

Conseil d'Orientation des Retraites

23 mai 2019

Relations croisées entre Santé et Travail en fin de vie active

Thomas Barnay

Professeur de sciences économiques
Université Paris-Est Créteil, Erudite

Contact : barnay@u-pec.fr

Plan de l'intervention

1. Quels enjeux économiques ?
2. L'effet de la santé sur le travail
3. L'effet du statut d'occupation sur la santé
4. Préconisations

1 / Quels enjeux économiques ?

- ❑ La dégradation de l'état de santé contribue à modifier les préférences pour le loisir et à **diminuer la capacité de travail** voire la **productivité des individus**.
- ❑ Pour l'année 2000, le coût pour la collectivité de 3 maladies professionnelles a été chiffré entre **1,2 et 2 milliards d'euros** [Béjean et Sultan-Taïeb, 2005].
- ❑ L'investissement dans la santé au travail est une des clés de la réussite du **recul de l'âge de la retraite** (Réformes 1993, 2003, 2010, 2014) en soutenant **l'emploi des seniors mais aussi l'aide informelle fournie par les aidants de plus de 50 ans**.
 - Cancer : surmortalité prématurée masculine élevée en France
 - Arrêts maladies : 7 milliards d'euros en 2016 (4 % des dépenses de santé)
 - ALD affections psychiatriques, Alzheimer et démences : en 2017, 1,8 million de français = 10 % des dépenses de santé.
 - Santé mentale = 3 à 4% du PIB selon l'Organisation internationale du travail.

2/ L'effet de la santé sur le travail

- L'influence négative de la santé dégradée sur l'emploi est unanimement démontrée.
 - La littérature économique française cible des dimensions spécifiques de la santé telles que la survenue d'un handicap [Barnay, Duguet *et al.*, 2015], la dégradation de la santé mentale [Barnay et Defebvre 2016], les accidents ou maladies chroniques [Duguet et Le Clainche, 2014], l'obésité [Coudin et Souletie, 2016] ou encore les difficultés de retour à l'emploi de survivants du cancer [Paraponaris *et al.*, 2010 ; Barnay, Ben Halima *et al.*, 2015].
 - Les personnes qui se déclarent en mauvaise santé ont ainsi un **risque de sortie de l'emploi deux fois plus élevé que celles se déclarant en bonne santé** [Jusot *et al.*, 2006].

Les chocs de santé sur l'emploi persistent voire...s'amplifient avec le temps (1/2)

Baisse du taux d'emploi (en pp) consécutive à la survenue d'un handicap

		Secteur privé [t+1; t+5]
Durée du handicap	Un an (ou moins)	[-6 ; -7]
	Plus d'un an	[-21 ; - 27]
Origine du handicap	Accident	[- 9 ; -10]
	Maladie	[-23 ; - 29]
Âge de survenue du handicap	<36 ans	[-8 ; -9]
	>= 36 ans	[-19 ; -26]

[Barnay, Duguet *et al.*, 2015]

Les chocs de santé sur l'emploi persistent voire...s'amplifient avec le temps (2/2)

Baisse du taux d'emploi (en pp) consécutive à la survenue d'un cancer

		Var. du taux d'emploi [t+1; t+5]
Âge de survenue du cancer - femmes	<48 ans	[-7 ; -8]
	>= 48 ans	[-9 ; -19]
Âge de survenue du cancer - hommes	<51 ans	[-8 ; -12]
	>=51 ans	[-6 ; -15]

[Barnay, Ben Halima *et al.*, 2015]

Les trajectoires professionnelles féminines sont plus affectées que celles des hommes à la suite d'un handicap, d'un cancer ou d'un arrêt de travail...

□ Les différences hommes/femmes au détriment des femmes pourraient s'expliquer par :

- Plus d'emplois à **temps partiel** que les hommes (moindre protection)
- Une dégradation de l'état de santé va davantage **contraindre l'offre de travail des femmes en fin de vie active que celle des hommes** (arbitrage production marchande et non marchande)
- La **nature des maladies ou déficiences fonctionnelles** auxquelles les hommes et les femmes font face ; les femmes déclarent par exemple plus de limitations fonctionnelles motrices ou d'épisodes dépressifs [Célant et al., 2014].
- **Différences de comportement** (ex : accidents de la route chez les jeunes hommes causant des handicaps). Il est, par ailleurs, possible que les types de séquelles et les limitations qui en résultent puissent expliquer les effets différenciés sur l'emploi.

3/ L'effet du statut d'occupation sur la santé

Si être en emploi apparaît bénéfique sur la santé...le travail peut également apparaître pathogène :

- Un travail physiquement exigeant dégrade l'état de santé déclaré [Case et Deaton, 2003 ; Choo et Denny, 2006 ; Debrand et Lengagne, 2008 ; Ose, 2005 ; Robone *et al.*, 2011].
- Les situations de *Job strain* (exigences professionnelles élevées/faible latitude décisionnelle) entraînent plus fréquemment des maladies coronariennes [Kuper et Marmot, 2003].
- L'isolement social, combiné à une situation de *Job strain*, est corrélé à un plus grand nombre de maladies cardiovasculaires [Johnson *et al.*, 1989]

Un effet délétère et différencié des conditions de travail, tout particulièrement les RPS, sur la santé des retraités

[Barnay et Defebvre, 2018]

- ❑ **L'exposition à des contraintes physiques affecte la santé physique des retraités (et pas la santé mentale).**
 - +32% (maladies chroniques), +42% (limitations d'activité), +43% (santé perçue négative).

- ❑ **L'exposition à des risques psychosociaux affecte toutes les dimensions de la santé des retraités.**
 - +78% (dépression), +92% (anxiété), +52% (consommations d'antidépresseurs), +39% (consommations de somnifères).
 - +20% (limitations d'activités) +36% (santé perçue négative).

- ❑ **L'effet des RPS sur la santé mentale apparaît beaucoup plus marqué pour les femmes que pour les hommes : +90% (dépression), +2,4 fois (anxiété).**

L'effet négatif du chômage sur la santé

- ❑ La perte d'emploi est associée à une dégradation du bien-être et de la santé à court et long terme *via* :
 - Diminution des revenus
 - Perte de l'assurance santé
 - Coûts psychologiques du chômage

- ❑ Conséquences du chômage
 - Surmortalité [Sullivan et von Wachter, 2009]
 - Surcharge pondérale ou consommation d'alcool [Partha et al., 2011]
 - Symptômes dépressifs [Mossakowski, 2009]
 - En France, anxiété et dépression chez les hommes de plus de 40 ans [Blasco et Brodaty, 2016]
 - Pas d'effet sur la santé perçue, à partir de données longitudinales françaises [Ronchetti et Terriau, 2019]

- ❑ La « peur de perdre » entraîne des maladies chroniques en Europe [Caroli et M. Godard, 2016]

L'effet de la prise de retraite sur la santé est plus ambigu : positif à court terme...négatif à long terme ?

- ❑ 2 hypothèses concurrentes, la retraite :
 - libère les individus des situations de *job strain*
 - peut engendrer une perte de rôle social, une diminution du capital social [Rohwedder and Willis, 2010]

- ❑ Quelques résultats :
 - *en Europe* :
 - Baisse de 35 % de la probabilité de se déclarer en mauvaise santé [Coe et G. Zamarro, 2011]
 - Accroît la consommation de soins [Caroli et al., 2016 ; Lucifora and Vigani, 2018]
 - Accroît le risque d'obésité [Godard, 2016]
 - *En France* :
 - A court terme, baisse des limitations d'activité et surtout de la dépression et de l'anxiété [Barnay et Defebvre, 2018]
 - Pas de résultats significatifs [Messe et Wolff, 2018]

Quel effet de l'augmentation de la durée de cotisation requise sur la santé ?

- ❑ En France, peu d'éléments. Une étude de l'effet de la réforme 1993 sur la santé (Duke Health Profiles, santé mentale...) [Garrouste et Blake, 2019]

- ❑ Données : Baromètre santé 2005 ; Méthode en Double différence ; Salariés du secteur privé nés après 1934 vs salariés du public

- ❑ **La réforme de 1993 dégrade la santé perçue diminuant de 7 points le score de Duke (0-100)**
 - Cet effet est uniquement lié aux moins éduqués (bac et moins) (- 13 points) (non significatifs chez les plus éduqués)
 - Pas d'effets différenciés par génération

4) Préconisations : risques et insuffisance de l'arsenal législatif

- Le compte professionnel de prévention (C2P) est limité à 6 indicateurs de pénibilité physique (2017). Réponse exclusive en termes de compensation. Pas de prise en compte des RPS.
- La prévention : le parent pauvre (2 % des DCS)
- Augmentation des arrêts maladie depuis le recul de l'âge de la retraite (60-62 ans) : corrélation n'est pas raison ?

5) Préconisations

- **La promotion de la bonne santé** au travail pourrait passer simultanément par plusieurs canaux :
 - L'adaptation et l'aménagement des conditions de travail [Duguet et Le Clainche, 2016], d'emploi et de sortie d'activité.
 - Le ciblage de populations ou pathologies spécifiques
 - **L'investissement dans la formation initiale** et un accès plus large à la formation continue
 - **Prévention et protection du « capital santé » dès l'entrée sur le marché du travail** (tout particulièrement les risques psychosociaux (intensité du travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, tensions dans les relations de travail, et surtout manque de reconnaissance).

- **Une forme de flexisécurité ?** Meilleure conciliation du contrat de travail et des préférences des individus en termes de nombre d'heures travaillées : bénéfique sur la santé individuelle des travailleurs français (tout particulièrement pour les femmes dont les trajectoires sont plus fragilisées). [Barnay, 2016]