

Michel Pletschette

Retraites et santé

Quelques considérations sur les relations entre âge de la retraite, espérance de vie et équilibres financiers

On entend souvent évoquer la question de l'âge de la retraite dans la perspective d'une impasse de financement. Elle prend, aujourd'hui, l'allure d'une catastrophe. Le déficit apparent des régimes sociaux, souvent par amalgame entre la protection vieillesse et la protection maladie, est représenté comme relevant d'une évolution tout à fait illégitime et largement incompatible avec l'évolution économique actuelle. Un des acquis les plus importants de l'après-guerre se révélerait donc finalement aujourd'hui comme une idée très mauvaise. Qu'en est-il exactement ?

Tout d'abord, l'allongement spectaculaire de l'espérance de vie depuis le début de l'industrialisation, il y a environ 150 ans, soit cinq ou six générations, est en soi une performance remarquable des sociétés européennes. Alors que, vers les années 1850, l'industrialisation rapide de l'Europe était responsable d'un taux de mortalité atteignant en certains endroits jusqu'à 50 % des hommes de 40 ans, l'espérance de vie se situait à 60 ans au tournant des années 1950, c'est-à-dire au début des « trente glorieuses », pour dépasser, à l'heure actuelle, les 80 ans.

Michel Pletschette est médecin et travaille dans une organisation internationale où il s'occupe de santé publique. L'auteur s'exprime à titre personnel.

On aurait plutôt tendance à se féliciter de ce résultat qui correspond à la réalisation sociale d'un potentiel biologique. L'actuelle longévité doit donc être considérée plus comme une normalité que comme une exception, l'achèvement d'un droit fondamental et non une calamité. Par

**L'allongement spectaculaire
de l'espérance de vie correspond
à la réalisation sociale d'un
potentiel biologique.**

conséquent, il est logique de considérer le respect de cette norme comme la tâche de la société dans son ensemble et non seulement une affaire relevant simplement de mesures de financement des caisses de retraite.

En l'analysant de plus près, l'accroissement de la durée de vie n'est pas la seule raison de la relation apparemment peu favorable entre les années servant à alimenter le système de retraites et celles où celui-ci est appelé à déboursier. L'allongement et l'intensification des périodes de formation ainsi que le recrutement croissant de la main-d'œuvre féminine (à carrières de cotisations plus courtes) dans les différents secteurs de l'économie y contribuent

également. Cependant, ces mutations profondes survenues en 20 ans s'accompagnent ou sont même à l'origine d'un accroissement extraordinaire de la productivité du travail, probablement multiplié par un facteur de cinq ou plus.

Cet accroissement de la productivité est aussi le résultat d'une meilleure qualité de santé individuelle qui, à l'avenir, s'avérera probablement comme irréversible. En effet, si plus d'hommes et de femmes restent en bonne santé, dès lors leur capacité à participer à la vie économique et sociale durera plus longtemps. La croissance économique relève donc très largement de celle du capital humain qui, en retour, est basée à la fois sur une meilleure éducation et une meilleure santé de la population. Il en résulte que la redistribution de cette hausse de la productivité, qui ne s'est faite qu'en (faible) partie par le biais d'augmentations salariales, n'est pas seulement une affaire de justice et d'éthique, mais aussi un moyen de contribuer au développement du capital humain et, par là, au développement de la richesse économique dans son ensemble. Dans un tel cadre, le financement des retraites ne devrait pas intéresser les seules caisses collectant des prélèvements sur les salaires. Au contraire, une fiscalisation croissante du financement des retraites apparaît comme

l'application la plus logique d'un mécanisme économique de base.

Si une population en bonne santé garantit donc la pérennisation du capital humain, l'individu dispose quant à lui d'un capital santé soumis, au moment de sa retraite, à de fortes variations en fonction de ses occupations professionnelles antérieures et, par là, à son exposition à des risques de santé plus ou moins bien définis et ayant un impact sur la réalisation de son droit à retraite. Ainsi, il est évident qu'un déménageur ne disposera plus à 60 ans d'un appareil locomoteur (muscles, os et articulations) lui permettant de travailler comme à l'époque où il en avait 30 – inutile donc de lui demander de différer davantage l'âge de son départ à la retraite. De nombreuses études ont mis en évidence l'influence importante des conditions de travail passées sur l'espérance de vie. Mais c'est surtout l'espérance de vie des personnes en bonne santé qui montre d'étonnantes variations en Europe. Le tableau 1 témoigne d'un classement peu favorable de la population luxembourgeoise dans une telle échelle de classement. On notera au passage que le PIB par habitant ne renseigne pas complètement sur le bien-être et qu'une population se contentant de revenus moyens élevés aura bien des raisons de regretter le bien-être plus effectif conféré par des sociétés plus égalitaires comme celles de certains pays nordiques.

À la base de ces différences se trouvent des expositions à des risques chimiques

et physiques définis, comme l'amiante de tambours de frein pour les mécaniciens de voiture ou les solvants toxiques pour les professionnels du nettoyage. Ces risques sont reconnus à des degrés divers dans le cadre de la législation sur les maladies professionnelles. Mais il y a aussi le travail de nuit et le travail en trois-huit qui présentent des risques diminuant le capital santé de façon importante. Il ne serait donc pas sensé de demander à un grand

Dans un nombre croissant de professions, les épisodes de congé de maladie prolongés au motif de se remettre des pressions sur la santé mentale se multiplient.

ensemble de professions de travailler davantage d'années, alors que les risques de santé encourus ne sont pas réparables, voire s'ils perdurent ou augmentent encore pendant ces années supplémentaires. Le fait de permettre de prendre une retraite précoce présente au contraire la possibilité de rembourser de bonne heure le capital santé perdu prématurément, à défaut de pouvoir le reconstituer.

L'intensification de certaines tâches professionnelles d'une part et la généralisation de la précarité du travail d'autre part entraînent leur lot croissant de risques sur le plan de la santé mentale. Dans un nombre croissant de professions, les épisodes de congé de maladie prolongés au motif de

se remettre des pressions sur la santé mentale se multiplient. La généralisation des postes de travail par ordinateur entraîne une sédentarisation des activités professionnelles, qui intervient dans la genèse de l'obésité et de la surcharge pondérale affectant un Européen sur deux dans un proche avenir.

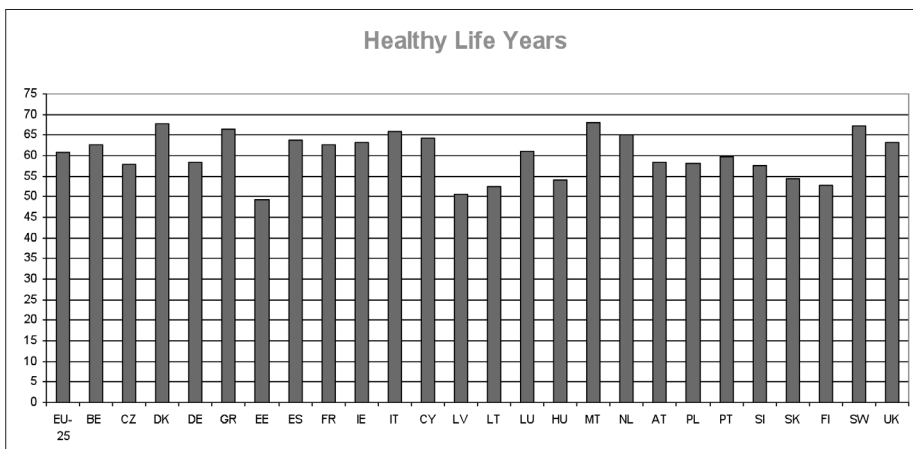
Les manquements du passé en matière de santé au travail et de médecine préventive efficace ainsi que les importants déficits actuels sont à mettre en relation avec le fait que par exemple en France, près de 40 % des travailleurs ne sont pas en mesure de prendre leur retraite à l'âge légal. En effet, le travailleur est sans occupation professionnelle, soit pour des raisons liées à son état de santé, soit parce qu'il est au chômage. Des pourcentages similaires, certes moins importants mais tout aussi significatifs, existent pour la Belgique et l'Allemagne.

L'allongement de la durée du travail ne fait donc pas seulement face à un obstacle structurel important, mais n'apporte pas non plus de bénéfices financiers durables. En effet, le nombre de personnes en incapacité de travail aura tendance à augmenter pour les classes d'âge situées entre 60 et 65 ans, et ces personnes émergeront à d'autres parties du système de protection sociale, comme l'assurance maladie et l'assurance invalidité. L'augmentation de l'âge d'entrée dans les systèmes de retraite ne constitue alors qu'un transfert de déficits entre différents éléments du système de protection sociale et ne saurait être présentée comme une mesure durable d'assainissement de ceux-ci.

Aussi longtemps que la santé ne se sera pas améliorée pour une plus large partie de la population, ni l'équilibre des systèmes ni leur équitabilité ne se réaliseront.

Un autre élément souvent cité est l'inoxorable augmentation des coûts de soins de santé en relation avec l'accroissement de la durée de vie. Le tableau 1 montre déjà l'importante différence existant au sein de l'Union européenne entre durée de vie absolue et durée de vie en bonne santé et, par-delà cette différence, les attentes élevées que l'on peut avoir en matière de prévention des maladies, également dans le

Tableau 1 : les chiffres de l'espérance de vie en bonne santé varient fortement en Europe



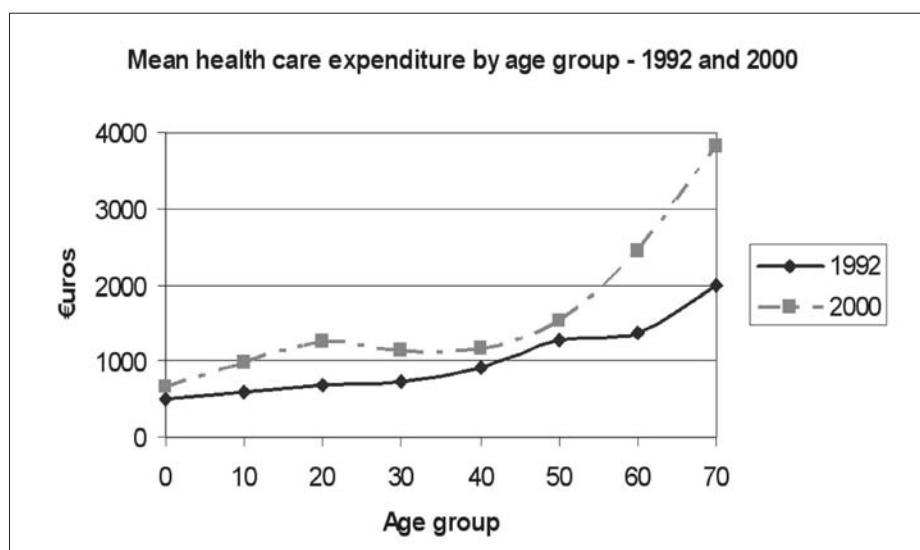
Toutes les données datent de 2006, sauf celles pour l'Italie et EU-25 publiées en 2005.

but de rendre durable le financement du système de soins. Ce raisonnement apparaît comme étant des plus classiques et des études récurrentes démontrent la forte efficacité économique de la prévention, qui reste paradoxalement peu appliquée, ne représentant que quelques pourcents du budget global des soins de santé.

Moins connues sont cependant les études économiques récentes, notamment celles de Brigitte Dormont qui montrent que le principal facteur contribuant à l'augmentation des coûts de soins de santé est la proximité par rapport à la fin de vie. Le tableau 2 montre l'explosion spectaculaire des coûts avec la progression des classes d'âge. D'autres études montrent une accélération des coûts de soins lors des derniers mois de vie, et ceci indépendamment de l'espérance de vie réalisée. Effectivement, à consommation constante par année de vie, les coûts devraient toujours augmenter en progression linéaire avec l'âge et arriver à un volume cumulé plus important dans une population plus vieille que dans une population à espérance de vie réduite. Mais cette augmentation est exponentielle et des analyses approfondies mettent en évidence la relative mais importante inefficacité des moyens médicaux souvent mis en œuvre dans le traitement des malades vers la fin de leur vie, mais surtout l'impact des pratiques médicales appliquées en fin de vie. Les chiffres montrent que cette augmentation est tout à fait excessive et a besoin d'être contrée par des mesures tendant à augmenter l'efficacité de la médecine curative et à limiter l'impact des pratiques de soins non effectives, voire à éliminer ces dernières, faute de quoi la pérennisation du financement des systèmes sociaux ne peut être acquise.

La notion d'une responsabilité collective dans la construction d'une assurance contre les infortunes de la vie est une des bases des sociétés industrielles développées. Elle est intimement liée à la notion de l'émancipation individuelle par rapport aux malheurs de la vie. En fait, l'attachement si grand à cette notion se base sur les expériences ruineuses des générations précédentes. En même temps, elle est à l'origine des choix de vie et d'investissements personnels irréversibles des ménages, dont la mise en cause ne devrait pas ap-

Tableau 2 : les dépenses de santé augmentent de plus en plus vite en fonction des classes d'âge



porter de gains à l'économie, comme le démontre l'éclatement successif des bulles de spéculations développées en remplacement individuels des systèmes de protection collectifs.

La notion d'une responsabilité collective dans la construction d'une assurance contre les infortunes de la vie est une des bases des sociétés industrielles développées. Elle est intimement liée à la notion de l'émancipation individuelle par rapport aux malheurs de la vie.

En même temps, l'absence de protection sociale fragilise le tissu économique dans sa partie la plus vitale. En effet, dans un pays comme les États-Unis où le système de protection de la santé (avant la réforme Obama) est resté très faible, la moitié des faillites de petites entreprises est due aux dépenses catastrophiques de santé auxquelles les entrepreneurs doivent faire face sur le plan individuel.

Pour revenir à la relation entre richesse nationale, bien-être individuel et équilibre des systèmes de protection, l'évidence des pays nordiques semble appuyer l'idée que les aménagements garantissant la pérennisation des financements sont mieux réalisables dès lors que les investissements en biens publics et sociaux ont été impor-

tants (systèmes de soins, logements, éducation, etc.). Le degré de généralisation et l'importance de ces investissements sont les clés des possibilités de compenser ou de s'adapter aux changements des habitudes d'une population qui, pour moitié, dépasse la cinquantaine et, bientôt pour un tiers, la soixantaine. Cette population a, dans son ensemble et donc moins sur le plan individuel, besoin d'espaces urbains, de logements aménagés et de loisirs différents, voire de possibilités de travail et d'interactions sociales adaptées aux changements physiologiques qui accompagnent le passage de ces caps importants.

La réduction des dépenses publiques compensant les déficits dans les systèmes de protection dans le but de diminuer l'endettement de l'État n'a finalement pas beaucoup de sens et ne peut être considérée comme une mesure durable, confrontée aux exigences de la réalisation de la normalité biologique telle que définie au début de cet exposé.

Le seul déficit, la seule dette qui l'emporte finalement est formée par l'exigence de vivre sans peur de vieillir. On peut considérer que la société doit les réclamer au politique. ♦