

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
Séance plénière du 14 décembre 2011 à 9 h 30
« Emploi et retraite en Europe : étude de cas »

Document N°7
<i>Document de travail, n'engage pas le Conseil</i>

La santé des travailleurs âgés en Europe

*Nicolas Sirven et Catherine Sermet (IRDES)
Retraite et société n°59 - 2009*

LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS ÂGÉS EN EUROPE

Nicolas Sirven et Catherine Sermet

La Doc. française | *Retraite et société*

2009/3 - n° 59
pages 13 à 37

ISSN 1167-4687

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2009-3-page-13.htm>

Pour citer cet article :

Sirven Nicolas et Sermet Catherine , « La santé des travailleurs âgés en Europe » ,
Retraite et société, 2009/3 n° 59, p. 13-37.

Distribution électronique Cairn.info pour La Doc. française.

© La Doc. française. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La santé des travailleurs âgés en Europe

Nicolas Sirven*, Catherine Sermet*, Irdes

Le vieillissement démographique est un phénomène global, mais d'ampleur inégale selon les régions du monde. L'Europe est le continent où la part des personnes âgées est la plus élevée. En 2010, 22 % de sa population totale est âgée de 60 ans et plus, contre 18,4 % en Amérique du Nord et moins de 10 % en Asie ou en Afrique (Nations unies, 2008). La « vieille Europe » continue de vieillir, principalement à cause du déclin des taux de natalité, de l'accroissement continu de l'espérance de vie et du vieillissement des générations nombreuses d'après-guerre (les *baby-boomers*). Toujours d'après les projections des Nations unies (2008), la part des personnes de 65 ans et plus devrait passer de 16,3 % en 2010 à 27,4 % en 2050, ce qui représente un accroissement de 85 % de cette sous-population. Si l'on rapporte cette projection à celle de la population en âge de travailler (15-64 ans), le ratio de dépendance du grand âge ainsi obtenu serait multiplié par deux en seulement 40 ans, atteignant un rapport de 47 personnes de 65 ans et plus pour 100 en âge de travailler (15-64 ans) au milieu du XXI^e siècle.

Les conséquences économiques et sociales du vieillissement transforment déjà nos rapports avec le marché du travail et les solidarités familiales. L'accroissement des dépenses de santé, la prise en charge de la dépendance ou la question du financement des retraites sont des enjeux actuels majeurs pour les décideurs publics. Pour faire face à ces défis, un des éléments de la stratégie européenne consiste à accroître le taux d'emploi des seniors. Dès 2001, les États membres ont indiqué leur volonté d'atteindre en 2010 un taux d'emploi de 50 % des personnes âgées de 55 à 64 ans. Aujourd'hui, cet objectif n'est pas atteint par tous les pays, même si des améliorations dans les taux d'emplois des seniors ont été constatées au cours de la décennie précédente. Outre les différences institutionnelles (régimes de retraite, conditions de cessation précoce d'activité...), une des raisons avancées pour expliquer la difficulté d'harmoniser les différentes situations nationales en Europe concerne l'hétérogénéité des états de santé entre les États membres (Debrand, Sirven, 2009).

Mesurer et comprendre les différences de santé parmi les seniors européens relève d'un double intérêt. En premier lieu, l'allongement de la durée de la vie conduit à donner de plus en plus d'importance à la qualité de vie aux âges avancés de la vie. Les notions de *successful ageing* (Rowe, Kahn,

1997 ; Bowling, 2007) et de *active* ou *healthy ageing* (Robine, Romieu, 1998 ; WHO, 2006 ; Lièvre *et al.*, 2007) mettent la santé au cœur des stratégies visant à accroître les conditions de bien-être des personnes âgées (Agren, Berenson, 2006). Dans ce cadre, une attention particulière est souvent donnée aux travailleurs âgés parce que la capacité de participer au marché du travail est simultanément un facteur de bien-être individuel (Bellaby, 2006 ; Warr *et al.*, 2004 ; Choi, 2001) et un déterminant important de la performance économique. En second lieu, l'état de santé de la population âgée détermine en partie l'équilibre des systèmes de Sécurité sociale et l'enjeu est d'autant plus élevé que la part de cette sous-population sera de plus en plus importante dans les années à venir. La Commission européenne estime que d'ici à 2060, le coût budgétaire du vieillissement dans l'UE27 en pourcentage du PIB devrait augmenter de 4,7 points (AISS, 2010).

Notre travail s'inscrit dans cette double perspective avec pour objectif principal de dresser un état des lieux de la santé des travailleurs âgés, entre 50 et 60 ans, en Europe. Afin de présenter un aperçu relativement large de la situation actuelle, nous procédons à des comparaisons internationales qui s'appuient sur plusieurs mesures individuelles de l'état de santé pour lesquelles l'effet confondant des caractéristiques socio-démographiques est pris en compte. Les données de l'enquête européenne sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (*Share*) s'avèrent particulièrement adaptées à ce type d'analyse parce qu'elle est la source la plus récente de données individuelles (individus de 50 ans et plus) pluridisciplinaires (santé, économie, relations sociales) et comparables entre 14 pays d'Europe (en 2006). La première partie présente plus en détail les données de *Share* et l'échantillon utilisé. Les variables de santé sont présentées dans la partie suivante et les premières différences internationales d'état de santé sont proposées. Enfin, l'analyse se poursuit par l'étude des déterminants individuels de l'état de santé.

Les données

►► Sources statistiques

Le projet *Share* (*Survey on health, ageing, and retirement in Europe*), initié en 2002, a pour objectif de produire une base de données unique sur le vieillissement en Europe à partir d'informations recueillies auprès des individus (Börsch-Supan, Jürges, 2005). Le champ de l'enquête concerne les ménages ordinaires dont l'un des membres est âgé de 50 ans ou plus. Les répondants, enquêtés pour la première fois, le sont à nouveau lors des vagues suivantes – de manière à constituer un panel biennal¹. *Share* couvre initialement (2004-2005) 11 pays d'Europe (Autriche, Allemagne, Suède, Pays-Bas, Espagne, Italie, France, Danemark, Grèce, Suisse, Belgique)

¹ Les données des deux premières vagues (2004-2005 et 2006-2007) sont accessibles aux chercheurs sur le site www.share-project.org.

et Israël. La seconde vague du projet (2006-2007) s'étend à la Pologne, la République tchèque et l'Irlande, et les vagues suivantes devraient concerner de nouveaux pays comme le Portugal, la Slovaquie, etc. *Share* croise des questions sur la dimension économique (revenus, patrimoine, transferts, etc.), sociale (famille, réseaux sociaux, engagement associatif, etc.) et la santé (santé physique, mentale, mesures déclarées et objectives) des répondants.

Dès l'origine, *Share* a été conçue pour permettre des comparaisons internationales dans ces différents domaines. Afin de rendre les données comparables, les questionnaires sont harmonisés *ex-ante* et des procédures d'apurement des données sont réalisées *ex-post*, avant que les données soient mises à la disposition des chercheurs. Des procédures de codage harmonisées au niveau Européen sont utilisées lors de la phase de préparation des données dans les domaines de l'éducation (Isced), des activités professionnelles (Isco) et des secteurs d'activité (NACE-CITI-NAF). Des pondérations sont mises à la disposition des chercheurs afin de corriger les données du biais de non-réponse et de garantir ainsi leur représentativité². L'exigence de qualité dans la production des données et la diversité des thèmes abordés par *Share* font de cette enquête une source statistique incontournable pour appréhender les différences d'état de santé des travailleurs âgés en Europe.

►► L'échantillon

L'étude des différences d'état de santé entre les pays d'Europe repose sur les données en coupe instantanée les plus récentes. La seconde vague de *Share* offre en outre l'avantage de couvrir un nombre de pays plus important que la vague précédente, de sorte que la sous-population des 50-59 ans dans la vague 2 concerne 11 964 individus dans 14 pays (Israël n'ayant pas mené de vague 2). Afin que les résultats présentés dans cette étude soient représentatifs au niveau de chaque pays pour la classe d'âge étudiée, les données font l'objet d'un redressement du biais de non-réponse. Le tableau 1 présente l'échantillon de base; il contient en moyenne 50,5 % de femmes pour 49,5 % d'hommes et la distribution des classes d'âge tous les deux ans est équilibrée. Seule l'Autriche contraste un peu avec un échantillon assez faible (N = 346 individus) où la part des moins de 52 ans est sous-représentée (seulement 4,3 %).

On observe au tableau 2 que dans l'ensemble, les actifs représentent plus des deux tiers de la sous-population née entre 1946 et 1956. Le taux de chômage moyen autour de 7,2 % masque de profonds écarts entre les pays. Ainsi, les 11,8 % de chômeurs en Allemagne contrastent fortement avec les 2,1 % aux Pays-Bas. Toutefois, la situation des chômeurs âgés est délicate à interpréter, d'abord parce que la variable d'activité ne correspond pas à la mesure du chômage au sens du BIT³, ensuite parce

² Pour plus d'informations sur la méthodologie de *Share*, voir Börsch-Supan, Jürges (2005).

³ Par exemple, certains individus dispensés de recherche d'emploi peuvent à tort se déclarer chômeurs, d'autres dans le même cas se déclareraient inactifs.

18 ● L'état de santé des travailleurs âgés

que deux logiques de chômage peuvent coexister à cet âge : être en recherche active d'emploi ou bénéficiaire de l'allocation chômage en attendant l'ouverture des droits à la retraite.

TABLÉAU 1 Distribution de l'échantillon des 50-59 ans selon l'âge et le genre

Pays	Effectifs bruts	Pourcentage						
		Femmes	Hommes	50-52	52-54	54-56	56-58	58-60
Autriche	346	50,3	49,7	4,3	19,9	21,9	25,6	28,3
Allemagne	864	49,8	50,2	18,0	17,3	25,4	22,8	16,6
Suède	771	49,1	50,9	18,9	18,8	22,0	18,4	22,0
Pays-Bas	1020	49,1	50,9	16,7	23,1	20,8	18,8	20,6
Espagne	666	49,1	50,9	18,8	20,3	21,8	19,8	19,3
Italie	906	50,8	49,2	17,5	18,6	16,9	19,4	27,7
France	1090	51,3	48,8	18,2	17,7	20,2	22,7	21,2
Danemark	992	49,6	50,4	15,9	25,9	15,7	22,8	19,6
Grèce	1164	51,0	49,0	23,7	17,1	22,3	20,4	16,5
Suisse	509	51,9	48,1	17,0	23,7	20,3	19,8	19,2
Belgique	1151	49,9	50,1	11,6	23,0	21,4	21,5	22,4
Rep.Tchèque	1059	51,4	48,6	15,8	19,8	22,0	19,5	22,9
Pologne	1010	51,8	48,2	21,9	21,1	20,5	19,5	17,0
Irlande	416	52,6	47,4	15,1	18,3	20,2	26,0	20,4
Total	11964	50,5	49,5	17,8	19,1	21,2	21,3	20,6

Note : Pondérations individuelles utilisées afin de corriger de la non-réponse.

Lecture : en France, les femmes représentent 51,3 % des 50-59 ans en 2006-2007.

Source : enquête *Share*, vague 2 (2006-2007).

TABLÉAU 2 Distribution de l'échantillon selon le statut d'occupation (en %)

Pays	Actifs occupés	Chômeurs	Retraités	Invalides	Autres inactifs	Non renseigné
Autriche	51,0	5,2	30,0	1,8	12,0	0,0
Allemagne	69,1	11,8	4,1	4,8	9,1	1,0
Suède	82,9	3,6	8,5	3,1	1,4	0,5
Pays-Bas	68,7	2,1	3,9	9,3	15,2	0,8
Espagne	56,0	8,2	6,6	4,4	24,5	0,4
Italie	52,8	3,3	18,5	2,3	23,0	0,1
France	64,2	6,7	9,3	5,7	11,4	2,7
Danemark	77,3	7,3	0,9	10,8	2,0	1,7
Grèce	59,1	2,1	11,8	0,9	25,6	0,6
Suisse	80,3	3,6	1,8	3,8	10,2	0,4
Belgique	58,3	7,2	11,9	9,8	12,5	0,4
Rep.Tchèque	63,0	9,0	23,6	3,6	0,7	0,3
Pologne	39,5	9,1	23,9	16,3	9,8	1,4
Irlande	65,1	5,1	6,0	5,8	17,6	0,5
Total	60,9	7,2	11,0	5,9	13,9	1,1

Note : pondérations individuelles utilisées afin de corriger de la non-réponse.

Lecture : en France, 64,2% des 50-59 ans en 2006-2007 sont des actifs occupés.

Source : enquête *Share*, vague 2 (2006-2007).

Dans ce dernier cas, le chômage représente une passerelle vers la retraite et les individus peuvent quasiment être considérés comme des inactifs. Pour cette raison, l'analyse multivariée se focalisera uniquement sur les actifs occupés. Ils représentent en moyenne plus de 60 % de la population en âge de travailler (soit 7,385 répondants).

Par ailleurs, de profondes disparités dans les taux d'emploi se manifestent selon un gradient nord-sud dans les pays d'Europe. La Suède et le Danemark (avec la Suisse) ont des taux d'emploi supérieurs à 75 % alors que les pays du sud, Espagne, Italie et Grèce ont des taux inférieurs à la moyenne européenne. Plusieurs études ont proposé des interprétations de cette situation (Aubert, Blanchet, Blau, 2005 ; Blanchet, Debrand, 2007) et parmi les facteurs principaux qui expliquent cette différence en Europe, outre l'influence des systèmes de protection sociale qui est prépondérante, les déterminants individuels comme la santé jouent un rôle non négligeable (Debrand, Sirven, 2009).

◆◆ Le choix des mesures de santé

Il est d'usage dans la littérature sur les comparaisons internationales d'état de santé de choisir les indicateurs de santé parmi les trois catégories proposées par Blaxter (Blaxter, 1989 ; Sermet, Cambois, 2002). Dans le modèle subjectif, l'état de santé est mesuré par la perception qu'ont les individus de leur propre état de santé. La santé perçue est l'indicateur le plus souvent utilisé dans ce cadre. Le modèle médical ou biologique définit le mauvais état de santé par un écart à une norme physiologique ou psychique. Il s'agit ici de relever les pathologies dont souffre l'individu ou d'objectiver par différentes mesures la présence d'anomalies physiques ou biologiques. Enfin, selon le modèle fonctionnel, l'état de santé est évalué par des restrictions d'activité et des limitations fonctionnelles. Un mauvais état de santé est alors défini comme l'inaptitude à assurer un rôle social et à réaliser un certain nombre de tâches de la vie quotidienne.

Le modèle médical ou biologique définit le mauvais état de santé par un écart à une norme physiologique ou psychique.

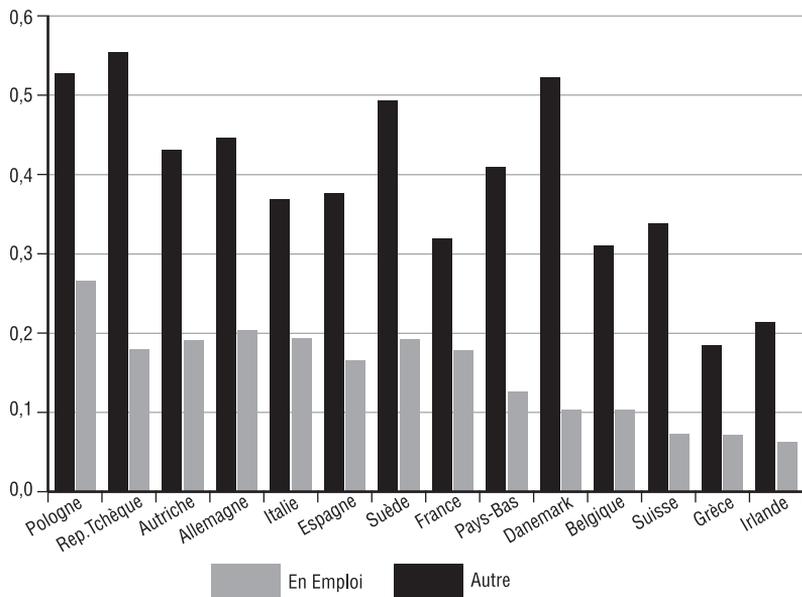
Analyse descriptive

Un grand nombre de variables de santé sont disponibles dans l'enquête *Share*. Six ont été retenues, correspondant aux différentes catégories proposées dans le modèle de Blaxter. La perception de l'état de santé général et la présence de symptômes physiques ou dépressifs répondent au modèle subjectif, la mesure des déficiences cognitives et la mesure de la force de préhension au modèle médical ; enfin, la présence de limitations d'activité correspond au modèle fonctionnel. À titre indicatif, la partie descriptive propose une analyse comparative de l'échantillon de la population des actifs occupés entre 50 et 59 ans avec celle des inactifs et des chômeurs pour la même tranche d'âge.

Perception de l'état de santé général

Pour des raisons de comparaisons internationales avec d'autres enquêtes que *Share*, seule la version américaine de la question sur la santé perçue a été retenue en vague 2. Il s'agit d'une réponse à la question suivante : « Diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, acceptable, médiocre ? ». Cette question est posée de manière aléatoire à la moitié des répondants *avant* les questions détaillées sur la santé, et *après* pour l'autre moitié de l'échantillon enquêté. Une variable finale est ensuite générée à partir de ces deux modes de réponse afin de corriger les biais potentiels dus à l'énoncé des différentes pathologies et symptômes. Pour les besoins de l'analyse, nous utilisons une version dichotomique prenant la valeur 1 si les individus ont déclaré un état de santé « acceptable, ou mauvais » et 0 sinon (c'est-à-dire bon, très bon ou excellent). Au total, 26,1 % des 50-59 ans déclarent un état de santé dégradé (inférieur ou égal à « acceptable »), avec une prévalence de 17,5 % pour les actifs occupés contre 39,6 % pour les chômeurs et inactifs.

GRAPHIQUE 1 Mauvaise santé déclarée selon les pays et le statut d'emploi



Note : les pays sont classés selon la valeur décroissante de l'indice de santé pour l'ensemble de la population des 50-60 ans.

Lecture : part des 50-60 ans déclarant une santé « acceptable » ou « médiocre ».

Source : *Share*, vague 2 (2006-2007), exploitation Irdes. Effectifs pondérés pour corriger de la non-réponse.

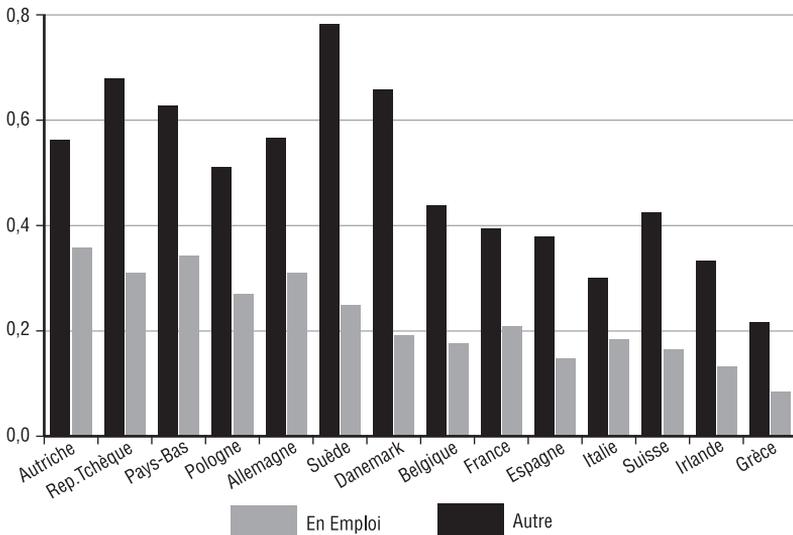
Il existe des écarts importants entre les pays, l'Irlande, la Grèce, la Suisse et la Belgique affichant une santé perçue nettement meilleure que la moyenne européenne, à l'opposé de la Pologne, de la République tchèque, de l'Autriche, de l'Allemagne et de l'Italie. La France, avec 22,9 % de personnes en mauvaise santé, se situe autour de la moyenne. Ces écarts de

santé perçue sont assez communément observés dans différentes enquêtes (Harbers *et al.*, 2008 ; Barnay *et al.*, 2005) et s'expliquent principalement par les caractéristiques socio-économiques, le niveau d'éducation ou de revenus des populations, mais aussi par des différences culturelles d'interprétation de la question de santé perçue (Mackenbach *et al.*, 2008). Quel que soit le pays, les actifs occupés se perçoivent en meilleure santé que le reste de la population. La France se situe dans la moyenne.

Limitations d'activité

Il s'agit d'une variable générée à partir de la question suivante : « Durant au moins les six derniers mois, dans quelle mesure avez-vous été limité dans les activités quotidiennes à cause d'un problème de santé ? ». La variable est codée 1 si les individus ont donné une limitation, qu'elle soit sévère ou pas, et 0 s'ils déclarent ne pas souffrir de limitations. Cette variable a été préférée aux variables de limitations basées sur des listes d'activités de la vie quotidienne à cause de leur faible incidence sur la population de référence : 4,9 % des répondants déclarent au moins une limitation dans les ADL et 7,9 % dans les IADL⁴. La variable retenue ici indique que les limitations causées par un problème de santé affectent 31,5 % de la population des seniors en âge de travailler ; les actifs occupés sont 23,4 % à déclarer ce type de limitations, contre 44,4 % pour les chômeurs et les inactifs.

GRAPHIQUE 2 Limitations d'activité selon les pays et le statut d'emploi



Note : les pays sont classés selon la valeur décroissante de l'indice de santé pour l'ensemble de la population des 50-60 ans.

Lecture : part des 50-60 ans déclarant être limités dans leurs activités normales par des problèmes de santé.

Source : *Share*, vague 2 (2006-2007), exploitation Irdes. Effectifs pondérés pour corriger de la non-réponse.

⁴ Limitations dans les activités de la vie quotidienne (ADL, *Activities of daily living*), les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL, *Instrumental activities of daily living*).

22 ● L'état de santé des travailleurs âgés

La proportion de personnes de 50-59 ans limitées dans leurs activités varie de plus de 40 % en Autriche, en République tchèque, aux Pays-Bas et en Pologne, à 20 % environ en Suisse et en Irlande et seulement à 13,8 % en Grèce. La France se situe au-dessous de la moyenne européenne avec 27,4 % de personnes déclarant une limitation d'activité.

Pour tous les pays, les actifs occupés sont moins nombreux à être limités dans leurs activités que les inactifs. Les écarts entre les proportions d'actifs occupés et d'inactifs limités dans leurs activités sont importants, dans un rapport de 1 à 1,9 en moyenne, traduisant probablement l'influence notable des limitations d'activités sur la capacité des individus à rester en emploi, ainsi que le biais de déclaration évident qui consiste à se considérer comme limité dans ses activités lorsqu'on est inactif. Au-delà de normes culturelles et sociales différentes selon les pays, les prévalences relativement plus élevées de personnes inactives ayant des limitations d'activités dans certains pays sont le témoin de l'existence passée ou présente de politiques spécifiques concernant les incapacités. Ainsi, ce n'est que très récemment (2006) que les Pays-Bas ont mis en place une politique d'accès et de retour à l'emploi des personnes handicapées, visant à limiter le nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité (OCDE, 2009).

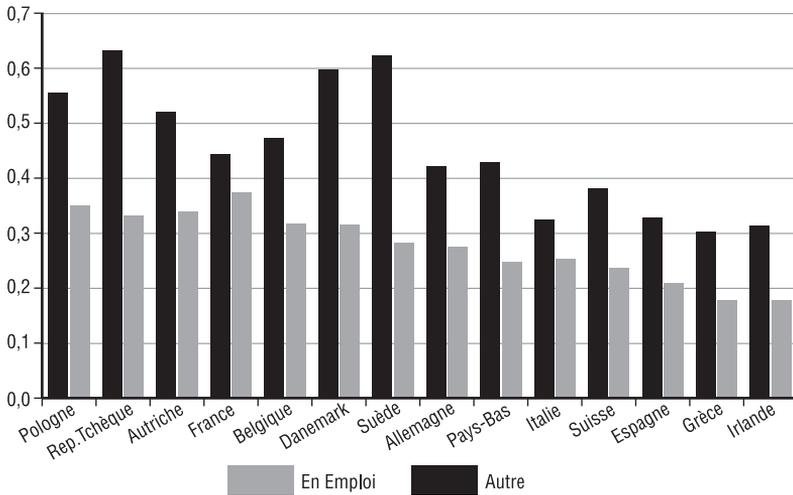
►► Symptômes physiques

┌ Pour tous les pays, les actifs occupés sont moins nombreux à être limités dans leurs activités que les inactifs. ┐

La question posée a été la suivante : « Au cours des six derniers mois, avez-vous été gêné par le symptôme suivant ? ». On trouvait une liste de 12 symptômes, parmi lesquels douleurs dorsales et/ou aux articulations ; problèmes cardiaques, angine de poitrine, ou douleur

thoracique pendant l'effort ; souffle court, difficulté à respirer, etc. Cette variable est préférée à la liste des maladies déclarées à cause de la faible prévalence de ces dernières. La variable générée prend la valeur 1 si le répondant déclare au moins deux symptômes, et 0 sinon. Un tiers des individus de 50-59 ans sont concernés par deux symptômes ou plus, cette proportion monte à 42,2 % pour ceux qui ne travaillent pas contre 28,7 % pour ceux qui travaillent.

La proportion de personnes déclarant deux symptômes ou plus varie selon les pays de plus de 40 % (Pologne, République tchèque et Autriche) à 22 % (Grèce et Irlande). La France, avec 39,8 % de personnes déclarant au moins deux symptômes, est également dans le peloton de tête. Comme pour tous les autres indicateurs, les personnes en emploi sont, quel que soit le pays, moins nombreuses à déclarer des symptômes que les personnes inactives. Les inactifs déclarant deux symptômes ou plus sont en moyenne 1,5 fois plus nombreux que les actifs dans cette situation ; cet écart est très faible en France et les Français sont, parmi les actifs en emploi, ceux qui sont les plus nombreux à déclarer des symptômes (37,4 %).

GRAPHIQUE 3 Symptômes physiques (2+) selon les pays et le statut d'emploi

Note : les pays sont classés selon la valeur décroissante de l'indice de santé pour l'ensemble de la population des 50-60 ans.

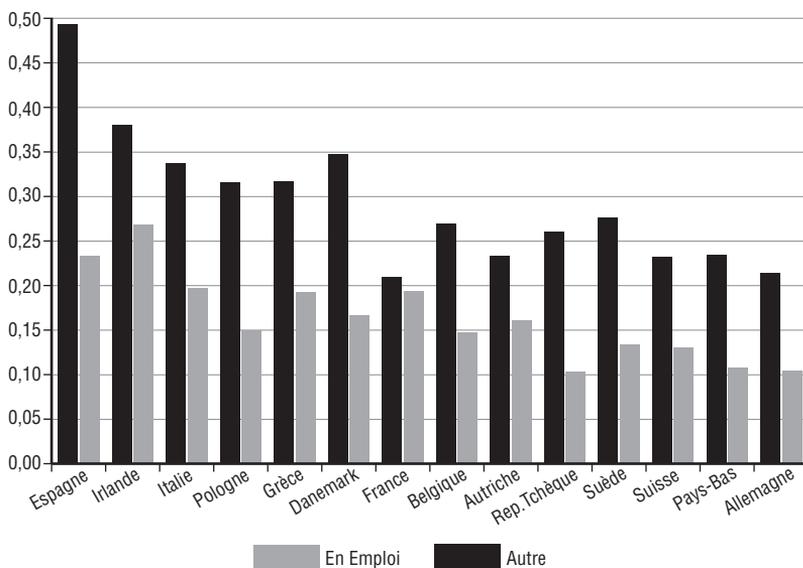
Lecture : part des 50-60 ans déclarant connaître au moins deux symptômes physiques (sur 12 proposés).

Source : *Share*, vague 2 (2006-2007), exploitation Irdes. Effectifs pondérés pour corriger de la non-réponse.

►► Force de préhension

Un test de force de préhension a été réalisé lors des entretiens à partir d'un dynamomètre suivant une procédure précise. Les mesures sont validées si l'écart entre les deux mesures pour chaque main ne dépasse pas 20 kg, et si les mesures sont comprises entre 0 et 100. La variable de force de préhension générée retient la valeur validée maximale. Cette mesure objective est généralement considérée comme un bon indicateur de la capacité musculaire des individus. Pour les besoins de l'analyse, une variable dichotomique a été créée. Elle prend la valeur 1 si les individus ont un score de force de préhension inférieur au 1^{er} quintile de la distribution, et 0 sinon. Notons que dans la création de cette variable, la décomposition en quintile a été effectuée selon le sexe et les valeurs de l'indice de masse corporelle (IMC) regroupées en trois catégories. Il est intéressant de voir, comme pour les autres variables de santé, que les actifs occupés sont moins affectés (18,3 %) que les chômeurs et les inactifs (34,2 %).

La proportion de personnes ayant une faible force de préhension se situe en dessous de 15 % en Allemagne, aux Pays-Bas et en Suisse. Elle est de plus de 30 % en Espagne et en Irlande. La France est proche de la moyenne. Les personnes en emploi ayant une force de préhension relativement faible sont peu nombreuses, sauf dans deux pays, l'Irlande et l'Espagne, où elles dépassent 20 % des actifs. Cette proportion croît en même temps que la proportion totale de personnes de faible force de préhension dans le pays. Les personnes inactives sont en moyenne deux fois plus nombreuses que celles qui sont en emploi à avoir une faible force de préhension.

GRAPHIQUE 4 Faible préhension selon les pays et le statut d'emploi

Note : les pays sont classés selon la valeur décroissante de l'indice de santé pour l'ensemble de la population des 50-60 ans.

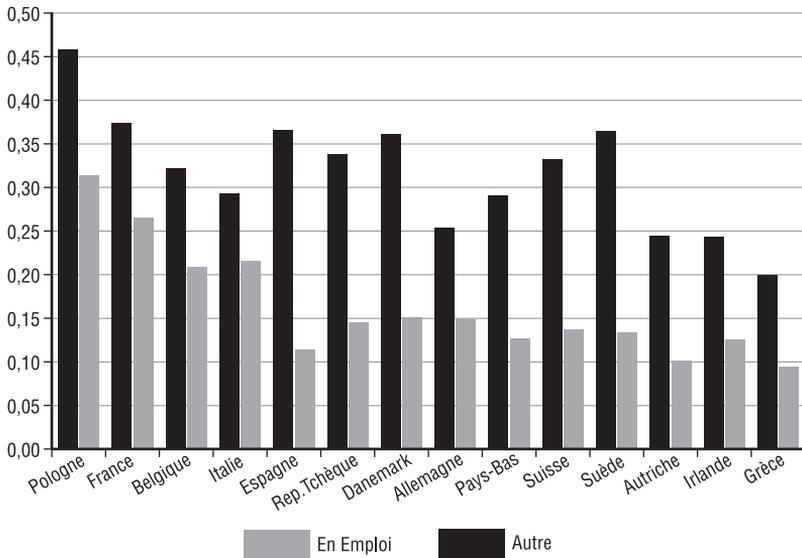
Lecture : part des 50-60 ans dans le 1^{er} quintile de force de préhension selon le genre et l'IMC.

Source : *Share*, vague 2 (2006-2007), exploitation Irdes. Effectifs pondérés pour corriger de la non-réponse.

» Symptômes de dépression

Share permet de construire un score de dépression à partir d'une liste de 12 questions (sentiment dépressif, pessimiste, suicidaire, coupable, difficultés à dormir, etc.) correspondant à l'échelle EURO-D. Un individu est considéré en général comme à fort risque de dépression s'il déclare au moins 3 des 12 symptômes cités précédemment – la variable est alors codée 1 et 0 sinon. En l'occurrence, 24 % de la population des seniors en âge de travailler entrent dans cette catégorie à risque; les actifs occupés ne sont que 18,4 % contre 33 % pour les individus ne travaillant pas.

La population des 50-60 ans déclarant au moins trois symptômes évocateurs de dépression varie du simple au triple selon les pays. Elle est très élevée en Pologne où 40 % des personnes sont à risque dépressif et élevée en France également avec 30,2 % de personnes à risque. À l'opposé, les prévalences sont faibles en Grèce, 13,7 % de personnes à risque; l'Irlande, l'Autriche, la Suède, la Suisse, les Pays-Bas, et l'Allemagne se situant tous entre 16,6 % et 18,1 %. Ces résultats sont en phase avec d'autres études qui montrent une prévalence plus élevée de dépression en France que dans d'autres pays européens (Lepine, *et al.*, 1997), associée à une plus forte consommation d'antidépresseurs et de médicaments psychotropes (Alonso, *et al.*, 2004). Parallèlement, les quatre pays à risque élevé de dépression sont également

GRAPHIQUE 5 Symptômes de dépression selon les pays et le statut d'emploi

Note : les pays sont classés selon la valeur décroissante de l'indice de santé pour l'ensemble de la population des 50-60 ans.

Lecture : part des 50-60 ans ayant plus de trois symptômes de dépression (Euro-D).

Source : *Share*, vague 2 (2006-2007), exploitation Irdes. Effectifs pondérés pour corriger de la non-réponse.

ceux où la prévalence est élevée chez les actifs occupés. En Pologne, plus de 30 % des actifs occupés déclarent au moins trois symptômes dépressifs, plus de 25 % en France et 20 % en Belgique et Italie.

◆◆◆ Déficiences cognitives

Parmi les indicateurs de santé mentale présents dans *Share*, une place importante est accordée à la mesure des fonctions cognitives. Les questions concernent l'orientation dans le temps (date du jour et de l'année), la fluence verbale (nombre d'animaux énoncés en une minute), et la mémoire épisodique (mémoriser une dizaine de mots et les répéter immédiatement, puis après un certain laps de temps). Un score de fonctions cognitives peut-être établi à partir des deux derniers thèmes, et les individus dont le score est inférieur à la moyenne des scores de l'ensemble des répondants (50 ans et plus) moins 1,5 fois l'écart-type de cette moyenne sont considérés comme une population ayant des déficiences cognitives (Dewey, Prince, 2005). Cette mesure est considérée comme un bon prédictif de la maladie d'Alzheimer. Cependant, la sous-population des 50-59 ans, relativement jeune pour ce genre de pathologies, est peu exposée aux déficiences cognitives (seulement 2 %), même si des différences entre les travailleurs (> 1 %) et les autres (3,8 %) sont significatives. Les effectifs de personnes souffrant de déficiences

cognitives sont trop faibles pour permettre une analyse pays par pays. Pour cette raison, l'analyse selon les pays et le statut d'occupation ne sera pas présentée ici.

Analyse multivariée

►► Options méthodologiques

La comparaison brute des états de santé entre les pays amène à penser qu'une partie des différences est imputable à un *healthy worker effect* (effet travailleur en bonne santé) favorisant la surreprésentation des individus en meilleure santé sur le marché du travail. La difficulté inhérente à cet effet dans un contexte de comparaisons internationales tient dans le fait qu'occuper un emploi dépend non seulement de l'état de santé, mais aussi des possibilités de sortie du marché du travail offertes dans chaque pays (ou « générosité des systèmes ») et de la capacité du marché du travail à proposer des emplois pour les plus de 50 ans. D'un point de vue statistique, le *healthy worker effect* est souvent considéré comme un effet de sélection, mais ne peut être traité par les techniques

Le *healthy worker effect* est souvent considéré comme un effet de sélection.

habituelles (modèle de sélection de Heckman, par exemple) parce que la santé est à la fois la variable d'intérêt et un excellent déterminant de la participation au marché du travail. Toutefois, lorsque comme ici, il s'agit uniquement de dresser un état des lieux, la

littérature sur ce sujet conseille de privilégier les comparaisons entre travailleurs au détriment d'une analyse englobant travailleurs et non-travailleurs (Li, Sung, 1999). L'analyse multivariée à venir se concentrera donc uniquement sur les travailleurs âgés en Europe. Elle doit permettre d'étudier les différences internationales une fois corrigées de l'effet confondant d'autres facteurs et d'obtenir ainsi une comparaison internationale d'état de santé toutes choses égales par ailleurs. Au-delà, cette analyse rend possible l'identification de quelques variables susceptibles d'améliorer l'état de santé des travailleurs âgés en Europe et d'orienter les politiques publiques.

Les différentes variables de santé retenues peuvent être analysées comme variables dépendantes à partir d'un modèle commun sous l'hypothèse où chacune représente un *proxy* de l'état de santé individuel. En général, les modèles de santé prennent en compte les variables indépendantes énoncées ci-après.

L'âge et le sexe

Ils renseignent à la fois sur les aspects biologiques du processus de vieillissement sur la santé et sur les effets des caractéristiques socio-économiques. L'âge est un bon indicateur de l'expérience sur le marché du travail et le sexe identifie les modalités du partage des tâches – surtout au sein la population née entre 1946 et 1956. Comme on peut s'y

attendre, la proportion de femmes au travail (42,7 %) est sensiblement inférieure à celle des hommes (57,3 %) et la part des actifs occupés diminue avec l'âge. Elle est de 21,5 % pour les 50-51 ans en emploi contre 13,6 % pour les 58-59 ans (tableau 3).

Le niveau d'éducation

C'est un bon révélateur du statut social des individus. On note que seulement un quart des 50-59 ans ont un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat et les Européens âgés au travail ont en moyenne des niveaux d'éducation plus élevés que ceux qui ne travaillent pas. Cette variable d'éducation peut être associée au revenu pour compléter l'appréhension du statut social, mais cette option n'est pas retenue ici à cause des risques de corrélation qui pourraient biaiser les coefficients.

Les facteurs de risque

Avoir été un fumeur régulier peut accroître les risques de voir sa santé se détériorer. 53,3 % des 50-59 ans déclarent avoir déjà consommé du tabac de façon régulière au cours de leur vie et cette statistique est à peu près identique suivant la population en emploi et la population totale.

La dimension sociale

Trois groupes de variables ont été retenus selon la structure du ménage, le fait d'être né dans le pays de résidence, ou le fait de dispenser de l'aide (soins à la personne) en dehors du ménage (à un parent dépendant, par exemple). D'abord, le fait de vivre en couple – ce qui est le cas de la grande majorité des quinquagénaires au travail en Europe (80 % d'entre eux) – influence positivement la santé des individus et ce, d'autant plus si le conjoint est en bonne santé. Ensuite, le fait d'être un migrant peut fortement influencer l'état de santé dans le sens où ceux-ci ont souvent des conditions initiales spécifiques et une histoire de vie particulière. Ils représentent en moyenne 8 % de la population active occupée des 50-59 ans dans les 14 pays retenus. Enfin, l'aide à la personne en dehors du ménage peut affecter la santé des aidants, notamment la santé mentale (Maher, Green, 2002 ; Arno *et al.*, 1999). Près d'un quinquagénaire sur dix est l'aidant d'une autre personne âgée ou malade, les actifs occupés étant toutefois relativement moins nombreux que les autres.

La pénibilité au travail

On peut vouloir décomposer l'effet sur la santé d'occuper un emploi suivant le degré de pénibilité au travail. En effet, la littérature empirique abonde de références où des conditions de travail difficiles conduisent à un mauvais état de santé (Blanchet, Debrand, 2008). Plusieurs indicateurs de pénibilité au travail peuvent être envisagés suivant les modèles théoriques employés (Karaseck, Theorell, 1990 ; Siegrist, 1996). Dans le cas présent, nous proposons un indice simplifié des conditions de travail construit à partir de

10 questions de *Share*⁵ sur ce thème, chacune apportant potentiellement un point à un score total allant de 0 (insatisfaction totale) à 10 (satisfaction totale). Une variable dichotomique est ensuite construite pour les personnes en emploi, suivant que le répondant se soit attribué un score supérieur à la médiane (> 7) ou non. On observe ainsi qu'un tiers des travailleurs bénéficie de conditions de travail plutôt satisfaisantes.

S'ajoute à cette liste une série de variables indicatrices concernant le pays de résidence des répondants et permettant d'effectuer des comparaisons internationales. Le tableau 3 présente la distribution des variables retenues pour la population des 50-59 ans en Europe. Par ailleurs, si l'on considère que la distribution de la probabilité d'être en mauvaise santé, conditionnelle aux variables explicatives présentées ci-dessus, suit une loi normale, alors l'estimation du modèle est celle d'un Probit usuel par maximum de vraisemblance.

▶▶▶ Résultats des estimations

Les effets individuels

Afin de comparer entre elles les différentes estimations Probit relatives aux variables de santé retenues, les effets marginaux des variables indépendantes sont reportés au tableau 4. Seules cinq estimations sont proposées; la variable de déficiences cognitives n'ayant qu'une prévalence extrêmement faible sur la population relativement jeune des quinquagénaires, il a été décidé de ne pas la retenir dans la suite de l'analyse. Enfin, rappelons que les estimations ont été menées sur la sous-population des travailleurs. Le tableau 4 indique que les variables indépendantes retenues sont significatives et prennent toutes le signe attendu.

Parmi les variables ayant un effet quelle que soit la variable dépendante, on constate que les conditions de travail, telles qu'elles sont ressenties par les travailleurs, sont fortement corrélées avec l'état de santé. Par exemple, les travailleurs, dont les conditions de travail sont plutôt bonnes par rapport au reste de la population des quinquagénaires en emploi, ont en moyenne, une probabilité de déclarer un mauvais état de santé inférieure de 5,7 points de pourcentage. Par ailleurs, le fait de vivre en couple exerce un effet bénéfique sur l'état de santé. En particulier, il apparaît que, quel que soit l'indicateur de santé utilisé, les individus vivant avec un conjoint en bonne santé ont moins de chances d'être eux-mêmes en mauvaise santé. Enfin, de manière plus classique, on retrouve le rôle protecteur du niveau d'éducation et le fait d'être ou d'avoir été un fumeur régulier accroît les risques d'un mauvais état de santé dans la plupart des cas.

5 Satisfaction générale au travail, travail physiquement pénible, pression temporelle due à une forte charge de travail, peu de liberté pour décider comment organiser son travail, opportunités de développer de nouvelles compétences, soutien de la part des collègues en cas de situation difficile, reconnaissance dans le travail, salaire adéquat, possibilités d'évolution/promotion, sécurité de l'emploi.

Les autres facteurs explicatifs de l'état de santé ont des effets différenciés selon l'indicateur de santé considéré. Par exemple, les hommes ont, toutes choses égales par ailleurs, moins de risques de déclarer des symptômes physiques ou dépressifs que les femmes. En revanche, aucune différence notable n'est à signaler dans le cas de la santé déclarée ou de la faible préhension. L'absence de corrélation dans le cas de la force de préhension tient, rappelons-le, à ce que cette variable a été construite en tenant compte du sexe et de l'IMC des répondants. Par ailleurs, la prévalence de la mauvaise santé ne semble s'accroître avec l'âge que lorsqu'il s'agit de la santé perçue et de la force de préhension. Aucun effet n'est notable dans le cas des limitations d'activité ou les symptômes physiques, alors que les symptômes de dépression semblent se réduire avec l'avancée en âge. Toutefois, l'interprétation de ces résultats est délicate dans le cas d'une population relativement jeune et homogène en âge. Il est ainsi difficile de séparer les effets de génération, des effets du vieillissement lui-même. Par exemple, l'absence de corrélation entre l'âge et la prévalence de limitations d'activité est probablement liée au fait que la réelle augmentation de cette prévalence des incapacités survient plus tardivement au-delà de 80 ans. La distribution de cette mesure de santé est donc relativement homogène selon l'âge dans la population des quinquagénaires.

Il est ainsi difficile de séparer les effets de génération, des effets du vieillissement lui-même.

Par ailleurs, une attention particulière a été portée au fait d'être né dans le pays de résidence ou non et de dispenser de l'aide à la personne en dehors du ménage (exemple des soins ou de l'aide informelle à un parent dépendant). Dans le premier cas, il apparaît que les migrants déclarent plus souvent une mauvaise santé perçue, présentent plus souvent des symptômes de dépression et, toutes choses égales par ailleurs, sont plus souvent affectés par une force de préhension plus faible que les natifs. Dans le second cas, la charge de certains aidants peut nuire à leur santé, en particulier en accroissant le risque de mauvaise santé perçue, le risque de dépression et le risque de déclarer des symptômes physiques.

Les effets pays

En matière de comparaisons internationales, quelle que soit la variable dépendante considérée, les effets marginaux associés aux indicateurs Pays sont pour la plupart statistiquement différents de zéro et sont significativement différents les uns des autres (tests de Wald non reproduits). Autrement dit, il existe des différences internationales entre les états de santé pour la population des actifs occupés entre 50-59 ans qui ne peuvent s'expliquer par la composition de la population ou ses caractéristiques. La valeur des effets marginaux permet d'effectuer un classement des pays par rapport à la France (catégorie de référence). Des effets marginaux significativement négatifs (respectivement positifs) indiquent que la situation dans le pays considéré est relativement meilleure (respectivement moins bonne) qu'en France. En revanche, lorsque les effets marginaux des indicateurs Pays sont non significatifs, cela signifie que les écarts corrigés entre la France et le pays considéré sont statistiquement nuls.

TABLEAU 3 Distribution des déterminants de la santé (en %)

	Genre	Éducation			Âge					
	Hommes	< Lycée	Lycée	Supérieure	50-52	52-54	54-56	56-58	58-60	
POPULATION EN EMPLOI										
Autriche	61,7	13,5	49,2	34,1	4,1	26,7	30,5	23,2	15,5	
Allemagne	52,8	5,8	53,1	39,6	19,1	17,1	27,3	23,3	13,2	
Suède	52,9	27,6	27,7	42,5	21,1	19,9	21,8	16,9	20,3	
Pays-Bas	58,9	31,4	28,4	38,3	21,8	25,6	22,5	15,8	14,3	
Espagne	65,9	61,4	18,8	18,6	20,3	21,8	23,7	17,6	16,6	
Italie	64,1	40,3	36,9	22,1	23,6	27,5	17,8	17,8	13,3	
France	52,9	24,9	43,0	30,2	24,4	22,4	22,3	18,0	12,9	
Danemark	53,8	8,7	42,3	48,6	17,1	27,4	15,6	23,1	16,8	
Grèce	67,7	36,6	24,5	36,9	27,2	17,7	23,9	18,4	12,8	
Suisse	53,2	20,6	36,4	40,9	18,6	24,4	19,8	21,1	16,1	
Belgique	58,4	30,5	32,1	35,6	14,2	27,2	25,3	19,7	13,6	
Rep.Tchèque	58,0	31,0	47,1	18,9	19,4	22,7	25,4	17,1	15,4	
Pologne	58,8	14,2	64,9	20,8	32,9	31,2	19,8	12,7	3,4	
Irlande	57,6	25,8	10,0	63,5	16,3	18,8	21,0	26,9	17,0	
Total	57,3	25,5	40,3	32,8	21,5	22,4	23,0	19,5	13,6	
POPULATION TOTALE										
Autriche	49,7	22,2	48,9	26	4,3	19,9	21,9	25,6	28,3	
Allemagne	50,2	9,0	55,2	34,5	17,9	17,3	25,4	22,8	16,6	
Suède	50,9	29,5	28,3	39,8	18,8	18,8	22,0	18,4	22	
Pays-Bas	50,9	36,6	28,2	31,9	16,7	23,1	20,8	18,8	20,6	
Espagne	50,9	68,3	16,3	12,8	18,8	20,3	21,8	19,8	19,3	
Italie	49,2	55,5	29,9	14,3	17,4	18,6	16,9	19,4	27,7	
France	48,8	32,5	40,7	24,5	18,2	17,7	20,2	22,7	21,2	
Danemark	50,4	12,5	41,4	44,7	16	25,9	15,7	22,8	19,6	
Grèce	49	40,9	27,6	29,3	23,7	17,1	22,3	20,4	16,5	
Suisse	48,1	23,5	38,2	35,4	17	23,7	20,3	19,8	19,2	
Belgique	50,1	36,8	31,9	28,8	11,7	23	21,4	21,5	22,4	
Rep.Tchèque	48,6	38,9	43,9	14,5	15,8	19,8	22	19,5	22,9	
Pologne	48,2	22,5	61,1	15,7	21,9	21,1	20,5	19,5	17	
Irlande	47,4	31	10,8	56,7	15,1	18,3	20,2	26	20,4	
Total	49,5	33,5	39,1	25,7	17,8	19,1	21,2	21,3	20,6	

Note : pondérations individuelles utilisées afin de corriger de la non-réponse.

Lecture : en France, 30,2% des actifs occupés de 50-59 ans ont un diplôme d'études supérieures, contre 24,5% pour l'ensemble de la population des 50-59 ans.

Source : enquête *Share*, vague 2 (2006-2007).

	Conditions de travail		Avoir déjà fumé régulièrement	Pays d'origine	Dispense de l'aide (soins) en dehors du ménage	Structure du ménage
	Bonnes	Mauvaises		Migrants		En couple
	33,4	66,6	49,2	7,5	6,9	81,4
	33,0	67,0	51,7	9,2	12,3	76,8
	43,3	56,7	58,6	9,8	7,3	71,8
	53,4	46,6	65,7	6,9	10,9	85,8
	30,7	69,3	52,8	6,5	8,5	79,4
	30,7	69,3	54,7	1,9	13,1	87,0
	32,4	67,6	48,4	14,1	7,2	80,0
	46,2	53,8	63,2	5,2	9,5	80,9
	19,9	80,1	65,6	3,3	5,3	85,3
	49,4	50,6	48,0	12,5	8,8	74,1
	42,8	57,2	59,8	7,3	6,2	82,7
	24,3	75,7	52,4	2,2	10,1	79,7
	15,6	84,4	73,9	0,3	6,4	76,9
	40,2	59,8	48,7	10,3	12,0	79,7
	33,3	66,7	54,3	8,0	9,8	80,0
			47,8	5,7	8,6	77,8
			51,8	11,4	10,7	77
			59	10,7	7,3	71,2
			65,9	7,8	11,1	81,3
			45,8	4,4	11,1	80,4
			52	1,6	15,3	83,8
			48,6	18,5	9,4	78,5
			65,4	5,1	9	76,4
			59,4	2,9	7,1	84,3
			47,7	14,8	8,4	74,2
			56,9	7	8,3	82,1
			54	2,5	9,8	73,3
			67,8	0,9	6,1	73,4
			50	9,2	12,2	76,4
			53,3	8,5	10,5	78,5

TABLEAU 4 Déterminants de l'état de santé des travailleurs âgés 50-59 ans en Europe

Var. dép.	Mauvaise santé perçue	Limitation d'activité	Symptômes physiques (2+)	Faible préhension	État dépressif
<i>Effets marginaux :</i>					
Conditions de travail					
Bonnes	-0,057***	-0,080***	-0,090***	-0,027***	-0,084***
Mauvaises	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Genre					
Hommes	-0,013	-0,024*	-0,123***	0,01	-0,115***
Femmes	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Âge					
50-52	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
52-54	0,019**	-0,012	0,014	0,032**	0,003
54-56	0,035***	0,008	0,004	0,069***	-0,026**
56-58	0,048***	0,017	0,016	0,104***	-0,01
58-60	0,038***	0,007	0,012	0,125***	-0,038***
Facteurs de risques					
Fumeurs	0,025***	0,024**	0,058***	-0,015*	0,016*
Éducation					
< Lycée	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Lycée	-0,037***	-0,025**	-0,023*	-0,015	-0,027***
Supérieure	-0,083***	-0,039***	-0,027**	-0,030***	-0,015
Ménages					
Avec épouse/partenaire					
- En bonne santé	-0,060***	-0,034**	-0,064***	-0,031**	-0,070***
- En mauvaise santé	0,013**	0,021	-0,012	-0,01	-0,032***
- On ne sait pas	-0,012	0,001	-0,02	-0,031**	-0,032**
Sans épouse/partenaire					
	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Relations sociales					
Dispensent de l'aide (soins) en dehors du ménage	0,040	0,018	0,047***	0,017	0,051***
Pays d'origine					
Migrants	0,046***	0,018	0,001	0,070***	0,042**
Pays de résidence					
France	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Autriche	0,032*	0,181***	0,008	0,025	-0,091***
Allemagne	0,044	0,109***	-0,053**	-0,073***	-0,079***
Suède	0,024***	0,080***	-0,049**	-0,023	-0,087***
Pays-Bas	-0,019	0,186***	-0,109***	-0,043*	-0,082***
Espagne	0,002	-0,073***	-0,117***	0,103***	-0,080***
Italie	-0,028	-0,006	-0,059***	0,044	-0,013
Danemark	-0,014***	0,028	-0,018	0,008	-0,053***
Grèce	-0,070***	-0,127***	-0,152***	0,029	-0,107***
Suisse	-0,055***	0,001	-0,068**	-0,038*	-0,070***
Belgique	-0,031**	-0,007	-0,008	-0,033*	-0,031*
Tchéquie	-0,011*	0,120***	-0,013	-0,085***	-0,092***
Pologne	0,125***	0,096***	-0,01	0,006	0,055**
Irlande	-0,068***	-0,053*	-0,129***	0,091***	-0,075***
Obs.	7322	7322	7324	6969	7248
Log L.	-4505,3	-3755,6	-4119,5	-2991,2	-2941,2

* p<0,10 ; ** p<0,05 ; *** p<0,01.

Lecture : les actifs occupés de 50-59 ans ayant un diplôme supérieur, ont une probabilité de se déclarer en bonne santé inférieure de 14,8 points de % à ceux ayant un diplôme inférieur au baccalauréat.**Source :** Share, vague 2 (2006-2007).

Typiquement, une fois l'effet confondant des déterminants individuels pris en compte, l'Espagne et l'Irlande conservent les taux de prévalence les plus élevés en matière de faiblesse dans la force de préhension, alors que l'Allemagne et la République tchèque sont les pays les moins affectés dans cette tranche d'âge. Les autres pays constituant la catégorie intermédiaire dans laquelle les taux de prévalences corrigés sont statistiquement comparables (au seuil de 5 % d'erreur) à ceux de la France.

Un schéma général des différences internationales est assez délicat à mettre en évidence, même si l'idée d'un gradient nord-sud apparaît dans le cas des limitations d'activité. Les pays du Nord (Autriche, Allemagne, Suède, Pays-Bas) et de l'Est (République tchèque, Pologne) de l'Europe accusent des taux de limitation d'activité supérieurs aux pays continentaux (France, Belgique, Suisse), eux-mêmes au-dessus des taux enregistrés dans les pays du Sud (Espagne, Grèce). Les autres mesures de santé ne permettent pas de confirmer l'existence d'un gradient nord-sud dans l'état de santé des travailleurs de 50-59 ans en Europe. La France occupe le plus souvent une position moyenne dans le cas de la santé perçue ou de la force de préhension, voire défavorable dans le cas des symptômes physiques où elle rejoint le groupe des cinq pays (Danemark, Autriche, Belgique, République tchèque, Pologne) pour lesquels la prévalence est la plus forte et dans celui des symptômes dépressifs, où seule la Pologne affiche des taux de prévalence corrigés supérieurs à la France. D'une manière générale, on retrouve les observations faites dans l'analyse ci-dessus : la population des 50-59 ans en emploi en France est le plus souvent dans le peloton de queue des pays européens en matière d'état de santé.

Conclusion

L'analyse des conditions socio-économiques de la population des travailleurs âgés de 50 à 59 ans met en évidence une hétérogénéité des situations en Europe en matière d'état de santé. L'utilisation de plusieurs mesures de santé permet de révéler le caractère multidimensionnel de la santé et les inégalités entre les pays selon différentes conditions de santé, qui forment finalement la notion assez abstraite d'« état de santé ». Par ailleurs, bien que le recours à plusieurs mesures de santé ne permette pas de dégager un schéma européen bien tranché, il semble qu'en général, les travailleurs quinquagénaires français figurent parmi ceux en moins bonne santé. Ce résultat est d'autant plus préoccupant dans un contexte où le recul de l'âge de la retraite est au cœur du débat politique actuel. Est-il possible d'harmoniser les politiques publiques du marché du travail et de la protection sociale en Europe avec des états de santé aussi divers ?

L'analyse des déterminants individuels permet de retrouver l'idée avancée par ailleurs, d'une influence positive des mesures ciblées de politique publique sur l'état de santé des travailleurs. C'est notamment le cas des programmes visant à lutter contre le tabagisme. Mais surtout, l'analyse suggère qu'une amélioration des conditions de travail aurait tout son

sens dans un objectif d'amélioration des conditions de santé sur le marché du travail. « Travailler plus longtemps grâce à de meilleures conditions de travail » est d'ailleurs un leitmotiv de plus en plus souvent évoqué comme un compromis permettant d'améliorer sensiblement les taux d'emplois des seniors en Europe.

Notre étude met aussi en évidence le rôle primordial de l'effet du pays de résidence sur l'état de santé de la population active. Les différences importantes d'état de santé entre les pays d'Europe persistent après que les caractéristiques sociodémographiques ont été prises en compte. Dans le cas des mesures subjectives d'état de santé (la santé perçue, par exemple), une partie de ces différences est probablement imputable à des écarts de mesure entre les pays, mais aussi à des caractéristiques nationales, histoire, normes sociales, environnement... qui sont autant de pistes pour la recherche future.

Cette recherche bénéficie d'un financement de l'ANR (ANR-09-JCJC-0141-01) via le projet « Jeunes chercheurs » 2009-2012 HEAPS (*Health economics of ageing and participation in society*).

Cet article utilise des données de la vague 2 de *Share* (release 2.3.0), telles qu'elles étaient disponibles en novembre 2009. La collecte des données entre 2004 et 2007 a été principalement financée par la Commission européenne, via les programmes cadres n° 5 et n° 6 (projets n° QLK6-CT-2001-00360; RII-CT-2006-062193; CIT5-CT-2005-028857). Nous remercions également le *National Institute on ageing américain* (bourses n° U01 AG09740-13S2; P01 AG005842; P01 AG08291; P30 AG12815; Y1-AG-4553-01; OGHA 04-064; R21 AG025169) ainsi que d'autres institutions nationales pour leur contribution.

Voir <http://www.share-project.org> pour une liste complète des organismes ayant apporté un soutien financier au projet.

►►► Bibliographie

Agren G., Berensson K., 2006, *Healthy ageing: a challenge for Europe*, Stockholm, Dannemark, Swedish national institute of public health, vol. 2006-1929.

AISS [Association internationale de la sécurité sociale], 2010, *Une sécurité sociale dynamique pour l'Europe: choix et responsabilité*, AISS 2010, Genève.

Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., *et al.*, 2004, « Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMED) project », *Acta Psychiatr Scand Suppl*, n° 420, p. 55-64.

Arno P.-S., Levine C., Memmott M.M., 1999, « The economic value of informal caregiving », *Health Affairs*, vol. 18, n° 2, p. 182 – 8.

Aubert P., Blanchet D., Blau D., 2005, « Le marché du travail après 50 ans: éléments de comparaison franco-américaine », *L'Économie française*, édition 2005-2006, *Insee Références*, p. 93-123.

Barnay T., Jusot F., Rochereau T., Sermet C., 2005, « Les mesures de la santé et de l'activité sont-elles comparables dans les enquêtes européennes? », *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 96.

Bellaby P., 2006, « Can they carry on working? Later retirement, health, and social inequality in an aging population », *International journal of health services*, vol. 36, n° 1, p. 1-23.

Blanchet D., Debrand T., 2007, « Souhaiter prendre sa retraite le plus tôt possible: santé, satisfaction au travail et facteurs monétaires », *Économie et statistique*, n° 403-404, p. 39-62.

Blaxter M., 1989, « A comparison of measures of inequality in morbidity », in Fox J. (ed.), *Health inequalities in european countries*, Aldershot, Gower, 414 p.

Börsch-Supan A., Jürges H., 2005, *The survey of health, aging, and retirement in Europe – Methodology*, Manheim Research Institute for the economics of ageing, Germany.

Bowling A., 2007, « Aspirations for older age in the 21st century: what is successful aging? », *International journal of aging and human development*, vol. 64, n° 3, p. 263-97.

Choi N.G., 2001, « Relationship between life satisfaction and postretirement employment among older women », *International journal of aging and human development*, vol. 52, n° 1, p. 45-70.

Debrand T., Sirven N., 2009, « Les facteurs explicatifs du départ à la retraite en Europe », *Retraite et société*, n° 57, p. 35-53.

Dewey M., Prince M.J., 2005, « Cognitive function », in Börsch-Supan A., et al. (eds.), *Health, ageing and retirement in Europe*, Manheim Research Institute for the economics of ageing, Germany, p. 118-125.

Harbers M.M., Van der Wilk E.A., Kramers P.G.N., et al., 2008, « Dare to compare! Benchmarking dutch health with the European community health indicators (ECHI) », RIVM, 303 p., <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270051011.pdf>.

Karasek R., Theorell T., 1990, « Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life », New York, *Basic Books*, p. 89-103.

Li C.Y., Sung F.C., 1999, « A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology », *Occupational medicine*, vol. 49, n° 4, p. 225-229.

Lepine J.P., Gastpar, M., Mendlewicz J., Tylee A., 1997, « Depression in the community: the first pan-European study Depres (Depression research in european society) », *Int Clin Psychopharmacol*, vol. 12, n° 1, p. 19-29.

Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., et al., (European union working group on socioeconomic inequalities in health), 2008, « Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries », *N Eng J Med*, vol. 358, n° 23, p. 2468-2481.

Maher J., Green H., 2002, *Carers 2000*, London, The Stationary Office.

Nations Unies (Population division of the department of economic and social affairs of the United Nations secretariat), 2008, *World Population Prospects: the 2008 revision*, New-York, ONU.

O'Reilly P., Caro F.G., 1994, « Productive aging: an overview of the literature », *Journal of aging and social policy*, vol. 6, n° 3, p. 39-71.

OECD, 2009, *Sickness, Disability and Work, Breaking the Barriers, vol. 3, Danemark, Finland, Ireland and The Netherlands*, OECD Publishing, 170 p.

Robine J.-M., Romieu I., 1998, « Healthy active ageing: health expectancies at age 65 in the different parts of the world », Montpellier, Inserm, *Démographie et santé*, REVES, mai.

Rowe J.W., Kahn R.L., 1997, « Successful aging », *Gerontologist*, vol. 37, n° 4, p. 433-40.

Sermet C., Cambois E., 2002, « Mesurer l'état de santé », in Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (eds.), *Démographie: analyse et synthèse*, vol. 3: *les déterminants de la mortalité*, Paris, Éditions de l'Ined, p. 25-52.

Siegrist J., 1996, « Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions », *Journal of occupational health psychology*, vol. 1, n° 1, p. 27-41.

Warr P., Butcher V., Robertson I., Callinan M., 2004, « Older people's well-being as a function of employment, retirement, environmental characteristics and role preference », *British journal of psychology*, vol. 95, n° 3, p. 297-324.

WHO (World health organization), 2006, *Healthy cities and urban governance*, Genève, Suisse, World health organization.

* Les auteurs souhaitent remercier Thomas Barnay (Université Paris-Est Créteil) et les deux relecteurs anonymes pour leurs commentaires sur une version antérieure de cet article.