

# questions

## d'économie de la santé

résultats

### Repères

Cet article utilise les données issues de la première enquête européenne SHARE (Survey on Health Ageing and Retirement in Europe) menée en 2004.

Cette enquête est une opération internationale et multidisciplinaire. Elle interroge à travers toute l'Europe un échantillon de ménages dont au moins un membre est âgé de 50 ans et plus. L'objectif est de créer un panel européen axé sur les questions sanitaires et socio-économiques liées au vieillissement. L'enquête de 2004 a porté sur 10 pays européens : l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, l'Espagne, la France, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse. Les questions posées, identiques dans tous les pays, portent sur l'état de santé, les consommations médicales, le statut socio-économique, les conditions de vie.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :  
10, rue Vauvenargues 75018 Paris  
Téléphone : 01 53 93 43 02/17  
Télécopie : 01 53 93 43 50  
E-mail : [document@irdes.fr](mailto:document@irdes.fr)  
Web : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

Directrice de la publication :  
Chantal Cases

Rédactrice en chef :  
Nathalie Meunier

Maquettiste :  
Khadidja Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

10 à 15 numéros par an

### L'impact de l'état de santé sur l'emploi des seniors en Europe

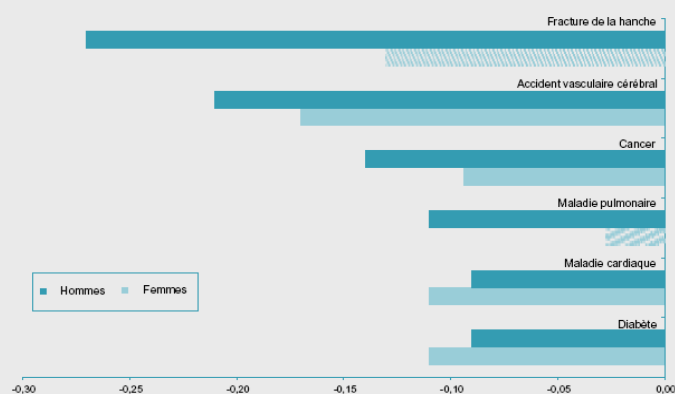
Thomas Barnay, Thierry Debrand

L'état de santé des seniors européens joue fortement sur la probabilité d'être en emploi, selon l'étude réalisée à partir de l'enquête SHARE 2004. A l'échelle européenne, le taux d'emploi des personnes de 50 ans et plus est en effet beaucoup plus faible pour les personnes déclarant une maladie ou une limitation sévère dans leurs activités quotidiennes. Il est, par exemple, deux fois moins élevé que la moyenne chez celles qui déclarent souffrir d'un accident vasculaire cérébral (AVC). De même, pour les personnes atteintes d'un cancer, le taux d'emploi passe de 43 % à 34 % pour les femmes et de 63 % à 42 % pour les hommes.

Après avoir éliminé les effets de l'âge, du niveau d'études, du statut marital et du pays de résidence sur l'état de santé, l'analyse montre que les maladies les plus invalidantes pour l'emploi sont pour les hommes : les fractures de la hanche, les accidents vasculaires cérébraux et le cancer et pour les femmes : les accidents vasculaires cérébraux, les maladies cardiaques et le diabète.

L'étude montre enfin que l'état de santé n'explique pas les différences entre les taux d'emploi des seniors des pays européens étudiés, qui varient dans la population masculine d'un peu plus de 40 % en Autriche à 80 % en Suisse. Ces écarts seraient à mettre plutôt sur le compte des conjonctures économiques nationales et des cadres institutionnels concernant par exemple l'âge légal de départ à la retraite ou les dispositifs de cessation d'activité.

#### Maladies les plus invalidantes pour l'emploi entre 50 et 65 ans



Source : Share 2004, exploitation IRDES.

Guide de lecture : Les hommes déclarant avoir eu un accident vasculaire cérébral ont une probabilité d'être en emploi de 21 points inférieurs à ceux ne déclarant pas de maladie, toutes choses égales par ailleurs (en hachuré : non significatif à 5 %).

Selon l'enquête Share<sup>1</sup>, pour les dix pays européens étudiés, le taux d'emploi des hommes de 50 à 65 ans est de 62 % contre 43 % des femmes<sup>2</sup>. Les Suisses, les Suédois et les Grecs ont des taux d'emploi supérieurs à 70 % alors que les Autrichiens, les Italiens, et les Français ont des taux inférieurs à 60 %. Cette hiérarchie n'est pas la même pour les femmes, ce taux passant de plus de 71 % en Suède à moins de 23 % en Italie. L'écart entre hommes et femmes n'est pas constant entre les pays : il varie de 5 points en France et en Suède à 32 points en Espagne et même 42 points en Grèce (cf. tableau ci-contre).

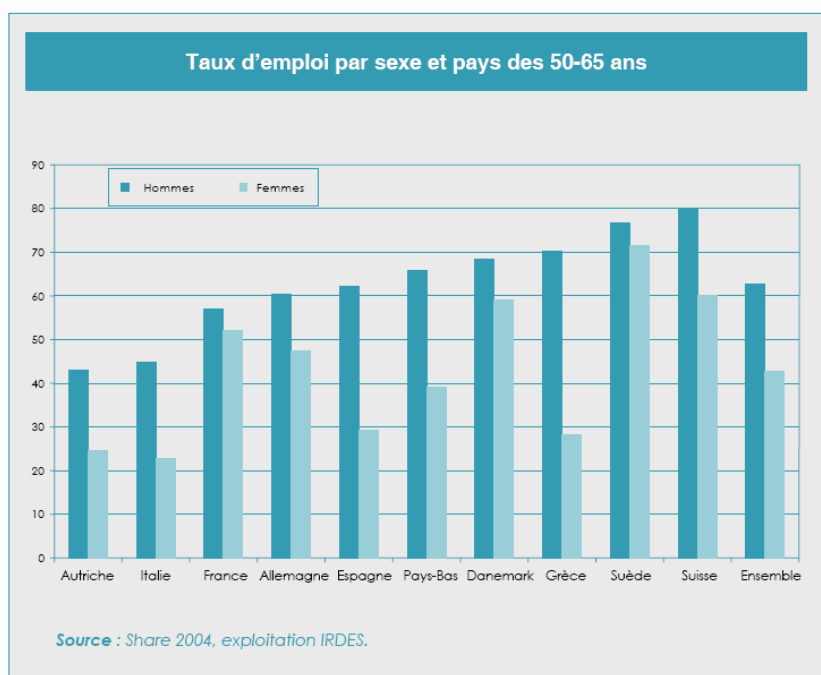
Cette disparité dans les taux d'emploi peut relever :

- de différences de cadre institutionnel (âge légal de la retraite, incitation financière, nature des dispositifs de cessation anticipée d'activité, dispenses de recherche d'emploi, pensions d'invalidité...),
- des conjonctures économiques nationales,
- de la structure du marché du travail,
- de choix personnels liés à l'environnement familial,
- et aussi de l'état de santé en fin de vie active.

<sup>1</sup> L'enquête française de 2004 a été assurée par l'INSEE et coordonnée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES).

La collecte des données de l'enquête SHARE a principalement été financée par la Commission Européenne dans le cadre du 5ème Programme Cadre de Recherche Développement (projet QLK6-CT-2001-00360 du programme thématique qualité de vie). Un financement additionnel a été fourni par le National Institute on Ageing américain (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08921, P30 AG12185, T1-AG-4553-01 et OGHA 04-064). En France, des financements complémentaires ont été apportés par la CNAVTS, le COR, la DREES, la DARES, la Caisse des Dépôts et Consignations et le Commissariat Général du Plan. La base de données SHARE est présentée dans Börsch-Supan et al. (2005) ; les détails méthodologiques sont exposés dans Börsch-Supan et Jürges (2005).

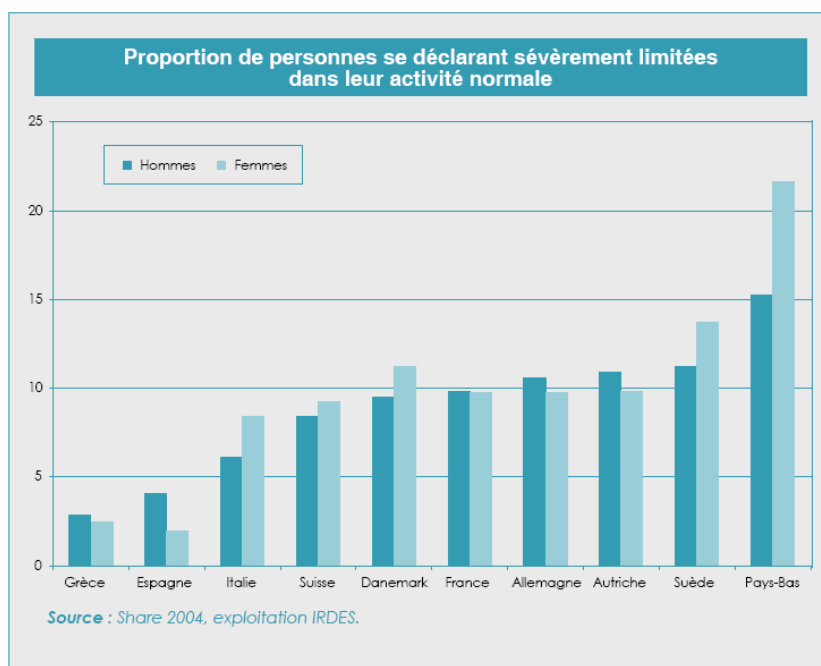
<sup>2</sup> Ces taux d'emploi sont conformes aux taux d'emploi des seniors connus par ailleurs en Europe (Eurostat, 2005).



Nous nous concentrons ici sur un déterminant particulier de la participation à l'emploi des seniors : l'état de santé. L'objet de cette étude est d'évaluer l'effet des maladies sur la déclaration d'une limitation d'activité puis de mesurer l'impact des limitations d'activité, sans puis avec contrôle par les maladies, sur la participation à l'emploi.

#### Etat de santé et emploi : une relation de cause à effet difficile à établir

Nombre de travaux empiriques internationaux montrent que l'état de santé est l'une des variables déterminantes du maintien en emploi des seniors (Currie et Madrian, 1999). Même si la relation entre état de santé et emploi paraît évidente,



la compréhension des causalités peut se révéler complexe voire ambiguë. Deux effets semblent jouer simultanément en sens contraire : d'une part, des conditions de travail peuvent détériorer l'état de santé en fin de vie active (Volkoff *et al.*, 2000) et d'autre part, un mauvais état de santé peut provoquer une sortie anticipée du marché du travail (Barnay, 2005). Ainsi, Blanchet et Debrand (2005) mettent ainsi en évidence, à partir des données de l'enquête Share 2004, que l'état de santé et les conditions de travail ont un impact important sur la volonté de vouloir partir en retraite le plus tôt possible. Le suivi de la cohorte ESTEV a par ailleurs montré que l'état de santé était effectivement l'un des déterminants de la sortie ultérieure de l'emploi (Saurel Cubizolles M.J. *et al.*, 2001).

### Les difficultés de mesure de l'état de santé dans une approche santé-emploi

Afin d'évaluer l'impact de l'état de santé que la participation à l'emploi, il est né-

cessaire d'évaluer l'état de santé des individus. Généralement, les enquêtes ne permettent pas de mesurer la santé des individus telle qu'elle serait diagnostiquée par le corps médical. Elles relèvent pour la plupart d'un mode déclaratif de recueil de l'information. L'enquête Share fournit plusieurs outils de mesure de la santé, relevant tous du mode déclaratif<sup>3</sup> : santé perçue, limitations d'activité, maladies chroniques, facteurs de risque.

Deux problèmes sont intrinsèques à ce mode de recueil de l'information. En premier lieu, les caractéristiques personnelles de chacun (âge, formation, sexe, nationalité...) modifient la perception de l'état de santé mais aussi la manière de déclarer celui-ci. En second lieu, se pose la question de la pertinence des indicateurs de santé utilisés pour mesurer l'impact de la santé sur le travail. On sait par exemple que l'effet de la santé sur la participation à l'emploi est sous estimé si l'on utilise directement la déclaration de l'état de santé des individus (Bound, 1991 ; Campolieti, 2002). C'est

pourquoi il est nécessaire pour prendre en compte les biais de mesure de la santé d'utiliser plusieurs indicateurs de santé. Les limitations d'activité permettent d'expliquer le lien entre santé et emploi dans la mesure où elles donnent une indication sur la restriction dans les activités quotidiennes susceptible d'affecter la capacité de travail. Par ailleurs, l'existence de maladies peut être une des causes de l'apparition d'une limitation d'activité (OMS, 1980). Ainsi nous retenons ces deux indicateurs de santé pour mesurer le lien entre santé et emploi.

D'après l'enquête Share 2004, à la question concernant les limitations d'activité

<sup>3</sup>. Les trois premiers outils de mesure de la santé sont obtenus grâce aux questions suivantes de l'enquête SHARE. Pour la santé perçue : « Diriez-vous que votre santé est : très bonne, bonne, moyenne, mauvaise ou très mauvaise ? », les maladies chroniques : « Certaines de ces affections ont-elles été décelées chez vous par un médecin ? » et les limitations d'activité : « Au cours des 6 derniers mois, dans quelle mesure des problèmes de santé vous-ont-ils empêché d'avoir des activités normales ? ».

### Maladies chroniques, limitations d'activité et participation à l'emploi

	% de la population masculine	% de la population féminine	Limitation sévère de l'activité		Participation à l'emploi	
			Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Maladie de Parkinson	0,2	0,2	45,5	54,5	18,2	9,1
Fracture de la hanche	1,0	0,8	26,4	46,0	35,8	26,0
Ostéoporose	1,2	8,2	28,6	21,3	42,9	22,5
Cataracte	2,3	2,6	17,2	20,9	48,3	31,0
Accident vasculaire cérébral	2,4	1,7	44,6	32,4	28,1	21,6
Cancer	2,8	4,9	23,4	18,1	42,1	33,8
Asthme	3,8	4,9	15,8	21,0	56,6	40,0
Maladie pulmonaire	3,9	3,3	28,0	30,0	40,5	31,0
Ulcère gastrique	5,8	4,1	18,2	21,6	54,1	36,4
Diabète	7,9	6,2	16,5	21,5	44,7	24,1
Maladie cardiaque	8,2	4,6	23,8	24,0	43,2	24,0
Polyarthrites	9,3	18,0	21,3	19,9	45,6	29,1
Cholestérol	18,2	16,0	10,5	13,3	58,8	32,1
Hypertension artérielle	23,4	25,7	11,8	14,3	55,1	34,4
Limitation sévère d'activité	9,4	10,5	-	-	27,0	24,1
Moyenne			9,3	10,5	62,6	42,8

Source : Share 2004, exploitation IRDES.

**Guide de lecture :** Pour les 10 pays considérés, et pour la tranche d'âge des 50-65 ans, 8,2 % des hommes et 4,6 % des femmes déclarent avoir une maladie cardiaque. Pour les individus déclarant avoir une maladie cardiaque, 23,8 % des hommes et 24 % des femmes (resp. 9,3 % et 10,5 % pour la moyenne des dix pays) déclarent être limités dans leurs activités normales et 43,2 % des hommes et 24 % des femmes sont en emploi (resp. 62,6 % et 42,8 % pour la moyenne des dix pays).

quotidienne, 30,8 % des hommes répondent être peu limités et 9,3 % fortement (cf. tableau page 3). Ces proportions sont respectivement de 37,6 % et de 10,5 % pour les femmes. Les populations qui se sentent les plus « limitées dans leur activité » sont celles du nord de l'Europe avec des taux supérieurs à 40 % pour les femmes (Suède, Danemark et Pays-Bas) et supérieurs à 35 % pour les hommes (Danemark et Pays-Bas). Pourtant en s'appuyant sur d'autres indicateurs généraux de santé issus d'autres sources, on constate que les pays scandinaves se caractérisent par un état de santé relativement meilleur en Europe. En 2003, la proportion de personnes se déclarant en bonne ou très bonne santé est égale à 68,3 % en Espagne contre 74,5 % en Suède et même 77,4 % aux Pays-Bas (Eco-Santé OCDE 2005). L'état de santé seul ne peut donc pas expliquer ces différences. Les biais d'incitation liés en particulier à des systèmes d'assurance maladie nationaux généreux (pensions d'invalidité) peuvent altérer les réponses. Il existe vraisem-

### Méthode d'analyse

L'effet des variables de santé (maladies, limitations d'activité) est évalué à l'aide d'un modèle Probit, réalisé indépendamment pour les hommes et les femmes et contrôlant l'effet de l'âge, du niveau d'éducation, du statut familial et du pays.

Deux modèles sont analysés. Le premier modèle est explicatif des limitations d'activité. Le graphique présente l'impact, toutes choses égales par ailleurs, des maladies sur la déclaration de limitations d'activité. Le second modèle a pour but d'expliquer la probabilité d'être en emploi. Le graphique présente l'impact, toutes choses égales par

ailleurs, des maladies et des limitations d'activité sur la participation à l'emploi.

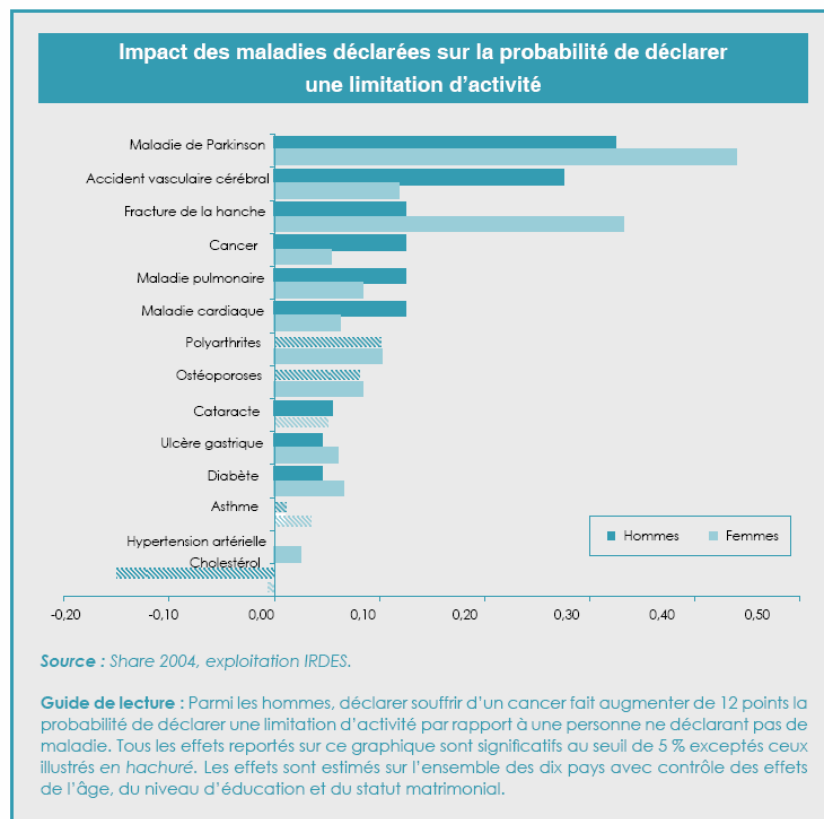
Plusieurs précautions doivent être prises pour interpréter ces résultats. Aux biais déclaratifs « classiques » (socioculturels en particulier) s'ajoutent les biais propres à chaque pays, la traduction et l'interprétation des questions étant susceptibles de varier d'un pays à un autre. Par ailleurs, il est possible qu'un biais de déclaration de l'état de santé supplémentaire existe lié à l'opportunité de sortir de l'emploi par des dispositifs visant à compenser un état de santé dégradé.

blablement des écarts de déclaration, c'est-à-dire qu'à une même question, à état de santé donné et à caractéristiques socio-économiques équivalentes, les réponses diffèrent dans les pays. Il est donc nécessaire de tenir compte de ces écarts pour mesurer l'impact de la santé sur l'emploi.

### La dégradation de l'état de santé s'accompagne d'une participation à l'emploi systématiquement moins fréquente

Il existe une corrélation statistique entre état de santé et participation à l'emploi. Déclarer une limitation d'activité fait baisser le taux d'emploi de 36 points pour les hommes (passant de 62,6 % à 27 %) et de 19 points pour les femmes (passant de 42,8 % à 24,1 %). Quelle que soit la maladie déclarée, les personnes concernées ont un taux d'emploi inférieur à la moyenne. Les pathologies, dont l'impact sur le taux d'emploi est le plus élevé, sont aussi les maladies les plus incapacitantes :

- la maladie de Parkinson : les hommes ont un taux d'emploi de 18,2 %, c'est-à-dire inférieur de 71 % à la moyenne masculine et de 9,1 % pour les femmes, soit inférieur de 79 % à la moyenne féminine
- et les accidents vasculaires cérébraux : avec une proportion qui diminue de 55 % pour les hommes et de 50 % pour les femmes.





concernent chacune moins de 4 % de la population.

Une analyse économétrique (cf. encadré page 4) nous permet de raisonner toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire en tenant compte de l'âge, du niveau d'études, du statut marital et du pays de résidence.

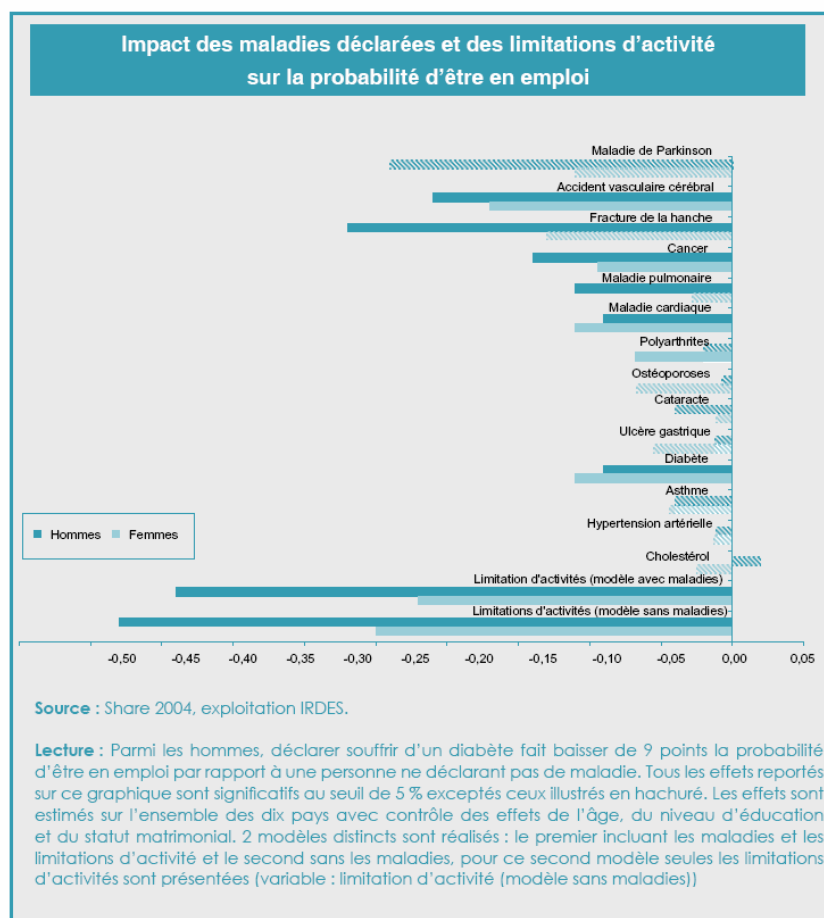
A partir de deux modèles, nous analysons tout d'abord l'effet des maladies sur la déclaration d'une limitation d'activité puis l'effet des limitations d'activité (sans et avec les maladies) sur la participation à l'emploi.

### L'effet des maladies sur la limitation d'activité

La plupart des maladies déclarées (hormis le cholestérol et l'asthme) ont un impact positif et significatif sur la déclaration d'une limitation d'activité après contrôle de l'âge, du niveau d'éducation, du statut familial et du pays. De plus, la déclaration de certaines maladies augmente fortement la déclaration d'une limitation d'activité. Pour les hommes, les maladies dont l'impact est le plus élevé sur la limitation d'activité (en référence à une personne ne déclarant aucune de maladie) sont la maladie de Parkinson (+ 32 points), les accidents vasculaires cérébraux (+ 27 points) suivies des maladies cardiaques, des maladies pulmonaires, des cancers et des fractures de la hanche avec un impact positif de 12 points chacun. Pour les femmes, les maladies incapacitantes sont essentiellement la maladie de Parkinson (+43 points), la fracture de la hanche (+ 33 points) et les accidents vasculaires cérébraux (+ 11 points).

### L'effet des limitations d'activité sur l'emploi

En outre, la limitation sévère d'activité<sup>4</sup> a un fort impact négatif sur l'emploi (-43 points chez les hommes et -25 points chez les femmes). Lorsqu'on ajoute au



modèle explicatif les maladies, l'effet de la limitation d'activité sur l'emploi diminue légèrement (-39 points chez les hommes et -22 points chez les femmes) ce qui traduit le rôle très incapacitant de certaines maladies. Toutefois, les maladies semblent jouer un rôle sur l'emploi indépendamment de leur impact sur les limitations sévères d'activité. En effet, après contrôle de la limitation d'activité, les maladies qui ont l'effet significatif le plus élevé sur la probabilité d'être en emploi sont respectivement pour les hommes : les fractures de la hanche (-27 points), les accidents vasculaires cérébraux (-21 points), les cancers (-14 points), les maladies pulmonaires (-11 points), les maladies cardiaques (-9 points) et le diabète (-9 points) ; et pour les femmes : les accidents vasculaires cérébraux (-17 points), les maladies cardiaques (-11 points), le diabète (-11 points), les cancers (-9 points), et les po-

lyarthrites (-7 points). L'effet de la maladie de Parkinson (pour les deux sexes) et la fracture de la hanche (pour les femmes), même s'il est important, n'est pas significatif sur la participation à l'emploi. Pour ces dernières, ces résultats doivent être considérés avec prudence au vu de la prévalence de ces maladies.

### Les disparités de santé n'expliquent pas les différences d'emploi en Europe

Pour expliquer la participation à l'emploi en Europe, nous avons introduit des variables indicatrices pour chacun des pays en considérant la France comme

<sup>4</sup> Barnay et Debrand (2006) ont pris en compte les biais d'endogénéité en construisant une proxy de l'incapacité correspondant à l'estimation de l'incapacité réalisée avec les variables sociodémographiques, de maladies et l'IMC à partir du modèle de Bound (1991).

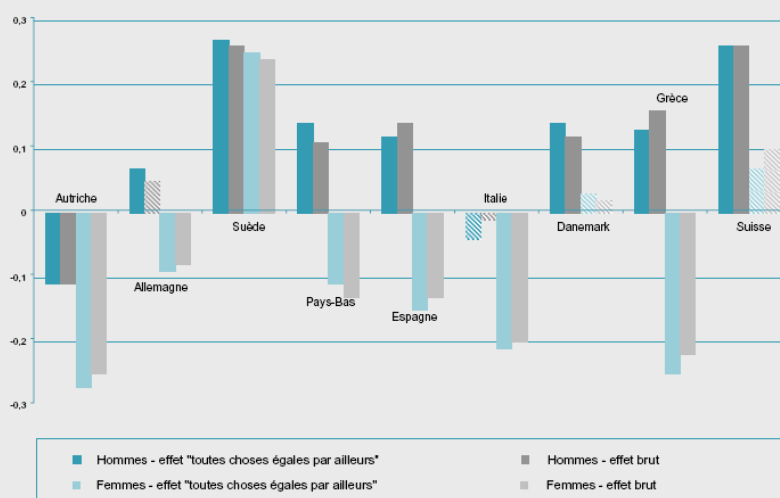
référence. Sans prendre en compte les problèmes de santé, après contrôle des variables sociodémographiques, les Suédois et les Suisses ont une probabilité significativement plus élevée d'être en emploi que les Français chez les hommes. Dans la population féminine, seules les Suédoises se retrouvent significativement plus souvent en emploi que les Françaises. La prise en compte des problèmes de santé ne modifie pratiquement pas les écarts entre pays. Les différences de structure du marché du travail et les disparités de dispositifs de cessation d'activité sont donc plus vraisemblablement à l'origine des écarts d'emploi des seniors en Europe.

Si la santé joue un rôle primordial au niveau individuel, c'est-à-dire que dans un pays l'état de santé détermine fortement la participation à l'emploi des seniors, ce sont les caractéristiques économiques et institutionnelles qui déterminent les différences entre les nations.

\* \* \*

La prise en compte de la santé comme un facteur diminuant la participation à l'emploi des seniors devrait faire l'objet d'une attention particulière. En effet, si l'emploi des seniors est surtout influencé par la nature du marché du travail en fin de vie active et les dispositifs de cessation d'activité, le développement de politiques de prévention de certaines maladies dont l'impact sur l'emploi est élevé (comme les AVC) pourrait constituer une piste de réflexion intéressante pour augmenter les taux d'emploi des seniors. Par ailleurs, les maladies ne jouent pas le même rôle sur le fait d'être actif occupé pour un homme et pour une femme : les prévalences sont différentes mais les impacts individuels aussi. Il semble donc nécessaire d'avoir une grille d'analyse différenciée selon le sexe.

### Effet « pays » sur la probabilité d'être en emploi



Source : Share 2004, exploitation IRDES.

**Guide de lecture :** En Espagne, un homme âgé de 50 ans à 65 ans a une probabilité d'être en emploi supérieure de 14 points à celle d'un Français après contrôle des variables sociodémographiques. 2 points d'écart s'expliquent par des indicateurs plus défavorables d'état de santé. Ceci laisse subsister un effet national spécifique de 12 points.

Tous les effets reportés sur ce graphique sont significatifs au seuil de 5 % exceptés ceux illustrés en hachuré. Les effets sont estimés sur l'ensemble des dix pays avec contrôle des effets de l'âge, du niveau d'éducation et du statut matrimonial. 2 modèles distincts sont réalisés : le premier incluant les maladies et les limitations d'activité (effet « toutes choses égales par ailleurs ») et le second (effet brut) sans les indicateurs de santé.

### Pour en savoir plus

Barnay T. (2005), Santé déclarée et cessation d'activité, *Revue Française d'Economie*, n° 2/vol. 20, octobre, pp. 73-106.

Barnay T. et Debrand T. (2006), Etat de santé et participation au marché du travail », *Revue Santé, Société et Solidarité*, à paraître.

Blanchet D., Debrand T., Dourgnon P. et Pollet P. (2005), *Enquête SHARE 2004, Rapport de clôture IRDES*, 69 pages.

Blanchet D., Debrand T. (2005), Aspiration à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne. *Questions d'économie de la santé* n° 103. Décembre 2005. Série Résultats. 4 pages.

Bound J. (1991), Self-Reported versus Objective Measures of Health in Retirement Models, *Journal of Human Resources*, vol. 26, pp. 106-138.

Campolieti M. (2002), *Disability and the labor force participation of older man in Canada*, *Labour economics*, pp. 405-32.

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.

Saurel-Cubizolles M.J. et al. (2001), *Etat de santé perçu et perte d'emploi*, in *Travail Santé-Vieillesse : Relation et Evolution*, Ed. Cassou B., Edition Octares.

Volkoff S., Molinié S. et Jolivet A. (2000), *Efficaces à tout âge*, Dossier n°16, Centre d'Etudes sur l'Emploi, PUF, 126 p.