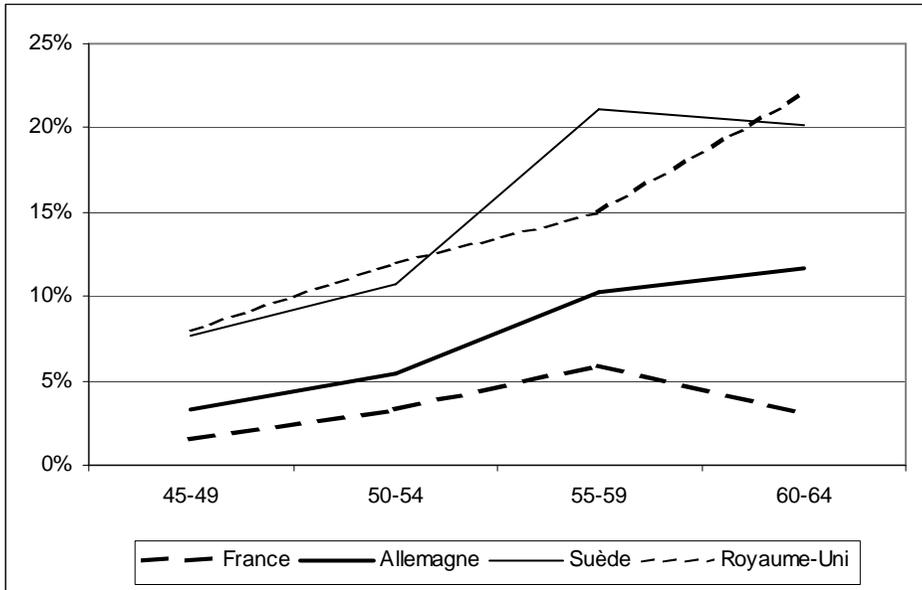
Dans la pluralité de cette offre de dispositifs permettant de cesser prématurément son activité, quels sont ceux dédiés aux personnes en mauvaise santé ? Les personnes dans l'incapacité permanente de travailler, à cause d'un problème de santé ou d'un handicap, perçoivent soit un revenu de remplacement proportionnel au dernier revenu (pensions d'invalidité) soit un minimum social forfaitaire (allocation adultes handicapés). Les pensions d'invalidité sont plus souvent accordées à cause de problèmes de santé survenus avec l'âge. En France, les pensions d'invalidité (des secteurs privé et public) constituent le principal dispositif dédié à la cessation d'activité pour raison de santé. Fin 2004, un peu plus de 750 000 personnes de plus de 50 ans percevaient soit une pension d'invalidité soit l'AAH (Barnay et Jeger, 2006). Sur ce chiffre, au moins 650 000 personnes sont vraisemblablement inactives (en excluant les pensions de catégories 1 qui concernent des personnes jugées capables d'exercer une activité rémunérée).

La comparaison des taux de bénéficiaires de pensions d'invalidité en Allemagne, Suède, Royaume-Uni et France montre que le recours aux pensions d'invalidité est moins fréquent pour les seniors en France quel que soit l'âge (graphique 2). 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 des incitations financières plus élevées offertes par d'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%). Un salarié en mauvaise santé peut ainsi bénéficier d'un meilleur taux de remplacement en préretraite, ou après un licenciement économique, que s'il percevait une pension d'invalidité.

GRAPHIQUE 2 : TAUX DE BÉNÉFICIAIRES DE PENSIONS D'INVALIDITÉ DES HOMMES DE PLUS DE 45 ANS DANS QUATRE PAYS EUROPÉENS EN 2004



Source : Eurostat, Social Insurance in Sweden 2004, Referat Statistisches Berichtswesen (Allemagne), Work and Pensions Longitudinal Study 2005 (Royaume-Uni) et CNAMTS, CNRACL, CNAF, service des pensions de l'État pour la France.

Champ : Pour les pensions d'invalidité ont été comptabilisés les bénéficiaires de pensions d'invalidité en 2004 (exceptée l'allocation liée à l'assistance d'une tierce personne en Suède et Royaume-Uni et hors AAH en France). Le taux de bénéficiaires est le rapport entre le nombre de pensionnés et la population masculine pour chacun des âges quinquennaux considérés.

Pour tester l'hypothèse selon laquelle les personnes en mauvaise santé auraient recours aux dispenses de recherche d'emploi pour cesser prématurément leur activité, nous utilisons les données de l'enquête décennale santé de l'INSEE réalisée entre 2002 et 2003. L'étude comparée de l'état de santé déclaré par les personnes de 50 à 59 ans sorties du marché du travail dans des dispositifs ne relevant pas de l'invalidité à ceux qui en sont sortis officiellement pour cette raison.

## 2. Liens entre santé et statut d'occupation : un bref état des lieux de la littérature

De nombreux travaux empiriques mettent en évidence l'effet de sélection sur le marché du travail (*healthy worker effect*) c'est-à-dire la causalité existant entre santé dégradée et sortie anticipée du marché du travail (Bound et al., 1999 ; Dwyer et Mitchell, 1999; Kerkhofs et al., 1999 ; Campolieti, 2002 ; Barnay, 2005). Par ailleurs, les effets de la pénibilité du travail sur la

santé<sup>4</sup> 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).

Plusieurs biais sont susceptibles d'altérer la qualité de la mesure de cette double causalité entre santé et emploi : des biais de déclaration, de mesure, d'incitation et de justification.

Les biais de déclaration sont tout d'abord inhérents à ce type d'exercice, les déclarations des individus, dont nous disposons dans la plupart des enquêtes santé, étant soumises aux caractéristiques sociales voire à l'état de santé même des individus ce qui peut entraîner des biais socioculturels et d'endogénéité (Bound, 1991). 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. Il convient d'utiliser plusieurs indicateurs de santé pour mesurer leur impact sur l'activité afin de prendre en compte l'aspect multidimensionnel de la santé (Loprest et al. 1995). L'étude des personnes de plus de 50 ans ajoute par ailleurs des difficultés supplémentaires à l'analyse puisque les seniors subissent de fortes contraintes sur le marché du travail et peuvent sortir de l'emploi pour bénéficier de système de préretraites, il s'agit ici d'un biais qu'on peut qualifier d'incitations. Ces contraintes relèvent essentiellement du problème de l'« employabilité » des seniors, Marioni (2005) souligne que « *dans les établissements privés de moins de 10 salariés, seuls 6,4% des salariés recrutés avaient plus de 50 ans en 2003* ». Enfin un biais de justification peut exister, les individus justifiant une sortie de l'emploi par un problème de santé ce qui tend à surévaluer la corrélation.

Pour déterminer précisément les liens entre santé et emploi, il serait nécessaire d'établir une chronologie des événements permettant de déterminer les causalités multiples durant la carrière professionnelle. À partir des données de l'enquête décennale santé, ce travail n'est pas réalisable ; il est cependant possible d'analyser les corrélations.

Les liens entre santé et statut d'occupation hors emploi procèdent d'une même complexité. Le lien santé-chômage par exemple relève aussi principalement d'une double causalité. Sermet et Khlal (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. Saurel-Cubizolles et al. (2001), à partir des données de l'enquête ESTEV (Enquête Santé, Travail et Vieillesse), ont montré que la dégradation de l'état de santé (tonus altéré, mobilité physique restreinte, etc.) peut augmenter le risque de perdre son emploi. Par ailleurs, Mesrine (2000) a montré que le risque annuel de décès d'un homme chômeur est environ trois fois plus élevé que celui d'un actif occupé à âge égal.

### 3. Mesurer les liens entre santé et statut d'occupation des 50-59 ans

#### 3.1 Données

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 la consommation annuelle de soins médicaux et de prévention de cette population, 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

---

<sup>4</sup> D'après les résultats de l'enquête SUMER (DARES, 2006), 28% des personnes de plus de 50 ans ressentent des contraintes posturales et articulaires.

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.

Cette étude porte sur les personnes âgées de 50 à 59 ans soit 7,4 millions d'individus. Nous avons reconstruit (ou tout au moins approché) les catégories administratives mises en évidence précédemment et tout particulièrement les bénéficiaires de pensions d'invalidité (inactifs déclarant une reconnaissance administrative du handicap) et les dispensés de recherche d'emploi (chômeur déclarant ne pas rechercher d'emploi). Nous étudions spécifiquement les catégories actifs occupés, inactifs et chômeurs (tableau 1).

TABLEAU 1 : RÉPARTITION DES 50-59 ANS PAR STATUTS D'OCCUPATION ET PAR SEXE  
(% PONDÉRÉS)

	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%
Préretirés	3,9%	2,4%	3,2%
Retraités ou préretraités non-identifiés	1,6%	1,7%	1,7%
Total	49,9%	50,1%	100,0%

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

Source : INSEE, EDS 2002-2003, Exploitation IRDES.

### 3.2 Méthode

À partir d'un modèle logit, il s'agit donc d'expliquer la probabilité d'être dans un statut d'occupation entre 50 et 59 ans contre celle de ne pas l'être. Pour prendre en compte les interactions entre variables pouvant expliquer cette probabilité, il est nécessaire de contrôler les effets d'âge (qui jouent sur les critères d'éligibilité des dispositifs), d'état de santé déclarée (santé perçue, maladies chroniques et limitations d'activité<sup>5</sup>), de statut marital (vie en couple ou non), d'âge de fin d'étude, la nature du parcours professionnel (interruptions de carrière pour raisons de chômage de santé, changement de travail pour raison de santé) et aussi le statut de la profession exercée ou ayant été exercée afin de prendre en compte une caractéristique relative à la demande de travail.

Nous procédons ainsi à deux types de régressions logistiques. Le premier consiste à étudier les liens entre santé et probabilité d'être en emploi. Le second vise à analyser les corrélations entre santé et probabilité d'être chômeurs et de ne pas rechercher d'emploi au sein de la population qui ne travaille pas.

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

<sup>5</sup> L'indicateur de santé perçue est obtenu à l'aide de la question standardisée de l'Office Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé: « Comment est votre état de santé général ? Très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais ». La prévalence d'au moins une maladie chronique est obtenue grâce à la question « Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladie(s) chroniques ? ». Enfin, les limitations dans les activités de la vie quotidienne sont obtenues grâce aux réponses à la question : « Êtes-vous limité depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? ». Ces trois indicateurs constituent le mini module européen sur la santé.

l'odd-ratio est significativement supérieur ou inférieur à 1 alors l'impact est positif ou négatif, toutes choses égales par ailleurs.

### 3.3 Résultats

L'état de santé déclaré apparaît négativement corrélé à la participation à l'emploi. Les coefficients associés à la santé perçue et la prévalence déclarée d'une maladie (pour les femmes) sont d'environ 20 points. La probabilité d'être en emploi pour un homme déclarant souffrir d'une limitation d'activité diminue très significativement de 69 points (de 47 points pour les femmes) par rapport à un homme qui n'en déclare pas, toutes choses égales par ailleurs. Quelques événements de la vie professionnelle peuvent être repérés dans l'enquête en particulier sur la nature de la carrière professionnelle (avec ou sans interruption de carrière). Les interruptions de carrière que les enquêtés expliquent par des problèmes de santé sont négativement corrélées avec la probabilité d'être en emploi entre 50 et 59 ans, de 88 points pour les hommes et de 55 points pour les femmes, ce qui semble indiquer que la santé et son impact sur les parcours professionnels sont des déterminants très forts du statut d'occupation en fin d'activité<sup>6</sup>. En revanche, un homme qui a déclaré avoir changé d'emploi pour une raison de santé augmente la probabilité qu'il soit en emploi en fin de carrière de 78 points. Cette variable est un proxy intéressant de la capacité du marché à intégrer des personnes malades ou handicapées.

Ces premiers résultats confirment un lien très fort entre dégradation de l'état de santé et sortie de l'emploi. Comme nous l'avons vu, la sortie précoce de l'activité des personnes en mauvaise santé peut se faire par le biais des pensions d'invalidité (que l'on retrouve dans la catégorie inactifs avec reconnaissance du handicap) et potentiellement par le biais des dispenses de recherche d'emploi (que l'on retrouve partiellement dans la catégorie chômeurs qui ne recherchent pas d'emploi), il convient désormais d'étudier plus en détail l'état de santé déclaré par les personnes sorties de l'emploi, en particulier les inactifs et les chômeurs.

Parmi la population des 50-59 ans en emploi à la date de l'enquête ou qui ont occupé une activité professionnelle, 63% ont interrompu au moins une fois leur carrière professionnelle. L'étude des interruptions de carrière pour raison de santé dont la corrélation est forte avec un retrait du marché du travail (cf. tableau 2) donne une première image différenciée des statuts d'occupation. 18% des 50-59 ans déclarent avoir interrompu leur activité pour un motif de santé<sup>7</sup>. Parmi les différents statuts d'occupation, la fréquence est la plus élevée pour les inactifs avec reconnaissance officielle du handicap (40%) suivie des chômeurs ne recherchant pas d'emploi (22%), des inactifs sans reconnaissance officielle du handicap (17%) et des chômeurs à la recherche d'un emploi (13%). La différence significative existant entre les deux catégories d'inactifs s'explique par la nature de cette population en fonction du sexe et du statut. L'enquête décennale santé permet d'étudier directement le lien de causalité déclaré par les personnes enquêtées entre santé et inactivité<sup>8</sup>. 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 selon 41% des personnes (90% pour les hommes et 27% pour les femmes).

---

<sup>6</sup> Des résultats récents montrent que le risque d'avoir interrompu son activité pour raison de santé est positivement corrélé avec un état de santé dégradé au moment de l'enquête. Ainsi dans la population féminine âgée de 15 ans et plus de référence de l'étude (cadre, 25-44 ans, âge de début d'activité supérieur à 20 ans, diplômée du supérieur et en bonne santé), la probabilité d'interrompre son activité pour raison de santé au moins 1 mois est de 9,9 %. Cette probabilité passe à 32,1% pour une femme se déclarant en « mauvaise ou très mauvaise » santé au moment de l'enquête et dont les autres caractéristiques sont identiques à celles de la population de référence (Gourdol, 2005).

<sup>7</sup> Ne sont comptabilisées dans EDS 2002-2003 que les interruptions d'activité pour raison de santé d'au moins un mois.

<sup>8</sup> La question posée est la suivante : « Si vous n'exercez pas de profession actuellement, est-ce pour des raisons concernant votre santé ? ».

L'inactivité pour raison de santé est très fortement liée à la reconnaissance ou non d'un handicap mais diffère aussi sensiblement selon le sexe. L'entrée des femmes de plus de 50 ans en inactivité, lorsqu'elles se déclarent au foyer et sans reconnaissance du handicap, semble particulièrement déconnectée du motif de santé (seules 9 % se déclarent inactives pour raison de santé). Même parmi les femmes au foyer qui disposent d'une reconnaissance officielle d'un handicap ou d'une incapacité, 42% seulement se déclarent inactives pour raison de santé.

TABLEAU 2 : DÉTERMINANTS DE LA PROBABILITÉ D'ÊTRE EN EMPLOI ENTRE 50 ET 59 ANS (ODDS-RATIOS)

	Hommes	Femmes
<i>50 ans</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
51 ans	1,50	0,88
52 ans	1,10	0,97
53 ans	1,06	0,62*
54 ans	0,99	0,77
55 ans	0,59*	0,43***
56 ans	0,42***	0,37***
57 ans	0,34***	0,30***
58 ans	0,14***	0,23***
59 ans	0,14***	0,16***
<i>Santé perçue « bonne ou très bonne »</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Santé perçue « moyenne, mauvaise ou très mauvaise »	0,71**	0,79*
<i>Aucune maladie chronique</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Prévalence d'une maladie chronique	0,88	0,78**
<i>Aucune limitation dans les activités quotidiennes</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Limitations dans les activités quotidiennes	0,31***	0,53***
<i>Vivre seul</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Vivre en couple	1,54**	0,56***
<i>Âge de fin d'étude supérieur à 20 ans</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Âge de fin d'étude entre 18 et 20 ans	0,59**	0,69**
Âge de fin d'étude entre 15 et 17 ans	0,52***	0,52***
Âge de fin d'étude inférieur à 15 ans	0,50***	0,27***
Interruption de carrière pour raison de chômage	0,14***	0,35***
Interruption de carrière pour raison de santé d'au moins un mois <sup>9</sup>	0,12*	0,45*
<i>Ne pas avoir changé d'activité professionnelle pour raison de santé</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Avoir changé d'activité professionnelle pour raison de santé	1,78*	1,07
<i>Salarié du secteur privé</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
Salarié de l'État, des collectivités locales ou d'une entreprise publique	0,75*	1,12
Salarié chef de son entreprise, à son compte ou aidant un membre de sa famille	3,17***	2,18***
Nombre d'observations	2513	2629
Seuils de significativité : *<0,05 ; **<0,01 ; ***<0,001		

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

Source : INSEE, EDS 2002-2003, Exploitation IRDES

<sup>9</sup> Hors congés de maternité.

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

TABLEAU 3 : INACTIVITÉ POUR RAISON DE SANTÉ (EN %)

	Hommes	Femmes	Total
Inactifs avec reconnaissance officielle du handicap	99,1	87,0	93,4
<i>dont</i>			
au foyer <sup>10</sup>	-	42,3	42,3
autres inactifs <sup>11</sup>	99,1*	94,1	96,9
Inactifs sans reconnaissance officielle du handicap	79,4	18,1	26,5
<i>dont</i>			
au foyer	NS	9,2	9,4
autres inactifs	81,9	56,2	67,6
Total	89,5	27,1	40,8

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

*NS* : Non significatif

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

*Source* : INSEE, EDS 2002-2003, Exploitation IRDES

Pour approfondir ce lien santé statut d'occupation, après avoir étudié les déterminants de l'emploi, nous évaluons donc les relations entre le statut chômeurs ne recherchant pas d'emploi et l'état de santé, à l'aide de la même méthode économétrique.

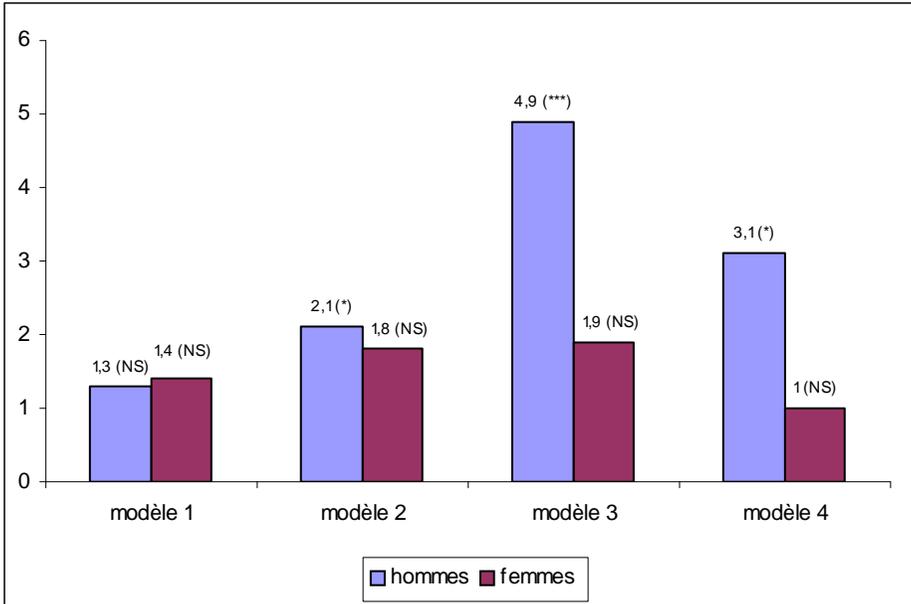
Nous procédons à plusieurs régressions logistiques en présentant uniquement les odds-ratios associés à la variable limitation d'activité (graphique 3). Dans le modèle 1, nous modélisons la probabilité d'être chômeur et de ne pas rechercher d'emploi contre celle d'être dans un autre statut d'occupation hors-emploi. La catégorie « inactifs avec reconnaissance du handicap » capture toute l'information du lien entre état de santé et statut d'occupation hors emploi et il n'est pas possible d'isoler les éventuels liens entre santé et chômage. Nous retirons donc, dans le modèle 2, les inactifs avec reconnaissance du handicap (c'est-à-dire essentiellement les bénéficiaires de pensions d'invalidité ou de l'AAH) dont le lien avec la santé est évident. Dans la population masculine restante, déclarer une limitation d'activité double la probabilité d'être chômeur et de ne pas rechercher d'emploi par rapport à un homme n'en déclarant pas, toutes choses égales par ailleurs. Dans le modèle 3 dont le but est de comprendre les déterminants du chômage sans recherche d'emploi en excluant les deux catégories « inactifs » (il reste donc les chômeurs, les préretraités et les retraités), le résultat est encore plus élevé. La déclaration d'une limitation dans les activités quotidiennes est associée à

<sup>10</sup> Au foyer (y compris congé parental).

<sup>11</sup> Autres inactifs (y compris les personnes ne touchant qu'une pension d'invalidité).

un risque 5 fois plus élevé d'être chômeurs ne recherchant pas d'emploi qu'un homme sans limitations. Ce résultat semble indiquer qu'un homme en mauvaise santé fonctionnelle sort significativement plus par le système de la DRE que par notamment les systèmes de préretraites. Le dernier modèle enfin compare les deux statuts de chômeurs et montre combien la recherche d'emploi et la limitation d'activité sont corrélées. En effet, un chômeur qui déclare une limitation d'activité a 3 fois plus de risque de ne pas rechercher d'emploi qu'un chômeur sans problèmes de santé.

GRAPHIQUE 3 : EFFET DES LIMITATIONS D'ACTIVITÉ SUR LA PROBABILITÉ D'ÊTRE CHÔMEUR ET DE NE PAS RECHERCHER D'EMPLOI SELON LA POPULATION HORS EMPLOI SÉLECTIONNÉE, TOUTES CHOSES ÉGALES PAR AILLEURS (ODDS-RATIOS)<sup>12</sup>



Source : INSEE, EDS 2002-2003, Exploitation IRDES.

NS : Non significatif ; \* significatif à 5% ; \*\*\* significatif à 0,01%.

Lecture : Dans le modèle 2 (la population des actifs occupés et des inactifs avec reconnaissance du handicap est exclue), déclarer une limitation d'activité double le risque d'être chômeur et de ne pas rechercher d'emploi par rapport à une personne n'en déclarant pas après contrôle de l'âge, du statut marital (vie en couple ou non), de l'âge de fin d'étude, de la nature du parcours professionnel (avec ou sans interruption) et du statut de la profession exercée ou ayant été exercée.

Ces résultats, globalement, confortent comme attendu l'existence d'un lien entre sortie de l'emploi et santé dégradée. Au sein de la population hors emploi, les inactifs déclarent l'état de santé le plus dégradé. La reconnaissance officielle d'une incapacité touche une population très

<sup>12</sup> Le modèle 1 estime la probabilité d'être chômeur et de ne pas rechercher d'emploi contre celle d'être chômeur et de rechercher un emploi inactifs avec ou sans reconnaissance officielle du handicap, retraités ou préretraités. Le modèle 2 correspond au modèle 1 dont on exclut la population inactif avec reconnaissance du handicap. Le modèle 3 correspond au modèle 1 dont on exclut la population inactif avec et sans reconnaissance du handicap. Le modèle 4 estime la probabilité d'être chômeur et de ne pas rechercher d'emploi contre celle d'être chômeur et de rechercher un emploi.

significativement plus inapte au travail, cependant les résultats sont particulièrement différenciés entre hommes et femmes. Les motifs déclarés de l'inactivité des femmes au foyer semble moins liée à des problèmes de santé que ceux des hommes.

Ces résultats semblent par ailleurs traduire, chez les hommes, qu'une partie des personnes en incapacité se retrouvent chômeurs et ne recherchant pas d'emploi c'est-à-dire potentiellement en dispense de recherche d'emploi. Ils semblent valider l'hypothèse selon laquelle les hommes dispensés de recherche d'emploi sont des personnes dont l'état de santé est altéré et pour lesquels l'indemnisation de l'UNEDIC apporte un revenu de remplacement plus élevé que celui apporté par une pension d'invalidité. L'absence d'effet chez les femmes invite à prolonger la réflexion en s'interrogeant sur la nature des choix qui conduisent à l'inactivité chez les femmes.

En France, l'âge plus précoce de la retraite, les préretraites et surtout les dispenses de recherche d'emploi permettent vraisemblablement aux salariés, dont l'état de santé est le plus dégradé, de quitter prématurément le marché du travail alors que dans le système suédois par exemple, ce sont les dispositifs d'invalidité qui jouent ce rôle. Il est possible qu'en l'absence d'indemnisation du chômage certains seraient demandeurs de pension d'invalidité ce qui interroge aussi sur le rôle des différentes branches de la protection sociale dans la prise en charge du risque santé en fin de vie active.

## BIBLIOGRAPHIE

- BARNAY T et JEGER F, (2006), « Quels dispositifs utilisent les personnes en mauvaise santé pour cesser leur activité en France ? », *Questions d'Économie de la Santé*, IRDES, à paraître.
- BARNAY T, (2005), « Santé déclarée et cessation d'activité », *Revue Française d'Économie*, n°2/vol. 20, octobre, p 73-106.
- BOUND J. (1991), « Self-Reported versus Objective Measures of Health in Retirement Models », *Journal of Human Resources*, vol. 26, pp. 106-138.
- BOUND, J et SCHOENBAUM, M et STINEBRICKNER, TODD R. et WAIDMANN, T, (1999), « The dynamic effects of health on the labor force transitions of older workers », *Labour Economics*, Elsevier, vol. 6(2), p. 179-202.
- CAMPOLIETI M, (2002), « Disability and the labor force participation of older man in Canada », *Labour economics*, 405-32.
- COUTROT T et WALTISPERGER D, (2005), « L'emploi des seniors souvent fragilisé par des problèmes de santé », DARES, *Premières informations première synthèse*, février, 08-1.
- CURRIE J., MADRIAN B.C. (1999), « Health, Health Insurance and the Labor Market », in *Handbook of Labor Economics*, Ashenfelter O., D. Card, (eds), Amsterdam, North Holland, pp. 3309-3416.
- DAHL, Svann-Age, NILSEN, Oivind Anti et VAAGE, Kjell, (2000), « Work or Retirement? Exit Routes for Norwegian Elderly », *Applied Economics*, Taylor and Francis Journals, vol. 32(14), pages 1865-76.
- DARES, (2006), « Contraintes posturales et articulaires au travail », *Premières informations première synthèse*, mars, n°11.2, 8 pages.
- DEPARTMENT FOR WORK AND PENSIONS, (2005), *Work and Pensions Longitudinal Study*, <http://www.dwp.gov.uk/>.

- DWYER D.S. et MITCHELL O.S., (1999), « Health Problems as Determinants of Retirement : Are self-rated Measures Measures endogenous ? », *Journal of Health Economics*, 18-2, pp. 173-193.
- GOURDOL A, (2005), « Les interruptions d'activité pour raisons de santé au cours de la vie professionnelle », DREES, *Études et Résultats* n° 418 – juillet.
- KERKHOFS M, LINDEBOOM M, THEEUWES J, (1999), « Retirement, Financial Incentives and Health », *Labour Economics*, vol.6, pp. 203-227.
- KHLAT M, SERMET C, « La santé des chômeurs en France : revue de la littérature ». *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, vol.52, n° 3, 2004/10, 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.
- LOPREST P., KALMAN R., and SANDELL S H.. (1995), « Gender, Disabilities, and Employment in the Health and Retirement Study ». *Journal of Human Resources* 30(5) : S293-S318.
- MARIONI P (2005), « Accroître l'emploi des seniors : entre volontés et difficultés », *Premières informations premières synthèses*, janvier, n°04-1.
- MERLIER R, (2005), « Tassement des préretraites en 2004 », *Premières informations premières synthèses*, n°19-3, mai, 6 pages.
- MESRINE A, (2000), « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », *Économie et statistique*, p. 33-48, numéro 334, INSEE.
- RAYNAUD P et WEBER A, 2005, « Les adultes ayant des incapacités lourdes dans les actes essentiels de la vie quotidienne », *Études et résultats*, DREES.
- RIKSFORSÄKRINGS VERKET, (2005), « Social Insurance in Sweden 2004 », 189p.
- SAUREL-CUBIZOLLES M.J. et al. (2001), « État de santé perçu et perte d'emploi », in *Travail-Santé-Vieillessement : Relation et Évolution*, ed Cassou B., Edition Octares.
- SERMET C (1993), « Diverses mesures de l'état de santé des personnes âgées », IRDES n°963, 1993, 18 pages.
- VOLKOFF, S., MOLINIÉ, A.-F., JOLIVET, A., 2000. « Efficaces à tout âge ? Vieillesse démographique et activités de travail », Centre d'Études de l'Emploi, Dossier n°16, 126p.