



HAL
open science

L'état de santé en fin d'activité : des disparités sociales et par sexe significatives

Thomas Barnay

► **To cite this version:**

Thomas Barnay. L'état de santé en fin d'activité : des disparités sociales et par sexe significatives. *Retraite et société*, 2002, 36, pp.51-79. halshs-01302305

HAL Id: halshs-01302305

<https://shs.hal.science/halshs-01302305>

Submitted on 14 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'ÉTAT DE SANTÉ EN FIN D'ACTIVITÉ : DES DISPARITÉS SOCIALES ET PAR SEXES SIGNIFICATIVES

Thomas Barnay

La Doc. française | « Retraite et société »

2002/2 n° 36 | pages 51 à 79

ISSN 1167-4687

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2002-2-page-51.htm>

!Pour citer cet article :

Thomas Barnay, « L'état de santé en fin d'activité : des disparités sociales et par sexes significatives », *Retraite et société* 2002/2 (n° 36), p. 51-79.

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.



**L'état de santé
en fin d'activité :
des disparités
sociales et par
sexes significatives**



L'état de santé en fin d'activité : des disparités sociales significatives

par T. Barnay

RÉSUMÉ

De nombreuses études ont montré que l'état de santé est un puissant facteur de discrimination entre catégories sociales et entre sexes. Notre étude vient confirmer ces résultats en s'appuyant sur les données de l'enquête complémentaire emploi. Notre champ d'analyse concerne plus particulièrement la population active âgée de 50 à 64 ans. Nous utilisons la méthode de l'analyse multidimensionnelle pour construire une typologie sociale et par sexe de la qualité de vie, nous mettons ainsi en valeur des groupes d'individus homogènes. Nous nous interrogeons ensuite sur la manière de tenir compte de ces inégalités de santé dans les modalités d'accès à la retraite.

Cette étude s'articule autour de deux parties. La première vise à caractériser la qualité de vie de cette population (part de la population affectée dans la population totale, effet de l'avancée en âge sur la population affectée, type, cumul et gravité des affections) définie à partir de trois types de questions : des questions relatives aux handicaps de la vue, de l'audition, moteurs et autres (synthétisées par l'indicateur de *handicap*), des questions évaluant la capacité de l'individu à effectuer des tâches de la vie quotidienne (faire les courses, s'habiller, se laver, manger, se coucher, parcourir une certaine distance à pied). Nous résumons ce type de questions par l'indicateur de *restriction des activités* quotidiennes. Enfin les questions concernant la possibilité de suivre une émission de télévision, une conversation téléphonique et de lire (ou faire des mots croisés) sont résumées par l'indicateur de *désavantage*.

Nous réalisons dans un second temps une classification sociale pour chaque sexe. Cette typologie permet de mettre en valeur plusieurs groupes à risque : les hommes ouvriers touchés par un fort désavantage social et par des restrictions de la vie quotidienne sensibles et précoces, les femmes agricultrices touchées précocement par des restrictions ou les employées publiques et les personnels à domicile qui en fin d'activité sont très éprouvées. L'observation de ces inégalités nous conduit à nous interroger sur la prise en compte de la mortalité différenciée dans la problématique des retraites.



Workers' Health at the End of their Working Life: Major Social Disparities

by T. Bamay

ABSTRACT

Numerous studies have shown that state of health is a powerful factor of discrimination between social categories and between the sexes. Our study, based on data from the complementary employment survey, confirms these results. It focused on the working population aged between 50 and 64. We use the multidimensional analysis method to construct a typology of quality of life based on social category and gender, thus identifying homogeneous groups of individuals. We then examine how these health inequalities should be taken into account in the granting of pension entitlements.

This study is in two parts. The first aims to characterize the quality of life of this population (share of the affected population in the general population, effects of ageing on the affected population, type, accumulation and gravity of health problems) defined on the basis of three types of question: questions concerning visual handicaps, deafness, mobility and other problems (qualified by the handicap indicator), questions to assess an individual's capacity to perform everyday tasks (shopping, getting dressed, washing, eating, going to bed, walking a certain distance) qualified by the restrictions in daily activities indicator. And lastly questions concerning an individual's capacity to follow a TV programme, a phone conversation or to read (or do a crossword), are qualified by the disadvantage indicator.

We then make a social classification for each sex. This typology reveals a number of high-risk groups: socially disadvantaged male workers affected by substantial and early restrictions in daily activities, female farm workers affected by early restrictions, and public and domestic employees who are severely diminished at the end of their working life. These observations raise questions regarding the way in which differences in mortality should be taken into account in the pension system.



THOMAS BARNAY, GRATICE¹, UNIVERSITÉ PARIS XII, CNAV

L'état de santé en fin d'activité : des disparités sociales et par sexe significatives

Dans un contexte «sociodémographique» où la variable fondamentale est sans doute l'augmentation constante de la durée espérée de vie à tous les âges, la structure du cycle de vie se modifie considérablement et se décale dans le temps. D'une part, les études s'allongent, l'âge de la maternité recule, l'âge de début d'activité est plus tardif et d'autre part, la durée légale de cotisation est allongée. À l'instar de ces évolutions, les contraintes sur le marché du travail génèrent des choix collectifs contradictoires : le départ précoce en retraite (dispositifs de préretraite) des seniors est envisagé comme palliatif au déficit d'emploi alors même qu'il réduit l'assiette des cotisants. Néanmoins, les dernières recommandations européennes (Commission des Communautés européennes, 1999) contredisent cette première tendance et s'inscrivent dans une politique de remontée des taux d'activité entre 20 et 65 ans : l'objectif assigné est un taux d'activité de 70 % (il est actuellement de 60 % en France).

Transformation du cycle de vie et caractéristiques singulières du marché du travail en France (avec des taux d'activité faibles aux âges extrêmes et un taux de chômage qui demeure important) sont à l'origine d'un nouveau temps de la vie. Intercalée entre temps d'activité et retraite, une phase d'incertitude accompagne désormais les fins de carrière et revêt de multiples formes : préretraite, chômage, etc.

Nous analysons cette fin d'activité sous l'angle de la santé que nous appréhendons à travers les questions relatives au volet santé de l'enquête complémentaire à l'enquête emploi de l'Insee en

1996². Trois types de questions définissent cet état de santé : des questions relatives aux handicaps de la vue, de l'audition, aux handicaps moteurs et autres synthétisés par l'indicateur de *handicap*³ ; des questions évaluant la capacité de l'individu à effectuer des tâches de la vie quotidienne (faire les courses, s'habiller, se laver, manger, se coucher, parcourir une certaine distance à pied) ; nous résumons ce type de questions par l'indicateur *d'incapacité physique* ; enfin des questions concernant la capacité à suivre une émission de télévision, une conversation téléphonique et à lire (ou faire des mots croisés) sont résumées par l'indicateur *d'incapacité sociale*.

L'objet de cette étude est de déterminer des groupes homogènes d'individus présentant des caractéristiques communes de leur état de santé. La démarche est donc d'observer des groupes socioprofessionnels pour souligner les inégalités de santé en fin de vie active et s'interroger sur les manières de les corriger a posteriori (l'idée est de s'interroger sur la légitimité de différencier les modalités d'accès à la retraite selon le critère de la santé). Dans un premier temps nous confirmerons, par des statistiques générales, les disparités sociales connues et relevées dans de nombreuses études. Puis nous présenterons une classification sociale et par sexe (méthode de l'analyse de données multidimensionnelles) ; nous nous interrogerons alors sur la manière d'intégrer ces inégalités de santé dans la problématique des retraites.

■ La population des 50-64 ans : quelques grandes tendances

■ L'ensemble de la population

Nous étudierons successivement la part de la population affectée par une dégradation de son état de santé dans une population donnée, puis les caractéristiques de cette population (cumul, type et gravité des affections de l'état de santé).

2 Environ 11 200 individus ont répondu à l'enquête «Passage à la retraite et conditions de vie des personnes âgées de 50 ans ou plus», complémentaire à l'enquête emploi de 1996. Notre étude s'appuie sur le volet santé du questionnaire qui vise à apprécier l'autonomie de la personne. Nous nous intéressons ici plus particulièrement à la population active âgée de 50 à 64 ans soit 3 174 individus.

3 Contrairement aux deux autres indicateurs qui sont établis à partir de la déclaration de l'individu, le handicap relève de l'appréciation de l'enquêteur. Il n'est par ailleurs pas défini en référence à la classification internationale des handicaps, incapacités et déficiences de l'Organisation mondiale de la santé mais par rapport à l'intitulé du questionnaire (cf. encadré 1).



**Encadré 1 : Précis terminologique et méthodologique
(cf. complément en annexe 1)**

L'état de santé est mesuré à partir de trois indicateurs :

- L'indicateur de **handicap** synthétise les réponses à la question suivante :

«Avez-vous un handicap de la vue, de l'audition, moteur ou autre ?»
(à chaque réponse sont associées trois modalités : oui grave, oui gênant, pas manifestement).

Cet indicateur est soumis à **l'appréciation de l'enquêteur**.

- L'indicateur d'**incapacité physique** regroupe deux types de questions :

«Êtes-vous capable seul(e) de faire les courses, vous habiller et vous déshabiller, vous laver, manger et vous coucher et vous lever ?» (quatre modalités : sans objet⁴, sans problème, difficilement, non).

«Quelle est la plus longue distance que vous pouvez parcourir, seul(e), à pied, sans vous arrêter et sans être gravement fatigué(e) ?» (cinq modalités : incapacité, quelques pas, plus de quelques pas mais moins de 200 m, plus de 200 m mais moins de 2 ou 3 kms, 2 kms ou plus).

- L'indicateur d'**incapacité sociale** est calculé à partir de cette question :

«Pouvez-vous habituellement faire les choses suivantes ? Lire et faire des mots croisés, suivre une émission de télévision et suivre une conversation téléphonique» (quatre modalités : sans objet, oui sans problème, oui difficilement, non).

Nous avons défini ainsi ce dernier indicateur (incapacité sociale) car l'incapacité des individus (liée à des handicaps) se traduit ici par une rupture directe avec la société et les moyens de communications (téléphone, télévision, littérature).

Les indicateurs d'incapacité relèvent de la **déclaration des individus**.

Tableau 1

Répartition de la population totale et part de la population affectée⁵ selon le sexe, le statut et le milieu social

	Structure de la population 50-64 ans	Part de la population affectée
Population	N = 5 231	
SEXE		
Hommes	49 %	24,5 %*
Femmes	51 %	29,3 %
COHORTE		
50-54 ans	36,4 %	21,9 %
55-59 ans	31 %	27,8 %
60-64 ans	32,6 %	32,1 %
STATUT		
En emploi	51,5 %	17,6 %
Chômage indemnisé	6,3 %	32,9 %
Chômage non indemnisé	1 %	43,6 %
Préretraite	3,5 %	26,4 %
Retraite propre	21,1 %	31,2 %
Au foyer	13,1 %	35,6 %
Autres inactifs (y compris longue maladie)	3,5 %	86,2 %
MILIEU SOCIAL		
Agriculteurs	3,5 %	26,1 %
Artisans	6,3 %	17,1 %
Cadres	8,7 %	10,6 %
Professions intermédiaires	10,6 %	12,5 %
Employés	14,7 %	22,8 %
Ouvriers	12,8 %	29,3 %
Retraités	24,5 %	30,9 %
Dont :		
. agriculteurs	7,2 %	47,3 %
. artisans	4,4 %	38,2 %
. cadres	6,1 %	17,7 %
. professions intermédiaires	21 %	20 %
. employés	28,5 %	33,9 %
. ouvriers	32,8 %	34,3 %
Autres personnes inactives ou militaires	18,9 %	31,6 %

Source : enquête complémentaire à l'enquête emploi de 1996 (Insee). Calculs de l'auteur.

Champ : population totale.

*Lecture : 24,5 % des hommes âgés de 50 à 64 ans déclarent au moins une affection (population affectée).

5 Cf. définition en annexe.



Nous observons la population affectée afin d'identifier des groupes touchés. La population âgée de 50 à 64 ans représente 8 millions d'individus (5 231 observations) dont 51 % de femmes. 4,7 millions sont en activité, en majorité ouvriers (22 %) et employés (25 %). Près d'une femme active sur deux (46 %) est employée alors qu'un tiers des hommes est issu du milieu ouvrier. Les agriculteurs constituent le groupe socioprofessionnel le moins nombreux. La catégorie des inactifs est constituée de 60 % d'hommes (dont la moitié âgée de 55 à 60 ans).

Le tableau 1 brosse grossièrement l'état des lieux. Plusieurs hypothèses classiques sont vérifiées⁶ : l'inactivité (liée le plus souvent à une invalidité ou à un arrêt pour cause de longue maladie) ou le chômage sont synonymes d'une forte altération de l'état de santé, les retraités, en moyenne plus vieux que le reste de la population étudiée, déclarent plus de difficultés que les autres (la population affectée représente un tiers de la population retraitée). On note l'influence positive de l'indemnisation du chômage sur l'état de santé (par rapport à la population au chômage non indemnisé). La population «au foyer», à 97 % féminine, est particulièrement touchée (population affectée égale à 36 %). A contrario, ceux qui travaillent sont en meilleure santé puisque seulement une personne sur cinq déclare une altération de son état de santé.

Les femmes semblent plus touchées que les hommes. Les disparités de taux d'emploi peuvent expliquer ce constat (l'hypothèse selon laquelle il existe une corrélation positive entre activité et état de santé relativement bon est confirmée dans plusieurs études⁷). Le taux d'activité féminin n'est en effet que de 45 % contre 60 % pour les hommes. Une majorité de femmes est donc inactive : sur la population globale, une femme sur quatre est au foyer et une sur cinq est à la retraite.

Globalement, les groupes les plus fragiles sont donc les femmes (en particulier celles qui sont au foyer), les inactifs, les chômeurs et les retraités issus des milieux agricole, ouvrier et artisan ; ils se caractérisent en outre par une prédominance des incapacités physiques sur les autres types d'affections.

⁶ Dumartin, 2000.

⁷ Sermet et Grandjean, 1998.

En général, les hommes déclarent un état de santé meilleur que les femmes, ils sont 25 % à exprimer au moins une affection (population affectée) contre 29 % des femmes, mais les femmes sont âgées en moyenne de deux ans de plus que les hommes. L'observation de l'état de santé au sein des cohortes quinquennales nuance cet écart moyen et montre des disparités importantes. Entre 50 et 54 ans, il se réduit à quatre points (en faveur des hommes) ; entre 55 et 59 ans il s'annule et atteint dix points entre 60 et 64 ans (en faveur des hommes).

La grande majorité des individus âgés de 50 à 64 ans n'éprouve aucune altération de son état de santé (la population affectée ne représente que 27 % de la population totale). Naturellement, l'avancée en âge va de pair avec la détérioration de l'état de santé déclaré et l'augmentation de la part de la population affectée dans la population d'ensemble. Ils sont 22 % à exprimer au moins une affection de leur état de santé (population affectée) entre 50 et 54 ans, 28 % entre 55 et 60 ans et 32 % entre 60 et 64 ans.

Plusieurs résultats connus apparaissent donc : les disparités sociales sont très nettement soulignées (l'état de santé des ouvriers et des employés est relativement plus mauvais que celui des professions intermédiaires ou des cadres), une personne âgée de 50 à 54 ans a un risque sur cinq d'être affectée alors que celle âgée de 60 à 64 ans a une probabilité d'un sur trois ; enfin concernant la comparaison par sexe, même si en moyenne les femmes sont plus affectées que les hommes, les observations divergent selon la cohorte considérée : il convient donc d'examiner la structure sociale par cohorte et par sexe.

En outre, la comparaison entre catégories sociales actives et retraitées permet de vérifier que les disparités de santé augmentent très sensiblement quand l'individu part à la retraite. Ainsi, 20 points séparent ouvriers et cadres en activité mais 30 points distancent cadres et agriculteurs à la retraite. Lors du passage à la retraite, les écarts de santé se creusent et la « hiérarchie sociale » (établie en activité) diffère quelque peu en particulier pour les populations les plus affectées.

L'observation de la population active va nous permettre de corroborer ces premiers résultats et surtout de préciser les caractéristiques des affections déclarées (type, cumul et gravité) selon les groupes considérés.



■ La population active

Tableau 2

Répartition de la population active et part de la population affectée selon le sexe, le statut et le milieu social

	Structure de la population active	Part de la population affectée dans la population active
Population active*	N = 3 174	N = 619
SEXE		
Hommes	55,1 %	18,5 %*
Femmes	44,9 %	21,7 %
COHORTE		
50-54 ans	54,3 %	17,8 %
55-59 ans	35,4 %	21,9 %
60-64 ans	10,3 %	25,3 %
STATUT		
En emploi	88,1 %	17,6 %
Chômage	11,9 %	33,9 %
MILIEU SOCIAL		
Agriculteurs	5,8 %	26,1 %
Artisans	5,2 %	15,6 %
Commerçants	4,6 %	21,1 %
Chefs d'entreprise	0,9 %	4,9 %
Professions libérales	2 %	5,7 %
Cadres du secteur public	6,5 %	10,6 %
Cadres du secteur privé	6,7 %	12 %
Prof. intermédiaires du secteur public	7,5 %	13,2 %
Prof. intermédiaires du secteur privé	5,2 %	12,4 %
Techniciens	3,1 %	8,4 %
Contremaîtres	2,8 %	15,6 %
Employés du secteur public	9,6 %	22,3 %
Employés du secteur privé	8,2 %	20 %
Employés de commerce	2,8 %	20 %
Personnels à domicile	6,8 %	28 %
Ouvriers qualifiés	15,2 %	25 %
Ouvriers non qualifiés	6,1 %	38 %
Ouvriers agricoles	1 %	41,5 %
Moyenne		19,5 %

*La population active est définie au sens du BIT (pour les chômeurs, la catégorie sociale est celle du dernier emploi occupé). Les chômeurs n'ayant pas travaillé, constituent moins d'1 % de l'échantillon et ne sont pas pris en compte.

Source : Insee, 1996.

Champ : population active 50-64 ans.

De façon analogue, nous présentons dans un premier temps la répartition de la population affectée dans la population active puis nous déterminons les caractéristiques de la population dont l'état de santé est affecté : type, cumul et gravité des affections déclarées.

L'étude de la nomenclature détaillée permet de faire ressortir des catégories spécifiques. Les catégories sociales les plus fragilisées par leur état de santé sont celles des ouvriers (non qualifiés et surtout agricoles), des employés, des commerçants, des personnels à domicile et des agriculteurs. On note que ces groupes sont majoritairement à dominante féminine. Nous affirons aussi l'observation des groupes les moins affectés puisque ressortent les chefs d'entreprise, les professions libérales et les techniciens.

Comme dans l'étude de la population totale, les femmes se retrouvent relativement plus nombreuses dans la population affectée que les hommes mais l'écart est moindre (on avait noté que les femmes représentaient une forte proportion de la population inactive et donc fortement affectée). Enfin, l'avancée en âge produit son effet mais les écarts sont là aussi moins importants que sur la population totale.

Tableau 3

La population active affectée (en %) selon le statut

	Population au chômage	Population en emploi
Agriculteurs	0	27,6
Artisans	6,2	16,4
Cadres	13,8	10,5
Prof. intermédiaires	29,4	10,3
Employés	33	20
Ouvriers	42,3	25,1

Source : Insee, 1996.
Champ : 50-64 ans.

Comme nous l'avions constaté pour la population totale, les disparités de santé sont très importantes selon le statut (entre chômeurs et actifs en emploi). L'origine socioprofessionnelle est un gage de bonne santé perçu quelle que soit la situation pour les cadres (*cf.* tableau 3). La probabilité d'appartenir à la population



affectée est moins grande pour un chômeur cadre que pour un actif en emploi quelle que soit sa catégorie sociale (hormis les professions intermédiaires et les cadres). Les agriculteurs représentent la population en emploi la plus âgée (55,4 ans) mais aussi la plus vulnérable puisque 17,6 % déclarent une affection (la variable âge n'est cependant pas pertinente puisque la population en emploi la plus jeune, celle des cadres, n'est âgée, en moyenne, que d'un an et demi de moins). En outre, les ouvriers sont particulièrement touchés en situation de chômage, la population ouvrière affectée au chômage représente 42,3 % de la population ouvrière au chômage.

Tableau 4**La population active affectée par cohorte et par sexe (en %)**

	50-54 ans		55-59 ans		60-64 ans		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Agriculteurs	11,4*	27,5	29,9	27,1	45,3	41,7	26,1
Artisans	16	22,5	8,5	6,8	23,6	25	17,1
Cadres	5,8	13,2	16	19,7	0	9,1	10,6
Prof. intermédiaires	7,5	8,3	14,4	7,1	16,4	21,4	12,5
Employés	20,9	17,5	10,3	23,3	26,4	34	22,8
Ouvriers	21,6	37,2	27,4	27,9	17,9	22,2	29,3
Total	16,1	19,7	21,9	21,9	19,3	30,1	20

Source : Insee, 1996.

*Lecture : 11,4 % de la population active masculine issue du milieu agricole et âgée de 50 à 54 ans, exprime au moins une affection de leur état de santé.

20 % de la population active totale est affectée. Les ouvriers et les agriculteurs sont les groupes les plus touchés alors que les cadres se caractérisent par un état de santé relativement bon. Un cadre sur dix éprouve au moins une affection de son état de santé alors que près d'un ouvrier sur trois est touché (à titre de comparaison : 32,1 % des retraités et 46,2 % des inactifs). Un homme cadre ou profession intermédiaire âgé de 60 à 64 ans a moins de chance d'être affecté qu'un ouvrier ou employé de dix ans son cadet. De la même manière, une femme cadre âgée de 60 à 64 ans a quatre fois moins de risques de faire partie de la population affectée qu'une ouvrière de la première cohorte. Les disparités de santé, sociales et par sexe sont donc particulièrement importantes.

Comme nous l'avons observé dans la population globale âgée de 50 à 64 ans (cf. tableau 1), il semble y avoir un effet cohorte entre 55 et 59 ans. En effet, alors que les hommes se distinguent dans

les cohortes 50-54 et 60-64 par un meilleur état de santé déclaré, la population affectée pour la cohorte intermédiaire représente la même part dans la population masculine que dans la population féminine (soit 21,9 %). On observe à ce propos un effet d'âge particulièrement fort pour les hommes agriculteurs (la population affectée passe de 11,4 % pour la première cohorte à 45,3 % pour la dernière), cette catégorie de travailleurs souffrant d'un vieillissement précoce qui intervient plus tard pour les femmes agricultrices. L'état de santé de la population active masculine se détériore particulièrement entre 50 et 60 ans (les cadres perdent dix points, les professions intermédiaires huit points). Au-delà de 60 ans, ne demeurent que les actifs dont l'état de santé leur a permis de rester en activité. Visiblement des cadres sont partis en préretraite (la population masculine cadre de plus de 60 ans n'est pas du tout affectée alors que 16 % de la population masculine cadre des 55-59 ans est affectée) et des ouvriers ont dû quitter leur activité pour raison de santé (ils sont 18 % à se déclarer touchés dans la dernière cohorte contre 27,4 % dans la cohorte précédente).

En outre, l'état de santé des ouvriers est le plus mauvais entre 50 et 54 ans, mais en avançant en âge ce sont les employés et surtout les agriculteurs qui sont les plus fragilisés. Le vieillissement pour les femmes agricultrices est, à partir de 55 ans, vécu de manière moins difficile que pour les hommes. Par ailleurs, les hommes, cadres ou ouvriers sont, quelle que soit la cohorte, moins touchés que les femmes. L'effet du vieillissement en activité sur l'état de santé n'est donc pas similaire selon le milieu social et le sexe. Cette constatation tient aussi au fait qu'hommes et femmes, même s'ils appartiennent à une même catégorie sociale, n'ont pas de caractéristiques identiques. Ainsi, les ouvriers sont à 80 % des hommes mais les femmes représentent 50 % des ouvriers non qualifiés ! Et seulement 62 % de cette population ne déclare aucune affection dans leur état de santé (contre 75 % des ouvriers qualifiés). De façon analogue, les personnels à domicile entrent dans la catégorie des employés (80 % de femmes), 95 % de femmes composent ce groupe qui est plus fragile que la moyenne des employés (population non affectée de 72 % contre 77 % pour l'ensemble des employés). Le niveau détaillé des catégories socioprofessionnelles met donc en relief des disparités par sexe spécifiques à la nature de l'activité professionnelle.

Nous complétons cette première approche par l'observation de la population affectée sur deux plans : le cumul et la gravité des affections.



■ Le cumul et la gravité des affections dans la population active touchée

52 % de la population affectée (à 60 % féminine) déclare souffrir exclusivement d'une incapacité physique. Par ailleurs, 60 % de la population féminine affectée ne déclare qu'une incapacité physique contre 42 % des hommes. Au total, les femmes sont 77 % à déclarer au moins une incapacité physique (toutes combinaisons confondues) alors que les hommes ne sont que 60 %. Les hommes se caractérisent par un indicateur de handicap plus élevé que les femmes⁸. Par ailleurs, l'indicateur d'incapacité sociale⁹ ne concerne que peu d'individus (des hommes en général).

Les hommes déclarent plus souvent que les femmes plusieurs affections de leur état de santé (respectivement 26,6 % et 18,3 %). La cohorte masculine de 50 à 54 ans se distingue par une forte proportion d'individus cumulant plusieurs facteurs (plus de 30 %), 6,5 % cumulent les trois indicateurs. A contrario, la cohorte féminine du même âge est celle qui se différencie par la plus forte proportion à ne déclarer qu'une affection (84,7 %).

Tableau 5

Cumul d'affections par cohorte et par sexe (en %)

	50-54 ans		55-59 ans		60-64 ans		Total	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Une affection déclarée	67,2*	84,7	79,9	77,2	75,5	79,6	73,4	81,7
Incapacité physique	40	62,1	42,3	55,6	51,1	62,3	42	60,3
Handicap	15,8	12,4	24,5	11,6	15,8	14,8	18,9	12,5
Incapacité sociale	11,4	10,2	13,1	10	8,6	2,5	12,5	8,9
Deux affections déclarées	26,3*	13,3	18,3	18,8	22,4	16,1	22,5	15,6
Incap. physique, handicap	14,1	11,4	15,4	15,2	7,9	6,5	14,1	11,9
Handicap, incap. sociale	9,3	0,9	1,2	1,9	9,5	3,3	5,8	1,6
Incap. phys., incap. sociale	2,9	1	1,7	1,7	5	6,3	2,6	2,1
Trois affections déclarées	6,5	2	1,9	4	2,1	1,7	4,1	2,7

Source : Insee, 1996. Champ : population active affectée âgée de 50 à 64 ans.

*Lecture : parmi la population masculine affectée de la première cohorte 67,2 % ne déclarent qu'une affection de leur état de santé.

⁸ Ces résultats sont confirmés par Mormiche (2000) qui note que les hommes déclarent plus souvent souffrir de déficiences sensorielles (on peut assimiler ce critère à l'indicateur de handicap) et les femmes de déficiences motrices (elles entraînent des incapacités physiques).

⁹ Rappel : il reflète la capacité à lire, suivre une conversation téléphonique et suivre une émission de télévision.

Tableau 6

Cumul d'affection par catégorie sociale (en %)

	Agricult.	Artisans	Cadres	Profes. interméd.	Employés	Ouvriers	Total
Une affection déclarée	79,2	77,1	82,5	81,6	76	76,6	77,7
Incapacité physique	55,2	57,6	51,9	59,4	49,4	47,9	51,5
Handicap	16,6	13	23,7	17,7	18,3	10,8	15,6
Incapacité sociale	7,4	6,5	6,9	4,5	8,3	17,9	10,6
Deux affections déclarées	20,2	20,7	14,1	17,1	20	19	19
Incap. physique, handicap	16,4	8,1	10,9	14,3	15,1	11,5	13
Handicap, incap. sociale	3,8	12,6	0	2,2	1,4	4,7	3,7
Incap. phys., incap. sociale	0	0	3,2	0,6	3,5	2,8	2,3
Trois affections déclarées	0,6	2,2	3,4	1,3	4	4,4	3,4

Source : Insee, 1996.

Champ : population active affectée âgée de 50 à 64 ans.

Les cadres et professions intermédiaires sont les catégories qui déclarent le moins d'affections (82,5 % et 81,6 % ne déclarent qu'un facteur) alors que les ouvriers et employés sont plus nombreux à les cumuler. En revanche, le handicap se retrouve plus souvent chez les cadres (38 %) que chez les autres catégories. Les ouvriers déclarent souffrir d'incapacité sociale dans une proportion plus importante que les autres groupes socioprofessionnels (30 % contre 20 % en moyenne), 84 % de la population affectée ouvrière a en effet déclaré avoir une difficulté à lire. Si ces individus avaient des difficultés à voir de près, ils déclareraient un handicap de la vue or, d'après les enquêteurs, 90 % d'entre eux ne souffrent d'aucun handicap de la vue¹⁰. Enfin, les professions intermédiaires ont la particularité de déclarer plus que les autres une incapacité physique.

Quelle est la gravité des affections relevées ? Nous nous intéressons, dans un premier temps, aux «groupes de cumul d'affections» les plus significatifs : uniquement l'incapacité physique, le handicap unique et le cumul incapacité physique-handicap. Il est en effet possible de cumuler plusieurs affections dont le degré de gravité n'est pas élevé et, a contrario, il est possible de ne souffrir que d'une affection mais que celle-ci soit grave. Pour évaluer la gravité des affections, nous utilisons une échelle de gravité croissante pour chacun des indicateurs

¹⁰ Rappel : le handicap est apprécié par les enquêteurs et non déclaré par l'enquêté.



susceptibles d'altérer l'état de santé de la population¹¹. Dans un second temps, l'étude de la population très affectée¹² nous indiquera les groupes les plus sensibles.

Comme nous l'avons souligné, plus de 50 % de la population affectée déclare exclusivement une incapacité physique. Cette population se caractérise par une forte proportion d'individus souffrant d'une incapacité physique faible (68,7 %) mais aussi de 23,3 % dont l'incapacité physique est grave, voire complète (classe 6). Ce dernier groupe est également réparti entre femmes et hommes et compte 30 % d'ouvriers (dont 21 % d'ouvriers qualifiés). Il est tout à fait intéressant de constater que près de 60 % de cette population gravement atteinte d'incapacité physique n'est âgée que de 50 à 54 ans et se compose d'une majorité d'ouvriers (37 %) et d'employés publics (19 %). Le second groupe caractéristique, issu de l'étude des cumuls, est celui qui se définit par la déclaration exclusive d'un handicap (15,6 %). 76 % des membres de ce groupe expriment un handicap faible ou gênant et 23 % déclarent au moins un handicap très gênant. À nouveau, intéressons-nous à cette dernière frange de la population la plus affectée : elle concerne à 90 % des individus âgés de 50 à 60 ans, elle est à dominante masculine (58 %) et composée à 47 % d'employés (19 % d'employés du secteur public). Enfin, 13 % de la population affectée cumule incapacité physique et handicap. Cette population se retrouve plutôt dans la première cohorte (50 %) et le degré de handicap est plus élevé que celui de l'incapacité physique.

À présent, isolons la population très affectée qui regroupe les individus déclarant au moins une affection très gênante (cf. tableau 7). Elle représente un tiers de la population active affectée. Alors que la part de la population active affectée augmente avec l'avancée en âge, la population active très affectée décroît avec l'avancée en âge, les actifs très touchés ne pouvant pas continuer leur activité. Cette population se concentre donc sur la première cohorte (57 %) et concerne davantage les hommes (57 %) que les femmes. Un tiers de la population très affectée est ouvrière et 12 % est employée du secteur public.

11 Cette échelle se définit selon six niveaux de gravité (croissante : aucune affection, affection faible, gênante, très gênante, grave et grave, voire complète) ; elle s'inspire de la construction des indicateurs de morbidité du Credes (Magdelaine, Mizrahi An, Mizrahy Ar, Rösch G., 1967).

12 La population très affectée regroupe les individus qui déclarent au moins une affection très gênante de leur état de santé (cf. échelle de gravité des affections en annexe).

Tableau 7

Part de la population active très affectée selon le sexe, la cohorte et la catégorie sociale (niveau intermédiaire)

Population	Population très affectée (au moins une affection très gênante)	
	Structure de la population très affectée	Part de la population très affectée dans la population active
	N = 203	
SEXE		
Hommes	57,4 %	7,5 %
Femmes	42,6 %	6,1 %
COHORTE		
50-54 ans	56,2 %	7 %
55-59 ans	35,4 %	6,8 %
60-64 ans	8,4 %	5,5 %
CATÉGORIE SOCIALE		
Agriculteurs	7,3 %	8,6 %
Artisans	3,4 %	4,4 %
Commerçants	5,6 %	8,6 %
Professions libérales	0,8 %	2,7 %
Cadres du secteur public	5,3 %	5,5 %
Cadres du secteur privé	3 %	3 %
Prof. intermédiaires du secteur public	4,7 %	4,2 %
Prof. intermédiaires du secteur privé	3,5 %	4,5 %
Techniciens	1 %	2 %
Contremaîtres	3,3 %	8,1 %
Employés du secteur public	11,9 %	8,3 %
Employés du secteur privé	7,2 %	5,9 %
Employés du commerce	2,4 %	5,8 %
Personnels à domicile	7,2 %	7,2 %
Ouvriers qualifiés	20,4 %	9,1 %
Ouvriers non qualifiés	9,7 %	10,8 %
Ouvriers agricoles	3,3 %	23 %

Source : Insee, 1996.

Champ : population active âgée de 50-64 ans en 1996.

Pour conclure au regard de ces observations, quelques grandes tendances s'affirment. Les catégories qui sont les plus sensibles (ouvriers et employés) sont aussi celles qui cumulent le plus d'affections et les affections les plus graves. La césure observée entre la première et la seconde cohorte tient sans doute au fait qu'une partie de la population active affectée dès 50 ans quitte précocement son activité (départ en préretraite) : on ne retrouve donc pas entre 55 et 60 ans les individus les plus touchés de la cohorte précédente. Les femmes déclarent souvent plus



d'affections que les hommes, mais la gravité de celles-ci est moins grande que celles observées chez les hommes. Par ailleurs, les femmes vont déclarer plus souvent une incapacité physique alors que les hommes se caractérisent davantage par le critère de handicap. L'avancée en âge est un facteur particulièrement discriminant pour les hommes agriculteurs, la population affectée de la dernière cohorte est de 45,3 % alors qu'elle n'est que de 20 % dans le reste de la population masculine du même âge.

À travers ces quelques résultats, force est de constater que la comparaison des catégories sociales n'a de sens que si on réalise une distinction par sexe et ceci pour deux raisons : d'une part les catégories sociales dont l'état de santé est dégradé sont fortement marquées par la variable de sexe (80 % de la population ouvrière est masculine et 80 % des employés sont des femmes) et d'autre part au sein d'une même catégorie, femmes et hommes n'exercent pas les mêmes activités professionnelles (et donc la pénibilité du travail de celles-ci n'est pas identique). Par conséquent, nous dressons une typologie afin de mettre en évidence les particularités de santé selon la catégorie sociale et le sexe.

■ Une typologie sociale et par sexe de l'état de santé

L'analyse de données va nous permettre de corroborer les statistiques observées mais aussi et surtout, in fine, de réaliser une typologie sociale et sexuée de l'état de santé déclaré. Nous avons mené une première analyse sur l'ensemble de la population, mais elle ne donne pas de résultats exploitables car la variable de sexe explique une part trop grande de l'inertie de l'échantillon et voile ainsi les caractéristiques des autres variables explicatives. Nous avons d'ailleurs vu à travers les premiers résultats que le sexe est une variable pertinente, nous allons par conséquent établir une typologie de l'état de santé pour les hommes et pour les femmes. Nous menons donc deux analyses, l'une sur la population active masculine et l'autre sur la population active féminine.

Encadré 2 : L'analyse de données multidimensionnelles (exploitation sous le logiciel SAS)

Deux parties distinctes composent cette analyse. L'analyse factorielle (analyse des correspondances multiples) permet de synthétiser l'échantillon selon plusieurs dimensions caractéristiques (axes factoriels). Elle se fonde sur une compréhension en terme de distance pondérée à la situation d'indépendance (situation dans laquelle chaque individu est identique et interchangeable) et répond globalement à cette question : quelles sont les caractéristiques communes (âge, sexe, milieu social...) d'individus particuliers (pour résumer ceux dont l'état de santé est excellent ou très mauvais) ? À partir de cette représentation de la population en axes, la classification par classes d'individus homogènes (classification hiérarchique ascendante) identifie une typologie et permet a posteriori d'émettre des hypothèses sur ces groupes.

L'analyse factorielle de la population masculine conduit à déterminer trois axes explicatifs de l'inertie de l'échantillon : le premier axe marque l'influence du handicap. Les statistiques ont, en effet, mis en évidence la prédominance de cet indicateur chez la population affectée ; les disparités sociales caractérisent le second axe : les cadres et les ouvriers présentent des spécificités d'état de santé diamétralement opposées. Enfin la cohorte (et donc un effet âge) détermine un troisième axe. Une classification hiérarchique permet alors d'effectuer une partition en cinq classes. L'analyse factorielle de la population féminine revient à déterminer deux axes explicatifs de l'inertie de l'échantillon : l'incapacité physique apparaît comme le facteur explicatif du premier axe, le second axe est celui des disparités sociales et de situation (les femmes sont plus au chômage que les hommes). Le résultat de la classification masculine donne cinq classes distinctes. Les classes 1, 2 et 5 sont celles des actifs en emploi alors que les classes 3 et 4 se partagent entre chômage et emploi.

■ Classification des hommes (N = 1 702)

Classe 1 : Une population non affectée, jeune et en emploi (58,7 % de la population active masculine).

Ce groupe se caractérise par une forte proportion de jeunes actifs (70 % entre 50 et 54 ans) en emploi (à 99,5 %). On constate une forte surreprésentation des cadres (27 %) et des professions intermédiaires (27 %).



Classe 2 : Une population en emploi qui reste en bonne santé en vieillissant (18,1 %).

La totalité de cette classe est en emploi, elle se distingue par un vieillissement en activité sans incapacité physique (46 % de la cohorte 50-54 ans, 29 % en cohorte 55-60 ans et 25 % dans la dernière cohorte). Les artisans composent 58,4 % de ce groupe.

Classe 3 : Une population jeune dont l'état de santé est légèrement affecté (14,9 %).

Seuls 52 % des individus de cette classe sont en emploi. Elle se caractérise par une majorité d'ouvriers (60 %) mais aussi de 10 % de cadres du secteur privé. Quatre cadres sur cinq sont au chômage alors que 60 % des ouvriers sont en emploi. Cette classe réunit donc cadres au chômage et ouvriers en emploi. Lorsque l'on compare ces deux catégories, les cadres déclarent moins d'affections que les ouvriers. 10 % de ces derniers expriment une incapacité physique grave, voire complète. 56 % des hommes de ce groupe appartiennent à la première cohorte et 44 % à la seconde.

Classe 4 : L'«incapacité sociale» des chômeurs et actifs ouvriers (4,9 %). Cette population est majoritairement au chômage (58 %). Un homme sur deux appartient à la première cohorte et 45 % se retrouvent dans la seconde. On remarque une très forte présence des ouvriers (63 %) et des employés (25 %) 40 % de cette classe déclarent une incapacité physique, 30 % un handicap gênant et 17 % une incapacité sociale grave. Comme nous l'avions souligné, il apparaît très clairement une notion d'incapacité sociale chez les ouvriers.

Classe 5 : l'incapacité physique des agriculteurs et artisans (3,5 %). Ces hommes, tous en emploi, se répartissent à peu près équitablement entre les trois cohortes (respectivement 40,7 %, 28,8 % et 30,5 %). Leur état de santé est altéré de manière plus ou moins grande selon l'indicateur. Cette population déclare moins d'affections que celle de la classe 4, mais elles sont plus graves. 12 % expriment un handicap grave, 12 % déclarent une incapacité physique très grave, voire complète et 10 % une incapacité sociale grave. 56 % d'entre eux sont artisans et commerçants (aucun chef d'entreprise) et 32,2 % des agriculteurs.

La même analyse est réalisée sur la population active féminine. À nouveau, cinq classes ressortent.

■ Classification des femmes (N = 1 381)

Classe 1 : Une population en emploi non affectée (18,2 % de la population active féminine).

Les femmes (à 96 % en emploi) qui composent ce groupe sont pour 80 % d'entre elles issues de la seconde cohorte (20 % sont dans la première), elles déclarent toutes être en très bonne santé. Les employées (58,7 %), les professions intermédiaires (22,6 %) et les ouvrières sont surreprésentées dans cette classe.

Classe 2 : Une population jeune, non affectée et en emploi (45,8 %). Cette classe, la plus nombreuse, se caractérise par une population non affectée, jeune (80 % entre 50 et 54 ans) et en emploi. Cadres (18,5 % contre 10,4 % dans la population active), artisans (13,7 % contre 8 %) et professions intermédiaires sont les catégories qui singularisent cet échantillon.

Classe 3 : L'incapacité physique des agricultrices (15,1 %).

Cette classe se compose de 36 % d'agricultrices (5,8 % dans la population active féminine). 37 % de cette classe déclarent souffrir d'une légère incapacité physique et 11 % d'une incapacité physique très grave, voire complète. Une femme sur deux est âgée de 50 à 54 ans et 37 % de 55 à 59 ans.

Classe 4 : L'incapacité physique légère des ouvrières en emploi et des employées au chômage (16,5 %).

70 % des femmes sont au chômage. La classe 4 se compose de 50 % d'ouvrières en emploi et de 40 % d'employées au chômage. Une femme sur deux appartient à la seconde cohorte et une sur cinq à la dernière cohorte. 20 % d'entre elles expriment une incapacité physique légère et 5 % une incapacité physique très grave, voire complète.

Classe 5 : Une population employée vieille et très affectée (4,3 %).

29 % de personnels à domicile et 27 % d'employées du secteur public cohabitent dans cette classe. Ces femmes sont réparties à 40 % dans la première cohorte, 35 % dans la suivante et 25 % dans la dernière, elles sont, pour 34 % d'entre elles, au chômage. L'état de santé est particulièrement mauvais pour ces femmes, 60 % d'entre elles déclarant un handicap au moins gênant et seulement 20 % n'exprimant pas d'incapacité physique.

La double classification permet avant tout de déterminer les groupes à risques. Chez les hommes, les ouvriers âgés de 50 à 54 ans (classe 3) éprouvent déjà les méfaits d'un vieillissement précoce qui devient plus aigu en avançant en âge. Par ailleurs, ils



souffrent d'incapacité sociale. Les artisans et agriculteurs sont fragilisés aussi par l'avancée en âge (classe 5). Les seconds sont, de plus, victimes d'un effet d'âge (ils sont plus âgés que les autres). Les groupes à risques féminins sont très clairement identifiés : les jeunes agricultrices déclarant des incapacités physiques (classe 3), les employées au chômage (classe 4) et le handicap des employées du secteur public et des personnels à domicile (classe 5).

Tableau 8**Répartition sociale masculine dans les classes**

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
Agriculteurs	0	79,6	0	0	20,4
Artisans	0,9	82,6	0,9	0,5	15,0
Cadres	85,0	4,4	9,7	0,6	0
Professions interm.	80,0	5,4	11,9	2,1	0,6
Employés	63,0	3,6	19,4	12,7	1,2
Ouvriers	61,8	2,8	25,8	9,1	0,5

Tableau 9**Répartition sociale féminine dans les classes**

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
Agriculteurs	0	0	95,0	0	5,0
Artisans	1,8	78,4	14,4	2,7	2,7
Cadres	2,8	81,8	11,2	2,8	1,4
Professions interm.	25,1	62,1	4,0	7,5	1,3
Employés	22,6	44,0	13,1	14,1	6,1
Ouvriers	24,7	0	3,6	67,5	4,2

La comparaison des deux tableaux permet de considérer les caractéristiques de chaque classification. La classification masculine est plus homogène que celle des femmes. Trois groupes socioprofessionnels se détachent. Les agriculteurs et artisans sont en moyenne plus âgés que les autres catégories, ils se retrouvent par conséquent dans la population non affectée de la classe 2 et non de la classe 1. Ils sont fortement représentés dans la classe 5 où la gravité des affections est la plus grande. Le second groupe

se compose des cadres et professions intermédiaires, majoritairement rassemblés dans la première classe. Enfin, les employés et les ouvriers sont sous-représentés dans la classe 1 mais se définissent davantage (en tout cas pour la frange affectée de la population) à travers les classes 3 et 4 (population en mauvaise santé).

Concernant les femmes, les profils socioprofessionnels sont plus disparates mais des catégories socioprofessionnelles émergent tout particulièrement. Les deux groupes en bonne santé (classes 1 et 2) se distinguent par le milieu social d'origine (employé pour la première et cadre et artisan pour la seconde). Artisans et cadres ont néanmoins des structures similaires : une omniprésence dans la classe 2 (population jeune et non affectée) et environ 8 % dans la classe 3. Les agricultrices sont particulièrement affectées, elles sont uniquement dans les deux classes (3 et 5) qui définissent l'état de santé le plus mauvais. Enfin, les personnels à domicile et les employées du secteur public sont très touchées dans leur état de santé. Globalement, les deux classifications séparent la population non affectée (classes 1 et 2) de la population affectée (3, 4, 5). La population, selon qu'elle est masculine ou féminine, possède des spécificités bien distinctes. La population masculine non affectée réunit plus d'individus que la population féminine, les femmes ayant tendance à exprimer plus d'incapacité physique. Les classes correspondant à la population affectée soulignent plusieurs éléments : le risque chômage particulièrement sensible pour les ouvriers ou les employées, le lien entre avancée en âge et détérioration de l'état de santé, mais aussi et surtout, des spécificités par sexe.

Nous avons donc mis en valeur à travers cette typologie, la différenciation sociale et par sexe de l'état de santé déclaré en activité. Les données de santé dont nous disposions pour cette étude ne sont pas satisfaisantes mais elles confirment les différentes études menées sur le sujet. Ces résultats permettent désormais de nous poser des questions sur la prise en compte de la mortalité différenciée.

■ Discussion conclusive

Les hommes ouvriers (classes 3 et 4) et les femmes employées (classes 4 et 5) et ouvrières (classe 4) ressortent significativement de cette typologie et se définissent par un état de santé qui se détériore plus rapidement que les autres. Les agricultrices se distinguent aussi, mais il semblerait que, malgré leur mauvais état



de santé, elles demeurent en activité alors que les autres catégories très touchées quittent leur activité (elles sont très fortement affectées dans la dernière cohorte).

La situation des actifs n'est donc pas identique au regard de leur état de santé et donc de leur capital-santé. L'usure du capital-santé recouvre plusieurs facteurs explicatifs (hygiène, modalités d'accès aux soins, aspects socioculturels, etc.) mais l'activité professionnelle est sans doute le plus déterminant. Il existe d'étroites relations entre l'activité professionnelle et l'état de santé en fin de vie active (Volkoff, Molinié, Jolivet, 2000 ; «Travail, Santé, Vieillesse : relations et évolutions», 2001). Une inégalité devant la santé existe entre actifs puisque certains vivent en meilleure santé que d'autres ; elle est d'autant plus palpable que l'espérance de vie des jeunes retraités (et donc l'espérance de durée de retraite) peut varier sensiblement selon leur parcours professionnel (Desplanques, 1993).

Les ouvriers cotisent plus longtemps que les autres catégories, meurent plus vite et touchent donc des pensions plus faibles et durant moins longtemps. Est-ce juste de laisser ce type de redistributions intragénérationnelles s'effectuer ? Majnoni d'Intignano, dès 1994, puis Bichot ont dénoncé ces injustices. Comment pallier alors ces inégalités sociales de santé qui existent à tous les âges de la vie et qui s'affirment et se creusent durant la vie active en raison, en particulier, des diverses conditions de travail et de leurs conséquences sur la santé ? Si l'on se réfère à la conception rawlsienne de la justice sociale (Rawls, 1971), toute inégalité est légitimée si elle est en faveur du groupe le plus défavorisé. De ce point de vue, une inégalité de traitement entre groupes sociaux est «juste» si elle bénéficie aux groupes dont l'état de santé est le plus mauvais. Plusieurs options peuvent alors être prises : corriger ces inégalités durant la vie active ou bien différencier les conditions d'accès à la retraite. Plusieurs se sont interrogés sur la nécessité de corriger ces inégalités en différenciant l'âge de la retraite (Majnoni 1994, Barnay 1999, 2000, 2001) ou en modifiant les règles d'accès à la retraite (Bichot, 2001).

La discrimination positive par la santé établit une différence de traitement au profit de certaines personnes dans le seul but de rétablir une égalité socialement rompue. Elle existe déjà dans l'accès aux droits à la retraite mais elle n'est pas uniforme et concerne des catégories particulières d'individus. En principe, les salariés justifiant d'une durée minimale de cotisation peuvent dès l'âge de 60 ans (art R 351-1) bénéficier d'une pension de retraite à taux plein (CSS art L351.1 à L352.1). Dans les faits, les disparités

sont importantes (les majorations de pensions et les conditions particulières d'ouverture des droits à la retraite en particulier pour les individus relevant des régimes spéciaux).

Les majorations sont, entre autres, octroyées pour les mères de familles (CSS art L351-4 R 351-14), à raison de deux années par enfant à charge au moins neuf ans durant ses seize premières années ainsi que pour les congés parentaux. De nombreuses mesures ponctuelles liées au caractère pénible d'un travail coexistent ; ainsi les mères de familles ouvrières peuvent bénéficier d'une retraite à taux plein à 60 ans, si elles ont élevé trois enfants, si leur durée de cotisation est d'au moins trente ans (bonification pour enfant comprise) et si elles ont accompli pendant cinq ans (sur les quinze dernières années précédant la demande de liquidation de la pension) un travail manuel ouvrier de façon effective et permanente (art. R 351-23 CSS). Cette mesure est totalement isolée, les hommes ouvriers dans une situation analogue qui ont commencé à travailler à 18 ans ou moins, doivent attendre 60 ans pour obtenir leurs droits à la retraite même s'ils ont atteint la durée de cotisation avant «l'âge-couperet» de 60 ans. Aucune majoration n'est prévue et leur état de santé particulièrement dégradé par rapport au reste de la population n'est absolument pas pris en considération alors même qu'ils représentaient, en 1996, 23 % de la population active de plus de 50 ans.

La santé entre en compte dans les conditions d'âge légal de départ en retraite pour certaines catégories de travailleurs dont l'activité est réputée à risque. Elle justifie une discrimination de traitement. Actuellement, les règles de l'âge de la retraite favorisent les agents du secteur public qui partent plus tôt en retraite que les salariés du privé (61,2 ans en moyenne). Chez les hommes, l'âge effectif de départ est de 55,9 ans à EDF-GDF (Charpin, 1999), 50,3 ans pour les agents de conduite SNCF, 53,4 ans pour les agents de la RATP, 58,3 ans pour les fonctionnaires civils. Par ailleurs, les médecins partent en retraite en moyenne à plus de 65 ans. Le temps passé à la retraite est très différent d'un régime à l'autre : 13,6 ans en moyenne pour les salariés du privé contre 24 ans pour les agents de l'État et de la SNCF. Les redistributions intragénérationnelles et la prise en compte des risques liés à telle ou telle profession expliquent les différences entre les durées effectives de cotisation et les durées validées selon le sexe et donc les différences de départ en retraite. La durée validée est plus importante pour les fonctionnaires et les agents de la RATP et de la SNCF que pour les salariés du privé. Les individus relevant des régimes spéciaux ont une durée de cotisation validée systématiquement supérieure à la durée de cotisation effective (d'environ quatre années pour les hommes et de la moitié pour les



femmes). Les femmes ont en moyenne validé quatre ans de moins que les hommes, très peu bénéficiant de carrières complètes ; cette constatation se ressent au niveau des avantages de droits directs féminins qui sont divisés par deux par rapport à ceux des hommes. Grâce aux bonifications procurées par l'affiliation aux régimes spéciaux ou de la fonction publique, les femmes (assurées de ces régimes) partent avant les hommes en retraite alors que, dans le privé, les femmes restent plus longtemps en activité. L'âge effectif d'ouverture des droits entre régimes est donc tout à fait disparate.

Ces situations paradoxales sont multiples et établissent des iniquités de traitements. Elles répondent à un souci redistributif face au risque santé, mais elles ne concernent qu'une population privilégiée (régimes spéciaux) alors que d'autres groupes sont davantage concernés par un vieillissement précoce au travail (les ouvriers *cf.* classes 4 et 5 des hommes et classe 4 des femmes, et les agriculteurs). En effet, conformément à notre typologie seule la classe 5 ressortant de la classification féminine bénéficie d'une approche différentielle de l'âge de la retraite.

En conclusion, le critère de pénibilité du travail est d'ores et déjà reconnu légitime pour justifier les inégales conditions d'accès à la retraite. Mais cette mesure discriminatoire ne concernant pas toutes les activités pénibles, la parcimonie de cette règle introduit donc une iniquité de plus. Par ailleurs, la reconnaissance de la pénibilité du travail comme vecteur de discrimination positive est aussi légitimée par la création récente de la Cats (Cessation d'activité de certains travailleurs salariés) dont bénéficient les salariés ayant travaillé de nuit, en continu. De fait, la discrimination positive par l'état de santé existe. L'élargissement de ces mesures d'âge à toutes les catégories par une mesure de leur état de santé permettrait de rétablir l'équité devant la durée et la qualité de vie c'est-à-dire devant la santé.

Je souhaite remercier tout particulièrement Sylvie Renaut (direction des Recherches sur le vieillissement de la Cnav) pour son aide technique et méthodologique dans l'exploitation des données (Renaut S., 1999) et pour sa relecture attentive. Je remercie aussi Jim Ogg, chercheur associé à la Cnav pour sa relecture et ses commentaires pertinents. Mes remerciements vont aussi à Mme Majnoni d'Intignano (Université Paris XII) pour ses commentaires. Je n'oublie pas les deux *referees* anonymes de la revue pour leur relecture avisée et leurs critiques constructives, qu'ils en soient ici remerciés.

■ Annexes

■ Construction des indicateurs de santé

Pour chaque indicateur six classes de gravité sont définies :

- Handicap

- 1 - aucun handicap
- 2 - faible handicap (handicap gênant de la vue ou de l'audition)
- 3 - handicap gênant (handicap gênant moteur ou autre)
- 4 - handicap très gênant (deux, trois ou quatre handicaps gênants)
- 5 - handicap grave (un handicap grave)
- 6 - handicap très grave, voire complet (au moins deux handicaps graves)

- Incapacité physique

- 1 - aucune incapacité physique
- 2 - faible incapacité physique (une réponse «difficilement» à un indicateur)
- 3 - incapacité physique gênante (deux réponses «difficilement»)
- 4 - incapacité physique très gênante (combinaison)
- 5 - incapacité physique grave (combinaison)
- 6 - incapacité physique très grave, voire complète (au moins deux réponses «non»)

- Incapacité sociale

- 1 - aucune incapacité sociale
- 2 - faible incapacité sociale (une réponse «difficilement» à un indicateur)
- 3 - incapacité sociale gênante (deux réponses «difficilement»)
- 4 - incapacité sociale très gênante (trois réponses «difficilement»)
- 5 - incapacité sociale grave (une réponse «non»)
- 6 - incapacité sociale très grave, voire complète (deux ou trois réponses «non»)

La population affectée rassemble les individus ayant déclaré au moins une affection faible (niveau 2) de leur état de santé. À travers le terme de «population affectée» il faut donc comprendre *population dont l'état de santé est affecté*.

La population très affectée regroupe les individus qui déclarent au moins une affection très gênante de leur état de santé (niveau 4).



■ Bibliographie

BARNAY T., décembre 2001, *Redéfinir les solidarités entre générations : Une approche différentielle du problème des retraites*, Étude Ires/CFE-CGC, agence d'objectif, 96 p.

BARNAY T., 2000, «L'espérance de vie : une nouvelle inégalité devant la retraite ?», *Cahiers du Gratice*, n°18, Université Paris XII, Val-de-Marne, pp. 211-235.

BARNAY T., juin 1999, *Équité : Recul et différenciation de l'âge de la retraite*, mémoire de DEA, Université Paris XII, Val-de-Marne, 78 p. (Prix spécial de mémoire 1999 de l'Observatoire des retraites).

BICHOT J., avril 2001, «Retraites : durée de cotisation ou neutralité actuarielle», *Droit social*, n°4, pp. 428-433.

CHARPIN J.-M., mars 1999, *L'avenir de nos retraites*, Rapport au Premier ministre, Commissariat général au Plan.

COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES, 1999, *Proposition de décision du conseil sur les lignes directrices pour les politiques de l'emploi des États membres en 2001*, com (2000) 548 final, 2000/0225 (CNS), le 6 septembre 2000.

DESPLANQUES G., 1993, «L'inégalité sociale devant la mort», *La société française, Données sociales*, pp. 251-258.

DUMARTIN S., 2000, «Trois-quarts des Français se considèrent en bonne santé», *Insee Première*, n° 702.

MAGDELAINÉ, MIZRAHI An, MIZRAHI Ar, RÖSCH G., 1967, «Un indicateur de morbidité appliqué aux données d'une enquête sur la consommation des ménages», *Consommation*, n°2.

MAJNONI D'INTIGNANO B., 1997 (réédition de 1994), *La protection sociale*, Le livre de poche, Édition de Fallois.

MORMICHE P., 2000, «Le handicap se conjugue au pluriel», *Insee Première*, n° 742.

RAWLS J., 1971 (réédition 1993), *Théorie de la justice*, trad. française, Seuil, Paris, 1987.

RENAUT S., 1999, *Parcours professionnels et parcours de vie : continuités et ruptures*, rapport d'après l'exploitation du fichier Insee (enquête complémentaire Emploi 1996), document de travail DRV-Cnav, non publié.

ROBINE J.-M., MORMICHE P., 1994, «Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991 et élaboration de séries chronologiques», *Solidarité Santé*.

SERMET C., GRANDJEAN E., 1998, «Évolution de l'état de santé des personnes âgées en France, 1970-1996», *Questions en santé publique*, CreDES, Les éditions Inserm, n°1214.

«Travail, Santé, Vieillesse : relations et évolutions», 2001, coll. «Colloque», éditions Octares.

VOLKOFF S., MOLINIÉ A.-F., JOLIVET A., 2000, *Efficaces à tout âge*, dossier n°16, Centre d'études sur l'emploi, La Documentation française.