

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

Séance plénière du 23 novembre 2016 à 9h30

« Le compte personnel de prévention de la pénibilité et l'état de santé des seniors »

Document n° 1
<i>Document de travail, n'engage pas le Conseil</i>

Note de présentation générale

Secrétariat général du Conseil d'orientation des retraites

Le compte personnel de prévention de la pénibilité et l'état de santé des seniors

Le compte personnel de prévention de la pénibilité est l'une des mesures de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite, mettant en œuvre une recommandation de la Commission pour l'avenir des retraites¹. Cette séance présente un point d'information sur le compte personnel de prévention de la pénibilité, à l'heure où les premières statistiques sur les droits acquis en 2015 sont disponibles (première partie du dossier).

Deux autres sujets connexes sont également traités dans cette séance : les liens entre pénibilité du travail et état de santé des seniors (deuxième partie du dossier), et ceux entre état de santé des seniors et âge de départ à la retraite (troisième partie du dossier). L'enjeu est important : d'une part, il s'agit de savoir si les conditions de travail actuelles en France nuisent à l'état de santé des seniors et constituent un frein au maintien en emploi à des âges plus élevés ; d'autre part, il s'agit de savoir jusqu'à quel point un relèvement de l'âge de la retraite est envisageable compte tenu de l'état de santé des seniors, et si un relèvement de l'âge de la retraite pourrait avoir des conséquences nocives (ou au contraire bénéfiques) sur l'état de santé des seniors.

1. Le compte personnel de prévention de la pénibilité

Le **document n° 2** présente le compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P), qui a été instauré par la loi du 20 janvier 2014. Le C3P vient compléter le dispositif de retraite anticipée pour pénibilité instauré par la loi du 9 novembre 2010, ainsi que d'autres dispositifs antérieurs à 2010 (CATS, CAATA, etc.). Contrairement à la retraite anticipée pour pénibilité qui bénéficie uniquement aux travailleurs souffrant avant l'âge de la retraite d'une incapacité permanente reconnue suite à une maladie professionnelle ou à un accident du travail, le C3P ouvre des droits dès que le salarié est exposé à des conditions de travail pénibles dont il est avéré qu'elles ont statistiquement des effets délétères sur la santé.

Depuis le 1^{er} janvier 2015², le C3P permet aux salariés des régimes général et agricole d'acquérir des points pénibilité (4 à 8 points par année d'exposition selon que le salarié est exposé à un ou plusieurs facteurs de pénibilité³). Ces points pénibilité peuvent être utilisés non seulement pour la retraite mais aussi pour des formations ou des réductions du temps de travail. Pour la retraite, 10 points pénibilité permettront de valider un trimestre supplémentaire de durée d'assurance et d'anticiper d'un trimestre l'âge de départ à la retraite, sachant que les 20 premiers points sont réservés à la formation⁴. Etant donné que le nombre de points attribués au cours de la carrière est plafonné à 100 (dont 80 utilisables pour la retraite), il est possible d'obtenir *via* le C3P au maximum deux années de majoration et de départ anticipé.

¹ Commission pour l'avenir des retraites, Nos retraites demain : équilibre financier et justice, rapport au Premier Ministre, juin 2013, p. 166 et suiv.

² Pour quatre facteurs de pénibilité sur dix (depuis le 1^{er} juillet 2016 pour les six autres facteurs).

³ Le nombre de points est doublé pour les générations les plus proches de la retraite.

⁴ Des règles particulières s'appliquent pour les générations les plus proches de la retraite.

Le **document n° 3** resitue les choix effectués pour le C3P dans une perspective plus large, en tenant compte des travaux et des débats passés et actuels sur la pénibilité. Le C3P est portable (au-delà de l'entreprise et de la branche). C'est un compte individuel « tous âges », qui prend en compte l'exposition dans les situations réelles de travail à partir de critères identiques pour tous. Il articule compensation et prévention. Les différents leviers d'incitation à la prévention mobilisés sont une incitation financière (internalisation d'une partie du coût de la pénibilité à travers des cotisations additionnelles sur chaque emploi pénible) et des incitations réglementaires (obligations de suivi des expositions, incitation à la négociation collective).

La loi du 20 janvier 2014 a confié à la CNAV la gestion du C3P. Une direction Pénibilité a été créée, qui est chargée de mettre en place deux nouveaux systèmes d'information dont un dédié au pilotage du dispositif (**document n° 4**). Ce système d'information permet aujourd'hui de disposer de statistiques relatives aux déclarations d'exposition à la pénibilité au titre de 2015 (**document n° 5**).

En 2015, première année d'application du dispositif pour seulement quatre des dix facteurs de pénibilité, un peu plus de 500 000 salariés relevant du régime général, soit 2,2 % des cotisants au régime général (1,1 % des femmes et 3,2 % des hommes) ont été déclarés comme exposés à l'un au moins des quatre facteurs de pénibilité. Ils ont pour la plupart acquis des points pénibilité⁵, le cas le plus fréquent (71 % d'entre eux) étant l'acquisition de 4 points correspondant à l'exposition à un seul facteur pendant un an. Le taux d'exposition varie avec l'âge ; il est minimal chez les moins de 26 ans (1,1 %) et maximal entre 41 et 55 ans (2,9 %). Il varie également selon le secteur d'activité, les secteurs les plus exposés (taux d'exposition des salariés supérieur à 5 %) étant l'industrie manufacturière, les transports et les secteurs liés à l'environnement (production et distribution d'eau, assainissement, gestion des déchets et dépollution).

Le **document n° 6** complète ces quelques éléments statistiques observés aujourd'hui par une approche prospective, évaluant ce que pourrait être à terme le coût par bénéficiaire du dispositif C3P pour le régime général. Il s'agit d'une approche sur un cas type, mesurant le coût actuariel (c'est-à-dire sur cycle de vie) pour la CNAV d'un départ anticipé de deux ans selon certaines hypothèses conventionnelles. L'effet du C3P est mesuré en régime permanent, ie une fois terminée la montée en charge et les dispositions transitoires passées. Ce calcul fondé sur un cas type avec des hypothèses ne saurait prétendre être représentatif de la diversité des situations. Il ne prend pas en compte non plus d'éventuels effets de bouclage du C3P sur le marché du travail.

Le cas type retenu est celui du non cadre salarié du secteur privé à carrière complète (cas type n° 2 du COR), dont l'espérance de vie est ici supposée inférieure de 2 ans à celle de la génération (hommes et femmes confondus). L'hypothèse retenue est celle d'un départ au taux plein, anticipé de deux ans grâce à l'utilisation maximale des points acquis sur le C3P (8 trimestres, soit l'intégralité des 80 points non réservés à la formation).

S'agissant des recettes, un départ anticipé de deux ans fait perdre deux années de cotisations. S'agissant des dépenses, l'effet est ambivalent. D'un côté, la pension est perçue deux ans de plus (surcoût pour la CNAV). D'un autre, cette pension est plus faible que sans utilisation du

⁵ 6 % d'entre eux n'ont pas été exposés assez longtemps (un trimestre) pour valider un point.

C3P (économie pour la CNAV), et ce pour deux raisons : (i) la pension est proratisée et (ii) le salaire annuel moyen est moins élevé du fait d'une carrière plus courte. *In fine*, le coût global pour la CNAV est d'autant plus élevé que la durée de perception de la retraite (qui renvoie à l'espérance de vie) est courte. Pour la génération 1980, un départ anticipé de 64 à 62 ans engendrerait un coût sur cycle de vie de l'ordre de 45 % du dernier salaire annuel (en considérant une actualisation sur le SMPT). Ce résultat est très dépendant des hypothèses que l'on se donne : taux d'actualisation (SMPT ou prix), fin de carrière (en emploi ou non avant le départ à la retraite) et espérance de vie. Ainsi, pour une durée de retraite variant de +/- 2 ans, ce même coût se situerait entre 40 % et 50 % du dernier salaire annuel. Par ailleurs, dans le cas d'un individu inactif en fin de carrière, s'il n'y a aucun effet relatif aux cotisations, le surcoût en termes de pension est important (supérieur à 70 % du salaire), la pension étant inchangée avant et après C3P.

En considérant également les effets à l'ARRCO (seul régime complémentaire de ce cas type), le surcoût total est d'un peu plus de 70 % du dernier salaire.

En l'état, ce résultat peut difficilement être rapproché du barème actuel de compensation à la CNAV par le Fonds pénibilité⁶ de l'utilisation d'un trimestre. Les travaux préliminaires présentés ici ont ainsi vocation à être prolongés pour mieux prendre en compte la diversité des cas et hypothèses.

2. Etat de santé et conditions de travail des seniors

La deuxième partie du dossier, après avoir rappelé les statistiques sur l'état de santé des seniors, aborde deux questions : l'impact de l'exposition à des facteurs de pénibilité durant la carrière sur l'état de santé ; les conditions de travail « soutenables » pour les seniors, c'est-à-dire les conditions de travail qui rendent possible la prolongation de leur activité.

2.1. L'état de santé des seniors

Afin de mesurer l'état de santé et de le comparer dans le temps ou entre pays, les chercheurs privilégient des questions sur les incapacités ou les limitations d'activité par rapport à des questions sur l'état de santé ressenti, qui est trop subjectif. En particulier, les rapports annuels du COR reprennent l'indicateur GALI, qui est mesuré chaque année dans chaque pays européen depuis 2008, et qui est fondé sur la question suivante : « Êtes-vous limité, depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? »⁷. Néanmoins, cet indicateur n'est pas exempt de subjectivité, d'où des biais possibles dans les comparaisons dans le temps ou entre pays : par exemple, plus on souhaite être actif dans son travail, ses loisirs ou ses activités domestiques, plus on est susceptible d'être limité dans ses activités.

Le **document n° 7** présente l'état de santé des seniors et son évolution de 2008 à 2014-2015 en France ainsi que dans quatre autres pays européens, mesuré par cet indicateur GALI. Les

⁶ Le fonds pénibilité, mis en place en même temps que le C3P, collecte les cotisations versées par les entreprises au titre de la pénibilité. Il versera à la CNAV un montant forfaitaire pour chaque trimestre de majoration de durée d'assurance. Le montant correspond au coût du rachat d'un trimestre (rachat « Fillon ») pour un salarié de 57 ans payé 80 % du SMIC, soit 3 451 € en 2016.

⁷ Voir le dossier du COR du 26 mars 2014 pour une présentation plus complète des différents indicateurs.

données françaises sont suivies dans le rapport annuel du COR. La proportion de seniors de 55 à 69 ans déclarant des limitations d'activité en France est de l'ordre de 30 à 35 %, dont environ 10 % de limitations sévères. Entre 2008 et 2015, cette proportion est assez stable en première approximation, ce qui irait à l'encontre de l'idée d'une amélioration de l'état de santé des seniors au fil du temps ou des générations⁸ ; plus précisément, il semblerait, bien que les résultats soient peu significatifs à ce stade, que la situation s'améliore légèrement au fil du temps ou des générations entre 2008 et 2015 chez les seniors les plus âgés (65-69 ans), mais qu'elle se détériore légèrement chez les plus jeunes (55-59 ans). Dans les quatre pays étrangers étudiés (Allemagne, Italie, Royaume-Uni, Suède), la proportion de seniors déclarant des limitations d'activité est parfois plus élevée (Allemagne), parfois plus faible qu'en France (Suède), et cette proportion semble relativement stable au fil du temps.

2.2. Les conséquences de la pénibilité sur l'état de santé des seniors

L'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) de la DARES permet d'étudier les conséquences de l'exposition à différents facteurs de pénibilité physique au cours de la carrière sur l'état de santé des seniors, mesuré par l'indicateur GALI (**documents n° 8 et 9**), ainsi que sur leur situation d'emploi (**document n° 9**).

En 2007, 35 % des personnes de 50 à 59 ans ayant travaillé au moins dix ans déclarent avoir été exposées pendant quinze ans ou plus à l'une au moins des quatre pénibilités suivantes : travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant, produits nocifs ou toxiques. 40 % d'entre elles déclarent avoir cumulé au moins deux pénibilités physiques durant leur parcours professionnel, dans le même emploi ou dans des emplois successifs.

Les personnes de 50 à 59 ans, qui ont été durablement exposées à des pénibilités physiques, sont moins souvent en bonne santé : 24 % se déclarent limitées dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème de santé contre 17 % des autres seniors⁹. Elles sont également moins souvent en emploi.

Le cumul de plusieurs formes de pénibilité est particulièrement pénalisant. La dégradation de la santé est d'autant plus marquée que la durée de l'exposition a été longue. Toutefois, pour les durées d'exposition les plus longues (25 ans ou plus), la santé est paradoxalement apparaît paradoxalement moins dégradée. Ceci est dû à un effet de sélection (les travailleurs dont la santé est dégradée tendent à quitter plus tôt les emplois pénibles ou le marché du travail) ou à un « effet du travailleur sain » (les travailleurs initialement en meilleure santé ou plus résistants supportent mieux les longues durées de travail pénible).

L'enquête SIP permet également de suivre l'évolution entre 2006 et 2010 des seniors (50 à 59 ans) qui étaient en emploi en 2006 avec un état de santé dégradé¹⁰. Entre 2006 et 2010, 11 % d'entre eux ont changé de poste ou de métier, et 13 % d'entre eux ont bénéficié

⁸ Le nombre d'années d'observation est toutefois trop faible pour mettre en évidence de façon significative d'éventuelles tendances.

⁹ Ces proportions sont plus basses que dans le document n° 7, car la question relative à l'indicateur GALI ne comporte que deux modalités dans l'enquête SIP (avec ou sans limitations), au lieu de trois (limitations sévères / limitations légères / pas de limitations) dans l'enquête SRCV utilisée dans le document n° 7.

¹⁰ Réponse « moyen », « mauvais » ou « très mauvais » à la question « Quel est votre état de santé général ? » dans l'enquête SIP.

d'aménagements de poste ou de conditions de travail. Ces aménagements, plus encore que les changements de postes, semblent associés à un meilleur maintien dans l'emploi : parmi les seniors en emploi en 2006 avec un état de santé dégradé 85 % sont encore en emploi en 2010, mais cette proportion s'élève à 90 % pour ceux qui ont changé de poste ou de métier, et à 95 % pour ceux qui ont bénéficié d'aménagements de poste ou de conditions de travail (**document n° 10**).

2.3. Les conditions d'un travail « soutenable » pour les seniors

L'enquête européenne sur les conditions de travail (Eurofound) permet de comparer les conditions de travail des seniors et des travailleurs plus jeunes dans différents pays en 2015, pour différents critères de pénibilité physique et de stress (**document n° 11**).

Dans la plupart des neufs pays étudiés ici dont la France, les seniors se déclarent moins exposés aux différentes formes de pénibilité que les plus jeunes, sauf pour la pénibilité physique au Royaume-Uni, en Italie et dans une moindre mesure aux Pays-Bas, et sauf pour le stress en Allemagne.

La comparaison de la situation relative des seniors français par rapport à leurs homologues européens dépend des critères de pénibilité considérés. Dans l'ensemble, les seniors français ne se sentent pas significativement plus exposés ni moins exposés que les autres seniors européens à la pénibilité physique. Ce sont les seniors espagnols qui se déclarent les plus exposés. S'agissant du stress, les seniors finlandais se déclarent moins fréquemment exposés que les seniors français, alors que c'est l'inverse pour les seniors suédois ; si l'on considère uniquement les contraintes de temps (qui sont un des trois critères de stress), les seniors italiens se déclarent moins contraints, alors que c'est l'inverse pour les seniors allemands.

L'enquête précédente de 2010 indique néanmoins qu'il n'y a pas vraiment mise à l'abri des seniors par rapport aux conditions de travail pénibles (**document n° 12**). Pour apprécier la soutenabilité du travail chez les seniors, c'est-à-dire les conditions de travail qui rendent possible la prolongation de leur activité, il convient d'examiner les réponses faites par les seniors à la question « Pensez-vous que vous pourrez faire le même travail qu'actuellement lorsque vous aurez 60 ans ? ». Deux facteurs de pénibilité réduisent la probabilité d'une réponse positive à cette question : les postures physiques (surtout chez les hommes), et les horaires de travail (surtout chez les femmes).

3. Etat de santé des seniors et départ à la retraite

La troisième partie du dossier examine deux questions.

La première est celle de la capacité des seniors à poursuivre une activité à des âges plus élevés : jusqu'à quel âge pourrait-on travailler aujourd'hui si l'on travaillait aussi longtemps que notre santé nous le permet, compte tenu de l'état de santé observé actuellement chez les seniors ? Si cette question est pertinente, il convient de souligner qu'elle renvoie à une conception de la retraite où celle-ci ne vise qu'à permettre aux personnes qui ne peuvent plus travailler de percevoir des revenus, alors que la retraite matérialise aussi un « droit au repos » à partir d'un certain âge et d'une certaine durée d'activité.

La seconde question est celle de l'impact causal du passage à la retraite sur la santé : est-ce que le fait de cesser son activité et de prendre sa retraite a des effets bénéfiques ou au contraire nocifs sur la santé ? Par conséquent, est-ce que des réformes relevant l'âge de la retraite auraient pour effet de dégrader ou au contraire d'améliorer l'état de santé des seniors ?

Elles ont suscité récemment de nombreux travaux de recherche au niveau international mais, comme elles soulèvent d'importantes difficultés méthodologiques susceptibles de biaiser les résultats, il est difficile, en l'état actuel des connaissances, d'apporter une réponse claire sur la base d'études rigoureuses (voir les **documents n° 13, 14 et 15**).

3.1. La capacité à poursuivre une activité à des âges plus élevés

Afin de répondre à la première question, le *National Bureau of Economic Research* (NBER) a coordonné un ensemble d'études portant sur une dizaine de pays et employant la même méthodologie. Le **document n° 13**, qui résume l'étude française, est complété par le **document n° 14** qui présente les résultats au niveau international.

Deux méthodes complémentaires sont employées pour estimer le taux d'emploi qui pourrait être atteint chez les seniors de 55 à 69 ans, compte tenu de leur état de santé observé actuellement. Par différence avec le taux d'emploi observé actuellement chez les 55-69 ans, on en déduit une capacité additionnelle de travail.

La première méthode (Milligan et Wise) est basée sur l'observation, à différentes dates et à chaque âge, du taux d'emploi et d'un indicateur censé refléter l'état de santé moyen (à défaut de séries longues de données sur la santé, l'indicateur retenu est le taux de mortalité). L'idée est que, si l'état de santé à chaque âge s'améliore au fil du temps, il devient possible de travailler de plus en plus longtemps. Par exemple, si avoir 60 ans en 2010 est équivalent en termes de santé à avoir 51 ans en 1977, alors le taux d'emploi à 60 ans en 2010 pourrait atteindre le même niveau que le taux d'emploi à 51 ans en 1977. On peut ainsi estimer un nombre d'années additionnelles de travail permises par l'amélioration de l'état de santé entre deux dates.

En retenant la mortalité comme indicateur de l'état de santé (approche retenue dans l'étude internationale), le nombre d'années additionnelles de travail permises par la baisse de la mortalité entre 1977 et 2010 serait compris entre trois et huit ans selon les pays (8,0 ans pour la France). Ces résultats sont à relativiser car le fait que la mortalité soit un indicateur indirect de l'état de santé est sujet à débat. C'est pourquoi l'étude française présente en complément des données sur l'état de santé ressenti de 1992 à 2010. Sur la base de ces données subjectives - et donc elles-mêmes contestables comme indicateur de l'état de santé - on n'observe aucune amélioration de l'état de santé entre 1992 et 2010¹¹, ce qui remettrait en question l'idée que l'on pourrait travailler plus longtemps aujourd'hui que par le passé.

La seconde méthode (dite CMR) est basée sur l'observation, à une seule date récente et pour différentes tranches d'âge, de la relation entre emploi et état de santé parmi les individus de chaque tranche d'âge. On observe en général que cette relation évolue avec l'âge : la probabilité d'être en emploi, conditionnellement à l'état de santé, diminue avec l'âge. En effet, les individus se retirent du marché du travail passé un certain âge, même s'ils restent en bonne santé. On peut alors simuler le taux d'emploi que l'on atteindrait à chaque âge si la

¹¹ Ce constat rejoint les résultats du **document n° 7** sur la période 2008-2015.

relation entre emploi et santé restait constante à tout âge, autrement dit si la probabilité d'être en emploi, conditionnellement à l'état de santé, se maintenait à tout âge au même niveau (à savoir le niveau estimé pour les 50-54 ans).

Selon cette méthode, la France apparaît comme l'un des pays où ces gains potentiels d'emploi sont les plus élevés. Notons que ces gains potentiels sont plus importants chez les plus diplômés.

Une limite commune aux deux méthodes est qu'elles sont basées sur l'observation de l'état de santé actuel des seniors, et non sur ce qu'il adviendrait de l'état de santé des seniors suite à des réformes relevant l'âge de départ à la retraite. Si le prolongement de l'activité avait pour effet de dégrader l'état de santé aux âges élevés, par rapport à ce qui est observé actuellement, les deux méthodes surestimeraient les gains potentiels d'emploi. Ceci nous renvoie à la deuxième question sur l'impact causal de la cessation d'activité ou du passage à la retraite sur la santé.

3.2. L'impact causal du passage à la retraite sur la santé

L'état de santé s'améliore-t-il ou se dégrade-t-il suite au départ à la retraite ? Des études basées sur la cohorte française GAZEL, qui a suivi 14 000 employés électriciens et gaziers durant les sept années qui précèdent et les sept années qui suivent leur départ à la retraite, indiquent que l'état de santé ressenti s'améliore nettement¹² au moment du passage à la retraite¹³. Il en va de même pour certaines souffrances comme la fatigue et la dépression ; par contre la prévalence de pathologies plus sévères (maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, diabète) augmente régulièrement avec l'âge sans que le passage à la retraite n'ait une influence¹⁴.

Cependant, de telles études ne prouvent pas qu'il existe un effet causal de la retraite sur la santé, car elles ne contrôlent pas les biais d'endogénéité : l'évolution de l'état de santé au moment du départ à la retraite pourrait s'expliquer par une variable inobservée influençant à la fois le départ à la retraite et la santé, par une causalité inverse (cas où l'évolution de l'état de santé serait la cause du départ à la retraite), ou par un biais de justification (cas où l'on se déclare en mauvaise santé pour justifier un départ précoce).

Aussi le **document n° 15** se focalise sur une revue des études récentes qui contrôlent rigoureusement ce biais d'endogénéité afin de mettre en évidence un impact causal éventuel du passage à la retraite sur l'état de santé. Il est difficile de dégager des conclusions dépourvues d'ambiguïté : certaines études suggèrent que le départ à la retraite s'accompagne d'une amélioration de l'état de santé, tandis que d'autres concluent à un effet nul, voire négatif. Les résultats des différentes études peuvent même être contradictoires pour un même indicateur de santé et pour un même pays (exemple de l'obésité masculine en Italie).

Une méta-analyse récente¹⁵ montre que ces divergences entre études s'expliquent

¹² L'amélioration de l'état de santé ressenti serait équivalent à un rajeunissement de 8 à 10 ans ; toutefois, ce résultat porte sur une variable subjective (l'état de santé ressenti), et n'est pas contrôlé du biais d'endogénéité.

¹³ Westerlund H et alii, "Self-rated health before and after retirement in France (GAZEL): a cohort study". The Lancet, 2009;374:1889-1896.

¹⁴ Westerlund H et alii « Effect of retirement on major chronic conditions and fatigue: French GAZEL occupational Cohort Study ». British Medical Journal 2010; 341:c6149.

¹⁵ Motegi, Nishimura et Masato (2016), voir **document n° 15**.

principalement par la méthode économétrique employée pour corriger l'endogénéité. En employant la même méthode économétrique pour huit pays et cinq indicateurs de santé (soit 40 estimations), les mêmes auteurs estiment que l'impact causal de la retraite sur la santé serait non significatif dans 22 cas, positif dans 13 cas et négatif dans 5 cas.

Par ailleurs, on peut penser que les effets de la retraite sur la santé sont différenciés en fonction du type d'emploi occupé (pénibilité du travail, horaires, etc.) ou en fonction des caractéristiques individuelles (niveau de qualification, pathologies dont souffre d'individu, etc.). Cependant, il est difficile de mettre en avant de tels effets différenciés avec une méthodologie contrôlant l'endogénéité.