

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES
Séance plénière du 16 mars 2011 à 9 h 30
« Inaptitude, incapacité, invalidité, pénibilité et retraite »

Document N°3
<i>Document de travail, n'engage pas le Conseil</i>

L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général

*Cour des Comptes, Rapport sur la Sécurité Sociale, Chapitre XV
Septembre 2010*

Chapitre XV

L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général

PRESENTATION

Le présent chapitre traite de deux dispositifs permettant un retrait d'activité et la perception conjointe d'un revenu de remplacement : l'invalidité dans le régime général (environ 6 Md€ de dépenses tous régimes), qui donne lieu au versement d'une pension d'invalidité avant 60 ans et l'inaptitude au travail dans le cadre de la retraite, qui permet de partir à 60 ans au taux plein quelle que soit la durée d'assurance³⁸⁸, dont le surcoût par rapport à une liquidation dans des conditions normales représente 2 Md€ environ³⁸⁹.

La prise en charge de l'invalidité est complexe et peu lisible en raison d'une architecture vieille de plus de 65 ans, qui n'a fait l'objet que de rares modifications, sans réflexion sur sa cohérence d'ensemble. L'absence de dispositifs d'intéressement et d'accompagnement au retour à l'emploi ainsi que le manque d'articulation avec la politique du handicap, depuis la loi d'orientation de 1975 posent un véritable problème.

Quant à l'inaptitude, dont le régime est également inchangé depuis près de 40 ans, sa définition même laisse une large place à l'interprétation et les objectifs qu'elle remplit aujourd'hui demeurent imprécis.

Particulièrement complexes, ces dispositifs sont mal articulés avec ceux prévus pour les handicapés (I). Devenus inadaptés au fil du temps (II) ils nécessitent de profondes réformes à court terme (III).

I - Des prestations complexes et mal connues

A – Des dispositifs éclatés au sein de la protection sociale

1 – L'assurance invalidité

La définition actuelle de l'invalidité résulte de l'ordonnance du 19 octobre 1945. Comme le relevait déjà l'IGAS dans son rapport de 2006 sur l'invalidité dans le régime général, « ce dispositif stable a été en partie oublié ».

388. Le projet de loi portant réforme des retraites prévoit dans son article 5 le relèvement de l'âge d'ouverture du droit à la retraite pour inaptitude à 62 ans et de manière corollaire le versement d'une pension d'invalidité avant 62 ans au lieu de 60 ans. Toutefois, les développements qui suivent se réfèrent à la législation en vigueur au moment de la parution, soit un âge charnière de 60 ans.

389. Sous certaines hypothèses (cf. infra) et selon la DREES.

a) Les bénéficiaires

L'assurance invalidité, réservée aux assurés sociaux, a été conçue initialement comme une assurance contre le risque de ne plus pouvoir travailler. Conformément aux dispositions de l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale (CSS), « l'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées [2/3], sa capacité de travail ou de gain ». L'article précise : « c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction [1/3] de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme ».

Selon l'article L. 341-4 du CSS, les invalides sont classés en trois catégories. Les invalides de 1^{ère} catégorie restent capables d'exercer une activité rémunérée alors que ceux de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie sont « absolument incapables d'exercer une profession quelconque »³⁹⁰. En outre, les invalides de 3^{ème} catégorie doivent être « dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ».

Dans plus de 95 % des cas, l'invalidité concerne un assuré social en arrêt de travail depuis deux ans en moyenne, donc déjà connu du médecin conseil. Le passage en invalidité intervient dès la stabilisation de la situation de santé de l'assuré, en moyenne à 50 ans en 2009. Ce n'est que dans environ 5 % des cas que la mise en invalidité concerne un assuré entrant dans le cas de « l'usure prématurée de l'organisme ». En 2009, 93 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité sont âgés de 40 ans et plus et 42 % de 55 ans et plus, les bénéficiaires de pensions de 1^{ère} et 3^{ème} catégorie étant légèrement plus jeunes que les invalides de 2^{ème} catégorie.

b) Les prestations

La pension versée par le régime général aux invalides de 1^{ère} catégorie, qui représentent 23 % des pensionnés en 2009, correspond à

390. Toutefois, la réglementation n'interdit pas le cumul avec un revenu d'activité professionnelle dans la limite du revenu antérieur. Au bout de six mois de cumul, les caisses procèdent à une comparaison entre les revenus déclarés du pensionné et ceux qu'il percevait au moment de l'entrée en incapacité ayant conduit à l'invalidité. Selon la CNAMTS, en 2005, les suspensions administratives totales représentent 3,5 % des pensions servies (auquel il faut ajouter 2 % de suspensions partielles).

30 % du salaire annuel moyen (SAM³⁹¹), tandis que la pension versée aux invalides de 2^{ème} catégorie (74 % des pensionnés) et aux invalides de 3^{ème} catégorie (3 % des pensionnés) est égale à 50 % du SAM, auquel s'ajoute, pour les invalides de 3^{ème} catégorie, la majoration pour tierce personne (MTP) d'un montant de 1 038 € par mois au 1^{er} avril 2010.

La pension d'invalidité mensuelle moyenne versée aux 589 000 bénéficiaires du régime général s'élève en 2008 à 589 € : 378 € pour les invalides de 1^{ère} catégorie ; 621 € pour les invalides de 2^{ème} catégorie et 1 466 € (y compris MTP) pour les invalides de 3^{ème} catégorie. Sont attachés à son bénéfice, même lorsqu'elle est suspendue, un certain nombre d'avantages connexes, énumérés ci-dessous. A 60 ans, à la pension d'invalidité se substitue une pension de retraite calculée en prenant en compte les périodes validées au titre de l'invalidité³⁹².

Les avantages connexes à la pension d'invalidité

Les titulaires d'une pension d'invalidité sont exonérés du ticket modérateur pour l'ensemble des soins. Cette exonération se poursuit en cas de suspension du service de la pension, après la transformation de la pension d'invalidité en pension de retraite ou douze mois après la suppression de la pension d'invalidité. En outre, il s'agit d'une exonération totale, alors que dans le cas des ALD elle ne s'applique qu'à l'affection exonérante, ce qui constitue une inégalité de traitement peu justifiée.

La reconnaissance d'une invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie entraîne généralement la prise en charge par une assurance des échéances résultant de la contraction d'un prêt immobilier, ce qui peut représenter une part substantielle du budget des ménages. La prise en charge de ces échéances par les assurances explique l'intérêt financier que peut représenter pour certains assurés en arrêt maladie la mise en invalidité, même si le revenu mensuel correspondant au montant des indemnités journalières est généralement plus élevé que celui de la pension d'invalidité.

Par ailleurs, les pensionnés d'invalidité peuvent bénéficier d'un « minimum invalidité », l'allocation spéciale d'invalidité (ASI) financée par le fonds spécial d'invalidité (FSI), si leurs ressources sont inférieures à un plafond (660 € par mois pour une personne seule et 1 157 € par mois pour un couple en 2010). Comme l'allocation de solidarité aux personnes

391. Le SAM est calculé sur la base des dix meilleures années, revalorisées conformément à l'évolution des prix.

392. A la différence de ce qui existe en matière de retraites, l'assuré invalide ne bénéficie pas systématiquement d'une pension d'invalidité complémentaire versée en sus de la prestation versée par le régime général, qui ne représente au maximum que 50 % du SAM. La direction générale du travail comme le centre technique des institutions de prévoyance estiment qu'environ 10,5 millions de salariés sont couverts par un régime de prévoyance au titre du risque invalidité.

âgées (ASPA, ex minimum vieillesse), mais à la différence de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'ASI est récupérable sur succession. Environ 15 % des pensionnés d'invalidité, soit un peu plus de 88 000 individus au sein du régime général, bénéficient de l'ASI.

c) Les possibilités de révision

Selon les textes, la pension est concédée à titre temporaire. Elle peut être révisée en fonction de l'amélioration ou de l'aggravation de l'état de santé à l'initiative du médecin ou de l'assuré. Cette révision peut déboucher sur une suppression de la pension d'invalidité si la capacité de travail ou de gain est devenue supérieure à 50 % (et non plus à 1/3 comme lors de l'examen initial, ce qui complexifie le système).

Dans les faits, ces révisions sont très peu fréquentes. En effet, en 2008, elles concernent moins de 3 % des 589 000 invalides (dont 1 % seulement à l'initiative du service médical). Environ 50 % de ces réexamens aboutissent à l'attribution d'une pension d'invalidité d'une catégorie supérieure et 46 % à un maintien dans la catégorie antérieure, contre seulement 2 % à une diminution de la catégorie de pension et 2 % à une suppression ou une suspension.

d) Invalidité et inaptitude au poste

L'avis du médecin conseil qui classe un salarié en invalidité ne s'impose pas au médecin du travail qui peut, par ailleurs, le déclarer de manière indépendante, apte ou inapte *au poste*. L'inaptitude du salarié constatée par le médecin du travail peut être un motif de licenciement³⁹³, alors que l'invalidité prononcée par le médecin conseil n'a aucun impact direct sur la relation contractuelle.

En pratique, cependant, même s'il peut arriver qu'il y ait des désaccords ou une insuffisance de communication, les échanges entre médecins conseil et médecins du travail sont fréquents. Leur développement connaît en outre une accélération avec l'objectif fixé par la convention d'objectifs et de gestion (COG) AT-MP 2009-2012 de prévention de la désinsertion professionnelle.

393. Les avis d'inaptitude totale à tous les postes de l'entreprise sont très rares : cela ne concerne qu'environ 0,2 % des salariés suivis par la médecine du travail. Cette inaptitude au poste de travail prévue par le code du travail est distincte de l'inaptitude prévue par le CSS qui permet à la personne reconnue inapte par un médecin conseil de liquider sa retraite au taux plein avant 65 ans.

2 – L'inaptitude au moment du départ à la retraite

a) Les bénéficiaires

Conformément à l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, bénéficiant d'une pension de retraite au taux plein dès 60 ans, même s'ils ne justifient pas de la durée d'assurance requise, les assurés reconnus inaptes au travail, comme par ailleurs les anciens déportés, les anciens prisonniers de guerre et les mères de famille ouvrières sous certaines conditions. Techniquement l'inaptitude est ainsi un cas de liquidation de la pension au titre de la « catégorie³⁹⁴ » : aux termes de l'article L. 351-7 du CSS, « peut être reconnu inapte au travail, l'assuré qui n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qui se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail médicalement constatée [de 50 %], compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle ».

En termes juridiques, il n'existe donc qu'une catégorie de pension permettant à certains assurés de prendre leur retraite dès 60 ans au taux plein sans remplir la condition de durée d'assurance : la pension pour inaptitude au travail. Cependant, dans les données de la CNAVTS, deux sous-ensembles sont systématiquement distingués :

- les pensions attribuées aux assurés qui bénéficiaient déjà d'une pension d'invalidité (pensions de retraite d'ex-invalides) ;
- les pensions attribuées aux assurés reconnus inaptes au travail au moment du passage à la retraite ou qui bénéficiaient de l'AAH (pensions d'inaptitude).

La reconnaissance de l'inaptitude bénéficie donc aux personnes reconnues inaptes au travail par un médecin conseil (14 % du stock des retraités), ainsi qu'aux ex-invalides (6 %). En 2008, 72 000 avis d'inaptitude ont été rendus par les médecins conseil.

Catégories de retraite selon la prise en compte du handicap à 60 ans

Situation avant 60 ans	Pension d'invalidité	Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Rente d'incapacité permanente (AT-MP)	Pas de dispositif de prise en charge
Catégorie de retraite	Pension ex-invalide	Pension d'inaptitude (sauf si l'assuré bénéficiait également d'une pension d'invalidité)	Pension inaptitude si reconnaissance	
Passage devant le médecin conseil	Non	Non	Oui	

Source : Cour des comptes d'après CNAVTS

394. Ce terme inclut aussi, outre les cas déjà mentionnés ci-dessus, les ex-invalides.

b) L'attribution

La substitution d'une pension de retraite à la pension pour invalidité se fait automatiquement pour les invalides à 60 ans, sauf s'ils exercent une activité. Il en est de même pour les bénéficiaires de l'AAH. En revanche, les autres assurés doivent formuler une demande et leur dossier est examiné par un médecin conseil.

C'est au moment de la préparation de la liquidation de leur retraite que les assurés peuvent faire une demande de pension au titre de l'inaptitude. C'est d'ailleurs le plus souvent à ce moment que les assurés sont informés de cette possibilité par un agent de la caisse de retraite. Ainsi, dans le formulaire de demande de retraite personnelle, il faut pouvoir répondre positivement à l'affirmation : « vous êtes reconnu(e) inapte au travail par un médecin ». Par ailleurs, des assurés qui ont suffisamment de trimestres pour liquider au taux plein à 60 ans (voir infra) font parfois une demande de liquidation au titre de l'inaptitude pour pouvoir bénéficier de la MTP en cas de perte d'autonomie après 60 ans.

3 – La compensation du handicap : une politique distincte pour des problématiques proches

Comme l'indiquait déjà le rapport de la Cour de 1987, « les nombreuses difficultés de gestion et de coordination des systèmes d'indemnisation de l'invalidité et du handicap tiennent, pour une large part, à l'inadaptation et à la complexité des réglementations : la loi d'orientation de 1975 s'est superposée aux dispositifs préexistants, eux-mêmes hétérogènes, sans chercher à perfectionner, à harmoniser et à compléter ceux-ci ».

a) Des populations voisines

Aujourd'hui encore, ce sont des dispositifs institutionnels distincts, non coordonnés, qui assurent la prise en charge de l'invalidité et du handicap, alors même que les publics sont relativement proches. En effet, parmi les 779 000 personnes qui déclarent en 2007 être titulaires d'une pension d'invalidité (tous régimes)³⁹⁵, 41 % déclarent également une

395. Source : enquête complémentaire à l'enquête Emploi de 2007. Reposant sur la déclaration de 617 individus de 15 à 59 ans bénéficiaires d'une pension d'invalidité, ces données doivent toutefois être interprétées avec précaution.

reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)³⁹⁶, 38 % disposent d'une carte d'invalidité, 30 % perçoivent une rente AT-MP et 30 % déclarent percevoir l'AAH³⁹⁷.

En outre, parmi les nouvelles demandes d'AAH formulées chaque année, plus des deux tiers émanent de personnes qui ont déjà occupé un emploi. Malgré des différences, ces deux populations sont donc confrontées à des problématiques communes.

b) Un régime non contributif plus favorable

A la différence de l'invalidité, régime contributif, le handicap relève de la solidarité. L'AAH est une allocation subsidiaire et différentielle (les pensions d'invalidité, de retraite ou les rentes AT-MP sont servies prioritairement par rapport à l'AAH) versée sous conditions de ressources par les caisses d'allocations familiales (CAF). Le montant maximum de l'AAH est de 712 € par mois depuis le 1^{er} septembre 2010 pour une personne seule handicapée. La personne doit présenter un taux d'incapacité permanente, évalué par la CDAPH en fonction d'un guide-barème, d'au moins 80 % ou compris entre 50 % et 79 % si elle a une « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ».

L'attribution de l'AAH n'est pas définitive : celle-ci est attribuée pour au moins un an et généralement au plus pour cinq ans. Ainsi, les renouvellements représentent les deux tiers des demandes. En 2007, environ 350 000 décisions ont été prises, contre moins de 90 000 avis rendus annuellement en matière d'invalidité par les médecins conseil.

L'écart entre les deux régimes a été encore accru par la loi de février 2005 qui a créé deux compléments à l'AAH, la majoration pour la vie autonome (105 €) et le complément de ressources (179 €) versé aux allocataires qui ne peuvent pas travailler et vivent seuls. Ces compléments sont perçus par respectivement 15 % et 7 % des bénéficiaires de l'AAH en 2009. Certes la loi de finances pour 2007 a ouvert la possibilité aux bénéficiaires de l'ASI de prétendre au versement de ces compléments. Mais ils étaient seulement 1 223 pensionnés d'invalidité sans versement d'AAH à en bénéficier fin 2009. La faiblesse de ces effectifs suggère l'existence d'un problème d'accès au droit.

396. La RQTH, décision relevant de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH cf. infra), permet d'accéder aux différents dispositifs destinés aux personnes handicapées en matière d'emploi et de formation professionnelle. Elle permet notamment de bénéficier de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH) ou de bénéficier des aides de l'AGEFIPH.

397. Selon la CNAF, ce chiffre serait beaucoup plus faible, de l'ordre de 9 %. On peut donc estimer que la proportion de bénéficiaires d'une pension d'invalidité percevant un différentiel d'AAH est comprise entre environ 10 et 30 %.

Enfin, la déconnection du montant de l'ASI de celui de l'AAH (qui est revalorisée de 25 % sur cinq ans) rend pour les plus démunis le régime de prise en charge de l'invalidité nettement moins favorable que celui de prise en charge du handicap. En outre, les rares invalides disposant de l'information sur l'intérêt de déposer une demande d'AAH différentielle auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH³⁹⁸) doivent accomplir une démarche supplémentaire, auprès d'un nouvel interlocuteur, sans pour autant être sûrs de remplir les critères spécifiques présidant à l'attribution de cette prestation.

B – Des dépenses difficiles à évaluer

1 – Les dépenses d'invalidité : un périmètre qui peut faire débat

Malgré quelques incertitudes relatives aux dépenses des régimes spéciaux ou à la prise en compte du coût, non connu, de la validation des périodes assimilées au titre de l'invalidité, les dépenses d'invalidité des régimes de sécurité sociale peuvent être estimées à environ 6 Md€ dont 4,4 Md€ pour le régime général. En incluant les dépenses des mutuelles et institutions de prévoyance, le total s'élève à environ 7,5 Md€

Ces incertitudes sont liées au fait que dans les régimes spéciaux, il n'est pas possible de distinguer les bénéficiaires de pensions d'invalidité de plus ou moins de 60 ans. Ainsi, le programme de qualité et d'efficacité (PQE) « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé à la LFSS pour 2010 estimait les pensionnés d'invalidité à plus d'un million en 2008 tous régimes confondus, mais ce chiffre est surestimé car il inclut les bénéficiaires de plus de 60 ans.

En moyenne, selon l'OCDE³⁹⁹ 6 % de la population en âge de travailler perçoit une pension d'invalidité : 10,8 % en Suède, 8,3 % aux Pays-Bas et 7 % au Royaume-Uni en 2007 contre 4,9 % en France en 2004. Mais le concept d'invalidité utilisé dans les échanges internationaux inclut la prise en charge du handicap. Ainsi, pour la France, ce chiffre comprend les bénéficiaires d'une pension d'invalidité (y compris régimes spéciaux) et ceux qui perçoivent l'AAH.

398. Les MDPH qui assurent l'information, l'évaluation et l'accompagnement de la mise en œuvre des décisions de la CDAPH ont été créées par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sous forme de groupement d'intérêt public sous présidence des conseils généraux pour l'attribution des prestations spécifiques au handicap. Elles n'assurent ni le financement, ni le versement des prestations.

399. Document de base pour la conférence de mai 2009 : « Maladie, invalidité et travail : garder le cap dans un contexte de ralentissement économique ».

Toutefois, de nombreuses études montrent que les différents dispositifs permettant les départs précoces sont en partie substituables, ce qui relativise le classement de la France en matière d'invalidité. Selon une étude de la DARES, fin 2008, 17 % des hommes et 9 % des femmes de 55 à 59 ans bénéficient d'une mesure de cessation anticipée d'activité à financement public, soit 13 % au total. Ils sont soit indemnisés par l'assurance chômage mais dispensés de recherche d'emploi (DRE), soit préretraités, soit en retraite anticipée en raison d'une longue carrière. Dans la mesure où un peu plus de 6 % des personnes âgées de 55 à 59 ans perçoivent une pension d'invalidité et environ 3 % sont bénéficiaires de l'AAH, c'est donc au total plus de 20 % de la classe d'âge des 55-59 ans qui a quitté le marché du travail en bénéficiant d'un dispositif public.

Au demeurant, il est probable qu'une partie des hommes de 55 à 59 ans déclarant des incapacités bénéficient de l'assurance chômage, qui peut également assurer un meilleur taux de remplacement que l'invalidité. En l'absence de ce dispositif, ces assurés basculeraient sans doute dans le régime de l'invalidité. A l'opposé, en Suède, où 20 % des hommes âgés de 55 à 59 ans perçoivent une pension d'invalidité, cet instrument n'est pas doublé d'autres dispositifs aux objectifs analogues⁴⁰⁰.

Si la progression de la proportion de bénéficiaires de pensions d'invalidité est relativement modérée en France, notamment en comparaison avec certains pays voisins, c'est donc certainement parce que d'autres dispositifs sont plus sollicités.

2 – Le chiffrage délicat du surcoût lié à la retraite au titre l'inaptitude

Alors que les dépenses d'invalidité au sens classique du terme sont disponibles dans les comptes du régime général, le dispositif de retraite pour inaptitude -qui permet l'obtention du taux plein quelles que soient les durées d'assurance validées- occasionne un surcoût en matière de pensions versées qui n'avait jamais été calculé jusqu'à présent.

Pour estimer ce surcoût, il est nécessaire de faire des hypothèses sur ce qu'aurait été le comportement des assurés en l'absence de ce dispositif. La première option, qui a l'incidence financière la plus forte, est de calculer la différence entre la pension perçue avec et sans le dispositif et de considérer qu'il s'agit là du surcoût. La seconde, plus conforme aux comportements habituellement observés, est de supposer qu'en l'absence de ce dispositif les intéressés attendraient d'avoir le taux

400. Thomas Barnay (IRDES) François Jeger (DREES), « Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé ? » IRDES Questions d'économie de la santé - n° 108 - mai 2006.

plein pour liquider leur pension, qui serait dans ce cas perçue moins longtemps. Ce différentiel de coût pour les régimes peut être considéré comme une estimation du surcoût lié à la retraite au titre de l'inaptitude. A la demande de la Cour, la CNAVTS et la DREES ont donc retenu deux méthodes, permettant de déterminer la fourchette dans laquelle se situent les dépenses des régimes au titre de l'inaptitude.

Selon la CNAVTS, avec la première méthode exposée et pour le flux de liquidation de 2008, le surcoût s'élèverait à 3 % des masses de pensions versées pendant toute la période de retraite (dont 2,3 % pour les pensionnés reconnus inaptes et 0,7 % pour les ex-invalides). Pour la DREES, il serait compris entre 3 % et 4,1 % pour la génération 1938. Avec la seconde méthode, le surcoût ne s'établirait qu'à 1,6 % de la masse des pensions versées sur le cycle de vie (dont 1,1 % pour les pensionnés reconnus inaptes et 0,5 % pour les ex-invalides) pour la CNAVTS comme pour la DREES.

Pour les principaux régimes de base et complémentaires, selon l'étude de la DREES et sous certaines hypothèses⁴⁰¹, le surcoût serait selon la première méthode compris entre 2,4 Md€ et 3,1 Md€ par an et selon la seconde méthode de 1,4 Md€ par an. Selon les méthodes, le surcoût est supporté à 90 % ou 85 % par les régimes de base.

Ces simulations font aussi apparaître que le surcoût lié à la reconnaissance de l'inaptitude est nettement plus élevé que celui lié à l'octroi du taux plein aux ex-invalides car près de 70 % des invalides (contre seulement 15 % des retraités reconnus inaptes) du flux de retraités 2008 ont validé suffisamment de trimestres à 60 ans pour obtenir le taux plein sans dispositif particulier, grâce notamment aux périodes assimilées « invalidité » prises en compte dans le calcul de la retraite.

En l'absence de cette validation, le montant de la pension diminuerait de manière substantielle pour 85 % des retraités reconnus inaptes et près d'un tiers des ex-invalides (jusqu'à 50 % en moyenne pour les femmes reconnues inaptes), sauf à ce que les intéressés décalent leur âge de départ à la retraite de quatre à cinq ans en moyenne.

C – Les caractéristiques des bénéficiaires : des informations parcellaires

Les informations présentées ici proviennent d'une exploitation par la CNAVTS de données relatives aux parcours des retraités du flux 2008 reconnus inaptes et ex-invalides, données encore non publiées.

401. Cette estimation du coût par an est valide sous l'hypothèse forte que chaque génération de retraités est semblable à la génération 1938.

1 – Parcours professionnels, durée d'assurance et montant des pensions de retraite

Au sein du régime général, pour le flux 2008, la pension moyenne de base des retraités reconnus inaptes s'élève à 400 € et celle des ex-invalides à 740 €, soit respectivement 63 % et 117 % de la pension moyenne normale. Avec la prise en compte des retraites complémentaires et le cas échéant du minimum contributif, le montant total moyen de la pension est de 907 € pour les hommes retraités reconnus inaptes et de 506 € pour les femmes reconnues inaptes, avant application éventuelle de l'ASPA⁴⁰². A titre de comparaison, pour les ex-invalides la pension moyenne totale s'élève à 997 € et à 1 072 € pour les retraités ayant liquidé leur pension dans les conditions de droit commun.

La durée d'assurance validée par les ex-invalides se distingue de celle des inaptes. En effet, cette durée s'élève en moyenne à 165 trimestres pour les ex-invalides contre 155 pour les pensions normales et 116 pour les assurés reconnus inaptes. L'existence de périodes assimilées « invalidité » explique pour une large part cette différence de situation.

Enfin, les femmes représentent près de 60 % des inaptes partis en retraite en 2008, contre 50 % pour les retraités ex-bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Par ailleurs, les femmes reconnues inaptes en 2008 ont plus d'enfants que les retraitées bénéficiant d'une retraite « normale » (2,5 contre 2,1) et sont plus nombreuses à avoir bénéficié de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)⁴⁰³. De plus, l'obtention du taux plein permet à 90 % d'entre elles de voir leur pension portée au minimum contributif (contre 50 % des femmes ayant une retraite normale).

Le tableau ci-après présente les résultats d'une récente étude de la CNAVTS, ayant établi des typologies de trajectoires pour différentes catégories de retraités monopensionnés⁴⁰⁴. Il fait ainsi apparaître qu'environ un tiers des inaptes, hommes et femmes, ont des carrières presque vides (associées à des SAM et des durées d'assurance très faibles), tandis qu'un tiers des hommes reconnus inaptes ont une carrière presque complète et que près d'un tiers des femmes inaptes ont une

402. Leur pension est en effet portée au niveau de l'ASPA (709 € par mois) si elles vivent seules et n'ont pas d'autres ressources. Mais si elles vivent en couple et que le ménage dispose de ressources supérieures à 1 147 € par mois, elles ne bénéficieront alors que de leur pension de droit propre, soit 506 € en moyenne.

403. Pour une analyse de ce dispositif, cf. chapitre XII du RALFSS 2009.

404. Ces résultats sont donc partiels : ils concernent, par exemple, 60 % des femmes reconnues inaptes, mais seulement 36 % des hommes bénéficiant d'une pension au titre de l'inaptitude. Mais il est probable qu'ils ne diffèrent pas significativement en intégrant les polypensionnés.

carrière avec des validations importantes de trimestres au titre de l'AVPF suivies par de l'inactivité. Pour les femmes reconnues inaptes, à tout âge, au moins un tiers d'entre elles ne valide aucun type de trimestres cette proportion atteignant 50 % à partir de 50 ans. Ces « années blanches » seraient liées pour les femmes aux soins des enfants, tandis que pour les hommes elles pourraient s'expliquer par des périodes de chômage non indemnisé ou par du travail informel.

Typologies de trajectoires par catégories de retraités mono pensionnés (flux 2008)

	Catégorie de pension et effectifs concernés	Principales caractéristiques du groupe	% de chaque groupe dans sa catégorie	Durée d'assurance moyenne	Salaire annuel moyen	Montant de la pension mensuelle au régime général	% de bénéficiaires du minimum contributif
Hommes 167 735	Pensions normales 140 693	Carrière complète à un niveau de rémunération supérieur à la moyenne	44 %	166	24 334	1 056	1 %
		Carrière continue à rémunération moyenne	38 %	171	22 269	962	1 %
		Carrière avec chômage de longue durée	11 %	161	16 523	727	29 %
		Carrière presque vide	7 %	53	9 923	200	58 %
	Inaptes 11 326	Carrière presque complète à niveau de rémunération moyen	31 %	148	18 138	787	22 %
		Carrière avec chômage de longue durée	35 %	126	11 684	512	73 %
		Carrière presque vide	34 %	49	6 487	197	97 %
	Ex-invalides 15 716	Invalidité à partir de 55 ans	30 %	164	20 463	890	6 %
		Invalidité à partir de 50 ans	27 %	170	18 957	842	8 %
Chômage puis invalidité à partir de 50 ans		11 %	141	11 291	565	75 %	
Invalidité à partir de 45 ans		20 %	166	14 703	723	41 %	
Invalidité dès le début de la carrière		12 %	162	9 137	652	82 %	
Femmes 211 281	Pensions normales 166 070	Carrière complète	42 %	174	20 539	884	13 %
		Carrière avec chômage de longue durée	18 %	169	15 253	672	39 %
		Carrière interrompue et reprise	15 %	155	10 396	543	72 %
		Carrière interrompue	26 %	74	8 073	276	79 %
	Inaptes 26 454	Activité dans la deuxième moitié de la carrière	18 %	140	12 492	596	67 %
		Activité dans la première moitié de la carrière	17 %	116	9 984	446	85 %
		Carrière avec un poids important de l'AVPF	30 %	124	8 583	472	99 %
		Carrière presque vide	35 %	62	5 884	237	99 %
	Ex-invalides 18 757	Invalidité à partir de 55 ans	32 %	175	17 901	795	23 %
		Carrière interrompue et invalidité à partir de 55 ans	20 %	138	9 790	530	84 %
		Carrière interrompue avec AVPF puis invalidité	13 %	172	10 078	626	90 %
		Invalidité à partir de 40 ans	21 %	170	12 329	656	64 %
		Invalidité dès le début de la carrière	14 %	172	8 363	624	87 %

Note de lecture : parmi les hommes retraités percevant une pension normale, 7 % ont une carrière presque vide.

NB : La durée d'assurance est en trimestres et le montant mensuel de la pension, hors ASPA et y compris minimum contributif, en euros. Le SAM est également en euros.

Source : D'après étude CNAVTS, flux 2008 de monopensionnés du régime général, Cour des comptes

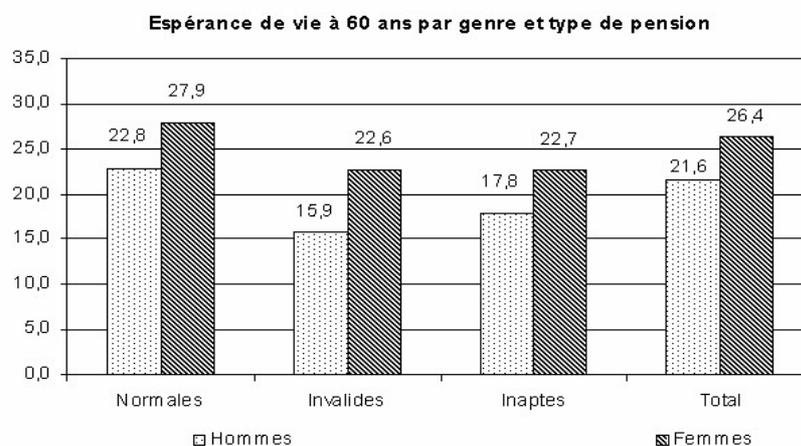
Pour les *ex-invalides*, les trajectoires sont plus variées que celles des inaptes et se différencient principalement par l'âge d'entrée en invalidité et par la présence ou non de chômage. Les hommes invalides

dès le début de leur carrière (12 %) et ceux ayant connu des périodes de chômage (11 %) ont les droits propres les plus faibles. A l'inverse, parmi les invalides, les hommes et les femmes en invalidité à partir de 55 ans perçoivent les pensions les plus élevées.

Apparaissent ainsi de grandes différences entre ex-invalides et retraités reconnus inaptes. Les ex-invalides sont inscrits durablement dans le marché du travail avec des niveaux de salaire initialement dans la moyenne. Une fois leur invalidité reconnue, ils sont pris en charge par le système d'assurance sociale et bénéficient de la validation de droits à retraite, ce qui explique des niveaux de retraite in fine plus élevés. Cela différencie d'ailleurs les femmes ex-invalides des autres retraitées. A l'inverse, les retraités reconnus inaptes, moins souvent en emploi au cours de leur carrière passée, ont durablement des niveaux de salaire moyen très bas, ce qui reflète un faible niveau de qualification tous genres confondus.

2 – Des espérances de vie nettement inférieures à la moyenne

Selon les calculs de la CNAVTS, l'écart entre l'espérance de vie à 60 ans des titulaires d'une pension normale et celle des retraités ex-invalides ou inaptes est important. Il atteint 7 années pour les hommes et 5 ans pour les femmes ex-invalides et environ 5 ans pour les inaptes.



Source : CNAVTS: calculs sur les années 2004 et 2005

Ces écarts d'espérance de vie reflètent le mauvais état de santé des ex-invalides et des retraités reconnus inaptes, qui décèdent plusieurs années avant les titulaires d'une pension normale. Mais il ne faudrait toutefois pas exclure, au vu des parcours des intéressés, que ces écarts reflètent aussi les différentiels d'espérance de vie des catégories socioprofessionnelles auxquelles ils ont appartenu.

3 – Principales pathologies à l'origine de la mise en invalidité ou de la reconnaissance de l'inaptitude

Comme l'illustre le tableau ci-après, les motifs de mise en invalidité et de reconnaissance de l'inaptitude ne se recoupent pas exactement.

Affection principale à l'origine de la mise en invalidité ou de la reconnaissance de l'inaptitude par les médecins conseil en 2008

Principales pathologies	à l'origine de la mise en invalidité	à l'origine de la reconnaissance de l'inaptitude
Tumeurs	14 %	11 %
Maladies endocrines	4 %	10 %
Troubles mentaux	27 %	14 %
Maladies appareil circulatoire	11 %	16 %
Maladie système ostéo-articulaire	25 %	31 %

Source : Cour des comptes à partir de données Hippocrate (CNAMTS)

Ainsi, en 2008, les affections psychiatriques et les maladies du système ostéo-articulaire représentent les principales causes médicales à l'origine des mises en invalidité. Ces caractéristiques ne sont d'ailleurs pas propres à la France. Dans la zone OCDE, les maladies mentales et les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont devenus les deux principales causes de mise en invalidité.

Pour l'inaptitude, les données disponibles à la CNAMTS n'ont pas fait l'objet de publications depuis de nombreuses années. Largement dominants, les TMS sont à l'origine de 31 % des reconnaissances d'inaptitude. Dans l'ensemble, il apparaît que les causes de reconnaissance de l'inaptitude sont beaucoup plus variées que celles qui peuvent conduire à une mise en invalidité.

II - Des dispositifs devenus inadaptés

A – L'invalidité : un régime perfectible

1 – Un défaut d'articulation entre minimum invalidité et AAH

La pension d'invalidité présente aujourd'hui certaines caractéristiques moins favorables que l'AAH notamment pour les assurés les plus démunis. Depuis 1975, des modalités différentes d'appréciation des ressources sont à l'origine d'inégalités entre bénéficiaires potentiels de l'AAH et de l'ASI. De plus, l'ASI est récupérable sur succession, à la

différence de l'AAH, ce qui entraîne un taux de non recours non négligeable.

Connue de longue date, cette situation avait amené la Cour en 1987 et plusieurs corps d'inspection depuis, à recommander la fusion de l'ASI et de l'AAH. L'option opposée a toutefois été retenue. La LFSS pour 2009 a en effet déconnecté la revalorisation de l'ASI de celle de l'AAH, laquelle doit augmenter, comme l'ASPA, de 25 % en l'espace de cinq ans. Par suite, en 2012, l'AAH serait égale à 776 € par mois, soit environ 100 € de plus que l'ASI.

Ce choix a donné lieu à une explication peu convaincante dans le rapport du Gouvernement au Parlement de février 2009 relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap : « le minimum invalidité répond à une logique différente de l'AAH. Il ne suivra donc pas la même évolution que l'AAH. Pour autant, les bénéficiaires du minimum invalidité pourront bénéficier du gain des 25 % en demandant une AAH différentielle : en effet, les bénéficiaires d'un minimum invalidité inférieur au montant de l'AAH peuvent percevoir une AAH partielle représentant la différence entre les deux allocations ». La différence de logique entre ASI et AAH gagnerait à être mieux explicitée, en particulier dans la mesure où les bénéficiaires de l'ASI sont invités à demander le bénéfice d'une AAH différentielle. Les motifs du décrochage de l'ASI par rapport à l'AAH sont d'autant moins compréhensibles que les deux prestations sont financées par le budget de l'Etat.

En tout état de cause, un nombre croissant d'invalides devrait être conduit à demander une AAH différentielle. Cela nécessitera de leur part une démarche supplémentaire auprès de deux interlocuteurs différents (MDPH et CAF), venant s'ajouter au réseau de l'assurance maladie servant la pension d'invalidité. Ces assurés devront faire l'objet d'une nouvelle évaluation de leur taux d'incapacité, mais à partir d'un barème différent. Ils bénéficieront ainsi le cas échéant d'une pension d'invalidité, d'un différentiel d'ASI, d'un différentiel d'AAH et d'un complément d'AAH, cet empilement de prestations étant versé par deux organismes différents.

Même s'il est probable qu'un grand nombre d'invalides ne feront pas valoir leur droit à une AAH différentielle, au vu du faible taux de recours aux compléments de l'AAH par les bénéficiaires de l'ASI (cf. supra), les cas de cumul entre pension d'invalidité et AAH sont appelés à se multiplier⁴⁰⁵. Pour les deux réseaux de sécurité sociale concernés, la

405. En témoigne l'augmentation de 15 % observée par la CNAF pour la seule année 2008 du nombre de cumuls avec l'AAH de bénéficiaires d'une pension d'invalidité seule (300 € d'AAH différentielle en moyenne) ou de l'ASI (180 € d'AAH différentielle en moyenne).

complexité de gestion est forte. Pour les bénéficiaires, la lisibilité du dispositif est nulle. De ce fait, si le décrochage de l'AAH et de l'ASI rend financièrement plus difficile la mise en œuvre de la recommandation ancienne de fusionner ces deux minimas sociaux, celle-ci apparaît dans le même temps plus nécessaire sur le terrain de l'équité et de la bonne gestion.

2 – Une ambiguïté non tranchée : invalidité et emploi

Selon l'art. L. 341-4 CSS, les invalides de 2^{ème} et 3^{ème} catégories doivent être « absolument incapables d'exercer une profession quelconque ». Toutefois, la réglementation n'interdit pas le cumul avec un revenu d'activité professionnelle dans la limite du revenu antérieur. Par exemple, 7 % des invalides de 2^{ème} catégorie et 1,2 % des invalides de 3^{ème} catégorie relevant de la CRAM d'Ile-de-France travaillaient en 2006. Entre la définition même de l'invalidité et la possibilité donnée aux assurés de 2^{ème} et de 3^{ème} catégories de travailler, la contradiction est patente. Elle est d'ailleurs confirmée par les dispositions de la LFSS pour 2010 qui visent à maintenir en emploi les invalides de plus de 60 ans en leur permettant de continuer à percevoir leur pension d'invalidité.

Cette contradiction résulte sans doute de la gestion de l'invalidité en France à l'aide d'un modèle médical. Ainsi, comme le souligne l'étude précitée de l'OCDE, « les droits à prestations ne sont pas déterminés selon une évaluation fiable et valable de la compétitivité d'une personne sur le marché du travail mais par un praticien de la santé peu, voire pas formé à la tâche complexe de l'évaluation de la manière dont les diverses maladies ou incapacités réduisent la compétitivité sur le marché du travail ».

3 – Un accès au droit difficile

Depuis la mise en œuvre de la COG 2006-2009, qui prévoyait le développement d'une « offre de services attentionnés », l'assurance maladie a mis en place des réunions d'information avec les services sociaux régionaux placés auprès des CRAM, interlocuteurs clés des bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Toutefois, les invalides ne rencontrent pas tous un(e) assistant(e) social(e). De plus, ces professionnels ne connaissent pas toujours exhaustivement la législation. Ils ne semblent notamment pas toujours avoir été informés du décrochage entre ASI et AAH.

Mais de manière générale, il faut bien convenir qu'il est difficile, pour tout citoyen, de comprendre :

- que l'on puisse être reconnu invalide, mais ne pas avoir droit à une carte d'invalidité⁴⁰⁶, ce qui renvoie aux nombreux termes utilisés (handicap, invalidité, incapacité, inaptitude, etc.) dont les acceptions sont loin d'être univoques ;
- qu'il existe au moins quatre taux d'incapacité différents dans le champ de l'invalidité et du handicap⁴⁰⁷, sans la moindre correspondance entre ces taux, ce qui renvoie à la question de l'harmonisation des barèmes ;
- que la perte de la vision d'un œil sans difformité apparente, par exemple, entraîne une incapacité de 30 % dans le barème indicatif d'invalidité des accidents du travail, de 42 % dans le barème d'attribution de l'AAH et de 65 % dans le barème pension militaire d'invalidité ;
- que la pension d'invalidité et la majoration pour tierce personne sont attribuées sans limitation dans le temps, alors qu'il faut renouveler sa demande d'AAH et de carte d'invalidité ;
- qu'il faut pouvoir justifier de l'utilisation de la prestation de compensation du handicap (PCH) conformément au plan d'aide prévu, mais pas de la majoration pour tierce personne (MTP), d'un montant forfaitaire, attribuée à certains invalides et inaptes ;
- que l'on doit passer devant la CDAPH pour obtenir la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) qui favorise l'accès aux dispositifs existants en matière d'emploi et de formation professionnelle des personnes handicapées, mais que la simple perception d'une pension d'invalidité ou de l'AAH suffise pour bénéficier de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH) s'appliquant aux établissements d'au moins 20 salariés, à hauteur de 6 % de leurs effectifs.

En plus de ces très nombreuses difficultés d'accès au droit, la coexistence de nombreux acteurs, insuffisamment coordonnés ajoute encore à la complexité du droit. En témoigne, par exemple, le fait qu'en 2009, dans les documents d'information remis aux pensionnés d'invalidité, il n'est pas fait mention de la possibilité pour les bénéficiaires de l'ASI de percevoir des compléments d'AAH, alors même que ce support constitue le principal moyen d'informer les invalides. Au final, dans un tel paysage, il est peu surprenant que l'accès aux compléments d'AAH par les bénéficiaires de l'ASI soit aussi faible.

406. La carte d'invalidité civile, délivrée par la MDPH après le dépôt d'un dossier assez lourd, (formulaire, certificat médical, projet de vie...) a pour but d'attester que son détenteur est handicapé. Elle est délivrée aux personnes dont l'incapacité est supérieure à 80 %.

407. Deux dans le champ de l'invalidité et deux principaux dans celui du handicap.

4 – Les limites de la couverture complémentaire

Les assurés ne savent pas toujours s'ils bénéficient d'une couverture complémentaire en matière d'invalidité. Ils sont généralement très mal renseignés avant d'en avoir besoin, mais parfois aussi lorsqu'ils sont reconnus invalides.

Selon la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, tout employeur doit payer à un organisme assureur une cotisation affectée en priorité à la couverture décès des cadres. Toutefois, la cotisation résultant de cette obligation, dont le produit s'élèverait à 1,6 Md€ en 2007 permet d'offrir aux cadres, grâce à la diminution de leur taux de mortalité depuis 1947, d'autres garanties qu'un capital décès.

Lorsque les salariés non cadres bénéficient d'une couverture prévoyance, ce qui est loin d'être systématique, alors même que la probabilité qu'ils deviennent invalides est plus forte que pour les cadres, c'est généralement le décès qui est assuré en priorité, puis l'incapacité temporaire et permanente. Leur taux de cotisation est généralement plus faible que pour les cadres et il est réparti entre salarié et employeur, alors que pour les cadres il est intégralement à la charge de l'employeur. Ainsi, lorsque les non cadres sont couverts, tant le taux de cotisation pris en charge par l'employeur que le niveau de couverture offert est très inférieur à celui des cadres.

Au total, la couverture complémentaire, non généralisée et de niveau très variable, ajoute un étage de complexité à un système déjà peu lisible.

En outre, une importante décision de la Cour de cassation en date du 1^{er} juillet 2009 (arrêt n° 1575 de la chambre sociale), confirmée depuis à plusieurs reprises, pourrait avoir des conséquences sur le devenir des dispositions conventionnelles accordant des avantages supplémentaires aux cadres. La Cour de cassation a en effet jugé que la « seule différence de catégorie professionnelle ne saurait en elle-même justifier une différence de traitement ». Les différences résultant des conventions et accords collectifs ne seraient donc légales que dans la mesure où elles sont justifiées par des raisons objectives, dont le juge peut contrôler la réalité et la pertinence. Dans ce contexte, une évolution de la couverture complémentaire invalidité est à prévoir.

B – L'inaptitude : un objectif à redéfinir

Le premier dispositif de retraite anticipée pour inaptitude au travail remonte à la loi du 14 mars 1941. Le principe a été repris dans les ordonnances de 1945 : les salariés reconnus inaptes comme les ex-

invalides se sont vu reconnaître le droit à une retraite anticipée à taux plein dès 60 ans, en cas d'incapacité permanente, totale et définitive. La pension, fixée à 40 % du salaire moyen, n'était versée que si l'assuré avait exercé une activité pendant au moins 30 ans, ce qui avait notamment pour effet de rendre difficile l'accès des femmes à ce dispositif.

Les conditions d'octroi de l'inaptitude au travail ont été assouplies par la loi du 31 décembre 1971, ce que reflète l'actuel article R. 351-21 du CSS⁴⁰⁸. La circulaire du 17 mai 1972 relative à l'inaptitude au travail consacre un développement à la condition introduite pour les requérants n'ayant pas exercé d'activité professionnelle au cours des cinq années précédant la demande et insiste sur la nécessité, pour le médecin conseil, de prendre en compte la situation particulière des veuves, en étant « attentif à cette situation lorsqu'il apprécie l'incapacité professionnelle effective des conjointes survivantes d'assurés sociaux ». Cette instruction, toujours en vigueur, illustre le caractère sans doute suranné de la réglementation, à l'heure où l'augmentation des taux d'activité devient un objectif de premier plan et où la volonté de consacrer l'existence d'un statut social de la « conjointe » a beaucoup perdu en pertinence.

Au demeurant, la possibilité de liquider sa retraite au taux plein dès 60 ans, ouverte à partir d'avril 1983, a modifié substantiellement la portée du dispositif de retraite au titre de l'inaptitude. L'évolution de la réglementation, qui a entraîné une forte diminution du nombre de départs au titre de l'inaptitude, ne s'est pas pour autant accompagnée d'une redéfinition des objectifs poursuivis.

Ces évolutions ont conduit ce dispositif à bénéficier à des publics de moins en moins ancrés sur le marché du travail, s'éloignant ainsi de l'objectif initial qui était de cibler des assurés ayant exercé une activité pendant au moins 30 ans. Ainsi, même si une rubrique du formulaire de demande de pension d'inaptitude porte sur les conditions particulières d'emploi et si certains assurés insistent sur le caractère pénible de leur activité, l'évaluation de l'inaptitude au travail semble aujourd'hui déconnectée de la notion de pénibilité.

408. Cet article dispose que « pour apprécier si le requérant n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé, il est tenu compte, lorsque l'intéressé n'exerce aucune activité professionnelle au moment de sa demande, de la dernière activité exercée au cours des cinq années antérieures. Au cas où aucune activité professionnelle n'a été exercée durant cette période, l'inaptitude au travail est appréciée exclusivement par référence à la condition d'incapacité de travail de 50 % médicalement constatée compte tenu des aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle ».

C – Les limites de la majoration pour tierce personne

1 – La MTP attribuée aux invalides et aux inaptes

La majoration pour tierce personne (MTP) est attribuée aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse pour inaptitude qui ont besoin de l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. 3 % des bénéficiaires d'une pension d'invalidité (soit environ 16 500 personnes en 2008) et 1 % des retraités (soit environ 19 500 assurés en 2008) perçoivent une MTP d'un montant de 1 038 € par mois, soit environ 180 M€ supportés par l'assurance invalidité et 240 M€ par l'assurance vieillesse.

Si les textes réglementaires sont peu précis, la jurisprudence de la Cour de cassation est relativement claire : elle exige l'impossibilité d'effectuer seul les actes essentiels de la vie quotidienne. A la différence de la législation relative au handicap, il n'est pas tenu compte de l'environnement de l'assuré (présence ou non d'un conjoint par exemple). Pour décider de l'octroi ou non d'une MTP, le médecin conseil utilise un questionnaire composé d'une dizaine de questions, mais sans qu'il soit précisé combien de critères doivent être remplis pour en bénéficier. Dans tous les cas, il n'est pas possible d'accorder une MTP qui serait fonction des besoins réels de l'assuré.

Enfin, l'article L. 355-1 du CSS prévoit que si la nécessité d'une tierce personne doit être effective avant le 65^{ème} anniversaire, l'assuré peut demander cette majoration postérieurement à celui-ci. Dès lors que la retraite a été liquidée au titre de l'inaptitude, aucune limite pour le dépôt de cette demande n'est fixée par la législation. Ce texte met les médecins conseil dans une situation difficile car, pour prendre une décision, ils doivent se situer avant les 65 ans du requérant qui peut en avoir 80 au moment de la demande, sans forcément disposer d'éléments tangibles pour bien apprécier la situation.

2 – La concurrence d'autres prestations

Avant comme après 60 ans, les conseils généraux versent des prestations ayant le même objet que la MTP. La prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) sont accordées en fonction de plans d'aide personnalisés, pris en charge par la collectivité compte tenu des ressources de l'intéressé⁴⁰⁹. S'agissant de la PCH, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH construit, conformément aux besoins exprimés, un « plan

409. Entre 80 % et 100 % du plan d'aide sont pris en charge pour la PCH et entre 10 % et 100 % pour l'APA.

personnalisé de compensation » qui peut comprendre des aides humaines, techniques, des aides liées à l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée ou à d'éventuels surcoûts de transport ou d'aides animalières. La PCH est cumulable avec la MTP, qui est déduite du montant versé. L'APA prévoit également des plans d'aide, au-delà de 60 ans, mais avec des niveaux de prise en charge moins généreux que la PCH⁴¹⁰. En principe, l'APA n'est pas cumulable avec la MTP, mais les contrôles ne semblent pas systématiques.

La coexistence de deux systèmes de prestations ayant des objets similaires, mais attribués en fonction de critères beaucoup plus frustes s'agissant de la MTP, accroît à la fois la complexité et les risques de fraude.

D – Les pratiques des médecins au regard du principe d'égalité de traitement

Très peu encadrés, l'invalidité et l'inaptitude sont appréciées de manière particulièrement hétérogène par les médecins conseil⁴¹¹, qui s'abstraient d'ailleurs en partie du cadre juridique. L'égalité de traitement n'est donc pas assurée sur le territoire.

1 – Un constat ancien d'hétérogénéité des pratiques

En matière d'invalidité comme d'inaptitude, les taux d'avis défavorables⁴¹² varient fortement d'une région à l'autre. Cette hétérogénéité avait déjà été constatée par la Cour en 1987.

De manière générale, seulement 54 % des avis d'inaptitude sont rendus après examen de la personne (contre 92 % pour l'invalidité) et 46 % sur pièces. Cette moyenne masque toutefois des pratiques différentes entre régions, le pourcentage d'avis rendus après consultation étant compris (hors DOM) entre 37 % en Bretagne et 76 % dans la région Centre.

410. Ce qui pose la question de la « barrière » de l'âge.

411. Hétérogénéité déjà constatée dans le chapitre VII du RALFSS 2009, p. 216 et suivantes.

412. La pertinence de cet indicateur doit toutefois être relativisée dans la mesure où seulement un quart des entrées en invalidité se font à l'initiative de l'assuré (59 % se font à l'initiative du médecin conseil suite à un arrêt maladie, une fois l'état du patient stabilisé et 15 % suite à un signalement de la CPAM après trois années de versement d'indemnités journalières). Ainsi, un taux d'avis défavorable calculé hors entrées en invalidité à l'initiative du médecin conseil s'élèverait à 56 % en 2008. Mais ce type de taux n'est pas utilisé dans les tableaux de suivi de la CNAMTS : c'est donc l'indicateur classique qui a été retenu, en dépit de ses limites.

Pour l'invalidité, le taux d'avis défavorables relatif aux avis donnés pour admission est en moyenne de 19 %. Il varie en France métropolitaine de 12 % pour la direction régionale du service médical (DRSM) de la région PACA-Corse à 34 % pour celle du Nord-Est, les écarts entre échelons locaux du service médical (ELSM) pouvant être encore plus élevés (54 % d'avis défavorables à Epinal contre 9 % à Rennes).

Le taux d'avis défavorables dépend d'une série de paramètres dont les caractéristiques de la population d'assurés et la qualité des demandes (plus ou moins nombreuses et fondées).

Pour améliorer l'intérêt des comparaisons, la Cour a calculé le nombre d'avis rendus rapporté à la population d'assurés d'âge actif (20-59 ans) et le nombre de pensions d'invalidité attribuées rapporté à cette même population.

Nombre d'avis rendus en 2008 et de pensions d'invalidité attribuées pour 100 000 personnes assurées âgées de 20 à 59 ans selon les régions

	Nombre d'avis rendus dans le cadre de l'invalidité pour 100 000 personnes assurées de 20 à 59 ans	Nombre de pensions d'invalidité attribuées pour 100 000 personnes assurées de 20 à 59 ans	Pourcentage d'avis défavorables
Guyane	41	39	3%
Martinique	71	65	8%
Réunion	91	69	24%
Guadeloupe	76	71	7%
Nord Est	251	167	34%
Ile-de-France	203	177	13%
Centre	226	185	18%
Pays de la Loire	240	192	20%
Centre Ouest	246	193	22%
Aquitaine	280	217	22%
Alsace Moselle	322	218	32%
Bourgogne Franche Comte	295	222	25%
Moyenne	276	224	19%
Midi Pyrénées	315	230	27%
Normandie	290	246	15%
Rhône Alpes	296	249	16%
Nord Picardie	337	264	22%
PACAC*	331	291	12%
Bretagne	344	299	13%
Auvergne	377	307	18%
Languedoc Roussillon	399	341	14%

*La DRSM Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACAC) comprend la Corse

Source : Données Hippocrate, calculs Cour des comptes

Un faible taux d'avis défavorable n'est pas toujours corrélé avec un nombre de pensions d'invalidité attribuées supérieur à la moyenne. Les écarts observés entre DRSM vont toutefois de 1 à 2 en métropole, avec 167 pensions attribuées par la DRSM Nord-Est et 341 par la DRSM Languedoc-Roussillon⁴¹³. En comparant les pratiques des ELSM, les disparités sont encore plus marquées : l'ELSM de Vannes (358) attribue quatre fois plus de pensions d'invalidité que celui d'Epinal (89).

Nombre d'avis rendus en 2008 et de pensions d'inaptitude attribuées pour 100 000 personnes assurées âgées de 60 à 64 ans selon les régions

2008	Nombre d'avis rendus dans le cadre de l'inaptitude pour 100 000 personnes assurées de 60 à 64 ans	Nombre de pensions d'inaptitude attribuées pour 100 000 personnes assurées de 60 à 64 ans	Pourcentage d'avis défavorables
Centre	1 302	866	34%
Nord Est	1 478	1 113	25%
Centre Ouest	1 389	1 138	18%
Pays de la Loire	1 687	1 344	20%
Normandie	1 636	1 390	15%
Bourgogne Franche Comté	2 094	1 557	26%
Midi Pyrénées	2 211	1 632	26%
Aquitaine	2 124	1 687	21%
Ile-de-France	2 625	1 703	35%
Rhône Alpes	2 559	1 712	33%
Bretagne	2 043	1 772	13%
Moyenne	2 497	1 848	26%
Alsace Moselle	3 333	2 299	31%
Nord Picardie	3 040	2 303	24%
Auvergne	2 900	2 388	18%
Languedoc Roussillon	2 818	2 425	14%
Martinique	3 808	2 475	35%
PACAC	3 426	2 725	20%
Guyane	6 715	3 346	50%
Guadeloupe	5 807	4 297	26%
Réunion	6 247	4 448	29%

Source : Données Hippocrate, calculs Cour des comptes

Pour l'inaptitude, la Cour a également calculé le nombre d'avis rendus et le nombre de pensions d'inaptitude attribuées rapportés aux assurés susceptibles d'être concernés par le dispositif (les 60-64 ans). Les écarts entre régions vont de 1 à 3 en métropole et de 1 à 5 DOM compris.

413. Le chiffre de 2008 pour la DRSM Languedoc-Roussillon constitue toutefois un pic (257 en 2007 et 300 en 2009) expliqué par la mise en place mi-2007 d'un plan de « stabilisation » plus précoce des assurés en arrêt maladie, qui s'est traduit par une augmentation des mises en invalidité, mais également par des effets positifs sur l'évolution des indemnités journalières de longue durée.

En 2008, le taux d'avis défavorables relatif aux avis rendus dans le cadre de l'inaptitude (hors attribution de majoration pour tierce personne), qui s'établit en moyenne à 26 %, est compris entre 13 % pour la DRSM de Bretagne et 35 % pour celle d'Ile-de-France.

Le taux de rejet plus élevé que la moyenne observé en région parisienne s'explique par la présence au sein de la DRSM du service des relations internationales de l'inaptitude et de l'invalidité qui traite les demandes émanant d'assurés résidant à l'étranger et dont le taux d'avis défavorable s'élève à 52 %. On rencontre cette situation dans d'autres régions, mais de manière moins marquée.

2 – Les raisons de ces écarts

L'état de santé de la population et la situation de l'emploi dans la région peuvent justifier une part des écarts observés, mais cela n'explique pas que la DRSM Auvergne ait pour l'attribution des pensions d'inaptitude des résultats proches de ceux de la DRSM Nord-Picardie, région dont les habitants ont notoirement un état de santé plus dégradé. A l'évidence d'autres facteurs peuvent jouer : le faible encadrement de ces deux dispositifs, des politiques particulièrement volontaristes en matière de convocation des assurés ou de prévention de la désinsertion professionnelle mais aussi le facteur humain.

Malgré le développement des revues de dossiers médicaux visant à harmoniser les pratiques, l'appréciation de l'invalidité et de l'inaptitude par les médecins conseil repose sur une définition ancienne, non accompagnée d'indications précises⁴¹⁴, réalisée par un médecin seul et - pour l'inaptitude - avec une prise de décision généralement après un seul examen, quand ce n'est pas sur dossier. A l'inverse, l'évaluation du handicap, certes encore perfectible, réalisée par une équipe pluridisciplinaire, s'appuie sur un barème, sur une méthodologie d'évaluation des besoins de compensation, une réflexion étant en cours pour mieux apprécier la situation d'une personne handicapée au regard de l'emploi.

Le fait que les médecins conseil n'aient aucune instruction en matière de reconnaissance de l'inaptitude en raison vraisemblablement d'une gestion éclatée de ce dispositif entre les branches maladie et vieillesse peut également expliquer une partie de ces écarts. En effet, s'agissant du régime général, si la décision est bien notifiée par la CNAVTS, l'inaptitude au travail est appréciée par les médecins conseil

414. Sauf initiative locale : ainsi, la DRSM Languedoc-Roussillon a annexé au mode opératoire régional une proposition de barème pour sept affections fréquemment rencontrées.

de la branche maladie⁴¹⁵. Du côté de la CNAMTS, de nombreuses statistiques issues de l'applicatif Hippocrate sont disponibles, mais elles ne sont que très partiellement exploitées et pas réellement analysées. A la CNAVTS, le dispositif n'apparaît pas réellement suivi. Une amélioration du pilotage de ce dispositif par la CNAVTS, qui devrait disposer de toutes les informations relatives aux avis d'inaptitude semble donc nécessaire.

Outre le manque de référentiels, le facteur humain ne doit pas être mésestimé. Certains médecins ont une vision plus sociale que d'autres de leur pratique. Il est vrai qu'ils sont souvent confrontés à des situations sociales difficiles. De plus, le requérant connaît le sens de la décision à la fin de la visite médicale. Il est donc possible que la situation sociale puisse faire pencher certaines décisions du côté de l'accord.

Toutefois, la problématique de l'hétérogénéité des pratiques n'est pas spécifique à l'invalidité et à l'inaptitude. Ainsi, au sein de la branche AT-MP, des travaux ont déjà été engagés en vue de réduire l'hétérogénéité des taux de reconnaissance de certaines pathologies.

Pour rapprocher les pratiques des médecins conseil, il serait donc souhaitable :

- de concevoir un barème d'attribution des pensions d'invalidité commun sinon du moins cohérent avec le barème d'attribution de l'AAH ;
- de mieux encadrer la définition de l'inaptitude. La notion d'incapacité de travail pourrait être évaluée selon un référentiel commun avec celui de l'invalidité pour plus de cohérence ;
- de suivre par des indicateurs pertinents les pratiques des ELSM en vue d'une réduction de l'hétérogénéité des décisions ;
- de prévoir des revues de dossiers communes entre ELSM ayant des pratiques éloignées.

III - La nécessité de réformes profondes

A – Moderniser la prise en charge de l'invalidité

Malgré l'existence de deux dispositifs distincts, les frontières entre invalidité et handicap ne sont pas étanches. Il conviendrait donc, comme

415 . Depuis 1945, la caisse chargée de la liquidation des droits à retraite est compétente pour statuer, sur avis du médecin conseil, sur l'inaptitude du requérant. La CNAVTS, n'ayant pas de médecins conseil, a recours à ceux de la branche maladie.

le propose le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son avis de 2008, de « remettre à plat l'ensemble de ces dispositifs pour y mettre plus d'ordre, de simplicité et d'équité », les zones de superposition n'étant « ni claires ni peut être rationnelles ».

A minima, l'ensemble des textes relatifs à l'invalidité devrait être passé en revue dans l'objectif de rendre le système plus lisible (par l'harmonisation du seuil de taux d'incapacité entre l'entrée en invalidité et la révision, par la suppression de la possibilité de bénéficier pendant des années d'une pension d'invalidité suspendue en cas de reprise d'activité...) et cohérent avec la prise en charge du handicap, des correspondances devant notamment être établies entre les taux d'incapacité relatifs à l'invalidité et au handicap⁴¹⁶. De même, quelles que soient les orientations retenues, une coordination systématique devrait être recherchée entre les différents services en charge de l'invalidité et du handicap. Des conventions de partenariat devraient être généralisées entre les réseaux concernés, afin de définir plus précisément le rôle et la responsabilité de chacun des acteurs.

Toutefois, une nouvelle réforme de l'AAH⁴¹⁷ a été annoncée lors de la conférence nationale du handicap de juin 2008. L'évolution prévue pour l'AAH devrait être l'occasion d'une réforme plus ambitieuse, s'étendant à l'invalidité. Elle consisterait à évaluer l'invalidité et le handicap à partir d'un seul référentiel, à mettre en œuvre un dispositif commun d'intéressement et d'accompagnement du retour à l'emploi, à fusionner minimum invalidité et AAH et à mettre fin aux nouvelles attributions de majorations pour tierce personne au profit de la PCH.

1 – Evaluer l'invalidité et le handicap à partir d'un référentiel commun

L'invalidité et le handicap devraient disposer d'un référentiel commun d'évaluation, à défaut d'un seul guide-barème. Les nombreux outils conçus pour l'évaluation du handicap et pour mesurer la distance à l'emploi ne devraient pas être utilisés exclusivement pour le handicap.

416. Ainsi, il pourrait être proposé que les invalides de 2^{ème} et 3^{ème} catégories soient réputés avoir un taux d'incapacité de 80 % permettant de bénéficier sans nouvelle évaluation des prestations liées au handicap (notamment AAH et carte d'invalidité).

417. Cette réforme qui poursuit l'objectif de garantir la dignité des personnes dans l'incapacité durable ou définitive de travailler et de faire de l'AAH un tremplin vers l'emploi pour les personnes qui souhaitent et peuvent travailler pourrait refondre les deux régimes existant d'AAH qui se distingueraient à l'avenir en fonction de la capacité de travail et non plus comme aujourd'hui en fonction du taux d'incapacité.

Si la décision de mise en invalidité devrait toujours être prise au niveau de la caisse, les médecins conseil pourraient plus s'appuyer sur l'avis du médecin du travail. De plus, un avis technique préalable à la décision reposant sur une approche pluridisciplinaire pourrait être recherché auprès de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), qui, attribuant la RQTH, semble beaucoup plus à même que le médecin conseil d'apprécier la capacité de travail d'une personne invalide.

2 – Prévoir un dispositif d'intéressement et d'accompagnement du retour à l'emploi

Outre la nécessité de promouvoir la santé au travail, ce qui permettrait de réduire la déclaration de certaines pathologies, la priorité absolue doit être de prévenir la désinsertion professionnelle et d'inciter au retour vers l'emploi des invalides. Or, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité, à la différence des personnes qui se tournent vers les MDPH, sont très mal accompagnés dans le processus de retour à l'emploi.

Il est donc important de mettre en place un dispositif, commun au handicap et à l'invalidité, d'intéressement et d'accompagnement au retour à l'emploi. Il semble en effet inefficace de conserver deux dispositifs parallèles, alors que les publics ont les mêmes besoins.

Par ailleurs, une modification de la définition de l'invalidité (« incapacité à exercer une activité professionnelle » pour les 2^{ème} et 3^{ème} catégories) apparaît nécessaire, à l'instar de ce qui a déjà été fait pour l'AAH⁴¹⁸, pour accroître les incitations au retour vers l'emploi.

3 – Fusionner l'ASI et l'AAH

La pension contributive d'invalidité resterait le pivot du système. Le dispositif d'une assurance invalidité de base proportionnelle au SAM serait maintenu : outre la pension de 2^{ème} catégorie, l'invalidité de 1^{ère} catégorie serait conservée pour faciliter le maintien en emploi d'assurés dont l'état de santé ne permet pas une activité à temps plein.

Comme indiqué précédemment, avec le décrochage entre ASI et AAH, la fusion de ces minima semble incontournable sauf à voir se multiplier des situations de cumul particulièrement complexes car

418. La loi de finances pour 2009 a modifié l'article L. 821-2 CSS qui permettait d'accorder l'AAH aux personnes ayant un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % lorsqu'elles n'avaient pas occupé d'emploi pendant 12 mois. Ayant un effet désincitatif sur le retour à l'emploi cette condition a été remplacée par la notion de « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ».

impliquant deux réseaux différents. Les inspections qui ont fait cette recommandation proposent d'ailleurs la suppression de cette allocation au profit d'un différentiel d'AAH, les crédits de l'ASI étant redéployés vers l'AAH au sein du budget de l'Etat (programme 157 « handicap et dépendance »).

Cette fusion n'est toutefois possible que si les conditions de reconnaissance de l'invalidité et du handicap sont harmonisées (cf. supra). Elle a par ailleurs un coût qui proviendrait des droits -liés à l'appréciation différente des ressources- que les pensionnés d'invalidité ne feraient pas valoir, de l'accès possible aux compléments d'AAH, des quelques récupérations sur succession qui seraient encore pratiquées et du différentiel de montant entre ASI et AAH. Des estimations du coût de cette fusion de l'ordre d'1 Md€ ont été faites en 2005-2006, mais elles reposent sur de nombreuses approximations et dépendent fortement des hypothèses faites. En 2003, le rapport IGAS-IGF sur le FSI et l'ASI indiquait que « l'unification de l'AAH et de l'ASI peut être envisagée dans le cadre d'une enveloppe financière constante pour les prestations ».

La Cour estime que les surcoûts occasionnés par cette réforme, qui devrait être calibrée de façon à ce qu'ils restent raisonnables, pourraient être compensés, au moins en partie, par les gains en gestion liés à la disparition de l'ASI et par la révision du dispositif d'exonération du ticket modérateur. Par ailleurs, le mode d'appréciation des ressources ouvrant droit à l'AAH pourrait notamment être rendu plus strict, ce qui permettrait d'envisager une réforme à coût constant.

En tout état de cause, seule cette fusion serait à même de résoudre l'inégalité de traitement entre invalides et handicapés. Comme le conclut le rapport précité, « elle répondrait à un triple objectif de simplicité, d'efficacité et d'équité ».

4 – Mettre fin aux nouvelles attributions de majoration pour tierce personne

Pour les raisons indiquées plus haut, une suppression des nouvelles attributions de MTP au profit de la PCH (et de l'APA s'agissant des retraités reconnus inaptes) semble souhaitable⁴¹⁹. De ce fait, la 3^{ème} catégorie d'invalidité disparaîtrait à terme.

Cette mesure permettrait de rationaliser le système en supprimant une allocation ayant le même objet de compensation du handicap ou de la perte d'autonomie que ces prestations versées par les conseils généraux,

419. Cette réforme a également été proposée par le rapport IGAS-IGF de 2003 précité.

ce qui simplifierait la gestion et limiterait les risques de fraudes. Elle permettrait également d'ajuster les prestations aux besoins réels des assurés, dégagant ainsi des économies, dans la mesure où les MTP sont actuellement attribuées sans conditions de ressources et sans prise en compte individualisée des besoins des assurés, à la différence de la PCH et de l'APA. Par ailleurs, une telle réforme devrait naturellement s'accompagner d'un transfert de ressources en faveur des collectivités locales.

B – Repenser l'inaptitude dans le cadre de la retraite

L'absence de pilotage de la retraite au titre de l'inaptitude, dont la définition laisse une large place à l'interprétation, conduit à s'interroger sur les objectifs qui pourraient être aujourd'hui les siens.

En premier lieu, il serait souhaitable de supprimer la prime à la non activité qui résulte de la réglementation actuelle, selon laquelle il est plus facile à une personne qui n'a pas travaillé au cours des cinq années précédant sa demande d'obtenir une pension pour inaptitude, qu'à une autre personne, en emploi, ou au chômage depuis peu, en raison de l'inadéquation des critères prévus par la réglementation⁴²⁰.

En second lieu, l'évaluation de l'inaptitude apparaît déconnectée de la notion de pénibilité. Quel que soit le caractère pénible de l'activité exercée par le passé, si elle n'a pas eu d'incidence significative sur l'état de santé de l'assuré, l'intéressé n'est généralement pas déclaré inapte. Par contre, une femme qui n'a jamais travaillé mais souffre de pathologies diminuant sa capacité de travail de 50 % sera reconnue inapte. Ainsi, les assurés ayant exercé une activité pénible et présentant un état de santé dégradé pourraient être plus explicitement ciblés par la reconnaissance de l'inaptitude dans le cadre de la retraite, sous réserve de la production par les assurés d'éléments probants relatifs à leur carrière passée.

Le projet de loi portant réforme des retraites prévoit l'institution d'une possibilité de départ à 60 ans au taux plein, alors que l'âge légal devrait être fixé à terme à 62 ans, ciblant les personnes dont l'incapacité permanente (d'au moins 20 % selon le barème relativement strict AT-MP) a pour cause une maladie professionnelle ayant donné lieu à l'attribution d'une rente. Cette mesure vise donc exclusivement les

420. Dans le premier cas, elle devra seulement avoir une incapacité de travail de 50 %, tandis que dans le second, elle devra également ne pas être en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé.

salariés en emploi ou ayant quitté leur emploi depuis peu⁴²¹ et pourrait concerner 10 000 personnes par an contre 72 000 départs au titre de l'inaptitude (hors ex-invalides).

Cependant, l'institution éventuelle par la réforme des retraites d'une nouvelle voie de départ en retraite au taux plein ne suffit pas à épuiser le sujet de la pénibilité. Elle rend plus nécessaire encore la redéfinition des objectifs de l'inaptitude dans le cadre de la retraite - le départ ne sera plus possible à terme qu'à partir de 62 ans - l'articulation entre ce dispositif et la mesure pénibilité méritant par ailleurs d'être précisée. De plus, cette dernière mesure va également contribuer à augmenter mécaniquement les dépenses au titre de l'invalidité, les pensions d'invalidité étant versées deux ans de plus.

SYNTHESE

L'assurance invalidité de la sécurité sociale et la retraite pour inaptitude au travail n'ont été adaptées ni aux besoins des assurés, ni à l'émergence et à l'évolution de dispositifs extérieurs à la sécurité sociale de compensation du handicap, souvent plus généreux (l'AAH et ses compléments). Comme pour celle du handicap, la reconnaissance de l'invalidité devrait prendre en compte l'environnement de la personne, ses conditions de vie et son éventuelle employabilité.

Ainsi, la réforme annoncée de l'AAH constitue l'occasion de mettre en œuvre la modernisation tant différée de la prise en charge de l'invalidité, tandis qu'une réflexion sur les objectifs de la retraite pour inaptitude semble incontournable.

421. A titre d'exemple, les affections chroniques du rachis lombaires provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes doivent être déclarées dans un délai de 6 mois après la fin de l'exposition et sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans (cf. tableau n°98 des maladies professionnelles).

RECOMMANDATIONS

65. *Evaluer l'invalidité et le handicap à partir d'un référentiel commun.*

66. *Fusionner l'AAH et l'ASI.*

67. *Modifier la définition de l'invalidité pour la rendre plus incitative au retour vers l'emploi et étendre aux invalides le dispositif d'intéressement et d'accompagnement prévu pour les handicapés.*

68. *Mettre un terme aux nouvelles attributions de majorations pour tierce personne pour l'invalidité comme pour l'inaptitude.*

69. *Encadrer les pratiques des médecins conseil pour garantir l'égalité de traitement sur le territoire dans la reconnaissance de l'invalidité et de l'inaptitude.*

70. *Aligner sur le régime des ALD le dispositif d'exonération du ticket modérateur des bénéficiaires d'une pension d'invalidité.*

71. *Redéfinir les objectifs et la définition de la retraite pour inaptitude en intégrant la notion de pénibilité des activités exercées.*
