



# Les départs en retraite au titre de l'inaptitude

Rapport

**Philippe LAFFON et Denis LE BAYON**  
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

**Avec la participation de Bruno RAMDJEE**  
Stagiaire à l'Inspection générale des affaires sociales  
Et l'appui de Laurent VILBOEUF, membre de l'Inspection générale

2022-041R  
Octobre 2022



## SYNTHESE

[1] Par lettre de mission en date du 13 avril 2022, la ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion, le ministre des solidarités et de la santé et le secrétaire d'Etat chargé des retraites et de la santé au travail ont saisi l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission d'évaluation et de recommandation sur les départs en retraite pour inaptitude.

[2] La mission s'est déplacée sur trois sites, Marseille, Paris et Lille, afin d'observer les politiques conduites dans les régions des Hauts-de-France, d'Île-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), et a échangé en visioconférence avec des personnels de la CGSS, du service médical et de la CAF de la Martinique. Elle a procédé à une étude de la réglementation applicable et à des recherches statistiques, afin de produire les constats et préconisations qui suivent.

- La première partie du rapport présente **le cadre juridique et historique** de ce dispositif, ainsi que ses **principales données physico-financières**

[3] Très ancien dispositif, créé avant même 1945, la retraite pour inaptitude vise à améliorer les conditions de départ en retraite de personnes en situation de handicap ou présentant des états de santé dégradés rendant difficiles les conditions de poursuite de leur activité professionnelle. Comme dans le droit commun, les personnes concernées peuvent partir à partir de 62 ans et le calcul de leur retraite tient compte des trimestres validés (application du coefficient de proratisation). L'avantage accordé consiste en la **liquidation à taux plein de la pension**, même sans réunion des conditions de durée d'assurance (par anticipation de l'âge de 67 ans), et en **l'accès immédiat au minimum vieillesse et au minimum contributif** (par anticipation des âges de 65 et 67 ans). Hors fonction publique et régimes spéciaux, qui ne sont pas étudiés dans le présent rapport, ce dispositif existe dans tous les régimes de base (régime général y compris artisans-commerçants, régimes agricoles, régimes des professions libérales y compris avocats).

[4] L'étude des textes met en lumière que **quatre publics distincts** peuvent bénéficier de la retraite pour inaptitude, selon des procédures de gestion et dans des cadres juridiques différents :

- les **bénéficiaires d'une pension d'invalidité**, qui, à 62 ans, voient cette pension remplacée, sauf poursuite d'un emploi, par une pension de retraite pour inaptitude (article L. 341-15 du code de la sécurité sociale – CSS) ;
- les **allocataires de l'AAH**, qui, de la même façon et sauf poursuite d'une activité professionnelle, voient leur allocation remplacée à 62 ans par une pension de retraite pour inaptitude (article L. 821-1 du CSS) ;
- des personnes qui se sont vu reconnaître **un taux d'incapacité de 50 %** au sens du barème handicap mis en œuvre par les équipes pluridisciplinaires des MDPH (article L. 351-8, 1<sup>er</sup> du CSS) ;
- des personnes qui, à la différence des trois autres catégories, ne bénéficient pas d'une présomption liée au bénéfice d'une prestation ou à la reconnaissance d'un état mais doivent, lors de la préparation leur retraite, formuler une demande de reconnaissance de leur inaptitude. Celle-ci intervient **dans le cadre d'une procédure médicale faisant appel aux médecins-conseils de l'assurance maladie**. L'inaptitude est reconnue lorsque l'incapacité de travail est égale ou supérieure à 50 % (article L. 351-7 du CSS).

Inaptitude à démontrer	Inaptitude présumée
	Retraite des ex-bénéficiaires d'une pension d'invalidité (L. 341-15)
Retraite pour inaptitude au travail via la procédure médicale (L. 351-7)	Retraite pour incapacité permanente (L. 351-8, 1° ter)
	Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (L. 821-1)

[5] Les retraites pour inaptitude sont un dispositif d'ampleur. Au régime général, ils ont représenté 104 300 départs en retraite en 2019, soit 17 % des départs, qui se répartissent à peu près à moitié entre les inaptes ex-invalides (9 %) et les trois autres catégories (8 %). Les pensionnés pour inaptitude représentent 15 % des effectifs de retraités de droit direct et 12 % de la masse des pensions de droit direct du régime général (14,5 Mds € en 2021). Le coût pour le système de retraite des avantages liés intrinsèquement à la retraite pour inaptitude est délicat à évaluer ; une étude de la DREES sur le seul bénéfice du taux plein sans réunion de la condition de durée indique que celui-ci est modeste (de l'ordre de 0,6 % de la masse des droits propres versés – estimation minorante du coût global qui ne tient pas compte de l'anticipation du bénéfice des minima de pension).

[6] Le dispositif se trouve à l'intersection des concepts de handicap, d'invalidité, d'incapacité et d'inaptitude. Il **emprunte à plusieurs législations (du handicap, de la vieillesse, de la santé au travail), au risque de l'ambiguïté et de l'incompréhension**, pour les assurés (comme l'audition de panels d'assurés l'a démontré) mais aussi pour les différents acteurs impliqués (quatre branches de la sécurité sociale – retraites, maladie, famille, AT-MP –, les MDPH, Pôle emploi, les services de prévention et de santé au travail – SPST). La création par les dernières réformes des retraites de dispositifs proches et visant des publics voisins (retraite anticipée des travailleurs handicapés en 2003, retraite pour incapacité permanente dite de « pénibilité 2010 ») n'a pas facilité l'appropriation de ce mécanisme, laquelle est extrêmement faible en dépit de son caractère ancien et massif.

- La deuxième partie du rapport est consacrée à l'étude du **profil et des parcours des retraités pour inaptitude**

[7] Les données statistiques existantes sont riches et permettent de se rendre compte de l'originalité du profil de ces assurés, qui sont **majoritairement des femmes** (à 58 %).

[8] S'agissant de **l'espérance de vie**, une étude de 2019 de la CNAV met en évidence un **différentiel de 4,7 ans (inaptes hors ex-invalides) à 6,2 ans (ex-invalides) pour les hommes et de 4,1 (inaptes hors ex-invalides) à 4,4 ans (ex-invalides) pour les femmes**, par rapport aux autres retraités. Ce mauvais état de santé trouve ses origines avant l'entrée en retraite : les études conduites auprès des assurés sur leurs motivations en matière de départ soulignent que 50 % des assurés se percevant en mauvaise santé et 73 % de ceux qui se perçoivent en très mauvaise santé, au moment de leur départ, ont bénéficié du dispositif.

[9] S'agissant des **carrières professionnelles**, une étude publiée par la CNAV en juin 2022 met en lumière :

- des **durées validées très inférieures à la moyenne pour les inaptes hors ex-invalides** (11,5 années en moins en moyenne). Le poids des périodes assimilées (chômage, maladie, assurance vieillesse du parent au foyer - AVPF) au sein de la période validée est particulièrement important. Les ex-invalides présentent un profil sensiblement différent puisqu'ils ont eu des carrières relativement complètes avant leur entrée en invalidité et leur période de bénéfice de la pension d'invalidité a fait l'objet d'une validation (ce qui n'est pas le cas pour les périodes d'inactivité au RSA ou à l'AAH) ;
- un **niveau des pensions nettement inférieur à la moyenne** (77 % pour un pensionné ex-invalide et 70 % pour les autres inaptes), les différences entre femmes et hommes étant moindres au sein des inaptes qu'en population générale.

[10] S'agissant des **secteurs professionnels d'activité de ces retraités**, une étude de la CNAV de septembre 2022 indique que, chez les hommes, industrie et construction dominant. Chez les femmes, ce sont les secteurs de la santé et de l'administration publique (des personnels ayant exercé dans la fonction publique mais liquidant la partie de leur parcours exercée dans le secteur privé sont inclus dans le champ de l'étude).

[11] Ces données présentent cependant une limite importante : si elles permettent de décrire convenablement les ex-invalides, elles ne distinguent pas entre les trois autres catégories (ex-AAH, inaptes via la procédure médicale ou via la reconnaissance par la MDPH d'un taux d'incapacité de 50 %). **La mission a cherché, par différents leviers, à établir des ordres de grandeur des effectifs concernés et des profils propres à chacun de ces trois publics.**

[12] L'analyse des effectifs comparés des personnes partant en retraite pour inaptitude et des personnes relevant de l'AAH, de la pension d'invalidité et de la procédure médicale indique la **population des personnes ayant eu une reconnaissance par la MDPH d'un taux d'incapacité de 50 % doit être résiduelle**. Ces calculs sont confirmés par la proportion de personnes passant par la procédure médicale observée dans le fichier des Hauts-de-France (30 % de l'ensemble des inaptes, ce qui correspond, en extrapolant, à environ **30 000 départs annuels** au niveau national), les données du service médical de l'assurance maladie, ainsi que par les chiffres comparés des bénéficiaires de l'AAH à 61 et 62 ans (moins **20 000 personnes**, entre ces deux âges).

[13] La **procédure médicale fait selon toute logique fonction de « voiture-balai » pour le dispositif pour inaptitude** : une partie des personnes avec une incapacité supérieure à 50 % reconnue par la MDPH recourt peut-être à la procédure médicale, en raison de sa méconnaissance du droit lié à son handicap ou parce qu'elles ne disposent pas de justificatifs, simples d'accès, de cette incapacité. On peut faire l'hypothèse que la déconjugalisation de l'AAH fera, en sens inverse, migrer vers la porte d'entrée de l'AAH une partie des femmes (et des hommes) qui passent aujourd'hui par cette procédure médicale, faute de bénéfice de l'AAH ou d'alternative (mise en invalidité, reconnaissance MDPH).

[14] Ces publics (ex-AAH, inaptes via la procédure médicale ou la reconnaissance AAH) sont en effet très proches, même s'ils ne sont pas, avant leur passage en retraite, dans les mêmes « cases » administratives. **En effet, une exploitation statistique d'un échantillon de retraités par la CNAV a permis de dresser, pour la première fois, les profils comparés des inaptes via la procédure médicale et des inaptes ex-AAH.** Elle met en lumière que **les personnes passant par la procédure médicale ont des profils beaucoup plus proches de ceux des ex-AAH que de ceux des ex-invalides**, qui ont, eux, des carrières souvent complètes et des salaires de référence plus élevés.

- La troisième partie du rapport est dédiée aux **procédures administratives et à la gestion des dossiers de retraite pour inaptitude**

[17] Cet aspect du sujet est en effet primordial pour, sinon évaluer le non-recours, du moins en appréhender les mécanismes constitutifs. La complexité de la législation, l'intervention de multiples organismes administratifs, l'aspect parfois désuet des procédures exigées d'assurés dont le profil présente des fragilités sociales et de santé évidentes justifiaient les investigations conduites sur ce point.

[18] S'agissant de **la procédure médicale**, celle-ci repose sur le remplissage, par un médecin traitant, et le cas échéant par un médecin du travail, de formulaires CERFA, qui seront adressés par l'assuré, sous format papier, au service du contrôle médical (via la CARSAT, qui réceptionne puis achemine). La mission a pu observer **plusieurs dysfonctionnements ou détournements de l'esprit de la procédure**. Le circuit papier requis par la procédure est à l'origine de ruptures du secret médical, des personnels de CARSAT (dans le souci de raccourcir les délais de traitement) déchachetant les enveloppes à mention « confidentiel » destinées au médecin-conseil, afin de vérifier la complétude du dossier. Les médecins du travail remplissent très rarement voire exceptionnellement le CERFA, ce qui conduit les médecins-conseils à se prononcer en l'absence de leurs renseignements. Les dossiers médicaux sont remplis de façon hétérogène par les médecins traitants, faute de connaissance ou d'intérêt pour la procédure parfois, en raison du caractère inadapté du formulaire souvent. Pourtant, les informations transmises sont absolument déterminantes pour forger l'avis du médecin-conseil : celui-ci dispose de peu d'autres éléments (le SNIIRAM n'est ainsi pas consulté) ; il n'existe pas de barème d'évaluation ; dans l'immense majorité des cas, l'avis est rendu sur pièces, en dépit de la faculté de convoquer l'assuré.

[19] **Les taux d'avis favorables sont élevés (89,30 % en 2021)**, avec une croissance au cours de la dernière décennie. Celle-ci s'explique clairement par la dégradation de l'état de santé moyen des assurés examinés, en raison de la croissance de l'âge moyen des demandeurs, qui est passé sous l'effet de la réforme des retraites de 2010 de 60 à 62 ans. Une explication plus difficile à fournir concerne l'existence de disparités régionales, lesquelles sont réelles mais mesurées. En tout état de cause, le manque de pilotage de ce champ d'intervention du service médical ne permet pas d'analyser et, le cas échéant, de corriger ces évolutions. Certains échelons régionaux rencontrés réfléchissent certes aux organisations les plus adaptées. Cependant, le sujet reste vu au niveau du médecin-conseil comme simple et peu mobilisateur (ce qu'a globalement accrédité l'examen de dossiers médicaux par la mission, des états de santé très dégradés étant observés) et, au niveau des échelons supérieurs, comme **peu stratégique au regard des volumes et des enjeux financiers** pour l'assurance maladie. L'inaptitude représente de fait moins de 1 % de l'activité d'une direction régionale du service médicale ; pour les CPAM, les 55 000 départs en retraite annuels au titre de l'inaptitude pour les invalides atteignant 62 ans sont à mettre en regard des 8,7 millions d'arrêts pour maladie, AT-MP ou maternité enregistrés en 2017, par exemple.

[20] Pour les **autres publics d'inaptes**, qui bénéficient d'une forme de présomption d'inaptitude (bénéfice d'une pension d'invalidité ou de l'AAH), la **principale problématique a trait aux échanges entre caisses « cédantes » (CPAM, CAF) et caisse « preneuse » (CARSAT), aux 62 ans de l'assuré**.

[21] Pour les **inaptes ex-invalides**, le processus est ancien et relativement maîtrisé. Il est dématérialisé depuis 2013 entre les caisses, pour permettre une transition systématique des invalides sans activité professionnelle vers la retraite à l'âge de 62 ans. Il n'est pas pour autant automatisé du point de vue de l'assuré, qui doit dans tous les cas renvoyer un dossier de demande de retraite, voire de demande d'ASPA, complété intégralement.

[22] S'agissant des **inaptes ex-AAH**,

- l'article 82 de la LFSS pour 2020 visait à mettre en place un processus de « substitution automatique » de la pension de retraite pour inaptitude à l'AAH, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020. En pratique cependant, **une demande de retraite doit bien être faite auprès de leur caisse (notamment pour préciser leurs coordonnées bancaires) et la procédure n'est automatique pour personne ;**
- l'application des règles de subrogation entre AAH et pension de retraite est globalement satisfaisante. Le principe est que le **paiement de l'AAH est maintenu jusqu'à la perception effective de la prestation de vieillesse**. De fait, on constate une chute du nombre de bénéficiaires de l'AAH qui travaillent, entre 61 et 62 ans.

[23] S'agissant enfin des **personnes reconnues par la MDPH avec une incapacité de 50 %**, la difficulté réside dans le fait qu'il n'existe pas de liste de justificatifs, qui puissent être produits à l'appui d'une demande de passage « automatique » en retraite pour inaptitude. Certaines situations administratives constituent cependant des indices d'éligibilité à la mesure, justifiant *a minima* une information des intéressés :

- les **bénéficiaires d'une CMI mention invalidité (CMI-i)** délivrée par la MDPH se sont vu reconnaître une incapacité à 80 % et sont éligibles « de droit » à une retraite pour inaptitude (y compris ceux d'entre eux qui n'ont pas de pension d'invalidité ou d'AAH). En application de dispositions plus anciennes, l'outil retraite, qui permet aux techniciens de CARSAT de calculer et liquider, comporte d'ailleurs une case « titulaire d'une carte d'invalidité à 80 % » ;
- les **bénéficiaires d'une CMI mention priorité (CMI-p)** délivrée par la MDPH se sont, quant à eux, vu reconnaître une incapacité inférieure à 80 % - mais qui peut donc être supérieure à 50 %. Les équipes des MDPH estiment qu'une majorité d'entre eux ont, de fait, une incapacité supérieure à 50 % et seraient donc éligibles à une retraite pour inaptitude. Cependant, cette évaluation du taux n'est pas toujours faite ou notifiée. La problématique est analogue pour les **bénéficiaires de la PCH qui ne sont pas allocataires de l'AAH**.

[24] Au titre de la procédure médicale voire de l'incapacité à 50 %, d'autres publics mériteraient une information ciblée :

- les personnes **s'étant vu reconnaître un AT-MP occasionnant une incapacité permanente** (qui n'est pas, ici, évaluée au sens de la législation sur le handicap), en raison des conséquences pérennes de leur accident ou maladie sur leur état de santé ;
  - les **demandeurs d'emploi ou allocataires du RSA** (ces derniers faisant l'objet d'un dispositif d'échange de données entre CAF et CARSAT proche de celui appliqué pour les bénéficiaires de l'AAH), qui rencontrent des difficultés de santé. Cependant, par construction, leur état de santé n'est pas connu des organismes gestionnaires. Il est à noter que, sous certaines conditions, une pension pour inaptitude est cumulable avec une allocation de retour à l'emploi (ARE), passé l'âge de 62 ans. Les conditions de mise en œuvre de cette mesure sont complexes et **l'interaction entre règles d'assurance chômage et de retraite rend difficile la bonne information des demandeurs d'emploi** sur leurs choix à opérer à 62 ans.
- La quatrième partie du rapport est consacrée aux **préconisations de la mission** sur l'évolution des différentes modalités de départ en retraite pour inaptitude

[25] Indépendamment des choix politiques qui seront retenus dans le cadre de la réforme des retraites annoncée par le Gouvernement, la mission s'est surtout attachée à proposer des mesures

de simplification et d'amélioration des processus de gestion des retraites pour inaptitude, lesquelles sont susceptibles d'être mises en œuvre qu'intervienne ou non une refonte globale de ce dispositif.

[26] Quelles que soient les évolutions des conditions de départ de droit commun qui pourraient intervenir, il apparaît nécessaire de **maintenir un dispositif favorable et spécifique de départ en retraite pour inaptitude, justifié par l'état de santé et l'espérance de vie des assurés concernés**. Une réforme peut cependant être l'occasion :

- de préciser et, le cas échéant, de faire évoluer la **nature des avantages offerts** (aujourd'hui, annulation de la décote et accès aux minima de pension dès 62 ans), réflexion qui sera nécessairement à conduire en cas d'augmentation de **l'âge d'ouverture des droits**, ce qui se conçoit aisément (leur appliquer le droit commun ou créer un âge de départ dérogatoire et anticipé, option qui paraît légitime à la mission), mais aussi en cas de mesure relative à la **durée d'assurance**, puisque la durée validée des retraités pour inaptitude (hors ex-invalides) est particulièrement faible et qu'ils seraient fortement pénalisés par ce type de mesure ;
- de **toiletter les dispositions législatives** afin de rendre le dispositif plus compréhensible et simple d'accès pour ses bénéficiaires. Le rapport formule des propositions à cet effet, visant à ce que le bloc des dispositions sur la retraite pour inaptitude, et notamment la retraite des personnes handicapées, soit plus lisible dans le code de la sécurité sociale.

[27] Le constat d'un défaut de pilotage du dispositif, qui concerne pourtant des publics fragiles, et, au plan de la gestion, des volumes massifs pour la branche vieillesse, milite pour **un resserrement ambitieux de ce pilotage, entre les branches comme en leur sein, sous l'égide des ministères sociaux**. A cet effet, des objectifs dédiés à la coordination et l'amélioration de la gestion des passages en retraite pour inaptitude devraient être inscrits dans les conventions d'objectifs et de gestion pour la période 2023-2027 de la CNAV, de la CNAF et de la CNAM et un groupe de travail associant, outre ces caisses et les ministères sociaux, la CNSA, les MDPH et Pôle emploi, devrait être chargé de corriger les incohérences de la réglementation et de s'assurer des bonnes conditions de sa mise en œuvre.

[28] S'agissant de **la procédure médicale**, l'amélioration des modalités d'évaluation par le médecin-conseil a fait l'objet de plusieurs réflexions de la part de la mission, qui en a écarté certaines jugées impraticables ou requérant des chantiers de trop longue haleine (introduction d'un barème par exemple). Elle juge pertinent de réfléchir à des **voies plus collégiales d'examen du dossier des demandeurs**, associant notamment des compétences en matière sociale ou de connaissance du milieu de travail, en particulier pour les cas complexes. Le pilotage national pourrait être renforcé en réalisant à nouveau un audit des pratiques (le dernier datant de 2016) et en promouvant une réflexion sur les organisations optimales des échelons du service médical, sur le fondement des expérimentations en cours. Enfin, **les mécanismes d'échange avec les médecins traitants exigent une modernisation rapide**, une rénovation du CERFA actuel, qui doit privilégier l'évaluation fonctionnelle, devant s'accompagner de sa dématérialisation, via les outils d'échanges sécurisés existant entre professionnels.

[29] S'agissant des **processus de gestion et des échanges entre caisses**, les évolutions sont commandées par des modifications de la réglementation comme des pratiques administratives :

- d'une part, les flux échangés entre branches et entre caisses doivent être harmonisés et rationalisés, en vue de faciliter la transition, à l'anniversaire du bénéficiaire, entre les différents dispositifs et la retraite ;

- d'autre part, des évolutions législatives doivent être entreprises pour **faciliter l'action des caisses en matière de transfert de données personnelles administratives et de gestion** (notamment le RIB) et simplifier les formalités à la charge des assurés ;
- enfin, la mission a relevé que, pour le cas particulier des bénéficiaires de l'AAH conservant une activité professionnelle, la législation ouvrait une latitude d'interprétation aux caisses qui pouvait ne pas être favorable aux intéressés : le droit doit être revu afin de permettre à ceux qui souhaitent poursuivre une activité de conserver le bénéfice de l'AAH jusqu'à 67 ans.

[30] Les **domaines de l'information donnée aux assurés** mais aussi de la **simplification des procédures et des justificatifs de l'inaptitude (en amont de la voie médicale)** forment les principaux leviers en faveur d'une amélioration du recours à la procédure. La vigilance des techniciens retraite, ainsi que des assistantes sociales ou des différents corps de médecins – lorsqu'ils connaissent le dispositif –, qui orientent majoritairement vers le dispositif, demeure un garde-fou trop limité. Ainsi, une information dédiée, avant 62 ans, doit être prioritairement proposée à plusieurs publics :

- les **demandeurs d'emploi et bénéficiaires du RSA, lorsque leurs fragilités sont connues et objectives** (par exemple, en cas de licenciement préalable pour inaptitude – au sens du code du travail). Il serait également utile **d'expérimenter, dans le cadre prévu par l'article 82 de la LFSS pour 2021, la possibilité de croisement entre les fichiers** de bénéficiaires du RSA atteignant les 62 ans et les données de consommations de soins et d'arrêts de travail de la CNAM ;
- les **titulaires de la CMI-i non bénéficiaires de l'AAH**. Ce public est par nature éligible à la mesure (en raison d'une incapacité à 80 %) et le non-recours est de ce fait inadmissible. Selon les estimations de la mission, les volumes sont limités mais significatifs (de l'ordre de 4 à 5 000 personnes en flux annuel). L'Imprimerie nationale (qui édite et expédie les CMI) pourrait y contribuer;
- les titulaires de la **CMI-p non bénéficiaires de l'AAH**. Si une information dédiée est aussi à mettre en place, pour des effectifs un peu plus importants, une voie plus ambitieuse serait que ces personnes soient rendues destinataire d'une **évaluation de leur taux d'incapacité, sous forme de fourchette** – ce que recommande par ailleurs la CNSA – afin que la personne handicapée sache précocement si elle est éligible ou non à la retraite pour inaptitude;
- les **bénéficiaires de la PCH non allocataires de l'AAH**. Au vu des effectifs très limités concernés (de l'ordre de 1000 personnes par an, la très grande majorité des bénéficiaires de la PCH ayant une CMI-i ou une AAH), il paraît également légitime de considérer que **l'attribution de la PCH pourrait permettre de bénéficier de façon automatique d'une retraite pour inaptitude** – sans passer par la voie médicale ;
- les **bénéficiaires de rente AT-MP**. Au vu des faibles volumes en cause (environ 3 400 nouvelles rentes AT-MP par an avec un taux supérieur à 50 %), **il paraît souhaitable de dresser une équivalence entre une rente** assortie d'un taux d'incapacité permanente supérieur à 50 % **au sens de la législation sur les AT-MP** et un taux d'incapacité supérieur à 50 % **au sens de la législation sur le handicap**. Même si la logique des deux barèmes diffère largement, cette équivalence a été introduite, pour le bénéfice de la retraite anticipée des travailleurs handicapés, par un arrêté de juillet 2015.

# RECOMMANDATIONS

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
<b>Principes généraux</b>				
1	Conserver un dispositif de retraite pour inaptitude permettant d'anticiper le départ en retraite et de majorer le montant de pension pour les personnes handicapées ou connaissant un état de santé dégradé leur interdisant la poursuite de leur activité professionnelle	1	Ministre en charge des retraites	En cas de réformes des retraites
2	Dans la perspective d'une réforme des conditions de départ en retraite, préciser les modalités d'anticipation dont bénéficient les retraités pour inaptitude, afin de tenir compte de leur espérance de vie inférieure et des objectifs d'équité au regard de la durée passée en retraite	1	Ministre en charge des retraites	En cas de réforme des retraites
4	Mettre en place un groupe de travail sous l'égide de la DSS, ayant vocation à être pérennisé, et incluant les trois branches concernées ainsi que Pôle emploi, la CNSA et l'association des directeurs de MDPH, afin, dans la continuité et en cohérence avec les recommandations formulées par le rapport, de veiller à la bonne mise en œuvre de la réglementation et assurer la fluidification des transitions entre organismes	1	DSS	T1 2023
<b>Processus de gestion</b>				
5	Inscrire dans les conventions d'objectifs et de gestion pour la période 2023-2027 de la CNAV, de la CNAF et de la CNAM, dont les négociations seront finalisées d'ici fin 2022-début 2023 des objectifs dédiés à la coordination et l'amélioration de la gestion des passages en retraite pour inaptitude	1	DSS, CNAF, CNAM et CNAV	T4 2022
9	A l'occasion du déploiement de l'expérimentation d'une collégialité accrue pour les décisions complexes rendues sur l'invalidité, prévoir une extension de la démarche aux retraites pour inaptitude. Déterminer une liste de cas complexes pouvant justifier le recours à une expertise médicale complémentaire, destinée à éclairer la décision du service médical	1	DSS et CNAM	En cas d'expérimentation sur l'examen des demandes d'invalidité
10	Conduire un nouvel exercice d'audit, enrichi, sur les pratiques au sein du réseau du service médical	2	CNAM	2023
11	Prévoir dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion de l'assurance maladie le déploiement d'expérimentations d'organisations centralisées ou mutualisées d'examen des demandes de reconnaissance d'inaptitude, ainsi que la réalisation d'un bilan et la diffusion au réseau de bonnes pratiques avant échéance de cette COG	2	DSS et CNAM	T4 2022
12	Limiter les mouvements des formulaires CERFA entre CARSAT et services médicaux et organiser leur transmission numérisée, via l'outil d'échanges médicaux sécurisés d'Ameli-Pro	1	CNAM	2023
13	Adapter les formulaires CERFA afin de privilégier une évaluation fonctionnelle de l'état de santé des patients, en permettant à d'autres professionnels de compléter le formulaire si besoin	1	DSS et CNAM	2023

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
15	Mettre en cohérence le plus rapidement possible le calendrier d'envoi du deuxième signalement national avec les attentes des caisses de retraite (à 6 ou 7 mois au moins avant les 62 ans) afin de doter les CARSAT des délais suffisants pour préparer avec l'assuré le passage en retraite. Travailler à la mise en place de signalement automatisés entre CAF et CARSAT sur le modèle des transitions entre pensions d'invalidité et pensions de retraite	2	CNAF et CNAV	2023
23	Expérimenter dans quelques départements ne la pratiquant pas aujourd'hui une démarche d'évaluation systématique des taux d'IP des demandeurs de droits auprès de la MDPH, afin d'évaluer la charge d'activité supplémentaire induite par les MDPH et les effets en termes d'accès aux droits à retraite - comme aux autres droits sociaux pouvant être attribués par les maisons départementales	2	DGCS et CNSA	A compter de 2023
<b>Simplifications</b>				
3	Procéder, en cas de réforme législative, à un regroupement et un ordonnancement lisible des dispositions relatives aux retraites pour inaptitude dans le code de la sécurité sociale. Toilettter les dispositions résiduelles qui subsisteraient hors de la section ainsi créée.	1	DSS	En cas de réforme des retraites
14	Prévoir que la décision de mise en inaptitude et de radiation des cadres prise dans les régimes publics est reconnue par le régime général et les régimes alignés et permet d'accorder la pension de retraite pour inaptitude dans ce régime automatiquement, sans nécessité de soumettre l'assuré à la procédure médicale	2	DSS	2023
16	Adopter le plus rapidement possible les évolutions législatives nécessaires au transfert de données personnelles administratives et de gestion (notamment le RIB) entre organismes de sécurité sociale pour fluidifier les transitions du bénéfice de prestations sociales (AAH, RSA, rentes AT-MP, pensions d'invalidité) vers la retraite et simplifier les formalités à la charge des assurés	1	Ministres en charge des retraites et de la sécurité sociale	Via la réforme des retraites ou tout autre vecteur législatif (en dehors des lois financières)
17	Supprimer dans les dispositions législatives en vigueur le droit d'opposition à la substitution automatique de l'AAH par la pension de retraite à 62 ans	2	Ministre en charge des retraites	En cas de réforme des retraites ou dans la prochaine LFSS
18	Affirmer clairement dans les dispositions législatives relatives à la transition entre AAH et retraite la possibilité pour les bénéficiaires de l'AAH qui exercent une activité professionnelle à 62 ans de continuer à percevoir cette prestation jusqu'à 67 ans pour autant qu'ils exercent un emploi	1	Ministres en charge des retraites et des solidarités	En cas de réforme des retraites ou dans une prochaine loi financière
24	Elargir à la PCH la liste des droits et prestations valant présomption irréfragable de bénéfice de la retraite pour inaptitude. Informer de manière systématique les bénéficiaires de la PCH (et de l'ATCP) avant leurs 62 ans de l'existence de cette possibilité de départ en retraite de droit. Rappeler aux caisses de retraite que le bénéfice de l'ACTP vaut présomption irréfragable de droit à la retraite pour inaptitude	1	Ministres en charge des retraites et des solidarités	En cas de réforme des retraites ou dans la prochaine LFSS
26	Aligner la réglementation applicable aux bénéficiaires de rentes AT-MP sur celle en vigueur pour la RATH, en précisant dans la loi qu'une IP supérieure à 50 % au sens du barème AT-MP vaut présomption irréfragable de bénéfice de la retraite pour inaptitude (les	1	Ministres en charge des retraites et des solidarités	En cas de réforme des retraites ou dans la

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	bénéficiaires de rentes AT-MP au taux d'IP compris entre 10 et 50 % faisant l'objet, pour leur part, d'une campagne d'information sur la procédure de reconnaissance médicale, selon les modalités définies à la recommandation précédente)			prochaine LFSS
<b>Information du public</b>				
19	Cibler les allocataires à l'état de santé dégradé susceptibles de bénéficier d'une information adaptée sur la retraite pour inaptitude ainsi que d'un accompagnement renforcé : - en leur adressant, lorsque leurs fragilités sont connues et objectives, des courriers en amont de la retraite (pour les licenciés pour inaptitude indemnisés par Pôle emploi) ; - en expérimentant, dans le cadre prévu par l'article 82 de la LFSS pour 2021, la possibilité de croisement entre les fichiers de bénéficiaires du RSA atteignant les 62 ans et les données de consommations de soins et d'arrêts de travail de la CNAM	1	DSS et CNAF, CNAM et Pôle emploi	A compter de 2023
20	Informers de manière systématique, avant l'atteinte de l'âge de 62 ans, les titulaires de la CMI-i, en ciblant, de manière idéale, les seuls titulaires non bénéficiaires par ailleurs de l'AAH, sur leur éligibilité à un départ en retraite pour inaptitude. Compléter, selon le circuit retenu, les finalités réglementaires du traitement automatisé de données mis en place par l'Imprimerie nationale pour assurer la délivrance des CMI	1	CNSA et Imprimerie nationale	2023
21	<i>A minima</i> , informer de manière systématique, avant l'atteinte de l'âge de 62 ans, les titulaires de la CMI-p, en ciblant les seuls titulaires non bénéficiaires de l'AAH, sur l'existence de la procédure de reconnaissance médicale de l'inaptitude	1	CNSA et Imprimerie nationale	2023
22	Faire évoluer les dispositions réglementaires du CASF afin de prévoir une notification systématique d'une fourchette de taux d'IP en cas de délivrance d'une CMI-p ou d'une CMI-s	1	DGCS	2023
25	Informers de manière systématique sur la retraite pour inaptitude, avant 62 ans, tous les bénéficiaires de rentes AT-MP ou, en fonction d'expérimentations à mener au préalable, les seuls bénéficiaires ayant un taux d'incapacité permanente supérieur à un certain seuil permettant d'envisager un niveau significatif d'avis favorables de la médecine conseil (à articuler le cas échéant avec la recommandation suivante)	1	CNAM	A compter de 2023
<b>Connaissance statistique</b>				
6	Permettre un renseignement dans l'outil retraite par le technicien retraites de l'ensemble des dispositifs juridiques particuliers permettant de partir en retraite pour inaptitude et une consolidation statistique des données par dispositif au niveau régional et national.	1	CNAV	2023
7	Enrichir d'une information plus détaillée sur les différents motifs de départs pour inaptitude les informations produites dans le cadre du REPSS retraite annexé annuellement au PLFSS	2	DSS	PLFSS 2024
8	Développer l'utilisation de requêtes en ELSM mobilisant le SNIIRAM pour connaître la consommation de soins et le profil d'arrêts de travail des personnes recourant à la retraite pour inaptitude. Mener au niveau national des études croisant les données d'Hippocrate et celles du SNIIRAM afin de mieux connaître le profil de santé des retraités pour inaptitude partis via la procédure médicale. Tester, à terme, une démarche de <i>data mining</i> auprès d'assurés non invalides sur la base des enseignements tirés de tels croisements	2	CNAM	A compter de 2024

# SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>3</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>10</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>16</b>
<b>1 DISPOSITIF ANCIEN ET AU PERIMETRE VARIABLE SELON LES CONVENTIONS RETENUES, LA RETRAITE POUR INAPTITUDE CONTINUE A CONCERNER DES FLUX IMPORTANTS DE DEPARTS, EN DEPIT DES AMBIGUÏTES, VOIRE DE L’OBSOLESCENCE, DE SON CADRE JURIDIQUE</b> .....	<b>17</b>
1.1 DISPOSITIF AU PERIMETRE VARIABLE SELON LES CONVENTIONS RETENUES, LA RETRAITE POUR INAPTITUDE PERMET A DES PUBLICS DIVERS DE PARTIR EN RETRAITE AU TAUX PLEIN DES L’AGE D’OUVERTURE DES DROITS .....	19
1.1.1 <i>La nature de l’avantage : une possibilité de départ à taux plein à 62 ans, même si la condition de durée d’activité n’est pas remplie, et avec, le cas échéant, le bénéfice du minimum vieillesse ou d’un minimum de pension</i> .....	19
1.1.2 <i>Un périmètre stricto sensu reposant sur la reconnaissance de l’inaptitude par le médecin-conseil de l’assurance maladie, à la liquidation de la retraite</i> .....	20
1.1.3 <i>Un périmètre lato sensu, qui permet de cibler plusieurs voies de bénéfice d’une pension pour inaptitude</i> .....	22
1.2 SI LES RETRAITES POUR INAPTITUDE CONTINUENT A CONCERNER DES FLUX IMPORTANTS DE NOUVEAUX RETRAITES, LE COUT DU DISPOSITIF RESTE RELATIVEMENT MODESTE .....	23
1.2.1 <i>Des effectifs importants et relativement stables sur la période récente</i> .....	24
1.2.2 <i>Le coût du dispositif apparait relativement modeste mais son appréhension soulève des difficultés statistiques</i> .....	24
1.3 LA RETRAITE POUR INAPTITUDE SE TROUVE A L’INTERSECTION DE PLUSIEURS LEGISLATIONS ET DE PLUSIEURS CONCEPTS DU DROIT SOCIAL, AU RISQUE DE LA COMPLEXITE POUR GESTIONNAIRES ET ASSURES .....	25
1.3.1 <i>Un dispositif à la croisée de plusieurs concepts juridiques et médicaux</i> .....	26
1.3.2 <i>Pour les gestionnaires et assurés, des connections complexes à opérer entre législations</i> .....	27
1.4 UN DISPOSITIF ANCIEN ET QUI A PEU EVOLUE, EN DEPIT D’AVANCEES EN MATIERE DE REPONSES AUX RISQUES SANITAIRES OU PROFESSIONNELS AUXQUELS SONT EXPOSES LES SALARIES .....	30
1.4.1 <i>Un dispositif qui a connu peu d’évolutions de son cadre juridique</i> .....	30
1.4.2 <i>Un dispositif qui a été complété par de nouveaux droits, d’une nature proche</i> .....	33
1.4.3 <i>Un dispositif qui s’insère difficilement dans l’ambition portée par les pouvoirs publics d’une meilleure prévention de la désinsertion professionnelle</i> .....	34
<b>2 EN DEPIT DE LA DIFFICULTE POUR L’APPAREIL STATISTIQUE A DISTINGUER LES SOUS-CATEGORIES DE BENEFICIAIRES, LEURS PROFILS SONT MARQUES PAR UNE ESPERANCE DE VIE DEGRADEE, DES MONTANTS DE PENSIONS FAIBLES ET, POUR CERTAINS D’ENTRE EUX, PAR DES CARRIERES HACHEES</b> .....	<b>35</b>
2.1 LA POPULATION DES INAPTES SE CARACTERISE PAR UN ETAT DE SANTE ET UNE ESPERANCE DE VIE DEGRADES, DES MONTANTS DE PENSIONS FAIBLES ET, POUR LES INAPTES HORS EX-INVALIDES, DES CARRIERES PARTICULIEREMENT HACHEES .....	36
2.1.1 <i>Une espérance de vie significativement inférieure à celle des autres retraités pour toutes les catégories de retraités pour inaptitude</i> .....	36
2.1.2 <i>Un mauvais ou très mauvais état de santé déclaré par les personnes parties en retraite pour inaptitude</i> .....	37
2.1.3 <i>Des carrières hétérogènes, avec des durées d’assurance élevées pour les ex-invalides et des trajectoires fragmentées, avec peu de trimestres cotisés, pour les autres inaptes</i> .....	39
2.1.4 <i>Des profils de carrière mettant en évidence des différences entre femmes et hommes et entre ex-invalides et autres inaptes</i> .....	43
2.1.5 <i>Une répartition des retraités pour inaptitude en fonction des secteurs d’activité qui ne fait pas apparaître une concentration majeure dans certaines branches ni de déformation substantielle par rapport à la répartition de l’emploi</i> .....	47

2.1.6	<i>Des montants de pension tous régimes faibles, de manière encore plus accentuée pour les inaptes hors ex-invalides</i> .....	48
2.2	L'APPAREIL STATISTIQUE NE PERMET PAS DE DISTINGUER LES TROIS CATEGORIES DE RETRAITES POUR INAPTITUDE HORS INVALIDITE .....	49
2.3	SI LES EX-INVALIDES PRESENTENT DES CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES, LES PROFILS DES EX-AAH ET DES AUTRES INAPTES, NOTAMMENT ISSUS DE LA PROCEDURE MEDICALE, SONT PROCHES, AVEC CEPENDANT DES CARRIERES PLUS HACHEES POUR LES EX-AAH .....	52
2.3.1	<i>Des résultats globalement proches entre inaptes ex-AAH et autres pensionnés pour inaptitude, avec cependant pour les premiers des durées cotisées moindres et un bénéfice plus important du MICO et de l'ASPA</i> .....	53
2.3.2	<i>Des données du contrôle médical et de la CNAF qui confirment les ordres de grandeur des effectifs d'inaptes ex-AAH et d'autres pensionnés pour inaptitude</i> .....	58
2.4	INTERROGE PAR LA MISSION, UN PANEL DE RETRAITES POUR INAPTITUDE A CONFIRME LA COMPLEXITE DES PROCEDURES ET LA MAUVAISE COMPREHENSION PAR LES ASSURES DU DISPOSITIF.....	59
<b>3</b>	<b>SI LA TRANSITION VERS LA RETRAITE DES INVALIDES EST AISEE, DES PROCESSUS DE GESTION PEU EFFICIENTS (POUR LES PERSONNES HANDICAPEES ET POUR LA PROCEDURE MEDICALE) PEUVENT ETRE OBSERVES, AU PRIX D'UNE DIFFICULTE D'ACCES AUX DROITS POUR CERTAINS PUBLICS .....</b>	<b>61</b>
3.1	LA PROCEDURE DE RECONNAISSANCE REPOSE SUR DES OUTILS LACUNAIRES ET MANQUE D'UN PILOTAGE FORT SANS ENGENDRER NEANMOINS DE DYSFONCTIONNEMENTS MAJEURS .....	61
3.1.1	<i>Un processus très encadré règlementairement et des pratiques désuètes et peu performantes, qui n'ont pas été modernisées</i> .....	62
3.1.2	<i>Des mécanismes d'orientation vers la procédure médicale variés, qui peuvent expliquer un recours inégal au dispositif selon les territoires</i> .....	67
3.1.3	<i>Une évaluation majoritairement basée sur l'avis du médecin traitant avec une place très résiduelle du médecin du travail</i> .....	69
3.1.4	<i>Des disparités régionales dans les taux d'avis favorables et une absence de barème règlementaire ou interne aux caisses pour guider l'appréciation individuelle du médecin-conseil</i> .....	70
3.1.5	<i>Une organisation interne des échelons régionaux hétérogène</i> .....	73
3.1.6	<i>Les enseignements de l'analyse des dossiers médicaux de demande d'inaptitude</i> .....	74
3.2	POUR LES EX INVALIDES, UN PROCESSUS ANCIEN ET RELATIVEMENT MAITRISE, MAIS, DANS LES FAITS, NON AUTOMATIQUE, AVEC UNE DEMANDE DE RETRAITE QUI RESTE A DEPOSER .....	78
3.3	LA PROCEDURE POUR LES BENEFICIAIRES DE L'AAH N'EST PAS, DANS LES FAITS, AUTOMATISEE ET DEMEURE PERFECTIBLE, NOTAMMENT EN RAISON D'UNE REGLEMENTATION COMPLEXE ET POUR PARTIE DISCUTABLE.....	79
3.3.1	<i>Un processus d'échanges de flux entre CAF et CARSAT, encadré nationalement depuis 2020 mais hétérogène dans sa mise en œuvre par les organismes et qui comporte des marges de progrès</i> .....	79
3.3.2	<i>Une procédure qui ne pourra sans doute jamais, en cible, faire l'objet d'une substitution automatique</i> ..	83
3.3.3	<i>Une application globalement satisfaisante des règles de subrogation entre AAH et pension de retraite, malgré quelques situations circonscrites de ruptures de ressources</i> .....	86
3.3.4	<i>Des textes potentiellement contradictoires et, dans les faits, une suppression du versement de l'AAH après 62 ans aux bénéficiaires qui travaillent</i> .....	88
3.4	POUR LES CMI-I, UN DROIT LARGEMENT FICTIF SI LE BENEFICIAIRE NE PERÇOIT PAS L'AAH .....	91
3.5	CERTAINS AUTRES PUBLICS, POTENTIELLEMENT CONCERNES, NE BENEFICIENT D'AUCUNE INFORMATION SUR LA RETRAITE POUR INAPTITUDE.....	92
3.5.1	<i>Les bénéficiaires de la carte mobilité inclusion mention « priorité » (CMI-p) et non bénéficiaires de l'AAH</i> .....	92
3.5.2	<i>Les bénéficiaires de la PCH ne percevant pas l'AAH</i> .....	94
3.5.3	<i>Les bénéficiaires de rentes d'accidents du travail et maladies professionnelles</i> .....	94
3.6	L'INFORMATION DES BENEFICIAIRES DU RSA PAR LES CAF EST SYSTEMATIQUE, CE QUI N'EST PAS LE CAS POUR LES DEMANDEURS D'EMPLOI.....	95
3.6.1	<i>Un intérêt à informer les bénéficiaires du RSA, du fait notamment de la proportion importante d'allocataires à l'état de santé dégradé</i> .....	95
3.6.2	<i>Un dispositif d'information globalement correctement déployé par les organismes locaux</i> .....	96
3.6.3	<i>Un dispositif d'information des demandeurs d'emploi qui ne prend pas en compte les éventuelles difficultés de santé qui justifieraient d'une orientation vers une retraite pour inaptitude</i> .....	98
3.7	LE CONTENTIEUX EST D'AMPLEUR LIMITEE, AVEC DES TAUX D'INFIRMATION FAIBLES POUR LES RECOURS AMIABLES .....	101

3.7.1	<i>Un recours préalable obligatoire devant la commission médicale de recours amiable.....</i>	101
3.7.2	<i>Des recours contentieux juridictionnel en diminution .....</i>	102
<b>4</b>	<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>103</b>
4.1	UN DISPOSITIF D'ANTICIPATION POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP OU A L'ETAT DE SANTE DEGRADE DEMEURE PLEINEMENT JUSTIFIE MAIS REQUIERT UN PILOTAGE PLUS AFFIRME DES DIFFERENTES BRANCHES ET OPERATEURS CONCERNES.....	104
4.1.1	<i>Quelles que soient les évolutions des conditions de départ de droit commun, maintenir un dispositif favorable et spécifique de départ en retraite pour inaptitude, justifié par l'état de santé et l'espérance de vie des assurés concernés.....</i>	105
4.1.2	<i>Toiletter les dispositions législatives pour rendre le dispositif plus compréhensible et simple d'accès pour ses bénéficiaires .....</i>	107
4.1.3	<i>Mettre en place un pilotage resserré, entre les branches et en leur sein, sous l'égide du ministère.....</i>	110
4.1.4	<i>Améliorer la connaissance au fil de l'eau des profils des bénéficiaires du dispositif, notamment en affinant les données de gestion des caisses de retraite .....</i>	112
4.2	LA PROCEDURE MEDICALE DOIT ETRE AMELIOREE TANT AU PLAN DES PRATIQUES D'EVALUATION MOBILISEES QUE DES PROCEDURES ADMINISTRATIVES MISES EN OEUVRE .....	114
4.2.1	<i>Améliorer les modalités d'évaluation, aujourd'hui peu réfléchies, de l'inaptitude au travail .....</i>	114
4.2.2	<i>Moderniser les procédures administratives liées à la procédure médicale .....</i>	118
4.3	LES PROCESSUS DE GESTION ET ECHANGES DE DONNEES ENTRE CAISSES DANS LA TRANSITION ENTRE AAH ET RETRAITE SONT A RATIONALISER ET LE CADRE REGLEMENTAIRE DOIT ETRE RENDU PLUS CLAIR ET INCITATIF A LA POURSUITE D'UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE .....	121
4.3.1	<i>Mettre en œuvre des évolutions nécessaires en termes de procédures et d'échanges de données.....</i>	121
4.3.2	<i>Modifier les dispositions législatives en vigueur pour favoriser les transitions et corriger les freins à la poursuite d'une activité professionnelle.....</i>	122
4.4	DES MARGES DE PROGRESSION EXISTENT EN TERMES DE RATIONALISATION DES PROCESSUS DE GESTION ET DE LUTTE CONTRE LE NON RECOURS POUR LES BENEFICIAIRES DU RSA ET LES DEMANDEURS D'EMPLOI .....	124
4.5	UN DROIT A L'INFORMATION AMBITIEUX DOIT ETRE CONCRETEMENT MIS EN ŒUVRE POUR CERTAINS PUBLICS EN SITUATION DE HANDICAP ET LES BENEFICIAIRES DE RENTES AT-MP, SELON DES MODALITES ET UN CADENCEMENT ADAPTES .....	125
4.5.1	<i>Pour les titulaires de la CMI-i non bénéficiaires de l'AAH.....</i>	126
4.5.2	<i>Pour les titulaires de la CMI-p non bénéficiaires de l'AAH.....</i>	127
4.5.3	<i>Pour les bénéficiaires de la PCH non bénéficiaires de l'AAH.....</i>	131
4.5.4	<i>Pour les bénéficiaires de rentes AT-MP .....</i>	133
4.6	SENSIBILISER LES SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL AUX ENJEUX DE LA RETRAITE POUR INAPTITUDE ET EN FAIRE DES ACTEURS DE L'INFORMATION DES SALARIES POTENTIELLEMENT CONCERNES .....	135
	<b>LETTRE DE MISSION.....</b>	<b>137</b>
	<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....</b>	<b>140</b>
	<b>LISTE DES SIGLES UTILISES .....</b>	<b>150</b>
	<b>ANNEXE I : LES MOTIFS DE DEPARTS ANTICIPES .....</b>	<b>153</b>
	<b>ANNEXE II : ENSEIGNEMENTS TIRES DE L'AUDITION D'UN PANEL DE RETRAITES POUR INAPTITUDE.....</b>	<b>161</b>
	<b>ANNEXE III : OBSTACLES JURIDIQUES A LA TRANSMISSION ENTRE CAISSES DE RIB ET DE TOUTE INFORMATION NECESSAIRE A LA LIQUIDATION D'UNE RETRAITE .....</b>	<b>167</b>
	<b>PIECE JOINTE 1 : ETUDE DE LA CNAV SUR LES PROFILS DES RETRAITES POUR INAPTITUDE PAR SECTEUR D'ACTIVITE.....</b>	<b>171</b>
	<b>PIECE JOINTE 2 : ETUDE DE LA CNAV SUR LES PROFILS DES RETAITES POUR INAPTITUDE PARTIS EN RETRAITE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE EN 2020.....</b>	<b>193</b>
	<b>PIECE JOINTE 3 : MODALITES DE PASSAGE EN RETRAITE DES BENEFICIAIRES DE L'AAH ET ALLOCATAIRES DU RSA .....</b>	<b>209</b>
	<b>PIECE JOINTE 4 : LETTRES D'INFORMATION ADRESSEES AVANT LE PASSAGE EN RETRAITE.....</b>	<b>211</b>

## INTRODUCTION

[33] Par lettre de mission en date du 13 avril 2022 (cf. lettre de mission en annexe), la ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion, le ministre des solidarités et de la santé et le secrétaire d'Etat chargé des retraites et de la santé au travail ont saisi l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission d'évaluation et de recommandation sur les départs en retraite pour inaptitude.

[34] Ont été désignés le 10 mai 2022 pour effectuer celle-ci MM. Philippe Laffon, Denis Le Bayon, Laurent Vilboeuf et Bruno Ramdjee. Mme Sophie Lebret a accepté d'être la relectrice du rapport.

[35] La mission a procédé par entretiens et investigations.

[36] Elle a notamment auditionné les directions d'administration centrale compétentes (direction générale du travail – DGT, direction générale de la cohésion sociale - DGCS, direction de la sécurité sociale – DSS, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - DREES), les caisses nationales de sécurité sociale concernées (caisse nationale d'assurance maladie – CNAM et sa direction des risques professionnels – CNAM-DRP, caisse nationale des allocations familiales – CNAF, caisse centrale de la mutualité sociale agricole – CCMSA), ainsi que différents établissements publics ou opérateurs intéressés (Pôle Emploi, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA, Union Retraite - GIP info retraite, fédération AGIRC-ARRCO). D'autre part, elle a pu s'entretenir avec la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés, association des accidentés de la vie (FNATH), l'association Prévention, Santé, Service, Entreprise (Présanse) qui fédère près de deux cents services de prévention et de santé au travail (SPST), ainsi qu'avec un certain nombre de personnalités qualifiées, experts et universitaires, qui ont accepté de lui apporter leurs éclairages. Enfin, elle a eu des entretiens avec les cabinets des ministres en charge des retraites et des solidarités (cf. liste des personnes rencontrées en annexe).

[37] La mission s'est déplacée sur trois sites, Marseille, Paris et Lille, afin d'observer les politiques conduites dans les régions des Hauts-de-France, d'Ile-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). A ces occasions ont été rencontrés les personnels, agents de direction et responsables de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), de la direction régionale du service médical (DRSM), de la caisse des allocations familiales (CAF), de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de chacun des territoires concernés, ainsi que plusieurs SPST interentreprises (SPSTI). Une audition, par visioconférence, de la caisse générale de sécurité sociale (CGSS), de la DRSM et de la CAF de la Martinique a été organisée afin d'évaluer les spécificités des territoires ultramarins, ainsi que de leur organisation administrative. A Lille et Marseille, et grâce à l'appui et l'organisation des CARSAT locales, un échange a pu être organisé entre la mission et une quinzaine de retraités, qui venaient récemment de bénéficier d'un départ en retraite pour inaptitude (cf. annexe II pour une synthèse de ces échanges).

[38] Ces auditions et déplacements ont été complétés par une étude de la réglementation applicable, une exploitation des statistiques disponibles et la recherche de données complémentaires afin de produire les constats et préconisations qui suivent. Dans le respect des demandes formulées dans la lettre de mission, le rapport vise à préciser le profil socio-économique et les parcours professionnels et de santé des personnes bénéficiaires d'une retraite

pour inaptitude, à évaluer les procédures administratives mises en œuvre afin de leur permettre d'accéder à ce droit et à rechercher les voies et moyens de garantir l'effectivité de celui-ci.

[39] La première partie présente le cadre juridique et historique de ce dispositif, ainsi que ses principales données physico-financières. La deuxième partie est dédiée à l'examen du profil des retraités pour inaptitude. La troisième partie examine les procédures administratives et de gestion mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale et opérateurs. Les préconisations de la mission forment la quatrième partie du rapport, qui est complété de trois annexes et quatre pièces jointes.

## 1 Dispositif ancien et au périmètre variable selon les conventions retenues, la retraite pour inaptitude continue à concerner des flux importants de départs, en dépit des ambiguïtés, voire de l'obsolescence, de son cadre juridique

[40] La pension de base du régime général d'assurance vieillesse est calculée selon une formule faisant intervenir quatre paramètres (cf. encadré). Elle est subordonnée à l'atteinte d'un âge minimal de départ, dit âge d'ouverture des droits (AOD), qui est aujourd'hui de 62 ans.

### *Encadré : Calcul de la pension*

Montant de la pension =  $R * T * (d/D)$

Où :

R =revenu annuel moyen ou de référence [R]

T=taux de liquidation [T]

d=nombre de trimestres d'assurance obtenus par l'assuré dans le régime considéré

D=durée requise pour le taux plein pour la génération de l'assuré.

[41] Différents dispositifs, généralement regroupés sous le nom de « **départs anticipés** »<sup>1</sup>, visent à faciliter le départ en retraite de personnes relevant de plusieurs situations : ayant eu une carrière longue, ayant été exposés à des facteurs de risque professionnels ou connaissant un état de santé dégradé, que cette dégradation soit d'origine professionnelle ou non, sans perspective de reprise d'activité. Ils permettent :

- soit de partir avant l'âge d'ouverture des droits de 62 ans ;
- soit de partir à taux plein (au taux de liquidation T de 50 %, sans décote) sans réunir les conditions de durée requises à ce titre (168 trimestres pour la génération née en 1962, par exemple) ou sans avoir atteint 67 ans (âge d'annulation de la décote - AAD) ;
- soit enfin de partir avant l'âge légal **et** avec le taux plein.

<sup>1</sup> Cf. par exemple, la présentation retenue par le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) - retraites, joint à chaque projet annuel de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

Tableau 1 : Les motifs de départ anticipé

Départ avant 62 ans et au taux plein	Départ avant 62 ans	Départ au taux plein, à 62 ans
Retraite anticipée des travailleurs handicapés - RATH (L. 351-1-3)	Retraite anticipée pour carrière longue (L. 351-1-1)	<b>Retraites pour inaptitude<sup>2</sup></b>
Retraite anticipée pour incapacité permanente, dite « pénibilité 2010 » (L. 351-1-4)	Compte professionnel de prévention C2P, dit « pénibilité 2014 » (L. 351-6-1)	Retraite des ex-bénéficiaires d'une pension d'invalidité (L. 341-15)
		Retraite pour inaptitude au travail via la procédure médicale (L. 351-7)
		Retraite pour incapacité permanente (L. 351-8, 1 <sup>o</sup> ter)
		Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (L. 821-1)
		<b>Autres motifs</b>
		Anciens déportés ou internés (L. 351-8, 3 <sup>o</sup> )
		Mères de famille ayant exercé un travail manuel ouvrier (L. 351-8, 4 <sup>o</sup> )
		Anciens prisonniers de guerre (L. 351-8, 5 <sup>o</sup> )

Source : *Mission*. Les articles mentionnés sont ceux du code de la sécurité sociale (CSS) applicables aux salariés du régime général. Les principales caractéristiques de ces dispositifs et de leurs bénéficiaires sont rappelées en annexe I au présent rapport, lequel est cependant consacré aux seuls articles mentionnés en rouge dans le présent tableau.

<sup>2</sup> La CNAV recense trois autres publics très circonscrits et dont les droits à retraite pour inaptitude ne figurent pas dans le code de la sécurité sociale (CSS) : les bénéficiaires de l'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes (décret du 26 juillet 1956, abrogé par un autre décret du 17 décembre 1985 mais qui peut encore concerner un nombre marginal d'assurés déjà retraités), les fonctionnaires stagiaires de l'Etat licenciés pour inaptitude physique et qui ont bénéficié d'une pension d'invalidité (circulaire CNAV du 18 février 1972), les maîtres et documentalistes de l'enseignement privés sous contrat, dès lors qu'ils sont titulaires d'un avantage de retraite servi au titre de l'invalidité (lettre ministérielle du 29 avril 2013).

[42] Le départ en retraite pour inaptitude constitue le plus ancien de ces dispositifs de départs anticipés, puisqu'il existe depuis la création de la sécurité sociale<sup>3</sup>.

[43] Dans cette première partie, on examinera successivement la définition juridique et le périmètre de la retraite pour inaptitude puis les principaux éléments physico-financiers d'appréciation du dispositif, avant de souligner l'ambiguïté conceptuelle qu'il revêt et qui est renforcée par l'absence de prise en compte de certaines évolutions des politiques publiques (création de nouveaux dispositifs de départs anticipés, déploiement de la prévention de la désinsertion professionnelle – PDP).

## 1.1 Dispositif au périmètre variable selon les conventions retenues, la retraite pour inaptitude permet à des publics divers de partir en retraite au taux plein dès l'âge d'ouverture des droits

### 1.1.1 La nature de l'avantage : une possibilité de départ à taux plein à 62 ans, même si la condition de durée d'activité n'est pas remplie, et avec, le cas échéant, le bénéfice du minimum vieillesse ou d'un minimum de pension

[44] La retraite pour inaptitude permet de partir au taux plein (avec un taux de liquidation T de 50 %, **sans décote**) dès l'âge d'ouverture des droits (AOD) de 62 ans, même si la condition de durée d'activité, mesurée en trimestres validés, n'est pas remplie. En ce sens, elle constitue une **anticipation de l'âge d'annulation de la décote (AAD)**, qui est fixé pour le droit commun à 67 ans.

[45] Si les conditions (de ressources ou de montant de pension) sont remplies, elle permet d'autre part de bénéficier du minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées – ASPA) à 62 ans au lieu de 65 ans pour le droit commun, ainsi que du minimum de pension (minimum contributif – MICO), à 62 ans au lieu de 67 ans pour le droit commun des personnes qui n'ont pas une carrière complète. Cet **accès précoce aux minima forme donc un second facteur d'anticipation**.

[46] Ces deux mécanismes d'anticipation fondent l'originalité du dispositif et justifient son insertion dans le panorama des départs anticipés (cf. tableau 1 et annexe I).

[47] Si l'avantage porte donc à la fois sur l'âge de départ et sur le montant de la pension, il doit être relativisé au regard des éléments de calcul de la pension qui ne sont pas modifiés par rapport au droit commun : en particulier, le calcul de la pension continue à prendre en compte le salaire de référence ainsi, et surtout, que le nombre de trimestres validés (**application du coefficient de proratisation d/D**). Or, on le verra en seconde partie, les retraités pour inaptitude ont des parcours professionnels très hachés et marqués par d'importantes périodes d'inactivité, qui ont un effet pénalisant sur les montants de pension obtenus (cf. 2.1.).

---

<sup>3</sup> Article 64 de l'ordonnance n°45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux salariés des professions non agricoles : « Pour les assurés qui justifient d'au moins 30 années d'assurance et qui ont exercé pendant au moins 20 années une activité particulièrement pénible de nature à provoquer l'usure prématurée de l'organisme ou sont reconnus inaptes au travail, la pension liquidée à un âge compris entre 60 et 65 ans est égale à 40% du salaire annuel de base. ». Un premier dispositif avait été mis en place par la loi du 14 mars 1941 relative à l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

[48] Les retraités pour inaptitude sont enfin susceptibles de bénéficier de la **majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)**, qui est commune à la législation de l'invalidité et de la vieillesse mais qui se fonde sur les règles de la première : le retraité pour inaptitude peut bénéficier de la MTP s'il respecte les conditions prévues pour être classé en invalidité de catégorie 3 (être absolument incapable d'exercer une profession et être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie<sup>4</sup>) et la demande est étudiée par un médecin-conseil de l'assurance maladie, comme pour une pension d'invalidité. Cette demande peut être formulée en même temps que la demande de retraite ou postérieurement, si l'état de santé se dégrade et le besoin d'une assistance apparaît.

[49] Hors cas spécifiques des régimes de la fonction publique et des régimes spéciaux pour lesquels existent des règles dérogatoires tant en matière d'âge de départ que d'invalidité et inaptitude au travail<sup>5</sup>, les retraites pour inaptitude au travail existent dans tous les autres régimes de base :

- Les règles du régime général sont identiques pour les régimes alignés (salariés et non salariés agricoles), ainsi que pour les artisans commerçants, anciens ressortissants du régime social des indépendants (RSI) ;
- Des dispositifs analogues existent pour les régimes de base des professions libérales<sup>6</sup>, ainsi que des avocats<sup>7</sup> (ces régimes ne faisant pas appel à la notion de taux plein mais à celle d'absence de coefficient de réduction puisqu'ils fonctionnent en points et non en annuités).

### 1.1.2 Un périmètre *stricto sensu* reposant sur la reconnaissance de l'inaptitude par le médecin-conseil de l'assurance maladie, à la liquidation de la retraite

[50] L'étude de la réglementation applicable fait apparaître qu'il existe en réalité plusieurs régimes de retraite pour inaptitude au travail ou, à tout le moins, plusieurs publics qui vont, selon des modalités propres, bénéficier des mêmes avantages décrits *supra*.

[51] La retraite pour inaptitude ne concerne **au sens strict** qu'un cas de figure : celui d'assurés qui, au moment du dépôt de leur demande de retraite, formulent une demande de reconnaissance de leur inaptitude **dans le cadre d'une procédure médicale faisant appel aux médecins-conseils de l'assurance maladie**. La section III du titre V du livre troisième du CSS, qui s'intitule « Pension pour inaptitude de travail » comprend ainsi un article unique, le L. 351-7, qui définit cette procédure<sup>8</sup>.

[52] Cet article dispose que : « 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, compte tenu de ses

---

<sup>4</sup> Article L. 341-4, 3° du CSS.

<sup>5</sup> Au regard de leurs spécificités, ces régimes ne seront pas étudiés dans le présent rapport.

<sup>6</sup> Article L. 643-4 du CSS : « Sont liquidées sans coefficient de réduction, même s'ils ne justifient pas de la durée d'assurance [...], les pensions de retraite [...] des assurés reconnus inaptes au travail dans les conditions prévues à l'article L. 643-5 ».

<sup>7</sup> Article 653-4 du CSS : « Sont liquidées sans coefficient de réduction, même s'ils ne justifient pas de la durée d'assurance [...], les pensions de retraite [...] des assurés reconnus atteints d'une incapacité physique d'exercer leur profession dans les conditions prévues à l'article L. 653-6 ».

<sup>8</sup> C'est l'article L. 351-8, qui précise la nature de l'avantage : « Bénéficiaire du taux plein même s'ils ne justifient pas de la durée requise d'assurance [...] les assurés reconnus inaptes au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7. »

aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle, et dont le taux est fixé par décret en Conseil d'État ».

[53] Ce **taux d'incapacité est de 50 %** (article R. 351-21 du CSS). Le même article précise que :

- lorsque l'intéressé n'exerce aucune activité professionnelle au moment de sa demande, il est tenu compte 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.

[54] La procédure à suivre est explicitée à l'article suivant (R. 351-22 du CSS) :

- L'assuré doit fournir un rapport médical établi par son médecin traitant, sur lequel celui-ci mentionne ses constatations relatives à l'état de santé du requérant ainsi que son avis sur le degré d'incapacité de travail de l'assuré, compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle ;
- Lorsque l'assuré est en emploi, il doit en outre fournir une fiche établie par le médecin du travail comportant la description de l'état pathologique du requérant en tant qu'il a une incidence sur son aptitude au travail et la mention de celles des exigences particulières du poste et des conditions de travail de l'intéressé qui sont de nature à comporter un risque grave pour sa santé.

[55] Ces deux certificats médicaux doivent être conformes à des modèles fixés par arrêté ministériel, qui font l'objet de deux **formulaires CERFA**<sup>9</sup>. Ils sont à demander et renvoyer, sous enveloppe fermée portant le mot « confidentiel », à la CARSAT<sup>10</sup>, laquelle les transmet ensuite au service médical de l'assurance maladie, qui, le cas échéant, peut convoquer les assurés. La demande peut être formulée juste avant d'atteindre l'âge légal, mais aussi passé l'âge de 62 ans.

[56] La décision de refus d'attribution de la retraite pour inaptitude (après avis défavorable du médecin-conseil de l'échelon local du service médical) est susceptible de recours amiable devant la commission médicale de recours amiable (CMRA) et de recours contentieux devant le tribunal judiciaire (TJ)<sup>11</sup>. La décision de refus est notifiée par la CARSAT et c'est cette seule décision qui peut faire l'objet d'un recours. En cas de refus d'attribution de la pension pour inaptitude, l'assuré est libre de choisir de partir en retraite avec décote ou de reporter sa date de départ en retraite.

[57] En matière de coordination entre régimes, on peut noter que :

- en application de l'article L. 161-18 du CSS, la reconnaissance de l'inaptitude au travail par un régime de base, qui est le dernier régime d'affiliation de l'assuré, s'impose aux autres régimes alignés (la décision du régime général s'impose aux régimes agricoles, par exemple) ;

---

<sup>9</sup> Cerfa n°60.3510 « bleu » pour le médecin traitant ; Cerfa n° 60.3349 « rose » pour le médecin du travail.

<sup>10</sup> Dans la suite du rapport, le mot CARSAT sera utilisé de façon générique mais couvrira aussi la gestion des dossiers de l'Île-de-France par la CNAV et l'action des CGSS, sauf mention spécifique des caisses visitées par la mission. De même, le mot CAF visera indifféremment les caisses du régime général et du régime agricole en charge de la gestion de la branche famille.

<sup>11</sup> Elle l'était, avant la réforme des juridictions sociales, devant le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI).

- le régime général est également compétent pour apprécier l'inaptitude pour le compte des régimes complémentaires (lettre ministérielle du 2 janvier 1991) ; les coefficients temporaires de solidarité en minoration mis en oeuvre par AGIRC-ARRCO depuis 2019 (« décotes temporaires ») ne sont pas applicables aux retraites pour inaptitude ;
- en cas de résidence à l'étranger, le contrôle médical est effectué par la caisse de sécurité sociale du pays de résidence (en cas d'accord de sécurité sociale avec la France) ou les autorités consulaires françaises (dans les autres hypothèses).

### 1.1.3 Un périmètre *lato sensu*, qui permet de cibler plusieurs voies de bénéfice d'une pension pour inaptitude

[58] Les publics concernés par la procédure médicale sont constitués d'assurés qui considèrent, au moment de leur demande de retraite, être inaptés au travail mais qui ne bénéficient pas, par ailleurs, d'un dispositif de prise en compte de cette incapacité de travailler.

[59] A l'inverse, d'autres publics bénéficient d'une forme de **présomption d'incapacité** qui conduit la législation à leur accorder une pension pour inaptitude au travail sans exiger de constatation médicale préalable : cette présomption se manifeste par le bénéfice d'une prestation sociale ou l'obtention d'un taux d'incapacité.

[60] Les cas visés sont les suivants :

- les **bénéficiaires d'une pension d'invalidité**. A 62 ans, cette pension est remplacée « par la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail » (article L. 341-15 du CSS) ;
- les **bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)**. Pour le calcul de leur retraite, ils sont « réputés inaptés au travail à l'âge minimum auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse » (article L. 821-1 du CSS) ;
- les personnes **justifiant d'une incapacité permanente** au moins égale à un taux fixé par décret (article L. 351-8, 1<sup>er</sup> du CSS).

Ce taux d'incapacité minimum est déterminé par renvoi à la législation de l'AAH et plus précisément de « l'AAH – 2 »<sup>12</sup> : il est de 50 %. Les textes d'application précisent d'ailleurs que la condition d'incapacité est appréciée dans les conditions prévues au titre IV du livre II du code de l'action sociale et des familles (CASF), lequel est dédié aux personnes handicapées. En conséquence, la détermination de ce taux d'incapacité relève des équipes pluridisciplinaires des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), lesquelles appliquent le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées<sup>13</sup>, qui constitue l'annexe 2-4 au CASF.

Si la législation de l'assurance vieillesse ne propose pas de liste de documents qui permettraient à l'assuré de justifier de cette incapacité supérieure à 50 %, les dispositions du CASF peuvent fournir des équivalents partiels :

---

<sup>12</sup> Cf. Article R-351-24-3 du CSS. Si on reconnaît au demandeur un taux d'incapacité d'au moins 80 %, on parle d'« AAH-1 » (L. 821-1 du CSS) ; si on reconnaît au demandeur un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % assorti d'une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE), on parle d'« AAH-2 » (L. 821-2 du CSS).

<sup>13</sup> Décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007 modifiant l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles établissant le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

- les bénéficiaires de la **carte « mobilité inclusion » mention invalidité (CMI-i)**, que délivre le conseil départemental, ont un taux d'incapacité supérieur à 80 % au sens du CASF<sup>14</sup>. Ils sont tous, par définition et via les renvois entre législations, éligibles à une pension de retraite pour inaptitude. L'outil retraite (OR), utilisé par les agents des CARSAT lors de la liquidation, comprend d'ailleurs une case « titulaire de la carte d'invalidité à 80 % » parmi les motifs d'entrée en inaptitude ;
- à l'inverse, les bénéficiaires de la **carte « mobilité inclusion » mention priorité (CMI-p)**, qui sont des personnes atteintes d'une incapacité inférieure à 80 % rendant la station debout pénible, ne sont éligibles à la retraite pour inaptitude que pour ceux d'entre eux dont l'incapacité a été évaluée entre 50 % et 79 %<sup>15</sup>.

[61] La mission a donc choisi de définir pour périmètre de ses investigations sur la retraite pour inaptitude ces quatre dispositifs, qui relèvent de la même logique de prise en compte d'un état de santé dégradé (cf. aussi tableau 1). Les retraites pour inaptitude, qui méritent donc l'utilisation du pluriel, concernent en effet **quatre publics** (et quatre procédures de gestion par les caisses), avec une **incapacité qui est présumée dans trois cas et à démontrer dans le quatrième**.

[62] Pour la simplicité de la lecture du rapport, on les dénommera par la suite ainsi :

- inaptes ex-invalides ;
- inaptes ex-AAH ;
- inaptes ayant bénéficié d'une reconnaissance par la MDPH d'une incapacité à 50 % ;
- inaptes via la procédure médicale.

[63] Comme les deuxième et troisième parties du rapport le montreront, cette catégorisation juridique est à fois complexe à appliquer par les agents des caisses et opérateurs, mal appréhendée par les systèmes statistiques et difficile à comprendre par les assurés. Elle explique la méconnaissance générale, qu'a pu observer la mission, du dispositif de retraite pour inaptitude, ceci en dépit de son ancienneté et des flux importants d'assurés qu'il concerne.

## 1.2 Si les retraites pour inaptitude continuent à concerner des flux importants de nouveaux retraités, le coût du dispositif reste relativement modeste

[64] Les profils individuels des retraités pour inaptitude seront présentés en deuxième partie ; le présent développement vise à rappeler les principaux éléments physico-financiers de cadrage du sujet.

[65] Les principales publications statistiques en matière de retraites (panorama annuel de la DREES, rapport annuel du conseil d'orientation des retraites – COR, rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale joint au PLFSS) proposent des présentations qui soit visent les

---

<sup>14</sup> Article L. 241-3 du CASF.

<sup>15</sup> La détermination d'un taux d'incapacité n'est pas nécessaire pour le bénéfice de la carte mobilité inclusion mention stationnement (CMI-s) : elle est attribuée à toute personne atteinte d'un handicap qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied ou qui impose qu'elle soit accompagnée par une tierce personne dans ses déplacements. Il en va de même pour le bénéfice de la prestation de compensation du handicap (PCH).

inaptitudes au sens large (avec les 4 catégories précitées réunies), soit distinguent les inaptes ex-invalides des autres inaptes.

### 1.2.1 Des effectifs importants et relativement stables sur la période récente

[66] En matière de flux d'entrée dans le dispositif, les inaptes ont représenté 104 300 départs en retraite en 2019 au régime général, soit **17 % des départs**. Les inaptes ex-invalides étaient 55 000 (9 % des nouveaux retraités) et les autres inaptes 49 300 (8 % des nouveaux retraités)<sup>16</sup>. Il s'agit du deuxième motif de départ anticipé après les carrières longues. Pour les autres populations du secteur privé, environ 7 500 salariés agricoles et 3 500 exploitants agricoles ont bénéficié d'un départ en retraite au titre de l'inaptitude ou de l'invalidité en 2019.

[67] Sur longue période, la part des retraites pour inaptitude décroît dans les motifs de départ en retraite. En effet, pour la génération née en 1928, 21 % des départs en retraite relevaient de ce motif. L'amélioration des conditions de travail pourrait expliquer cette tendance baissière sur le long terme. La part des inaptitudes a régulièrement décru, jusqu'en deçà de 15 % au début des années 2010, avant qu'intervienne une légère hausse depuis 2015, concomitante de la montée en charge de l'augmentation de l'AOD de 60 à 62 ans mais aussi d'une amélioration des carrières, notamment des femmes, qui rend moins utile l'avantage du taux plein sans réunir la condition de durée<sup>17</sup>. L'élévation de l'AOD explique également que l'augmentation récente de la part des départs en inaptitude concerne davantage les ex-invalides que les autres inaptes<sup>18</sup>.

[68] Les **femmes sont nettement majoritaires (58 %)** dans les flux de nouveaux retraités pour inaptitude en 2019.

[69] En « stock » et en 2019, 2,1 millions de retraités percevaient une pension de retraite d'inaptitude au sens large. Ils représentent **15 % des retraités de droit direct**, soit une part plus faible que celle observée pour le flux des nouveaux retraités. L'effet d'une espérance de vie significativement moindre que la population générale (cf. deuxième partie) apparaît donc plus important que celui de la part plus élevée des départs en inaptitude observée pour les générations les plus anciennes.

### 1.2.2 Le coût du dispositif apparait relativement modeste mais son appréhension soulève des difficultés statistiques

[70] En 2021, la CNAV a versé 7,7 Mds € de pensions aux inaptes ex-invalides et 6,8 Mds € aux autres inaptes. Les retraités pour inaptitude au sens large représentent 12 % du total de la masse

<sup>16</sup> Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) : fiche éclairage « La retraite pour inaptitude », septembre 2022.

<sup>17</sup> L'augmentation progressive de la durée d'assurance validée permet aux femmes de disposer de manière de plus en plus fréquente de la durée requise pour bénéficier du taux plein, rendant inutile le recours à un dispositif dérogatoire comme l'inaptitude, l'octroyant sans condition de durée. A titre d'illustration, la durée d'assurance validée (incluant donc les droits familiaux de retraite comme l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) ou les majorations de durée d'assurance) par les femmes de la génération 1950 s'élevait à 38,2 années contre 31,8 années pour la génération 1936. Source : DREES, « Les retraités et la retraite, édition 2022 », fiche 11, p. 99.

<sup>18</sup> Cf. Dossier de la DREES n°6 : Invalidité et minima sociaux : quels effets du passage à la retraite de 60 à 62 ans ? », 2016. Ce travail indique que « du fait de la hausse de l'AOD entre 125 000 et 150 000 personnes supplémentaires bénéficieraient d'une pension d'invalidité entre 60 et 62 ans, soit un peu moins de 8 % de cette classe d'âge, occasionnant à partir de fin 2017, après pleine montée en charge du relèvement de l'âge minimal, un surcoût d'environ 1,2 à 1,5 Mds € pour les régimes gestionnaires des pensions d'invalidité ».

des pensions de droit direct, soit une proportion moindre que leur part dans les effectifs, ce qu'expliquent une pension moyenne plus faible et une espérance de vie plus faible<sup>19</sup>.

[71] Evaluer le coût de l'avantage lié au dispositif est cependant délicat.

[72] En effet, d'une part, près de la moitié des nouveaux retraités pour inaptitude de 2019 ont liquidé en ayant, par leur carrière professionnelle ou les trimestres validés au titre de la solidarité nationale, la durée d'assurance requise : c'est notamment le cas des inaptes ex-invalides qui sont majoritairement dans cette situation<sup>20</sup>.

[73] D'autre part, il convient de distinguer les avantages dont auraient bénéficié, en l'absence du dispositif, ces retraités (droits familiaux, minima de pension, validation des périodes assimilées...) de ceux qui relèvent **intrinsèquement** du dispositif (anticipation du taux plein et du bénéfice des minima de pension). Ainsi, constater que 57 % de la pension des inaptes au sens large, nés en 1950, est constituée de mécanismes de solidarité<sup>21</sup> ne signifie pas que le coût du dispositif soit de l'ordre de la moitié de la masse des pensions des retraités pour inaptitude. Selon une étude de la CNAV<sup>22</sup>, les mécanismes qui contribuent à la formation de la pension des retraités pour inaptitude sont, par ordre décroissant, les minima de pension puis la validation des périodes de chômage/maladie, le taux plein dérogatoire et l'AVPF. Or, une majorité de ces avantages aurait été accordée aux retraités concernés, même s'ils étaient partis en retraite dans les conditions de droit commun.

[74] Dans son étude de référence sur les dispositifs de solidarité<sup>23</sup>, la DREES s'est concentrée sur l'avantage lié au taux plein (annulation de la décote)<sup>24</sup>. L'avantage augmentait de 0,6 % la masse totale des droits propres (soit une dépense de 1,6 Mds € en 2016) alors que les inaptes au sens large représentaient 9 % des effectifs de retraités<sup>25</sup>. Le poids de l'avantage était plus fort pour les niveaux de pension les plus faibles (3,6 % pour le 1er quartile ; 0,1 % pour le 4è quartile) ; il était aussi plus élevé pour les générations les plus âgées ; il était enfin très légèrement croissant en fonction du nombre d'enfants.

### 1.3 La retraite pour inaptitude se trouve à l'intersection de plusieurs législations et de plusieurs concepts du droit social, au risque de la complexité pour gestionnaires et assurés

[75] La variété des catégories juridiques mobilisées pour définir les publics qui vont bénéficier des (mêmes) avantages liés à la retraite pour inaptitude conduit à rendre le concept imprécis, voire source de confusion, notamment pour les assurés. Le dispositif se trouve en effet à

---

<sup>19</sup> Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) : fiche éclairage « La retraite pour inaptitude », septembre 2022.

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> CNAV, « Les mécanismes de solidarité améliorent les pensions de retraite : des effets proches entre les générations 1950 et 2000 », Cadr@ge n°43 (avril 2020).

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> DREES, « Les dispositifs de solidarité représentent 22 % des pensions versées aux femmes et 12 % pour les hommes » Dossiers de la DREES n°49, février 2020.

<sup>24</sup> L'estimation est faite en considérant que les comportements de liquidation des assurés demeurent inchangés : l'assuré n'aurait pas modifié l'âge de son départ sans cet avantage. La DREES précise la limite de ce choix méthodologique : « En réalité, si les dispositifs n'existaient pas, certains assurés auraient vraisemblablement décalé leur liquidation ».

<sup>25</sup> Cet avantage lié au taux plein représentait 0,5% de la masse des droits propres des hommes et 0,8 % de celle des femmes.

l'intersection des concepts de handicap, d'invalidité, d'incapacité et d'inaptitude et emprunte à chacun d'entre eux, au risque de l'ambiguïté, pour les gestionnaires comme pour les assurés.

### 1.3.1 Un dispositif à la croisée de plusieurs concepts juridiques et médicaux

[76] Une partie des retraités pour inaptitude ressortit à la définition du handicap, qui peut être défini comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (article L. 114-1 du CASF, issu de la loi du 11 février 2005<sup>26</sup>).

[77] Il s'agit notamment des bénéficiaires de l'AAH mais aussi des inaptes via l'incapacité à 50 %, dont les déficiences sont appréciées par les équipes pluridisciplinaires des MDPH en application du guide barème annexé au CASF.

[78] En revanche, ne relèvent pas du dispositif de la retraite pour inaptitude d'autres personnes handicapées : il s'agit notamment des personnes qui vont pouvoir bénéficier de la retraite anticipée des travailleurs handicapés - RATH (article L. 351-1-3 du CSS)<sup>27</sup>, dispositif spécifique :

- qui concerne un public très proche (des assurés qui se sont vu reconnaître un taux d'incapacité supérieur à 50 %) ;
- mais qui repose sur une condition d'activité professionnelle au cours de la carrière, laquelle justifie le bénéfice d'un âge de départ anticipé et d'une majoration de la pension (cf. Tableau 1 et annexe I pour une description de ces conditions).

[79] Ces différents publics handicapés se voient reconnaître un **taux d'incapacité « général »**, visant à mesurer les conséquences de leurs déficiences sur leur vie scolaire, professionnelle, sociale et domestique.

[80] Une autre partie des bénéficiaires de la retraite pour inaptitude relève d'une logique différente : celle de l'évaluation d'une **incapacité « de travail »**, appréciée en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales, ainsi que des aptitudes et de la formation professionnelle de l'assuré.

[81] Le taux d'incapacité de travail est déterminé par le médecin-conseil :

- L'assuré qui présente une invalidité (d'origine professionnelle ou non) réduisant sa capacité de travail ou de gain d'au moins 2/3 peut bénéficier d'une **pension d'invalidité**, les bénéficiaires étant classés par la CPAM, après avis du contrôle médical, selon trois catégories<sup>28</sup> qui contribuent à déterminer le montant de la pension.

Il n'existe pas de barème d'évaluation du franchissement ou non du seuil de 2/3. Une expérimentation est en cours de réflexion, en vue de tester la possibilité d'une approche

---

<sup>26</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

<sup>27</sup> Créée par l'article 24 de la loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

<sup>28</sup> Invalides incapables d'exercer une activité rémunérée / Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque / Invalides absolument incapables d'exercer une profession et se trouvant dans l'obligation de recourir à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

collective et pluridisciplinaire associant notamment des représentants des SPSTI et des travailleurs sociaux.

Ces assurés seront, à l'âge de 62 ans, éligibles au bénéfice d'une pension de retraite pour inaptitude, qui se substituera à leur pension d'invalidité (L. 341-15 du CSS).

- L'assuré ayant subi un accident du travail (AT) ou une maladie professionnelle (MP) réduisant sa capacité de travail de plus de 10 % peut bénéficier, quant à lui, d'une **rente pour incapacité permanente**<sup>29</sup>.

A la différence de la demande de pension d'invalidité, l'appréciation par le médecin-conseil de l'assurance maladie repose sur un barème, qui n'est cependant qu'indicatif puisque « le médecin chargé de l'évaluation garde, lorsqu'il se trouve devant un cas dont le caractère lui paraît particulier, l'entière liberté de s'écarter des chiffres du barème »<sup>30</sup>.

Cette incapacité permanente (IP) relève donc d'une autre logique, d'autres instruments et d'autres acteurs que l'incapacité au sens de la législation handicap. Si elle ne donne donc pas accès à des droits en matière de retraite pour inaptitude (ses bénéficiaires sont hors champ du présent rapport), elle peut en revanche permettre de bénéficier de la retraite anticipée pour incapacité permanente visée à l'article L. 351-1-4 (dite « pénibilité 2010 »), qui permet de partir avant l'âge légal si des conditions relatives au taux d'incapacité et/ou à la durée d'exposition à des facteurs de risques professionnels sont réunies<sup>31</sup>.

Le bénéfice d'une rente d'incapacité permanente de plus de 50 % est par ailleurs l'une des conditions d'accès à la retraite anticipée des travailleurs handicapés.

[82] Enfin, un dernier sujet de complexité pour la bonne compréhension de la législation touche à l'identité des termes (mais non des concepts) entre la législation des retraites et le code du travail.

[83] Les médecins du travail des SPST peuvent être conduits à rendre des avis **d'inaptitude au poste du travail** : comme le précise l'article L. 4624-4 du code du travail, le médecin du travail « qui constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail occupé n'est possible et que l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste déclare le travailleur inapte à son poste de travail ». Cette situation peut conduire au licenciement du salarié si l'employeur ne parvient pas à le reclasser dans un emploi compatible avec son état de santé, si le salarié refuse l'emploi proposé ou si l'avis d'inaptitude mentionne expressément que tout maintien dans un emploi serait gravement préjudiciable à la santé du salarié ou que son état de santé fait obstacle à tout reclassement dans un emploi<sup>32</sup>.

### 1.3.2 Pour les gestionnaires et assurés, des connections complexes à opérer entre législations

[84] Les législations en matière de handicap, de couverture des AT-MP, de santé au travail et de retraites obéissent à leur logique propre mais les modalités de leur coordination, lorsqu'elle existe, peuvent légitimement paraître complexes, tant aux assurés dont **les parcours professionnels et personnels les conduisent à relever concomitamment ou successivement**

---

<sup>29</sup> En-deçà de ce seuil, le versement est effectué sous forme de capital.

<sup>30</sup> Barème indicatif d'invalidité (accidents du travail) en Annexe I à l'article R434-32 du CSS.

<sup>31</sup> Cf. Tableau 1 et Annexe I.

<sup>32</sup> Article L. 1226-2-1 du code du travail.

**aux différents dispositifs** qu'aux gestionnaires de ceux-ci. Plusieurs raisons expliquent cette situation.

[85] Des termes identiques sont appliqués à des situations différentes :

- Le **taux d'incapacité** utilisé pour l'entrée en retraite pour inaptitude via la procédure médicale n'est pas le même que le taux d'incapacité qui fonde le bénéfice de l'AAH ou justifie la jouissance d'une retraite pour inaptitude des personnes ayant bénéficié d'une reconnaissance par la MDPH d'une incapacité à 50 %. Il est également différent de celui utilisé en matière d'AT-MP ;
- La retraite pour incapacité permanente (pénibilité « 2010) ne repose pas sur les mêmes règles que la retraite des personnes ayant bénéficié d'une reconnaissance par la MDPH d'une incapacité à 50 %, dont les droits à pension sont pourtant fondés sur ... une incapacité permanente ;
- Les taux d'incapacité sont eux-mêmes fondés sur des **règles d'appréciation différentes** (absence de barème pour l'entrée en retraite pour inaptitude via la procédure médicale, barème du CASF pour la législation handicap, barème invalidité pour la législation AT-MP) et **déterminés par des médecins ou équipes différents** (médecins-conseils de l'assurance maladie, équipes pluridisciplinaires des MDPH) ;
- L'inaptitude au poste de travail (reconnue par le médecin du travail en application des règles du code du travail) est **sans effet sur les droits en matière de retraite pour inaptitude** (reconnue par le médecin-conseil en application des règles du code de la sécurité sociale).

[86] Une partie des assurés « navigue » entre ces législations et est donc conduite à être placée dans des catégories juridiques différentes, selon les moments de son parcours et les administrations auxquelles elle s'adresse, mais, comme l'ont rapporté les membres du panel auditionnés par la mission<sup>33</sup>, pour une situation que ces personnes conçoivent pour leur part comme unique (« leur » problème de santé, notamment) :

- des assurés indemnisés au titre des AT-MP peuvent être ultérieurement admis au bénéfice d'une pension d'invalidité : par exemple, en cas d'usure prématurée de l'organisme ou de survenance d'un accident non professionnel induisant une perte de capacité de travail ou de gain de 2/3. Dans certaines situations, l'assuré peut même être conduit à faire un choix entre une pension pour invalidité et une rente pour IP<sup>34</sup>. Or, au moment du départ en retraite, ces choix orienteront vers l'un ou l'autre des mécanismes de départ anticipé ;
- une partie des personnes demandant une pension pour inaptitude via la procédure médicale ont préalablement (et souvent quelques mois auparavant) été déclarées inaptées au poste de travail par leur médecin du travail. Néanmoins, les procédures étant déconnectées, un refus d'inaptitude (par le médecin-conseil) peut succéder à une déclaration d'inaptitude (par le médecin du travail), dans un intervalle qui peut être bref. Pour compréhensible au plan du droit qu'elle soit (les critères ne sont pas les mêmes), cette

---

<sup>33</sup> Cf. annexe II.

<sup>34</sup> F. Bardot et A. Touranchet, « Partir plus tôt pour raisons de santé : le dilemme des médecins de travail, » Retraite et société n°49, 2006, par M. Del Sol, « La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente », Revue Regards n°51, 2017.

situation est source d'incompréhension pour les personnes concernées, dont une partie pense que les deux procédures ont vocation naturelle à se succéder<sup>35</sup>.

[87] Les gestionnaires du dispositif, médecins comme agents administratifs, sont également confrontés à cette difficulté :

- pour un même individu et avec des éléments d'information médicale proches ou identiques, le **médecin-conseil** doit, tenir compte ou évaluer, selon des concepts proches mais distincts :
  - un état de santé mais aussi des « aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle » (législation retraites) ou les « facultés physiques et mentales, les aptitudes et qualifications professionnelles » (législation AT-MP) ;
  - les effets de cette situation sur la capacité de travail ou de gain (législation invalidité) ou la poursuite de l'exercice d'un emploi (législation retraites)<sup>36</sup>.

Comme l'a constaté la mission dans ses entretiens avec de nombreux médecins-conseils, ceux-ci ont conscience de l'équilibre délicat à conserver dans l'exercice de ces missions, qui les conduisent à **se prononcer selon une logique proche de celle des médecins du travail ou en tenant compte, au regard du public visé, de critères sociaux complémentaires à l'évaluation médicale** ;

- le **médecin du travail**, confronté à un salarié âgé proche de l'âge de 62 ans ou venant de le dépasser, peut être conduit à arbitrer entre prononcer une inaptitude au poste de travail, qui risque de se traduire par le licenciement de l'intéressé, et une orientation « préventive », mais non garantie de succès, vers une procédure de retraite pour inaptitude. Or ce choix emporte des conséquences importantes en matière d'âge de départ et de niveau de revenu du salarié concerné puisque, dans le premier cas, il est susceptible de bénéficier d'indemnités de licenciement mais aussi d'indemnités chômage créatrices de droits en matière d'assurance vieillesse (trimestres validés qui majoreront le coefficient de proratisation). La décision médicale implique donc des arbitrages complexes, qu'il n'est pas dans la mission du médecin du travail de présenter au salarié – et dont parfois, comme la mission l'a constaté, il n'a pas conscience. D'autre part, ces décisions et leurs conséquences ont aussi des effets sur la relation de travail du salarié avec l'employeur. Des propositions sur une amélioration des mécanismes d'information seront formulées en quatrième partie ;
- les **agents des caisses de retraite** sont confrontés à une difficulté analogue, notamment en lien avec la réglementation de l'assurance chômage.  
En effet, les règles actuelles<sup>37</sup> prévoient que les personnes ayant atteint l'âge de 62 ans sans pouvoir justifier du nombre de trimestres d'assurance requis pour le taux plein, peuvent bénéficier, sous certaines conditions d'activité antérieure, des allocations chômage jusqu'à atteinte du taux plein (par la durée ou l'AAD). Si une exception est faite pour certains départs anticipés avant 62 ans (carrières longues, retraite anticipée des travailleurs

---

<sup>35</sup> « Il est cependant probable que les deux phénomènes soient liés et que les salariés licenciés pour des raisons de santé demandent une reconnaissance de l'inaptitude au travail pour anticiper leur départ en retraite » (A. Di Porto, « La retraite pour inaptitude », Retraite et société n°68, septembre 2014).

<sup>36</sup> Pour les AT-MP, la situation est encore plus complexe : si le droit prévoit que la décision du médecin-conseil doit prendre en compte le retentissement professionnel de la lésion, les états de lieux disponibles des pratiques du réseau montrent que ce n'est le cas que de manière minoritaire (cf. rapport de Rolande Ruellan de 2013 sur la réforme du dispositif de réparation de l'incapacité permanente).

<sup>37</sup> Articles 4 et 9 de l'annexe au décret n° 2019-797 du 26 juillet 2019 relatif au régime d'assurance chômage.

handicapés, pénibilité « 2010 »), pour lesquels les allocations chômage ne peuvent être versés en cas de jouissance de la pension, il n'en va pas de même pour les retraites pour inaptitude. Il s'en suit que :

- il est possible de cumuler une pension pour inaptitude et une allocation de retour à l'emploi (ARE)<sup>38</sup>. Le montant de celle-ci est égal à la différence entre le montant théorique de l'allocation chômage et une fraction de la pension de retraite (75 % pour les allocataires de 60 ans et plus) ;
- l'assuré doit donc effectuer un **arbitrage** entre bénéficier de sa pension pour inaptitude et d'une ARE différentielle d'une part ou ne pas demander de retraite pour bénéficier dans les conditions de droit commun de son ARE (et des trimestres validés qu'elle emporte), jusqu'à atteinte du taux plein d'autre part ;
- Il est naturellement difficile pour **les agents des caisses de retraite et ceux de Pôle emploi** de maîtriser cette double réglementation et d'en informer dans des conditions satisfaisantes l'assuré, ceci avant sa demande de liquidation.

[88] Il n'entraîne pas dans le champ de la mission de procéder à une revue des évolutions souhaitables de ces législations et de leur bonne coordination, la législation retraites intervenant en aval mais devant tenir compte de ces situations. Néanmoins, certaines préconisations, présentées en quatrième partie, viseront à limiter les effets de cette complexité juridique sur le parcours des assurés.

#### 1.4 Un dispositif ancien et qui a peu évolué, en dépit d'avancées en matière de réponses aux risques sanitaires ou professionnels auxquels sont exposés les salariés

[89] Une partie de la complexité de la législation applicable résulte du fait que les règles en matière de retraite pour inaptitude ont peu évolué à l'occasion des dernières réformes des retraites, alors même que le législateur créait des droits connexes ou proches, qui n'ont pas simplifié la réglementation pour les gestionnaires et en ont obscurci la compréhension pour les assurés.

##### 1.4.1 Un dispositif qui a connu peu d'évolutions de son cadre juridique

[90] On l'a vu, le départ en retraite pour inaptitude a été institué dès la création du régime général d'assurance vieillesse. Les trois dernières grandes réformes des retraites (lois du 21 août 2003, du 9 novembre 2010 et du 20 janvier 2014) l'ont peu fait évoluer. On note cependant au cours des dernières années deux évolutions.

---

<sup>38</sup> Article 18 de l'annexe au décret précité.

#### 1.4.1.1 Un assouplissement des conditions d'entrée en retraite pour inaptitude pour certains assurés handicapés

[91] La rédaction des dispositions actuelles pour la retraite en inaptitude des personnes handicapées, non bénéficiaires de l'AAH et qui se sont vu reconnaître une incapacité (« inaptes via incapacité à 50 % ») est issue de la réforme de 2014<sup>39</sup>.

[92] Dans sa rédaction précédente, issue de l'article 20 de la loi du 9 novembre 2010<sup>40</sup>, l'alinéa prévoyait le bénéfice du taux plein pour « les assurés handicapés qui atteignent l'âge de soixante-cinq ans ». L'analyse des débats devant le Parlement et de l'amendement sénatorial à l'origine de la disposition<sup>41</sup> indique que la mesure visait à dispenser les salariés handicapés de l'augmentation de l'âge d'annulation de la décote (de 65 à 67 ans), prévue par ailleurs par ce projet de loi.

[93] La réforme de 2014 a donc précisé le champ des bénéficiaires (par le choix d'un taux d'incapacité, au lieu de l'imprécise mention de « assurés handicapés ») et accru l'avantage (le taux plein devenant accessible à 62 ans, au lieu de 65 ans). D'autre part, les dispositions réglementaires prises en application de la loi du 20 janvier 2014 ont fixé ce taux d'incapacité à 50 % et ont aligné les dispositions applicables à la retraite anticipée des travailleurs handicapés (article L. 351-1-3 du CSS) sur ce même niveau<sup>42</sup>.

#### 1.4.1.2 La recherche d'une substitution automatique de l'AAH par la pension de retraite à 62 ans

[94] **L'article 82 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020<sup>43</sup> pose le principe que la retraite du bénéficiaire de l'AAH est liquidée à la date à laquelle celui-ci atteint 62 ans, sauf s'il s'y oppose.** Cette substitution n'est pas applicable lorsque l'allocataire exerce une activité professionnelle.

[95] L'étude d'impact jointe au projet de loi précise que la mesure vise à répondre aux cas où le bénéficiaire n'effectue pas, avant ses 62 ans, toutes les démarches nécessaires à la liquidation de sa pension, ce qui lui fait encourir le risque d'une rupture de droits, par fin du versement de l'AAH à 62 ans. L'objectif poursuivi est donc que cette « coupure » de l'AAH intervienne uniquement si la pension est liquidée et versée, ce qui en pratique conduit à permettre de poursuivre (temporairement) le versement de l'AAH après 62 ans et à organiser ensuite des remboursements entre branche famille et branche retraite.

[199] **Plusieurs cas de figure doivent être distingués sur le plan réglementaire** concernant l'articulation entre bénéfice de l'AAH et bascule à la retraite (cf. pièce jointe n° 3):

- les bénéficiaires de l'AAH qui ne travaillent pas à l'âge de 62 ans entrent dans le champ de la « substitution automatique » de leur allocation par la pension de retraite, sauf opposition de leur part. Deux situations doivent être distinguées, à la lecture de l'étude d'impact de la LFSS pour 2020 :

---

<sup>39</sup> Article 37 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

<sup>40</sup> Article 20 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

<sup>41</sup> Amendement n°285, présenté par M. Le Menn et divers membres du Groupe socialiste, apparentés et rattachés.

<sup>42</sup> Le décret n° 2004-232 du 17 mars 2004 relatif à l'abaissement de l'âge de la retraite pour les assurés sociaux handicapés retenait un taux d'incapacité de 80% pour le bénéfice de la retraite anticipée des travailleurs handicapés.

<sup>43</sup> Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

- l'assuré ne s'oppose pas à la bascule à la retraite à 62 ans dans le cadre de la substitution automatique : la pension de retraite est liquidée par la caisse de retraite, avec date d'effet au 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit l'atteinte des 62 ans :
  - Si l'assuré bénéficiait avant ses 62 ans de l'AAH 1<sup>44</sup>, il peut le cas échéant percevoir une AAH dite « différentielle »<sup>45</sup>, permettant de maintenir le niveau de prestations sociales dont il bénéficiait avant cet âge, en complétant à due concurrence les pensions de retraite versées à l'assuré (75 000 bénéficiaires<sup>46</sup>, en 2021, de cette avantage de nature viagère (moins d'une dizaine de centaines percevaient ainsi, à titre d'illustration, cette prestation cette même année). Depuis la loi de finances initiale (LFI) pour 2017, le bénéficiaire de l'AAH 1 n'a plus, à cette échéance, pour des raisons de simplification administrative, l'obligation de demander au préalable le bénéfice de l'ASPA pour continuer à percevoir son AAH sous forme différentielle ;
  - Si l'assuré bénéficiait avant ses 62 ans de l'AAH 2<sup>47</sup>, il doit procéder à une demande d'ASPA s'il souhaite compléter le montant de retraite qui va lui être versée. Il ne peut prétendre comme les bénéficiaires de l'AAH 1 au versement d'une AAH « différentielle » ;
- l'assuré s'oppose à la bascule à la retraite à 62 ans dans le cadre de la substitution automatique : sa retraite de base ne sera pas liquidée « automatiquement » et il devra procéder à la demande d'une pension de retraite (est détaillé *infra*, au 3.3.2., dans quelle mesure la procédure ne diffère que peu en pratique de celle d'une substitution automatique, si ce n'est que la date d'effet de la pension de retraite en fonction de la date effective de demande pourra induire une rupture de droits entre la fin du versement de l'AAH à 62 ans et la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite) :
  - Si l'assuré bénéficiait avant ses 62 ans de l'AAH 1, il pourra compléter sa retraite par la perception d'une AAH différentielle ;
  - Si l'assuré bénéficiait avant ses 62 ans de l'AAH 2, il pourra demander à bénéficier de l'ASPA.
- les bénéficiaires de l'AAH qui exercent une activité à l'âge de 62 ans n'entrent pas dans le champ de la « substitution automatique » et doivent procéder à une demande de retraite auprès de leur caisse de retraite (avant les 62 ans pour éviter une rupture de droits, l'AAH - sauf potentiellement l'AAH différentielle pour les bénéficiaires de l'AAH 1- s'interrompant à compter de 62 ans, sauf à titre d'avance sur la retraite en cas de demande de retraite avant cette échéance), assortie le cas échéant d'une demande d'ASPA pour les bénéficiaires de l'AAH 2 (les bénéficiaires de l'AAH 1 pouvant continuer potentiellement à percevoir une AAH différentielle par la suite) ;
- enfin, les bénéficiaires de l'AAH qui n'ont jamais exercé la moindre activité – population qui n'est pas anecdotique au sein du public bénéficiaire de cette prestation – ne sont pas non

---

<sup>44</sup> Versée aux bénéficiaires de l'AAH dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 80% au sens du guide barème annexé au code de l'action sociale et des familles.

<sup>45</sup> De manière quelque peu impropre, puisque la formule de calcul de l'AAH est par principe différentielle.

<sup>46</sup> Source : CNAF.

<sup>47</sup> Versée aux bénéficiaires de l'AAH dont le taux d'incapacité permanente au sens du guide barème est compris en 50 et 79 % et qui subit une restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi (RSDAE) du fait de son handicap (soit des difficultés importantes d'accès à l'emploi ne pouvant pas être compensées par des mesures d'aménagement de poste.

plus concernés par cette substitution automatique : sauf à être privés de toute ressource, ils doivent formuler une demande de minimum vieillesse auprès du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA)<sup>48</sup>.

[96] Seront développées *infra*, au 3.3., les complexités et potentiels effets pervers de la législation sur la transition entre AAH et retraite, qu'il s'agisse :

- du caractère assez largement artificiel du droit d'opposition introduit par la LFSS pour 2020 ;
- de l'incitation paradoxale des textes à faire renoncer à la poursuite d'une activité professionnelle après 62 ans les bénéficiaires de l'AAH qui travaillent.

#### 1.4.2 Un dispositif qui a été complété par de nouveaux droits, d'une nature proche

[97] Si les dernières réformes des retraites ont donc peu modifié le régime de la retraite pour inaptitude, elles ont créé deux dispositifs dont la philosophie et le public visé sont proches<sup>49</sup>.

- La **retraite anticipée des travailleurs handicapés (RATH)** a été créée par la réforme de 2003. Elle est proche de la retraite pour inaptitude via l'incapacité à 50 %, puisque les taux d'incapacité sont identiques, et le bénéfice de l'absence de décote. Elle s'en distingue par la nature de l'avantage (un départ anticipé qui peut intervenir dès 55 ans et une majoration de pension qui prend représente un tiers du rapport entre la durée d'assurance cotisée en situation de handicap dans le régime et la durée d'assurance effectuée dans le régime). L'accès à ce dispositif est soumis à une condition de durée minimale d'assurance cotisée et validée avec un handicap. Le calibrage de la mesure correspond donc à son esprit : permettre à des personnes ayant eu une carrière en tant que travailleurs handicapés de partir plus tôt et avec une pension majorée.

Le régime des inaptés pour incapacité à 50 %, créé postérieurement, apparaît en quelque sorte comme un dégradé ou un palliatif :

- Il offre des droits moindres que la RATH à une population ayant moins cotisé ;
  - Il offre des droits analogues à ceux des bénéficiaires de l'AAH, à une population a priori proche mais qui, pour des motifs de résidence ou de ressources, ne bénéficie pas avant 62 ans de cette allocation.
- La **retraite anticipée pour incapacité permanente** (le premier départ anticipé, historiquement, au titre de la pénibilité) a été créée par la loi du 9 novembre 2010. Elle permet aux salariés justifiant d'une incapacité permanente au moins égale à 20 % ou d'une incapacité d'au moins 10 % avec 17 ans d'exposition à des facteurs de risque professionnel, du fait d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail, de bénéficier d'un départ en retraite dès 60 ans, au taux plein (article L. 351-1-4 du CSS). La philosophie de ce dispositif est étroitement liée à l'exposition au cours de la carrière à des facteurs de risques professionnels alors que l'état de santé dégradé justifiant des pensions de retraite pour inaptitude peut avoir des motifs non professionnels. Pour autant, une liaison existe puisque les personnes ne remplissant pas les conditions pour bénéficier de ce droit (incapacité

---

<sup>48</sup> Pour les personnes ne pouvant prétendre à une pension de droits propres faute d'avoir cotisé précédemment, l'ASPA peut être versée par ce service, assuré depuis 2020 par la mutualité sociale agricole - MSA).

<sup>49</sup> Cf. pour une analyse plus précise de ces deux dispositifs – et des autres mécanismes de départ anticipé – l'annexe I.

proche mais inférieure à 10 %, absence de justification de la condition de durée d'exposition...) ont une vocation « naturelle » à solliciter une retraite pour inaptitude via la procédure médicale, si elles ne rentrent pas par ailleurs dans un autre cadre (pension d'invalidité, AAH...).

[98] Il faut cependant le souligner, ces dispositifs concernent un nombre marginal de bénéficiaires au regard du flux annuel de 100 000 retraités pour inaptitude :

- la retraite anticipée des travailleurs handicapés - RATH (article L. 351-1-3 du CSS) n'a concerné que 3000 assurés du régime général en 2019 (salariés et artisans-commerçants) ;
- la retraite pour incapacité permanente dite « pénibilité 2010 » (article L. 351-1-4 du CSS) ne concerne également que des effectifs très réduits : elle a été accordée en 2019 à 1700 assurés du régime général, 500 salariés agricoles et 300 exploitants agricoles<sup>50</sup>.

[99] L'analyse des évolutions du cadre juridique et des effectifs concernés conduit donc à formuler plusieurs constats :

- le législateur a beaucoup concentré son attention sur la création de nouveaux dispositifs de départ anticipé sans faire beaucoup évoluer le plus ancien et massif (hors carrières longues) d'entre eux – par lequel seraient sans doute passés les assurés concernés si ces nouveaux dispositifs n'avaient pas été créés ;
- au sein des retraites pour inaptitude, le rôle de la procédure médicale apparaît essentiel pour des populations à l'état de santé dégradé. Elle fait en quelque sorte office de « voiture balai », rattrapant des publics fragiles ne remplissant pas les conditions d'entrée en AAH et RATH, en invalidité et en indemnisation au titre des AT-MP.

#### 1.4.3 Un dispositif qui s'insère difficilement dans l'ambition portée par les pouvoirs publics d'une meilleure prévention de la désinsertion professionnelle

[100] La lettre de mission invite à réfléchir aux adaptations possibles des actions de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), en lien avec les réformes récentes de la prévention en santé au travail.

[101] Selon les termes mêmes du Plan Santé au Travail (PST 4), la prévention de la désinsertion professionnelle « renvoie aux dispositifs et accompagnements mis en œuvre à destination des salariés potentiellement vulnérables du fait d'un état de santé difficilement compatible avec la poursuite de leur activité ». Au sens de cette définition, les retraites pour inaptitude et notamment la procédure médicale entrent donc dans le champ de la PDP.

[102] D'autre part, les intervenants sont souvent identiques : services du contrôle médical et services sociaux des CPAM, SPST, services de Pôle emploi (et réseau des Cap Emploi), conseils départementaux en lien avec les objectifs d'insertion des allocataires du revenu de solidarité active (RSA).

[103] Enfin, la préservation de l'état de santé des travailleurs est de nature à limiter le nombre des personnes qui, à 62 ans, seraient susceptibles de partir en retraite pour inaptitude au titre d'une incapacité permanente ou de la procédure sur examen médical, ce qui conduit à estimer que

---

<sup>50</sup> Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – Retraite joint au PLFSS pour 2022 (octobre 2021).

les actions de PDP constituent aussi, et à long terme, des actions de prévention du recours à une demande de retraite pour inaptitude.

[104] Pour autant, et cet aspect a été conforté par la récente réforme de la santé au travail<sup>51</sup>, la PDP demeure concentrée sur la détection et l'accompagnement des personnes vulnérables pendant leur parcours professionnel et dans leur environnement de travail. En témoigne notamment la création d'un bilan médical de mi-carrière, aux 45 ans de l'assuré (ou à un âge différent défini par accord de branche), qui permettra notamment de retracer les expositions à des facteurs de risques professionnels et d'évaluer les risques de désinsertion professionnelle afin, le cas échéant, de pouvoir mettre en œuvre un accompagnement approprié.

[105] Lors de ses investigations, la mission a constaté que ses différents interlocuteurs éprouvaient des difficultés à conceptualiser les articulations possibles entre PDP et retraite pour inaptitude et même à envisager des liens concrets entre les dispositifs, la question dominante qui était soulevée relevant plutôt de l'arbitrage : « à partir de quel âge doit-on considérer que les actions de PDP ne se justifient plus et que l'orientation vers la retraite est à privilégier ? ».

[106] Comme l'ont relevé plusieurs interlocuteurs, la retraite pour inaptitude est ici aussi une « voiture balai » : le dispositif permettra de rattraper les salariés pour lesquels la PDP aura échoué ou aura été insuffisante.

[107] La mission formulera néanmoins des préconisations de rapprochement des différents acteurs intervenant dans le champ de la PDP en quatrième partie.

## **2 En dépit de la difficulté pour l'appareil statistique à distinguer les sous-catégories de bénéficiaires, leurs profils sont marqués par une espérance de vie dégradée, des montants de pensions faibles et, pour certains d'entre eux, par des carrières hachées**

[108] Conformément à la lettre de mission précitée des ministres, le présent rapport établit une revue des connaissances disponibles sur la population des inaptes, leur parcours de carrière, le montant de leur pension, leur espérance de vie, etc. La mission a dressé à ce titre un état des lieux des données disponibles, essentiellement produites par la direction des statistiques, de la prospective et de la recherche (DSPR) de la CNAV et par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des ministères sociaux. Des études antérieures de la CNAV, datant de 2011 et 2014 principalement, ont notamment fait l'objet d'une actualisation précieuse, communiquée à la mission et publiée en juin 2022<sup>52</sup>.

[109] Ces études couvrent l'ensemble du périmètre de l'inaptitude, en distinguant d'une part les inaptes ex-invalides et les autres catégories de personnes parties en retraite au titre de l'inaptitude. Elles ne permettent pas, pour des raisons de limites existantes dans le degré de granularité des remontés de données statistiques issues de l'outil de liquidation de la CNAV (OR), de distinguer, en revanche, des données spécifiques aux inaptes ex-AAH, aux inaptes via la procédure médicale et aux inaptes ayant bénéficié d'une reconnaissance par la MDPH d'une

---

<sup>51</sup> Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail

<sup>52</sup> « La retraite au titre de l'inaptitude au travail au régime général : évolutions 2010- 2019 et caractéristiques des nouveaux retraités 2019 », Etude CNAV 2022-031 du 10 juin 2022.

incapacité à 50 %. La mission a cherché à établir des ordres de grandeur, sans prétention à la robustesse statistique, sur ces trois populations d'inaptes.

## 2.1 La population des inaptes se caractérise par un état de santé et une espérance de vie dégradés, des montants de pensions faibles et, pour les inaptes hors ex-invalides, des carrières particulièrement hachées

### 2.1.1 Une espérance de vie significativement inférieure à celle des autres retraités pour toutes les catégories de retraités pour inaptitude

[110] La DPSR de la CNAV établit de manière régulière des estimations d'espérance de vie des inaptes ex-invalides et des autres retraités pour inaptitude, permettant des comparaisons avec l'espérance de vie de retraités bénéficiaires d'une pension « normale ». La DREES a également réalisé des estimations de l'espérance de vie différenciée des inaptes ex-invalides d'une part et des autres pensionnés pour inaptitude d'autre part.

[111] Les travaux menés par la Cour des comptes en 2010 sur l'inaptitude et l'invalidité<sup>53</sup> font ainsi état d'études réalisées par la DREES comme par la CNAV, dont les enseignements sont largement convergents et soulignent des écarts très significatifs d'espérance de vie entre les pensionnés inaptes et les autres pensionnés, s'établissant selon les méthodologies retenues entre 3 et 7 ans à 60 ans par rapport aux bénéficiaires d'une pension normale.

[112] Ces résultats ont été confirmés par des publications de 2012<sup>54</sup> (qui mettent en avant sur la période 2007-2009 une espérance de vie plus faible que pour les bénéficiaires d'une pension de retraite normale : chez les hommes, de 6 ans pour les inaptes ex-invalides et de 5 ans pour les autres inaptes ; chez les femmes, de respectivement 5 ans et 4 ans) puis de 2019<sup>55</sup> de la DSPR de la CNAV. Plus précisément, l'étude la plus récente précitée fait état d'écarts proches des résultats précédents, avec cependant des résultats en termes d'espérance de vie (à 62 ans en 2017) plus réduits entre femmes inaptes ex-invalides et autres femmes inaptes :

- pour les ex-invalides :
  - un écart de 6,2 années pour les hommes par rapport aux bénéficiaires d'une pension normale ;
  - un écart de 4,4 années pour les femmes ;
- pour les autres pensionnés au titre de l'inaptitude :
  - un écart de 4,7 années pour les hommes par rapport aux bénéficiaires d'une pension normale ;
  - un écart de 4,1 années pour les femmes.

[113] En tout état de cause, toutes les études réalisées confirment un différentiel très significatif d'espérance de vie à l'âge d'ouverture des droits à retraite entre les pensionnés pour inaptitude

---

<sup>53</sup> Cour des comptes, Rapport n°2010-297-0 sur l'invalidité et l'inaptitude au régime général.

<sup>54</sup> « Espérance de vie différenciée des retraités du régime général - Une étude selon le type de pensions », Jonathan Aquereburu et Samuel Goujon, Cadr'@ge CNAV n°18, mars 2012.

<sup>55</sup> « Retraites pour inaptitude : une espérance de vie inférieure d'au moins 4 ans », Samuel Goujon, Cadr'@ge CNAV n°40, 2019.

et les bénéficiaires d'une pension normale, supérieur à 4 ans dans les travaux les plus récents et pouvant aller jusqu'à 6 ans pour les hommes inaptes ex-invalides.

### 2.1.2 Un mauvais ou très mauvais état de santé déclaré par les personnes parties en retraite pour inaptitude

[114] L'état de santé, ou à tout le moins l'état de santé perçu par l'assuré, des personnes parties en retraite au titre de l'inaptitude peut être appréhendé de manière indirecte sur la base de l'exploitation des données de l'enquête menée par différents organismes publics (DREES, CNAV, secrétariat général du COR, Caisse des dépôts et consignations...) sur les motivations de départ à la retraite, dont la dernière production date de 2017<sup>56</sup>.

[115] Une étude de la CNAV<sup>57</sup> détaille les résultats d'un des items de cette enquête, consacré à l'état de santé ressenti des personnes nouvellement retraitées. Au sein de la population interrogée, 11 % des nouveaux retraités déclarent percevoir leur état de santé comme mauvais ou très mauvais.

[116] **Cet état de santé perçu comme dégradé l'était déjà, le plus souvent, avant le passage en retraite**, ce que l'étude précitée approche en croisant cette donnée déclarée avec la présence ou non de périodes d'invalidité ou de maladie au titre d'un arrêt de travail (qu'il soit d'origine non professionnelle ou professionnelle) dans les fichiers de l'assurance maladie :

- 50 % des nouveaux retraités se percevant comme en mauvaise santé ont validé après 50 ans au moins une période assimilée pour maladie (y compris pour des arrêts faisant suite à un accident du travail) ou invalidité ;
- 59 % des nouveaux retraités se percevant comme en très mauvaise santé ont validé après 50 ans au moins une période assimilée pour maladie ou invalidité.

[117] Naturellement, les deux indicateurs d'existence d'une période assimilée pour maladie ou pour invalidité ne se « valent » pas dans ce qu'elles disent d'un état de santé d'un individu. La reconnaissance de l'invalidité, qui consiste en l'évaluation d'une perte de capacité de travail ou de gain de l'assuré supérieure à 2/3 (article L. 341-1 du CSS), suppose un caractère permanent, pérenne, de la dégradation de l'état de santé de la personne<sup>58</sup>. A l'inverse, une période assimilée d'un trimestre de droits à retraite au titre de la maladie est validée par période de 60 jours de perception d'indemnités journalières pour arrêt maladie ou suite à un accident de travail sur une année civile. La validation d'un trimestre de droits à retraite au titre de la maladie ne présente

---

<sup>56</sup> Enquête Motivations de départs à la retraite de 2017 (DREES, CNAV, DSS, COR, AGIRC-ARRCO, Caisse des dépôts et consignations, CNRACL, Service des retraites de l'Etat). Cette enquête repose sur des échanges téléphoniques avec un échantillon de près de 5 000 pensionnés partis en retraite entre le 1<sup>er</sup> juillet 2015 et le 30 juin 2016 parmi les 650 000 personnes parties en retraite au régime général et dans la fonction publique sur cette période.

<sup>57</sup> « La santé des nouveaux retraités du régime général : perception, connaissance administrative et motivations de départ », Méline Ramos-Gorand, Etude 2019-027 du 25 avril 2019.

<sup>58</sup> La notion de stabilisation de la situation de santé du demandeur d'une pension d'invalidité, qui n'est mentionnée que dans l'une des quatre situations prévues de passage en invalidité définies à l'article L. 341-3 du CSS, celle consistant à la mise en invalidité de la personne en arrêt de travail de longue durée avant expiration de la durée maximale de perception des indemnités journalières pour maladie<sup>58</sup>, irrigue en pratique l'ensemble de l'approche de reconnaissance de l'invalidité. La reconnaissance de l'état d'invalidité vaut ainsi estimation d'une impossibilité ou du caractère improbable d'une amélioration ultérieure de l'état de santé, le code de la sécurité sociale prévoyant cependant une voie de suspension ou de suppression de la pension d'invalidité, si la capacité de gain redevient supérieure à 50 % (article L. 341-13 du CSS), disposition en pratique utilisée par les organismes de manière exceptionnelle (comme souligné par la Cour des comptes dans ses travaux de 2019 sur les pensions d'invalidité).

ainsi pas la même signification en termes de permanence de la dégradation de l'état de santé d'un assuré qu'un passage en invalidité.

[118] S'agissant des modalités de passage en retraite des nouveaux pensionnés se percevant comme ayant un état de santé mauvais ou très mauvais :

- près de 50 % des nouveaux retraités se percevant comme en mauvaise santé ont bénéficié d'un départ en retraite à taux plein au titre de l'inaptitude, ex-invalides compris ;
- 73 % des nouveaux retraités se percevant comme en très mauvaise santé ont bénéficié d'un départ en retraite à taux plein au titre de l'inaptitude, ex-invalides compris.

[119] L'étude précitée conclut de ces deux éclairages que « pour deux tiers des assurés se percevant en mauvaise santé, et 90 % des assurés se percevant en très mauvaise santé, des problèmes de santé sont donc administrativement connus, au moment du départ à la retraite ou antérieurement. »

[120] Il convient de ne pas déduire de ces données un taux de recours ou de non recours au dispositif de la retraite pour inaptitude. Il ne peut en être inféré, en effet, que le taux de recours à la retraite pour inaptitude, ex-invalides compris, pour les personnes à l'état de santé dégradé, serait compris entre 50 et 75 % selon que l'on retient les mauvais ou les très mauvais états de santé perçus. D'une part, et malgré l'intérêt d'une exploitation des indicateurs basés sur l'état de santé perçu, ces données s'appuient sur des éléments qui sont par construction de nature déclarative et de l'ordre du ressenti. D'autre part, l'étude de la CNAV souligne les trois éléments suivants :

- un nouveau retraité déclarant un mauvais ou un très mauvais état de santé peut être parti en retraite via un autre dispositif de départ, soit plus avantageux (par exemple le dispositif de retraite anticipée pour carrière longue, pour des assurés disposant par ailleurs de la durée d'assurance requise pour bénéficier du taux plein), soit équivalent (dès l'AOD pour les assurés disposant de la durée d'assurance requise pour obtenir le taux plein). A titre d'illustration, si les personnes parties en retraite au titre du dispositif des carrières longues se perçoivent globalement en meilleur état de santé que les autres pensionnés, 7 % d'entre eux se déclarent néanmoins en mauvais ou très mauvais état de santé, et ne sont, par construction, pas partis en retraite au titre de l'inaptitude ;
- le passage à la retraite peut avoir des effets ambivalents, positifs comme négatifs, sur l'état de santé perçu par la personne et, dans certains cas, peut être vécu comme une rupture accompagnée d'une perte de socialisation induisant un ressenti plus négatif sur son propre état ;
- enfin, le délai en moyenne d'un an observé entre le passage à la retraite et la réalisation de l'enquête par téléphone peut avoir été caractérisé par une dégradation soudaine de l'état de santé de la personne.

[121] Si une telle étude ne permet ainsi pas de déduire un taux de recours au dispositif, elle permet cependant de dresser le panorama d'un mécanisme de départ très significativement utilisé par des nouveaux retraités à l'état de santé dégradé, avec toutes les limites déjà indiquées.

### 2.1.3 Des carrières hétérogènes, avec des durées d'assurance élevées pour les ex-invalides et des trajectoires fragmentées, avec peu de trimestres cotisés, pour les autres inaptes

[122] Les développements ci-après reposent sur les résultats d'une publication précitée de la CNAV de juin 2022<sup>59</sup> analysant les données relatives aux 54 000 inaptes ex-invalides et 49 000 autres inaptes partis en retraite en 2019.

#### 2.1.3.1 Une durée d'assurance validée hétérogène, avec pour tous les inaptes une forte contribution de la solidarité dans cette durée d'assurance

[123] Les résultats observés sont extrêmement contrastés au sein de la population des inaptes au regard de la durée d'assurance validée, entre les ex-invalides et les autres. Au sein de ces deux catégories, on constate que les femmes présentent des durées d'assurance validées légèrement supérieures à celles des hommes, notamment du fait du bénéfice de l'AVPF (voir *infra*).

[124] **En termes de durée d'assurance**<sup>60</sup>, celle validée par les inaptes ex-invalides est en 2019 de 43 ans (44 ans pour les femmes contre 42 ans en 2010 ; 42 ans pour les hommes contre 41 ans en 2010), soit un niveau significativement supérieur à celui des bénéficiaires d'une pension normale (40,5 ans en 2019).

[125] La durée d'assurance validée par les inaptes hors ex-invalides est très significativement inférieure à celle des bénéficiaires d'une pension normale et encore plus à celle des inaptes ex-invalides. Elle se limite à 29 ans en 2019, avec une décomposition entre femmes et hommes comme suit :

- 30 ans pour les femmes (contre 29 ans en 2010) ;
- 27 ans pour les hommes (pour lesquels on constate une très forte diminution par rapport à 2010, où cette durée était de 31 ans).

[126] **En termes de composition de la durée d'assurance**<sup>61</sup>, deux éclairages sont présentés :

- l'un rapproche la durée cotisée tous régimes (salaires, ou revenus cotisés pour les indépendants, mais pas AVPF, qui est exclue de l'analyse bien que juridiquement elle s'assimile à des trimestres d'assurance, avec report au compte<sup>62</sup>) à la durée d'assurance validée tous régimes. Les principaux enseignements en sont les suivants :

---

<sup>59</sup> CNAV, « La retraite au titre de l'inaptitude au travail au régime général : évolutions 2010- 2019 et caractéristiques des nouveaux retraités 2019 », 2022-031, 10 juin 2022.

<sup>60</sup> La durée d'assurance validée comporte trois composantes :

- les trimestres d'assurance, qui ont donné lieu au versement de cotisations au titre de la retraite, que ces cotisations soient acquittées pour partie par le salarié (et son employeur), s'agissant du cas général des salaires, ou qu'elles soient intégralement acquittées par un tiers (la branche famille pour l'assurance vieillesse des parents au foyer) ;

- les périodes d'interruption d'activité professionnelle donnant lieu à des périodes assimilées à des trimestres d'assurance pour la retraite : arrêts de travail pour maladie, maternité, chômage, invalidité, accident du travail, service militaire... Ces périodes ne donnent pas lieu à report au compte en termes de salaires pris en compte, n'ayant pas donné lieu au versement de cotisations mais à l'attribution de trimestres d'assurance au titre des années concernées ;

- les majorations de durée d'assurance, au titre de la maternité, de l'éducation d'un enfant, de son adoption, d'un congé parental d'éducation ou de l'éducation d'un enfant en situation de handicap. Contrairement aux périodes assimilées, elles ne sont pas rattachées à une année considérée mais s'ajoutent à la durée d'assurance globale.

<sup>61</sup> Les données relatives à la composition de la durée d'assurance des autres retraités sont présentées au chapitre 12 de l'étude de la DEES, « Les retraités et les retraites, édition 2022 », p105 et s.

<sup>62</sup> Avec report d'un salaire correspondant au niveau du SMIC.

- une part de la durée cotisée dans la durée d'assurance, proches des 2/3 pour les inaptes ex-invalides comme pour les autres retraités pour inaptitude, avec une situation fortement différenciée par rapport aux bénéficiaires de pensions normales (dont la part des périodes cotisées dans la durée d'assurance s'élève à 86 %) ;
- la part de la durée cotisée dans la durée d'assurance des hommes inaptes hors ex-invalides (82 %) est très inférieure à celle des hommes bénéficiaires de pensions normales (95 %). Ce décrochage est encore plus fort pour les hommes inaptes ex-invalides, avec une part de durée cotisée dans la durée d'assurance qui s'élève à 72 % (conséquence notamment du poids des périodes assimilées au titre de l'invalidité dans la durée d'assurance validée) ;
- pour les femmes, les résultats sont similaires entre inaptes ex-invalides et autres retraitées pour inaptitude, avec une part de durée cotisée légèrement supérieure à 50 % dans l'un comme dans l'autre cas.

Tableau 2 : Part de la durée cotisée en pourcentage de la durée d'assurance (tous régimes) dans le flux des nouveaux retraités de 2019

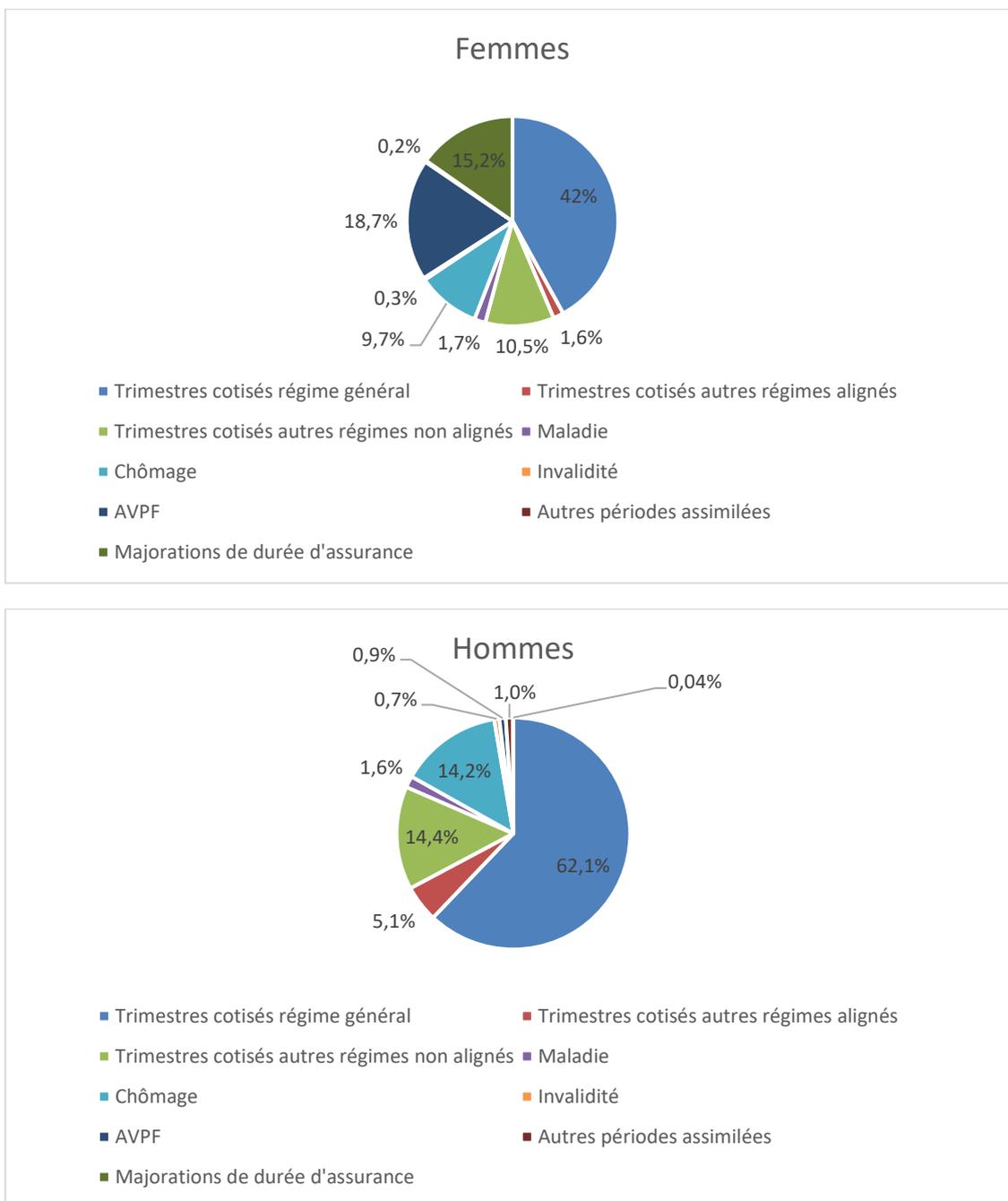
	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>Pensions normales</b>	95 %	77 %	<b>86 %</b>
<b>Pensions inaptes hors ex-invalides</b>	82 %	54 %	<b>65 %</b>
<b>Pensions inaptes ex-invalides</b>	72 %	57 %	<b>64 %</b>
<b>Total</b>	<b>92 %</b>	<b>74 %</b>	<b>82 %</b>

Source : *Etude CNAV précitée. Base retraités 2004-2020. Champ : Flux exhaustif de droit propre 2019, liquidations au 31 décembre 2020.*

- l'autre décompose de manière plus détaillée la durée d'assurance validée en fonction des droits acquis : i) par les salaires et revenus cotisés dans les grandes catégories de régimes (régime général, régimes alignés, régimes non alignés) ; ii) au titre de l'AVPF ; iii) au titre des périodes assimilées (maladie, chômage, invalidité, etc...) ; iv) au titre des majorations de durée d'assurance. Les principaux enseignements en sont les suivants :
  - s'agissant des pensionnés inaptes hors ex-invalides :
    - une grande hétérogénéité entre hommes et femmes dans le poids pris par la durée d'assurance cotisée, au régime général comme dans les autres régimes : 82 % pour les hommes, 54 % pour les femmes ;
    - l'importance prise par les périodes assimilées au titre du chômage dans la carrière des inaptes hors ex-invalides, encore plus prononcée pour les hommes (14 % contre 10 % pour les femmes de cette catégorie). Les analyses rétrospectives de la CNAV soulignent par ailleurs que cette proportion a significativement augmenté depuis la réforme des retraites de 2010 (alors qu'elle est restée stable pour les bénéficiaires d'une pension de retraite normale), **les deux années supplémentaires nécessaires pour atteindre l'AOD s'étant ainsi caractérisées, de manière significative, par des périodes de chômage supplémentaires** (en parallèle de la baisse de leur durée d'assurance moyenne sur la même période) ;

- la part majeure représentée dans la durée d'assurance validée des femmes de cette catégorie par les droits familiaux, AVPF comme majorations de durée d'assurance, soit au global 34 % de la durée d'assurance prise en compte pour le calcul de la retraite.

Graphique 1 : Composition de la durée d'assurance des pensionnés inaptes, hors ex-invalides, partis en retraite en 2019

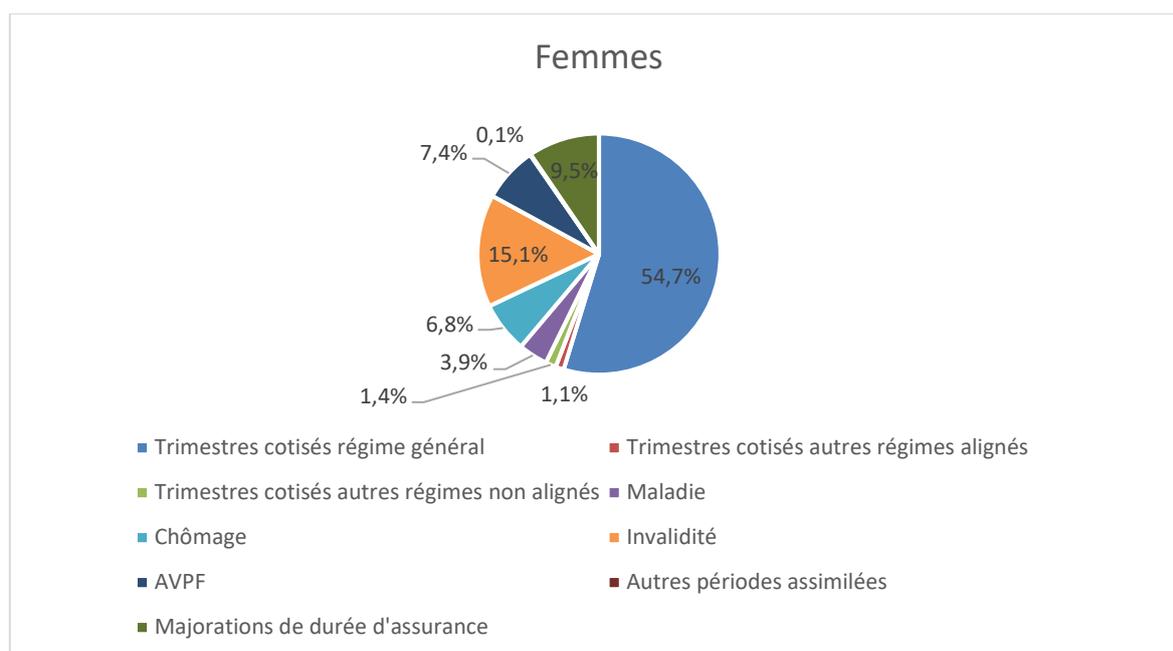


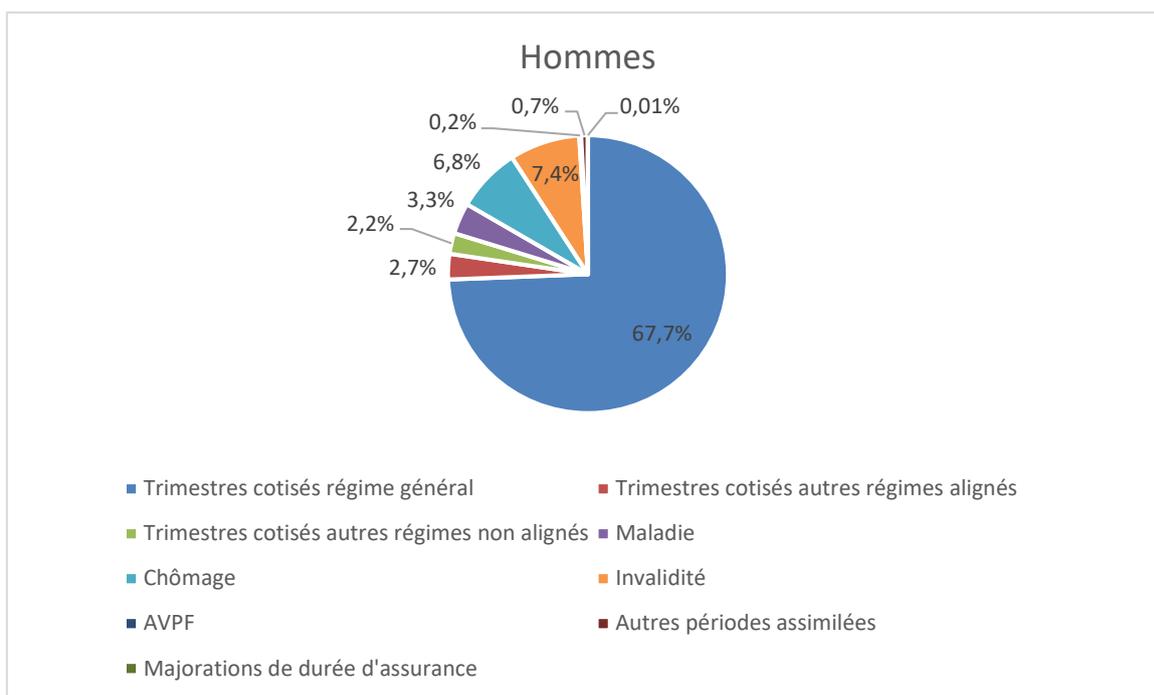
Source : CNAV

- s'agissant des pensionnés inaptes ex-invalides :
  - comme pour les autres inaptes, mais dans une proportion moindre, la durée liée à une activité est inférieure pour les femmes : 57 % contre 72 % pour les hommes ;

- les périodes de chômage représentent une part moins significative que pour les autres retraités pour inaptitude (7 %), à mettre en regard de la proportion importante de périodes assimilées au titre de l'inaptitude pour les ex-invalides (15 % pour les femmes, 16 % pour les hommes). Les chiffres sont très proches pour les femmes et les hommes ;
- les droits familiaux représentent pour les femmes ex-invalides une part beaucoup plus faible dans la durée d'assurance validée (15 %) que pour les autres femmes retraitées pour inaptitude (34 %) ;
- de manière peu significative en termes d'acquisition de droits à retraite (car représentant des niveaux dans tous les cas limités), mais illustrative sans doute de profils différents en termes de distance à l'emploi durant la carrière, les périodes assimilées au titre de la maladie s'élèvent pour les ex-invalides à 4 % pour les femmes et à 3 % pour les hommes, contre 2 % pour les femmes et les hommes retraités pour inaptitude à un autre titre : cela reflète probablement moins un état de santé plus dégradé des ex-invalides, puisque, comme évoqué *supra*, leur état de santé déclaré et leur espérance de vie sont assez largement comparables, qu'une durée d'activité supérieure, renforçant la probabilité d'arrêts maladie et particulièrement d'arrêts maladie pour longue durée.

Graphique 2 : Composition de la durée d'assurance des pensionnés inaptes ex-invalides partis en retraite en 2019





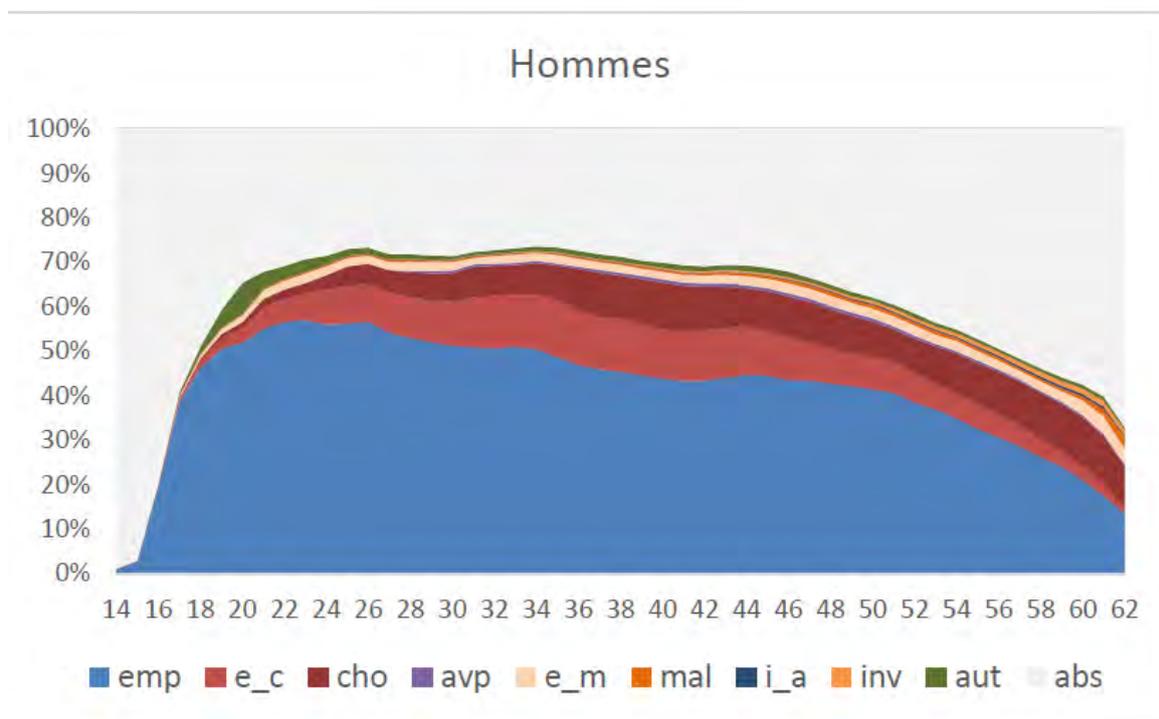
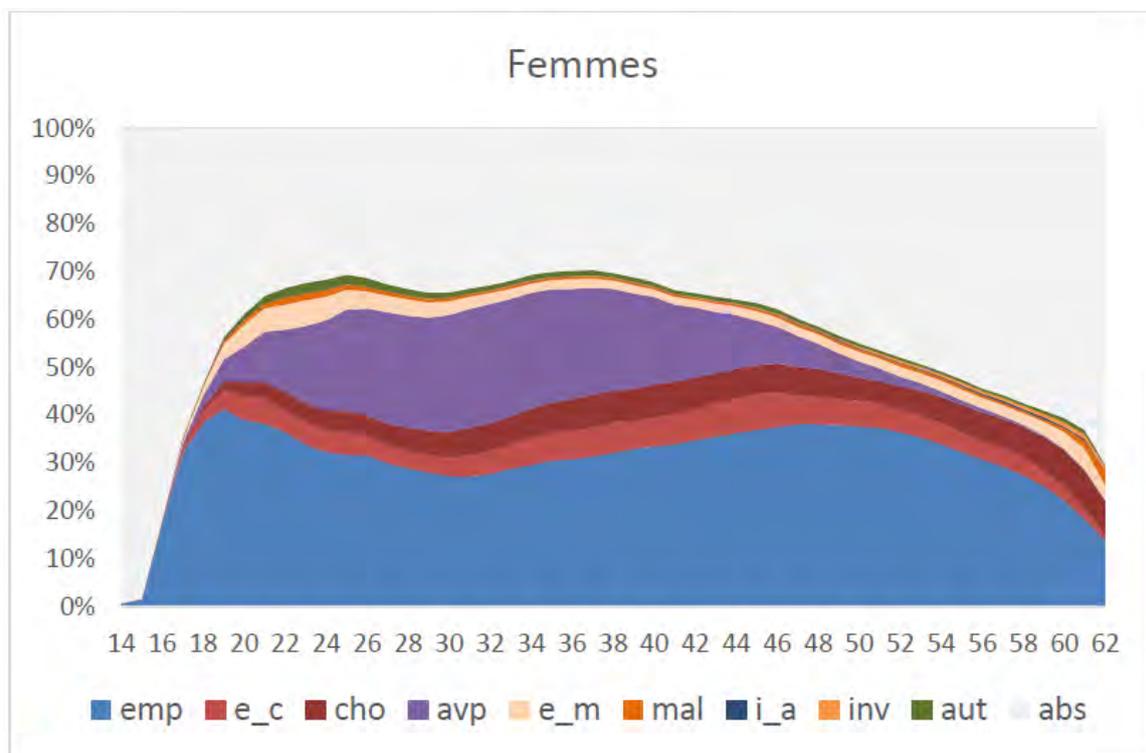
Source : CNAV

[127] De manière globale, on peut ainsi constater une forte hétérogénéité de la population des inaptes en termes de durée d'assurance (bien supérieure pour les ex-invalides, du fait des périodes assimilées pour invalidité mais aussi de durées cotisées plus longues) et de composition de celle-ci.

#### 2.1.4 Des profils de carrière mettant en évidence des différences entre femmes et hommes et entre ex-invalides et autres inaptes

[128] L'étude précitée de la CNAV propose des chronogrammes représentant graphiquement une carrière moyenne des retraités inaptes, ex-invalides ou non, illustrant pour chaque âge la situation moyenne observée en termes de reports aux comptes de carrière. Ces chronogrammes sont reproduits *infra*, pour les inaptes hors ex-invalides puis pour les ex-invalides.

Graphique 3 : Chronogrammes de carrière pour les inaptes hors ex-invalides partis en retraite en 2019



Source : CNAV, étude citée. Base retraités 2004-2019. Flux exhaustif de droits propres liquidés au cours de l'année 2019. Définitions : emp=emploi ; e\_c=emploi et chômage ; cho=chômage ; avp = AVPF ; e\_m=emploi et maladie ; mal=maladie ; i\_a = invalidité et autre report ; inv = invalidité ; aut=autre trimestre ; abs=aucun trimestre.

[129] L'analyse de ces trajectoires moyennes de carrière permet de mettre en avant les principaux enseignements suivants :

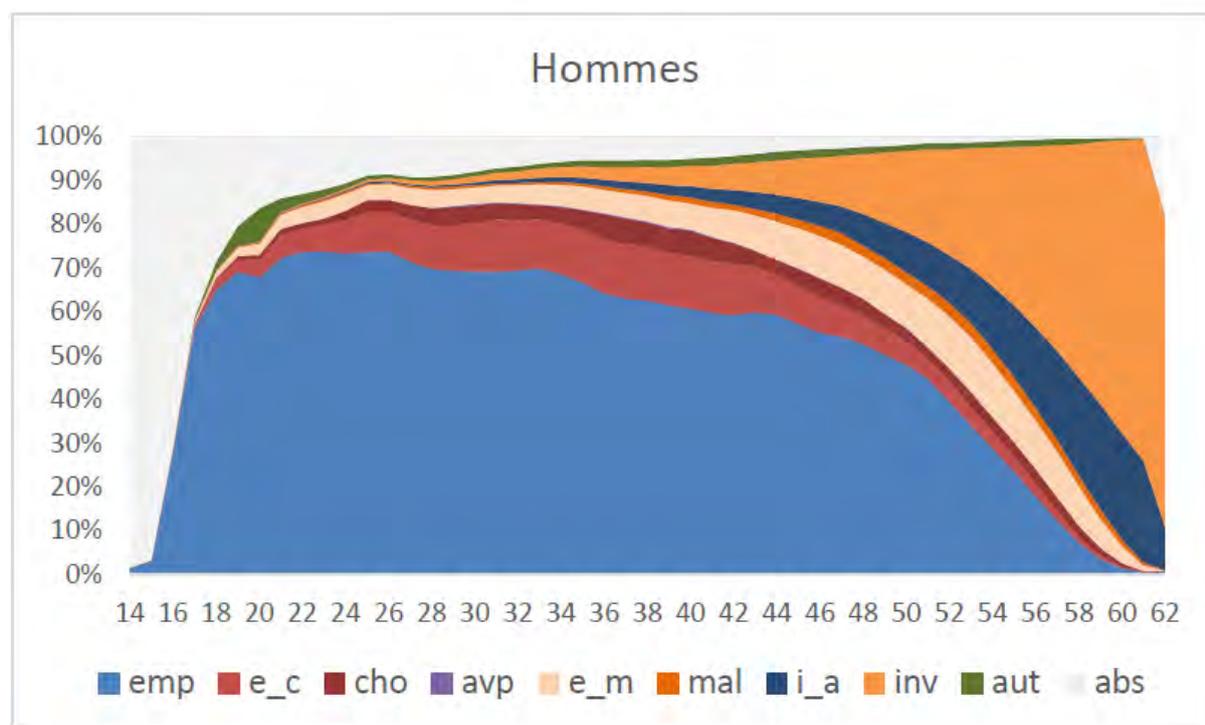
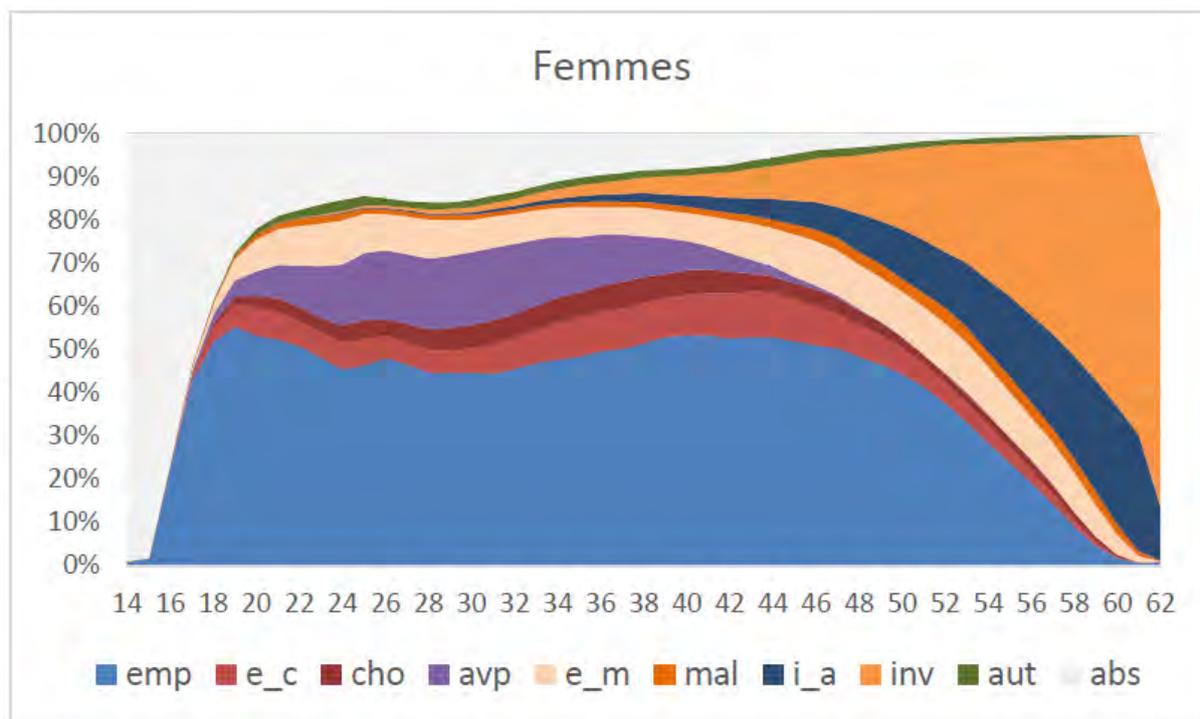
- on observe des niveaux très significatifs d'absence de validation de trimestres pour les femmes inaptes hors ex-invalides entre 20 et 40 ans, avec des taux proches de 30 % sur cette période. La proportion de femmes inaptes ex-invalides ne validant aucun droit est comprise entre 10 % et 20 % selon les années, sur la même période de carrière de 20 à 40 ans ;
- les femmes inaptes hors ex-invalides présentent un niveau élevé de validation de droits au titre de l'AVPF entre 20 et 40 ans. C'est le cas de 24 % d'entre elles à 35 ans par exemple ;
- cela induit un faible niveau de périodes cotisées entre 20 et 45 ans pour les femmes inaptes hors ex-invalides, le niveau d'emploi observé à 20 ans (autour de 45 % pour cette tranche d'âge en incluant les périodes mixtes emploi / chômage) n'étant retrouvé qu'à 45 ans, avant de décliner rapidement par la suite ;
- le profil d'emploi tout au long de la carrière est moins heurté pour les hommes inaptes hors ex-invalides, avec une diminution régulière du taux d'emploi, supérieur à 60 % à 25 ans<sup>63</sup>, avant de chuter progressivement en-dessous de 20 % à 62 ans, comme pour les femmes hors ex-invalides ;
- on observe des taux significatifs d'absence de validation de droits à retraite à partir d'âges assez précoces dans la carrière. C'est le cas de 30 % des hommes inaptes ex-invalides à 25 ans, ce taux connaissant un palier de 25 à 35 ans avant de progressivement augmenter, une accélération forte se produisant après 45 ans ;
- les trajectoires de carrière des inaptes ex-invalides se caractérisent, par construction, par une différence majeure avec celles des autres retraités pour inaptitude avec des validations de droits jusqu'en fin de carrière du fait de la perception de pensions d'invalidité. La proportion de femmes et d'hommes en invalidité au sein de cette population augmente à compter de 40 ans, et plus fortement à partir de 50 ans ;
- on retrouve pour les femmes retraitées ex-invalides le même creux dans l'occupation d'un emploi entre 20 et 40 ans, lié au recours sur cette tranche d'âge à de la validation au titre de l'AVPF, que pour les autres femmes retraitées pour inaptitude, mais partant d'un niveau significativement plus élevé, avec un taux d'emploi aux deux bornes de la période supérieur à 60 % (contre 45 % à ces bornes pour les femmes retraitées hors ex-invalides) ;
- on constate un taux significatif et relativement constant (autour de 10 %) de validation de trimestres d'assurance au titre de la maladie ou de la maternité pour les femmes ex-invalides, et ce dès 20 ans. Ce pourcentage commence à décroître de manière très lente à compter de 50 ans, sous l'effet de la bascule de cette population vers l'invalidité ;
- les hommes inaptes ex-invalides sont davantage en emploi que les autres hommes retraités pour inaptitude : 2/3 des inaptes ex-invalides étaient ainsi en emploi à 35 ans, cette proportion étant inférieure à 60 % pour les autres hommes retraités pour inaptitude à cet âge ;

---

<sup>63</sup> En retenant la même convention d'un périmètre incluant les exercices mixtes emploi / chômage.

- on observe une part significative de phases de chômage pour les hommes inaptes ex-invalides, avec une proportion d'environ 10 % entre 25 et 47 ans d'entre eux qui valident des droits à retraite à ce titre.

Graphique 4 : Chronogrammes de carrière pour les inaptes ex-invalides partis à la retraite en 2019



Source : CNAV, étude citée. Base retraités 2004-2019. Flux exhaustif de droits propres liquidés au cours de l'année 2019. Définitions : emp=emploi ; e\_c=emploi et chômage ; cho=chômage ; avp = AVPF ; e\_m=emploi et maladie ; mal=maladie ; i\_a = invalidité et autre report ; inv = invalidité ; aut=autre trimestre ; abs=aucun trimestre.

[130] L'étude des carrières moyennes des inaptes ex-invalides et des autres retraités pour inaptitude met en lumière une certaine hétérogénéité, avec des niveaux d'emploi plus élevés en cours de carrière entre 20 et 45 ans pour les ex-invalides que pour les inaptes ainsi qu'une plus forte proportion d'arrêts pour maladie pour les ex-invalides. En termes de complétude de carrière une différence importante résulte de la **validation de droits à retraite après 50 ans au titre de l'invalidité, alors que la population des autres retraités pour inaptitude voit l'acquisition de droits à retraite devenir de plus en plus marginale au fur et à mesure de l'avancée en âge**, avec une claire accélération de cette tendance à compter de 45 ans. A ce titre, les taux d'emploi de la population des autres retraités pour inaptitude sont par construction influencés par la situation particulière des bénéficiaires de l'AAH, dont le niveau d'emploi est très limité sur l'ensemble de la carrière. En moyenne de 17,5 %<sup>64</sup>, ce taux est de 22,5 % entre 25 et 49 ans, avant de diminuer, à 10 %, sur la tranche d'âge 50-64 ans. Inversement, on constate certaines similitudes dans la carrière de ces populations d'inaptes, ex-invalides ou non, notamment la proportion très significative de bénéfice de l'AVPF pour les femmes.

#### 2.1.5 Une répartition des retraités pour inaptitude en fonction des secteurs d'activité qui ne fait pas apparaître une concentration majeure dans certaines branches ni de déformation substantielle par rapport à la répartition de l'emploi

[131] **Une étude non publiée de la CNAV de septembre 2022<sup>65</sup> permet de disposer d'un aperçu des principaux secteurs d'activité dont sont issus les nouveaux retraités de 2019 pour inaptitude**, ex-invalides d'une part, autres retraités pour inaptitude de l'autre. Cette étude est annexée en pièce jointe n°1 au présent rapport.

[132] Ce travail repose sur une analyse des secteurs d'activité connus dans la base retraite, en retenant le premier niveau de la nomenclature d'activités française (NAF) de l'INSEE, qui comporte 21 secteurs d'activité. Il établit des comparaisons avec les répartitions des départs en retraite de pensionnés au titre de la durée de cotisation, qui représentent la catégorie de départs en retraite la plus importante en nombre. L'étude de la CNAV repose sur un périmètre de retraités pour inaptitude ayant eu au moins une partie de leur trajectoire professionnelle au régime général, qu'ils aient ou non achevé leur carrière au régime général : le secteur renseigné est celui de la dernière activité exercée, qui peut donc relever ou non du régime général (les secteurs des administrations publiques ou de la santé humaine et de l'action sociale sont ainsi largement représentés, par exemple).

[133] Une des limites des données exploitées par l'étude concerne l'incomplétude des informations renseignées. Si le niveau de remplissage est élevé pour le dernier secteur d'activité pour les inaptes ex-invalides (10 % du fichier seulement n'étant pas renseigné<sup>66</sup>), cela est beaucoup moins le cas pour les autres retraités pour inaptitude, hommes (27,5 %) mais surtout

<sup>64</sup> DREES, « Minima sociaux et prestations sociales », Edition 2022, Fiche 19 : L'emploi des bénéficiaires de minima sociaux, p. 164.

<sup>65</sup> CNAV, « Note complémentaire : La retraite au titre de l'inaptitude au travail au régime général, évolutions 2010-2019 et caractéristiques des nouveaux retraités de 2019 selon la caisse de liquidation et le secteur d'activité », référence : 2022- 046, 1<sup>er</sup> septembre 2022.

<sup>66</sup> Soit un niveau inférieur à celui observé pour les départs en retraite au titre de la durée de cotisation.

pour les femmes (37,5 %), ce qui fragilise les conclusions que l'on peut tirer de l'étude pour cette deuxième catégorie.

[134] **Les principaux enseignements de cette analyse sectorielle sont les suivants :**

- pour les hommes inaptes ex-invalides, les principaux secteurs d'activité dont ils sont issus sont :
  - au premier rang, l'industrie manufacturière, avec une légère surreprésentation (20 % des départs) par rapport au poids qu'a ce secteur dans les départs en retraite au titre de la durée de cotisation (17 %). Au sein de l'industrie manufacturière, l'industrie alimentaire et la fabrication de métaux sont particulièrement représentées ;
  - au deuxième rang, le commerce et la réparation automobile et de cycles ainsi que la construction, dans des proportions pour ce dernier secteur bien plus élevées qu'au sein des départs en retraite au titre de la durée de cotisation ;
  - ensuite, et avant quelques secteurs plus marginaux en proportion, l'administration publique (avec une surreprésentation par rapport aux retraites au titre de la durée de cotisation) et les activités de service administratif et de soutien ;
- parmi les femmes inaptes ex-invalides :
  - plus du quart d'entre elles sont issues du secteur de la santé humaine et de l'action sociale, mais dans des proportions assez peu différentes de celles constatées pour les pensionnées au titre de la durée de cotisation (27 % contre 23 %) ;
  - les autres secteurs d'activité fortement représentés (entre 10 % et 15 %) sont l'administration publique, le commerce et la réparation d'automobiles et de cycles, les activités de service administratif et de soutien ainsi que l'industrie manufacturière. Le poids de ces quatre secteurs ne constitue pas une spécificité au regard des taux observés pour les départs en retraite au titre de la durée de cotisation ;
- pour les autres retraités pour inaptitude, et s'il convient d'être prudent au regard des niveaux élevés de non-renseignement de cette donnée :
  - les trois principaux secteurs sont communs aux femmes comme aux hommes : activités de service administratif et de soutien (et notamment intérim pour les hommes et nettoyage courant des bâtiments pour les femmes), administration publique, santé humaine et action sociale. La construction complète ce panorama des principaux secteurs d'activité, pour les seuls hommes ;
  - on constate dans ces quatre secteurs pour les hommes une surreprésentation par rapport à leur poids dans les départs en retraite au titre de la durée de cotisation. C'est également le cas pour les femmes dans l'administration publique et les activités de service administratif et de soutien.

### 2.1.6 Des montants de pension tous régimes faibles, de manière encore plus accentuée pour les inaptes hors ex-invalides

[135] L'étude précitée de la CNAV de juin 2022<sup>67</sup> présente des montants de pension comparés, pour les assurés partis en retraite en 2019, entre bénéficiaires d'une pension normale et d'une

---

<sup>67</sup> « La retraite au titre de l'inaptitude au travail au régime général : évolutions 2010- 2019 et caractéristiques des nouveaux retraités 2019 », Etude CNAV 2022-031 du 10 juin 2022.

pension pour inaptitude (en distinguant en leur sein les ex-invalides et les autres retraités pour inaptitude). Ces données incluent les pensions versées à l'assuré dans l'ensemble de ses régimes d'affiliation en cours de carrière.

[136] La pension normale tous régimes est largement supérieure à celle d'un pensionné ex-invalidé : la pension d'un ex-invalidé tous régimes confondus représente 77 % de celle d'un bénéficiaire d'une pension normale. Les autres pensionnés au titre de l'inaptitude perçoivent pour leur part une pension moyenne équivalant à 70 % d'une pension normale de retraite. Les écarts entre hommes et femmes sont plus marqués au sein de la catégorie des ex-invalides que de celle des autres pensionnés partis en retraite au titre de l'inaptitude.

Tableau 3 : Montant de pension tous régimes mensuel moyen dans le flux des départs en retraite pour 2019 (en euros 2017)

	Hommes	Femmes	Ensemble
<b>Pensions normales</b>	2692	1906	<b>2269</b>
<b>Pensions inaptés hors ex-invalides</b>	1585	1571	<b>1577</b>
<b>Pensions ex-invalides</b>	1826	1696	<b>1753</b>
<b>Ensemble</b>	<b>2541</b>	<b>1857</b>	<b>2168</b>

Source : « La retraite au titre de l'inaptitude au travail au régime général : évolutions 2010- 2019 et caractéristiques des nouveaux retraités 2019 », Etude CNAV 2022-031 du 10 juin 2022. Base retraités 2004-2019. Champ : flux exhaustif de droit propre 2019, liquidations au 31 décembre 2020. Remarque : le montant de la pension tous régimes comprend l'ensemble des pensions de droits propres de base et complémentaire, éventuellement portées au minimum contributif et les avantages complémentaires, en particulier la majoration de 10 % pour les parents.

## 2.2 L'appareil statistique ne permet pas de distinguer les trois catégories de retraités pour inaptitude hors invalidité

[137] **Les données disponibles et qui font l'objet des publications précitées présentent des limites importantes en termes de granularité de l'information fournie.** Les statistiques de la CNAV (retracées notamment annuellement dans le REPSS retraites annexé au PLFSS) :

- distinguent certes les retraites dont bénéficient les anciens titulaires de pensions d'invalidité et les autres types de retraites pour inaptitude ;
- mais agglomèrent au sein de la catégorie des retraites pour inaptitude hors ex-invalides : les ex-AAH, les personnes à qui a été reconnue une incapacité de plus de 50 % par la MDPH et les bénéficiaires de la procédure de reconnaissance par le médecin-conseil de l'assurance maladie.

[138] **Un des objectifs majeurs poursuivis par la mission a consisté à apporter, dans la mesure du possible, un degré de granularité supplémentaire afin de mieux connaître les spécificités des trois catégories précitées de pensionnés pour inaptitude, hors ex-invalides.**

[139] En complément des études déjà citées, la mission a mobilisé un certain nombre de données auprès des organismes nationaux comme locaux rencontrés.

[140] La difficulté principale consistait à pouvoir faire produire des données équivalentes à celles établies régulièrement par la CNAV sur le périmètre global des inaptés hors ex-invalides en

distinguant la part des départs de bénéficiaires de l'AAH, de personnes en situation de handicap reconnu supérieur à 50 % et d'assurés recourant à la procédure médicale.

[141] **La mission s'est appuyée, pour compléter les données déjà disponibles, sur différentes sources :**

- l'exploitation des données statistiques des différentes branches :
  - s'agissant de la branche maladie, la direction déléguée aux opérations (DDO) de la CNAM qui pilote l'activité du service médical a fourni, ainsi que les trois directions régionales du service médical métropolitaines rencontrées, les données du contrôle médical en matière d'activité (nombre de dossiers traités, pourcentage de rejet, pour certaines régions taux de recours devant la commission médicale de recours amiable ...) et de profil des assurés (avec codage de leurs pathologies, la part des bénéficiaires d'affection de longue durée - ALD). N'ont pu être mobilisés, faute de suivi de la donnée au sein du réseau, les délais de traitement des dossiers par les échelons locaux du service médical (ELSM). En outre, en l'absence de pratique par la caisse nationale comme en local, la mission n'a pu bénéficier d'analyses issues de croisement des sources du service médical (provenant du SI Hippocrate des DRSM) et statistiques de consommation de soins et d'arrêts maladie (provenant du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie - SNIIRAM) ;
  - la **CNAF** ainsi que les CAF visitées ont transmis des données par âge ou tranche d'âge sur les bénéficiaires de l'AAH de plus de 60 ans, avec des distinctions entre allocataires en emploi et sans emploi, entre AAH 1 et AAH 2, isolant les bénéficiaires de l'AAH différentielle à compter de 62 ans...
  - la **CNAV** a fourni des éléments cruciaux pour permettre de distinguer les motifs de départs pour inaptitude hors ex-invalides. En réponse aux demandes de la mission, la DSPR a produit une restitution statistique de l'ensemble des dossiers d'inaptitude hors invalidité liquidés en 2020 au sein de la CARSAT des Hauts-de-France (parmi les 12 300 assurés partis en retraite pour inaptitude en 2020 au sein de cette caisse)<sup>68</sup>. Du fait des limites du système d'information décisionnel de la branche, cette exploitation n'a permis de distinguer que les ex-AAH d'une part et les autres inaptes hors ex-invalides d'autre part. Bien que renseignée par les techniciens retraites dans l'OR, l'information du départ via la procédure médicale ne peut être exploitée dans les remontées statistiques. Il n'a ainsi pas été possible de séparer dans l'analyse les inaptes via la procédure médicale des personnes dont le taux d'IP reconnu par la MDPH est supérieur à 50 %. Comme développé *infra*, au 2.3., les inaptes via la procédure médicale représentent cependant vraisemblablement l'immense majorité des inaptes hors ex-AAH et ex-invalides.

Malgré cette limite, l'analyse permet de disposer de données inédites, pour les deux grandes catégories mentionnées, sur l'âge du premier report, la durée d'assurance validée, la composition de cette durée d'assurance (dont la durée d'assurance cotisée), l'âge de départ en retraite et les montants de pensions versés. Les principaux enseignements de cette étude, reproduite en Pièce Jointe n° 2 au rapport, sont synthétisés au 2.3.1. *infra*.
- les **MDPH** rencontrées, ainsi que la CNSA, ont été sollicitées pour apporter un éclairage sur les volumes de bénéficiaires potentiels de la retraite pour inaptitude au titre d'une incapacité permanente supérieure à 50 % et non « captés » via le bénéfice de l'AAH. Les

<sup>68</sup> CNAV, « La retraite au titre de l'inaptitude au travail au régime général en 2020, dans la CARSAT des Hauts-de-France », étude n°2022-052-DSPR, octobre 2022, reproduite en pièce jointe n°2.

MDPH du Nord et de Paris ont apporté sur ce point un appui précieux à la réalisation des travaux de la mission. Du fait des limites actuelles du système d'information MDPH (SI MDPH) piloté par la CNSA, il n'a en revanche pas été possible de disposer de telles données à une échelle nationale ;

- enfin, certains des **SPSTI** rencontrés au sein des trois régions visitées ont pu apporter des éléments relatifs la volumétrie des licenciements pour inaptitude sur des tranches d'âge proches des 62 ans, avec toutes les limites des liens pouvant être faits entre licenciement pour inaptitude et départ en retraite au titre de l'inaptitude, du fait de la quasi-absence d'information sur le dispositif de retraite par les médecins du travail et leurs équipes, sauf exceptions.

[142] **S'agissant de la commande de la lettre de mission portant sur l'espérance de vie des trois sous-catégories d'inaptes hors ex-invalides**, il ressort des échanges menés par la mission avec la DREES comme avec la direction en charge des statistiques de la CNAV qu'une telle étude ne pouvait être menée dans des délais compatibles avec le temps de réalisation de la mission. En outre, une absence de taille critique des échantillons utilisés par la DREES<sup>69</sup> était potentiellement anticipable au sein des trois sous-catégories précitées.

[143] **Les modalités d'évaluation du non-recours constituaient également un aspect de la lettre de mission méthodologiquement complexe à réaliser.** Une étude récente de la DREES sur le non-recours aux droits à retraite ne concernait que les droits non liquidés et non les « avantages » quérables liés au bénéficiaire du taux plein<sup>70</sup>. Les travaux et échanges réalisés par la mission ont confirmé l'impossibilité méthodologique de dresser une évaluation en tant que telle du taux de non recours :

- s'agissant de la procédure médicale, un tel taux ne peut être calculé, puisque cela supposerait de disposer de l'information sur la situation de tout assuré arrivant à 62 ans une année donnée au regard de l'inaptitude au travail, des conséquences sur sa santé de la poursuite de son activité actuelle et de sa capacité de travail telles que la médecine conseil de l'assurance maladie les évalue, information qui n'est par construction pas disponible puisqu'elle n'est « produite » que pour les seuls assurés requérant une pension pour inaptitude au titre de la procédure médicale. Aucune information sur l'état de santé des cohortes arrivant à 62 ans mobilisables par ailleurs (état de santé déclaré dans le cadre de l'enquête Motivations de départs, données de consommation de soins ou d'arrêts de travail de l'assurance maladie, etc.) ne peut d'une quelconque manière éclairer une telle approche. Il est cependant possible de s'interroger, mais sans pouvoir en inférer un taux de recours, sur les variations du simple au double entre régions du rapport entre demandes de reconnaissance d'inaptitude par la médecine conseil et population des 60-64 ans, qui peuvent difficilement s'expliquer intégralement par des différences territoriales d'état de santé (point développé *infra* au 3.1.4.) ;
- s'agissant des personnes en situation de handicap dont le taux d'IP est supérieur à 50 % et non bénéficiaires de l'AAH, il apparaît délicat d'établir un taux de recours dans l'absolu. En effet, au-delà des bénéficiaires de la CMI-i non bénéficiaires de l'AAH, dont le taux d'IP est reconnu supérieur à 80 % (puisque c'est une condition de délivrance de la carte), la CMI-p ainsi que le bénéfice de la PCH pour les non-AAH ne donnent qu'un indice de fragilité

<sup>69</sup> Au sein de l'échantillon inter-régimes de retraités (EIR).

<sup>70</sup> DREES « Non-recours : à 70 ans, un tiers des assurés n'ont pas fait valoir tous leurs droits à retraite », Etudes et résultats n°1124, septembre 2019.

pouvant permettre d'envisager une reconnaissance d'inaptitude par le médecin-conseil, mais celle-ci ne peut être présumée sur ce seul fondement (le taux d'IP n'est en effet pas systématiquement évalué par les MDPH, cf. *infra* au 3.5.). Enfin, à ce stade, en l'état du déploiement du SI MDPH par la CNSA, le nombre de ces personnes est mal connu au niveau local comme national, ce qui rend encore plus délicate l'évaluation du non-recours. Un taux de recours ne peut ainsi être établi sur ce sous-ensemble des personnes en situation de handicap dont le taux d'IP est supérieur à 50 % ;

- un taux de recours pourrait être établi sur le périmètre des bénéficiaires de l'AAH comme d'une pension d'invalidité, à 62 ans pour les bénéficiaires de ces prestations qui ne travaillent pas, jusqu'à potentiellement 67 ans pour les autres. Cette démarche serait en quelque sorte artificielle puisque ces publics bénéficient d'une présomption irréfragable d'inaptitude ; une substitution automatique ou à tout le moins systématique devrait être naturelle, avec un taux de recours, par construction, de 100 % ;
- enfin, il convient de rappeler que certains assurés entrant dans le champ de la retraite pour inaptitude peuvent choisir de ne pas y avoir recours dans certaines situations, bien que potentiellement parfaitement informés sur leurs droits :
  - s'ils bénéficient déjà du taux plein au titre de la durée d'assurance ;
  - s'ils peuvent ou ont pu bénéficier de dispositifs de départ anticipé plus avantageux, comme la retraite anticipée pour carrière longue, celle ouverte aux travailleurs handicapés ainsi que celle au titre de l'incapacité permanente « pénibilité 2010 » (permettant dans les trois cas un départ en retraite à taux plein avant les 62 ans).

### 2.3 Si les ex-invalides présentent des caractéristiques spécifiques, les profils des ex-AAH et des autres inaptes, notamment issus de la procédure médicale, sont proches, avec cependant des carrières plus hachées pour les ex-AAH

[147] Un certain nombre de données recueillies auprès des organismes dans le cadre des travaux de la mission permette d'apporter des éléments de granularité supplémentaire sur les volumes et les caractéristiques des trois catégories d'inaptes hors ex-invalides :

- les résultats de l'étude précitée de la CNAV sur les assurés partis en retraite pour inaptitude au sein de la région des Hauts-de-France sont présentés au point 2.31. Hors ex-invalides, ils permettent de distinguer les inaptes ex-AAH et les retraités partis pour inaptitude pour un autre motif (essentiellement les assurés reconnus inaptes via la procédure médicale dans les faits) et de préciser :
  - la volumétrie des bénéficiaires ;
  - leur profil distinctif, en termes de données de carrière comme de montants de pensions ;
- **les données nationales collectées auprès de la CNAM et de la CNAF** permettent de corroborer les résultats de l'étude de la CNAV sur les volumes de personnes partant via la procédure médicale (à travers le nombre d'examen annuels par le contrôle médical des demandes d'inaptitude) et les inaptes ex-AAH (à travers les volumes de bénéficiaires par âge, notamment la charnière des 62 / 63 ans. Ces éléments sont présentés *infra*, au 2.3.2., et confirment les volumétries issues de l'exploitation du fichier des Hauts-de-France.

### 2.3.1 Des résultats globalement proches entre inaptés ex-AAH et autres pensionnés pour inaptitude, avec cependant pour les premiers des durées cotisées moindres et un bénéficiaire plus important du MICO et de l'ASPA

[148] La CNAV a apparié le fichier des 12 300 retraités partis pour inaptitude en 2020 dans les Hauts-de-France, préalablement ventilés par la CARSAT entre les trois catégories des ex-AAH (2 400 assurés), des ex-invalides (6 100) et des autres assurés inaptés (3 800), avec la base nationale des retraités de la branche vieillesse<sup>71</sup>. Entre autres informations<sup>72</sup>, cette dernière présente, pour chaque retraité<sup>73</sup>, son profil de carrière et ses montants de pension. Cette exploitation permet de disposer, hors ex-invalides, d'éléments de connaissance des inaptés ex-AAH comme des personnes parties pour inaptitude à un autre titre.

[149] Il convient de souligner à titre liminaire :

- la présence au sein de ce public de populations résiduelles de retraités dont les pensions sont assimilées à des pensions pour inaptitude. Cela n'est pas de nature à fausser les enseignements de cette étude<sup>74</sup> ;
- la forte probabilité qu'au sein de la population des personnes partis pour inaptitude à un autre titre (hors ex-AAH et ex-invalides, donc), la part des inaptés via la procédure médicale soit très majoritaire, voire quasi-exclusive. Cette assertion repose sur les indices suivants :
  - les estimations constantes recueillies, à dire d'expert, auprès de techniciens retraites interrogés par la mission dans le cadre de ses investigations en CARSAT. Tous ont souligné la rareté du renseignement du seul motif correspondant à ce type de départs qui soit répertorié, et ce de manière lacunaire (comme évoqué *infra*, au 3.5.), dans l'OR : la « carte d'invalidité à 80 % » (dorénavant dénommée CMI-i) ;
  - l'absence totale d'information donnée sur l'inaptitude, que ce soit par les MDPH ou par d'autres organismes, comme détaillé *infra* au 3.5., aux publics pouvant en relever en raison d'un taux d'IP supérieur à 50 % au sens du handicap. Cette lacune de communication en amont des 62 ans, sur un dispositif par ailleurs méconnu (comme souligné par le panel d'usagers interrogé par la mission), ne peut que laisser présager un niveau de non-recours très important ;
  - les éléments complémentaires recueillis auprès du contrôle médical comme de la CNAF – respectivement sur les volumes d'avis favorables de reconnaissance d'inaptitude et les bénéficiaires de l'AAH à respectivement 62 et 63 ans – confirment le poids majeur des reconnaissances par la procédure médicale.

[150] Au sein de ce 2.3.1., pour la simplicité de la lecture, cet ensemble est évoqué comme celui des « autres pensionnés pour inaptitude » par opposition aux inaptés ex-AAH.

[151] S'agissant des éléments de carrière, les enseignements suivants peuvent être mis en avant :

<sup>71</sup> Les écarts entre les deux fichiers se révèlent marginaux, 99 % des assurés de la liste transmise par la CARSAT étant également présents dans la base nationale des retraités.

<sup>72</sup> Un peu plus de 1 070 données sont recensées au sein de la base pour chaque pensionné.

<sup>73</sup> Parti depuis 2003 en retraite, soit un volume à fin 2021 de 11,8 millions de retraités.

<sup>74</sup> Comme le précise la note de la CNAV, on vise ici des « Pensions assimilées, c'est-à-dire y compris les déportés ou internés politiques ou résistants, les anciens combattants et prisonniers de guerre, les mères de famille ouvrières. Ces catégories particulières correspondent à des dispositifs anciens, et donc concernent très peu de départs ».

- l'âge moyen du premier report au compte :
  - est similaire pour les inaptes ex-AAH et les autres pensionnés pour inaptitude, hommes comme femmes, à environ 19 ans ;
  - ne diverge pas fondamentalement de l'âge moyen constaté au sein de la population globale (18 ans pour les hommes, 19 ans pour les femmes) ;
  - s'écarte un peu plus substantiellement de l'âge moyen constaté pour les ex-invalides, surtout les hommes (17 ans environ) ;
- concernant la durée d'assurance validée totale :
  - très faible pour les inaptes hors ex-invalides, elle l'est encore davantage pour les ex-bénéficiaires de l'AAH, avec six trimestres de moins que les autres pensionnés pour inaptitude (28 ans contre 29,5 ans) ;
  - les femmes bénéficient d'une durée d'assurance validée totale plus élevée (de 13 trimestres au sein des inaptes ex-AAH, de 8 trimestres pour les autres pensionnés pour inaptitude), sous l'effet de l'AVPF et des MDA (cf. *infra*) ;

Tableau 4 : Durée totale validée (tous régimes, attributions de retraites pour inaptitude en 2020, CARSAT des Hauts-de-France)

		Durée validée
<b>Inaptes ex-invalides</b>	<b>Hommes</b>	172,9
	<b>Femmes</b>	183,2
	<b>Total</b>	178,3
<b>Inaptes ex- AAH</b>	<b>Hommes</b>	104,4
	<b>Femmes</b>	117,8
	<b>Total</b>	112,3
<b>Autres pensionnés pour inaptitude</b>	<b>Hommes</b>	112,6
	<b>Femmes</b>	121,2
	<b>Total</b>	118

Source : étude de la CNAV précitée. Base retraités 2004-2021. Champ : flux exhaustif de droit propre 2019, 2020 et 2021, liquidation avant le 1er janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans la CARSAT des Hauts-de-France.

- s'agissant de la composition de la durée d'assurance (les graphiques en détaillant les résultats sont retracés en pièce jointe n° 2 au rapport) :

- la part de la durée d'assurance cotisée tous régimes des inaptes ex-AAH est assez significativement inférieure à celle des autres pensionnés pour inaptitude, pour les hommes (respectivement 71,5 % et 78 %) comme pour les femmes (respectivement 35 % et 43 %). Ces résultats s'inscrivent en cohérence avec les données disponibles sur les carrières des bénéficiaires de l'AAH (37 % déclaraient en 2012 avoir connu de longues périodes d'inactivité au cours de leur vie professionnelle ou n'avoir jamais travaillé<sup>75</sup>). Ils s'expliquent notamment par un niveau de formation initiale faible (64 % ne bénéficiaient d'aucun diplôme ou seulement le BEPC en 2012, contre 26 % pour l'ensemble des 20-64 ans<sup>76</sup>), déterminant majeur des trajectoires professionnelles ;
- le nombre de trimestres cotisés tous régimes est très limité pour ces deux catégories de pensionnés, en cohérence avec les durées d'assurance totales et la part cotisée faible en leur sein, déjà évoquées :
  - 55 trimestres en moyenne pour les inaptes ex-AAH, avec des différences significatives entre hommes (75 trimestres) et femmes (42 trimestres) ;
  - 65 trimestres en moyenne pour les autres pensionnés pour inaptitude, avec là encore des écarts significatifs entre hommes (88 trimestres) et femmes (52 trimestres) ;

---

<sup>75</sup> « La situation professionnelle des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés », DARES analyses, mai 2015, n°36.

<sup>76</sup> *ibid.*

Tableau 5 : Moyenne du nombre de trimestres cotisées au régime général et au total (attributions de retraites pour inaptitude en 2020, CARSAT des Hauts-de-France)

		Durée cotisée totale	Durée cotisée RG
<b>Inaptes ex-invalides</b>	<b>Hommes</b>	126,4	121,1
	<b>Femmes</b>	101,9	98,4
	<b>Total</b>	113,6	109,3
<b>Inaptes ex-AAH</b>	<b>Hommes</b>	74,8	68,1
	<b>Femmes</b>	41,8	38,7
	<b>Total</b>	55,3	50,6
<b>Autres pensionnés pour inaptitude</b>	<b>Hommes</b>	88,2	70,4
	<b>Femmes</b>	52,0	41,8
	<b>Total</b>	65,3	52,3

Source : étude de la CNAV précitée. Base retraités 2004-2021. Champ : flux exhaustif de droit propre 2019, 2020 et 2021, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans la CARSAT des Hauts-de-France.

- la part des périodes validées au titre du chômage est élevée pour les hommes au sein de ces deux catégories (21 % pour les inaptes ex-AAH, 18 % pour les autres pensionnés pour inaptitude), deux fois moindre pour les femmes (soit respectivement 11 % et 10 %), sans doute sous l'effet de l'importance des droits familiaux de retraite au titre de ces périodes sans emploi ;
- la part des droits familiaux (AVPF et majorations de durée d'assurance) est très élevée pour les femmes inaptes ex-AAH (49 %) comme pour les autres pensionnées pour inaptitude (45 %), notamment au regard des femmes ex-invalides (19 %) ;
- subsidiairement, on peut noter que les inaptes ex-AAH bénéficient d'une composante qui n'est pas totalement négligeable de durée d'assurance au titre de l'invalidité (3 % pour les femmes comme pour les hommes)<sup>77</sup> ;
- s'agissant de l'âge moyen de départ en retraite, il est le même entre hommes et femmes dans les deux groupes. Sans surprise, il est quasiment équivalent à 62 ans pour les inaptes ex-AAH, en cohérence avec la règle de « substitution automatique » intervenant à cet âge. Il est très largement supérieur à 62 ans (62,4 ans) pour les autres pensionnés pour inaptitude, que ce décalage soit lié aux délais nécessaires à l'accomplissement de la procédure de reconnaissance par la médecine conseil ou à un accès à l'information sur ce dispositif trop tardif pour avoir pu partir exactement à 62 ans.

[152] **S'agissant des montants de pension versés au régime général, l'étude permet de dresser les constats suivants :**

- des niveaux de pension deux fois plus élevés pour les inaptes ex-invalides que pour les autres inaptes;

<sup>77</sup> Les pensionnés d'invalidité pouvant avoir intérêt à demander le bénéfice de l'AAH, celle-ci étant d'un montant supérieur (957 euros) à celui du minimum social complétant les pensions d'invalidité pour les foyers à faibles ressources, l'allocation supplémentaire d'invalidité (847 euros) et ces deux prestations pouvant être cumulées.

- La pensions moyenne des femmes inaptés ex-AAH est légèrement supérieure à celle des hommes. Pour les autres pensionnés pour inaptitude, le montant est strictement égal entre femmes et hommes.

[153] S'agissant de la part des bénéficiaires du MICO et de l'ASPA, l'étude permet de dresser les constats suivants :

- concernant le MICO :
  - des parts très élevées de nouveaux retraités en bénéficiant, pour les inaptés ex-AAH (71 %) comme, à un degré moindre, pour les autres pensionnés pour inaptitude (64 %), notamment en comparaison des inaptés ex-invalides (36 %) et surtout des bénéficiaires d'une pension normale (12 % en 2019) ;
  - des divergences moins marquées entre femmes et hommes pour ces deux catégories (de 4 points pour les inaptés ex-AAH et de 13 points pour les autres pensionnés pour inaptitude) que pour les inaptés ex-invalides (24 points) ;
- concernant l'ASPA :
  - la part des bénéficiaires est beaucoup plus élevée pour les inaptés ex-AAH (53 %) et, à un degré moindre, pour les autres pensionnés pour inaptitude (41,5 %) que pour les inaptés ex-invalides (10 %) ;
  - au sein des inaptés ex-AAH et des autres pensionnés pour inaptitude, la proportion de bénéficiaires est plus importante pour les hommes que pour les femmes.

Tableau 6 : Effectif et part des nouveaux retraités qui bénéficient du MICO ou de l'ASPA (attributions de retraites pour inaptitude en 2020, CARSAT des Hauts-de-France)

		Part MICO	Part ASPA
<b>Inaptés ex-invalides</b>	<b>Hommes</b>	23,8 %	10,5 %
	<b>Femmes</b>	47,9 %	9 %
	<b>Total</b>	36,3 %	9,7 %
<b>Inaptés ex-AAH</b>	<b>Hommes</b>	68,6 %	58,5 %
	<b>Femmes</b>	72,4 %	49,5 %
	<b>Total</b>	70,9 %	53,2 %
<b>Autres pensionnés pour inaptitude</b>	<b>Hommes</b>	55,9 %	49,7 %
	<b>Femmes</b>	68,7 %	36,7 %
	<b>Total</b>	63,9 %	41,5 %
<b>Total</b>		51,6 %	28 %

Source : étude CNAV précitée. Base retraités 2004-2021. Champ : Flux exhaustif de droit propre 2019, 2020 et 2021, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans la CARSAT des Hauts-de-France.

[154] Au bilan, l'étude de la CNAV souligne la proximité des profils des inaptés ex-AAH et des autres pensionnés pour inaptitude en termes de carrière et de niveau de pension. Implicitement, elle apporte des éléments de justification du principe même de l'existence de la procédure médicale. Cette voie de reconnaissance « rattrape » ainsi des assurés ayant eu de lourdes difficultés sociales dans leur parcours (au-delà de leurs difficultés de santé et souvent en conséquence de celles-ci), en visant à compenser ces carrières heurtées par l'accès anticipé au taux plein, au MICO et à l'ASPA.

### 2.3.2 Des données du contrôle médical et de la CNAF qui confirment les ordres de grandeur des effectifs d'inaptes ex-AAH et d'autres pensionnés pour inaptitude

[155] **Les données de la CNAV issues du fichier de la CARSAT des Hauts-de-France font état d'une répartition**, au sein de la population des inaptes hors ex-invalides, **de l'ordre de 40 / 60 entre les inaptes ex-AAH d'une part et les autres pensionnés pour inaptitude d'autre part**, *a priori* donc très majoritairement des inaptes reconnus via la procédure médicale.

[156] **La mission a complété cette analyse avec les données nationales du contrôle médical et celles de la CNAF** sur les bénéficiaires de l'AAH afin de tenter d'apporter des éléments de confirmation :

- au niveau national de ces résultats établis sur la base du fichier d'une seule caisse de retraite ;
- de l'hypothèse précitée d'une prédominance des inaptes via la procédure médicale au sein des inaptes n'étant ni ex-invalides ni ex-AAH.

[157] A cette fin, la mission a rapporté les données collectées auprès de la CNAM comme de la CNAF pour l'année 2019<sup>78</sup> aux 49 300 départs pour inaptitude hors ex-invalides constatés au régime général en 2019<sup>79</sup>. Au titre de ce même exercice, on enregistre 32 100 avis favorables du contrôle médical au régime général<sup>80</sup>. S'agissant des bénéficiaires de l'AAH :

- on observe une discontinuité très marquée dans la volumétrie des allocataires en activité, avec une division par 4 du nombre de bénéficiaires entre les 61 (3 000) et 62 ans (750)<sup>81</sup> ;
- on constate une discontinuité également marquée dans les fichiers de la CNAF, entre les allocataires sans activité de 61 (33 650) et 62 ans (13 350), cet écart de 20 000 bénéficiaires à cet âge étant également constaté en 2020 comme en 2021. A compter de 62 ans demeurent essentiellement dans les fichiers de la CNAF des bénéficiaires de l'AAH différentielle.

[158] Ces ruptures observées à l'atteinte des 62 ans (d'environ 22 000 allocataires) illustrent les ordres de grandeur de la bascule, à cet âge, vers la retraite pour inaptitude des bénéficiaires de l'AAH.

[159] **L'exploitation de ces deux sources confirme ainsi la répartition 40 / 60 entre inaptes ex-AAH et autres pensionnés pour inaptitude** observée dans l'étude de la CNAV sur le fichier des Hauts-de-France. Elle corrobore également implicitement que l'immense majorité des inaptes n'étant ni ex-AAH ni ex-invalides bénéficient de la retraite pour inaptitude via la procédure médicale.

[160] A ce titre, la catégorie juridique des inaptes au titre d'une reconnaissance de taux d'IP supérieur à 50 % par la MDPH apparaît assez largement aujourd'hui comme une « coquille vide ». Le manque de clarté et le caractère strict des règles sur les justificatifs mobilisables ainsi que l'absence de communication sur le dispositif, comme évoqué *infra*, au 3.4. et au 3.5., contribuent

<sup>78</sup> Donc antérieures à la LFSS pour 2020, dont les conséquences sur les effectifs de bénéficiaires de l'AAH aux âges supérieurs à 62 ans sont développées au 3.3.

<sup>79</sup> Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) : fiche éclairage « La retraite pour inaptitude », septembre 2022.

<sup>80</sup> Au titre de demandes de droits propres.

<sup>81</sup> Cette division par un facteur de 3 ou 4 entre les 61 et les 62 ans se constatant en 2019 comme pour l'ensemble des années récentes.

puissamment à cet état de fait. Cela n'induit pas en soi que le non-recours soit total, puisqu'une certaine part des personnes en situation de handicap concernées pourrait potentiellement partir en retraite pour inaptitude via la procédure médicale – cette proportion est cependant délicate à estimer. Il n'en demeure pas moins qu'un tel constat souligne que les organismes dans le champ de la retraite comme du handicap ne se sont pas réellement emparés du chantier de la mise en œuvre de ce dispositif.

## 2.4 Interrogé par la mission, un panel de retraités pour inaptitude a confirmé la complexité des procédures et la mauvaise compréhension par les assurés du dispositif

[161] L'accès aux retraites pour inaptitude est complexe et demande aux assurés des démarches qui peuvent être difficiles pour certains d'entre eux, qui rencontrent des problèmes de santé et/ou sont contraints par d'autres facteurs limitant leur autonomie (situation de handicap, mauvaise maîtrise de la langue française ou des outils numériques, tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice). Cette situation est susceptible de limiter l'accès au droit et de générer des situations de non-recours ou de retards dans l'accès à la pension de retraite.

[162] La mission a donc jugé opportun de prendre l'avis de personnes qui venaient, récemment, d'entrer en retraite par la voie de l'inaptitude, tant pour constater les difficultés qu'elles auraient pu rencontrer dans leurs démarches que pour recueillir leurs propositions de simplification du dispositif et, plus généralement, évaluer leur ressenti sur ce moment important de leur parcours, correspondant à un changement de statut.

[163] La méthodologie et les enseignements de l'audition par la mission de ce panel de retraités pour inaptitude sont présentés en annexe II. Les principaux éléments de réflexion sont les suivants :

- **Avant le passage en retraite**

[164] Pour beaucoup des personnes auditionnées, l'émergence de problèmes de santé, alors qu'ils étaient des travailleurs seniors en activité, a constitué le début du processus de passage en retraite.

[165] Or celui-ci a souvent été marqué par la conflictualité : contestation de stratégies de mise à l'écart voire de harcèlement moral (ou en tout cas ressentis comme tels) par la direction des ressources humaines de l'entreprise, incompréhension de la décision de mise en inaptitude au poste de travail par le médecin du travail, inquiétude vis-à-vis des décisions du médecin-conseil de l'assurance maladie quant à la mise en invalidité, le contrôle des indemnités journalières, la reprise du travail... Ces événements ont constitué pour plusieurs des personnes rencontrées des traumatismes parfois durables (cas d'un contentieux, par exemple, non encore résolu, relatif à une faute inexcusable de l'employeur).

[166] On rencontre une ambivalence dans la relation vis-à-vis du travail : une partie du panel aurait souhaité continuer à travailler s'il n'y avait pas eu de problème de santé (ou souhaite même aujourd'hui conserver une petite activité, dans un secteur différent de celui de la fin de carrière, en cumul emploi-retraite) ; une autre partie a vécu comme un soulagement l'éloignement d'un environnement jugé toxique (au plan des relations humaines) ou nocif (au plan de la santé).

- **Orientation vers le dispositif**

[167] Elle s'est faite par des canaux multiples : information par des proches, qui étaient passés par le même type de situation ; information par les assistantes sociales (CAF, conseil départemental, CCAS, service social de la CPAM, ADAPEI pour le cas d'un bénéficiaire de l'AAH) ; information donnée par un médecin-conseil ; suite logique d'une mise en invalidité et d'une radiation des cadres pour un personnel soignant de la fonction publique hospitalière, orienté par le service des ressources humaines de son établissement pour faire valoir ses droits de début de carrière au régime général. Hors de ces cas, c'est le contact avec les agents de la CARSAT – et l'énoncé des difficultés de santé – qui a conduit à solliciter la reconnaissance de l'inaptitude.

### ● Compréhension du dispositif

[168] Aucune personne interrogée n'a été capable de présenter clairement le dispositif, hors du principe de départ dès l'âge légal :

- plusieurs ont confondu l'inaptitude au poste de travail qu'a prononcée le médecin du travail avec la décision du contrôle médical et pensent que la première était le fait générateur de leur « mise en retraite » (le terme utilisé indique la confusion). Ceci est d'autant plus explicable qu'ils n'ont dans la plupart des cas pas vu de médecin-conseil de l'assurance maladie et que la chronologie de leur fin de parcours professionnel est parfois confuse ;
- la notion de taux plein n'est généralement pas comprise :
  - le taux plein est l'absence d'application d'une décote mais le montant de celle-ci est ignoré ;
  - plusieurs personnes ont évoqué l'idée d'avoir pu bénéficier de « tous les trimestres » (sans toujours comprendre que le coefficient de proratisation s'était appliqué) ;
  - l'arbitrage qu'auraient pu faire certains d'entre eux de ne pas partir en retraite pour rester indemnisé en IJ maladie ou allocation chômage (et ainsi acquérir des périodes validées) ne leur a pas été présenté ou n'était pas connu. Une personne, à qui il manquait quatre trimestres, a découvert cette règle lors de l'entretien et a fait part à la mission de ses regrets qu'elle ne lui ait pas été présentée.
- en revanche, de nombreuses personnes du panel ont compris l'intérêt du bénéfice de l'ASPA, dont plusieurs sont de fait allocataires. Pour le bénéficiaire de l'AAH présent, qui n'avait pas de trimestres cotisés, le passage de l'AAH à l'ASPA n'a en pratique rien changé.

### ● Demande et liquidation de la retraite

[169] Ce que ces échanges ont pu mettre en lumière, c'est qu'une fois le diagnostic établi de l'éligibilité à la mesure (par un médecin, une assistante sociale, un technicien retraites), les personnes ont été « prises en main » (à leur satisfaction) jusqu'au bénéfice effectif de la mesure. Avant la demande, beaucoup ont dû ou ont eu le sentiment de devoir « se battre » (contre un employeur, contre un médecin du travail, contre une caisse) ; après la demande, la relation à l'administration est à la fois plus apaisée et plus passive.

[170] De l'avis quasi-général, le passage en retraite (au sens du traitement du dossier par la CARSAT) s'est plutôt fait sans difficulté : une fois le dossier complet, il a été rapidement et efficacement traité. Ce dossier a pu dans certains cas être constitué par un tiers (une assistante sociale, le technicien retraites...) mais il n'est pas jugé en soi complexe. Seuls ont été évoqués :

- des retards liés à des dossiers incomplets (manque d'un cachet du médecin traitant, par exemple) ;
- des difficultés d'accès à la CARSAT (par contact téléphonique ou rendez-vous physique) ou des informations jugées, dans un cas évoqué, partielles voire erronées ;
- deux cas de liquidation retardée de l'ASPA (le dossier ayant été constitué avec retard par l'assuré).

[171] Plusieurs personnes ont indiqué avoir effectué leur demande à 62 ans passés, faute d'orientation plus précoce vers le dispositif.

### ● **Après la liquidation, en retraite**

[172] Les sentiments, ambivalents, vis-à-vis de la retraite n'ont pas paru à la mission sensiblement différents de ceux éprouvés par les autres retraités : des regrets en raison de la perte des liens sociaux, de la baisse du niveau de vie ou du souhait avorté de continuer à exercer une activité pour une part, la satisfaction de « tourner la page », de bénéficier de temps pour soi, sa famille, des activités bénévoles d'autre part.

[173] Au regard des pistes d'amélioration du dispositif, le besoin d'une information fiable, intelligible et directe (en face-à-face ou par téléphone de préférence à des courriers papier ou électroniques) et d'un suivi médical et professionnel en fin de carrière ont été les deux points les plus évoqués. Les règles en matière de cumul emploi-retraite (ou ASPA) ont également été mentionnées à plusieurs reprises. Le paradoxe n'est qu'apparent : pour inaptés qu'ils aient été reconnus, nombre des retraités rencontrés, qui ont exercé des métiers physiques ou pénibles, estiment pouvoir exercer des activités moins exigeantes (en quantité de travail et en intensité physique).

## **3 Si la transition vers la retraite des invalides est aisée, des processus de gestion peu efficaces (pour les personnes handicapées et pour la procédure médicale) peuvent être observés, au prix d'une difficulté d'accès aux droits pour certains publics**

### **3.1 La procédure de reconnaissance repose sur des outils lacunaires et manque d'un pilotage fort sans engendrer néanmoins de dysfonctionnements majeurs**

[161] Pour les assurés qui ne se sont pas vu reconnaître préalablement un taux d'incapacité supérieur à 50 %, **l'inaptitude au travail peut être constatée par le médecin-conseil au moment du départ à la retraite.**

[162] **La gestion éclatée entre branches du dispositif de retraite pour inaptitude via la procédure médicale est la conséquence d'une réglementation qui a perduré en dépit de la modification de la gestion des risques sociaux.** Lorsque la retraite anticipée pour inaptitude a été instaurée en 1945<sup>82</sup>, les gestions de l'assurance vieillesse et de l'assurance maladie étaient réunies au sein d'une caisse unique, et ce jusqu'en 1967 et la création de la CNAVTS. Depuis, la

---

<sup>82</sup> Le décret du 29 décembre 1945 reprend les critères médicaux très exigeants qui figuraient dans la circulaire du régime de Vichy du 18 juin 1941, en application de la loi du 14 mars 1941 (cf. Catherine Omnès, Hommes et femmes face à la retraite pour inaptitude de 1945 à aujourd'hui, Retraite et société 2006/3, N° 49).

procédure de reconnaissance médicale de l'inaptitude en vue d'un départ à la retraite requiert la collaboration étroite de deux acteurs : la CNAV et son réseau n'ayant pas de médecins-conseils pour apprécier l'inaptitude, c'est au service médical de la CNAM qu'il incombe de réaliser cette évaluation.

[163] En 2021, 31 110 personnes ont été reconnues inaptes par cette procédure et ont bénéficié à ce titre de la liquidation de leur pension de retraite à taux plein.

### 3.1.1 Un processus très encadré règlementairement et des pratiques désuètes et peu performantes, qui n'ont pas été modernisées

#### 3.1.1.1 Une procédure fondée sur la transmission d'informations médicales au médecin-conseil par le médecin traitant et, exceptionnellement en pratique, par le médecin du travail

[164] La procédure médicale de reconnaissance de l'inaptitude au travail permettant de bénéficier d'un départ en retraite au titre de l'inaptitude est détaillée à l'article R. 351-22 du CSS. La caisse chargée de la liquidation des prestations vieillesse apprécie l'inaptitude au travail, sur avis du médecin-conseil de l'assurance maladie. Deux rapports médicaux doivent être joints à la demande : le premier relève du médecin traitant et le second du médecin du travail :

- le **rapport du médecin traitant** décrit l'état de santé de l'assuré et formule un avis sur le « degré d'incapacité de travail de celui-ci ». Ce rapport prend la forme d'un formulaire CERFA<sup>83</sup> dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. L'assuré doit également y renseigner des informations administratives le concernant telles que les activités professionnelles exercées tout au long de sa vie ;
- le **rapport du médecin du travail** compétent pour les assurés en activité relevant de la médecine du travail, sous la forme d'un formulaire CERFA distinct<sup>84</sup> qui en plus de la description de l'état pathologique du patient doit mentionner les « exigences particulières du poste et des conditions de travail de l'intéressé qui sont de nature à comporter un risque grave pour sa santé » et l'avis du médecin du travail sur l'inaptitude au travail.

[165] **Le recours à l'expression « médecin traitant » peut prêter à confusion** car elle ne renvoie pas au « médecin traitant » créé par la loi du 13 août 2004 en vue de favoriser le parcours de soins coordonnés<sup>85</sup>. Cette loi étant postérieure à la réglementation relative à la procédure médicale de reconnaissance de l'inaptitude, l'expression « médecin traitant » désigne ici tout médecin (généraliste ou spécialiste, y compris hospitalier) prenant en charge le patient.

[166] **Ces deux documents sont placés sous enveloppe fermée portant la mention « confidentiel » à destination du médecin-conseil chargé du contrôle médical**, et joints à la demande de retraite anticipée adressée à la caisse de retraite. La caisse de retraite doit ensuite faire parvenir ces enveloppes fermées aux services administratifs de l'échelon régional du service médical (ERSM) qui les fait suivre aux échelons locaux du service médical (ELSM) compétents où les éléments médicaux seront examinés par un médecin-conseil.

---

<sup>83</sup> Cerfa n° 60.3510 « Rapport médical d'inaptitude au travail »

<sup>84</sup> Cerfa n° 60.3349 « Inaptitude des assurés du régime général »

<sup>85</sup> Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

[167] **Sur la base de ces documents, le médecin-conseil émet un avis** favorable ou défavorable sur la reconnaissance de l'inaptitude au travail, qui est transmis à la caisse de retraite. Cette dernière fait parvenir à l'assuré la décision portant sur l'attribution de la pension de retraite au titre de l'inaptitude, la caisse de retraite étant liée pour la dimension médicale par l'avis du médecin-conseil.

[168] **Cette procédure est encadrée par des délais** : le silence gardé plus de 4 mois à compter de la date de réception d'une demande complète par la CARSAT vaut décision implicite de rejet. À l'intérieur de ce délai de 4 mois, la consigne nationale adressée au réseau assigne au contrôle médical un délai d'un mois à compter de la transmission des documents médicaux par la CARSAT pour se prononcer sur l'inaptitude.

[169] Le formulaire de demande d'inaptitude permet également de demander le bénéfice de la MTP. Les conditions d'attribution de la MTP et l'inaptitude au travail sont alors évaluées conjointement par le médecin-conseil, qui rend deux avis distincts.

### 3.1.1.2 Une procédure quasi exclusivement non dématérialisée qui ne garantit pas systématiquement le respect des règles du secret médical

[170] En pratique, lorsqu'un assuré souhaite effectuer une demande de pension de vieillesse au titre de l'inaptitude, il doit remplir un imprimé de demande de retraite personnelle (format papier par la CARSAT ou sous forme dématérialisée en ligne) et un exemplaire papier du CERFA rempli par le médecin traitant, décrivant son état de santé et l'avis du médecin sur son incapacité de travail. Ce document est divisé en trois parties :

- une partie concerne les renseignements administratifs et de carrière (emplois exercés tout au long de la vie) renseignés par l'assuré ;
- une partie porte sur la description de l'état de santé de l'assuré et est réservée au médecin traitant ;
- une partie est réservée à l'avis du médecin-conseil (avis favorable ou défavorable) et à la motivation de sa décision.

[171] Si l'assuré est en activité, un CERFA supplémentaire doit lui être remis par la CARSAT, à destination du médecin du travail.

[172] L'assuré doit retourner ensuite à la caisse de retraite l'imprimé de demande de retraite (cette demande peut naturellement être formulée de manière dématérialisée par le biais de la demande unique de retraite en ligne), ainsi que, dans une enveloppe sous pli fermé « confidentiel », le ou les formulaires CERFA médicaux à l'attention du médecin-conseil. La caisse de retraite doit procéder alors à un premier examen de recevabilité administrative de la demande de retraite (conditions d'âge, régime d'affiliation, complétude de la demande).

[173] Il faut d'ores et déjà relever à ce stade le **caractère facultatif de l'avis du médecin du travail**, ce dernier ne conditionnant pas la recevabilité de la demande de retraite pour inaptitude via la procédure médicale, contrairement à l'avis du médecin traitant. Les textes prévoient en effet que si l'avis du médecin du travail n'est pas parvenu au médecin-conseil dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande d'inaptitude, le médecin-conseil statue sur la base des informations à sa disposition (article R. 351-22 du CSS).

[174] **Une fois la demande jugée recevable, la caisse de retraite doit conserver l'imprimé de demande de retraite et doit faire parvenir par voie postale l'enveloppe contenant les certificats médicaux toujours fermée à l'ERSM compétent.**

[175] **Le personnel administratif de l'ERSM doit s'assurer dans un premier temps de la recevabilité du CERFA**, en vérifiant la présence du NIR, de la date et de la signature de l'assuré, ainsi que de la signature et du cachet du médecin traitant. Si le formulaire CERFA est incomplet, le service médical doit prendre contact avec le patient et retourne le dossier à ce dernier par voie postale afin que celui-ci ou son médecin traitant complète les éléments manquants.

[176] **Le CERFA doit ensuite être numérisé** au sein du système informatique du service médical, puis le dossier est transmis à l'ELSM compétent en vue d'un examen par un médecin-conseil qui émet un avis sur l'inaptitude au travail de l'assuré. Cet avis est rendu très majoritairement sur pièces (à dire d'experts en PACA, les échelons locaux sollicités dans le cadre de la mission par l'ERSM ont mentionné un taux de convocation inférieur à 10 %). Les avis favorables doivent être motivés et le refus communiqué au médecin traitant (article R. 315-1-3 du CSS).

[177] **L'avis du médecin-conseil est transmis à la caisse de retraite** via une fiche de liaison, le CERFA contenant les informations médicales du patient devant être conservé au sein du service médical pour garantir la protection du secret médical.

[178] La caisse de retraite communique à l'assuré la décision favorable ou défavorable de liquidation de sa pension de retraite au titre de l'inaptitude.

[179] **Cette procédure repose sur des échanges très majoritairement sur supports papiers sans que des projets de simplification des échanges entre les caisses de retraite et le service médical ou entre les médecins (médecins traitants et médecins du travail) et le service médical n'aient été initiés au niveau national.** Cette organisation est source de nombreux dysfonctionnements tant du côté des caisses de retraite que du service médical :

- les envois papiers et les nombreux allers-retours sont responsables d'un allongement des délais de traitement de ces demandes ;
- les formulaires CERFA sont très inégalement remplis par les médecins traitants (alors qu'une procédure dématérialisée permettrait théoriquement de mieux cadrer les informations transmises), ce qui oblige les médecins-conseils à entrer en contact avec les médecins traitants (par téléphone ou de manière dématérialisée) pour obtenir des informations complémentaires indispensables à l'examen de la demande d'inaptitude ;
- des pertes de dossiers médicaux ont également été rapportées ;
- des violations importantes du secret médical ont par ailleurs été observées par la mission dans le cadre de ces échanges entre CARSAT et ERSM.

[180] **La mission a ainsi constaté, dans trois régions sur les quatre étudiées, des initiatives prises pour renforcer l'efficacité de traitement des dossiers, au risque d'une fragilisation du secret médical.** Différentes organisations ont été observées dans la gestion des formulaires médicaux par les CARSAT :

- au sein de l'une des CARSAT visitées, le personnel administratif décachète les enveloppes adressées au médecin-conseil (portant pourtant la mention « confidentiel »), afin de s'assurer du remplissage des champs obligatoires du CERFA. Le personnel justifie cet examen de la recevabilité administrative du CERFA par une volonté d'accélérer les délais de

traitement. En effet, les dossiers incomplets (non signés ou sans cachet du médecin) seraient systématiquement renvoyés par l'ERSM à la CARSAT, afin que cette dernière les retourne à son tour à l'assuré, pour qu'il complète les champs obligatoires et les renvoie à la CARSAT, qui doit les faire parvenir à nouveau aux ERSM ;

- dans deux autres régions, du personnel administratif de la CARSAT décachète les enveloppes contenant les formulaires médicaux et les numérise à destination des médecins-conseils.

[181] **En l'absence de cadrage national, certaines initiatives locales de formalisation de ces échanges entre CARSAT et DRSM ont parfois été mises en place**, dans le but de circonscrire cette remise en cause du respect du secret médical. Ainsi, au sein de deux régions, des conventions ont été signées entre la CARSAT et la DRSM afin que le personnel administratif en CARSAT en charge du décachetage des enveloppes soit placé « sous l'autorité du médecin-conseil » de la DRSM.

[182] Le principe du respect du secret médical irrigue les dispositions du droit de la santé publique comme du droit de la sécurité sociale :

- l'article L. 1110-4 du code de la santé publique est à ce titre essentiel : il fonde l'obligation qu'ont les professionnels et établissements de santé qui prennent en charge le patient de lui assurer la garantie du respect du secret médical<sup>86</sup>. Ce principe « s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé ». Le même article précise qu'il n'est possible de faire exception à cette obligation que dans les cas prévus par la loi ;
- l'article L. 315-1 du CSS définit le champ de compétence du contrôle médical de l'assurance maladie, en précisant qu'il « porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ». Par ailleurs, ce même article introduit une exception au principe du secret médical, aux fins d'apporter des éléments de souplesse en gestion dans l'activité des caisses de sécurité sociale. Le V dudit article précise ainsi que « les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical ». Ces dispositions, introduites par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades<sup>87</sup>, doivent, comme les autres dérogations au secret médical, s'interpréter de manière stricte :
  - sur le plan matériel, quant aux données « strictement nécessaires à l'exercice [des] missions » ;
  - sur le plan organique, quant aux personnes habilitées à connaître de telles données dans le cadre des missions exercées par le contrôle, c'est-à-dire, au-delà des médecins conseils, les seules « personnes placées sous leur autorité », définition qui correspond, dans l'organisation traditionnelle de l'assurance maladie, au champ de la DRSM, étanche des autres services et organismes de la branche.

---

<sup>86</sup> « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant » (I de l'article L. 1110-4 du CSP).

<sup>87</sup> Article 6 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

[183] **La conformité à la législation en vigueur des pratiques conventionnelles observées par la mission apparaît discutable.** Dans le cas d'espèce :

- les personnels administratifs décachetant les enveloppes travaillent au sein d'une autre structure juridique (la CARSAT) que celle où exerce le médecin-conseil, et *a fortiori* au sein d'une autre branche de la sécurité sociale (la branche vieillesse). Cela rend très fragile l'autorité que seraient censés exercer les médecins-conseils sur ces agents ;
- en outre, le critère de la stricte nécessité posé par la loi semble difficilement trouver à s'appliquer :
  - puisque les dispositions réglementaires (article R. 351-22 du CSS précité) précisent la procédure à suivre par les organismes pour respecter, dans le cadre de la demande d'inaptitude, les règles du secret médical. En ce sens, les organismes ne contreviennent pas seulement aux dispositions légales sur le secret médical mais également à ces dispositions réglementaires procédurales ;
  - puisque toutes les régions ne recourent pas, d'après les investigations de la mission, à de telles pratiques, certaines se mettant de fait en situation de garantir le respect du secret médical ;
  - puisqu'en tout état de cause, les régions rencontrées par la mission mettent en avant non pas une impossibilité à procéder autrement mais un souci de plus grande performance dans le traitement des dossiers (ce qui n'est naturellement pas illégitime mais clairement de second rang par rapport au respect des règles sur le secret) ;
- enfin, il convient de souligner que les choix récents faits par les pouvoirs publics ont conforté l'approche consistant à ne déroger au secret médical que dans des cas strictement prévus par la loi. Cela a notamment été le cas lors de la mise en place des règles applicables au *contact tracing*, dans le cadre de la crise sanitaire<sup>88</sup>. On notera d'ailleurs que cet exemple concernait une dérogation « au bénéfice » d'agents administratifs de CPAM, structure juridique externe au contrôle médical mais relevant de la même branche.

[184] **Ce problème n'est pas isolé et perdure en dépit de la connaissance par la CNAM de ces pratiques.** En effet, l'audit réalisé par la CNAM en 2016 faisait déjà ressortir ce type de dysfonctionnement au sein de 8 échelons locaux et avait recommandé aux DRSM de rappeler aux CARSAT concernées les règles relatives à la préservation du secret médical dans le cadre de ces échanges.

[185] Plus largement ces exemples témoignent d'une mauvaise coordination entre les CARSAT et le ERSM, et d'une absence d'organisation de ces échanges au niveau national.

### 3.1.1.3 Une procédure spécifique pour les assurés résidant à l'étranger

[186] Lorsque l'assuré réside à l'étranger, l'évaluation par le contrôle médical de l'inaptitude diffère en fonction des pays concernés.

- **soit le pays a signé un accord de sécurité sociale avec la France** auquel cas la caisse de sécurité sociale du pays de résidence est compétente pour apprécier l'inaptitude ;

---

<sup>88</sup> Article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions.

- **soit le pays n'a pas signé d'accord de sécurité sociale avec la France** et dans ce cas les médecins des autorités consulaires évaluent l'inaptitude via un formulaire spécifique (formulaire E213 « rapport médical détaillé ») soumis ensuite à la médecine conseil de l'assurance maladie.

[187] En pratique, **les relations avec certains organismes de liaison étrangers sont parfois difficiles**, soit parce qu'ils n'adressent pas le rapport médical réglementaire, soit parce qu'ils ne répondent pas aux sollicitations du service médical. Dans ce dernier cas, après un rappel à 30 jours, et en cas de non réponse 60 jours après la sollicitation de la demande de renseignements par le service médical, une décision de refus pour « avis technique impossible » est prononcée par la médecine conseil et transmise à la CARSAT. La liquidation de la pension de retraite à titre normal est alors effectuée. En cas de réception ultérieure du certificat médical, une révision de la pension de retraite pourra être réalisée.

### 3.1.2 Des mécanismes d'orientation vers la procédure médicale variés, qui peuvent expliquer un recours inégal au dispositif selon les territoires

[188] Face à la **méconnaissance par les assurés du dispositif** au sein de la législation complexe du système de retraites constatée par la mission lors de ses déplacements, l'orientation vers la procédure médicale constitue **un enjeu majeur dans la lutte contre le non recours aux droits**. La diversité des profils d'assurés susceptibles de bénéficier de la retraite pour inaptitude via la procédure médicale rend difficile leur identification et leur orientation vers le dispositif. Le dispositif étant conçu pour les individus qui ne se sont pas vus reconnaître préalablement un taux d'incapacité permanente de 50 % alors que leur état de santé le justifie, les intervenants tout au long du parcours des assurés pouvant les orienter vers la procédure médicale sont nombreux.

[189] Il ressort des échanges avec les acteurs rencontrés et le panel d'assurés **le rôle prépondérant des techniciens retraite dans l'orientation vers la procédure médicale**<sup>89</sup> au moment des entretiens « conseil retraite » réalisés autour de l'âge légal pour faire le point avec l'assuré sur ses droits, ou de tout autre contact physique, téléphonique ou dématérialisé avec l'assurance retraite pour préparer son départ en retraite. C'est à cette occasion que la question de l'état de santé est évoquée généralement, le plus souvent spontanément par l'assuré, au dire des techniciens retraite comme du panel des usagers interrogés.

[190] **Les médecins-conseils orientent régulièrement vers la retraite pour inaptitude les personnes connues du service médical** (au titre du contrôle des indemnités journalières notamment) dont l'âge se situe aux alentours de 62 ans. Dans ce cas, l'orientation du patient vers cette procédure est tracée dans le logiciel Hippocrate. **Les pratiques des médecins-conseils pour assurer la transition de certains arrêts de travail vers la pension de retraite pour inaptitude diffèrent**. Certains médecins-conseils proposent au patient de prolonger son arrêt de travail jusqu'à 6 mois supplémentaires afin d'éviter une situation de rupture de droits et de lui laisser le temps de réaliser les démarches nécessaires et d'obtenir la liquidation de sa retraite pour inaptitude. D'autres considèrent qu'il s'agit là d'un accompagnement « social » outrepassant

---

<sup>89</sup> Ce constat avait déjà été formulé par la Cour des comptes. Entre 50 et 65% de personnes ayant répondu à un questionnaire à la demande de la Cour avaient indiqué avoir eu connaissance du dispositif lors d'un rendez-vous de préparation de leur départ en retraite. Ces résultats ont été obtenus sur un échantillon restreint de 150 personnes en Ile-de-France, n'ont pas de valeur statistique mais sont corroborés par les observations de la mission. cf. Cour des comptes, rapport n°2010-297-0 sur l'invalidité et l'inaptitude au régime général.

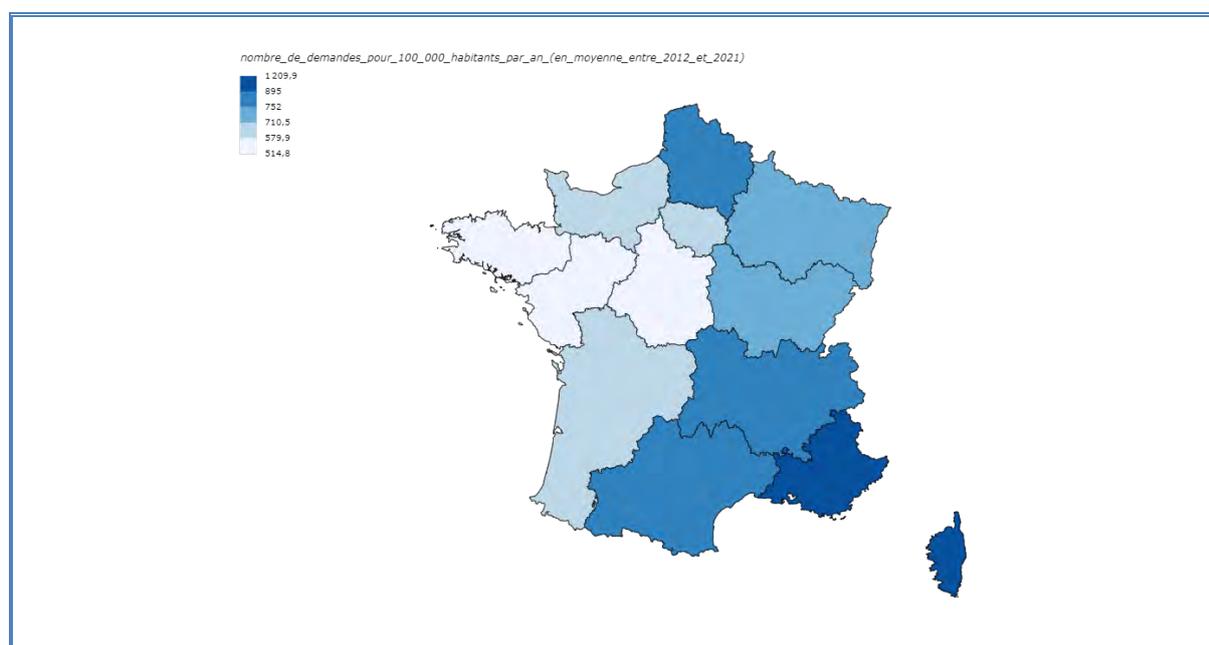
les prérogatives du service médical, et se limitent à une appréciation strictement médicale lors du contrôle des arrêts de travail de ces assurés.

[191] **Des pratiques hétérogènes sont constatées au sein de la médecine du travail.** Certains médecins du travail connaissent le dispositif et orientent l'assuré proche de l'âge légal vers la retraite pour inaptitude via la procédure médicale, dans le cadre notamment des visites de pré-reprise ou de reprise qui accompagnent ou font suite à certains arrêts de travail de longue durée. Le départ en retraite pour inaptitude est alors la suite logique de la reconnaissance d'une inaptitude au poste de travail aux alentours de l'âge légal de départ à la retraite. D'autres médecins du travail estiment que cela ne relève pas de leurs attributions, soit par méconnaissance du dispositif, soit parce qu'ils considèrent que l'inaptitude au poste de travail et l'inaptitude au travail sont deux concepts complètement étanches, et qu'ils n'ont de légitimité à intervenir que sur le premier. La question de l'articulation entre l'inaptitude « au poste de travail » et de l'inaptitude « au travail » doit être posée. En pratique, il est possible qu'un médecin du travail considère apte à son poste de travail un salarié déclaré inapte au travail par le médecin-conseil et vice versa, ce qui n'est d'ailleurs pas juridiquement impossible.

[192] **D'autres acteurs orientent parfois les assurés vers la procédure médicale, de manière beaucoup plus marginale** (notamment à cause d'une connaissance inégale de la législation des retraites) : les assistantes sociales (mairies, départements, service social de la CPAM etc...), les CAF, les MDPH ou encore des proches ayant bénéficié du dispositif.

[193] **Le recours au dispositif est inégal sur le territoire.** Le nombre moyen de demandes d'inaptitudes étudiées par le service médical rapporté à la population âgée de 60 à 64 ans sur la période cumulée 2012-2021 se caractérise par un gradient Ouest/Est marqué. La Bretagne et le Centre sont les régions dans lesquelles le moins de demandes sont formulées avec en moyenne respectivement 579 et 543 demandes par an pour 100 000 personnes âgées entre 60 et 64 ans sur la période 2012-2021. Avec 1209 demandes examinées en moyenne par an pour 100 000 personnes âgées entre 60 et 64 ans, PACA-Corse est la région dans laquelle le plus d'assurés soumettent des dossiers de demande de retraite pour inaptitude via la procédure médicale. Une inégale orientation des assurés vers le dispositif et des inégalités de santé pourraient justifier ces disparités régionales ; il paraît en tout état de cause difficile que les seules inégalités de santé expliquent de manière exclusive ces différences régionales.

Carte 1 : Moyenne du nombre demandes d'inaptitudes étudiées par an par le service médical pour 100 000 personnes âgées de 60 à 64 ans



Source : Données : CNAM (Hippocrate) et INSEE ; calculs : IGAS

### 3.1.3 Une évaluation majoritairement basée sur l'avis du médecin traitant avec une place très résiduelle du médecin du travail

[194] Conformément à la législation en vigueur, l'évaluation de l'inaptitude diffère en fonction de la situation d'emploi de l'assuré (articles L. 351-7 et R. 351-21 du CSS) :

- si l'assuré est en activité ou a exercé une activité au cours des cinq dernières années, il doit remplir les conditions cumulatives suivantes :
  - un taux d'incapacité de travail de 50 % ;
  - un état non susceptible de s'améliorer ;
  - l'impossibilité de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé (en référence à au dernier emploi occupé) ;
- si l'assuré n'a exercé aucune activité au cours des cinq dernières années :
  - un taux d'incapacité de travail de 50 % ;
  - un état non susceptible de s'améliorer.

[195] Les conditions de reconnaissance de l'inaptitude au travail sont donc théoriquement plus favorables pour les assurés sans activité depuis plus de 5 ans que pour les assurés en emploi ou ayant exercé une activité au cours des 5 dernières années.

[196] **Le médecin-conseil se base sur la description de l'état de santé par le médecin traitant et sur l'avis du médecin du travail si l'assuré est en activité. En pratique, l'avis du médecin du travail n'est quasiment jamais joint au dossier, soit parce que les patients n'identifient pas toujours leur médecin du travail, soit parce qu'ils entretiennent une relation de**

méfiance vis-à-vis de la médecine du travail ou encore parce qu'il est impossible d'obtenir l'avis du médecin du travail dans les délais impartis. Dans l'audit interne réalisée par la CNAM en 2016, seuls 3 des 88 ELSM rapportaient demander systématiquement l'avis du médecin du travail si celui-ci n'était pas joint à la demande. Ceci conduit la pratique de l'évaluation de l'inaptitude à s'éloigner quelque peu de l'esprit des textes. Le médecin-conseil ne peut avoir une connaissance exhaustive de l'ensemble des emplois occupés, que ce soit pour évaluer le taux d'inaptitude de 50 % ou l'effet de la poursuite de l'activité professionnelle en cours sur la santé. Les seules informations dont il dispose dans l'immense majorité des cas sont donc l'avis du médecin traitant et le poste déclaré par l'assuré dans le CERFA (lorsque le champ est renseigné).

**[197] En pratique l'absence d'informations précises sur le poste de travail de l'assuré ne fait pas obstacle à la bonne évaluation de l'inaptitude au travail selon les médecins-conseils rencontrés** : soit parce que l'état de santé justifie la reconnaissance de l'inaptitude au travail quel que soit l'emploi exercé, soit parce qu'une connaissance même sommaire du type d'activité exercée est jugée suffisante (certains médecins-conseils estiment que l'exercice d'un travail manuel est un facteur facilitant la reconnaissance de l'inaptitude). Les médecins-conseils interrogés lors de l'audit précité comme ceux rencontrés par la mission considèrent que l'avis du médecin du travail n'est pas nécessaire dans l'immense majorité des cas pour se prononcer sur l'inaptitude, que par ailleurs les personnes en emploi constituent une proportion minime des demandes d'inaptitude et que lorsque l'avis du médecin du travail est utile, ils peuvent (avec l'accord du patient) entrer en contact avec lui. Néanmoins, si certains médecins-conseils rapportent ne pas avoir de difficultés à contacter le médecin du travail lorsque cela est nécessaire, d'autres signalent des difficultés à l'identification des médecins du travail compétents, qui, par ailleurs, ne répondent pas toujours dans les délais impartis.

[198] Cette appréciation globale que le manque d'implication réelle de la médecine du travail dans l'examen des dossiers ne nuit pas à la prise en compte de l'environnement de travail paraît avant tout une illustration de l'absence globale de réflexion et pilotage d'ensemble de l'activité du contrôle médical dans ce domaine.

**[199] Si l'assuré est connu du service médical, le médecin-conseil a accès à l'historique du dossier du contrôle médical grâce au logiciel interne Hippocrate**, et notamment aux observations des médecins-conseils, qui ont eu à traiter son dossier ou à l'examiner cliniquement, et qui ont été effectuées à l'occasion des contrôles. **L'accès à la consommation de soins via les données du SNIIRAM est possible** et permet en théorie d'obtenir des informations complémentaires précieuses à l'examen des demandes, mais les médecins-conseils doivent formuler une requête spécifique pour accéder à ces informations. Cette démarche est considérée comme trop chronophage, ce qui limite le recours à ces bases de données. En pratique, les médecins-conseils n'utilisent que très marginalement la consommation de soins dans le cadre de l'examen des dossiers d'inaptitude, cette information n'étant qu'exceptionnellement jugée nécessaire à l'examen de la demande.

### 3.1.4 Des disparités régionales dans les taux d'avis favorables et une absence de barème réglementaire ou interne aux caisses pour guider l'appréciation individuelle du médecin-conseil

**[200] L'évaluation du taux d'incapacité de travail dans le cadre de l'inaptitude est effectuée sans barème dédié.** L'évaluation est globale et doit prendre en considération l'ensemble des affections du patient, telles qu'elles ressortent des documents transmis par l'assuré et des échanges complémentaires, éventuellement effectués avec le médecin traitant.

[201] Les médecins-conseils auditionnés par la mission ont indiqué se référer en pratique et à titre indicatif au barème existant dans le cadre de l'évaluation des AT/MP, ainsi qu'aux échelles utilisées en pratique médicale pour objectiver les atteintes fonctionnelles de certaines pathologies (échelle EIFEL pour les lombalgies, le score NIHSS pour les AVC ...) <sup>90</sup>.

[202] Par ailleurs, bien que l'évaluation par le médecin-conseil de la demande d'inaptitude soit avant tout médicale, certains médecins-conseils ont indiqué prendre en compte, de manière consciente ou non, le contexte socio-économique du patient. Une telle évaluation, non guidée par un barème règlementaire ni par un barème interne aux caisses, **laisse une part importante à la subjectivité du médecin-conseil** dans l'appréciation de l'inaptitude. Elle peut d'autre part être source d'inégalités territoriales, tant entre les différents ELSM qu'au sein de ces mêmes échelons.

[203] **Les taux d'avis favorables sont élevés.** En 2021, le taux moyen d'avis favorables à la reconnaissance de l'inaptitude (droits propres, à l'exclusion des dossiers de droits dérivés et des demandes de MTP) était de **89,30 %**.

[204] **Des disparités régionales** apparaissent, avec des taux variant de 81,3 % pour la région Grand-Est à 94 % pour la région Aquitaine (cf. carte 2). Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour justifier ces disparités régionales telles que les inégalités de santé ou les pratiques d'évaluation de l'inaptitude différentes entre ELSM, liées aux manques d'effectifs en médecins-conseils ou à d'autres facteurs. De plus, les régions dans lesquelles les taux d'avis favorables sont les plus élevés sont celles dans lesquelles le nombre d'avis rapportés à la population âgée entre 60 et 64 ans sont les plus faibles. Un tel constat pourrait s'interpréter comme la conséquence d'une orientation inégale vers le dispositif : seules les personnes en très mauvais état de santé seraient, en cette hypothèse, orientées vers la retraite pour inaptitude, conduisant à du non recours et à des taux très élevés d'avis favorables. Les **éléments** disponibles ne permettent pas, en l'état, de conclure de façon certaine sur le poids et la validité de ces différents facteurs d'explication.

[205] **Depuis 2012, une augmentation continue des taux d'avis favorables des médecins-conseils est constatée (cf. graphique 5).** Pour les demandes d'inaptitude soumises à l'évaluation du médecin-conseil dans le cadre de la liquidation d'une pension de retraite de droit propre au titre de l'inaptitude, le taux d'avis favorables est passé en moyenne de 82,4 % en 2012 à 89,3 % en 2021.

[206] Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette augmentation. Il s'agit au premier chef du recul de l'âge légal de 60 à 62 ans, qui conduit mécaniquement à ce qu'une population plus âgée – et rencontrant donc en moyenne des difficultés de santé plus importantes – sollicite le dispositif. Un autre facteur possible d'explication pourrait avoir trait à une évolution des pratiques des médecins-conseils. Un facteur qui pourrait corroborer cette hypothèse est la tendance à l'augmentation des avis favorables dans le cadre des demandes de MTP (qui passent de 28 % de taux d'avis favorable en 2012 à 34 % en 2021) et retraite anticipée pour pénibilité (de 92 % en 2012 à 97 % en 2021). Pour autant, le fait que la CNAM ait conduit un audit visant à homogénéiser les pratiques et à lutter contre les appréciations non conformes indique que cette évolution ne résulte pas d'orientations nationales en ce sens. De fait, cette **augmentation des avis favorables est homogène sur le territoire et les disparités régionales se sont maintenues à des proportions constantes (cf. cartes 2 et 3).**

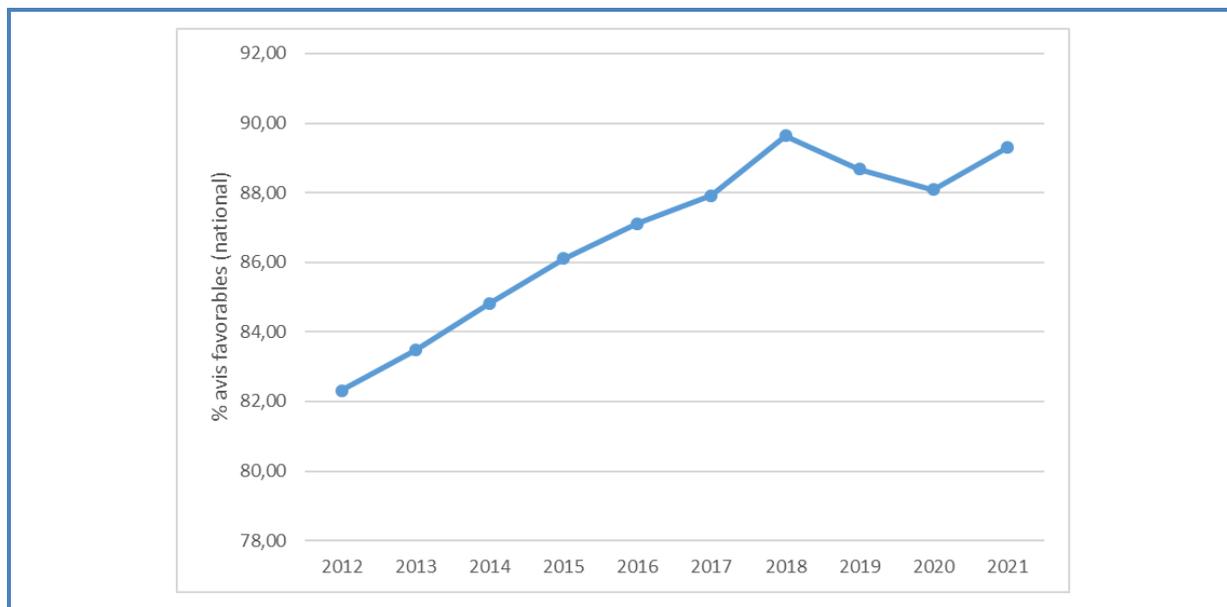
[207] A la lumière de ces réflexions, le facteur structurel qu'est le vieillissement de la population sollicitant une reconnaissance d'inaptitude apparaît donc déterminant. Il constitue en tout état de

---

<sup>90</sup> Ameli – Réseau, N° SM-2017 – Pension de vieillesse au titre de l'inaptitude au travail.

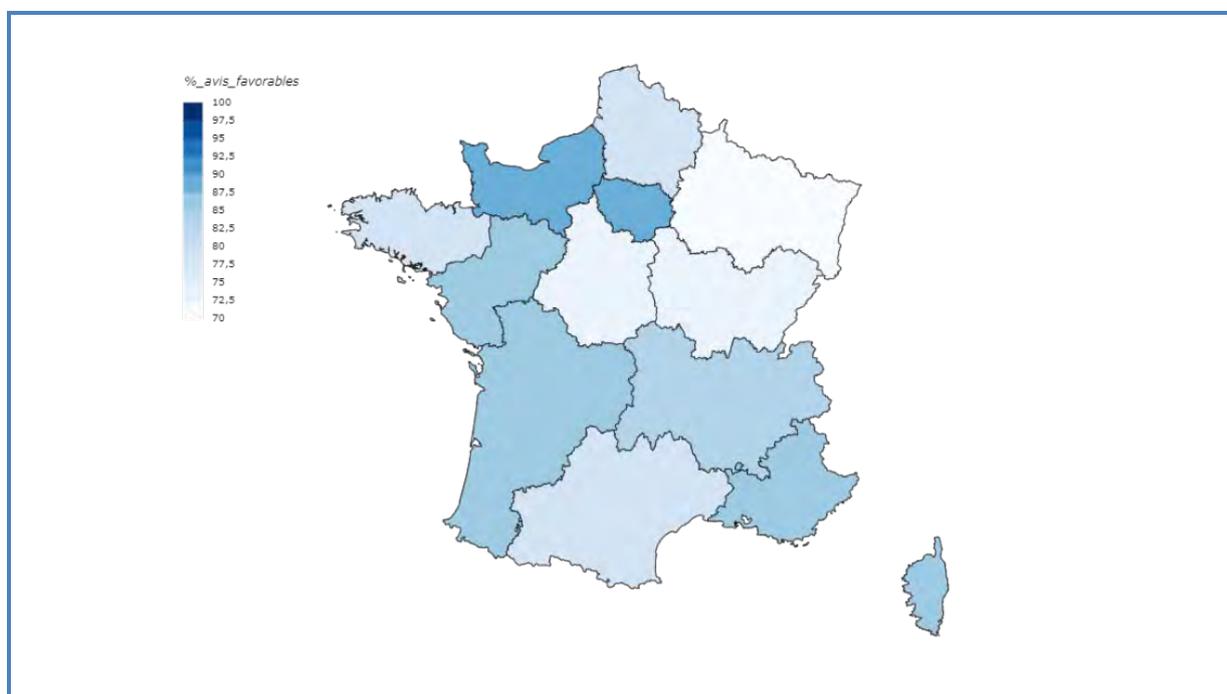
cause le seul facteur explicatif concluant, en l'absence d'étude dédiée sur ces évolutions et leurs facteurs (liens plus distendus avec la médecine du travail, évolution de la part des personnes convoquées et vues par les médecins-conseils, évolution de la prévalence des pathologies à l'origine de la reconnaissance de l'inaptitude<sup>91</sup>).

Graphique 5 : Evolution des taux d'avis favorable d'inaptitude (droits propres) des médecins-conseils entre 2012 et 2021



Source : Service médical de la CNAM (Hippocrate).

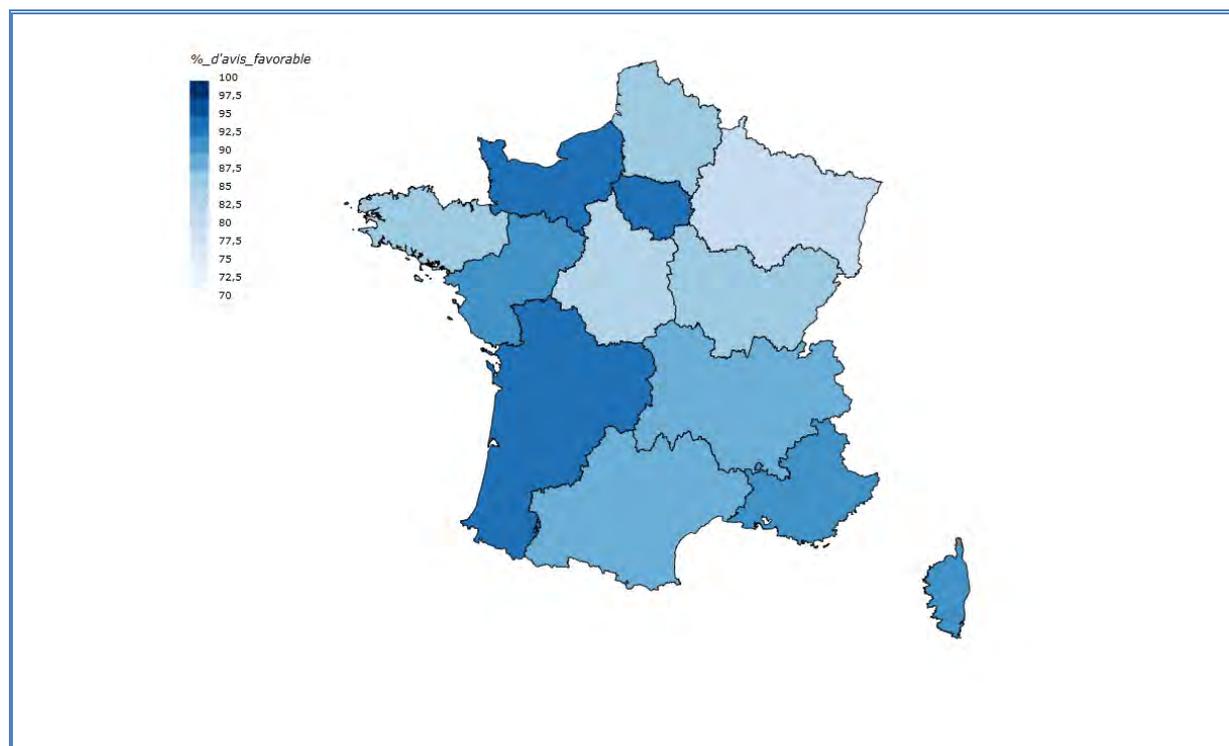
Carte 2 : Taux d'avis favorables d'inaptitude des médecins-conseils par région en 2012



Source : Service médical de la CNAM (Hippocrate), Calculs : IGAS

<sup>91</sup> On ne constate pas cependant d'évolution marquante dans la répartition de ces pathologies (cf Tableau n°8).

Carte 3 : Taux d'avis favorables d'inaptitude des médecins-conseils par région en 2021



Source : Service médical de la CNAM (Hippocrate), Calculs : IGAS

### 3.1.5 Une organisation interne des échelons régionaux hétérogène

[208] **L'organisation de la procédure d'inaptitude n'est pas un enjeu prioritaire pour les ERSM dont elle n'occupe qu'une part très faible de l'activité (environ 1 %).** De plus, l'assurance maladie n'est pas en situation de gestion directe et de responsabilité financière. La reconnaissance de l'inaptitude peut cependant être vue comme une source d'économies puisqu'un assuré basculant vers la retraite pour inaptitude ne percevra plus d'indemnités journalières maladie ou AT-MP. Enfin, l'étude de ces dossiers ne soulevant pas, dans l'appréciation des médecins-conseils auditionnés, de difficultés particulières et étant peu mobilisatrice en termes de ressources humaines pour le service médical, cette procédure est considérée comme peu stratégique au regard des autres priorités du service médical.

[209] **Pour ces raisons, le suivi des dossiers d'inaptitude ne fait pas l'objet d'un pilotage ambitieux par la CNAM.** Il n'existe pas de procédure spécifique de contrôle interne des avis d'inaptitude rendus par les médecins-conseils : ces dossiers sont néanmoins intégrés dans le flux de dossiers aléatoirement sélectionnés et supervisés par le médecin-conseil chef d'échelon, avec la finalité d'harmoniser les pratiques entre médecins-conseils. Les dossiers de demande d'inaptitude associés à une demande de MTP font cependant exception : générant d'importantes dépenses par assuré pour l'assurance maladie (1192€ versés par mois versés au titre de la MTP), ces avis sont l'objet d'une révision systématique par le médecin-conseil chef d'échelon.

[210] **Au sein de chaque ELSM, les médecins-conseils se voient attribuer une aire géographique et les dossiers en lien avec les professionnels de santé qui y exercent.** Cette organisation, valable pour l'inaptitude comme pour les autres dossiers, permet aux médecins-conseils d'établir des relations privilégiées avec les médecins dont ils assurent le contrôle. Elle facilite ainsi les échanges. Certains ERSM ont cependant choisi de retenir des organisations spécifiques pour cette activité, afin d'en améliorer le traitement. Ainsi, certains ont fait le choix de

centraliser l'étude de ces dossiers au sein d'un ELSM ou encore de les attribuer à certains médecins-conseils préalablement désignés. En principe, ces organisations ont vocation à assurer l'homogénéité du traitement des demandes au sein d'un même ERSM ou ELSM. Néanmoins, elles n'ont pour l'heure pas fait l'objet d'une évaluation spécifique. Il est à noter que ces organisations peuvent rencontrer une limite lorsque la convocation du patient est requise : l'entretien avec le médecin-conseil doit alors avoir lieu au sein de l'ELSM géographiquement compétent pour examiner la demande.

### 3.1.6 Les enseignements de l'analyse des dossiers médicaux de demande d'inaptitude

*Encadré : Méthodologie de l'examen des dossiers au sein des ERSM*

Au sein des trois ERSM visités (PACA-Corse, Hauts-de-France et Ile-de-France), la personne habilitée de la mission a procédé à l'examen d'une centaine de dossiers médicaux d'inaptitude soumis à l'avis des médecins-conseils.

Les dossiers ont été consultés sur place et sous la supervision d'un ou plusieurs médecins-conseils qui n'étaient la plupart du temps pas ceux ayant assuré le traitement des avis examinés. Ils pouvaient, le cas échéant, apporter des explications sur le raisonnement suivi pour l'analyse du dossier ainsi que des éléments sur certains points d'incompréhension.

Dans un souci de représentativité, ces dossiers ont été sélectionnés aléatoirement par les ERSM au sein de plusieurs ELSM. Ont pu être consultés, en plus des formulaires CERFA, l'historique des patients tel qu'il est tracé au sein du logiciel Hippocrate du service médical, ainsi que les avis, commentaires et motivations des décisions des médecins-conseils.

Une vingtaine de rapports de CMRA ont également été consultés, selon les mêmes modalités. La mission a eu accès à l'intégralité des documents soumis à la commission, ainsi qu'aux rapports comportant son analyse du dossier, ses constatations et ses conclusions motivées.

#### 3.1.6.1 Un formulaire inadapté et rempli de façon hétérogène par les médecins traitants, à l'origine d'allers retours avec le médecin-conseil

**[211] Une qualité très hétérogène de remplissage des formulaires CERFA a été constatée au sein des dossiers analysés tant par l'assuré que par les médecins traitants.**

[212] Les assurés ne remplissent pas toujours les renseignements administratifs demandés, notamment ceux en lien avec l'activité professionnelle, ce qui peut conduire le médecin-conseil à considérer sans activité un assuré qui est en activité mais n'a simplement pas renseigné tous les champs du formulaire. Par ailleurs, il est demandé aux assurés de renseigner toutes les « activités professionnelles exercées successivement au cours de [leur] existence » : or, le champ réservé à cet effet ne contient que quatre lignes. Pour ce qui est des renseignements médicaux, la très grande hétérogénéité du remplissage des champs libres est particulièrement déconcertante : il arrive que certains formulaires ne soient complétés que par quelques mots tels que « insuffisance cardiaque », « dépression », ou « lombalgies », quand d'autres professionnels remplissent exhaustivement le document, y compris avec des informations qui ne présentent pas d'intérêt pour l'examen de la demande d'inaptitude (comme par exemple l'acuité visuelle avant et après correction pour une inaptitude demandée au titre d'une lombalgie).

**[213] Daté et n'ayant pas fait l'objet de modifications récentes, le formulaire CERFA n'est en réalité pas adapté à l'évaluation de l'inaptitude.** Ce constat est partagé par l'ensemble des médecins-conseils rencontrés par la mission. Le formulaire est organisé autour d'une approche

lésionnelle descriptive appareil par appareil (appareil respiratoire, paroi abdominale, os et articulations...), alors qu'il est demandé aux médecins-conseils une évaluation fonctionnelle globale de l'état de santé des assurés, tel qu'il résulte des lésions constatées. Tous les champs ne sont souvent pas nécessaires à l'évaluation de l'inaptitude. D'autres, qui pourraient être particulièrement utiles aux médecins-conseils comme les traitements pris par le patient ou les informations demandées dans le questionnaire autonomie de la demande de MTP<sup>92</sup>, sont absents : or, ce dernier questionnaire permet d'évaluer les activités de la vie courante que l'assuré peut ou non effectuer. Il n'est pas non plus prévu de champ destiné à d'autres professionnels de santé (notamment médecins spécialistes) qui pourraient venir en appui de la demande et préciser des éléments non connus par le médecin rédacteur de la demande.

[214] **Le dispositif de MTP est incompris par les médecins traitants.** La question « l'état de santé nécessite-t-il l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ? » est perçue comme une demande de simple aide-ménagère alors qu'il entraîne une demande de majoration tierce personne. Cette incompréhension est à l'origine **d'un allongement des délais de traitement** puisque le médecin-conseil ou l'infirmière du service médical doit entrer en contact avec le médecin traitant pour obtenir les réponses au questionnaire autonomie précité. Le dossier fait ensuite l'objet d'une attention spécifique du service médical (révision systématique par le médecin chef) alors même que les conditions requises pour bénéficier de la majoration pour tierce personne et de l'inaptitude sont manifestement loin d'être remplies.

[215] Il peut arriver qu'un dossier insuffisamment complété par le médecin traitant, et qui aurait pu conduire à un avis défavorable du médecin-conseil, aboutisse à la reconnaissance de l'inaptitude parce que les réponses au questionnaire relatif à la MTP, obtenues par le service médical, ont permis d'établir un état de santé très dégradé du patient. L'intégration du questionnaire MTP au formulaire de demande d'inaptitude faciliterait le travail de la médecine conseil et permettrait d'éviter un passage en CMRA à certains dossiers simples sur le plan médical, devant donner lieu à un avis favorable mais incomplets.

[216] **Les demandes de renseignements complémentaires auprès des médecins traitants ne sont pas systématiques en cas de formulaire incomplet (hors cas d'une demande en sus de MTP)**, y compris pour des dossiers similaires. Aussi, certains dossiers incomplets conduisent le médecin-conseil à demander des informations complémentaires aux médecins traitants, tandis que d'autres tout aussi incomplets entraînent directement un avis défavorable du médecin-conseil. En cas de refus lié à une incomplétude du dossier médical, l'assuré peut déposer sans délai une nouvelle demande de retraite pour inaptitude et bénéficier ainsi d'un deuxième avis du médecin-conseil sur la base des nouveaux certificats médicaux transmis. La mission a pu constater que cet examen des nouveaux éléments médicaux fournis à l'appui de la demande est parfois effectué en CMRA.

### 3.1.6.2 Une évaluation médicale perçue par les médecins-conseils comme sans grande complexité, du fait d'états de santé très dégradés dans la majorité des dossiers

[217] **L'examen des dossiers n'a pas permis de mettre en évidence de dysfonctionnements majeurs dans l'évaluation médicale des demandes par les médecins-conseils.** Toutefois,

---

<sup>92</sup> Le formulaire de demande de MTP contient les 11 questions relatives à l'autonomie suivantes : Quitter son lit seul(e) / Se coucher seul(e) / S'asseoir seul(e) sur une chaise et se lever seul(e) / Aller seul(e) à la selle ou uriner seul(e) / Faire sa toilette seul(e). Se vêtir seul(e) / Se dévêtir seul(e) / Manger et boire seul(e) / Marcher seul(e) avec ou sans cannes, béquilles ou appuis / Utiliser seul(e) un moyen de transport / Pour un(e) handicapé(e) appareillé(e), mettre en place seul(e) son appareillage.

comme cela a été souligné précédemment, l'absence de barème laisse place à la subjectivité des médecins-conseils dans l'évaluation. Ainsi, certains dossiers en apparence très proches (même âge, même catégories de métiers, mêmes pathologies) peuvent conduire à des avis contraires. La motivation des refus, absente ou très majoritairement succincte (une ligne tout au plus, constatant l'absence d'éléments suffisant à la reconnaissance de l'inaptitude) rend difficile la comparaison entre des dossiers, même proches. Il convient de souligner que cette problématique de différence d'appréciation entre les médecins-conseils n'est pas propre à l'évaluation de l'inaptitude. La perception des médecins-conseils auditionnés par la mission est que d'autres domaines de leur activité présentent les mêmes disparités de pratique entre pairs. Le caractère marginal de ce dispositif dans leur activité conduit donc à ne pas faire de la résorption de ces différences un enjeu majeur.

[218] **La convocation de l'assuré par le médecin-conseil est exceptionnelle.** Dans la plupart des dossiers étudiés, la présence ou non d'une inaptitude au travail ne fait pas de doute tant l'état de santé du patient est dégradé, selon la perception, corroborée par l'examen conduit par la personne habilitée de la mission, des médecins-conseils. L'assuré n'est convoqué que lorsque le dossier est incomplet, ne peut être complété par des échanges avec le médecin traitant et qu'il existe un doute sérieux quant à la présence d'une inaptitude au travail. Dans certains ELSM, il arrive que les infirmières du service médical convoquent à un entretien certains patients dont le dossier est incomplet et complètent avec lui certains éléments du CERFA. Dans ce cas, l'avis est considéré comme rendu « sur pièces » bien que l'assuré ait été vu par un infirmier : en réalité, il n'a été procédé à aucun examen clinique par un médecin-conseil.

[219] En 2020 et 2021, du fait de la mobilisation de la CNAM sur la crise sanitaire, les avis d'inaptitude ont été traités exclusivement sur pièces. Or, les taux d'avis favorables des médecins-conseils n'ont pas évolué entre 2019 et 2021 (graphique 5). Cette observation plaide pour considérer que la convocation des assurés exerce une faible influence sur l'avis du médecin-conseil.

[220] **Cependant, l'évaluation d'un petit nombre de dossiers peut s'avérer plus délicate.** Ceci est par exemple le cas de certains dossiers comportant des pathologies psychiatriques pour lesquelles la réduction de la capacité de travail est difficilement objectivable, en l'absence de certains éléments (traitements actifs en cours, courriers du psychiatre, antécédents d'hospitalisation en unités de soins psychiatriques...). Par ailleurs, le retentissement fonctionnel de ces pathologies est difficilement objectivable par le médecin-conseil, même en cas de convocation de l'assuré pour un examen médical. Cette problématique n'étant pas propre à l'évaluation de l'inaptitude au travail, une réflexion plus large doit être menée sur ces dossiers, à l'image des travaux en cours pour une plus grande collégialité dans l'évaluation de l'invalidité.

[221] Les assurés formulant une demande rencontrent des difficultés de santé qui sont connues de l'assurance maladie. **Sur la période 2012-2021, la majorité des demandes concerne des personnes bénéficiaires d'au moins une ALD exonérante (57.9 %) et 20,8 % des assurés bénéficient d'indemnités journalières au moment de la demande.**

[222] Les principales pathologies à l'origine de demandes d'inaptitude sont les maladies ostéo-articulaires et musculaires, qui constituent 36 % des demandes en 2021, puis les troubles mentaux (14 %), les maladies de l'appareil circulatoire (12 %) et les tumeurs (8 %).

Tableau 7 : Nombre de demandes d'inaptitude selon les pathologies codées dans Hippocrate

NB DEMANDES Étiquettes de lignes	Années											Total général
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
<b>FRANCE</b>	<b>33 122</b>	<b>32 696</b>	<b>31 072</b>	<b>26 560</b>	<b>27 605</b>	<b>30 795</b>	<b>32 700</b>	<b>35 821</b>	<b>30 392</b>	<b>34 232</b>		<b>314 995</b>
AFFECTION ORIGINE PERinataLE	2	1	3	3	2	2	3	2	2			20
ANOMALIES CONGENITALES	88	60	63	66	62	96	80	82	81	79		757
CAUSES EXTERNES DE MORBIDITE ET DE MORTALITE	1		1									2
COMPLICATIONS GROSSESSE ACCOUCHEMENT ET SUITES	1				1	1						3
COVID-19											7	7
FACTEURS INFLUANT L'ETAT DE SANTE	119	135	112	100	127	145	155	177	157	211		1 438
LESIONS TRAUMATIQUES ET EMPOISONNEMENTS	2 577	2 754	2 338	2 304	2 298	2 318	2 389	2 453	2 003	2 454		23 888
MALADIE OREILLE ET MASTOIDE	287	276	283	231	207	266	266	303	245	290		2 654
MALADIES APPAREIL CIRCULATOIRE	4 277	4 108	3 837	3 208	3 443	3 857	4 104	4 409	3 804	4 338		39 385
MALADIES APPAREIL DIGESTIF	400	439	400	289	392	402	399	446	354	361		3 882
MALADIES APPAREIL RESPIRATOIRE	1 061	1 028	1 003	884	837	923	1 001	1 079	992	1 142		9 950
MALADIES DU SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES	66	81	66	45	63	67	79	67	73	89		696
MALADIES DU SYSTEME NERVEUX	1 357	1 424	1 332	1 117	1 212	1 261	1 421	1 456	1 290	1 406		13 276
MALADIES ENDOCRINES, NUTRITION, METABOLISME ET TR IMMUNITAIRE	2 948	2 852	2 606	2 203	2 121	2 486	2 382	2 588	2 223	2 248		24 657
MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	241	243	216	176	198	213	202	222	181	226		2 118
MALADIES OEIL ET ANNEXES	484	447	444	391	332	377	407	414	353	376		4 025
MALADIES ORGANES GENITO URINAIRES	221	213	229	175	220	219	221	257	210	230		2 195
MALADIES PEAU ET TISSU SOUS CUTANE	63	56	54	61	57	63	68	75	59	62		618
MALADIES SYST OSTEO ART MUSCLES ET TISSU CONJONCTIF	11 511	11 195	11 021	9 171	9 701	10 732	11 773	13 184	10 971	12 409		111 668
SYMPTOMES SIGNES ET ETATS MORBIDES	401	371	290	264	284	324	367	453	412	530		3 696
TROUBLES MENTAUX	4 202	4 269	4 158	3 567	3 816	4 122	4 404	4 900	4 262	4 802		42 502
TUMEURS	2 815	2 744	2 616	2 305	2 232	2 921	2 979	3 254	2 720	2 972		27 558
Total général	33 122	32 696	31 072	26 560	27 605	30 795	32 700	35 821	30 392	34 232		314 995

Source : Service médical de la CNAM (Hippocrate)

### 3.1.6.3 Des éléments nouveaux apportés en CMRA mais peu d'examen cliniques

[223] **Les dossiers examinés par les CMRA contiennent beaucoup plus de pièces que ceux examinés par les médecins-conseils lors du premier examen de la demande d'inaptitude.** Les assurés fournissent de nombreux documents supplémentaires à l'appui de leur demande, notamment des courriers de spécialistes, souvent beaucoup plus précis sur l'état de santé que le seul CERFA rempli par le médecin traitant. Des comptes rendus d'examen sont également souvent joints, à l'appui de la contestation de la décision de refus, aux courriers rédigés par les assurés.

[224] Les documents et lettres transmises à la CMRA témoignent **du manque de clarté et d'intelligibilité de la législation au regard des différents taux d'incapacités** (au sens de la législation handicap ou au sens de la législation retraite). De nombreux assurés joignent à leurs recours la décision de la MDPH qui leur reconnaît un droit à la CMI-p, à la CMI-s ou à la qualité de travailleur handicapé et assortit à ces attributions la notification d'un taux d'incapacité de l'assuré « supérieur à 50 % mais inférieur à 80 % ». En dépit de la présence de cette information, les CMRA qui réalisent une évaluation strictement médicale du taux d'incapacité maintiennent souvent la décision de refus – et ne précisent pas que la personne pourrait obtenir, de droit, la reconnaissance de l'inaptitude par la voie de l'incapacité à 50 %.

[225] **Bien qu'elle puisse demander à procéder à l'examen du patient, la CMRA n'y recourt qu'exceptionnellement et se contente en pratique des pièces qui lui sont fournies pour apprécier l'inaptitude.** Par exemple, dans un des dossiers analysés et suite à un avis défavorable du médecin-conseil motivé par une absence d'éléments suffisants dans le dossier (il était indiqué « douleurs poignet » et « tendinite », sans autre précision), la requérante a simplement joint une lettre d'avocat rappelant la législation relative à l'inaptitude et la CMRA a confirmé l'avis du médecin-conseil, sans procéder à l'examen de la patiente.

### 3.2 Pour les ex invalides, un processus ancien et relativement maîtrisé, mais, dans les faits, non automatique, avec une demande de retraite qui reste à déposer

[226] Comme évoqué *supra*, les dispositions de l'article L. 341-15 du CSS prévoient que les personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité, qui atteignent l'AOD de 62 ans et ne travaillent pas, voient leur pension d'invalidité remplacée à cet âge par une pension de retraite calculée au taux plein et « allouée en cas d'inaptitude au travail ».

[227] L'article L. 341-16 du même code prévoit une dérogation à cette règle pour les pensionnés d'invalidité exerçant une activité professionnelle : ceux-ci ne sont pas concernés par le remplacement obligatoire de la pension d'invalidité par la pension de retraite à l'âge de 62 ans et peuvent travailler jusqu'à l'âge de 67 ans tout en conservant le bénéfice de la pension d'invalidité. Ils peuvent ainsi continuer à se constituer des droits en termes de trimestres cotisés, le bénéfice d'une pension d'invalidité correspondant à des périodes assimilées à ce titre<sup>93</sup>. Ils conservent la possibilité de demander la liquidation de leur retraite à taux plein au titre de l'inaptitude à tout moment entre ces deux âges.

[228] La transition entre la pension d'invalidité versée par les CPAM et la pension de vieillesse versée par les CARSAT fait l'objet, s'agissant du régime général, d'un processus largement dématérialisé depuis 2013 entre les caisses, pour permettre une transition systématique des invalides sans activité professionnelle vers la retraite à l'âge de 62 ans.

[229] En pratique, un envoi à périodicité mensuelle (le flux INVALRET) est adressé à la CARSAT. Il contient la liste des pensionnés d'invalidité arrivant à 6 mois de l'âge légal d'ouverture du droit à départ à la retraite (et à taux plein au titre de l'inaptitude dans leur situation)<sup>94</sup>. Ce flux alimente directement l'outil retraite (OR) de liquidation des pensions du côté de l'assurance vieillesse et conduit à un enregistrement d'une demande de retraite par la caisse. Le flux est également transmis en parallèle à l'éditique de l'assurance maladie pour permettre l'envoi d'informations par courrier de la CPAM au pensionné d'invalidité. Contrairement à la procédure décrite *infra* concernant la transition AAH / retraite, il n'existe pas de signalement spécifique avant les 6 mois précédant la retraite. En pratique, il n'est pas nécessaire : en effet, contrairement à l'AAH (où le signalement à 30 mois a pour objet d'une part pour les CAF de connaître le régime d'affiliation de l'allocataire et d'autre part pour les caisses de retraite de débiter en théorie la reconstitution de carrière), la pension d'invalidité permet de valider des périodes assimilées au titre de la retraite. En conséquence, un flux (annuel) est transmis au fil de l'eau par les CPAM aux CARSAT, recensant les périodes de versement de la pension d'invalidité pour report au compte de carrière de l'assuré.

[230] Le pensionné d'invalidité reçoit ainsi deux courriers à 61 ans et demi en amont de l'âge à compter duquel il est, selon qu'il travaille ou non :

- éligible sur sa demande à une retraite à taux plein pour inaptitude ;
- amené à voir obligatoirement une pension de retraite substituée à sa pension d'invalidité à ce titre.

<sup>93</sup> Sans report au compte, en revanche, au titre des mêmes périodes assimilées.

<sup>94</sup> Annuellement, par ailleurs, le flux PEASIN (PÉriodes Assimilées Invalidité) informe la CNAV des prestations versées comptant pour les futurs droits à la retraite des pensionnés d'invalidité en termes de durée d'assurance.

[245] L'un est émis par CPAM, l'autre par sa CARSAT, les courriers envoyés distinguant les deux situations, avec et sans activité professionnelle. L'envoi de la CARSAT est accompagné d'un formulaire de demande de retraite.

[246] La procédure de bascule de la pension d'invalidité vers la retraite est souvent présentée par les organismes de sécurité sociale interrogés, mais cela est également le cas dans l'étude d'impact de l'article 82 de la LFSS pour 2020, comme une procédure de liquidation automatique de la retraite à l'AOD (pour les pensionnés invalides ne travaillant pas).

[247] Dans les faits, il n'existe pas d'automatisme du point de vue de l'assuré, qui doit renvoyer un dossier de demande de retraite complété intégralement, voire de demande d'ASPA s'il s'estime éligible et souhaite demander le bénéfice de cette prestation. La seule automatisme qui puisse être mise en avant est celle de la bascule juridique à 62 ans pour les invalides qui ne travaillent pas vers la pension de retraite, ou plutôt l'interruption à cet âge du versement de la pension d'invalidité. En effet, le versement de la retraite en tant que tel nécessite le renseignement des éléments nécessaires (fourniture du RIB, information sur le nombre d'enfants à charge, sur l'existence d'un compte C2P, etc.) dans des délais adéquats par l'assuré pour éviter la rupture de droits.

[248] Contrairement aux dispositions applicables à l'AAH, la législation relative à l'invalidité ne prévoit pas de dispositions de sécurisation financière de la transition de l'invalidité à la retraite pour l'assuré, ce qui induit des possibles ruptures de ressources pour les personnes invalides (200 par an selon les données communiquées par la CNAV, au titre du seul motif de non communication du RIB).

[249] En pratique, d'un point de vue qualitatif, et sans qu'il ait été possible d'objectiver cet aspect, les échanges intervenus avec les organismes de retraite soulignent la moindre difficulté à recueillir les éléments nécessaires à la liquidation de la retraite pour les pensionnés d'invalidité par rapport aux bénéficiaires de l'AAH, potentiellement du fait d'un moindre éloignement des démarches administratives.

### 3.3 La procédure pour les bénéficiaires de l'AAH n'est pas, dans les faits, automatisée et demeure perfectible, notamment en raison d'une réglementation complexe et pour partie discutable

#### 3.3.1 Un processus d'échanges de flux entre CAF et CARSAT, encadré nationalement depuis 2020 mais hétérogène dans sa mise en œuvre par les organismes et qui comporte des marges de progrès

[250] L'article 82 de la LFSS pour 2020 vise à mettre en place un processus de « substitution automatique » de la pension de retraite pour inaptitude à l'AAH, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020, comme évoqué *supra* au 1.4.1. Dans les faits, la procédure en vigueur depuis cette date, bien qu'emportant quelques simplifications par rapport aux précédentes, ne constitue pas une substitution automatique d'une prestation à une autre, comme développé au point 3.3.2. *infra*.

[251] **Le droit d'opposition tel qu'il est institué par la LFSS pour 2020 est assez théorique compte tenu de ses implications, voire porteur de confusion.** En effet, les conséquences du choix d'exercer cette opposition à la « substitution automatique » sont univoques et nécessairement au désavantage de l'allocataire / assuré, puisqu'en tout état de cause, pour l'allocataire qui s'oppose à basculer vers la retraite, l'AAH prend fin à 62 ans pour les bénéficiaires

de l'AAH 1 comme de l'AAH 2, qu'ils exercent une activité ou qu'ils ne travaillent pas (voir *infra*, au point 3.1.4.). Illustratif est le choix fait par la CARSAT Sud-est, rencontrée par la mission, de rendre le plus explicite possible les conséquences de ce choix, en renforçant le message en ce sens formulé par les modèles de courriers nationaux. Le courrier de la CARSAT du Sud-est indique ainsi : « vous pourrez vous opposer au bénéfice de votre retraite, par courrier recommandé avec accusé de réception, au plus tard 2 mois avant vos 62 ans. Mais, **dans ce cas, vous serez sans ressources**. En effet ni votre AAH ni votre retraite ne vous seront versées ».

[252] Les modalités d'exercice de ce droit d'opposition ont été précisées par décret<sup>95</sup>. Le nouvel article D. 351-1-13 du CSS indique ainsi qu'« au plus tard six mois avant d'atteindre l'âge [de 62 ans] (...), l'assuré bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés (...) est informé par écrit par la caisse chargée de la liquidation de l'attribution automatique de sa pension de retraite (...) et de son droit à s'opposer, par écrit avec accusé de réception, à cette attribution au plus tard quatre mois avant d'atteindre l'âge [de 62 ans] ».

[253] **La CNAF et la CNAV ont publié en juillet 2020<sup>96</sup> une circulaire commune qui précise le processus à décliner en gestion dans les organismes.** Ce nouveau processus remplace les échanges entre CAF et CARSAT mis en œuvre depuis 1985 et qui reposaient notamment sur un signalement sur support papier 4 mois avant l'atteinte des 62 ans, en les dématérialisant et en veillant à anticiper davantage la préparation du passage en retraite :

- un premier signalement est transmis **30 mois avant les 62 ans** par la CNAF à la CNAV<sup>97</sup>, laquelle en transmet le contenu aux caisses de son réseau. Ce signalement comporte deux objectifs :
  - permettre, en retour, aux CAF de connaître le régime d'affiliation de l'allocataire au regard de la retraite, afin notamment d'ajuster le contenu des courriers envoyés par la suite (ils diffèrent ainsi, par exemple, pour les bénéficiaires de l'AAH n'ayant jamais cotisé et relevant du SASPA, sans mention de la nécessité d'effectuer des démarches auprès d'un régime de retraite de base et d'un régime complémentaire). La circulaire prévoit que la CAF est informée dans les meilleurs délais par les caisses de retraite ;
  - permettre aux CARSAT d'anticiper très en amont de la date de liquidation de la retraite la reconstitution de carrière de l'assuré ;
- un deuxième signalement est transmis à **4 mois avant l'âge des 62 ans**. Ce signalement a pour effet de déclencher l'instruction de la demande de retraite proprement dite et une substitution « automatique » à l'âge légal de la retraite à l'AAH. Dans les faits cependant, le versement de la retraite reste subordonné à la complétude du dossier de demande de retraite transmis par l'assuré (voir *infra* au 3.3.2.). La circulaire prévoit l'envoi d'un formulaire de demande d'ASPA pour les bénéficiaires de l'AAH 2 et précise que la CARSAT informe la CAF de la notification d'attribution de la pension.

[254] La circulaire de juillet 2020 a été complétée par des consignes métier à destination des organismes locaux ainsi que par la production de modèles de courriers types. Est reproduit en pièce jointe n°4 le courrier type national déployé par la CNAF au sein de la branche.

---

<sup>95</sup> Décret n° 2020-809 du 29 juin 2020 relatif aux conditions d'attribution automatique aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés de leur pension de retraite.

<sup>96</sup> Circulaire CNAV / CNAF 2020-26 du 13 juillet 2020 relative au passage à la retraite des assurés titulaires de l'allocation adulte handicapé à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020. Cf. aussi pièce jointe n° 3 diffusée au réseau.

<sup>97</sup> Selon un rythme d'envoi mensuel d'un fichier Excel sur une plateforme sécurisée de la CNAV, pour cet envoi comme pour l'autre envoi national ultérieur.

**[255] La mission a pu constater le caractère parfois hétérogène de l'application par les caisses des dispositions en vigueur comme de certaines consignes des caisses nationales :**

- s'agissant du premier signalement transmis à 30 mois aux caisses de retraite :
  - la mission a pu constater au sein des caisses de retraite interrogées que, dans les faits, aucune reconstitution de carrière n'est opérée à réception de ce flux, les CARSAT considérant que cette information vient trop tôt par rapport à l'âge des 62 ans et qu'il est inutile, voire prématuré, d'engager de manière aussi anticipée une action de reconstitution de carrière ;
  - de manière plus problématique, dans trois des quatre CAF rencontrées par la mission, les personnes interrogées indiquent ne pas avoir de retour sur le régime d'affiliation de la part des caisses de retraite (pour l'une des trois CAF, celle de la Martinique, cela repose en tout état de cause *a priori* sur l'absence d'envoi de ce signalement à trente mois à la CGSS), ne permettant ainsi pas d'affiner la répartition du fichier entre régimes et de pouvoir aisément adapter les courriers transmis ultérieurement en anticipation de l'âge de 62 ans ;
- la mission a pu constater une grande variété voire une certaine confusion dans la question des échanges de données entre organismes des deux branches, certains organismes locaux doublonnant les flux nationaux CNAF / CNAV par leurs propres circuits d'échanges. Un tel foisonnement peut répondre, dans certains cas, au besoin ressenti par les caisses locales de pallier une lacune des échanges de données nationaux, ou de rajouter une étape de fiabilisation du fichier. Ainsi, la CAF des Bouches-du-Rhône procède-t-elle à trois envois à la CARSAT, dont les deux premiers, à 30 mois et 12 mois, ont pour objet de fiabiliser le régime d'affiliation de l'allocataire. Il n'en demeure pas moins qu'est sans doute nécessaire un effort de rationalisation et de vérification que les flux utilisés (s'ils sont locaux) sont bien conformes aux standards attendus en termes de périmètre du fichier et d'exhaustivité des informations transmises ;
- aucun organisme rencontré ne respecte en totalité les délais fixés par les dispositions réglementaires précitées de mise en œuvre du droit d'opposition : information au minimum 6 mois avant les 62 ans sur ce droit et exercice de ce droit par l'assuré au maximum 4 mois avant. Si certains organismes locaux, en fonction du paramétrage qu'ils ont retenu de l'envoi du fichier aux caisses de retraite (à 7 mois ou plus) mettent bien en situation la CARSAT d'adresser plus de six mois avant les 62 ans le courrier contenant l'information sur le dépôt du formulaire de demande de retraite et la mention du droit d'option, le délai de 4 mois maximum pour s'opposer n'est jamais respecté<sup>98</sup>.

**[256] La mission a par ailleurs pu constater deux situations isolées mais très problématiques.** La première a trouvé une résolution récente dans le cours de la réalisation de la mission, au sein des CAF franciliennes. Un paramétrage inadapté de l'envoi des deux signalements précités conduisait à adresser à tort les fichiers de ces CAF à la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF), qui n'exerce aucune compétence en matière de liquidation de la retraite, et pas à la CNAV, qui assure la production de l'activité retraite au sein de la région Ile-de-France. Aucun flux retour sur les dossiers individuels contenus dans les fichiers de bénéficiaires de l'AAH transmis n'était depuis juillet 2020 adressé par la CNAV à au moins une

---

<sup>98</sup> A titre d'illustration, le questions / réponses national diffusé au réseau des CAF indique d'ailleurs que le droit d'opposition peut s'exercer jusqu'à 2 mois avant les 62 ans.

des CAF concernées ; la procédure nationale prévue par les textes et par la circulaire de juillet 2020 n'était pas mise en œuvre pour ce même organisme.

[257] La seconde concerne un département d'outre-mer, pour lequel les échanges de données entre branches apparaissent à la fois incomplets et tardifs, au détriment du temps nécessaire pour que l'assuré et les techniciens de la CGSS préparent dans des conditions satisfaisantes la liquidation de la retraite de la personne :

- il n'existe pas de signalement à 30 mois permettant à la CAF de connaître le régime d'affiliation de l'allocataire ;
- le flux transmis mensuellement par la CNAV à la CGSS signalant les allocataires de l'AAH arrivant à 6 mois de la retraite ne contient pas leurs coordonnées, ce qui empêche toute préparation en amont avec eux de leur départ en retraite ;
- ce n'est que par un flux à 2 mois transmis par la caisse nationale et qui positionne par ailleurs une date d'effet de la pension de retraite à 62 ans que la CGSS dispose enfin des coordonnées de l'allocataire et peut lui envoyer un formulaire de demande de retraite à compléter. **Les délais sont ainsi fortement comprimés**, ce qui peut pénaliser l'accès des assurés à leur droit. La CGSS a donc mis en place une procédure de relance téléphonique très régulière, à une semaine, trois semaines et cinq semaines, assortie de propositions de rendez-vous physiques, pour pallier cette contrainte de temps, mais une telle situation n'est évidemment pas satisfaisante et ne peut être durable.

[258] Enfin, il convient de préciser que **le périmètre du fichier national transmis à la branche retraite couvre la quasi-totalité des personnes non bénéficiaires de l'AAH mais éligibles du fait d'une décision de la CDAPH** (mais ce n'est pas toujours le cas des fichiers locaux : par exemple, les requêtes mobilisées par les CAF franciliennes se limitent strictement aux personnes qui perçoivent l'AAH). Ce fichier national couvre deux situations :

- les personnes éligibles mais ne bénéficiant pas de l'AAH pour des raisons de conditions de ressources. Celles-ci sont incluses dans le fichier transmis aux caisses de retraite. La branche famille considère en effet qu'elles ouvrent droit à l'AAH et rentrent à ce titre dans le champ de la substitution automatique par la pension de retraite. Si cette interprétation des textes apparaît assez discutable (les dispositions législatives évoquant les « bénéficiaires de l'AAH »), l'inclusion de ce public dans le fichier est positive puisqu'elle leur permet de bénéficier d'une information sur leurs possibilités de départ en retraite. Elles sont ainsi destinataires de l'envoi du courrier d'information générique (lorsque la CAF utilise le fichier national ou un fichier local ayant le même périmètre), même si certaines mentions en sont inadaptées pour ce public (par exemple : « si vous présentez un TI égal ou supérieur à 80 %, le montant de votre AAH sera recalculé pour compléter éventuellement votre retraite ») ;
- les personnes éligibles mais ne bénéficiant pas de l'AAH du fait du non-respect des conditions de résidence<sup>99</sup>, lesquelles constituent *a priori* un public limité. Celles-ci ne sont pas incluses dans le flux de données adressé aux caisses de retraite. Ces personnes ne rentrent certes pas dans le champ de la substitution automatique mais elles sont susceptibles, en raison de conditions de résidence distinctes entre législation AAH et

---

<sup>99</sup> Résider en France depuis au moins 3 mois et être en situation régulière, c'est-à-dire avoir un titre de séjour ou récépissé de demande de renouvellement d'un titre de séjour.

retraites, de bénéficier de la retraite pour inaptitude en vertu d'un taux d'IP supérieur à 50 %. Cette situation justifierait qu'une information spécifique à ce public, mentionnant ce motif de départ pour inaptitude, puisse leur être faite par les caisses de sécurité sociale.

[259] Le périmètre du fichier national transmis apparaît ainsi globalement adéquat dans une logique d'accès aux droits, bien qu'il puisse encore être étendu à un dernier public, sans doute résiduel.

### 3.3.2 Une procédure qui ne pourra sans doute jamais, en cible, faire l'objet d'une substitution automatique

[260] En pratique, et contrairement au mode de présentation retenu de la mesure en LFSS pour 2020, le processus de transition de l'AAH vers la retraite ne se caractérise pas par une substitution automatique de l'une par l'autre. Une demande de retraite personnelle doit être transmise par la caisse de retraite à réception du deuxième signalement par la branche famille et doit être renvoyée complétée avant ses 62 ans par l'assuré.

[261] Les caisses nationales concernées avaient conscience de cette dimension potentiellement décevante du point de vue de l'allocataire, comme l'illustre le script reproduit dans l'encadré *infra*, mis à disposition des techniciens en cas de question sur la raison de l'envoi par la CARSAT d'un formulaire à remplir de demande de retraite.

*Encadré : Extrait d'un questions / réponses national diffusé par la CNAF auprès des caisses de la branche famille*

**Je suis bénéficiaire de l'AAAH, j'ai lu que la caisse de retraite allait étudier mon droit à la retraite automatiquement pourtant j'ai reçu une demande. Que dois-je faire ?**

Effectivement, votre retraite va être étudiée automatiquement par la caisse de retraite. Cependant, vous devez retourner le dossier et les pièces justificatives réclamés afin que vos droits soient calculés au plus juste et puissent vous être versés.

Vous pouvez vous rapprocher de votre caisse de retraite pour obtenir plus de renseignements.

[262] Dans les faits, la mise en œuvre de la mesure ne s'est ainsi matérialisée que par deux aspects, qui facilitent certes la transition vers la retraite mais ne permettent pas *en soi* une automaticité de celle-ci :

- la suppression de l'obligation de transmission à la CAF ou caisse de MSA du récépissé de dépôt de demande de retraite, qui devait permettre à l'organisme débiteur des prestations familiales de s'assurer du bon enclenchement des démarches de demande de retraite pour assurer la poursuite du versement de l'AAH après 62 ans (ou plutôt de l'avance constituée par ce versement, la CAF / caisse de MSA étant ensuite remboursée par la caisse de retraite des sommes trop versées à ce titre après les 62 ans). Cette simplification, qui découle implicitement de la mesure de 2020, puisqu'elle implique la liquidation *de facto* de la pension de retraite du bénéficiaire de l'AAH sans activité à 62 ans, la demande de retraite étant en quelque sorte réputée faite (même si le dossier de demande reste lui à compléter, mais ne matérialise pas une demande de retraite en tant que telle). Elle n'est évidemment

pas neutre pour l'allocataire / assuré, bien que cette formalité demeure pour la retraite complémentaire<sup>100</sup>, comme cela est mentionné d'ailleurs sur les modèles de courrier ;

- la systématisation – qui n'est pas encore une rationalisation comme évoqué *supra* au 3.3.1. – de la transmission régulière de fichiers de la branche famille vers la branche retraite comportant la liste des bénéficiaires de l'AAH concernés par la substitution et atteignant prochainement leurs 62 ans.

[263] La mise en place d'une réelle substitution automatique de l'AAH par la pension de retraite, sans dépôt de demande de retraite voire d'ASPA à effectuer, apparaît naturellement sur le plan théorique comme un horizon souhaitable, pour des personnes à l'état de santé fragilisé et parfois en difficulté voire éloignées des démarches administratives (selon le ressenti assez généralement évoqué dans les entretiens conduits par la mission au sein des organismes locaux visités). En pratique, cependant, un tel chemin est sans doute :

- très difficilement atteignable à court ou moyen terme, compte tenu du nombre important d'informations nécessaires et non connues des caisses de retraite, et parfois des autres organismes de protection sociale, voire de la sphère fiscale, qu'il convient donc de recueillir auprès de l'assuré, potentiellement inapte au travail ou non ;
- non spécifique à la population des retraités pour inaptitude ex-bénéficiaires de l'AAH (comme d'ailleurs des ex-pensionnés d'invalidité, comme évoqué *infra* au 3.2.).

[264] La demande unique de retraite personnelle est commune à l'ensemble des régimes de retraite. Elle fait l'objet d'un pilotage, notamment concernant les travaux de lisibilité et de simplification, sous l'égide de Union Retraite - GIP info retraite. Le formulaire de demande comporte trois pages de notices explicatives, retraçant notamment les pièces justificatives devant être fournies de manière générale par tout demandeur (relevé d'identité bancaire (RIB), justificatif d'état civil, deux derniers avis d'imposition), et quatre pages à renseigner, comportant les données d'identification de la personne, de situation familiale, de date de départ souhaitée, de situation d'activité ou non, ainsi que d'informations nécessaires au calcul de la retraite, notamment sur le bénéfice antérieur de telle ou telle prestation sociale.

[265] **La question des RIB que les CARSAT doivent demander aux assurés faute de pouvoir récupérer les informations auprès des CAF<sup>101</sup> a été soulevée par les caisses nationales** qui ont fait remonter au ministère en charge de la sécurité sociale des propositions d'évolution du droit sur ce point, et plus globalement sur l'échange entre organismes des informations et données utiles à l'étude d'un droit. L'annexe III développe la problématique juridique rencontrée et les évolutions législatives proposées.

[266] Si la transmission de cette information entre CAF / caisses de MSA et caisses de retraite est évidemment souhaitable, du point de vue de l'efficacité des caisses comme de la qualité de service rendu à l'assuré, elle ne constituerait cependant qu'une part limitée des obstacles s'opposant à une possible substitution automatique sans demande à produire de la part de l'assuré parce que :

---

<sup>100</sup> Les textes en vigueur sont muets sur ce point, ce qui implicitement induit le maintien de la vérification classique par la caisse que la subsidiarité de l'AAH est bien respectée par l'allocataire, en s'assurant qu'une demande de retraite complémentaire a bien été effectuée.

<sup>101</sup> Et caisses de MSA.

- d'une part, le RIB de l'allocataire connu de la CAF peut être le RIB d'un autre membre du foyer que le futur bénéficiaire d'une pension de retraite, compte tenu de la nature de l'AAH, prestation sociale de nature différentielle qui tient compte de l'ensemble des ressources du foyer au-delà de la seule situation de la personne en situation de handicap, alors que la pension de retraite est un droit contributif individuel, contrepartie de périodes cotisées – ou assimilées – par l'individu<sup>102</sup>. Le RIB connu de la CAF pourra dans certains cas différer du RIB nécessaire pour le versement de la retraite. Cela ne relativise cependant pas la simplification ainsi permise dans un nombre significatif de cas ;
- d'autre part, le RIB n'est, comme indiqué *supra*, que l'un des éléments de justificatifs transversaux nécessaires pour le calcul de la pension de retraite, avec le justificatif d'état civil et, pour des raisons d'application du niveau adéquat de prélèvements sociaux sur la pension de retraite, des deux derniers avis d'imposition ;
- enfin et surtout, la demande de renseignement des quatre pages ou d'une part significative des quatre pages suppose l'apport par l'assuré d'informations qui ne sont pas – ou pas en l'état des systèmes d'information et échanges de données disponibles – connus des organismes de retraite.

[267] Sur ce dernier point, en effet, un grand nombre des éléments nécessaires à la liquidation d'un dossier de retraite doivent être collectés par l'assuré. Les deux premières briques du formulaire, d'identification de la personne et de remplissage de ses coordonnées, peuvent être connues et donc potentiellement un jour pré-remplies par la caisse de retraite, car les CAF en disposent au titre de la gestion de l'AAH. En revanche, les troisièmes et quatrièmes briques sur la situation de famille actuelle et le conjoint, concubin ou partenaire de PACS par exemple ne peuvent ainsi être que partiellement renseignées sur la base des informations en possession des CAF : il est demandé pour la situation familiale en cours depuis quand elle perdure ou la date de naissance du partenaire (information non connue de la CAF car inutile au regard de l'examen des droits à AAH à un instant t). Il en va de même de la cinquième rubrique relative aux enfants à charge ou l'ayant été, ou de la sixième relative aux adultes handicapés ayant pu être à la charge de l'assuré.

[268] Un certain nombre de rubriques pourraient potentiellement, pour les personnes demandant une retraite pour inaptitude comme pour les autres types de demandes, faire l'objet d'une suppression ou d'un pré-remplissage à des fins de contrôle, les données étant disponibles aujourd'hui, mais non exploitées à cette fin, au sein de la sphère sociale. Il en va ainsi :

- de la dixième rubrique, relative à l'existence ou non d'un compte professionnel de prévention (C2P) au bénéfice de l'assuré, qui pourrait faire l'objet d'une alimentation par la Caisse des dépôts et consignations, gestionnaire du C2P, vers les régimes de retraite ;
- de la treizième rubrique, relative aux prestations demandées ou actuellement perçues par l'assuré, qui pourrait faire l'objet d'un pré-remplissage via l'utilisation du dispositif de ressources mensuelles (DRM), dispositif alimenté notamment par l'ensemble des organismes versant des prestations sociales aux fins, à ce jour, du calcul de l'impôt sur le revenu ainsi que des aides au logement. Celui-ci pourrait permettre d'afficher les

---

<sup>102</sup> Cette problématique pourrait être fortement réduite avec la mise en œuvre de la déconjugalisation de l'AAH, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2023 au plus tard. Cf. loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

prestations en cours de perception (mais non, en revanche, celles pour lesquelles une demande est en cours).

[269] Cette énumération, même partielle, des données nécessaires à la liquidation souligne par ailleurs implicitement que le chantier de la simplification doit être abordé plus largement qu'à travers le seul prisme d'une catégorie spécifique de départs en retraite, les items à traiter pouvant concerner potentiellement tout type d'assurés. Le chantier de la simplification du formulaire doit à ce titre être poursuivi de manière transversale plus que population par population (et même si certaines, comme les potentiels inaptes, peuvent avoir des besoins particuliers, et requièrent davantage d'accompagnement dans les démarches de demande de retraite plutôt qu'une approche par un formulaire simplifié dédié).

[270] Enfin, en tout état de cause, et même si des progrès sont réalisés dans la voie d'une simplification du formulaire en recueillant en temps réel dans le cadre de la demande de retraite des données déjà connues d'autres organismes sociaux, par une diminution des items à remplir ou par la voie d'un pré-remplissage, la demande de retraite demeurera toujours une démarche particulière au regard des autres démarches de demandes de droits sociaux, notamment par la durée de ses conséquences financières pour la personne et par son caractère « définitif », qui justifie une vigilance accrue par rapport à d'autres demandes de prestations sociales, à la fois des organismes bien sûr mais aussi de l'assuré, notamment dans la vérification des informations connues des organismes.

[271] Cela implique que l'on voit mal comment on pourrait viser à terme une totale suppression de la demande de retraite pour ce public et une pure automaticité, qui pourraient soulever un certain nombre de questions, incompréhensions et rejets de la part des assurés, et ne constitue pas nécessairement un horizon souhaitable (au contraire de la simplification du formulaire ou de son pré-remplissage total ou, de manière plus réaliste, partiel).

### 3.3.3 Une application globalement satisfaisante des règles de subrogation entre AAH et pension de retraite, malgré quelques situations circonscrites de ruptures de ressources

[272] Les dispositions du onzième alinéa de l'article L. 821-1 du CSS, non modifiées sur le fond par l'article 82 de la LFSS pour 2020 (qui se borne à ajouter un renvoi au nouvel article L. 351-7-1-A du CSS créé par ce même texte sur la transition entre AAH et retraite pour les bénéficiaires de l'AAH ne travaillant pas), prévoient :

- d'une part **le principe d'une continuité de versement de l'AAH jusqu'à ce que la personne perçoive effectivement sa pension de retraite** (le principe étant le même pour les rentes AT-MP et les pensions d'invalidité), au-delà donc de la date d'effet de la pension ;
- d'autre part que **les CAF récupèrent auprès des caisses de retraite les sommes trop versées d'AAH**<sup>103</sup>.

---

<sup>103</sup> « Lorsqu'une personne bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés se voit allouer une pension de retraite en application de l'article L. 351-7-1 A du présent code ou de l'article L. 732-30 du code rural et de la pêche maritime ou fait valoir son droit à un avantage de vieillesse, d'invalidité ou à une rente d'accident du travail, l'allocation aux adultes handicapés continue de lui être servie jusqu'à ce qu'elle perçoive effectivement l'avantage auquel elle a droit. Pour la récupération des sommes trop perçues à ce titre, les organismes visés à l'article L. 821-7 sont subrogés dans les droits des bénéficiaires vis-à-vis des organismes payeurs des avantages de vieillesse, d'invalidité ou de rentes d'accident du travail. »

[273] Le premier volet a été introduit par l'article 98 de la loi de finances pour 1983<sup>104</sup>, le second par l'article 16 de la loi du 11 février 2005<sup>105</sup>. Cette continuité de versement concerne à la fois les bénéficiaires de l'AAH ne travaillant pas et rentrant à ce titre dans le champ de la « substitution automatique » et les bénéficiaires de l'AAH qui travaillent et doivent « quérir » leur pension de retraite (en pratique, comme évoqué *supra*, la distinction juridique entre les deux catégories est plus que ténue en termes de processus de passage en retraite).

[274] La circulaire CNAF / CNAV précitée de juillet 2020 rappelle par ailleurs clairement aux organismes que « le paiement de l'AAH est maintenu jusqu'à la perception effective de la prestation de vieillesse ». Les consignes nationales aux CAF prévoient une vérification au moins tous les trois mois (un message de rappel étant émis automatiquement aux services concernés), qui peut s'effectuer auprès des régimes ou en consultant le RNCPS<sup>106</sup>.

[275] Les investigations de la mission ont mis en évidence **des problématiques de collecte des éléments nécessaires au calcul et au versement des droits auprès de certains assurés**. Elles peuvent induire dans un nombre significatif de cas des avances de trésorerie par la CAF, dans l'attente d'un versement effectif de la pension de retraite<sup>107</sup>. Cela peut avoir pour conséquence, dans certains cas très minoritaires selon les éléments recueillis par la mission, des interruptions de versement de l'AAH quelques mois après les 62 ans, même si la pension de retraite n'a pas été effectivement versée. Une problématique a notamment été soulignée par une région visitée<sup>108</sup>, où la pratique de gestion des CARSAT est de notifier à la CAF la date de début de versement de la pension, le montant de la pension et celui des arrérages, après examen par le service ordonnateur mais avant que la direction comptable et financière ne se soit prononcée sur le dossier : dans les situations où l'agence comptable ne valide pas sans délai la décision de l'ordonnateur, l'allocataire / assuré subit une rupture de ressources.

[276] **Au global, la mission a cependant constaté une application très majoritairement satisfaisante des dispositions en vigueur**, malgré la relative lourdeur de ces dossiers de subrogation en gestion pour les caisses. Dans la majorité des CAF rencontrées, il est bien attendu de disposer de l'information sur le versement de la pension de retraite avant de mettre fin aux droits à l'AAH.

[277] Les modalités de contrôle de l'attribution et du versement ou non de la pension peuvent varier selon les organismes. Certaines CAF attendent la notification de l'attribution de la pension de retraite par la CARSAT, mais cette vérification peut aussi être opérée par d'autres moyens. La CAF du Nord, par exemple, réalise un point bimensuel avec la CARSAT des Hauts-de-France sur les dossiers en instance. D'autres CAF procèdent par vérification du RNCPS, notamment à l'occasion des alertes automatiques émises par le SI de la branche famille tous les trois mois.

[278] La continuité de ressources pour les allocataires de l'AAH basculant vers la retraite apparaît ainsi assurée dans l'immense majorité des cas.

---

<sup>104</sup> Loi n° 82-1126 du 29 décembre 1982 de finances pour 1983.

<sup>105</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

<sup>106</sup> Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), qui permet aux techniciens des caisses de sécurité sociale de disposer d'une vision des prestations sociales versées à un assuré.

<sup>107</sup> Avec des volumes de bénéficiaires et montants financiers qui peuvent ne pas être négligeables : pour la CAF des Bouches-du-Rhône, à titre d'illustration, cela a représenté près de deux millions d'euros en 2021 de créances subrogées au titre de l'AAH et du RSA pour près de 950 allocataires,

<sup>108</sup> CARSAT Sud-est et CAF des Bouches-du-Rhône.

[279] **Il convient enfin de noter que cette procédure ne couvre pas les retraites complémentaires**, ce point ne relevant pas de lacunes de mise en œuvre de la réglementation mais d'un silence des textes, qui ne concernent que le régime de base. Une baisse temporaire – et rattrapable, par construction, par la suite – du niveau de vie de l'allocataire / assuré peut donc être observée de ce fait.

### 3.3.4 Des textes potentiellement contradictoires et, dans les faits, une suppression du versement de l'AAH après 62 ans aux bénéficiaires qui travaillent

[280] **L'articulation des textes du CSS relatifs au versement de l'AAH d'une part, à la transition entre perception de l'allocation et retraite d'autre part, pose difficulté :**

- les dispositions de l'article L. 821-1 du CSS dans leur rédaction issue de la loi du 11 février 2005 sur le handicap<sup>109</sup> posent le principe du caractère subsidiaire de l'AAH par rapport à certaines prestations de sécurité sociale<sup>110</sup>, conformément à sa nature de minimum social ;
- les dispositions, nouvellement introduites à l'article L. 351-7-1-A du même code par la LFSS pour 2020, prévoient une simplification de la transition de cette prestation vers la retraite.

[281] La combinaison des deux articles peut apparaître, selon la lecture des textes retenue, contradictoire. L'application de ces dispositions pose en tout état de cause question au regard des intentions affichées dans la présentation de la mesure adoptée en LFSS pour 2020, de la logique d'incitation à l'activité des allocataires de l'AAH et, de manière plus globale, des bénéficiaires de minima sociaux.

- **Un principe général de subsidiarité de l'AAH posé par la loi handicap de 2005**

[282] Le huitième alinéa de l'article L. 821-1 du CSS prévoit que « le droit à l'allocation aux adultes handicapés est ouvert lorsque la personne ne peut prétendre, au titre d'un régime de sécurité sociale, d'un régime de pension de retraite ou d'une législation particulière, à un avantage de vieillesse, à l'exclusion de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1, ou d'invalidité, à l'exclusion de la prestation complémentaire pour recours à l'aide constante d'une tierce personne visée à l'article L. 355-1, ou à une rente d'accident du travail, à l'exclusion de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne mentionnée à l'article L. 434-2, d'un montant au moins égal à cette allocation. » Ces dispositions s'inscrivent dans la logique de minimum social, de nature différentielle de l'AAH, versée en complément des prestations auxquelles l'allocataire / assuré peut avoir droit et de l'ensemble de ses autres ressources.

[283] Le bénéfice d'une pension de retraite (à taux plein) étant ouvert à 62 ans pour l'ensemble des allocataires de l'AAH, quelle que soit leur catégorie (AAH 1 ou 2, exerçant une activité professionnelle ou non), le droit à l'AAH est supprimé à compter de cet âge, dans cette logique de subsidiarité. Les dispositions du onzième alinéa précité ne font en quelque sorte que tirer les conséquences de cette bascule en organisant une continuité de ressources jusqu'au versement effectif de la pension de retraite, comme évoqué *supra*.

---

<sup>109</sup> Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

<sup>110</sup> Pensions de retraite, à l'exception de l'ASPA, d'invalidité, à l'exception de la majoration pour tierce personne, des rentes d'AT-MP, à l'exception de la prestation compensatrice pour recours à une tierce personne.

[284] Par ailleurs, pour les bénéficiaires de l'AAH 2, le versement de la prestation prend fin à 62 ans dans tous les cas : « le versement de l'allocation aux adultes handicapés au titre du présent article prend fin à l'âge auquel le bénéficiaire est réputé inapte au travail dans les conditions prévues au cinquième alinéa de l'article L. 821-1 » (quatrième alinéa de l'article L. 821-2 du CSS).

- **Des exceptions au principe général de subsidiarité de l'AAH préexistantes à la LFSS pour 2020**

[285] Deux exceptions à cette subsidiarité existaient avant la LFSS pour 2020 :

- pour les bénéficiaires de l'AAH différentielle prévue au neuvième alinéa du même article<sup>111</sup>. Cette allocation différentielle complète l'ASPA et / ou la pension de retraite lorsque le montant de l'AAH que l'allocataire percevait leur est supérieur. Elle peut être versée jusqu'au décès de la personne. L'AAH est maintenue dans cette situation à compter de 62 ans mais dans une dimension seulement complémentaire à l'avantage de vieillesse. Ce maintien est indépendant de la bascule « sur demande » ou « automatique » vers la retraite, selon que le bénéficiaire de l'AAH travaille ou pas ;
- pour les personnes ne pouvant prétendre à une pension de droits propres faute d'avoir cotisé précédemment et bénéficiant en conséquence, de manière exclusive, de l'ASPA versée par le SASPA. Dans ce cas, l'allocataire ne peut prétendre à un avantage vieillesse versé par un régime de retraite et rentre dans le champ de l'exception à la règle de subsidiarité de l'AAH, à savoir le bénéfice – exclusif de toute autre droit à retraite – de l'ASPA.

[286] Les dispositions de la LFSS pour 2020 viennent compléter le cadre législatif applicable à l'articulation entre le bénéfice de l'AAH et celui d'une pension de retraite.

- **Des compléments à la portée incertaine introduits par la LFSS pour 2020 sur la transition AAH / retraite**

[287] Cette mesure a été présentée, comme évoqué *supra* au 3.3.1., comme une simplification de la transition entre bénéfice de l'AAH et retraite, voire plus précisément d'une substitution « automatique » entre les deux dispositifs. L'écriture législative consiste en fait à introduire un âge de liquidation obligatoire de la pension de retraite à l'âge d'ouverture des droits, avec une date d'effet au premier jour du mois qui suit l'atteinte des 62 ans. L'article du CSS nouvellement créé précise que cette règle ne s'applique pas aux bénéficiaires de l'AAH qui travaillent.

- **Une première lecture dans laquelle la LFSS pour 2020 vient déroger à la subsidiarité de l'AAH pour les allocataires qui exercent une activité professionnelle**

[288] **De cette première lecture**, il pourrait être déduit que la loi plus récente et spéciale vient préciser que les dispositions relatives à la subsidiarité ne s'appliquent pas pour les bénéficiaires de l'AAH qui travaillent à 62 ans et que ceux-ci peuvent toujours prétendre après l'atteinte de cet âge au versement de l'allocation. La subsidiarité de l'AAH au regard de la pension de retraite ne s'appliquerait ainsi plus qu'aux bénéficiaires de l'AAH ne travaillant pas à 62 ans.

---

<sup>111</sup> « Lorsque cet avantage ou le montant mensuel perçu au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 est d'un montant inférieur à celui de l'allocation aux adultes handicapés, celle-ci s'ajoute à la prestation sans que le total des deux avantages puisse excéder le montant de l'allocation aux adultes handicapés ».

[289] Cette lecture est en quelque sorte renforcée par l'esprit, même si la lettre en est imprécise, de l'étude d'impact de l'article 82 de la LFSS pour 2020. Celle-ci souligne que le champ de la substitution automatique ne s'étendra pas aux bénéficiaires de l'AAH qui travaillent, dans l'optique de ne pas les priver d'une acquisition ultérieure de droits à retraite (en termes de trimestres cotisés du fait de cette activité<sup>112</sup>). Même si cela n'est pas explicitement indiqué comme tel, la lecture logique de cette présentation de la mesure conduit à considérer que rien ne change à 62 ans pour les bénéficiaires de l'AAH en activité, afin de leur permettre de poursuivre l'acquisition de droits à la retraite, sans que la prestation qu'ils perçoivent soit remise en cause. En effet, une telle remise en cause conduirait par construction à revoir les ressources globales de la personne, privée de prestations sociales et ne pouvant plus compter que sur ses seules ressources d'activité. Cela se traduirait par une bascule « subie » vers une demande de pension de retraite, à taux plein dans le cadre de l'inaptitude. L'étude d'impact semble donc privilégier une lecture incitative à la poursuite de l'activité, ne remettant pas en cause le versement de l'AAH après 62 ans.

- **Une deuxième lecture dans laquelle la subsidiarité de l'AAH n'est pas remise en cause et qui prive largement de portée la LFSS pour les bénéficiaires qui travaillent**

[290] **La CNAF a indiqué procéder à une deuxième lecture des textes, conforme à celle retenue également par la direction générale de la cohésion sociale.** Dans une telle approche, le bénéficiaire de l'AAH qui travaille ne serait pas concerné par la substitution automatique à 62 ans (qui n'a, on l'a vu, rien d'automatique en pratique). Il devrait néanmoins faire au même moment une demande de retraite au titre de la subsidiarité de l'AAH, ainsi qu'arrêter de travailler par la même occasion pour pouvoir liquider la retraite pour inaptitude à laquelle elle a droit en tant que bénéficiaire de l'allocation.

[291] La frontière est dans une telle logique ténue, voire, dans les faits, quasi inexistante, entre les deux publics. Ceux-ci doivent au même moment, avant leurs 62 ans, accomplir les mêmes démarches et remplir le même document de demande de retraite, sous peine pour les actifs de perdre toute ressource issue de prestations sociales. La seule différence pratique semble paradoxalement être que les bénéficiaires de l'AAH qui travaillent sont en fait défavorisés par rapport à ceux qui ne travaillent pas : s'ils tardent à déposer une demande de retraite avant les 62 ans, ils perdront en effet le bénéfice de toute pension à compter de cet âge et jusqu'au dépôt effectif de cette demande. Cette logique pose enfin, comme indiqué, des questions de principe de désincitation à la poursuite de l'activité de ces personnes en situation de handicap.

[292] Concernant l'articulation entre les deux législations, l'ancienne sur la subsidiarité de l'AAH (et la fin du bénéfice de l'AAH 2 à 62 ans) et la plus récente sur la substitution automatique de la retraite à l'AAH, cette deuxième lecture revient à dire qu'elles ne se placent pas sur le même plan :

- les articles L. 821-1 et L. 821-2 du CSS se positionnent sur le seul droit à l'AAH ;
- l'article L. 351-7-1-A du CSS sur le seul droit à retraite.

---

<sup>112</sup> « Afin d'éviter tout risque de limitation de la création de droits à retraite, les bénéficiaires de l'AAH encore en activité ne seront pas concernés par cette substitution automatique. Ils continueront donc à devoir procéder à une demande de retraite, qui sera calculée dans les mêmes conditions que les bénéficiaires de l'AAH concernés par la substitution automatique (bénéfice du taux plein dès 62 ans) ».

[293] Dans cette approche, ils ne se contrediraient ainsi pas. On peut cependant noter que si telle est la lecture des textes à retenir, elle n'est certainement pas optimale du point de vue des politiques publiques poursuivies, comme de l'intérêt des bénéficiaires.

- **Une application par les CAF qui fait primer la règle de subsidiarité, incitant les bénéficiaires qui exercent une activité professionnelle à y mettre fin à 62 ans**

[294] **Les données fournies par la CNAF à la mission confirment cette application par les organismes d'une subsidiarité stricte de l'AAH pour les actifs** au regard de la pension de retraite. Comme évoqué supra, au 2.3.2., les volumes constatés par âge de bénéficiaires de l'AAH en activité connaissent une division, par 3 ou 4 entre 2019 et 2021 selon les exercices, entre les 61 et les 62 ans. Les données de la CNAF précisent que les 1 000 à 1 500 allocataires en activité après 62 ans dénombrés, selon les exercices, sur la période récente, sont exclusivement des bénéficiaires de l'AAH 1 à titre différentiel<sup>113</sup>.

[295] Il est en tout état de cause assez probable que cette application par les organismes soit éloignée de l'objectif recherché par le législateur de 2020.

Tableau 8 : Nombre de bénéficiaires de l'AAH en activité (y compris AAH différentielle à compter de 62 ans) par âge ou tranche d'âge

Tranche d'âge	Année		
	2019	2020	2021
60 ans	3 751	4 145	4 529
61 ans	3 014	3 390	3 658
62 ans	761	854	1 107
Après 62 ans	1 056	1 311	1 346
<b>Total</b>	<b>8 582</b>	<b>9 700</b>	<b>10 640</b>

Source : CNAF, fichiers CNAF-ALLSTAT FR6 au titre de juin 2021, juin 2020 et juin 2019. Champ : Bénéficiaires de l'AAH âgés d'au moins 60 ans et exerçant une activité

### 3.4 Pour les CMI-i, un droit largement fictif si le bénéficiaire ne perçoit pas l'AAH

[296] En application des dispositions du 1° de l'article L. 241-3 du CASF, la carte mobilité inclusion avec mention invalidité (qui permet une priorité d'accès aux places assises dans les transports, salles d'attentes, établissements accueillant du public... pour la personne en situation de handicap comme son accompagnant) est octroyée sur leur demande aux personnes en situation de handicap dont le taux d'incapacité permanente reconnu par une MDPH est d'au moins 80 % et aux personnes invalides de catégorie 3<sup>114</sup>.

[297] S'agissant des modalités de passage à la retraite des titulaires d'une CMI-i,

<sup>113</sup> Quasi-exclusivement des travailleurs handicapés en milieu ordinaire ; on ne compte qu'entre 50 et 100 bénéficiaires de l'AAH de plus de 62 ans en ESAT selon les exercices.

<sup>114</sup> Soit les personnes « invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie » (3° de l'article L. 341-4 du CSS).

- lorsqu'ils sont pensionnaires d'invalidité de catégorie 3, l'accès à la retraite ne soulève pas de difficultés, dans la mesure où ils relèvent de la procédure quasi-automatique décrite *supra* au 3.2. ;
- lorsqu'ils relèvent d'un taux d'IP supérieur à 80 % et bénéficient de l'AAH, leur accès à la retraite ne soulève pas davantage de problème puisqu'ils relèvent de la procédure présentée *supra* au 3.3. ;
- lorsqu'ils relèvent d'un taux d'IP supérieur à 80 % et ne sont pas bénéficiaires de l'AAH, ils ont droit à une retraite à taux plein pour inaptitude de ce seul fait à compter de 62 ans.

[298] Néanmoins, les investigations de la mission auprès des trois MDPH rencontrées (Bouches-du-Rhône, Paris, Nord) ainsi que les échanges intervenus avec la CNSA confirment qu'il n'existe aucune information donnée aux titulaires de la CMI-i, et notamment à ceux qui ne bénéficient pas de l'AAH, en amont de leurs 62 ans sur le dispositif de retraite à taux plein pour inaptitude. L'Imprimerie nationale, qui édite et envoie les cartes aux bénéficiaires ne procède pas non plus à une telle information (qui ne s'inscrirait par ailleurs pas dans ses missions au titre de la gestion de la carte telles que listées aux articles D. 241-18 et suivants du CASF).

[299] Il s'agit probablement d'une source potentielle de non recours à la retraite pour inaptitude, du fait de l'absence d'information donnée aux titulaires concernés – qui ne peuvent ainsi l'être par un service public qu'à l'occasion de l'étude de la demande de retraite, si la question de l'état de santé et du handicap de l'assuré est évoquée par le technicien retraites ou par le demandeur.

[300] Il convient de souligner que les techniciens retraites interrogés dans le cadre des investigations de la mission, notamment au sein des CARSAT PACA-Corse et Hauts-de-France, ont indiqué leur connaissance de cette voie d'accès à la retraite pour inaptitude, qui constitue par ailleurs une des cases pouvant être cochée par le technicien dans l'OR, dans le cadre de la liquidation d'un dossier de retraite pour inaptitude<sup>115</sup>.

### 3.5 Certains autres publics, potentiellement concernés, ne bénéficient d'aucune information sur la retraite pour inaptitude

#### 3.5.1 Les bénéficiaires de la carte mobilité inclusion mention « priorité » (CMI-p) et non bénéficiaires de l'AAH

[301] En application des dispositions du 2° de l'article L. 241-3 du CASF, la carte mobilité inclusion avec mention « priorité » est octroyée sur sa demande à toute personne dont l'incapacité rend la station debout pénible.

[302] L'octroi de cette carte ne s'appuie pas juridiquement sur l'évaluation d'un taux d'incapacité, et celui-ci n'est établi par la MDPH que s'il est nécessaire à l'examen d'autres droits demandés par la personne en situation de handicap, ou si la MDPH procède d'elle-même, ce qui est le cas dans deux des trois MDPH rencontrées par la mission, à l'évaluation d'un taux d'incapacité. Dans ces deux MDPH, l'évaluation permet de disposer d'un outil d'appréciation globale de la situation du requérant ou de procéder à l'étude de droits auxquels il serait potentiellement éligible au-delà de

---

<sup>115</sup> A travers une mention du nom précédent du dispositif, la carte « invalidité à 80% ».

ceux qui font strictement l'objet de la demande, dans une logique d'accès aux droits et de lutte contre le non-recours.

[303] La rédaction des dispositions du 2° du I de l'article L. 241-3 du CASF est cependant ambiguë puisqu'elle fait référence à une IP inférieure à 80 %, en plus de la condition de station debout pénible précitée. Cette référence au taux de 80 % est en pratique sans portée juridique réelle puisqu'un taux d'IP au sens du CASF inférieur à 80 % peut donner droit tout aussi bien à une CMI-p qu'à une CMI pour stationnement. La différence dans l'attribution de l'une ou l'autre se fonde sur des critères qui ne relèvent aucunement d'un taux d'IP. Cette rédaction a pour seule justification de rappeler, implicitement, de manière surabondante, le seuil d'IP au-delà duquel c'est une CMI-i qui doit être attribuée par une personne en situation de handicap<sup>116</sup>.

[304] Les MDPH interrogées ont indiqué, quelle que soit leur pratique d'évaluation systématique ou non d'un taux d'incapacité permanente, qu'à dire d'expert la majorité des personnes ouvrant droit à la CMI-p correspondent à des TI supérieurs à 50 %, avec, à ce titre, des limitations fonctionnelles importantes.

[305] Si, par construction, le fait de se voir reconnaître un taux d'IP supérieur à 50 % au sens de la législation sur le handicap ne signifie aucunement être inapte au travail à plus de 50 % au sens de la législation sur les retraites, le bénéfice de la CMI-p peut cependant, en fonction de la nature de l'activité professionnelle exercée ou passée, constituer un indice de fragilité au regard de l'état de santé de la personne. Cela justifierait de délivrer à cette population, pour les titulaires de la carte qui ne bénéficient pas par ailleurs de l'AAH, une information sur la possibilité éventuelle d'une reconnaissance de l'inaptitude au travail par le médecin-conseil de l'assurance maladie.

[306] Plus globalement, se pose la question des pratiques plus ou moins systématiques d'évaluation, ainsi que de notification lorsqu'il y a évaluation, du taux d'incapacité permanente au demandeur, dans les cas où le droit qui fait l'objet de la demande ne nécessite pas, au regard de la réglementation en vigueur, de poser une telle évaluation. Cette problématique concerne, pour les personnes en situation de handicap, à la fois la RATH et les départs en retraite pour inaptitude au titre d'une incapacité permanente supérieure à 50 %.

[307] Les investigations menées par la mission dans les trois MDPH précitées ont souligné une diversité complète de pratiques :

- deux MDPH procèdent de manière systématique à l'évaluation du taux d'incapacité pour des dossiers de demande de droits ne requérant pas juridiquement une telle évaluation, à des fins d'évaluation à 360° des droits potentiels de la personne pour l'une, à des fins d'appréhension globale de la situation de la personne en situation de handicap ;
- la troisième ne procède à l'évaluation d'un TI que dans les cas strictement nécessaires à l'application de la réglementation.

[308] Cette diversité de pratiques constatée dans un échantillon trop limité de MDPH pour qu'il soit d'une quelconque manière possible de l'extrapoler illustre probablement une forte hétérogénéité sur le territoire. Elle pose la question de l'ampleur de la surcharge de travail que représenterait une évaluation systématique du taux d'incapacité, notamment à des fins d'information de droits potentiels à retraite ultérieurs.

---

<sup>116</sup> « La mention « invalidité » est attribuée à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80 % », selon les termes du 1° du I du même article du CASF.

### 3.5.2 Les bénéficiaires de la PCH ne percevant pas l'AAH

[309] Les dispositions de l'article D. 245-4 du code de l'action sociale et des familles ouvrent le droit à la prestation de compensation du handicap (PCH) à toute « personne qui présente une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités » de la vie quotidienne. Comme pour la CMI-p, l'octroi de la PCH ne nécessite pas l'évaluation d'un taux d'incapacité permanente. En pratique, cependant, et comme confirmé par les échanges intervenus avec la CNSA comme avec les trois MDPH visitées, le bénéfice de la PCH correspond à des situations de handicap lourd, altérant une ou des activités de la vie quotidienne de la personne en situation de handicap. Cette attribution correspond donc dans l'immense majorité des cas, à dire des experts interrogés, à des taux d'incapacité qui seraient retenus comme supérieurs à 80 %. A ce titre, ces personnes pourraient être considérées comme bénéficiant d'une présomption qu'elles respectent les conditions pour percevoir une retraite pour inaptitude.

[310] Comme pour les titulaires de la CMI-i et de la CMI-p, les échanges menés par la mission confirment qu'à ce jour aucune information n'est donnée à ce public sur la retraite pour inaptitude, ce qui constitue ainsi une autre source de non-recours.

### 3.5.3 Les bénéficiaires de rentes d'accidents du travail et maladies professionnelles

[311] Les personnes se voyant reconnaître un AT-MP occasionnant une incapacité permanente, non au sens de la législation sur le handicap mais de la législation sur la réparation des risques professionnels, de plus de 10 %, se voient verser une rente à ce titre, à caractère viager, par leur CPAM (articles L. 434-1 du code de la sécurité sociale et suivants).

[312] Le barème dit « d'invalidité » applicable en matière d'AT-MP diffère largement, dans sa conception même comme dans ses modalités, des règles applicables à la retraite pour inaptitude. Il repose sur une évaluation de l'ampleur des lésions causées par l'accident ou la maladie, selon un barème indicatif fournissant des fourchettes d'incapacité en fonction des types de lésion. La prise en compte du retentissement professionnel de l'AT ou de la MP n'est pas encadrée et est très inégale en fonction des DRSM voire des médecins-conseils, comme souligné notamment par le rapport du groupe de travail piloté par Rolande Ruellan de 2013<sup>117</sup>. Elle ne se place en tout état de cause, quand elle existe, pas sur le même plan que pour l'évaluation de l'inaptitude au travail.

[313] Il n'en demeure pas moins que le versement d'une rente AT-MP peut constituer *a minima* un indice de fragilité pérenne de l'état de santé de l'assuré. A ce titre, une information sur l'existence de la retraite pour inaptitude pourrait être mise en place, ce qui n'est pas fait à ce jour et constitue un risque de non-recours au droit.

---

<sup>117</sup> Rapport de Madame Rolande Ruellan de 2013 sur la réforme du dispositif de réparation de l'incapacité permanente.

### 3.6 L'information des bénéficiaires du RSA par les CAF est systématique, ce qui n'est pas le cas pour les demandeurs d'emploi

#### 3.6.1 Un intérêt à informer les bénéficiaires du RSA, du fait notamment de la proportion importante d'allocataires à l'état de santé dégradé

[314] **La mission a centré ses investigations sur les départs en retraite pour inaptitude des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) à compter de l'âge de 62 ans**, et non sur le processus plus général de transition entre le RSA et la retraite (et notamment l'ASPA), qui dépassait le cadre de la mission. Ce passage a pour mémoire fait l'objet d'une modification récente dans le cadre de la LFSS pour 2020<sup>118</sup>, l'âge maximal de bascule de ces allocataires vers la retraite ou l'ASPA étant repoussé de 65 à 67 ans<sup>119</sup>.

[315] Le bénéfice du RSA, en cohérence avec sa logique de minimum social, est soumis à un principe de subsidiarité, c'est-à-dire conditionné au fait que le foyer demandeur ait fait valoir l'ensemble de ses droits potentiels à d'autres prestations sociales, et, parmi eux, la retraite et l'ASPA (article L. 262-10 du CASF). En application de ces dispositions, les bénéficiaires du RSA reconnus inaptes au travail au sens de la législation sur les retraites doivent liquider leur retraite dès 62 ans, et peuvent, de manière dérogatoire, demander le bénéfice de l'ASPA à compter de cet âge (sans attendre 65 ans comme dans le droit commun).

[316] Les dispositions de l'article L. 262-11 du CASF<sup>120</sup> précisent que le bénéficiaire est accompagné par les CAF dans l'accomplissement des démarches visant à garantir la subsidiarité du RSA par rapport à d'autres prestations sociales (par exemple vis-à-vis des CARSAT s'agissant de la demande d'ASPA ou de retraite), et, qu'une fois ces démarches engagées, la CAF effectue des avances à l'allocataire à hauteur du RSA perçu, dans l'attente du versement effectif de la prestation sociale sollicitée<sup>121</sup>.

[317] **Pour les bénéficiaires du RSA inaptes au travail, la difficulté du respect de cette condition de subsidiarité à 62 ans par rapport à la retraite réside dans le fait que l'inaptitude n'est pas directement observable et connue des CAF**, contrairement au critère d'âge de bascule au plus tard à 67 ans à l'ASPA. Par construction, l'accès à l'inaptitude nécessite un examen par la médecine conseil de l'assurance maladie, examen que, dans la plupart des cas, l'allocataire ne pense à solliciter qu'après avoir été informé par sa caisse de retraite de l'existence de cette procédure de départ. Une sollicitation spontanée de la part de l'assuré est peu probable s'agissant d'un dispositif largement méconnu comme évoqué *supra*, au point 3.1.

[318] La question du respect par l'allocataire de la subsidiarité du RSA (voire le contrôle par la CAF de ce respect) est ainsi largement théorique. Le réel enjeu est celui de l'apport d'une

<sup>118</sup> Article 82 précité de la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, qui comporte également des dispositions sur la transition entre AAH et retraite.

<sup>119</sup> Cet âge demeure de 65 ans pour les bénéficiaires de l'AAH qui relèvent n'ayant jamais cotisé pour leur retraite et relevant du SASPA, service géré depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020 par la MSA et qui verse l'ASPA aux personnes n'ayant jamais validé de trimestres de cotisations au titre de la retraite.

<sup>120</sup> « Les organismes chargés de l'instruction des demandes et du service du revenu de solidarité active, mentionnés aux articles L. 262-15 et L. 262-16, assistent le demandeur dans les démarches rendues nécessaires pour la réalisation des obligations mentionnées à l'article L. 262-10. Une fois ces démarches engagées, l'organisme chargé du service sert, à titre d'avance, le revenu de solidarité active au bénéficiaire et, dans la limite des montants alloués, est subrogé, pour le compte du département, dans les droits du foyer vis-à-vis des organismes sociaux ou de ses débiteurs. »

<sup>121</sup> La CAF se faisant par la suite rembourser des sommes avancées par l'organisme de protection sociales débiteur du droit sollicité par l'allocataire.

information claire en amont des 62 ans à l'ensemble des bénéficiaires du RSA, par les CAF ou les CARSAT, des dispositifs de départ en retraite en cas d'état de santé dégradé. Les CAF peuvent certes, et les consignes nationales le prévoient (voir *infra*, au 3.6.2.), informer de manière ciblée les bénéficiaires du RSA percevant une pension d'invalidité (donnée connue en cas de renseignement par l'allocataire dans la déclaration trimestrielle de ressources), mais cette population ne recouvre qu'en partie le public potentiellement éligible.

[319] Au-delà de la nécessité de garantir le droit à une information effective sur la retraite, **la communication sur la retraite pour inaptitude revêt d'autant plus de pertinence que les bénéficiaires du RSA se caractérisent par un état de santé relativement dégradé.**

[320] Le panorama des minima sociaux et prestations sociales de la DREES retrace annuellement des statistiques pour le RSA et les autres minima sociaux, en les comparant à celles observées en population générale, à partir de l'enquête « Bénéficiaires de minima sociaux ». Il ressort de ces données<sup>122</sup> que :

- concernant l'état de santé déclaré : 52 % des bénéficiaires de RSA se déclarent en bonne ou très bonne santé, 27 % en assez bonne santé et 21 % font part d'un mauvais ou très mauvais état de santé, contre respectivement 77 %, 17 % et 5 % dans l'ensemble de la population de 16 à 64 ans ;
- 43 % des bénéficiaires du RSA déclarent au moins une maladie chronique<sup>123</sup> contre 32 % dans l'ensemble de la population de 16 à 64 ans ;
- 16 % se déclarent fortement limités, depuis au moins six mois, « dans les activités que les gens font habituellement »<sup>124</sup>, contre 6 % dans l'ensemble de la population de 16 à 64 ans.

### 3.6.2 Un dispositif d'information globalement correctement déployé par les organismes locaux

[321] **Le dispositif d'information de l'allocataire et d'échanges de données entre CAF et CARSAT est précisé par une circulaire CNAF / CNAV de juillet 2020<sup>125</sup>, comme cela est le cas pour l'AAH.**

[322] Certaines étapes sont communes aux transitions vers la retraite à 62 ans (pour inaptitude) et à 67 ans (pour le cas général) :

- comme pour les transitions entre AAH et retraite, la circulaire prévoit un signalement des CAF aux caisses de retraite 30 mois avant chacune des échéances, afin que les CARSAT puissent débiter la reconstitution de carrière de l'assuré (les échanges menés par la mission avec les organismes tendent à montrer que, comme pour l'AAH, cet envoi est sans doute positionné de manière trop précoce) et qu'elles transmettent dans les meilleurs délais aux CAF le régime d'affiliation de l'allocataire ;

---

<sup>122</sup> DREES, « Minima sociaux et prestations sociales, édition 2022 », fiche 15, p. 131 et suivantes.

<sup>123</sup> Non au sens de la législation de sécurité sociale et d'une affection de longue durée, mais au sens ici d'un problème de santé qui dure depuis au moins six mois.

<sup>124</sup> Ce qui peut être assimilé, dans la conception que fait la DREES de l'enquête BMS, à une situation de handicap.

<sup>125</sup> Circulaire CNAF / CNAV de juillet 2020 relative au passage à la retraite des titulaires du RSA à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020.

- la circulaire prévoit un deuxième signalement, mais dont l'échéance n'est pas précisée contrairement à la procédure de transition AAH / retraite. Il déclenche l'instruction de la demande de retraite et l'envoi du formulaire de demande de retraite à l'assuré. La CARSAT informe la CAF de l'attribution de la pension dès que celle-ci devient effective.

[323] Des précisions sont spécifiquement apportées pour la procédure de dépôt de la demande de retraite pour inaptitude à 62 ans :

- la CAF doit informer l'allocataire de l'existence de cette procédure au moins 4 mois avant les 62 ans ;
- la CARSAT doit faire retour à la CAF à chacune des étapes de la procédure, notamment en cas d'avis négatif de la médecine conseil, pour que la CAF poursuive le versement du RSA jusqu'aux 62 ans (sauf naturellement changement de situation financière, familiale ou administrative de la personne), ou pour l'informer de l'attribution d'une pension au titre de l'inaptitude.

[324] La circulaire rappelle enfin la procédure d'avances de RSA par les CAF jusqu'à perception effective de la pension de retraite, en application de l'article L. 262-11 du CASF précité.

[325] Des modèles de courriers nationaux types ont été, comme pour l'AAH, diffusés au réseau, avec un modèle transversal aux bénéficiaires du RSA atteignant les 62 ans et des modèles plus spécifiques mais qui n'épuisent pas la problématique des allocataires du RSA à l'état de santé dégradé, qui ne bénéficient pas tous, par construction, d'un revenu de remplacement à ce titre et ne sont donc pas nécessairement connus des CAF<sup>126</sup>. La connaissance de la perception de ces revenus dépend en outre de la qualité de la déclaration des ressources par l'allocataire<sup>127</sup>.

[326] Sont reproduits en pièce jointe n°4 deux courriers adressés aux bénéficiaires du RSA percevant une rente AT-MP ou percevant une pension d'invalidité (informations devant être déclarées, comme l'ensemble des ressources du foyer, par le bénéficiaire du RSA dans la déclaration trimestrielle de ressources, la personne invalide devant par ailleurs mentionner cette situation lors d'une demande de RSA dans l'onglet relatif à la condition d'activité professionnelle).

[327] **La mise en œuvre du processus de transition entre RSA et retraite pour inaptitude ne soulève pas de problématique majeure, à l'exception d'une situation localisée** d'une CAF et d'une CGSS ultramarines, identique à celle rencontrée pour l'AAH.

[328] La mission a constaté une absence de signalement à 30 mois, un flux étant adressé à la CGSS 6 mois seulement avant l'échéance par la caisse nationale mais ne contenant pas les coordonnées de contact. Seul un flux de la caisse nationale à 2 mois de l'échéance des 62 ans permettant dans cet organisme de contacter l'assuré en lui transmettant le formulaire de demande de retraite et de débiter un processus d'accompagnement, dans des délais extrêmement resserrés de remplissage du dossier de demande de retraite. Les conséquences pour l'assuré de ce retard et de cette compression des délais sont d'autant plus pénalisantes que, contrairement aux bénéficiaires

---

<sup>126</sup> Cf. pièce jointe n°4.

<sup>127</sup> Dans l'attente de l'utilisation à venir des données du dispositif de ressources mensuelles, utilisé jusqu'à présent par les organismes de sécurité sociale principalement pour le calcul des aides au logement, mais qui pourra être utilisé à l'avenir – selon un calendrier pas encore stabilisé – pour se substituer à ou pré-remplir les déclarations trimestrielles de ressources des allocataires du RSA, ainsi que de la prime d'activité ou de l'AAH, pour ceux travaillant en milieu ordinaire. Le DRM est alimenté par les données issues des déclarations sociales mensuelles des employeurs auprès des URSSAF (et caisses de MSA) ainsi que par les données de prestations sociales transmises par les organismes qui en assurent le versement.

de l'AAH pour lesquels l'inaptitude est présumée et ne nécessite pas de nouvelles formalités, les bénéficiaires du RSA doivent, dans les deux mois, accomplir les démarches nécessaires auprès du médecin traitant et attendre les résultats de l'examen de leur dossier par le médecin-conseil de l'assurance maladie - en plus des délais strictement inhérents au remplissage du dossier de demande de retraite.

[329] En dehors de cette situation très spécifique, le déploiement dans les autres organismes des deux réseaux appelle les remarques et précisions, très circonscrites, suivantes :

- l'envoi du signalement à 30 mois par les CAF aux caisses de retraite ne semble pas déclencher, d'après les éléments recueillis par la mission auprès des CARSAT interrogées, d'anticipation de la reconstitution de carrière (de manière analogue aux observations faites sur les transitions AAH / retraite). Cette situation ne s'avère pas en tant que telle problématique pour la qualité de la liquidation du dossier de retraite, l'échéance de 30 mois apparaissant pour beaucoup des interlocuteurs interrogés par la mission trop précoce au regard des événements pouvant intervenir dans la période restante jusqu'à l'atteinte des 62 ans ;
- certains organismes interrogés (CAF des Bouches-du-Rhône, CAF du Nord) ont maintenu l'envoi, 12 mois avant les 62 ans et pour les bénéficiaires du RSA connus comme invalides, d'une information sur l'obligation de procéder aux démarches, échéance qui préexistait à la circulaire de juillet 2020 et que celle-ci entendait supprimer au profit des seuls échéances des premier et deuxième signalement. Cet envoi à 12 mois n'apparaît pas en soi problématique, même s'il est sans doute peu efficient car redondant avec l'information adressée en parallèle par les CPAM aux bénéficiaires de pensions d'invalidité ;
- le courrier type national visant les bénéficiaires de RSA percevant une rente AT-MP (au regard des ressources déclarées à la CAF dans la déclaration trimestrielle de ressources par l'allocataire) ne semble qu'être rarement envoyé (seule la CAF des Bouches-du-Rhône semble transmettre un tel type de courrier). Cette omission n'est pas non plus problématique puisqu'à défaut de courrier ciblé, le bénéficiaire reçoit le courrier transversal adressé aux allocataires du RSA sur le point d'atteindre 62 ans. Celui-ci contient la même nature d'information sur l'éligibilité potentielle à la retraite pour inaptitude par la voie de la procédure médicale pour les personnes à l'état de santé dégradé.

### 3.6.3 Un dispositif d'information des demandeurs d'emploi qui ne prend pas en compte les éventuelles difficultés de santé qui justifieraient d'une orientation vers une retraite pour inaptitude

#### 3.6.3.1 Des règles relatives au passage en retraite des demandeurs d'emploi complexes et formant un ensemble peu cohérent entre législations retraite et chômage

[330] Les demandeurs d'emploi peuvent ne pas être indemnisés, auquel cas leur passage en retraite relève des procédures soit de droit commun, soit prévues dans le cadre des dispositifs qui leur assurent un revenu (le RSA notamment). Lorsqu'ils sont indemnisés par Pôle emploi, ils bénéficient de l'allocation de retour à l'emploi (ARE) ou du minimum destiné aux demandeurs d'emploi en fin de droits : allocation de solidarité spécifique (ASS).

[331] L'articulation entre le bénéfice d'une de ces deux allocations et le passage en retraite repose, sauf exception, sur le **principe de fin du bénéfice des allocations chômage à l'AOD de 62 ans**.

En effet, la réglementation prévoit que l'ASS cesse d'être versée à 62 ans dans tous les cas et, s'agissant de l'ARE, la convention d'assurance chômage précise que son versement est subordonné au fait de :

- ne pas avoir atteint l'âge d'ouverture des droits de 62 ans ;
- « ne pas bénéficier d'une retraite en application des articles L. 161-17-4 [*compte professionnel de prévention*], L. 351-1-1 [*carrières longues*], L. 351-1-3 [*retraite anticipée des travailleurs handicapés*] et L. 351-1-4 [*retraite pour incapacité permanente dite « pénibilité 2010 »*] du code de la sécurité sociale et des troisième et septième alinéas du I de l'article 41 de la loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 [*Retraite des travailleurs de l'amiante*] »<sup>128</sup>. Pour ces publics, l'indemnisation chômage cesse dès que la retraite est liquidée, y compris lorsque l'attribution de la pension intervient avant 62 ans.

[332] Toutefois, l'article 4 de la convention précise que les personnes qui ont atteint l'AOD sans remplir la condition d'assurance pour bénéficier d'une pension à taux plein, peuvent percevoir l'allocation jusqu'à justification de ce nombre de trimestres et, au plus tard, jusqu'à l'âge d'annulation de la décote (de 67 ans).

[333] Comme cela a été précisé en première partie, il résulte de ces dispositions :

- que des demandeurs d'emploi indemnisés au titre de l'ARE peuvent cumuler une pension pour inaptitude et une allocation, différentielle<sup>129</sup>, de retour à l'emploi (ARE), ceci potentiellement jusqu'à l'âge de 67 ans et en dépit du fait que l'une des conditions de bénéfice de l'ARE est, selon le même article 4, d'être « physiquement apte à l'exercice d'un emploi » ;
- le demandeur d'emploi indemnisé qui rencontre des difficultés de santé, susceptibles de justifier d'une retraite pour inaptitude, doit effectuer un arbitrage entre :
  - bénéficiaire de sa pension pour inaptitude et d'une ARE différentielle ;
  - ne pas demander de retraite pour bénéficier dans les conditions de droit commun de son ARE (et des trimestres validés qu'elle emporte), jusqu'à atteinte du taux plein.

[334] La question de l'information de ces publics à l'approche du départ en retraite est donc essentielle, même si le nombre de personnes concernées par cette problématique d'arbitrage est probablement très faible.

[335] Par construction, Pôle emploi n'est pas en état d'évaluer l'état de santé des demandeurs d'emploi ou leur éligibilité à une retraite pour inaptitude. A la demande de la mission, ont cependant été transmises des données permettant d'esquisser une approximation de ce potentiel. Deux critères ont été retenus:

- être âgé de 62 ans ou plus et être en situation de maintien de droits, c'est-à-dire continuer à bénéficier d'une indemnisation chômage jusqu'à atteinte du taux plein ;

---

<sup>128</sup> Articles 4 et 9 de l'annexe au décret n° 2019-797 du 26 juillet 2019 relatif au régime d'assurance chômage. Les mentions entre crochets relèvent de la mission.

<sup>129</sup> C'est le retraité pour inaptitude qui transmet à Pôle emploi les informations sur son montant de retraite perçu. Il n'est pas assuré que l'intégralité des pensions perçues (de base et complémentaires) soient connues de Pôle emploi ; il n'est pas davantage assuré que, dans le calcul de l'ASPA, cette situation de cumul soit correctement prise en compte.

- bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou avoir fait l'objet d'un licenciement pour inaptitude (donnée connue de Pôle emploi via les attestations transmises par les employeurs lors de la rupture du contrat de travail – et qui en précisent le motif).

[336] 5000 personnes environ remplissent ces deux critères au 31 décembre 2021 et ont donc, en toute connaissance de cause ou, au contraire, par défaut d'information, choisi de ne pas partir en retraite pour inaptitude alors qu'elles y étaient potentiellement éligibles.

Tableau 9 : Demandeurs d'emploi indemnisés en maintien de droits, ayant été licenciés pour inaptitude ou étant bénéficiaires d'une pension d'invalidité

Age au 31 décembre 2021	62 ans	63 ans	64 ans	65 ans	66 ans	67 ans
Total	1570	1079	879	741	749	5018
dont bénéficiaires d'une PI	601	248	161	101	91	1202

Source : Pôle emploi

### 3.6.3.2 Le dispositif d'information proposé par Pôle emploi au bénéfice des demandeurs d'emploi ne les met pas en situation de faire les arbitrages nécessaires

[337] Depuis janvier 2021, la CNAV transmet de manière dématérialisée à Pôle emploi les éléments de la notification de retraite (point de départ, décision d'attribution) dès le premier versement de la retraite, afin d'éviter le versement d'allocations de chômage non dues.

[338] En amont de la liquidation, une convention de partenariat signée le 5 mai 2021 entre la CNAV, Pôle emploi et l'UNEDIC vise à simplifier les démarches administratives de passage à la retraite des demandeurs d'emploi, en mettant notamment en place des actions ciblées au profit de certaines catégories (assurés ne justifiant pas du taux plein, bénéficiaires de l'ASS...) et en organisant des échanges d'information entre caisses. Dans ce cadre, Pôle Emploi s'est engagé à signaler aux CARSAT les demandeurs d'emploi âgés de 59 et 6 mois pour régulariser leur carrière et déterminer leur date d'obtention du taux plein. La convention est déclinée au niveau régional, avec la définition par les CARSAT et les directions régionales de Pôle emploi de plans d'action visant à développer l'offre de services en région (réunions d'échanges, supports spécifiques, désignation de référents, partenariat spécifique pour les dossiers urgents...).

[339] En dépit de cette coopération, qui vise à faciliter le passage en retraite du demandeur d'emploi dans les meilleures conditions – et notamment en l'informant sur ses conditions d'atteinte du taux plein –, l'information du demandeur d'emploi peut être jugée insuffisante au regard des arbitrages, évoqués *supra*, qu'un certain nombre d'entre eux peuvent être conduits à faire.

[340] Si les allocataires de l'ASS sont simplement informés que le versement de leur allocation sera définitivement interrompu à 62 ans et qu'ils doivent engager leurs démarches auprès de leur caisse de retraite, le courrier adressé aux allocataires de l'ARE (cf. pièce jointe n°4) est davantage orienté sur la question des trimestres acquis ou manquants pour atteindre le taux plein : ce qui paraît primer est que Pôle emploi soit informé que des trimestres font défaut – ce qui permet de continuer à verser l'ARE. En dépit du partenariat évoqué *supra*, le demandeur d'emploi doit donc se mobiliser pour effectuer la démarche de communiquer des informations connues de la branche retraite à l'assurance chômage.

[341] L'information apparaît donc lacunaire, pour le demandeur d'emploi, sur deux plans au moins :

- les deux modalités d'atteinte du taux plein (dès 62 ans, en partant en retraite pour inaptitude, ou ultérieurement, grâce au maintien de droits de l'ARE et avec davantage de trimestres validés) ne sont pas explicitées pour les personnes qui pourraient être en situation de faire ce choix ;
- Pôle emploi dispose d'informations sur des éléments permettant de préjuger d'une éligibilité à la retraite pour inaptitude (licenciement pour inaptitude, bénéfice d'une pension d'invalidité ou d'un arrêt de travail longue durée) qui permettraient de délivrer une information ciblée, en dépit de l'ignorance – qui est parfaitement normale – de l'état de santé réel de ces demandeurs d'emploi.

### 3.7 Le contentieux est d'ampleur limitée, avec des taux d'infirmité faibles pour les recours amiables

[342] **Le refus d'attribution d'une pension de retraite au titre de l'inaptitude est une décision qui émane de la CARSAT** que la motivation soit administrative ou médicale (la CARSAT étant liée par l'avis du médecin-conseil). La décision motivée doit être communiquée par la CARSAT à l'assuré ainsi qu'au médecin rédacteur de la demande (article R. 315-1-3 du CSS). L'assuré se voit alors proposer un départ à la retraite « normal » (avec application d'une décote) et dispose d'un délai de 2 mois à compter de la notification de refus pour contester la décision de la CARSAT.

[343] Deux types de refus doivent être distingués : les refus d'ordre administratif, dont la contestation relève alors d'une commission de recours amiable (CRA) et les refus liés à la non reconnaissance de l'inaptitude par le médecin-conseil, qui constituent le principal grief et dont les recours relèvent de la commission médicale de recours amiable (CMRA). Le recours contentieux relève dans les deux cas des tribunaux Judiciaires (TJ).

#### 3.7.1 Un recours préalable obligatoire devant la commission médicale de recours amiable

[344] **Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, un recours préalable obligatoire auprès de la commission médicale de recours amiable (CMRA)** a été instauré par la loi de réforme de la justice du XXI<sup>ème</sup> siècle<sup>130</sup> contre les refus d'attribution d'une retraite pour inaptitude liés à l'avis défavorable du médecin-conseil (articles R. 142-8 et suivants du CSS). Cette commission est également compétente pour les autres litiges médicaux de la législation de sécurité sociale.

[345] Le ressort géographique de la CMRA est celui de l'échelon régional du contrôle médical. Elle est composée de deux médecins désignés par le responsable du service médical compétent : un praticien conseil différent de celui à l'origine de la décision contestée et un médecin expert figurant sur la liste des médecins experts judiciaires devant les cours d'appel.

---

<sup>130</sup> Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>ème</sup> siècle.

*Encadré : La procédure contradictoire devant la CMRA*

Elle est prévue aux articles R. 142-8 et suivants du CSS. Le recours contre la décision est réceptionné par la CMRA qui le transmet à l'ERSM. Le praticien à l'origine de l'avis défavorable d'inaptitude transmet au secrétariat de la CMRA un rapport médical dans un délai de 10 jours à compter de la réception du recours. L'assuré se voit alors notifié sans délai, par le secrétariat de la CMRA, le rapport et l'avis. Il dispose d'un délai de 20 jours pour faire valoir ses observations.

L'assuré peut présenter des éléments administratifs et médicaux nouveaux pour appuyer son recours, y compris s'ils sont postérieurs à sa demande initiale. La CMRA procède donc à un réexamen de l'inaptitude de l'assuré en se basant sur l'état de santé de ce dernier au jour de la décision. Elle peut décider d'office, ou à la demande de l'assuré, de procéder à son examen médical (article R142-8-4), bien qu'en pratique cet examen soit exceptionnel.

Elle établit ensuite un rapport comportant son analyse du dossier, ses constatations et ses conclusions motivées, puis rend un avis qui s'impose à la caisse de retraite. Cette dernière notifie la décision à l'assuré. L'absence de décision de la caisse de retraite dans un délai de quatre mois à compter de sa saisine vaut décision implicite de rejet.

En cas de maintien de l'avis défavorable du médecin-conseil, l'assuré peut saisir le TJ dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la décision, ou de 4 mois s'il s'agit d'une décision implicite de rejet.

[346] **En 2021, 481 recours contre des avis défavorables des médecins-conseils ont été examinés par les CMRA.** Ces dossiers représentent une part très faible des dossiers examinés par la commission (moins de 2 % du total des recours). L'outil de suivi des recours et décisions des CMRA n'étant pas encore déployé sur l'ensemble du territoire par la CNAM, le taux d'infirmité au niveau national n'est pas disponible. Cependant, sur 151 recours issus des régions Hauts-de-France, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Centre-Val-de-Loire et Occitanie, **le taux d'infirmité s'élevait à 16 %.**

[347] Les infirmités des décisions des médecins-conseils s'expliquent principalement par :

- **l'évolution de l'état de santé des assurés**, puisque l'évaluation a lieu au jour où siège la CMRA, à savoir théoriquement **jusqu'à 10 mois après le dépôt de la demande initiale** de retraite pour inaptitude (4 mois pour l'examen de la demande initiale, 2 mois de délai de recours, puis jusqu'à 4 mois pour que la CMRA statue et communique sa décision à l'assuré) ;
- **l'apport par l'assuré de pièces complémentaires** : les informations médicales étant souvent incomplètes ou insuffisamment détaillées par les médecins traitants dans le CERFA, les assurés joignent généralement à l'appui de leurs recours des courriers médicaux ou des examens complémentaires.

### 3.7.2 Des recours contentieux juridictionnel en diminution

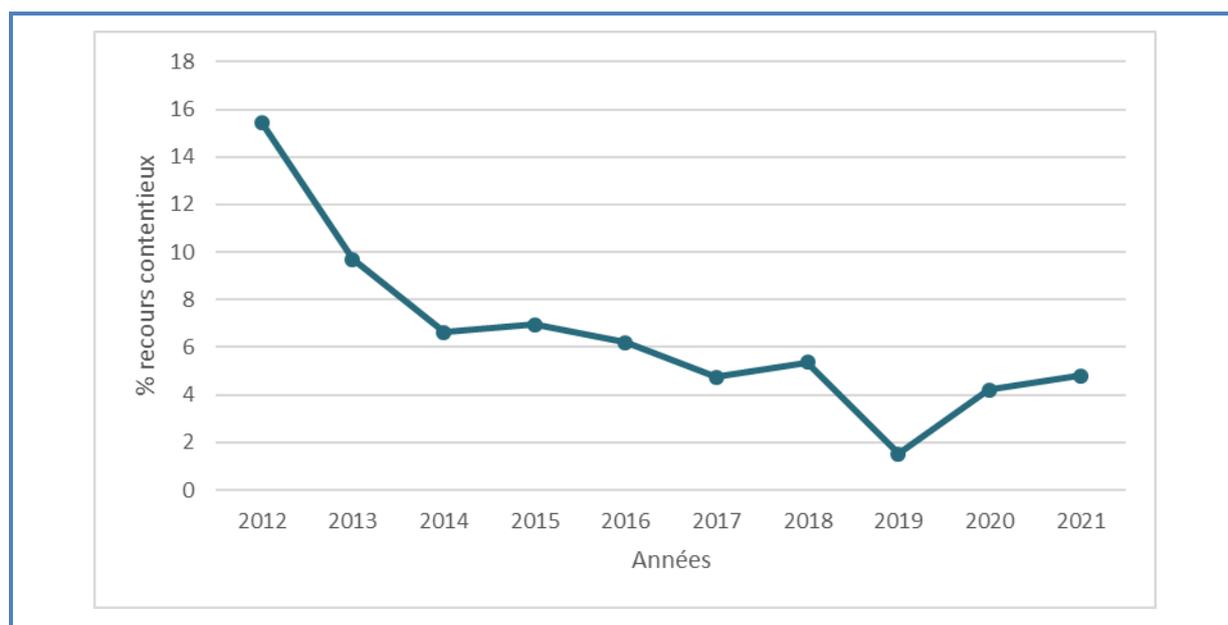
[348] **Le taux de recours contentieux contre des refus d'attribution d'une pension de retraite pour inaptitude, liés à un avis défavorable du médecin-conseil, a fortement diminué depuis 2012.** Ce taux est passé de 15,45 % en 2012 à 4,8 % en 2021.

[349] **L'augmentation du taux d'avis favorables sur la même période semble être la principale raison cette évolution.** Pour ce qui est de l'impact de la création de la CMRA, un effet notable a été constaté l'année de sa mise en place en 2019 (de 5,4 % en 2018 à 1,51 % en 2019). Un retour à des taux comparables à ceux observés avant l'instauration des CMRA a été constaté en 2020 et 2021, mais, du fait de la crise sanitaire et des difficultés organisationnelles qui en ont résulté au sein de la CNAM, cette évolution est difficile à apprécier.

[350] **Les CARSAT ont fait état de leurs difficultés à produire des éléments en défense lors des recours devant le TJ.** Les CARSAT ne sont pas compétentes pour apprécier l'état de santé des assurés et ne disposent pas des informations médicales du dossier. Elles se retrouvent donc démunies face aux moyens invoqués par les requérants et aux expertises médicales sollicitées par le juge. 68 ELSM sur les 88 interrogés lors de l'audit interne réalisé par la CNAM en 2016 soulignaient l'absence d'information systématique de la part des CARSAT en cas de recours contentieux. Il a été rapporté à la mission que les experts désignés par le tribunal demandent des précisions au médecin-conseil ou à la CMRA.

[351] **Les données sur le taux d'infirmerie des décisions des CARSAT devant les tribunaux judiciaires n'ont pu être fournies à la mission.**

Graphique 6 : Taux de contentieux judiciaire faisant suite à un avis défavorable du médecin-conseil



Source : CNAM, Calculs IGAS

## 4 Recommandations

[352] Dans la perspective annoncée d'une réforme des retraites visant à allonger la durée d'activité et retarder l'âge effectif de départ en retraite, il est nécessaire d'examiner les évolutions que pourraient connaître, dans cette hypothèse, les retraites pour inaptitude, en dépit de l'ignorance où est la mission, au stade de l'écriture du présent rapport, des détails du projet de réforme.

[353] Indépendamment des choix politiques qui seront retenus, la mission s'est surtout attachée à proposer des mesures de simplification et d'amélioration des processus de gestion des retraites

[354] pour inaptitude, lesquelles sont susceptibles d'être mises en œuvre qu'intervienne ou non une refonte globale de ce dispositif.

#### 4.1 Un dispositif d'anticipation pour les personnes en situation de handicap ou à l'état de santé dégradé demeure pleinement justifié mais requiert un pilotage plus affirmé des différentes branches et opérateurs concernés

[355] La lettre de mission note que les retraites pour inaptitude n'ont pas été substantiellement modifiées, dans leur esprit comme dans leurs modalités, à l'occasion de la création d'autres dispositifs de finalité proche et qui sont potentiellement redondants – et par ailleurs plus avantageux dès lors qu'ils permettent un départ avant l'âge légal : il s'agit notamment de la retraite anticipée des travailleurs handicapés (réforme de 2003), de la retraite pour incapacité permanente (« pénibilité 2010 ») et du compte personnel de prévention de la pénibilité - C3P - puis compte professionnel de prévention - C2P - (« pénibilité 2014 », amendée par l'ordonnance du 22 novembre 2017<sup>131</sup>).

[356] Or, une réforme du système des retraites figure parmi les objectifs du Gouvernement – et, en conséquence, l'opportunité se présente d'amender et de mettre en cohérence ces dispositifs.

##### *Encadré : Objectifs annoncés pour une réforme des retraites*

Le programme du Président de la République prévoit « un relèvement progressif de l'âge légal de départ à la retraite à 65 ans, la juste prise en compte des cas d'incapacité, des carrières longues ou pénibles (...), une mobilisation pour prévenir l'usure professionnelle et lutter contre le chômage des seniors ».

Dans son discours de politique générale prononcé devant l'Assemblée nationale le 6 juillet 2022, la Première ministre a indiqué que : « notre modèle social est un paradoxe, à la fois l'un des plus généreux et l'un de ceux où l'on travaille le moins longtemps. Notre système de retraite est une exception, alors que l'on part plus tard chez la totalité de nos voisins européens. Alors, je le dis aujourd'hui : pour la prospérité de notre pays et la pérennité de notre système par répartition, pour bâtir de nouveaux progrès sociaux, pour qu'aucun retraité avec une carrière complète n'ait une pension inférieure à 1100 euros par mois, pour sortir de situations, où le même métier ne garantit pas la même retraite ; oui, nous devons travailler progressivement un peu plus longtemps. Notre pays a besoin d'une réforme de son système de retraite. Elle ne sera pas uniforme et devra prendre en compte les carrières longues et la pénibilité. Elle devra veiller au maintien dans l'emploi des seniors. Mon Gouvernement la mènera dans la concertation avec les partenaires sociaux, en associant les parlementaires le plus en amont possible. »

[357] La mission a examiné les moyens de rendre plus lisibles et cohérents les mécanismes de départs anticipés pour les personnes inaptes, ainsi que d'en renforcer la clarté et le pilotage, en respectant deux principes :

- ne pas proposer de modification des règles applicables aux mécanismes non visés par la lettre de mission et sur lesquels la mission n'a pas conduit d'investigations (dispositifs

---

<sup>131</sup> Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention.

« pénibilité » notamment, avec lesquels une partie des objectifs de la retraite pour inaptitude se recoupent, ainsi que la RATH) ;

- s'inscrire dans la perspective d'une réforme des retraites à venir, et notamment des objectifs que le Gouvernement a affichés : une augmentation de la durée d'activité et une prise en compte des situations de travail pénible et de l'usure professionnelle, ainsi que de dégradation en cours de carrière de l'état de santé.

#### 4.1.1 Quelles que soient les évolutions des conditions de départ de droit commun, maintenir un dispositif favorable et spécifique de départ en retraite pour inaptitude, justifié par l'état de santé et l'espérance de vie des assurés concernés

[358] S'agissant du **principe même des retraites pour inaptitude**, le présent rapport établit que le profil des retraités pour inaptitude, tel qu'il ressort des travaux statistiques conduits par la CNAV à la demande de la mission (cf. 2<sup>e</sup> partie et pièces jointes 1 et 1), est marqué par des retraits précoces du marché du travail ainsi que, pour les inaptes hors ex-invalides, des carrières hachées et des durées cotisées faibles. Pour ces derniers, ces caractéristiques, additionnées à des salaires de référence faibles, conduisent au calcul de montants de pension sensiblement inférieurs à ceux des autres retraités, en dépit de la forte contribution des dispositifs de solidarité (propres à la retraite pour inaptitude – accès au taux plein sans réunion des conditions de durée d'activité – ou de droit commun : minimum de pension, validation des périodes assimilées, droits familiaux). S'agissant des ex-invalides, les périodes assimilées au titre de l'invalidité garantissent une durée d'assurance validée conséquente, mais leurs salaires de référence faibles induisent également des niveaux de pension limités (bien que légèrement supérieures à celles des autres retraités inaptes).

[359] Certes, les retraités pour inaptitude forment une population diverse puisque, on l'a vu, les ex-invalides ont des parcours professionnels plus complets et avec des salaires de référence plus élevés que les autres inaptes, et notamment les ex-AAH (cf. pièce jointe n°2 pour l'étude sur les retraités pour inaptitude des Hauts-de-France en 2020). Pour autant, ils partagent une caractéristique commune qui est, en raison de leur handicap ou de leur état de santé, une espérance de vie passée en retraite très sensiblement moindre que celle du reste de la population (au moins quatre ans d'espérance de vie en moins en retraite que les bénéficiaires d'une pension normale).

[360] Même si des conceptions politiques ou philosophiques différentes peuvent assigner au système de retraites des critères de justice sociale différents (notamment selon la hiérarchie où l'on place le principe du critère *assurantiel* des droits à pension), la mission considère que la situation objective des retraités pour inaptitude justifie des adaptations au droit commun permettant de majorer leurs droits à pension (par une majoration du montant et une anticipation des conditions de départ).

[361] Par ailleurs, la mission a observé que le passage en retraite pour inaptitude via la procédure médicale constitue une « voiture balai » indispensable qui permet de rattraper des personnes à l'état de santé, pour des raisons professionnelles ou autres, dégradé et d'offrir des conditions de départ plus favorables à des personnes qui ne sont plus en état de travailler et qui, pour nombre d'entre elles, devraient solliciter les dispositifs sociaux (indemnisation chômage ou maladie, RSA) jusqu'à l'âge de 67 ans, en l'absence de cette modalité de passage en retraite.

[362] Enfin, elle observe que les autres dispositifs de départ anticipé créés lors des dernières réformes de 2003, 2010 et 2014 ne permettent pas, en raison des conditions plus restrictives

qu'ils requièrent pour leur bénéfice, de se substituer, ni maintenant ni à terme, aux retraites pour inaptitude.

**Recommandation n°1** Conserver un dispositif de retraite pour inaptitude permettant d'anticiper le départ en retraite et de majorer le montant de pension pour les personnes handicapées ou connaissant un état de santé dégradé leur interdisant la poursuite de leur activité professionnelle

[363] S'agissant ensuite **des avantages apportés par la retraite pour inaptitude**, la mission observe que le choix a été fait lors de la réforme de 2010 d'étendre aux inaptes la mesure d'augmentation de l'âge minimum de départ et ceci dans les mêmes conditions que pour les actifs (+ 2 ans). Les comptes rendus des débats tenus au Parlement indiquent que le sujet a été peu débattu. L'amélioration des connaissances sur le profil des inaptes (notamment sur leur espérance qui n'était pas documentée dans la littérature publiée au moment de ces débats), à laquelle ont concouru les travaux de la CNAV et de la DREES et qu'entend compléter le présent rapport, permet d'aborder les choix à venir dans des conditions plus objectives.

[364] Sans prétendre se substituer à l'appréciation qui sera celle du Gouvernement puis du Parlement, la mission observe que :

- les différentiels d'espérance de vie entre inaptes et autres retraités, dont aucun élément n'indique qu'ils pourraient à l'avenir se réduire, rendent légitime une anticipation de l'âge de départ en retraite pour ces catégories. Cette anticipation est aujourd'hui très partielle : si les inaptes ont le même âge d'ouverture des droits que pour le droit commun, ils ont un accès par anticipation aux minima de pension et au taux plein sans condition de durée. Pour le dire autrement, l'avantage de la retraite pour inaptitude tient autant – voire plus – au montant de la pension qu'à l'âge de départ :
  - en cas d'augmentation de la durée d'assurance pour le droit commun, le gain associé au bénéfice du taux plein automatique à 62 ans serait accru mais le coefficient de proratisation pénaliserait en sens inverse ces assurés, la pondération de ces deux effets étant difficile à évaluer et probablement différente selon les profils individuels ;
  - en cas d'augmentation de l'AOD pour le droit commun, étendre aux inaptes la mesure conduirait à afficher un maintien des avantages relatifs actuels du dispositif, dans un contexte d'augmentation de l'âge de départ et de baisse de la durée de bénéfice de la pension – en se privant d'un instrument de résorption des disparités en matière de durée passée en retraite.

A l'inverse, créer un âge minimum de départ spécifique pour les inaptes (conservé par exemple à 62 ans, voire moins si l'on souhaite rapprocher leur régime de celui applicable aux personnes relevant des dispositifs de pénibilité) serait de nature à rendre plus visible pour les assurés la nature de l'avantage et à améliorer la solidarité au sein du système de retraite, dans le respect de ses objectifs au regard de l'équité de la durée passée en retraite<sup>132</sup> ;

---

<sup>132</sup> Cf. art L.111-2-1 du CSS issu de l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 20 janvier 2014 : « Les assurés bénéficient d'un traitement équitable au regard de la *durée de la retraite* comme du montant de leur pension, quels que soient leur sexe, leurs activités et parcours professionnels passés, leur *espérance de vie en bonne santé*, les régimes dont ils relèvent et la génération à laquelle ils appartiennent » (les mots placés en italique l'ont été par la mission).

- en cas de réforme couplant augmentation de la durée d'assurance *et* de l'AOD, les deux options précitées d'extension de la mesure d'âge aux inaptés ou de maintien de cet âge à 62 ans demeurerait possibles. Il convient cependant de noter, dans un tel scénario de réforme, les effets ambivalents pour les assurés inaptés d'un maintien de l'AOD à 62 ans. Celui-ci permettrait certes un départ plus précoce que pour les autres assurés, dans une logique de solidarité au regard de l'espérance de vie, mais dans des conditions financières dégradées, avec un effet à la baisse accru de la proratisation sur le niveau de pension. Ainsi, les assurés inaptés pourraient continuer à partir à 62 ans comme actuellement mais avec une retraite plus basse qu'aujourd'hui, alors même que le montant de leur pension est déjà très faible.
- un autre dispositif proche, celui de la retraite anticipée des travailleurs handicapés, prévoit à la fois une anticipation de l'âge de départ mais aussi une majoration de la pension (proportionnelle à la période travaillée en tant que travailleur handicapée<sup>133</sup>). Au regard des profils des inaptés, la question peut se poser d'une mesure relevant du même esprit pour les inaptés hors ex-invalides (ces derniers ayant des carrières et des montants de pension plutôt supérieurs à la moyenne des autres assurés). Pour autant, la mesure applicable aux travailleurs handicapés est justifiée par une condition d'activité professionnelle (légitimant un avantage supérieur pour ces personnes, par rapport à d'autres personnes handicapées ayant moins travaillé, voire n'ayant eu aucune activité professionnelle) ; d'autre part, l'accès anticipé aux minima de pension et au taux plein constitue d'ores et déjà un facteur important de majoration des pensions calculées.
- la réforme peut enfin être l'occasion de réfléchir sur les avantages comparés, notamment en matière d'âge de départ, de l'ensemble des départs anticipés – mais ce chantier excède le périmètre du présent rapport.

[365] Les choix qui seront retenus par le Gouvernement puis le Parlement sont ainsi susceptibles de renforcer l'avantage relatif des retraites pour inaptitude – si leur AOD devient distinct et inférieur de celui de droit commun. Que l'on considère qu'il s'agit d'un réel progrès ou qu'on estime que ce n'est que la correction d'un traitement insuffisamment équitable, la mission souligne que ce choix emporterait des conséquences importantes en matière d'information des assurés et de pilotage du dispositif, et notamment de la procédure médicale, lesquels devraient être renforcés. Des propositions en ce sens, qui apparaissent nécessaires indépendamment de la réforme susceptible d'intervenir, sont formulées *infra*.

**Recommandation n°2** Dans la perspective d'une réforme des conditions de départ en retraite, préciser les modalités d'anticipation dont bénéficient les retraités pour inaptitude, afin de tenir compte de leur espérance de vie inférieure et des objectifs d'équité au regard de la durée passée en retraite

#### 4.1.2 Toiletter les dispositions législatives pour rendre le dispositif plus compréhensible et simple d'accès pour ses bénéficiaires

[366] Indépendamment de la réforme d'ampleur des conditions de départ qui pourrait intervenir, le caractère complexe, enchevêtré et mal coordonné des dispositions législatives et réglementaires sur la retraite pour inaptitude devrait faire l'objet de l'attention du Gouvernement.

---

<sup>133</sup> Cf. II de l'article D. 351-1-5 du CSS et annexe I.

[367] En premier lieu, la mission estime qu'**une révision législative des droits au départ en retraite offre la possibilité de clarifier le droit applicable**, sans en modifier l'esprit ni parfois même la lettre, afin qu'il soit plus lisible pour les assurés et plus facilement explicable par les agents des caisses et opérateurs. Cette clarification est aussi une condition permettant d'accroître l'information donnée aux assurés et d'en améliorer la qualité, des développements étant consacrés *infra* à ce sujet essentiel, en lien avec la lutte contre le non-recours aux droits et leur bon usage.

[368] La légistique peut être mobilisée pour clarifier le périmètre des dispositifs et des publics, dans un contexte où leur régime est aujourd'hui précisé dans plusieurs codes et, au sein du code de la sécurité sociale, dans des parties différentes. La mission recommande donc, à droit constant (au sens des droits pour l'assuré, déterminés par les dispositions en cause), de revoir l'organisation du titre V du code de la sécurité sociale pour :

- regrouper en une section unique les dispositions relatives à la retraite pour inaptitude ;
- organiser l'enchaînement des articles selon la logique par publics retenue par la mission ;
- préciser la nature des avantages visés.

[369] Ainsi, l'actuelle section III relative à la pension pour inaptitude pourrait-elle comprendre quatre sous-sections :

- Sous-section 1 : Dispositions générales. Serait indiqué le principe général de bénéfice du taux plein – et le cas échéant d'un âge dérogatoire pour l'AOD – pour les personnes dont le handicap ou l'état de santé le justifie.
- Sous-section 2 : Retraite des invalides (articles L. 341-15 à L. 341-17 actuels, sur la substitution de la pension d'invalidité par la pension de vieillesse) ;
- Sous-section 3 : Retraite des personnes handicapées, avec trois articles :
  - Retraite des bénéficiaires de l'AAH (en faisant migrer les dispositions concernées depuis l'article L. 821-1 du CSS) ;
  - Retraite des personnes handicapées dont le taux d'IP est supérieur à 50 % mais ne bénéficiant pas de l'AAH (actuel article L. 351-8, 1<sup>er</sup> du CSS) ;
  - Retraite des personnes handicapées (RATH) s'étant vu reconnaître une incapacité et ayant exercé une activité professionnelle pendant une durée minimale (article L. 351-1-3 du CSS).

Il paraît en effet logique d'inclure ces personnes dans le périmètre des retraites pour inaptitude dès lors que ce sont des personnes handicapées et dont le taux d'incapacité est aujourd'hui évalué dans le même cadre que celles évoquées à l'alinéa précédent – seule la condition d'activité professionnelle les en distinguant.

- Sous-section 4 : Retraite des personnes reconnues inaptes au travail, avec un article unique, l'actuel article L. 351-7 dédié à la procédure médicale, faisant fonction de voiture-balai de la retraite pour inaptitude (et de la section).

**Recommandation n°3** Procéder, en cas de réforme législative, à un regroupement et un ordonnancement lisible des dispositions relatives aux retraites pour inaptitude dans le code de la sécurité sociale. Toiletter les dispositions résiduelles qui subsisteraient hors de la section ainsi créée.

[370] Afin de simplifier les rédactions et de rendre plus lisible le dispositif, des toilettages complémentaires du code pourraient être envisagés :

- les mentions du bénéfice du taux plein pour les trois catégories d'assurés évoquées *supra* seraient limitées à cette nouvelle sous-section :
  - l'article L. 351-8 du CSS, qui est dédié au bénéfice du taux plein, serait purgé de ses références aux inaptes avec incapacité supérieure à 50 % (1<sup>er</sup>), aux inaptes par la procédure médicale (2<sup>o</sup>) et aux travailleurs handicapés (4<sup>o</sup>bis). Il ne concernerait plus que l'âge d'annulation de la décote et d'autres catégories très circonscrites (aidants familiaux, mères de famille salariées, déportés, prisonniers de guerre) ;
  - il en irait de même pour l'article L. 821-1 du CSS, qui comprendrait les dispositions générales sur l'AAH hors retraite ;
- il serait fait une mention explicite, dans la sous-section relative aux pensions des personnes handicapées, du bénéfice de la CMI-i, prévue actuellement dans le CASF, comme condition justifiant l'accès à la retraite pour inaptitude ;
- s'agissant toujours des personnes handicapées, une option consisterait à revoir les textes d'application afin qu'un taux d'incapacité à 80 % fût retenu pour les deux dispositifs hors AAH (inaptes avec incapacité à 50 %, travailleurs handicapés), ce qui était le critère en vigueur avant l'assouplissement opéré par la réforme de 2014. En effet, l'une des difficultés en gestion pour les caisses de retraite est l'absence de document ou statut justifiant une incapacité comprise entre 50 et 79 % ; comme noté *supra*, l'outil métiers des agents de CARSAT qui liquident et calculent la pension conserve d'ailleurs une case « carte d'invalidité à 80 % » et n'a pas été modifié depuis 2014 ; une vérification aisée de la condition d'incapacité à 80 % peut en revanche être faite avec la CMI-i.

Naturellement, ce choix constituerait un recul des droits pour les personnes handicapées – même si une partie de cette catégorie de personnes dont l'incapacité est comprise entre 50 et 79 % peut théoriquement accéder à la retraite pour inaptitude via la procédure médicale, si elle en est correctement informée. Il n'apparaît cependant pas de bonne politique de faire évoluer les textes dans un sens défavorable aux assurés, et au cas d'espèce des personnes handicapées, pour pallier les difficultés administratives d'application de la loi.

Aussi une alternative consiste-t-elle sans doute à améliorer les pratiques des MDPH au double titre :

- du calcul puis de la notification des taux d'incapacité aux personnes handicapées examinées par l'équipe médico-administrative ;
- de l'information aux personnes handicapées sur le droit à retraite, avant l'âge de 62 ans ;

Il peut également être envisagé, dans certains cas d'assouplir les textes actuels pour élargir la liste des droits liés au handicap valant présomption de reconnaissance de l'inaptitude. Des propositions en ce sens sont formulées *infra* au point 4.5.

- enfin, l'existence d'une retraite anticipée au titre des incapacités en lien avec les AT-MP (« pénibilité 2010 » ou pour incapacité permanente) est source de confusion, les incapacités concernées étant déterminées selon d'autres règles, procédures et acteurs que celles de la législation sur le handicap et ce cadre impliquant fortement les mêmes médecins-conseils de l'assurance maladie et les CARSAT. Les données fournies à la mission par la CNAM ne distinguent d'ailleurs pas toujours les décisions du contrôle médical relatives à l'incapacité via la procédure médicale et les retraites pour « pénibilité 2010 ». Une dénomination

spécifique et moins ambiguë pourrait être retenue pour le dispositif issu de la loi de 2010 et, plus généralement, une réflexion gagnerait à être conduite sur l'utilisation des mots inaptitude, incapacité et invalidité dans la législation sociale – réflexion qui dépassait largement, naturellement, le cadre de la présente mission.

#### 4.1.3 Mettre en place un pilotage resserré, entre les branches et en leur sein, sous l'égide du ministère

[371] Les constats établis par la mission mettent en avant un déficit global de pilotage de ce dispositif très ancien, à tous les niveaux de décision, local et national, au sein des organismes de sécurité sociale et plus globalement de la protection sociale (si l'on y inclut les MPDH, qui ne jouent en pratique, comme évoqué *supra*, aucun rôle au profit des publics en situation de handicap et potentiellement éligibles à la retraite pour inaptitude), mais aussi du ministère en charge de la sécurité sociale :

- la procédure de reconnaissance par les médecins-conseils est caractérisée par un défaut de réel pilotage par la caisse nationale comme par les DRSM, à l'exception de démarches ponctuelles, par ailleurs extrêmement utiles, comme la réalisation d'un audit national de ce processus en 2016. Les demandes de retraite pour inaptitude ne sont pas considérées comme stratégiques, ni en termes de conséquences financières associées, ni en termes de volumes d'activité<sup>134</sup> ;
- les demandes de retraite pour inaptitude (ex-invalides inclus) représentaient 17 % du flux annuel de nouveaux retraités. Il s'agit donc pour la branche retraite, contrairement à la CNAM et au sein de la CNAM au réseau du contrôle médical, d'une volumétrie très importante au sein des dossiers à traiter. On constate certains indices de **marges de progrès internes à la branche retraite** en la matière :
  - la branche ne fixe pas d'objectifs spécifiques en termes d'indicateurs de résultats en matière de retraite pour inaptitude, que ce soit dans les indicateurs de la COG 2018-2022 ou des CPG déclinant localement cette convention. L'approche globalement portée par la CNAV est de privilégier une évaluation transversale de la performance et de la qualité de service, ce qui est un choix qui a sa pertinence. Néanmoins, cela induit le risque d'une démobilitation relative des managements locaux sur ces questions très spécifiques au regard de leur nature interbranches. On peut noter que la COG signée entre l'Etat et la CNAV pour la période 2018-2022 ne contient pas une seule mention de l'inaptitude ou de l'invalidité, sans même parler de la définition d'objectifs spécifiques ;
  - on constate une application hétérogène entre organismes des processus définis nationalement, par exemple avec la mise en place de courriers spécifiques d'information aux assurés ou à travers la mise en œuvre de partenariats avec les CAF sur les transitions entre AAH et retraite. Cela ne pose pas de difficulté en soi, s'agissant de retenir des modalités particulières de travail, mais cela soulève des questions d'équité lorsque les pratiques divergent pour les assurés entre régions ou départements ;

---

<sup>134</sup> Les dossiers de demande pour inaptitude représentaient ainsi, pour la DRSM d'Ile-de-France, entre 0,5 et 0,7 % selon les exercices entre 2017 et 2021 du nombre total des avis rendus toutes prestations confondues.

- cependant, **la principale difficulté pour la branche retraite repose sur le caractère éminemment interbranches de la ou plutôt des différentes procédures** de départ en retraite pour inaptitude, qui implique d'autres réseaux qui ont un bien moindre intérêt stratégique. La CNAV peut chercher la mobilisation des autres branches par le biais de conventions, par exemple, comme celle signée avec la branche famille en 2020 sur les transitions AAH / retraite, et des partenariats peuvent exister de longues dates en interbranches comme sur les transitions invalidité / retraite, qui donnent globalement satisfaction. Mais le degré insatisfaisant de mise en œuvre des conventions signées sur les bascules vers la retraite des allocataires de l'AAH et du RSA souligne les limites de ces approches conventionnelles sur des sujets interbranches complexes et qui peuvent ne pas être prioritaires pour tous les partenaires, rendant nécessaire une implication forte et sur le temps long des services de l'Etat ;
- le dispositif de retraite pour inaptitude souffre, en effet, globalement d'un **déficit de pilotage au niveau ministériel**, dans une double dimension :
  - comme cela a été évoqué, en termes de suivi de la bonne mise en œuvre de la réglementation en vigueur et de coordination de l'action des différentes branches, afin de garantir la fluidité de bout en bout des processus de gestion mis en place ;
  - en termes de coordination des corpus juridiques, sous l'égide de la DSS, entre les différentes législations de sécurité sociale, de l'aide sociale, de la réglementation d'assurance chômage. L'examen des modalités de conception et de mise en œuvre de l'article 82 de la LFSS pour 2020 souligne l'absence d'une vision globale, toutes administrations concernées, sur ces problématiques de transition entre différents corpus juridiques aux logiques diverses.

[372] Il apparaît ainsi nécessaire d'appuyer la branche retraite dans sa capacité à mobiliser les autres branches sur ce dispositif éminemment transversal, à travers une plus forte implication des services de l'Etat, sous l'égide de la direction de la sécurité sociale.

**Recommandation n°4** Mettre en place un groupe de travail sous l'égide de la DSS, ayant vocation à être pérennisé, et incluant les trois branches concernées ainsi que Pôle emploi, la CNSA et l'association des directeurs de MDPH, afin, dans la continuité et en cohérence avec les recommandations formulées par le rapport, de veiller à la bonne mise en œuvre de la réglementation et assurer la fluidification des transitions entre organismes

**Recommandation n°5** Inscrire dans les conventions d'objectifs et de gestion pour la période 2023-2027 de la CNAV, de la CNAF et de la CNAM, dont les négociations seront finalisées d'ici fin 2022-début 2023 des objectifs dédiés à la coordination et l'amélioration de la gestion des passages en retraite pour inaptitude

[373] De manière subsidiaire, le pilotage de l'activité contentieuse apparaît aujourd'hui inexistant. Même si le nombre de recours est en volume limité, il n'est pas anodin. En outre, la procédure précontentieuse et contentieuse se révèle à la fois éclatée juridiquement entre l'examen en CMRA qui est assuré par la DRSM et les recours juridictionnels qui sont du ressort de la CARSAT. Il apparaîtrait utile d'instaurer au niveau national comme régional un dialogue de gestion annuel entre le service du contrôle médical et les organismes de retraite afin de veiller à une meilleure fluidité dans la répartition des rôles au sein de cette procédure complexe.

#### 4.1.4 Améliorer la connaissance au fil de l'eau des profils des bénéficiaires du dispositif, notamment en affinant les données de gestion des caisses de retraite

[374] La connaissance de la population des retraités pour inaptitude, de leurs parcours professionnels, du montant et de la composition de leur pension, de leur état de santé et de leur espérance de vie, peut être qualifiée de contrastée :

- les productions régulières de la CNAV permettent de connaître avec précision l'espérance de vie à la retraite, les profils de carrière, les secteurs d'activité dont les retraités pour inaptitude sont issus, le montant de leur pension de retraite et sa composition, etc. ;
- cette connaissance est aussi parcellaire dès lors qu'il s'agit de détailler les différentes catégories de retraités pour inaptitude hors ex-invalides, en raison de l'inadaptation des informations renseignées dans l'OR par les techniciens des caisses mais aussi des lacunes dans la remontée dans les systèmes d'information décisionnelle de la branche. Cette situation ne permet pas la réalisation de requêtes, de manière aisée et automatique, de certaines des informations pourtant complétées dans l'OR par les techniciens.

[375] Ainsi, les situations administratives qui peuvent être renseignées par le technicien retraites dans l'OR au sein de l'ensemble des demandes de retraite pour inaptitude sont lacunaires ou, pour certaines, datées :

- la sollicitation d'un départ via la procédure médicale se fait via la case historiquement désignée comme « attente décision CRAM », les intitulés n'ayant pas été modifiés sur ce point depuis la mise en œuvre de la loi organisant la disparition des CRAM au 1er avril 2009<sup>135</sup> ;
- le bénéfice d'une CMI-i se fait via une case relative à la « carte d'invalidité à 80 % », ancienne dénomination de la CMI-i, l'intitulé de l'OR n'ayant pas été modifié sur ce point depuis le changement de dénomination de la carte au 1er janvier 2017 ;
- les situations de bénéfice présumé de la retraite pour inaptitude au titre d'une incapacité permanente supérieure à 50 % autres que celle de l'usage de la CMI-i ne peuvent être renseignées<sup>136</sup>.

---

<sup>135</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>136</sup> Cette situation peut concerner, par exemple, des personnes éligibles à l'AAH en termes de taux d'IP (voire de RSDAE pour les IP comprises entre 50 et 79 %) mais non bénéficiaires de cette prestation pour des raisons administratives (niveau des ressources du foyer, condition de résidence notamment), ou des personnes s'étant vu notifier un taux d'IP supérieur à 50 % par la MDPH sans attribution d'un droit lié à cette condition de taux d'IP. Cela peut être observé dans certaines MDPH, bien que cela ne soit pas conforme aux orientations, non contraignantes, élaborées par la CNSA sur ce point. Cf Guide pratique de la CNSA de juillet 2017 : « Les changements introduits par la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites - Les évolutions apportées par la LFSS 2017 » : « en application des principes posés par le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, en dehors des particularités introduites pour les situations de déficiences sensorielles isolées, le taux d'incapacité est déterminé en fonction du niveau des conséquences dans les différents aspects de la vie de la personne concernée ce qui peut conduire à devoir solliciter des informations complémentaires ou à fixer le taux sans avoir toutes les données nécessaires avec les risques contentieux pouvant en découler. En conséquence, dès lors que le taux d'incapacité ne fait pas partie des critères réglementaires pour les droits ou prestations pouvant répondre aux besoins de la personne sollicitant la MDPH, il n'est pas souhaitable de déterminer un taux d'incapacité pour ces dossiers. Il n'est de plus pas souhaitable que l'ensemble des notifications produites comporte l'indication d'un taux d'incapacité, ce dernier ne devant être indiqué que lorsqu'il est prévu dans la réglementation en tant que critère d'éligibilité (ne sont donc ici concernés que l'allocation d'éducation enfant handicapé, l'allocation aux adultes handicapés, les cartes d'invalidité et

[376] Ces constats emportent trois types de conséquences :

- une insécurité juridique pour les assurés potentiellement concernés : confronté à une demande au titre d'une de ces situations, le technicien retraite sera contraint à « forcer » le renseignement d'une case non adaptée à cette fin (« bénéficiaire de l'AAH » par exemple pour une personne en situation de handicap qui est simplement éligible à cette prestation sur le terrain de l'évaluation médico-sociale mais pas en termes de ressources ou de respect d'autres conditions administratives) ;
- la fragilisation de la connaissance de la réglementation par les agents, compte tenu du caractère profondément structurant de l'OR et des instructions techniques guidant son remplissage. Comme dans les autres organismes de sécurité sociale sur d'autres pans de la législation, les agents n'utilisent jamais ou très rarement les textes législatifs et réglementaires, voire les circulaires d'application et lettres au réseau émises par la caisse nationale. L'outil de liquidation des droits et les instructions techniques sont ainsi le support majeur et quasi exclusif de transmission de la connaissance ;
- l'impossibilité de disposer de statistiques locales comme nationales sur l'un des quatre motifs de départs en retraite pour inaptitude, ne permettant pas de disposer d'un panorama complet par type de départs.

[377] Enfin, la mission a pu constater que certaines données renseignées dans l'OR ne remontent pas automatiquement dans les systèmes d'information décisionnels régionaux comme nationaux de la branche retraite – à titre d'exemple, le nombre de départs en retraite pour inaptitude au titre de la CMI-i – ce qui ne permet pas de requêter aisément sur de telles données, notamment au niveau des caisses régionales.

[378] Il apparaît ainsi nécessaire de rendre exhaustive l'architecture des situations de demande de retraite pour inaptitude pouvant être renseignées dans l'OR, afin de faciliter la tâche des techniciens retraite et de consolider au fil de l'eau des rendus statistiques de chacune des catégories permettant un départ en retraite au titre de l'inaptitude.

[379] De manière subsidiaire, compléter l'architecture des motifs de départ en retraite dans l'OR pourrait être l'occasion de rénover les intitulés de certaines catégories ou formulations des modalités de départs, certaines étant obsolètes depuis plus de dix ans.

**Recommandation n°6** Permettre un renseignement dans l'outil retraite par le technicien retraites de l'ensemble des dispositifs juridiques particuliers permettant de partir en retraite pour inaptitude et une consolidation statistique des données par dispositif au niveau régional et national.

**Recommandation n°7** Enrichir d'une information plus détaillée sur les différents motifs de départs pour inaptitude les informations produites dans le cadre du REPSS retraite annexé annuellement au PLFSS

[380] En complément de cette meilleure connaissance statistique des différents dispositifs juridiques de départ en retraite pour inaptitude, il serait utile que la CNAV puisse à l'avenir produire des données sur l'espérance de vie à 60 ans respective, au sein de la population des

---

de priorité, le complément de ressources et l'allocation compensatrice). Il n'est donc pas souhaitable de mentionner un taux d'incapacité sur toutes les notifications de décisions prises par la CDAPH. »

inaptes hors ex-invalides, des bénéficiaires de l'AAH, de la reconnaissance dans le cadre de la procédure médicale, de la CMI-i et des autres personnes en situation de handicap dont le taux d'IP est supérieur à 50 %.

[381] Des marges de progrès existent également en matière de connaissance des publics recourant à la procédure de reconnaissance par la médecine conseil. En l'état actuel des processus de travail, les DRSM interrogées par la mission – à l'exception de celle de la Martinique – ont mis en avant la lourdeur du recours à des requêtes dans le SNIIRAM pour compléter ou vérifier les éléments transmis par le médecin traitant en allant rechercher la consommation de soins de l'assuré ou le profil des arrêts de travail. Au niveau national, la direction de la stratégie, des études et des statistiques de la CNAM a indiqué à la mission ne pas avoir procédé à date à des analyses croisant les données issues du SNIIRAM avec celles issues d'Hippocrate. Cette voie d'amélioration concernerait à la fois l'activité d'examen des dossiers et de contrôle des éléments fournis par le médecin traitant au sein des ELSM et les possibilités d'analyse statistique de la population des retraités pour inaptitude. Sur ce dernier point, il pourrait, à terme, en être tiré des modèles de *data mining*, au regard des consommations de soins observées sur les retraités partis via la procédure médicale, ce qui permettrait de mener des actions de lutte contre le non-recours au sein des fichiers de l'assurance maladie (hors pensionnés d'invalidité). Il s'agit évidemment, concernant l'usage du *data mining* pour cibler les actions d'information et de lutte contre le non-recours, d'une perspective de moyen à long terme.

**Recommandation n°8** Développer l'utilisation de requêtes en ELSM mobilisant le SNIIRAM pour connaître la consommation de soins et le profil d'arrêts de travail des personnes recourant à la retraite pour inaptitude. Mener au niveau national des études croisant les données d'Hippocrate et celles du SNIIRAM afin de mieux connaître le profil de santé des retraités pour inaptitude partis via la procédure médicale. Tester, à terme, une démarche de *data mining* auprès d'assurés non invalides sur la base des enseignements tirés de tels croisements

[382] Enfin, la connaissance des personnes en situation de handicap non bénéficiaires de l'AAH et éligibles ou potentiellement éligibles à la retraite pour inaptitude pourrait être substantiellement améliorée. Seule une des trois MDPH interrogées par la mission a été en mesure de fournir des données sur le volume de titulaires de la CMI-i, de la CMI-p et de la PCH non touchés par ailleurs en tant que bénéficiaires de l'AAH par une procédure d'information et d'accompagnement vers la retraite pour inaptitude. En l'état du déploiement du SI MDPH national, aucune consolidation nationale de telles données n'a pu être établie par la CNSA. Il s'agit d'une amélioration qui serait très utile pour mieux connaître les populations de personnes en situation de handicap éligibles ou potentiellement éligibles à la retraite pour inaptitude.

## 4.2 La procédure médicale doit être améliorée tant au plan des pratiques d'évaluation mobilisées que des procédures administratives mises en oeuvre

### 4.2.1 Améliorer les modalités d'évaluation, aujourd'hui peu réfléchies, de l'inaptitude au travail

[383] La procédure de rendu d'un avis médical présente une originalité forte : absence de barème, décision individuelle du praticien conseil, le plus souvent sur pièces et sur la foi de formulaires médicaux, souvent lacunaires, du médecin traitant, ambiguïté ou flou des critères à prendre en compte en matière de santé et de capacités de travail, caractère binaire de la décision qui ne peut être que de rejet ou d'acceptation.

[384] Les médecins-conseils rencontrés par la mission ont conscience de la difficulté de l'exercice. Or, l'hypothèse existe que la retraite pour inaptitude voie ses avantages relatifs renforcés voire ses effectifs de demandeurs accrus, à l'occasion d'une prochaine réforme des retraites, ce qui plaide pour une vigilance accrue des pouvoirs publics sur cette voie d'entrée en retraite.

[385] La mission a examiné plusieurs voies d'évolution envisageables sur ces sujets, qui devront être étudiées et approfondies par la CNAM notamment.

#### 4.2.1.1 La détermination d'un barème propre à l'inaptitude au travail semble un objectif inatteignable dans des délais raisonnables et peut-être inopportun

[386] L'idée de soumettre la décision à un barème est la première idée qui vient à l'esprit, notamment au regard de l'existence de tels outils en matière d'évaluation du handicap et des préjudices liés aux AT-MP. De fait, en l'absence de barème *ad hoc*, plusieurs médecins-conseils ont rapporté qu'ils pouvaient être conduits à s'inspirer d'autres barèmes, qu'ils pratiquent comme celui des AT-MP ou qu'ils jugent intéressant, en raison de sa prise en compte du retentissement fonctionnel des problèmes de santé, comme celui du handicap.

[387] Pour autant, les médecins auditionnés par la mission ont soulevé plusieurs objections au principe de recours à un barème :

- l'aspect proprement médical de la décision n'est pas celui qui soulève le plus de difficultés ; c'est bien l'évaluation des capacités à exercer ou conserver une activité professionnelle (dans l'emploi occupé ou, le plus souvent, pour tout type d'emploi) qui est le plus délicat. C'est le contenu de la définition réglementaire de l'inaptitude qui est, majoritairement, à l'origine de leurs questions et un barème médical n'apporterait que des réponses partielles et sans doute moins efficaces qu'un meilleur encadrement de la définition de l'inaptitude ;
- de surcroît, de nombreux médecins admettent que, *nolens volens*, ils peuvent être conduits à prendre en compte des considérations sociales (nature de l'activité exercée, revenus, configuration familiale...). Autant d'angles d'examen de la situation de l'assuré qui résistent à l'idée d'un barème d'évaluation, même si, unanimement, les médecins rencontrés souhaitent se prononcer sur des critères médicaux avant tout.

[388] Comme on connaît, d'autre part, les délais et difficultés à élaborer des barèmes dans le champ social, la mission estime que cette voie d'évolution n'est pas souhaitable.

#### 4.2.1.2 Des mécanismes de décision collégiale pourraient être de nature, pour les cas qui le justifient, à faciliter l'évaluation

[389] La nature pluri-disciplinaire des questions posées au médecin-conseil peut justifier d'examiner une autre voie : celle d'une collégialité accrue des décisions.

[390] Cette collégialité peut être conçue au profit d'une **inter-disciplinarité avec médecins du travail et intervenants sociaux** (assistantes sociales, conseillers de Pôle emploi) ou peut être **purement médicale, et développée entre pairs**.

[391] **Ces deux logiques pourraient trouver à s'appliquer concernant les dossiers ou types de dossiers estimés par le réseau comme complexes**. Au cours des auditions conduites par la mission, ce sont les pathologies psychiatriques qui ont le plus fréquemment été évoquées. Il a ainsi été noté que ces dossiers étaient les plus difficiles à évaluer, dans un contexte où, par ailleurs, les

dossiers médicaux adressés par des médecins psychiatres étaient souvent mal ou peu remplis, ce qui obligeait plus fréquemment à contacter le médecin traitant (au sens de la loi de 2004) voire à effectuer une requête sur le système informationnel régional de l'assurance maladie SIAM-ERASME.

- **Des mécanismes associant les angles d'examen médicaux et sociaux**

[392] Deux précédents militent en ce sens : l'expérience des équipes médico-administratives des MDPH qui se prononcent sur les droits des personnes handicapées et procèdent à une évaluation globale et multidimensionnelle de la personne ; le déploiement en cours des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle qui reposent sur une interaction accrue entre services sociaux et de l'emploi, médecine du travail et assurance maladie.

[393] L'intérêt de ces approches explique qu'une réflexion soit en cours entre l'Etat et l'assurance maladie pour aller vers une plus grande collégialité des décisions, le justifiant au regard de leur complexité, en matière d'invalidité. Une expérimentation est envisagée sur ce sujet. L'invalidité constitue naturellement un enjeu plus stratégique pour l'assurance maladie au regard des montants en jeu (résultant du nombre de bénéficiaires, du montant et de la durée de versement de la prestation) et de sa responsabilité directe dans la gestion du risque. Il apparaît donc logique que cette expérimentation soit prioritaire au regard des réflexions du présent rapport sur l'inaptitude ; il apparaît également difficile de mener conjointement deux expérimentations, l'une sur l'invalidité, l'autre sur l'inaptitude.

[394] Pour autant, et les sujets et les acteurs étant proches, la mission estime utile qu'une réflexion en quelque sorte connexe soit conduite, à l'occasion du déploiement de l'expérimentation invalidité, sur la collégialité inter-disciplinaire en matière d'inaptitude au travail.

[395] En outre, il convient de souligner que certaines des recommandations de ce rapport, si elles étaient mises en œuvre, permettraient potentiellement de limiter le flux de demandes au titre de la procédure médicale et d'alléger la charge d'activité des DRSM<sup>137</sup>. Les recommandations 21 à 25 développées *infra* dans le rapport visent à informer les titulaires de droits reconnus par les MDPH et à assouplir les conditions de bénéfice de la présomption d'inaptitude pour les personnes en situation de handicap. Leur mise en œuvre devrait limiter le volume des demandes de reconnaissance par la médecine conseil. Faute de communication sur le droit associé à la CMI-i, certaines personnes en situation de handicap partent probablement aujourd'hui à la retraite pour inaptitude via la procédure médicale. Cette proportion est évidemment impossible à quantifier, de telles situations n'étant pas retracées dans l'OR.

- **Des mécanismes de recours à une expertise complémentaire**

[396] En matière plus proprement médicale, une collégialité accrue pourrait être promue pour les cas complexes le nécessitant.

[397] Une réflexion pourrait être conduite au sein de l'assurance maladie<sup>138</sup> pour déterminer les cas complexes (concernant les pathologies psychiatriques ou d'autres types de demandes),

---

<sup>137</sup> Charge d'activité dont il convient de noter qu'elle n'a été évoquée comme problématique par aucune des quatre DRSM rencontrées par la mission, s'agissant de dossiers perçus, comme évoqué *supra*, marginaux en volume et peu complexes.

<sup>138</sup> Cette démarche a été menée en matière de reconnaissance des risques psycho-sociaux au sein de la branche AT-MP et a conduit à recourir à un praticien spécialiste pour l'examen de ces dossiers en commission régionale de reconnaissance des maladies professionnelles.

justifiant, non pas de prendre des décisions collégiales, mais plus probablement de recourir à une expertise extérieure pour compléter l'appréciation du médecin-conseil et concourir à sa décision.

**Recommandation n°9** A l'occasion du déploiement de l'expérimentation d'une collégialité accrue pour les décisions complexes rendues sur l'invalidité, prévoir une extension de la démarche aux retraites pour inaptitude. Déterminer une liste de cas complexes pouvant justifier le recours à une expertise médicale complémentaire, destinée à éclairer la décision du service médical

#### 4.2.1.3 Le pilotage interne du contrôle médical devra être renforcé

[398] Malgré les outils de contrôle interne habituels, qui conduisent à faire examiner de 10 à 20 % des décisions par le médecin chef de l'échelon local, l'appréciation de l'inaptitude relève d'une décision solitaire du médecin-conseil. Des marges de progrès internes à la branche, et ne nécessitant pas comme les recommandations précédentes de recours à des expertises extérieures, existent pour améliorer la qualité et l'uniformité des décisions.

- **Reconduire un audit, enrichi d'une analyse qualitative sur un échantillon représentatif de dossier, pour objectiver les différences de pratiques et le respect des procédures**

[399] En 2016, un audit a été conduit au sein du réseau pour évaluer l'adéquation des pratiques aux procédures métier et améliorer ainsi la qualité. Ses résultats ont été diffusés par lettre réseau<sup>139</sup>. Au-delà des chiffres qu'il fournit sur le degré de conformité des pratiques, ce document est intéressant en raison des verbatim ou commentaires des médecins qui y sont reproduits, visant à éclairer sur leurs difficultés.

[400] Il serait utile de reconduire cet exercice afin que des réponses soient apportées aux questions qui étaient soulevées (par exemple sur la faculté de statuer, sur le fondement des pièces médicales, en faveur d'une MTP même en l'absence de demande de la CARSAT) et de tenir compte de l'évolution du contexte (nouvelles technologies d'échange avec les médecins du travail et médecins traitants notamment).

[401] Par ailleurs, la diffusion des résultats de ce nouvel audit pourrait s'accompagner d'une analyse plus qualitative, par la tête de réseau nationale, d'un panel de dossiers complexes ou signalés, afin de diffuser les méthodes et procédures adaptées sur ceux-ci. Seraient :

- mobilisées les statistiques issues de l'applicatif Hippocrate pour identifier les dossiers ;
- élaborée une doctrine sur le recueil et l'utilisation des données de consommation de soins pour les dossiers le nécessitant ;
- conduites des revues de dossiers communes associant CNAM et échelons locaux volontaires (pour proposer des recommandations de traitement de types de dossiers).

**Recommandation n°10** Conduire un nouvel exercice d'audit, enrichi, sur les pratiques au sein du réseau du service médical

<sup>139</sup> Lettre-réseau LR-DDO-20/2017 : « Audit national 2016 sur le thème de l'inaptitude : synthèse des résultats »

[402] L'assurance maladie peut déjà avoir recours à de nombreuses grilles médicales existantes, permettant d'apprécier et d'objectiver l'état de santé des patients pour les pathologies les plus graves. L'objet de l'audit serait de les compléter en ciblant les cas les plus fréquents ou complexes et en proposant des outils adaptés d'examen.

- **Dresser un bilan des schéma d'organisation des échelons régionaux en matière d'inaptitude**

[403] Dans les sites visités par la mission, des réflexions sont en cours sur l'organisation la plus adaptée au traitement des demandes d'inaptitude. L'organisation la plus classique est territoriale et non spécialisée : chaque médecin-conseil de chaque échelon local traite, en routine, des dossiers d'inaptitude des assurés relevant de sa « circonscription » ou de la patientèle des professionnels de santé libéraux qu'il suit. Cette organisation reste probablement la plus adaptée pour les échelons locaux de taille réduite à moyenne. Mais dans les échelons importants qu'a visités la mission, la spécialisation ou la mutualisation de l'activité peuvent être envisagés.

[404] En théorie, la mutualisation ou la spécialisation se prêtent bien à des activités à faible volume et à forte technicité, pour lesquelles une qualité accrue ou une standardisation sont recherchées. Les dossiers d'inaptitude ne présentent cependant pas toutes ces caractéristiques. Aussi, sans s'être forgé de conviction sur l'organisation optimale, la mission recommande de faire à terme un bilan des initiatives qui ont éclos – en tenant compte notamment des capacités humaines (ETP, postes pourvus et vacants) au sein du réseau.

**Recommandation n°11** Prévoir dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion de l'assurance maladie le déploiement d'expérimentations d'organisations centralisées ou mutualisées d'examen des demandes de reconnaissance d'inaptitude, ainsi que la réalisation d'un bilan et la diffusion au réseau de bonnes pratiques avant échéance de cette COG

#### 4.2.2 Moderniser les procédures administratives liées à la procédure médicale

##### 4.2.2.1 Favoriser la dématérialisation des échanges entre médecins traitants, médecins du travail et médecins-conseils

[405] La procédure de reconnaissance de l'inaptitude au travail requiert une collaboration étroite entre le médecin-conseil et le médecin traitant rédacteur de la demande. Le médecin du travail n'y participe quant à lui que dans de très rares cas.

[406] Les circuits de transmission actuels des formulaires CERFA aux médecins-conseils ne sont pas satisfaisants. Face aux violations du secret médical mises en évidence par le présent rapport, ainsi qu'aux risques d'erreur humaine et à l'allongement des délais de traitements de certains dossiers qui en résulte, **la transmission directe des formulaires médicaux aux médecins-conseils doit être privilégiée, la CARSAT ne devant plus servir d'intermédiaire dans ces échanges.**

[407] À cette fin, la dématérialisation des demandes d'avis médicaux pour inaptitude pourrait permettre de fluidifier les circuits de transmission et de simplifier l'examen des demandes par les médecins-conseils.

[408] Dans une première hypothèse, cette dématérialisation pourrait prendre la forme d'un télé service. Un des avantages serait que seuls les formulaires dont les champs obligatoires seraient correctement renseignés parviendraient aux médecins-conseils, qui n'auraient alors plus besoin

d'entrer en contact avec le médecin ou le patient pour obtenir les informations nécessaires à l'évaluation de l'inaptitude manquantes.

[409] Mais une telle option se heurte à plusieurs obstacles :

- **la part infime des demandes d'inaptitude au sein de l'activité des médecins concernés** interroge quant à la généralisation de cet outil pour les demandes d'inaptitude. Les difficultés déjà rencontrées pour des prescriptions beaucoup plus fréquentes (arrêts de travail ou demandes d'ALD) justifient que la création d'un télé service pour les demandes d'inaptitude ne soit pas une priorité de la CNAM ;
- **le formulaire CERFA doit être rempli par le médecin, mais également par le patient** en ce qui concerne la partie administrative et les activités professionnelles exercées au cours de son existence. Or, par définition, le patient n'a pas accès aux messageries numériques qui permettent les échanges entre professionnels de santé.

[410] Dans une seconde hypothèse, l'outil d'échanges médicaux sécurisés (EMS), outil développé dans Ameli-Pro pour permettre les échanges, et notamment l'envoi de pièces jointes, entre les praticiens libéraux et les médecins-conseils, pourrait être mobilisé. Une limite actuelle de cet outil est qu'il est utilisé exclusivement par les professionnels de santé libéraux. Les médecins hospitaliers, qui peuvent remplir les formulaires de demande d'inaptitude, y recourent très peu.

[411] **Pour ces raisons, la mission recommande la coexistence potentielle de deux circuits de transmission à l'ERSM :**

- l'envoi d'un volet purement médical du formulaire de demande<sup>140</sup>, soit par le médecin traitant via l'EMS de manière numérisée, soit sous format papier par l'assuré ou son médecin traitant ;
- l'envoi sous format papier du volet administratif, soit directement sur support papier par le patient, soit de manière numérisée par le médecin traitant, dans le cas où l'assuré a rempli ces éléments préalablement à la consultation.

[412] Une fois parvenu à la médecine conseil, le dossier d'inaptitude ne serait étudié qu'après transmission par la CARSAT à l'ERSM d'une information de la réception du dossier de demande de retraite pour inaptitude, et de vérification de sa recevabilité administrative, afin d'éviter des avis médicaux inutiles des médecins-conseils.

**Recommandation n°12** Limiter les mouvements des formulaires CERFA entre CARSAT et services médicaux et organiser leur transmission numérisée, via l'outil d'échanges médicaux sécurisés d'Ameli-Pro

#### 4.2.2.2 Favoriser la prise en compte de la dimension fonctionnelle dans l'évaluation de l'état de santé des patients, grâce à une rénovation du formulaire de demande

[413] Les formulaires CERFA destinés aux médecins traitants sont mal adaptés à un examen convenable d'une demande d'inaptitude par le médecin-conseil. Leur refonte doit être envisagée

---

<sup>140140</sup> Ce qui induira une refonte du CERFA également sur la forme, au-delà des modifications de fond recommandées par la mission.

pour intégrer une description fonctionnelle, et non plus strictement lésionnelle, appareil par appareil, de l'état de santé du patient.

[414] Tout d'abord, certains champs devraient être mentionnés comme obligatoires au moment du remplissage, afin d'éviter les allers-retours entre médecins-conseils, patients et médecins traitants. La mission propose de rajouter certains champs pour améliorer la précision et la pertinence des formulaires CERFA :

- intégrer le questionnaire autonomie de la demande de MTP au formulaire CERFA pour objectiver rapidement et simplement l'atteinte fonctionnelle. Le remplissage par le médecin ne prend que quelques secondes et apporte des informations précieuses pour l'évaluation par le médecin-conseil ;
- ajouter un champ destiné aux professionnels de santé autres que le médecin rédacteur de la demande (médecins spécialistes notamment) qui prennent également en charge le patient et qui pourraient apporter des éléments supplémentaires sur l'état de santé de ce dernier. Ceci pourrait être particulièrement utile pour les patients polyopathologiques avec certaines co-morbidités notamment psychiatriques. L'organisation actuelle du CERFA invite à privilégier soit une approche somatique si le document est rempli par un médecin non psychiatre, soit une approche exclusivement basée sur la santé mentale si le médecin est psychiatre. Cela permettrait également d'améliorer la précision de l'information sur l'état de santé des patients ;
- insérer un encadré portant sur les traitements actuels du patient, ce qui faciliterait grandement l'évaluation de la sévérité de certaines pathologies.

**Recommandation n°13** Adapter les formulaires CERFA afin de privilégier une évaluation fonctionnelle de l'état de santé des patients, en permettant à d'autres professionnels de compléter le formulaire si besoin

#### 4.2.2.3 Prévoir une simplification des procédures pour des publics *ad hoc* avec une reconnaissance par les régimes alignés de l'inaptitude reconnue dans les régimes spéciaux voir sur les résidents à l'étranger

[415] Les fonctionnaires titulaires définitivement inaptes à l'exercice de leurs fonctions et n'ayant pas atteint l'âge d'ouverture des droits sont placés à la retraite de manière anticipée. La pension d'invalidité est en effet calculée selon les mêmes règles que la pension de retraite et en tient en quelque sorte lieu. Des dispositifs analogues existent dans les régimes spéciaux.

[416] Cependant, certains de ces agents publics peuvent avoir des périodes de leur carrière au cours desquelles ils ont cotisé à d'autres régimes et acquis de ce fait des droits à pension. Or, il n'existe pas de mécanisme de reconnaissance entre régimes publics et spéciaux et régime général (et entre risques invalidité et risque retraite). Cette situation conduit d'anciens fonctionnaires, déjà retraités, à devoir, à 62 ans, solliciter leur médecin traitant pour bénéficier de la reconnaissance de la retraite pour inaptitude au titre du régime général, ce qui pose un double problème :

- de possible non-recours, en raison de la nécessité d'une démarche pour un montant de pension probablement faible ;

- d'inégalité de traitement au regard de la situation des bénéficiaires d'une pension d'invalidité du régime général qui, pour leur part, bénéficient automatiquement d'une pension de retraite pour inaptitude.

**Recommandation n°14** Prévoir que la décision de mise en inaptitude et de radiation des cadres prise dans les régimes publics est reconnue par le régime général et les régimes alignés et permet d'accorder la pension de retraite pour inaptitude dans ce régime automatiquement, sans nécessité de soumettre l'assuré à la procédure médicale

#### 4.3 Les processus de gestion et échanges de données entre caisses dans la transition entre AAH et retraite sont à rationaliser et le cadre réglementaire doit être rendu plus clair et incitatif à la poursuite d'une activité professionnelle

[417] Les procédures mises en place, les échanges de données entre organismes et plus globalement le parcours de transition vers la retraite des bénéficiaires de l'AAH appellent des évolutions en gestion mais aussi de nature réglementaire.

##### 4.3.1 Mettre en œuvre des évolutions nécessaires en termes de procédures et d'échanges de données

[418] Elles sont de trois ordres :

- un chantier de rationalisation des flux nationaux et locaux et de mise en cohérence avec la réglementation en vigueur :
  - certains organismes locaux ont mis en place, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2020, des flux interbranches pour pallier les limites des flux nationaux de la CNAF vers la CNAV, et notamment leur caractère tardif pour les caisses de retraite 4 mois avant l'échéance des 62 ans. Cet envoi national tardif ne permet pas d'anticiper de manière suffisante, selon la branche vieillesse, la préparation (notamment à travers les contacts entre caisses et allocataires), le calcul et la liquidation de la retraite de l'assuré, ni de limiter le recours à la procédure de subrogation pour les dossiers non attribués avant les 62 ans. Certaines CAF (par exemple, celle des Bouches-du-Rhône) ont ainsi mis en place des flux vers la CARSAT à 6 ou 7 mois dès 62 ans ;
  - il existe donc dans certains organismes des redondances entre flux nationaux et locaux, qui n'ont certes pas de conséquences dommageables dans les faits pour l'allocataire au regard de la qualité de service qui lui est rendu mais ne se caractérisent pas en tout état de cause par une grande efficacité (et portent potentiellement le risque de différences de contenu ou de périmètre et ainsi d'écarts avec la réglementation et les consignes nationales) ;
  - enfin, certaines caisses n'ont pas supprimé les échéances existant antérieurement à la circulaire CNAF / CNAV de juillet 2020 (par exemple la CAF des Bouches-du-Rhône avec l'envoi à 12 mois à la CARSAT de la liste des bénéficiaires de l'AAH), dans le but de mieux anticiper le passage en retraite de ces publics, mais au risque d'une complexification excessive des flux croisés de données entre les organismes ;
- une réflexion sur une simplification des échéances de flux interbranches préalables à la liquidation de la retraite :

- selon les territoires, jusqu'à 4 échanges entre branches peuvent intervenir en amont du calcul de la pension, en agrégeant les flux nationaux et locaux : à 30 mois, à 12 mois, à 7 mois et à 4 mois ;
- le choix de la fréquence et du cadencement de ces échéances préalables à la liquidation de la retraite relève avant tout de la responsabilité des gestionnaires (à la condition du respect des dispositions légales et réglementaires, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui pour les délais d'information sur le droit d'opposition et d'exercice de ce droit). Une évolution possible serait de concentrer les échanges entre CNAF et CNAV, préalables à l'atteinte de l'âge de départ en retraite, sur un signalement unique, positionné selon un cadencement à fixer entre 7 et 12 mois. Il interviendrait suffisamment en amont pour permettre une correcte anticipation et un accompagnement adapté des assurés et suffisamment tardif pour limiter les probabilités d'évolution des situations personnelles et professionnelles des allocataires ;
- un travail de transition technique doit être engagé. Le processus actuel repose sur l'envoi de fichiers sécurisés par la CNAF à une plateforme technique de la CNAV et de flux retours par tous moyens disponibles. Cela nécessite des interventions manuelles fréquentes des agents en CARSAT comme en CAF. Il s'agit de s'orienter vers une procédure de signalement automatisé, alimentant directement l'OR, ainsi qu'en retour les outils informatiques de la branche famille<sup>141</sup>. Une telle procédure, qui constitue naturellement un horizon identifié et souhaité par les deux réseaux, garantirait une plus grande fiabilité mais aussi une plus grande efficacité du processus, en réduisant fortement la nécessité d'interventions manuelles dans les organismes.

**Recommandation n°15** Mettre en cohérence le plus rapidement possible le calendrier d'envoi du deuxième signalement national avec les attentes des caisses de retraite (à 6 ou 7 mois au moins avant les 62 ans) afin de doter les CARSAT des délais suffisants pour préparer avec l'assuré le passage en retraite. Travailler à la mise en place de signalement automatisés entre CAF et CARSAT sur le modèle des transitions entre pensions d'invalidité et pensions de retraite

#### 4.3.2 Modifier les dispositions législatives en vigueur pour favoriser les transitions et corriger les freins à la poursuite d'une activité professionnelle

[419] L'évolution des textes permettant les échanges de données et de pièces justificatives entre organismes de sécurité sociale, notamment pour sécuriser le transfert de RIB entre CAF et CPAM d'une part et CARSAT d'autre part, apparaît naturellement souhaitable dès que possible. Si une telle modification du cadre en vigueur ne résoudra pas toutes les difficultés de transition vers la retraite et ne permettra pas de rendre réellement automatique, sans dépôt de formulaire de demande de retraite, la bascule vers le bénéfice de la pension de retraite, elle constitue néanmoins un levier de fluidification utile des parcours entre organismes.

---

<sup>141</sup> Comme cela est le cas pour la transition des pensions d'invalidité vers la retraite depuis 2013 (avec des signalements des CPAM directement intégrés dans l'OR et des flux retours alimentant - là encore de manière automatique -, la base de données des organismes (BDO) du côté de l'assurance maladie de l'information de notification de l'attribution de la pension de retraite.

**Recommandation n°16** Adopter le plus rapidement possible les évolutions législatives nécessaires au transfert de données personnelles administratives et de gestion (notamment le RIB) entre organismes de sécurité sociale pour fluidifier les transitions du bénéficiaire de prestations sociales (AAH, RSA, rentes AT-MP, pensions d'invalidité) vers la retraite et simplifier les formalités à la charge des assurés

[420] La possibilité d'un droit d'opposition a été prévue pour les bénéficiaires de l'AAH entrant dans le champ de la « substitution automatique » à 62 ans de l'allocation par la pension de retraite. Concrètement, ce droit reste largement théorique puisqu'il consiste en une option qui serait offerte à l'allocataire de ne plus percevoir aucune ressource, minimum social comme pension de retraite : le choix de l'opposition est ainsi toujours défavorable à l'allocataire. Cette disposition est ainsi facteur de confusion et de complexification de la procédure pour les assurés, comme en témoignent les actions de certaines caisses de retraite<sup>142</sup> pour afficher le plus explicitement possible les conséquences négatives en termes de ressources d'un tel choix. En outre, on voit mal quelles contraintes d'ordre constitutionnel une telle disposition législative entendrait prendre en compte, dans la mesure où il n'existe pas de droits acquis au versement viager d'une prestation attribuée, et qu'il est licite de fixer des limites d'âge à leur bénéfice. Enfin, une telle règle introduit une incohérence d'ensemble dans le panorama des transitions entre prestations sociales et retraite, puisqu'elle constitue une exception en la matière : aucune disposition de ce type n'est ainsi prévue pour les transitions de la pension d'invalidité, du RSA ou de l'ARE vers la retraite, par exemple (et on voit mal quelle pourrait être la singularité de l'AAH en la matière).

**Recommandation n°17** Supprimer dans les dispositions législatives en vigueur le droit d'opposition à la substitution automatique de l'AAH par la pension de retraite à 62 ans

[421] Les règles concernant les bénéficiaires de l'AAH qui travaillent en atteignant l'âge de 62 ans sont clairement désincitatives à la poursuite d'une activité après cet âge, puisque cette poursuite n'est pas compatible avec un maintien du bénéfice de l'AAH (sauf à titre « différentiel » pour les AAH 1), imposant à l'allocataire le dépôt dans les faits d'une demande de retraite ainsi que l'abandon de son activité<sup>143</sup>. Sur le fond, une telle disposition est évidemment contradictoire avec les objectifs de politique publique de promotion de l'emploi des seniors et des personnes en situation de handicap. Elle entre par ailleurs en contradiction avec l'esprit de simplification dans l'attribution des prestations sociales et de fluidification des parcours des allocataires et assurés, dans la mesure où elle impose un changement de « case » administrative à un public donné sans motif réellement légitime. Enfin, elle est contraire au libre choix au regard du départ à la retraite de personnes exerçant une activité professionnelle et qui auraient sans doute, dans un grand nombre de cas, un intérêt clair à poursuivre l'acquisition de droits à retraite (si leur souhait personnel est naturellement de continuer une activité). À titre subsidiaire, les textes actuels ne se caractérisent pas par une grande clarté et l'articulation entre les différents corpus, d'aide sociale et de retraite, est tout sauf évidente, voire potentiellement contradictoire entre les dispositions successivement adoptées.

**Recommandation n°18** Affirmer clairement dans les dispositions législatives relatives à la transition entre AAH et retraite la possibilité pour les bénéficiaires de l'AAH qui exercent une activité professionnelle à 62 ans de continuer à percevoir cette prestation jusqu'à 67 ans pour autant qu'ils exercent un emploi

<sup>142</sup> CARSAT du Sud-est par exemple.

<sup>143</sup> A tout le moins pendant une période de carence de 6 mois dans l'emploi auprès d'un même employeur, période prévue par les dispositions relatives au cumul emploi retraite (article L. 161-22 du CSS). Par construction, ces dispositions ne s'imposent pas si la personne change d'employeur, ce qui est néanmoins un cas de figure rare en l'espèce.

#### 4.4 Des marges de progression existent en termes de rationalisation des processus de gestion et de lutte contre le non recours pour les bénéficiaires du RSA et les demandeurs d'emploi

[422] Dans un esprit similaire à certaines recommandations sur les transitions entre AAH et retraite, certaines améliorations peuvent être apportées dans l'organisation des procédures et des échanges de données entre les deux réseaux :

- un ciblage des courriers d'information sur deux publics seulement, le public général de bénéficiaires du RSA d'une part, une population identifiée comme particulièrement fragile au regard des données de santé disponibles d'autre part. Les envois de courriers ciblant l'allocataire comme bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente AT-MP devraient à l'avenir être exclusivement assurés par les CPAM, afin de ne pas brouiller les messages transmis aux assurés et en retenant comme émetteur de l'information l'organisme versant la prestation donnant droit à la retraite pour inaptitude ou constituant un indice d'une éligibilité potentielle à ce dispositif. De même, Pôle emploi étant en capacité d'identifier les demandeurs d'emploi ayant fait l'objet d'un licenciement pour inaptitude ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité devrait être en charge du même type de communication ;
- une rationalisation des échanges de fichiers entre les deux réseaux pourrait être conduite, comme pour la transition AAH / retraite :
  - en évitant les doubles envois de fichiers nationaux et locaux, en permettant notamment l'envoi d'un flux national exhaustif et fiable, suffisamment en amont de l'échéance des 62 ans, pour permettre aux deux réseaux et à l'assuré de préparer son passage en retraite (procédure médicale comprise) ;
  - en étudiant la possibilité de rationaliser les échéances d'échanges entre caisses préalables à la liquidation de la retraite, en supprimant le premier signalement à 30 mois, qui intervient sans doute de manière trop précoce aujourd'hui et en visant une transmission unique à un horizon de 7 à 8 mois avant les 62 ans ;
- une transition technique de l'envoi de fichiers sécurisés, comme cela est le cas actuellement vers des signalements automatiques de la CNAF vers l'outil retraite.

[423] De manière plus structurelle encore, **un chantier de *data mining* apparaît devoir être engagé pour permettre l'envoi de courriers plus ciblés aux bénéficiaires du RSA à l'état de santé dégradé**, en croisant les données des CAF avec celles de l'assurance maladie, en matière de consommation de soins et d'arrêts de travail. Cette approche n'aurait pas vocation à se substituer à l'envoi transversal fait actuellement à l'ensemble des bénéficiaires du RSA atteignant les 62 ans, mais à ajuster les messages envoyés pour les allocataires les plus fragiles, ainsi qu'à adapter le cadencement des relances en cas de non réponse et l'accompagnement offert à ce public. Il serait ainsi pertinent d'adapter les stratégies de contact avec les assurés les plus fragiles du point de vue de la santé, en utilisant ces techniques de plus en plus largement développées dans la lutte contre le non recours aux prestations sociales.

[424] Une telle approche pourrait s'inscrire dans le cadre mis en place par l'article 82 de la LFSS pour 2021<sup>144</sup>, qui confère aux organismes de sécurité sociale du régime général une mission transversale de lutte contre le non-recours et permet durant une période d'expérimentation de

---

<sup>144</sup> LOI n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

trois ans à compter de la publication de la loi (période dont il apparaît naturellement souhaitable qu'elle soit par la suite prolongée, avec un dispositif pérennisé) aux organismes de sécurité sociale de traiter et échanger des données nécessaires à la détection de situations de non-recours aux droits et prestations dont ces organismes assurent la gestion. Un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la CNIL doit préciser les droits et prestations et les catégories de données concernées. Celui-ci n'a pas encore fait l'objet d'une publication et pourrait utilement intégrer cette problématique de croisement entre fichiers des bénéficiaires du RSA et données de consommation de soins et d'arrêts de travail.

**Recommandation n°19** Cibler les allocataires à l'état de santé dégradé susceptibles de bénéficier d'une information adaptée sur la retraite pour inaptitude ainsi que d'un accompagnement renforcé :

- en leur adressant, lorsque leurs fragilités sont connues et objectives, des courriers en amont de la retraite (pour les licenciés pour inaptitude indemnisés par Pôle emploi) ;

- en expérimentant, dans le cadre prévu par l'article 82 de la LFSS pour 2021, la possibilité de croisement entre les fichiers de bénéficiaires du RSA atteignant les 62 ans et les données de consommations de soins et d'arrêts de travail de la CNAM

#### 4.5 Un droit à l'information ambitieux doit être concrètement mis en œuvre pour certains publics en situation de handicap et les bénéficiaires de rentes AT-MP, selon des modalités et un cadencement adaptés

[425] **La problématique du droit à l'information sur la retraite pour inaptitude regroupe des situations de nature différente**, avec une présomption irréfragable de droit dans certains cas comme pour les bénéficiaires de la CMI-i, des indices de fragilité de l'état de santé qui impliquent de donner de l'information aux assurés concernés dans d'autres cas. Les messages adressés par les organismes publics, MDPH, conseils départementaux et CPAM doivent donc être adaptés.

[426] La mise en œuvre effective, assurée selon des canaux performants et en temps utile par les organismes publics, d'un tel droit à l'information serait d'autant plus cruciale si l'âge du taux plein au titre de la retraite pour inaptitude devait diverger de celui d'ouverture des droits. L'information sur l'existence de la procédure médicale est aujourd'hui très largement dispensée par les techniciens retraite au moment de l'étude des droits à 62 ans, cette borne étant bien connue. En revanche, une divergence d'âge de la retraite à taux plein et de l'âge d'ouverture des droits pourrait poser une réelle difficulté, avec des **risques majeurs de non-recours** ou d'accès tardifs à la retraite.

[427] En tout état de cause, que cette divergence ait, ou non, lieu à l'avenir, **il apparaît indispensable de mettre en œuvre une réelle stratégie d'information de ces publics, la situation d'absence de gestion actuelle des enjeux de non-recours ne pouvant perdurer**. Même si l'absence totale de communication actuelle vers ces publics ne signifie pas nécessairement qu'une part d'entre eux ne part pas, dans les faits, en inaptitude via la procédure médicale, grâce à une information donnée par le technicien retraite à 62 ans, cette situation n'est évidemment pas satisfaisante :

- elle impose un examen médical par la DRSM à l'assuré, alors qu'il a déjà fait l'objet d'une évaluation par la MDPH ;
- elle génère une charge de travail potentiellement évitable pour le contrôle médical.

[428] Il convient, en outre, d'écarter les solutions « réparatrices » du type de celle mise en place pour la RATH. En effet, pour tenir compte à la fois d'un défaut d'information sur ses modalités d'anticipation du départ (avant 55 ans et jusqu'à 61 ans) et de la difficulté à obtenir les justificatifs de handicap sur l'ensemble de la période d'assurance exigée, a été introduite la possibilité d'octroyer une majoration de pension aux personnes parties à compter de 62 ans - mais qui auraient pu le faire de manière anticipée<sup>145</sup>. Ce type de solutions n'est évidemment aucunement satisfaisant du point de vue du droit des assurés.

#### 4.5.1 Pour les titulaires de la CMI-i non bénéficiaires de l'AAH

[429] **Les bénéficiaires de la CMI-i ne percevant pas l'AAH qui sont éligibles de plein droit à la retraite pour inaptitude** (en raison de leur taux d'incapacité reconnu supérieur à 80 %) **ne reçoivent aucune information** de leur MDPH, qui leur attribue ce droit, ou de l'Imprimerie nationale, chargée de la fabrication et de la notification des cartes, que ce soit par courrier d'information, mail ou information sur support papier mise à disposition dans les accueils physiques de la MDPH. Les échanges menés par la mission avec trois MDPH et la CNSA ont confirmé cette absence totale d'information délivrée à ce public.

[430] De manière générale, si culturellement et en application de la loi<sup>146</sup>, les MDPH ont une fonction générale d'information, les investigations menées par la mission ont souligné **leur faible implication dans l'information et la sensibilisation sur les enjeux de la retraite des personnes en situation de handicap**, qu'il s'agisse de la retraite pour inaptitude ou de la RATH, ces questions relevant dans l'esprit des personnes interrogées essentiellement, voire exclusivement, du champ de compétence des organismes de sécurité sociale.

[431] **Il apparaît donc nécessaire de mettre en place une information dédiée, avant l'atteinte de l'âge de 62 ans, à destination de ces publics titulaires de la CMI-i.** Des données ont été communiquées à la mission par les MDPH du Nord et de Paris, respectivement première et troisième MDPH de France en termes de volume de bénéficiaires de CMI-i et qui représentent 8,1 % des attributions nationales de cette carte au titre de l'année 2021. Elles soulignent le caractère non résiduel de la problématique : parmi les titulaires de la CMI-i âgés de 60 à 62 ans, 15 % ne percevaient pas l'AAH dans le Nord et 19 % à Paris ; en extrapolant ces résultats à l'ensemble du territoire en tenant compte du poids précité des deux MDPH au sein du fichier national des titulaires de la CMI-i, cela pourrait représenter théoriquement près de 4 600 bénéficiaires supplémentaires au niveau national. Ces chiffres constituent nécessairement un majorant puisque certains de ces assurés auraient eu le taux plein à 62 ans au titre de la durée d'assurance et que d'autres seraient partis, dans la situation actuelle, via la procédure médicale. Ces éléments ne sont ainsi fournis qu'à titre d'ordre de grandeur, d'autant plus qu'ils ne sont basés que sur les chiffres de deux MDPH.

[432] **La mise en œuvre d'une mesure ciblée d'information sur ce public présente certaines difficultés**, qu'il conviendra de circonscrire. En effet, c'est l'Imprimerie nationale, editrice et expéditrice des CMI-i, qui dispose du fichier nominatif normalement le plus exhaustif et le plus à jour en termes de données d'identification administrative des cartes envoyées, et non les MDPH (qui connaissent les droits qu'elles ont attribué à ce titre, sur un périmètre a priori identique

<sup>145</sup> En application de la lettre ministérielle du 20 février 2006, explicitée au point B et au point 9 de la circulaire CNAV n° 2006/51.

<sup>146</sup> « La maison départementale des personnes handicapées exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap » (Article L. 146-3 du CASF).

certes à celui des cartes effectivement envoyées). Cependant, l’Imprimerie nationale ne connaît par construction pas les bénéficiaires de l’AAH, au contraire des MDPH ou de la CNSA, qui disposent de données de la CNAF sur les droits AAH effectivement versés, au-delà des droits ouverts par décision de la Commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

[433] Il conviendra de définir le rôle de chaque acteur dans un tel processus et les modalités d’échange de fichiers préalables à la constitution d’un envoi ciblé. L’expédition d’un courrier national unique par l’Imprimerie nationale, suite à croisement avec les fichiers de la CNAF pour en expurger les bénéficiaires de l’AAH, pourrait sans doute constituer une solution adaptée. Si une telle option devait être retenue, il conviendrait de compléter les dispositions de l’article D. 241-18 du CASF qui liste les finalités du traitement automatisé de données mis en place par l’Imprimerie nationale pour assurer le traitement et la délivrance des CMI.

**Recommandation n°20** Informer de manière systématique, avant l’atteinte de l’âge de 62 ans, les titulaires de la CMI-i, en ciblant, de manière idéale, les seuls titulaires non bénéficiaires par ailleurs de l’AAH, sur leur éligibilité à un départ en retraite pour inaptitude. Compléter, selon le circuit retenu, les finalités réglementaires du traitement automatisé de données mis en place par l’Imprimerie nationale pour assurer la délivrance des CMI

[434] Si la question de **l’information sur les droits à la RATH** ne faisait pas partie du champ fixé par la lettre de mission, elle **relève de la même problématique**. L’envoi d’un courrier avant l’atteinte de l’âge de 55 ans présenterait une réelle utilité en termes de bon accès aux droits sociaux, d’autant plus que le dispositif se caractérise par des niveaux de recours limités (3 700 bénéficiaires tous régimes confondus en 2019<sup>147</sup>), ce qui constitue un indice de défaut d’information et donc probablement de non-recours. Les critères de durée d’assurance, dont d’assurance cotisée, peuvent naturellement constituer un autre obstacle majeur à l’accès au dispositif.

#### 4.5.2 Pour les titulaires de la CMI-p non bénéficiaires de l’AAH

[435] **Les personnes titulaires de la CMI-p ne percevant pas l’AAH ne bénéficient pas non plus d’une information sur la procédure de reconnaissance médicale**. Comme pour les titulaires de la CMI-i, les échanges menés par la mission auprès de la CNSA et de trois MDPH confirment cette absence de communication, de la part des maisons départementales comme de l’Imprimerie nationale, quel que soit le canal considéré (courrier, mail, supports de communication mis à disposition du public dans les accueils de MDPH).

[436] **Les données communiquées par les MDPH du Nord et de Paris permettent, comme pour la CMI-i, de disposer d’un ordre de grandeur des titulaires de la CMI-p non bénéficiaires de l’AAH**. Parmi les titulaires de la CMI-p âgés de 60 à 62 ans, 65 % ne percevaient pas l’AAH dans le Nord et 73 % à Paris. Naturellement, une part non négligeable d’entre eux ne se verraient pas reconnaître une incapacité permanente supérieure à 50 % au sens du guide barème annexé au CASF. Au dire des experts interrogés par la mission au sein des MDPH rencontrées, retenir l’hypothèse d’une moitié au moins des titulaires de la CMI-p rentrant potentiellement dans la fourchette de taux d’IP de 50 à 79 % apparaît raisonnablement envisageable. Cela correspondrait pour les deux départements à environ 1 250 titulaires de la CMI-P arrivant à l’âge de 62 ans annuellement et s’inscrivant dans une fourchette comprise entre 50 et 79 % de taux

<sup>147</sup> Rapport d’évaluation des politiques de sécurité sociale - retraite, p. 72. PLFSS pour 2022.

d'IP. En extrapolant ces résultats pour esquisser un – nécessairement – fragile ordre de grandeur sur l'ensemble du territoire, en tenant compte d'un poids de 8,7 % des attributions de ces deux départements en 2021 au sein des attributions nationales de CMI-p, on obtiendrait un volume de 14 500 bénéficiaires supplémentaires de la retraite pour inaptitude. Ces données sont à considérer à titre :

- purement indicatif, du fait du caractère circonscrit de leur source, sur deux départements seulement ;
- sans doute majorant, puisque parmi ces bénéficiaires certains seraient partis, comme c'est déjà le cas actuellement, à la retraite pour inaptitude via la procédure médicale.

[437] Comme pour les titulaires de la CMI-i non bénéficiaires de l'AAH, **la mise en place d'une information dédiée avant les 62 ans pour ce public** (sur la procédure de reconnaissance médicale, dans la plupart des cas) **apparaît indispensable** dans une logique de réelle mise en œuvre du droit à l'information sur la retraite. Elle soulève les mêmes difficultés pratiques de déploiement, qui là encore ne sont pas insurmontables, l'envoi d'un courrier par l'Imprimerie nationale à partir d'un fichier purgé par des échanges informatisés avec la CNAF apparaissant en première approche comme la solution à privilégier.

**Recommandation n°21** *A minima*, informer de manière systématique, avant l'atteinte de l'âge de 62 ans, les titulaires de la CMI-p, en ciblant les seuls titulaires non bénéficiaires de l'AAH, sur l'existence de la procédure de reconnaissance médicale de l'inaptitude

[438] Cette démarche d'information pourrait cependant être complétée voire substituée par une approche plus ambitieuse, soit dans les pratiques d'examen des dossiers et de notification des droits par les MDPH, soit par une évolution de la réglementation allant dans le sens d'un assouplissement des conditions d'accès à la retraite pour inaptitude.

[439] **S'agissant des pratiques d'examen des dossiers et de notification des droits et taux d'IP par les MDPH**, la mission a constaté une grande hétérogénéité des méthodes de travail retenues par les départements, allant de l'évaluation systématique par l'équipe pluridisciplinaire et la CDAPH du taux d'IP à une évaluation du taux d'IP strictement limitée aux situations où l'étude du droit demandé l'exige.

[440] Du point de vue de l'accès aux droits à retraite, par construction, une pratique plus largement répandue d'évaluation et surtout de notification des taux d'IP de tout demandeur de droits auprès de la MDPH ne pourrait avoir que des effets positifs en termes de taux de recours à la retraite pour inaptitude. Une telle évolution, ou plutôt une telle généralisation des pratiques de certaines MDPH nécessiterait cependant de s'assurer de sa compatibilité avec la charge de travail de celles qui n'ont pas de telles méthodes d'évaluation et de l'absence d'effets pervers, notamment face au risque d'un éventuel relâchement des conditions d'étude des droits devant un cadre réglementaire rendu, pour certaines d'entre elles, plus complexe à appliquer.

[441] Il convient de noter qu'une telle évolution a fait l'objet de précisions doctrinales de la CNSA à travers le guide pratique précité de juillet 2017 sur la législation en matière de retraite applicable aux personnes en situation de handicap. Dans ce document, la caisse nationale invite les MDPH à éditer et notifier des fourchettes de taux et non pas seulement des notifications de taux supérieur ou inférieur à 80 %. Le guide pratique note ainsi : « pour certaines prestations (par exemple, la carte d'invalidité, l'allocation compensatrice), un seul de ces seuils de taux d'incapacité (80 %) est indiqué comme critère d'éligibilité. Ceci a parfois conduit à des décisions de rejet ne faisant apparaître qu'une référence à un taux supérieur ou inférieur à 80 %. Cette pratique ne

permettant pas de savoir, quand le taux est noté comme inférieur à 80 %, s'il s'agit d'une fourchette inférieure à 50 % ou entre 50 et moins de 80 %, il est ainsi désormais préférable de toujours se référer aux trois fourchettes existantes afin de permettre de se positionner également par rapport au taux seuil de 50 % et de ne pas éditer de notification de décision avec uniquement indication de la mention « taux inférieur à 80 % » ».

[442] Au cas d'espèce, cela impliquerait pour toute étude de droit à une CMI, que la personne en situation de handicap ait fait état d'une demande de CMI-i, de CMI-p voire de CMI-s, que la MDPH lui notifie une des trois fourchettes possibles de taux, afin notamment que le demandeur puisse potentiellement s'en réclamer pour ses droits à venir, tant pour la RATH que pour l'inaptitude. Le guide pratique mentionné n'ayant par construction pas de valeur normative pour les MDPH, une telle évolution mériterait d'être inscrite dans les dispositions réglementaires du CASF (par exemple, en complétant à cette fin l'article R. 241-12-1 du code, qui encadre les conditions de délivrance des trois cartes et précise les éventuelles sous-mentions pouvant y être apposées, et pourrait cadrer les conditions de notification de ce droit concernant la fourchette de taux d'IP retenue).

[443] Le guide pratique est, en revanche, beaucoup plus réservé, voire franchement hostile, sur la mise en place éventuelle d'une systématisation de l'évaluation d'un taux d'IP<sup>148</sup>. La mission estime, certes, non négligeable le risque émis par le guide pratique qu'une évaluation systématique du taux d'IP induise :

- soit une décision non éclairée de la CDAPH, si l'équipe pluridisciplinaire ne se met pas en situation d'appréhender l'ensemble des conséquences pour la personne de son handicap, en ne demandant pas les informations complémentaires le cas échéant nécessaires ;
- soit un alourdissement de la charge des MDPH ne recourant pas aujourd'hui à de telles pratiques d'évaluation (et alors même que les délais de traitement des MDPH constituent un point d'attention particulièrement sensible pour les personnes en situation de handicap, leurs familles et les pouvoirs publics).

[444] Cependant, la mission considère :

- que l'impératif de lutte contre le non recours aux droits sociaux peut justifier une évolution des pratiques des MDPH, d'autant plus s'agissant de droits à retraite pour lesquels le bénéficiaire est souvent éloigné dans le temps pour les personnes, ce qui accroît les risques de mauvaise information et d'absence de réalisation des démarches nécessaires à l'obtention des droits ;
- qu'en tout état de cause, les conséquences sur la charge de travail et les pratiques des MDPH d'une telle évolution ne peuvent être réellement appréhendées que par une

---

<sup>148</sup> « En application des principes posés par le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, en dehors des particularités introduites pour les situations de déficiences sensorielles isolées, le taux d'incapacité est déterminé en fonction du niveau des conséquences dans les différents aspects de la vie de la personne concernée ce qui peut conduire à devoir solliciter des informations complémentaires ou à fixer le taux sans avoir toutes les données nécessaires avec les risques contentieux pouvant en découler. En conséquence, dès lors que le taux d'incapacité ne fait pas partie des critères réglementaires pour les droits ou prestations pouvant répondre aux besoins de la personne sollicitant la MDPH, il n'est pas souhaitable de déterminer un taux d'incapacité pour ces dossiers. Il n'est de plus pas souhaitable que l'ensemble des notifications produites comporte l'indication d'un taux d'incapacité, ce dernier ne devant être indiqué que lorsqu'il est prévu dans la réglementation en tant que critère d'éligibilité (ne sont donc ici concernés que l'allocation d'éducation enfant handicapé, l'allocation aux adultes handicapés, les cartes d'invalidité et de priorité, le complément de ressources et l'allocation compensatrice) ».

expérimentation sur quelques départements : un tel test en conditions réelles doit permettre à la fois d'objectiver la charge d'activité supplémentaire potentielle ainsi que, à plus long terme, les effets en termes de recours supplémentaire aux droits à retraite pour inaptitude.

**Recommandation n°22** Faire évoluer les dispositions réglementaires du CASF afin de prévoir une notification systématique d'une fourchette de taux d'IP en cas de délivrance d'une CMI-p ou d'une CMI-s

**Recommandation n°23** Expérimenter dans quelques départements ne la pratiquant pas aujourd'hui une démarche d'évaluation systématique des taux d'IP des demandeurs de droits auprès de la MDPH, afin d'évaluer la charge d'activité supplémentaire induite par les MDPH et les effets en termes d'accès aux droits à retraite - comme aux autres droits sociaux pouvant être attribués par les maisons départementales

[445] **S'agissant des assouplissements de la réglementation sur lesquels il est possible de s'interroger**, il convient de détailler les justificatifs pouvant être apportés pour bénéficier de l'autre dispositif de retraite applicable aux personnes en situation de handicap, la RATH.

[446] La réforme des retraites de 2014 a entendu assouplir les conditions d'accès à la RATH, en abaissant notamment de 80 à 50 % le seuil d'IP au-delà duquel la personne en situation de handicap qui valide des trimestres de durée d'assurance ou de durée cotisée se crée également des droits à une retraite anticipée à taux plein. La loi du 20 janvier 2014 a été précisée par un décret et un arrêté d'application respectivement du 30 décembre 2014 et du 24 juillet 2015<sup>149</sup>. Ce dernier établit « la liste des pièces justificatives et documents permettant d'attester du taux d'incapacité requis ou de l'existence de situations équivalentes du point de vue de l'impact des altérations fonctionnelles de la personne concernée, qu'il définit », à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

[447] Ces cas de situations équivalentes à un taux d'IP supérieur à 50 % soulèvent des interrogations quant à la cohérence globale des dispositifs de RATH et de retraite pour inaptitude. En effet, l'arrêté de juillet 2015 définit comme équivalent à un taux supérieur à 50 % d'IP le bénéficiaire d'une CMI, quelle qu'elle soit, assortie de la mention invalidité (qui dans tous les cas nécessite un taux d'IP de plus de 80 %), de la mention priorité (qui à dire d'expert dans au moins la moitié des cas correspond à des situations qui se verraient reconnaître une IP comprise entre 50 et 79 %) ou de la mention stationnement (qui, à dire d'expert, ne correspond que beaucoup plus ponctuellement à des situations où le taux d'IP est compris entre 50 et 79 %). Cela pose deux types d'interrogations :

- **une question d'équité**, dans la mesure où l'on perçoit mal pourquoi les conditions d'accès à l'une des deux retraites anticipées ouvertes aux personnes en situation de handicap varieraient dans l'interprétation des modalités de respect du principe général de reconnaissance d'un taux d'IP supérieur à 50 % ;
- **une question de logique**, dans la mesure où se justifie difficilement le fait que le dispositif de retraite anticipé le plus avantageux des deux soit celui dont les conditions d'accès sont les plus souples (et alors même qu'inversement, il est régulièrement reproché à ce dispositif, notamment par les associations représentant les personnes en situation de handicap, son caractère restrictif).

---

<sup>149</sup> Décret n° 2014-1702 du 30 décembre 2014 relatif aux droits à retraite des personnes handicapées et de leurs aidants familiaux et arrêté du 24 juillet 2015 relatif à la liste des documents attestant le taux d'incapacité permanente défini à l'article D. 351-1-6 du code de la sécurité sociale.

[448] Au regard des éléments d'appréciation collectés auprès des experts interrogés par la mission, si l'octroi de la CMI-p peut constituer une approximation satisfaisante d'une situation équivalente à un taux d'IP supérieur à 50 %, il n'en va sans doute pas de même du bénéfice de la CMI-s. Il apparaît cependant délicat à la mission de restreindre le champ des conditions permettant de justifier un accès à la RATH, et alors même que ce dispositif fait déjà l'objet d'un recours très limité aujourd'hui, comme évoqué.

[449] Si une perspective d'alignement des règles en vigueur entre les deux dispositifs de retraite anticipée devait être retenue, ce qui apparaîtrait logique aux yeux de la mission, **il serait raisonnable de réfléchir à une extension à la CMI-p, au premier chef, voire à la CMI-s, du principe d'équivalence avec un taux d'IP compris entre 50 et 79 %.**

#### 4.5.3 Pour les bénéficiaires de la PCH non bénéficiaires de l'AAH

[450] **Les problématiques rencontrées pour les bénéficiaires de la PCH non allocataires de l'AAH sont assez similaires à celles des titulaires de la CMI-p.** Une exception réside cependant dans le fait que, contrairement à l'étude du droit à la CMI-p, où l'évaluation d'un taux d'IP doit de fait être effectuée ne serait-ce que pour s'assurer que le demandeur ne peut en fait pas plutôt bénéficiaire de la CMI-i, l'étude du droit à la PCH est totalement disjointe, dans la réglementation, de celle d'un taux d'incapacité. Or, à dire d'experts rencontrés par la mission, l'immense majorité des bénéficiaires de la PCH se verraient en tout état de cause attribuer en cas d'examen un taux d'incapacité supérieur à 80 %.

[451] Dès lors, on peut s'interroger, pour les bénéficiaires de la PCH sur la cohérence d'ensemble des conditions d'accès à la RATH et à la retraite pour inaptitude. En effet, l'arrêté de juillet 2015 précité liste parmi les justifications l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), remplacée, à compter de la loi handicap précitée du 11 février 2005, par la PCH mais qui peut être maintenue pour les personnes en bénéficiant à l'entrée en vigueur de cette loi et n'ayant pas opté pour le bénéfice de la nouvelle PCH. Les bénéficiaires de l'ACTP étaient 51 900 en France fin 2020, et leur volume est par construction en diminution régulière depuis 2005 (136 500 bénéficiaires au moment de l'introduction de la PCH)<sup>150</sup>. La PCH n'est en revanche pas listée dans les prestations et droits valant assimilation à un taux d'IP supérieur à 50 %.

[452] Le motif expliquant l'inscription, dans la liste fixée par l'arrêté de 2015 de l'ACTP, et pas de la prestation qui lui succède réside dans ses conditions d'accès, qui reposaient sur la reconnaissance d'un taux d'IP supérieur à 80 % (et de la nécessité du recours à une tierce personne), permettant ainsi de remplir *de facto* la condition de taux d'IP supérieure à 50 % pour le bénéfice de la RATH. L'attribution de la PCH, en revanche, ne repose pas sur la nécessité de recueillir un taux d'IP supérieur à 80 % mais sur une démarche d'identification de difficultés absolues ou graves pour réaliser une ou plusieurs activités du quotidien (par exemple faire ses transferts ou préparer ses repas). Selon cette approche, l'inclusion d'une prestation mais pas de l'autre dans la liste des droits valant accès la RATH n'est pas illogique.

---

<sup>150</sup> DREES, données à fin décembre 2020 France entière (hors Mayotte), disponibles sur [data.drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr) (dernier traitement au 28 juillet 2022) : [Les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes âgées ou handicapées \(APA, PCH, ASH, Aides ménagères, ...\)](#) — DATA.DREES ([solidarites-sante.gouv.fr](https://solidarites-sante.gouv.fr)) — DATA.DREES ([solidarites-sante.gouv.fr](https://solidarites-sante.gouv.fr)) et « L'aide et l'action sociale en France, édition 2020 », p. 137.

[453] En revanche, de manière plus globale, on peut difficilement comprendre que la PCH, qui a pour objet de prendre en charge les conséquences financières d'un handicap et dans les faits des situations de handicap graves<sup>151</sup> (avec en pratique des recoupements importants avec le bénéfice de la CMI-I et donc un taux d'IP officiellement reconnu supérieur à 80 %, comme le soulignent les statistiques détaillées *infra* de la MDPH du Nord), ne donne pas accès à la RATH au contraire du bénéfice de la CMI-s, qui repose sur une condition, de fait, moins stricte de restriction importante et durable de la capacité de déplacement (ou de besoin d'accompagnement pour effectuer les déplacements). On l'a vu, les experts interrogés par la mission ont indiqué que la CMI-s correspondait dans une majorité de cas à des situations où un taux d'IP inférieur à 50 % serait attribué.

[454] Si la question de l'assouplissement éventuel des critères d'accès à la RATH dépasse naturellement le champ de la lettre de mission, on peut cependant estimer légitime l'interrogation sur l'inclusion de la PCH parmi les droits et prestations valant présomption irréfragable de bénéfice de la retraite pour inaptitude.

[455] Dans les faits, **cette inclusion ne devrait pas représenter des volumétries très importantes, car une part très significative des 315 000 bénéficiaires de la PCH au niveau national sont également titulaires de la CMI-i ou bénéficiaires de l'AAH**. Les données communiquées par les MDPH du Nord et de Paris permettent d'apporter des ordres de grandeur, là encore nécessairement fragiles, de la population potentiellement concernée par cet élargissement :

- 57 % des bénéficiaires de la PCH dans la tranche d'âge 60-62 ans sont dans le département du Nord également titulaires de la CMI-i et 75 % des bénéficiaires de la PCH dans cette même tranche d'âge perçoivent également l'AAH ;
- 82 % des bénéficiaires de la PCH dans cette même tranche d'âge sont titulaires également de l'un au moins des droits suivants : AAH, CMI-i et CMI-p.

[456] Ces éléments permettent de disposer pour la MDPH du Nord d'une estimation et pour celle de Paris de données constatées de bénéficiaires de la PCH atteignant 62 ans et ne bénéficiant ni de l'AAH, ni de la CMI-i, ni de la CMI-p. En tenant compte d'un poids des bénéficiaires de la PCH dans ces deux départements, de l'ordre de 12 % du nombre de bénéficiaires au niveau national, cela pourrait représenter un ordre de grandeur très limité d'environ 1 250 bénéficiaires supplémentaires par an de la retraite pour inaptitude. Ces estimations nécessairement fragiles constituent, là encore, un majorant puisque parmi ces assurés certains auraient été reconnus inaptes via la procédure médicale, comme cela peut déjà être le cas actuellement.

[457] Enfin, il conviendra de rappeler aux caisses de retraite (et de compléter les motifs de départ pour inaptitude pouvant être remplis dans l'OR en ce sens) que le bénéfice de l'ACTP, allocation mal connue des organismes du fait de sa nature de prestation en extinction, dans la mesure où elle a reposé sur la reconnaissance d'un taux d'IP supérieur à 80 %, donne de fait droit à une retraite pour inaptitude. Considérant, d'après les données de la DREES, que 23 % des allocataires de l'ACTP à fin 2020 ont entre 60 et 69 ans<sup>152</sup>, et en prenant l'hypothèse d'une stabilité des effectifs

---

<sup>151</sup> Situations qui sont marquées par la difficulté absolue de réaliser un acte ou des difficultés graves à réaliser au moins deux actes de la vie quotidienne, requérant dans la majorité des cas l'aide d'une tierce personne.

<sup>152</sup> DREES, données à fin décembre 2020 France entière (hors Mayotte), disponibles sur [data.drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr) (dernier traitement au 28 juillet 2022) : [Les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes âgées ou handicapées \(APA, PCH, ASH, Aides ménagères, ...\)](#) — DATA.DREES ([solidarites-sante.gouv.fr](https://solidarites-sante.gouv.fr)).

par âge au sein de cette tranche d'âge, on pourrait estimer à 1 200 le nombre de bénéficiaires potentiels de la mise en place d'une information sur ce droit avant les 62 ans par les départements. Cette estimation constitue, comme les précédentes, un majorant du fait des recoupements potentiels avec le public des assurés reconnus inaptes via la procédure médicale.

**Recommandation n°24** Elargir à la PCH la liste des droits et prestations valant présomption irréfragable de bénéfice de la retraite pour inaptitude. Informer de manière systématique les bénéficiaires de la PCH (et de l'ACTP) avant leurs 62 ans de l'existence de cette possibilité de départ en retraite de droit. Rappeler aux caisses de retraite que le bénéfice de l'ACTP vaut présomption irréfragable de droit à la retraite pour inaptitude

#### 4.5.4 Pour les bénéficiaires de rentes AT-MP

[458] **Aucune information n'est donnée aux bénéficiaires de rentes AT-MP sur l'existence d'une possibilité de départ en retraite via la procédure médicale**, même si le bénéfice d'une incapacité permanente supérieure à 10 % au sens de la législation sur les AT-MP ne préjuge pas d'une éligibilité certaine à ce dispositif. Une information des bénéficiaires de rentes sur un autre dispositif de départ en retraite anticipé, la retraite pour incapacité permanente dite « pénibilité 2010 », a été récemment mise en place, à travers une mention sur la notification de rente AT-MP. Cette information présente cependant deux limites :

- elle intervient potentiellement (selon l'âge de liquidation de la rente par l'assuré) beaucoup trop en amont, à des périodes de la carrière où l'assuré n'est aucunement en attente d'informations sur un départ en retraite perçu comme éloigné ;
- elle est « noyée » au sein d'un document fournissant un grand nombre d'autres informations, notamment sur les modalités pratiques de versement de la rente AT-MP en elle-même.

[459] **Le bénéfice d'une rente AT-MP constitue un indice de fragilité de l'état de santé de l'assuré concerné** et il concerne en outre un volume annuel conséquent de personnes atteignant 62 ans. La mise en place d'une information des bénéficiaires de ces rentes quelques mois avant l'atteinte de cet âge constituerait donc une action utile de réduction d'un gisement potentiel de non-recours.

[460] **Dans la mesure où le barème AT-MP diverge dans sa logique des règles d'appréciation de l'inaptitude au travail** (et qu'un taux d'IP au sens de la législation AT-MP supérieur à 50 % n'équivaut aucunement, sur le plan théorique, à une reconnaissance d'une incapacité au travail supérieure à 50 % au titre de la législation sur la retraite), **il conviendrait de veiller à un ciblage pertinent des envois**. Cela permettrait d'éviter une information de rentiers dont le taux limité – en termes relatifs – d'incapacité permanente au sens des AT-MP révélerait, à l'expérience, une probabilité très limitée de reconnaissance par la médecine conseil, dans un objectif également de ne pas surcharger de manière inutile les équipes du contrôle médical<sup>153</sup>.

[461] Le calibrage adéquat du périmètre du fichier d'assurés à informer pourrait utilement s'appuyer sur l'expérimentation d'un envoi à tous les bénéficiaires de rentes AT-MP, quel que soit

---

<sup>153</sup> Sachant qu'à fin décembre 2020, le taux moyen d'IP est de 18 %, le taux médian d'IP de 15 % et que 56 % des bénéficiaires de rentes de victimes ont à cette même date dans les fichiers de l'assurance maladie un taux d'IP compris entre 10 et 19 % (source : rapport annuel 2020 de l'assurance Maladie - risques professionnels - Éléments statistiques et financiers, p. 82). 59 % des rentes liquidées en 2020 sont par ailleurs comprises entre 10 et 19 % de taux d'IP.

leur taux d'IP, dans quelques CPAM, afin de recueillir les effets de la mesure en termes de niveau de demande et surtout de niveau d'avis favorables du contrôle médical en fonction du taux d'IP.

[462] En outre, via une information de la CPAM par la CARSAT, le fichier d'envoi des courriers d'information sur la procédure de reconnaissance médicale pourrait être purgé des rentiers déjà partis en retraite au titre du dispositif « pénibilité 2010 » (et qui demeurent dans les fichiers de l'assurance maladie après cette liquidation, par construction, compte tenu du caractère viager de la rente AT-MP).

**Recommandation n°25** Informer de manière systématique sur la retraite pour inaptitude, avant 62 ans, tous les bénéficiaires de rentes AT-MP ou, en fonction d'expérimentations à mener au préalable, les seuls bénéficiaires ayant un taux d'incapacité permanente supérieur à un certain seuil permettant d'envisager un niveau significatif d'avis favorables de la médecine conseil (à articuler le cas échéant avec la recommandation suivante)

[463] Enfin, la mission constate que les textes applicables à la RATH, dispositif pourtant beaucoup plus avantageux en termes d'âge d'accès à une retraite anticipée à taux plein, apparaissent plus souples concernant les critères de handicap que ceux qui régissent la retraite pour inaptitude. Ainsi l'arrêté précité de juillet 2015 précise que le bénéfice d'une rente AT-MP assorti d'un taux d'incapacité permanente – au sens de la législation sur les AT-MP – supérieur à 50 % constitue une situation équivalente à celle de l'attribution d'un taux supérieur à 50 % d'IP au sens de la législation sur le handicap (et alors même que la logique des deux barèmes diffère largement), et permet ainsi de bénéficier de la RATH.

[464] La mission considère que si, sur le plan des principes, une telle équivalence peut se discuter, les taux d'IP supérieurs à 50 % au sens de la législation AT-MP représentent des états de santé fortement fragilisés, pour lesquels un passage en inaptitude n'apparaît pas illégitime. Les rentes pour IP supérieures à 50 % représentaient 10 % des nouvelles rentes AT-MP liquidées en 2020<sup>154</sup>. En appliquant une telle proportion au flux de bénéficiaires d'une rente AT-MP atteignant 62 ans annuellement<sup>155</sup>, cela représenterait théoriquement environ 3 000 bénéficiaires chaque année : l'effet d'une telle mesure serait cependant moindre. Une part de cette volumétrie part potentiellement d'ores et déjà aujourd'hui à la retraite de manière anticipée au titre de dispositif « pénibilité 2010 », selon des proportions qui pourraient augmenter en cas de meilleure diffusion de l'information à 59 ans et demi (voir *supra*), voire via la procédure de reconnaissance médicale.

**Recommandation n°26** Aligner la réglementation applicable aux bénéficiaires de rentes AT-MP sur celle en vigueur pour la RATH, en précisant dans la loi qu'une IP supérieure à 50 % au sens du barème AT-MP vaut présomption irréfragable de bénéfice de la retraite pour inaptitude (les bénéficiaires de rentes AT-MP au taux d'IP compris entre 10 et 50 % faisant l'objet, pour leur part, d'une campagne d'information sur la procédure de reconnaissance médicale, selon les modalités définies à la recommandation précédente)

[465] En dehors du périmètre de la mission, la question de l'envoi d'une information dédiée du même type (et à la différence de celle transmise via la notification de rentes), quelques mois avant l'atteinte de l'âge de 60 ans, sur le dispositif « pénibilité 2010 » des bénéficiaires de rentes AT-MP présenterait également une utilité importante en termes de droit à l'information, d'autant plus

<sup>154</sup> Source : rapport annuel 2020 de l'assurance Maladie - risques professionnels - Éléments statistiques et financiers, p. 81.

<sup>155</sup> 29 142 rentiers âgés de 62 ans au 31 décembre 2021 au régime général (source : CNAM – direction des risques professionnels).

s'agissant d'un dispositif caractérisé depuis sa création par un niveau de recours particulièrement limité (3 900 départs au régime général et à la MSA (exploitants agricoles et salariés agricoles) en 2020<sup>156</sup>).

#### 4.6 Sensibiliser les services de prévention et de santé au travail aux enjeux de la retraite pour inaptitude et en faire des acteurs de l'information des salariés potentiellement concernés

[466] La législation prévoit que la médecine du travail soit impliquée dans la décision d'inaptitude, notamment via la fourniture d'informations médicales au médecin-conseil qui va se prononcer sur la demande (CERFA « rose »).

[467] En pratique, nombre de médecins du travail ignorent cette procédure et, lorsque leur avis est défaillant, les médecins-conseils rendent, *quand même*, leur avis<sup>157</sup>. Pour autant, les médecins du travail connaissent le principe (si ce n'est le cadre précis de la procédure) de la retraite pour inaptitude puisqu'ils sont parfois conduits à orienter les salariés vers cette voie de sortie du marché du travail, notamment à l'occasion de l'examen de leur inaptitude au poste de travail. Les pratiques sont apparues à la mission très hétérogènes :

- certains médecins du travail ont indiqué qu'à l'approche de l'âge de 62 ans ils informaient le salarié concerné de cette possibilité de départ et pouvaient, du fait de sa proximité, choisir ne pas prononcer d'inaptitude au poste du travail ;
- d'autres font simultanément les deux actions : prononcer une inaptitude au poste et orienter vers la retraite pour inaptitude ;
- d'autres enfin ont indiqué ne jamais prendre en compte le sujet de la retraite et rendre des décisions d'inaptitude au poste, même lorsque le salarié a largement dépassé 62 ans.

[468] La même variété d'approche a été observée sur l'accès des salariés proches de l'âge de la retraite (ou même âgés de plus de 62 ans) aux dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle : pour certains, les actions de formation ou reconversion sont inefficaces, passé un certain âge ; pour d'autres, même à des âges élevés, essai encadré, temps partiel thérapeutique, aménagement de poste peuvent et sont proposés. Néanmoins, l'âge moyen des personnes suivies en PDP est selon la CNAM de 48 ans au plan national ; les personnes sont avant tout des actifs (en arrêt de travail) ; les accompagnements durent de 12 à 18 mois : ces données indiquent que le public des demandeurs de retraite pour inaptitude (plus de 61,5 ans, fréquemment inactifs ou privés d'emploi) est de fait éloigné de la cible de la PDP, telle qu'elle est déployée aujourd'hui<sup>158</sup>.

[469] Pour autant, les SPSTI peuvent être utiles pour analyser en amont les profils susceptibles de relever ultérieurement de l'inaptitude, pour proposer des solutions de prévention et, en aval, pour éclairer la décision du médecin-conseil (directement via l'avis rendu si la personne est en activité

<sup>156</sup> REPSS - retraite annexé au PLFSS 2023.

<sup>157</sup> Dans un SPSTI visité par la mission, il a été rapporté que le dispositif avait été perçu comme devenant obsolète après la mise en place des dispositifs pénibilité par les lois de 2010 et 2014.

<sup>158</sup> Une circulaire conjointe de la CNAM et de la DGT relative à la mise en place des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle organise des actions collectives de repérage et de sensibilisation sur les salariés à risque et des actions individuelles, tenant compte de l'âge et de l'état physique et mental du travailleur. Cf. Instruction du directeur général du travail et du directeur général de la CNAM, « Modalités de mise en œuvre des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle constituées au sein des SPSTI » (26 avril 2022).

ou via, à terme, les informations dont il aura nourri le dossier médical partagé). En effet, les médecins du travail pourront avoir accès, avec leur consentement, au dossier médical partagé des salariés et l'alimenter, au plus tard à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004<sup>159</sup>.

[470] Ce chantier peut offrir l'opportunité de mieux articuler les outils de la médecine du travail et de l'assurance maladie et, chacun pour ce qui le concerne, de mieux intégrer la problématique « inaptitude » dans les outils métiers – puis leur exploitation statistique.

[471] Ainsi, les informations présentes dans le thésaurus<sup>160</sup> utilisé par la majorité des SPSTI peuvent-elles améliorer la traçabilité des parcours et des actions sociales et de maintien dans l'emploi conduites au cours de celui-ci ; de même, les logiciels de type Padoa utilisés par les services pour suivre leur activité peut fournir des informations sur les salariés suivis en PDP, et les croiser avec les données sectorielles, les tailles d'entreprises, les métiers, l'âge des personnes, les conclusions de la visite.

[472] Les SPSTI devraient envisager de compléter le thésaurus utilisé par la majorité d'entre eux pour mentionner l'orientation vers la visite pour inaptitude parmi les actions conduites au profit du salarié. Inclure l'orientation vers la retraite pour inaptitude dans les cahiers des charges des éditeurs de logiciel pour les dossiers médicaux partagés des cellules de PDP devrait également être considéré par la profession.

Philippe LAFFON

Denis LE BAYON

---

<sup>159</sup> Articles 15 à 17 de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

<sup>160</sup> Travail d'harmonisation des termes utilisés en médecine du travail permettant de produire des harmonisées afin de rendre lisibles les actions et constats des SPST. Il est actualisé par un groupe d'utilisateurs et implanté dans la plupart des logiciels métiers utilisés par ces services.

# LETTRE DE MISSION



N/Réf. D-22-008970

Paris, le 13 AVR. 2022

**La Ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion**

**Le Ministre des Solidarités et de la Santé**

**Le Secrétaire d'Etat chargé des Retraites  
et de la Santé au travail auprès de la ministre  
du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion**

à

**Monsieur le Chef de l'Inspection générale  
des Affaires sociales**

**Objet : mission relative au départ en retraite au titre de l'inaptitude.**

Aux termes de l'article L. 351-7 du code de la sécurité sociale, « *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, compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle* ». Cette procédure offre aux assurés ne bénéficiant d'aucune prestation ouvrant droit au bénéfice d'une retraite au taux plein à l'âge de 62 ans (pour l'essentiel, pensionnés d'invalidité ou bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés) la possibilité d'obtenir ce même avantage. Elle ouvre également droit au bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées à 62 ans, contre 65 ans dans le droit commun.

Les assurés souhaitant bénéficier de ce dispositif doivent faire reconnaître leur inaptitude au moment de leur départ en retraite, à travers une demande adressée au dernier régime d'affiliation et accompagnée d'un document médical décrivant leur état de santé. Ce document varie selon la situation de l'assuré : lorsqu'il n'est pas en activité, il s'agit du rapport médical établi par le médecin traitant et lorsqu'il est en emploi, il s'agit d'une fiche établie par le médecin du travail. L'inaptitude est ensuite appréciée par le médecin-conseil de la sécurité sociale : lorsque l'assuré présente un taux d'incapacité de travail d'au moins 50 % et qu'il n'est pas en mesure de poursuivre son activité professionnelle « *sans nuire gravement à sa santé* », il peut bénéficier de la retraite pour inaptitude. Lorsqu'il n'exerce aucune activité professionnelle au moment de sa demande de retraite pour inaptitude, l'inaptitude est appréciée au regard de l'activité exercée au cours des cinq années antérieures ou, à défaut, exclusivement du taux d'incapacité de 50 %.

Parmi les bénéficiaires de la retraite pour inaptitude ou invalidité, le dispositif de reconnaissance de l'inaptitude au travail ne fait pas l'objet d'un suivi statistique individualisé par la Caisse nationale d'assurance vieillesse<sup>1</sup>, qu'il s'agisse du profil des assurés concernés ou du coût pour la branche vieillesse. Par ailleurs, la création lors des réformes des retraites de 2003, 2010 et 2014 de dispositifs de départ anticipé visant à prendre en compte l'état de santé ou la pénibilité (retraite anticipée des travailleurs handicapés, retraite pour incapacité permanente et compte personnel de prévention de la pénibilité, devenu ensuite compte professionnel de prévention) n'a pas conduit à réinterroger la pertinence de cette procédure, alors même que leurs objectifs peuvent se recouper.

<sup>1</sup> Dans les statistiques de la CNAV, deux catégories de retraite pour inaptitude sont seulement distinguées : les anciens bénéficiaires de pension d'invalidité et les autres bénéficiaires de retraite pour inaptitude, sans qu'il soit distingué au sein de cette catégorie les anciens bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés et de rente pour incapacité permanente de ceux faisant l'objet de la procédure de reconnaissance pour inaptitude au travail.



C'est pourquoi nous souhaitons que vos services conduisent une évaluation quantitative et qualitative de ce dispositif, sur la base d'une analyse du parcours, de la situation professionnelle, de l'état de santé, de l'espérance de vie et du niveau de pension des assurés concernés, notamment en comparaison des données relatives aux autres bénéficiaires de départs anticipés pour raison médicale (pensionnés d'invalidité, bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, éligibles à la retraite pour incapacité permanente, notamment).

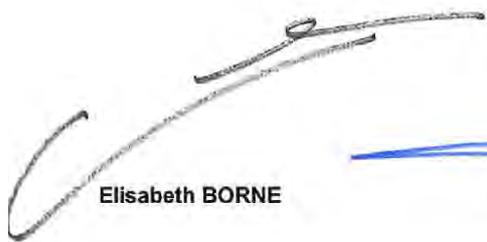
Elle étudiera également les modalités de reconnaissance de l'inaptitude par les médecins-conseils de la sécurité sociale, les éventuelles différences de traitement qui pourraient être constatées au sein du territoire, ainsi que son articulation avec la médecine du travail.

Elle s'interrogera en outre sur l'effectivité du recours à ce dispositif parmi les potentiels assurés concernés, ainsi que d'éventuelles disparités selon les secteurs d'activité ou âge des assurés.

Cette évaluation de l'accès à la retraite pour inaptitude pourra vous conduire à proposer des recommandations sur ce dispositif ainsi que sur des mesures de prévention de la désinsertion professionnelle, en cohérence avec les évolutions récentes menées en matière de santé au travail.

Pour conduire votre mission, vous auditionnerez l'ensemble des parties prenantes, dont la Caisse nationale d'assurance maladie et la Caisse nationale d'assurance vieillesse, et vous pourrez vous appuyer sur les services de la direction de la sécurité sociale, de la direction générale du travail, de la direction du budget, de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ainsi que de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.

Nous souhaitons que la totalité de vos conclusions puisse faire l'objet d'un rapport que vous nous remettrez au plus tard dans les six mois suivant l'établissement de la présente lettre de mission, avec un point d'étape à mi-parcours.



Elisabeth BORNE



Oliver VERAN



Laurent PIETRASZEWSKI

# LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

## 1. Cabinets des ministres

### 1.1. Ministère du Travail, du plein emploi et de l'insertion

- Charles MAHY, conseiller, chef de pôle travail et retraites
- Leo ROESCH, conseiller chargé des retraites

### 1.2. Ministère des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées

- Jérôme JUMEL, directeur adjoint

## 2. Administrations centrales

### 2.1. Direction générale de la cohésion sociale

- Isabelle SUSSET, cheffe du bureau des minima sociaux (SD1C)
- Margaux BURIDARD, chargée de mission, bureau des minima sociaux (SD1C)
- Arnaud FLANQUART, sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées (SD3)
- Manuela OLIVEIRA, chargé de mission sur le suivi des MDPH, bureau des droits et aides à la compensation (SD3C)

### 2.2. Direction générale du travail

- Amel HAFID, sous-directrice des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail (SDCT)
- Audrey LAUZE, cheffe du bureau de la politique et des acteurs de la prévention (CT1)
- Solenne TAOCALI, chargée de mission prévention de la désinsertion professionnelle et de la pénibilité (CT1)
- Stéphane ODIE, chargé de mission conditions de travail (CT1)

### 2.3. Direction de la sécurité sociale

- Franck VON LENNEP, directeur

- Laurent GALLET, chef de service, adjoint au directeur
- Francois GODINEAU, expert de haut niveau auprès du directeur sur le numérique et les systèmes d'information
- Stéphanie GILARDIN, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail (SD2)
- Fanny CHAUVIRE, cheffe du bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé (2A)
- Alexis ANAGNAN, adjoint à la cheffe du bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé (2A)
- Guillaume RAVIER, chargé de mission invalidité, bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé (2A)
- Delphine CHAUMEL, sous-directrice des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire (SD3)
- Benjamin DUCA-DENEUVE, chef du bureau des régimes de retraites de base (3A)
- Vanessa LECONTE, adjointe au chef du bureau des régimes de retraite de base (3A)
- Audrey BLANGUERNON, chargée de mission, bureau des régimes de retraite de base (3A)
- Harry PARTOUCHE, sous-directeur des études et des prévisions financières (SD6)
- Antoine IMBERTI, adjoint au sous-directeur des études et des prévisions financières (SD6)

#### 2.4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

- Patrick AUBERT, sous-directeur de l'observation de la solidarité
- Anthony MARINO, chef du bureau retraites

### 3. Caisses nationales de sécurité sociale

#### 3.1. Caisse centrale de mutualité sociale agricole

- Docteur Philippe LABATUT, directeur du contrôle médical et de l'organisation des soins
- Christine DECHESNE-CEARD, directrice de la réglementation au sein de la direction déléguée aux politiques sociales
- Pascale BARROSO, responsable du service réglementation maladie et accidents du travail
- Sonia EL HEIT, responsable du service réglementation retraite
- Valerie AVILES, directrice métier retraite et invalidité

- Florian VIEL, attaché de direction retraite et invalidité
- Hanane MOUFTADI, attachée de direction à la direction santé sécurité au travail

### 3.2. Caisse nationale des allocations familiales

- Guillaume GEORGE, directeur du département insertion et cadre de vie, direction des politiques familiales et de l'action sociale (DPFAS)
- Isabelle BROHIER, adjointe au directeur du département insertion et cadre de vie, responsable du pôle solidarités, insertion et contentieux, DPFAS
- Guillaume AUTOUR, conseiller politiques familiale et sociale, département insertion et cadre de vie, DPFAS

### 3.3. Caisse nationale d'assurance maladie

#### 3.3.1. Direction déléguée aux opérations

- Docteur Rémi PECAULT CHARBY responsable de la mission d'animation du réseau médical
- Docteur Jérémie BUISSON, médecin conseil, responsable de mission métiers, service médical, prestations
- Simon VOILLET, directeur de mission, cabinet de la direction déléguée aux opérations
- Marie-Ange BITEAU, directrice adjointe de l'intervention sociale et de l'accès aux soins

#### 3.3.2. Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

- Docteur Annika DINIS, directrice opérationnelle du numérique et de l'innovation en santé
- Emmanuel GOMEZ, directeur des services de la maîtrise d'ouvrage informatique

#### 3.3.3. Direction de la stratégie, des études et des statistiques

- Damien VERGE, directeur
- Gonzague DEBEUGNY, responsable du département études pathologies patients

#### 3.3.4. Direction des risques professionnels

- Laurent BAILLY, directeur adjoint

- Docteur Philippe PETIT, médecin conseil, responsable adjoint en charge de la réparation et des services aux assurés

### 3.4. Caisse nationale d'assurance vieillesse

- Renaud VILLARD, directeur général

#### 3.4.1. Direction de la statistique, de la production et de la recherche

- Pascale BREUIL, directrice

#### 3.4.2. Direction nationale de la retraite

- Antonin BLANCKAERT, directeur
- Patrice COSTES, directeur juridique et réglementation

### 3.5. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

- Etienne DEGUELLE, directeur adjoint en charge de l'accès au droit et des parcours
- Nicolas PAZOLD, chargé de mission
- Pauline MERGIER, chargée de mission

## 4. Cour des comptes

- Anne MONDOLONI, conseillère maitre, responsable de section famille, retraite, AT-MP, sixième chambre
- Yves GUEGANO, conseiller maitre en service extraordinaire, sixième chambre

## 5. Union Retraites

- Stéphane BONNET, directeur
- Philippe RETAILLEAU, directeur adjoint

## 6. Pôle emploi

- Elisabeth GUEGUEN, directrice de l'indemnisation et de la réglementation

- Laurent PFEIFFER, direction de l'indemnisation et de la réglementation, responsable du département de gestion du régime général de l'assurance chômage et de la gestion de la liste

## 7. AGIRC-ARRCO

- Frédéric AMAR, directeur de cabinet
- Frédéric ROULIER, directeur du produit retraite
- José MIRALLES, directeur des affaires réglementaires et juridiques

## 8. PRESANSE

- Martial BRUN, directeur général
- Docteur Corinne LETHEUX, médecin du travail

## 9. FNATH

- Alain PRUNIER, vice-président
- Karim FELISSI, conseil de la fédération
- Sophie CRABETTE, chargée de plaider

## 10. Personnalités qualifiées

- Professeur Sophie FANTONI-QUINTON, professeur des universités- praticien hospitalier (Université et CHU de Lille, présidente de la société française de médecine du travail)
- Docteur Claude GADY-CHERRIER, membre de l'IGAS
- Docteur Marine JEANTET, déléguée interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté
- Jean-Philippe VINQUANT, membre de l'IGAS

## 11. Acteurs régionaux

### 11.1. Région Hauts-de-France

#### 11.1.1. CAF du Nord

- Sébastien SEURON, directeur adjoint

- Didier DEHOVE, responsable du département pilotage, qualité, production
- Lyonel VANDENWHEGE, expert réglementaire

#### 11.1.2. CARSAT des Hauts-de-France

- Christophe MADIKA, directeur général
- Madame BELGOBBO, directrice comptable et financière
- Emilie Rein, sous-directrice retraites
- Emily TREFELLE, attachée de direction
- Virginie BOULANGER, technicien retraite, agence de Lens-Béthune
- Ludovic ROUSSEAUX, coordinateur technique, cellule qualification des flux entrants
- Sophie BORREL, responsable de la cellule traitement de l'information
- Sabrina ROGIER, coordinatrice technique, agence de Lens Béthune
- Lionel LALEU, responsable de l'agence retraite de Lens
- Valérie FROPO, technicien retraite
- Tommy DABLEMENT, technicien retraite
- Emilie Taupe, responsable du département service social CARSAT Hauts de France

#### 11.1.3. CPAM des Flandres

- Carine DAVY, responsable adjoint risques professionnels du pôle TRAM (travail en réseau de l'assurance maladie) rentes

#### 11.1.4 CPAM de Lille-Douai

- Ludivine BACONNAIS, sous-directrice prestations
- Olivier DELVILLE, responsable du pôle TRAM invalidité
- Karine PALERMO, responsable du département gestion dossiers clients

#### 11.1.5. DRSM des Hauts-de-France

- Docteur Emmanuel BENOIT, médecin conseil régional adjoint

- Docteur Nicole BILLON, sous- directrice en charge du pilotage de la performance et de la relation client
- Docteur Alissar CARON, cheffe par intérim du pôle coordination, animation, relations et prestations des assurés

#### 11.1.6. MDPH du Nord

- Talbilla TISON, responsable de l'harmonisation des pratiques

#### 11.1.7. Pôle santé travail de Lille (SPSTI)

- François DEPOORTERE, directeur opérationnel
- Docteur Alban MARQUIS

### 11.2. Région Ile-de-France

#### 11.2.1. CAF de Paris

- Sébastien HAMELET, sous-directeur production
- Adélaïde FAVRAT, fondée de pouvoir
- Deborah GRAND, responsable de la réglementation

#### 11.2.2. Direction de la retraite et de l'action sociale Ile-de-France

- Nora DAHMANI, directrice retraite des agences franciliennes DRAF
- Frédéric BIRITTIERI, directeur de la relation assurés à la CNAV
- Ella FRANCIETTA, responsable du pôle support juridique de la direction relation assures
- Christelle APHAREL-SONGEONS, responsable de l'agence retraite Ledru-Rollin
- Romain TOUPRY-LOUREIRO DOS SANTOS, responsable adjoint de l'agence retraite Ledru-Rollin
- Emmanuelle LAVENTURE-DARIVAL, technicien retraite, agence retraite Ledru-Rollin

#### 11.2.3. DRSM d'Ile-de-France

- Docteur Pascal NICOLLE, directeur régional
- Docteur Jérôme CULOT, directeur régional adjoint

- Docteur Irène BOHN, médecin chef de l'ELSM du val d'Oise, expert régional sur les prestations maladie
- Minh-Thu VU-NGUYEN, responsable de la mission d'appui au pilotage
- Docteur Véronique HA-DUNAND, médecin conseil

#### 11.2.4. Maison départementale des personnes handicapées de Paris

- Myriam BOUALI, directrice

### 11.3. Région Provence-Alpes-Côte d'Azur – Corse

#### 11.3.1. ASTBTP 13 (SPSTI)

- Christophe DÔ, directeur
- Docteur Sophie DUMAS

#### 11.3.2. CAF des Bouches-du-Rhône

- Yves FASONARO, directeur
- Catherine DE MEIRLEIRE, directrice comptable et financière
- Aline ROUILLON, sous-directrice allocataires et partenaires
- Christelle CASTELLI, chargée d'études juridiques, minima sociaux
- Virginie RICCO, chargée d'études, subrogations vieillesse et des partenariats avec la CARSAT
- Viviane POGGI, responsable de la maîtrise de la qualité

#### 11.3.3. CARSAT Provence-Alpes-Côte-D'azur Corse

- Vincent VERLHAC, directeur
- Jérôme OLLES, directeur retraite
- Magali PERNOT, sous-directrice retraite, en charge des supports et du pilotage métiers
- Sylvie MORAIS REBELO, sous-directrice retraite, en charge de l'offre de service et des agences retraite
- Frédérique VAUTRAY, manager, unité des affaires juridiques
- Jean-Philippe FORLINI, responsable des agences de Marseille

- Alexandre ALLEC, responsable du département pilotage, administration, analyse et statistiques
- Christine DAUMAS, responsable du département pôles régionaux (dossiers des résidents à l'étranger ou français avec une carrière étrangère, pôle révision et pôle AAH)
- Anne-Marie RIEBEL, expert service social
- Elisabeth DELORT, technicien retraite, agence de Marseille
- Besma JOUINI, technicien retraite, agence de Marseille
- Julien BAMMERT, technicien retraite, pôle AAH
- Radia KOUBA, technicien retraite, pôle AAH
- Sophie WOJCIK, manager, agence de Marseille

#### 11.3.4. CPAM des Bouches-du-Rhône

- Xavier MONTROSIER, directeur adjoint en charge des ressources

#### 11.3.5. DRSM Provence-Alpes-Côte-D'azur Corse

- Docteur Eléonore RONFLE, directrice régionale
- Docteur Christopher VITTE, adjoint à la directrice régionale
- Christiane DRAICCHIO, sous-directrice chargée des missions nationales de la DRSM et de la CMRA
- Docteur Michèle SASSANO, médecin conseil

#### 11.3.6. GIMS 13 (SPSTI)

- Humberto MIRANDA, directeur général
- Docteur Anne LANDI, médecin du travail, directrice médico-technique et coordination des commissions internes
- Guillaume AUBANEL, secrétaire général
- Gauthier BELLAGAMBA, épidémiologiste
- Delphine PLOUVIER, infirmière en santé au travail

#### 11.3.7. MDPH des Bouches-du-Rhône

- Marie MUZZARELLI, directrice par intérim de la MDPH

- Xavier DE CASTELLO, chef du service socio-professionnel adulte
- Corinne BARONE, médecin en charge du pôle adulte

## 11.4. Martinique

### 11.4.1. CAF

- Jean Richard PELTI, coordonnateur de politiques publiques
- Cédric ALEXIS-ALEXANDRE, manager de la politique publique de précarité

### 11.4.2. CGSS

- Valérie GALIM, directrice retraite et action sociale CGSS de Martinique
- Michèle FIDOL, cadre responsable de la relation avec les assurés
- Christina GAVET, cadre responsable des prestations en espèces
- Astrid DOUMECQ-LACOSTE, responsable du département TI (Martinique, Guadeloupe, Guyane), carrières et retraites

### 11.4.3. DRSM

- Docteur Robert LAGET, directeur régional du service médical Martinique
- Larissa LECURIEUX, responsable de l'inaptitude

## LISTE DES SIGLES UTILISÉS

AAD	Age d'annulation de la décote
AAH	Allocation aux adultes handicapés
ADAPEI	Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales
AGIRC-ARRCO	Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres - Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des Salariés
AOD	Age d'ouverture des droits
ALD	Affection de longue durée
ARE	Allocation de retour à l'emploi
ARS	Agence régionale de santé
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASS	Allocation de solidarité spécifique
AT	Accident du travail
AT-MP	Accidents du travail- Maladies professionnelles
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVPF	Assurance vieillesse du parent au foyer
BDO	Base de données des organismes d'assurance maladie
CAF	Caisse d'allocations familiales
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CERFA	Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CMI-i	Carte de mobilité inclusion, mention invalidité
CMI-p	Carte de mobilité inclusion, mention priorité
CMI-s	Carte de mobilité inclusion, mention stationnement
CMRA	Commission médicale de recours amiable
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNIL	Commission nationale Informatique et libertés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COR	Conseil d'orientation des retraites
C2P	Compte professionnel de prévention
C3P	Compte personnel de prévention de la pénibilité
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie

CRAMIF	Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France
CSS	Code de la sécurité sociale
DDO	Direction déléguée aux opérations
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGT	Direction générale du travail
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRM	Dispositif de ressources mensuelles
DRP	Direction des risques professionnels
DRSM	Direction régionale du service médical
DSPR	Direction des statistiques, de la prospective et de la recherche
DSS	Direction de la sécurité sociale
EIFEL	Échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies
EIR	Echantillon inter-régimes de retraités
ELSM	Echelon local du service médical
EMS	Echanges médicaux sécurisés
ERSM	Echelon régional du service médical
SEAT	Etablissements et services d'aide par le travail
ETP	Equivalent temps plein
FNATH	Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés, association des accidentés de la vie
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IJ	Indemnité journalière
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IP	Incapacité permanente
IPP	Incapacité permanente partielle
LFI	Loi de finances initiale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MICO	Minimum contributif
MP	Maladies professionnelles
MSA	Mutualité sociale agricole
MTP	Majoration pour aide constante d'une tierce personne
NIHHS	<i>National Institute of Health Stroke Score</i> (score diagnostique et de gravité AVC)
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
OR	Outil retraite
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PCH	Prestation de compensation du handicap
PDP	Prévention de la désinsertion professionnelle
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
Presanse	Association Prévention, Santé, Service, Entreprise
PST	Plan santé au travail

RATH	Retraite anticipée des travailleurs handicapés
REPSS	Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale
RIB	Relevé d'identité bancaire
RNCPS	Répertoire national commun de la protection sociale
RSA	Revenu de solidarité active
RSDAE	Restriction substantielle et durable dans l'accès à l'emploi
RSI	Régime social des indépendants
SASPA	Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées
SI	Système d'information
SIAM	Système informationnel de l'assurance maladie
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SPST	Service de prévention et de santé au travail
SPSTI	Service de prévention et de santé au travail interentreprises
TCI	Tribunal du contentieux de l'incapacité
TJ	Tribunal judiciaire
UNEDIC	Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

# ANNEXE I : LES MOTIFS DE DÉPARTS ANTICIPÉS

[1] Différents dispositifs, généralement regroupés sous le nom de « **départs anticipés** »<sup>161</sup>, visent à faciliter le départ en retraite de personnes relevant de plusieurs situations : ayant eu une carrière longue, ayant été exposés à des facteurs de risque professionnels ou connaissant un état de santé dégradé, que cette dégradation soit d'origine professionnelle ou non, sans perspective de reprise d'activité.

## 1. Principes généraux

[2] Les départs anticipés permettent :

- soit de partir avant l'âge d'ouverture des droits (AOD) de 62 ans ;
- soit de partir à taux plein (au taux de liquidation T de 50 %, sans décote) sans réunir les conditions de durée requises à ce titre (168 trimestres pour la génération née en 1962, par exemple) ou sans avoir atteint 67 ans (âge d'annulation de la décote - AAD) ;
- soit enfin de partir avant l'âge légal **et** avec le taux plein.

[3] Le départ en retraite pour inaptitude constitue le plus ancien de ces dispositifs puisqu'il existait à la création de la sécurité sociale<sup>162</sup>. Dès lors que la retraite pour inaptitude permet un départ à l'âge d'ouverture des droits, il pourrait paraître incongru de la ranger au nombre de ces dispositifs. Néanmoins, il convient de tenir compte du fait que :

- la retraite pour inaptitude permet de partir au taux plein (avec un taux de liquidation T de 50 %, **sans décote**) dès l'âge de 62 ans, même si la condition de durée d'activité, mesurée en trimestres validés, n'est pas remplie. En ce sens, elle constitue une **anticipation de l'âge d'annulation de la décote**, qui est fixé pour le droit commun à 67 ans ;
- si les conditions (de ressources ou de montant de pension) sont remplies, elle permet d'autre part de bénéficier du minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées – ASPA) à 62 ans au lieu de 65 ans pour le droit commun, ainsi que du minimum de pension (minimum contributif – MICO), à 62 ans au lieu de 67 ans pour le droit commun des personnes qui n'ont pas une carrière complète. Cet **accès précoce aux minima forme donc un second facteur d'anticipation**.

<sup>161</sup> Cf. par exemple, la présentation retenue par le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - retraites, joint à chaque projet annuel de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

<sup>162</sup> Article 64 de l'ordonnance n°45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux salariés des professions non agricoles : « Pour les assurés qui justifient d'au moins 30 années d'assurance et qui ont exercé pendant au moins 20 années une activité particulièrement pénible de nature à provoquer l'usure prématurée de l'organisme ou sont reconnus inaptes au travail, la pension liquidée à un âge compris entre 60 et 65 ans est égale à 40% du salaire annuel de base. ». Un premier dispositif avait été mis en place par la loi du 14 mars 1941 relative à l'allocation aux vieux travailleurs salariés.

Tableau 1 : Les motifs de départ anticipé

Départ avant 62 ans et au taux plein	Départ avant 62 ans	Départ au taux plein, à 62 ans
Retraite anticipée des travailleurs handicapés (L. 351-1-3)	Retraite anticipée pour carrière longue (L. 351-1-1)	<b>Retraites pour inaptitude<sup>163</sup></b>
Retraite anticipée pour incapacité permanente, dite « pénibilité 2010 » (L. 351-1-4)	Compte professionnel de prévention, dit « pénibilité 2014 » (L. 351-6-1)	Retraite des ex-bénéficiaires d'une pension d'invalidité (L. 341-15)
		Retraite pour inaptitude au travail via la procédure médicale (L. 351-7)
		Retraite pour incapacité permanente (L. 351-8, 1° ter)
		Bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (L. 821-1)
		<b>Autres motifs</b>
		Anciens déportés ou internés (L. 351-8, 3°)
		Mères de famille ayant exercé un travail manuel ouvrier (L. 351-8, 4°)
		anciens prisonniers de guerre (L. 351-8, 5°)

Source : *Mission*. Les articles mentionnés sont ceux du code de la sécurité sociale (CSS) applicables aux salariés du régime général. Le présent rapport est consacré aux seuls articles mentionnés en rouge dans le présent tableau.

<sup>163</sup> La CNAV recense trois autres publics très circonscrits et dont les droits à retraite pour inaptitude ne figurent pas dans le CSS : les bénéficiaires de l'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes (décret du 26 juillet 1956, abrogé par un autre décret du 17 décembre 1985 mais qui peut encore concerner un nombre marginal d'assurés déjà retraités), les fonctionnaires stagiaires de l'Etat licenciés pour inaptitude physique et qui ont bénéficié d'une pension d'invalidité (circulaire CNAV du 18 février 1972), les maîtres et documentalistes de l'enseignement privés sous contrat, dès lors qu'ils sont titulaires d'un avantage de retraite servi au titre de l'invalidité (lettre ministérielle du 29 avril 2013).

[4] Plusieurs autres dispositifs de départs anticipés coexistent avec les retraites pour inaptitude. Ne seront pas abordés dans la présente annexe :

- les dispositifs spécifiques à la fonction publique. Il s'agit d'une part du droit à départ anticipé pour les emplois relevant de « catégories actives » (emplois présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles<sup>164</sup>) et, d'autre part, des retraites anticipées pour « catégorie insalubre », catégorie qui concerne les agents des réseaux souterrains des égouts et les agents du corps des identificateurs de l'institut médico-légal de la préfecture de police de Paris ;
- le dispositif général relatif aux carrières longues, qui concerne agents publics et salariés du secteur privé, et qui relève de problématiques autres que celles de la prise en compte d'un état de santé dégradé de l'assuré, abordées dans le présent rapport<sup>165</sup>.

## 2. Les motifs de départ anticipés autres que la retraite pour inaptitude

### 2.1. La retraite anticipée des travailleurs handicapés

[5] La RATH a été créée par la réforme des retraites de 2003<sup>166</sup>, afin de prendre en compte les difficultés d'accès, d'exercice et de maintien dans l'emploi, qui sont inhérentes au handicap. Elle permet aux assurés ayant effectué une large part de leur carrière en situation de handicap important de bénéficier d'un départ en retraite anticipée à partir de 55 ans. Leur retraite est calculée au taux plein et peut être majorée pour compenser les incidences du handicap sur leur activité professionnelle.

[6] Trois conditions sont requises pour bénéficier de la retraite anticipée au profit des assurés handicapés :

- une durée d'assurance minimale ;
- une durée d'assurance minimale cotisée ;
- un taux d'incapacité permanente de 50 %<sup>167</sup> pendant les durées requises ou, pour les périodes antérieures au 31 décembre 2015, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

[7] A titre d'exemple, et pour les assurés nés en 1963 (génération pour laquelle 168 trimestres sont nécessaires pour bénéficier d'une retraite à taux plein), l'anticipation permet un départ :

- à 55 ans pour 128 trimestres validés dont 108 trimestres cotisés ;

---

<sup>164</sup> Article L. 24 du code des pensions civiles et militaires.

<sup>165</sup> Article L. 351-1-1 du CSS pour le principe général.

<sup>166</sup> Article 24 de la loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

<sup>167</sup> Ce taux était de 80% à la création du dispositif (décret n° 2004-232 du 17 mars 2004 relatif à l'abaissement de l'âge de la retraite pour les assurés sociaux handicapés) ; il a été abaissé à 50% par les textes d'application de la réforme des retraites de 2014. Un arrêté du 24 juillet 2015 liste les documents permettant d'attester du taux d'incapacité permanente supérieur à 50 % ou de l'existence de situations équivalentes valant éligibilité à la retraite anticipée des travailleurs handicapés.

- à 56 ans pour 118 trimestres validés dont 98 trimestres cotisés ;
- à 57 ans pour 108 trimestres validés dont 88 trimestres cotisés ;
- à 58 ans pour 98 trimestres validés dont 78 trimestres cotisés ;
- à 59, 60 ou 61 ans pour 88 trimestres validés dont 68 trimestres cotisés.

[8] La RATH est proche de la retraite pour inaptitude en raison du critère (identique) d'une incapacité supérieure à 50 % et du bénéfice de l'absence de décote. Elle s'en distingue par la nature de l'avantage (un départ anticipé qui peut intervenir dès 55 ans et une majoration de pension, qui représente un tiers du rapport entre la durée d'assurance cotisée en situation de handicap dans le régime et la durée d'assurance effectuée dans le régime). Le calibrage de la mesure correspond donc à son esprit : permettre à des personnes ayant eu une carrière en tant que travailleurs handicapés de partir plus tôt et avec une pension majorée.

[9] Les effectifs de bénéficiaires de cette mesure sont faibles, et sans commune mesure avec les volumes enregistrés pour les départs en retraite de bénéficiaires de l'AAH.

Tableau 2 : Retraites anticipées pour handicap selon le régime d'affiliation

	2012	2014	2016	2017	2018	2019	2020	2021	% de nouveaux retraités en 2021
Régime général - salariés <sup>(1)</sup>	1 980	2 380	2 900	2 780	2 820	2 870	2 500	2 200	0,3%
Régime général - artisans	140	80	120	60	20	20			
Régime général - commerçants	30	90	140	80	20	30	170	150	0,3%
MSA salariés agricoles		260	430	380	200	200			
Fonction Publique Territoriale	130	190	200	180	230	230	170	180	0,4%
Fonction Publique Hospitalière	40	60	60	50	50	70	50	50	0,2%
Fonction Publique d'Etat			230	250	270	250	250	250	0,4%

Source : *Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – Retraites (2022)*

## 2.2. La retraite anticipée pour incapacité permanente (« pénibilité 2010 »)

[10] La retraite anticipée pour incapacité permanente a été créée par la réforme des retraites de 2010<sup>168</sup>.

[11] Elle permet aux salariés justifiant d'une incapacité permanente, du fait d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle, de bénéficier d'un départ en retraite dès 60 ans, au taux plein<sup>169</sup>. La procédure est différente selon le taux d'incapacité :

- lorsque le taux d'IPP est au moins égal à 20 %, le droit à retraite est ouvert sans autres conditions que la vérification, pour les victimes d'accidents du travail, de l'appréciation de la notion de lésions identiques ;
- lorsque le taux est compris entre 10 et 19 %, le bénéfice de la retraite est subordonné :

<sup>168</sup> Article 79 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

<sup>169</sup> Article L. 351-1-4 du CSS.

- au fait que l'assuré puisse apporter la preuve qu'il a été exposé, pendant au moins dix-sept ans, à l'un des 10 facteurs de risques professionnels définis à l'article L. 4161-1 du code du travail ;
- à l'avis d'une commission pluridisciplinaire chargée d'apprécier à la fois la validité des modes de preuve apportés par l'assuré et l'effectivité du lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels.

[12] L'ordonnance du 22 septembre 2017<sup>170</sup> a aménagé ces conditions pour quatre facteurs de risques professionnels (postures pénibles, manutentions manuelles de charges, vibrations mécaniques et agents chimiques dangereux) : pour les AT ou MP à l'origine d'un taux d'incapacité compris entre 10 % et 19 %, la condition de dix-sept années d'exposition et l'examen par la commission pluridisciplinaire du lien de causalité entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques ne sont pas requis pour bénéficier de la retraite anticipée.

[13] La philosophie de ce dispositif est donc étroitement liée à l'exposition au cours de la carrière à des facteurs de risques professionnels alors que l'état de santé dégradé justifiant des pensions de retraite pour inaptitude peut avoir des motifs non professionnels. Pour autant, une liaison existe puisque les personnes ne remplissant pas les conditions pour bénéficier de ce droit (incapacité proche mais inférieure à 10 %, absence de justification de la condition de durée d'exposition ...) ont une vocation « naturelle » à solliciter une retraite pour inaptitude via la procédure médicale, si elles ne rentrent pas par ailleurs dans un autre cadre (pension d'invalidité, AAH...).

[14] Ce dispositif concerne un nombre marginal de bénéficiaires au regard du flux annuel d'environ 100 000 nouveaux retraités pour inaptitude :

Tableau 3 : Répartition des retraites anticipées au titre de l'incapacité permanente selon le régime (dispositif loi 2010)

	2012	2014	2016	2018	2019	2020	2021	% de nouveaux retraités en 2021
Régime général	3 300	3 500	3 600	3 400	3 100	3 100	non disponible	
MSA salariés agricoles	800	900	900	500	500	500	500	1,1%
MSA exploitants agricoles	200	300	300	300	300	300	300	1,0%

Source : *Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – Retraites (2022)*

### 2.3. Le compte professionnel de prévention (« pénibilité 2014 »)

[15] La réforme de 2014 a créé un compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P)<sup>171</sup>, devenu compte professionnel de prévention (C2P) en 2017.

<sup>170</sup> Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention.

<sup>171</sup> Article 10 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

[16] Le dispositif prévoit l'abondement d'un compte individuel par salarié par des points de pénibilité, déclarés chaque année par l'employeur, sur la base de conditions objectives d'exposition à dix (initialement) facteurs de risques pouvant laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé. Le dispositif a été aménagé par l'ordonnance « travail » du 22 septembre 2017 précitée :

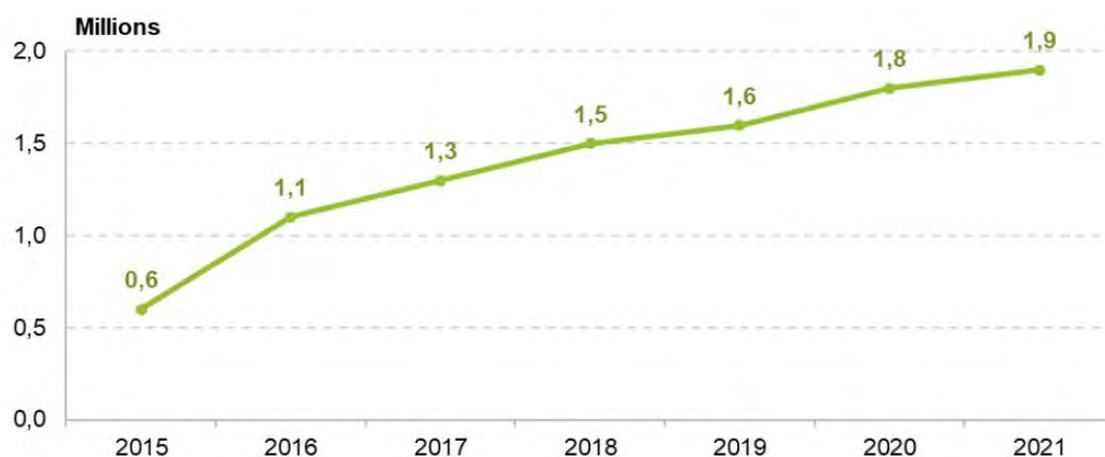
- les salariés du secteur privé bénéficient désormais d'un compte professionnel de prévention (C2P) qui prend en compte les six risques suivants : le travail de nuit, le travail en équipes successives alternantes, le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste à une fréquence élevée, les activités en milieu hyperbare, le travail dans des températures extrêmes et le travail dans le bruit ;
- les quatre autres facteurs de risque (manutentions manuelles de charges, vibrations mécaniques, postures pénibles et agents chimiques dangereux), présents dans le C3P initial, ont été en quelque sorte reversés vers le dispositif de « pénibilité 2010 », selon les modalités allégées et simplifiées présentées *supra* (absence de condition de durée d'exposition et absence de nécessité de faire la preuve du lien entre l'incapacité et l'exposition à des facteurs de risque).

[17] Ces points peuvent ensuite être convertis soit en périodes de formation, soit en périodes de temps partiel avec maintien de salaire, soit en trimestres de départ anticipé en retraite. Les points acquis permettent ainsi aux assurés de déroger à l'âge minimal de droit commun, dans la limite de deux ans.

[18] Le dispositif est en cours de montée en charge puisque les salariés ne peuvent accumuler des points que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et qu'une grande partie d'entre eux sont encore éloignés de la perspective d'un départ en retraite. Près de 2 millions de personnes ont aujourd'hui un compte comportant des points.

[19] En 2020, 3 925 salariés ont demandé la conversion de leurs points pour bénéficier d'une majoration de durée d'assurance (dans 73 % des cas), utiliser leurs points pour passer à temps partiel (19 %), financer une formation (9 %).

Graphique 1 : Personnes avec au moins une exposition validée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 (en effectifs cumulés au 31 décembre)



Source : *Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – Retraites (2022)*

## 2.4. La retraites des travailleurs de l’amiante

[20] Un dispositif spécifique de départ anticipé a été créé par la LFSS pour 1999 au bénéfice des travailleurs de l’amiante<sup>172</sup>.

[21] La loi a mis en place un dispositif de cessation anticipée d’activité, ouvert à partir de 50 ans aux salariés atteints de maladies professionnelles liées à l’amiante ou ayant travaillé dans des établissements utilisant l’amiante et figurant sur des listes établies par arrêtés interministériels.

[22] Outre d’une allocation de cessation anticipée d’activité (ACAATA), les personnes concernées bénéficient du versement de cotisations d’assurance volontaire, qui leur permettent d’acquérir des droits à retraite et de la possibilité de partir en retraite au taux plein, à partir de 60 ans. En effet, elles peuvent liquider leur retraite à partir de 60 ans si elles remplissent la condition de durée d’assurance requise et elles bénéficient, à titre dérogatoire dès 65 ans, du « taux plein », quelle que soit la durée d’assurance accomplie.

[23] Le nombre des bénéficiaires est limité et décroît progressivement.

Tableau 4 : Retraites anticipées au titre de l’amiante

	2012	2013	2014	2015	2016	2017 *	2018	2019	2020	2021
Hommes	4 420	4 630	4 620	5 110	4 430	3 850	3 590	3 440	3 020	2 310
Femmes	1 060	1 030	1 040	1 210	1 160	920	760	650	550	370
Ensemble	5 480	5 650	5 670	6 320	5 590	4 770	4 350	4 090	3 570	2 680

Source : *Rapport d’évaluation des politiques de sécurité sociale – Retraites (2022)*

<sup>172</sup> Article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.



## ANNEXE II : ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'AUDITION D'UN PANEL DE RETRAITÉS POUR INAPTITUDE

[1] L'accès aux retraites pour inaptitude est complexe et demande aux assurés des démarches qui peuvent être difficiles pour certains d'entre eux, qui rencontrent des problèmes de santé et/ou sont contraints par d'autres facteurs limitant leur autonomie (situation de handicap, mauvaise maîtrise de la langue française ou des outils numériques, tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice). Cette situation est susceptible de limiter l'accès au droit et de générer des situations de non-recours ou de retards dans l'accès à la pension de retraite.

[2] La mission a donc jugé opportun de prendre l'avis de personnes qui venaient, récemment, d'entrer en retraite par la voie de l'inaptitude, tant pour constater les difficultés qu'elles auraient pu rencontrer dans leurs démarches que pour recueillir leurs propositions de simplification du dispositif et, plus généralement, évaluer leur ressenti sur ce moment important de leur parcours, correspondant à un changement de statut.

[3] Demande en ce sens a été formulée aux trois CARSAT visitées par la mission ainsi qu'à la FNATH. La mobilisation de personnes déjà retraitées et rencontrant des problèmes de santé ou connaissant une situation de handicap est rien moins qu'aisée. Néanmoins, les deux CARSAT des Hauts-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur sont parvenues à répondre à la sollicitation de la mission et les inspecteurs ont ainsi pu échanger, à Marseille le 7 juillet 2022 et à Villeneuve-d'Ascq le 6 septembre 2022, avec un panel de 8 personnes, soit un échange avec une quinzaine de retraités pour inaptitude au total.

[4] Que les personnels des deux caisses, qui ont organisé la rencontre, et ces retraités, qui ont accepté de se déplacer pour un échange libre et bénévole de deux heures avec la mission d'inspection, soient ici vivement remerciés de cet engagement.

### 1. Méthode

#### 1.1. S'agissant de la réunion du panel et des objectifs poursuivis

[5] La réunion avec le panel était collective, les participants étant les retraités invités et les trois inspecteurs, les personnels des caisses organisatrices n'étant pas présents.

[6] Chaque réunion a duré environ deux heures.

[7] Les personnes sollicitées devaient avoir été admises en retraite pour inaptitude via la procédure médicale. Pour autant, ce n'était pas le cas de toutes, l'une d'entre elle étant en effet un bénéficiaire de l'AAH. Il n'est pas d'ailleurs pas insignifiant que nombre des personnes ne savaient pas exactement dans quelles conditions et à quel titre elles avaient bénéficié d'une pension pour inaptitude.

[8] L'objet et la finalité de l'entretien (examiner le parcours des personnes, rechercher des simplifications, rendre compte du ressenti individuel aux inspecteurs et, via leur intermédiation, au Gouvernement et au public) ont été précisés en exergue de la rencontre.

[9] Les règles posées en préalable à l'échange concernaient la confidentialité des propos et l'anonymat des intervenants : l'identité des personnes concernées ne sera pas précisée pour les propos rapportés *infra* ; la mission n'a pas consulté au préalable, ni plus tard d'ailleurs, le dossier retraite de ses interlocuteurs.

[10] Les personnes auditionnées ont très spontanément évoqué les problèmes de santé qu'elles rencontraient au moment de la liquidation ou qui les affectaient encore lors de l'échange, en dépit de la précision par la mission que ce type d'information n'était pas requis.

[11] Les personnes ne se connaissaient pas au préalable, et n'avaient pas d'ailleurs rencontré les membres de la mission, ce qui peut expliquer la liberté des propos tenus.

## 1.2. S'agissant de la conduite de l'entretien

[12] L'audition comportait trois parties. A tour de rôle, les personnes étaient invitées à :

- Répondre à deux questions fermées, l'une d'ordre général, l'autre d'ordre personnel :
  - « Si vous deviez décrire à un ami ou une connaissance la retraite pour inaptitude, que diriez-vous ? Quels en sont les avantages ?
  - Quelle était votre situation immédiatement avant de partir en retraite : employé, au chômage, en arrêt maladie, bénéficiaire d'une allocation chômage ou du RSA, inactif... ? » ;
- Répondre à des questions permettant de suivre le parcours administratif :
  - « Quand avez-vous entendu parler pour la première fois de la retraite pour inaptitude ? Par qui ?
  - Qui vous a conseillé de formuler une demande ? Vous a-t-on renseigné sur les avantages ou potentiels inconvénients (moins de revenu qu'une autre allocation par exemple) ?
  - Comment s'est passé le contact avec le médecin traitant qui a complété les informations médicales de votre dossier ? Avez-vous été convoqué par un médecin de l'assurance maladie ?
  - Avez-vous rempli une demande de retraite en ligne ? vous êtes-vous rendus à la CARSAT pour fournir des justificatifs ou finaliser votre dossier ?
  - Avez-vous rencontré des difficultés dans le traitement de votre dossier de demande de retraite ? »
- Faire un bilan du passage en retraite :
  - A titre individuel : « le passage en retraite a-t-il constitué une satisfaction ? Vous êtes-vous senti mieux ou soulagé après ? Pourquoi ? »
  - A titre collectif : « quelles pratiques ou règles vous ont gêné ? qu'est-ce qui pourrait être simplifié ou amélioré dans la procédure ? »

[13] Ce cadre n'a pas toujours été respecté, les retraités présents ayant, pour beaucoup d'entre eux, le souhait d'évoquer leur parcours professionnel plutôt que leur passage en retraite : la (difficile) fin de carrière et les

problèmes de santé afférents ont été prégnants dans leurs propos, le passage en retraite n'effaçant pas le souvenir, pénible voire empreint de souffrance, de ces années.

## 2. Enseignements

### 2.1. Avant le passage en retraite

[14] Pour beaucoup des personnes auditionnées, l'émergence de problèmes de santé, alors qu'ils étaient des travailleurs seniors en activité, a constitué le début du processus de passage en retraite.

[15] Or celui-ci a souvent été marqué par la conflictualité : contestation de stratégies de mise à l'écart voire de harcèlement moral (ressentis comme tels) par la direction des ressources humaines de l'entreprise, incompréhension de la décision de mise en inaptitude au poste de travail par le médecin du travail, inquiétude vis-à-vis des décisions du médecin-conseil de l'assurance maladie quant à la mise en invalidité, le contrôle des indemnités journalières, la reprise du travail... Ces événements ont constitué pour plusieurs des personnes rencontrées des traumatismes parfois durables (cas d'un contentieux, non encore résolu, relatif à une faute inexcusable de l'employeur ; dépression qui persiste après le passage en retraite).

[16] Pour d'autres personnes, l'incapacité à poursuivre leur activité a en revanche été progressivement acceptée, notamment lorsqu'elle est intervenue sensiblement en amont de l'âge de 62 ans ou parce qu'elle affectait l'exercice de fonctions physiques par des travailleurs manuels ou peu qualifiés (catégorie dont relevait la très grande majorité du panel : magasiniers, cuisiniers, coursiers, ouvriers du bâtiment...).

[17] On rencontre donc assez logiquement une ambivalence dans la relation vis-à-vis du travail : une partie du panel aurait souhaité continuer à travailler s'il n'y avait pas eu de problème de santé (ou souhaite même aujourd'hui conserver une petite activité, en cumul emploi-retraite) ; une autre partie a vécu comme un soulagement l'éloignement d'un environnement jugé toxique (au plan des relations humaines) ou nocif (au plan de la santé).

[18] Il est à noter que les problématiques financières liées à la perte de l'emploi et au passage aux indemnités maladie ou chômage ont peu été mentionnées.

### 2.2. Orientation vers le dispositif

[19] Elle s'est faite par des canaux multiples : information par des proches, qui étaient passés par le même type de situation ; information par les assistantes sociales (CAF, conseil départemental, service social de la CPAM, Adapei pour le cas d'un bénéficiaire de l'AAH) ; information donnée par un médecin-conseil ; suite logique d'une mise en invalidité et d'une radiation des cadres pour une infirmière de la fonction publique hospitalière (FPH), orientée par le service des ressources humaines de son établissement pour faire valoir ses droits de début de carrière au régime général.

[20] Hors de ces cas, c'est le contact avec les agents de la CARSAT – et l'énoncé des difficultés de santé – qui a conduit à solliciter la reconnaissance de l'inaptitude.

### 2.3. Compréhension du dispositif

[21] Aucune personne interrogée n'a été capable de présenter clairement le dispositif, hors du principe de départ à 62 ans :

- Plusieurs ont confondu l'inaptitude au poste de travail qu'a prononcée le médecin du travail avec la décision du contrôle médical et pensent que la première était le fait générateur de leur « mise en retraite » (le terme utilisé indique la confusion). Ceci est d'autant plus explicable qu'ils n'ont généralement pas vu de médecin-conseil et que la chronologie de leur fin de parcours professionnel est parfois confuse ;
- La notion de taux plein n'est généralement pas comprise :
  - le taux plein est l'absence d'application d'une décote mais le montant de celle-ci est ignoré ;
  - plusieurs personnes ont évoqué l'idée d'avoir pu bénéficier de « tous les trimestres » (sans toujours comprendre que le coefficient de proratisation s'était appliqué) ;
  - l'arbitrage qu'auraient pu faire certains d'entre eux de ne pas partir en retraite pour rester indemnisé en IJ maladie ou allocation chômage (et ainsi acquérir des périodes validées) ne leur a pas été présenté ou n'était pas connu. Une personne, à qui il manquait quatre trimestres, a découvert cette règle et a fait part à la mission de ses regrets qu'elle ne lui ait pas été présentée.
- En revanche, de nombreuses personnes du panel ont compris l'intérêt du bénéfice de l'ASPA, dont plusieurs sont de fait allocataires. Pour le bénéficiaire de l'AAH présent, qui n'avait pratiquement pas de trimestres cotisés, le passage de l'AAH à l'ASPA n'a en pratique rien changé.

## 2.4. La liquidation

[22] Ce qui est ressorti de ces témoignages, c'est qu'une fois le diagnostic fait de l'éligibilité à la mesure (par un médecin, une assistante sociale, un technicien retraite), les personnes ont été « prises en main » (à leur satisfaction) jusqu'au bénéfice de la mesure.

[23] Avant la demande, beaucoup ont dû « se battre » (contre un employeur, contre un médecin du travail, contre une caisse) ; après la demande, la relation à l'administration est devenue à la fois plus apaisée et plus passive.

[24] De l'avis quasi-général, le passage en retraite (au sens du traitement du dossier par la CARSAT) s'est donc fait sans difficulté : une fois le dossier complet, il a été rapidement et efficacement traité. Ce dossier a pu dans certains cas être constitué par un tiers (une assistante sociale, le technicien retraites...) mais il n'est pas jugé en soi complexe. Seuls ont été évoqués :

- des retards liés à des dossiers incomplets (manque d'un cachet du médecin traitant, par exemple) ;
- des difficultés d'accès à la CARSAT pour constituer le dossier et être tenu au courant de son état d'avancement (par contact téléphonique ou rendez-vous physique), ce besoin étant élevé pour une population qui a bien conscience, pour fréquenter plus régulièrement les guichets de la CAF ou de Pôle emploi et pour avoir connu plusieurs statuts en fin de carrière, que le passage en retraite a la spécificité d'être « sans retour » : de n'intervenir qu'une fois. Or « c'est plus compliqué d'avoir un rendez-vous qu'à la CAF ou la CPAM » ;

- deux cas de liquidation retardée de l'ASPA (le dossier ayant été constitué avec retard par l'assuré).

[25] Plusieurs personnes ont indiqué avoir effectué leur demande à 62 ans passés, faute d'orientation plus précoce vers le dispositif.

## 2.5. En retraite

[26] Les sentiments, ambivalents, vis-à-vis de la retraite n'ont pas paru à la mission sensiblement différents de ceux éprouvés par les autres retraités : des regrets en raison de la perte des liens sociaux, de la baisse du niveau de vie ou du souhait avorté de continuer à exercer une activité pour une part, la satisfaction de « tourner la page », de bénéficier de temps pour soi, sa famille, des activités bénévoles d'autre part.

[27] Au regard des pistes d'amélioration du dispositif, le besoin d'une information fiable, intelligible et directe (en face-à-face ou par téléphone de préférence à des courriers papier ou électroniques) et d'un suivi médical et professionnel en fin de carrière ont été les deux points les plus évoqués.

[28] Les règles en matière de cumul emploi-retraite (ou ASPA) ont également été mentionnées à plusieurs reprises. Le paradoxe n'est qu'apparent : pour inaptes qu'ils aient été reconnus, nombre des retraités rencontrés, qui ont exercé des métiers physiques ou pénibles, estiment pouvoir exercer des activités moins exigeantes (en quotité de travail et en intensité physique).



## ANNEXE III : OBSTACLES JURIDIQUES A LA TRANSMISSION ENTRE CAISSES DE RIB ET DE TOUTE INFORMATION NECESSAIRE A LA LIQUIDATION D'UNE RETRAITE

[1] Les caisses nationales de sécurité sociale ont fait remonter en préparation du PLFSS pour 2022 une proposition d'évolution des textes législatifs en vigueur afin de permettre la transmission des RIB connus de caisses de sécurité sociale à d'autres organismes de sécurité sociale, aux fins d'examen d'un dossier de demande de prestation.

[2] Pour assurer la transition du bénéfice de l'AAH, du RSA ou de la pension d'invalidité vers la retraite, les caisses nationales soulignent la nécessité pour les CARSAT de disposer des éléments suivants, connus selon les cas des CAF ou des CPAM :

- des données du RIB ou du RIB lui-même;
- d'un titre de séjour pour les situations le requérant ;
- des pièces relatives à l'existence d'une éventuelle mesure de tutelle (notamment pour les bénéficiaires de l'AAH).

[3] Les caisses nationales estiment qu'en l'état des textes elles ne disposent pas d'une base légale suffisante pour procéder à de telles transmissions entre CAF et CPAM d'une part, CAF et caisses de retraite de l'autre :

- les dispositions de l'article L. 161-1-4 du CSS, communes à l'ensemble des branches et régimes, précisent certes que « les organismes de protection sociale peuvent notamment se dispenser de solliciter la production de pièces justificatives par le demandeur ou le bénéficiaire d'une prestation lorsqu'ils peuvent obtenir directement les informations ou pièces justificatives nécessaires auprès des personnes morales de droit public ou des personnes morales de droit privé gérant un service public compétentes, notamment par transmission électronique de données », mais la CNAF, la CNAM et la CNAV considèrent qu'elles ne sont pas opérantes au cas d'espèce, puisque le même article précise la condition suivante : « dès lors que les informations et pièces justificatives échangées au titre d'une prestation sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au service de la prestation concernée ». Or, et même si la possession d'un RIB est évidemment nécessaire pour verser à l'immense majorité des allocataires – qui choisissent de bénéficier de leurs prestations sociales par virement et pas en espèces ou par chèque barré –, les dispositions législatives et réglementaires sur les prestations de retraite ne mentionnent pas, car non spécifique à la législation sur les retraites et relevant donc de l'implicite voire de simples règles de gestion, le RIB comme pièce à fournir pour bénéficier du versement

de sa retraite. Une lecture littérale des textes conduit donc, en effet, à écarter cette potentielle base légale ;

- les dispositions des articles L. 113-12 et L. 113-13 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA) dites du « dites-le nous une fois » indiquent que « lorsque les informations ou données nécessaires pour traiter la demande présentée par une personne ou la déclaration transmise par celle-ci peuvent être obtenues directement auprès d'une autre administration, dans les conditions prévues aux articles L. 114-8 et L. 114-9, la personne ou son représentant atteste sur l'honneur de l'exactitude des informations déclarées. Cette attestation se substitue à la production de pièces justificatives. Un décret fixe la liste des pièces que les personnes n'ont plus à produire. » Les articles L. 114-8 et L. 114-9 du CRPA fournissent un encadrement à ces échanges de données inter-administrations. En tout état de cause, les décrets d'application pris jusqu'à présent (et codifiés aux articles D. 113-4 et R. 114-9-1 et suivants du CRPA) ne mentionnent pas le RIB. Il est possible de s'interroger en revanche sur la possibilité de s'appuyer d'ores et déjà sur les articles R. 114-9-3 et R. 114-9-4 du même code s'agissant de l'existence de mesures de tutelle, leurs dispositions mentionnant les organismes de protection sociale comme récepteurs des demandes de communication d'informations entre organismes publics sur la « situation familiale », notion qui est précisée par les mêmes dispositions comme englobant la « protection des personnes », et donc ainsi les mesures de tutelle / curatelle ;
- les dispositions de l'article L. 114-12 du CSS mentionnent que « les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code, les caisses assurant le service des congés payés, Pôle emploi et les administrations de l'Etat se communiquent les renseignements ainsi que les données ou documents s'y rapportant qui : 1° sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ». Les caisses nationales considéraient cependant, s'agissant de dispositions insérées dans un chapitre intitulé « contrôle et lutte contre la fraude », qu'elles ne pouvaient être utilisées aux fins de faciliter la transition entre certaines prestations et la retraite<sup>173</sup>.

[4] Les caisses nationales concernées proposaient en conséquence une modification des dispositions législatives pour autoriser ces transferts de justificatifs, sauf opposition expresse de l'assuré, ainsi que d'étendre cette possibilité à d'autres prestations que les retraites, par exemple pour la liquidation des IJ ou le remboursement des frais de santé.

[5] Un amendement au PLFSS 2022 a été déposé par le Gouvernement afin de permettre l'échange d'informations entre les organismes de sécurité sociale, les administrations de l'Etat et Pôle emploi « pour assurer aux personnes le bénéfice de leurs droits ou pour permettre le versement de prestations pour lesquelles elles remplissent les conditions. Lorsqu'il s'agit d'informations relatives aux coordonnées bancaires, l'organisme informe préalablement la personne de leur utilisation pour le versement de la

---

<sup>173</sup> Le guide de légistique édité par le Secrétariat général du Gouvernement indique (édition 2017, p. 112) que « les intitulés des parties, livres, titres ou chapitres n'ont pas de portée juridique, mais ils peuvent être utilisés pour interpréter une disposition selon sa place dans un code. Ils doivent donc être soigneusement formulés, pour que le contenu d'une division corresponde à son intitulé et qu'à l'inverse l'inclusion d'une disposition dans une division n'ait pas pour effet d'en modifier la portée. »

prestation, dans un délai et selon des modalités fixées par décret » (par l'ajout d'un 5° à l'article L. 114-12 CSS<sup>174</sup>). Ces dispositions ont été censurées par le Conseil constitutionnel pour des motifs d'ordre procédural, la disposition insérée étant considérée comme un cavalier social en LFSS.

---

<sup>174</sup> Ne retenant donc pas la lecture des caisses nationales sur l'intitulé du chapitre dans lequel les dispositions sont insérées.



# PIÈCE JOINTE 1 : ETUDE DE LA CNAV SUR LES PROFILS DES RETRAITÉS POUR INAPTITUDE PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ



## Etude

**Objet : Note complémentaire : La retraite au titre de l'inaptitude au travail au régime général, évolutions 2010-2019 et caractéristiques des nouveaux retraités de 2019 selon la caisse de liquidation et le secteur d'activité**

---

Référence : 2022- 046

Date : 1<sup>er</sup> septembre 2022

---

Direction statistiques, prospective et recherche

Pôle : Evaluation

Auteur : Salomé Floderer

---

Diffusion : DSPR, IGAS

---



**Mots clés : Inaptitude au travail, ex-invalides**

## **Résumé :**

Les effectifs des assurés partis à la retraite au titre de l'inaptitude au travail ont connu des évolutions contrastées entre 2010 et 2019, notamment en raison de la réforme du décalage de l'âge de départ à la retraite. Les inaptés et les ex-invalides qui constituent cette population présentent également des profils et des carrières différents.

Pour l'année 2019, les hommes ex-invalides sont pour 20 % issus du secteur de l'industrie manufacturière alors que les femmes ex-invalides sont pour plus d'un quart issues du secteur de la santé et de l'action sociale.

Pour les inaptés, on constate une importante part d'assurés dont le secteur d'activité n'est pas renseigné. Néanmoins, parmi les inaptés dont le secteur d'activité est renseigné, on retrouve les mêmes secteurs pour les femmes et les hommes. Ces secteurs sont : administration publique, santé humaine et action sociale et activité de services administratifs et de soutien.

En 2019, les Caisses générale de sécurité sociale (CGSS) présentaient la plus faible part d'ex-invalides, largement en dessous de la moyenne nationale, mais la part d'inaptés la plus forte, beaucoup plus importante que celle observée en métropole. Les caisses de Marseille, Montpellier, Clermont-Ferrand et Lille comptaient une part importante à la fois d'inaptés et d'ex-invalides.

Les secteurs d'activités principaux que l'on retrouve dans chaque caisse correspondent à ce que l'on observe au niveau national pour les inaptés et les ex-invalides. **L'objectif de cette note est d'approfondir l'étude de l'évolution du nombre de départs à la retraite au titre de l'inaptitude au travail entre 2010 et 2019. Pour rappel, deux populations sont distinguées parmi les assurés qui partent à la retraite au titre de l'inaptitude au travail : les ex-invalides et les autres assurés reconnus inaptés au travail, dénommés simplement inaptés par la suite pour les distinguer.**

Entre 2010 et 2019, le nombre d'assurés partis en retraite au titre de l'inaptitude a connu une évolution irrégulière, variant entre 70 000 et 130 000 départs par an (soit entre 12 et 18 % des nouveaux retraités du régime général de l'année). Le nombre d'ex-invalides est en légère hausse sur la période alors que

le nombre d'inaptes au travail a lui diminué de manière significative pour les hommes comme pour les femmes (note 2022-31-DSPR).

On s'intéresse en particulier aux secteurs d'activités principaux pour les inaptes et les d'ex-invalides et à l'évolution de la part d'inaptes et d'ex-invalides par organisme de liquidation au régime général (Carsat /CGSS).

Les données utilisées sont issues de la Base retraités (voir encadré n°1).

#### **ENCADRE N°1**

##### **Les données du flux de retraités de droit propre**

Depuis 2003, la DSPR dispose des flux exhaustifs des nouveaux retraités de droit propre. Chaque année ces flux sont rassemblés dans une seule table : la base retraités. La table arrêtée au 31 décembre 2020 se compose d'un peu plus de 11 023 000 prestataires, pour un total d'un peu plus de 840 variables. Ces variables concernent des informations sur le retraité (date de naissance, sexe, situation familiale, pays de naissance...), des informations sur la carrière (salaires, types de trimestres reportés au compte...), ainsi que des éléments sur la liquidation de la pension (montants de pension, durées validées, trimestres de majoration, surcote...). Dans le cas où un individu est présent dans plusieurs flux successifs, seule l'information la plus récente est conservée.

Pour obtenir chaque flux de départ de retraités, une sélection est opérée au sein de cette base. Par exemple, pour obtenir le flux 2019, c'est-à-dire les nouveaux retraités de droit propre de 2019, seuls les assurés avec une année d'effet de l'avantage principal de droit propre égale à 2019 ont été extraits de la base retraités 2004-2020. Ainsi, pour le flux 2019, en prenant en compte les pensions liquidées au plus tard le 31 décembre 2020, 611 028 assurés ont liquidé leur pension au régime général, dont 104 269 au titre de l'inaptitude (\*) au travail (54 987 ex-invalides et 49 282 inaptes).

L'ensemble de la note porte sur le champ régime général salariés (hors outils de gestion de la Sécurité sociale des indépendants).

(\*) les assurés retenus comme inaptes comprennent les pensions d'ex-invalides et les pensions d'inaptitude et assimilées c'est-à-dire y compris les déportés ou internés politiques ou résistants, les anciens combattants et prisonniers de guerre, les mères de famille ouvrières. Ces catégories particulières correspondent à des dispositifs anciens, et donc concernent très peu de départs.

## Partie 1 : Répartition des inaptes et des ex-invalides par secteur d'activité en 2019

Dans cette partie, on regarde comment se répartissent les inaptes et les ex-invalides dans les différents secteurs d'activités. On utilisera une situation de référence pour comparer la situation des inaptes et des ex-invalides, en regardant la répartition des secteurs d'activité chez les assurés partis au titre de la durée<sup>175</sup>.

La catégorisation des secteurs d'activité utilisée est la nomenclature d'activité française déterminée par l'Insee (encadré n°2).

### ENCADRE N°2

#### La nomenclature d'activités française

La NAF, nomenclature d'activités française, est une nomenclature des activités économiques productives, principalement élaborée pour faciliter l'organisation de l'information économique et sociale.

Depuis sa création en 1993, la NAF a fait l'objet de deux révisions. La version actuelle de la nomenclature est la NAF rév. 2, en vigueur depuis le 1er janvier 2008. Elle a succédé à la NAF rév. 1, en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007.

La version en vigueur de la nomenclature (la NAF rév. 2) comporte 5 niveaux emboîtés :

- 21 sections (niveau 1),
- 88 divisions (niveau 2),
- 272 groupes (niveau 3),
- 615 classes (niveau 4),
- 732 sous-classes (niveau 5).

La base retraités comprend les niveaux 1, 2 et 5. Dans la base retraités, le secteur renseigné est le premier retrouvé à rebours à partir du départ à la retraite. Ce n'est pas forcément celui de la dernière année avant la retraite, et l'année correspondante est également disponible dans la base.

La liste des secteurs d'activité de niveau 1 est à retrouver dans le tableau A1 en annexe.

Dans cette partie, on s'intéresse principalement au niveau 1 de la NAF, qui est donc le plus agrégé et compte 21 catégories de secteur d'activité.

<sup>175</sup> Les assurés partis au titre de la durée sont retenus comme population de référence pour la comparaison avec les assurés partis au titre de l'inaptitude au travail. La durée est le motif de départ à la retraite avec le plus grand nombre d'assurés et avec les assurés les plus proches de l'emploi en fin de carrière.

Le secteur d'activité n'est pas toujours renseigné dans la base retraités. La part d'assurés partis au titre de la durée pour lesquels le dernier secteur d'activité n'est pas disponible est de 21,2 % pour les hommes et de 22,3 % pour les femmes.

Les ex-invalides ont en moyenne une part plus faible de secteurs non renseignés que les assurés partis au titre de la durée. Cette part est d'environ 10 % pour les hommes comme pour les femmes ex-invalides. La part d'assurés dont le secteur n'est pas renseigné est plus élevée pour les inaptes que pour les assurés partis au motif de la durée et atteint 37,5 % pour les femmes inaptes et 27,5 % pour les hommes inaptes (tableau 1).

**Tableau 1 : Nombre et part de valeurs manquantes pour le secteur d'activité pour les nouveaux retraités partis au titre de l'inaptitude au travail et au titre de la durée en 2019**

	Hommes			Femmes		
	Inaptes	Ex-invalides	Durée	Inaptes	Ex-invalides	Durée
Nombre de valeurs manquantes	5491	2266	11 798	11 066	3307	21 100
Effectif total en 2019	19 958	24 457	55 763	29 509	30 537	94 651
Part de valeurs manquantes	27,5 %	9,3 %	21,2 %	37,5 %	10,8 %	22,3 %

Source : Base retraités 2004-2020.

**Champ** : Flux exhaustif de droit propre 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail et au motif de la durée.

### 1- Les secteurs d'activité pour les ex-invalides

Pour les ex-invalides et les assurés partis au titre de la durée, les principaux secteurs d'activités sont différents pour les hommes et pour les femmes (graphiques 1 et 2).

Chez les hommes ex-invalides, les principaux secteurs d'activité sont le commerce et la réparation d'automobiles et de motocycles, la construction et surtout l'industrie manufacturière.

Les hommes ex-invalides sont en particulier sur-représentés dans le secteur de l'industrie manufacturière par rapport aux hommes partis à la retraite au titre de la durée. Ils sont 20 % pour les ex-invalides, contre 17 % pour les assurés partis au titre de la durée (graphique 1). Cela correspond à des métiers dans le domaine de l'industrie alimentaire ou bien à la fabrication de produits métalliques par exemple (niveau 2 de la NAF).

On constate également une sur-représentation dans le domaine de la construction et de l'administration publique par rapport aux hommes partis à la retraite au titre de la durée.

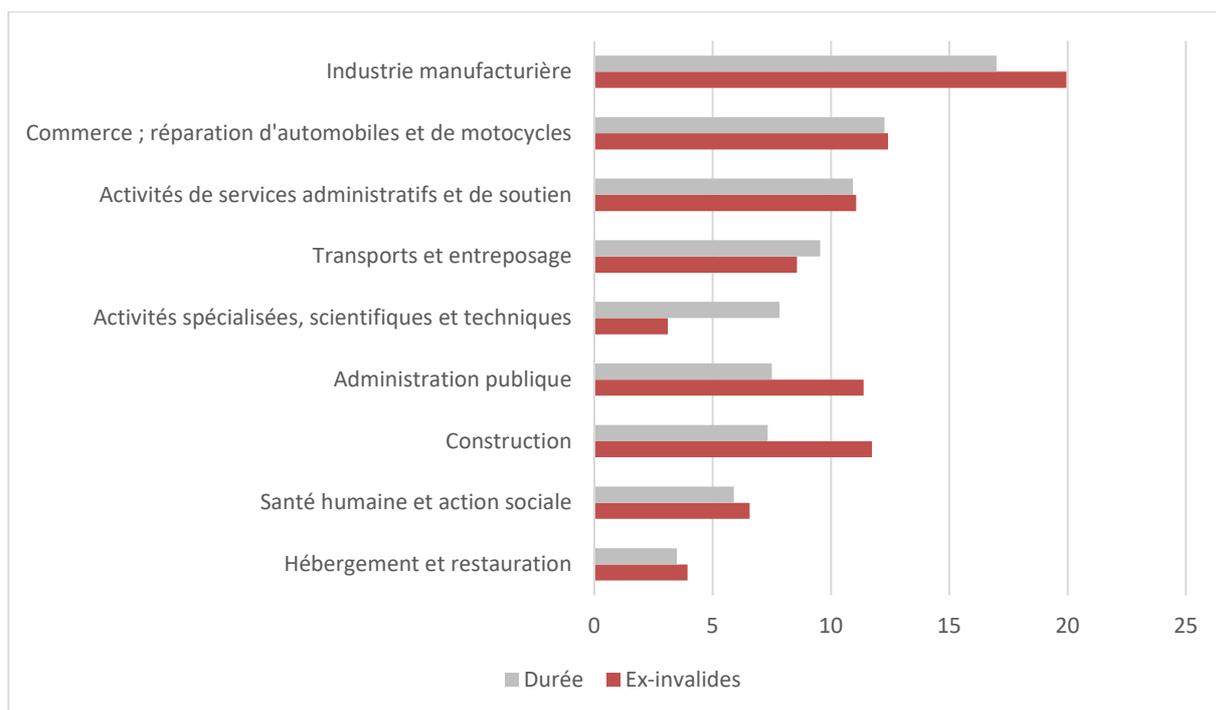
Le quart des femmes ex-invalides vient du secteur de la santé humaine et de l'action sociale. Cette proportion est proche de la part des femmes parties à la retraite au titre de la durée qui sont issues de ce même secteur. En effet, 23,1 % des femmes parties au titre de la durée sont issues du secteur de la santé humaine et de l'action sociale, contre 26,7 % pour les femmes ex-invalides (graphique 2).

Les autres secteurs principaux pour les femmes ex-invalides sont les activités de services administratifs et de soutien et le commerce ou la réparation d'automobiles et de motocycles.

Les femmes sont généralement plus concentrées dans certains secteurs d'activité, et notamment celui de la santé humaine et action sociale, et cela, que ce soit pour les assurés partis au titre de la durée ou pour les ex-invalides (graphique 2).

Pour les hommes, les ex-invalides sont aussi concentrés dans un petit nombre de secteurs d'activité, comme l'industrie manufacturière. On observe néanmoins une concentration moindre en général pour les hommes que pour les femmes tant pour le motif de la durée que pour les ex-invalides.

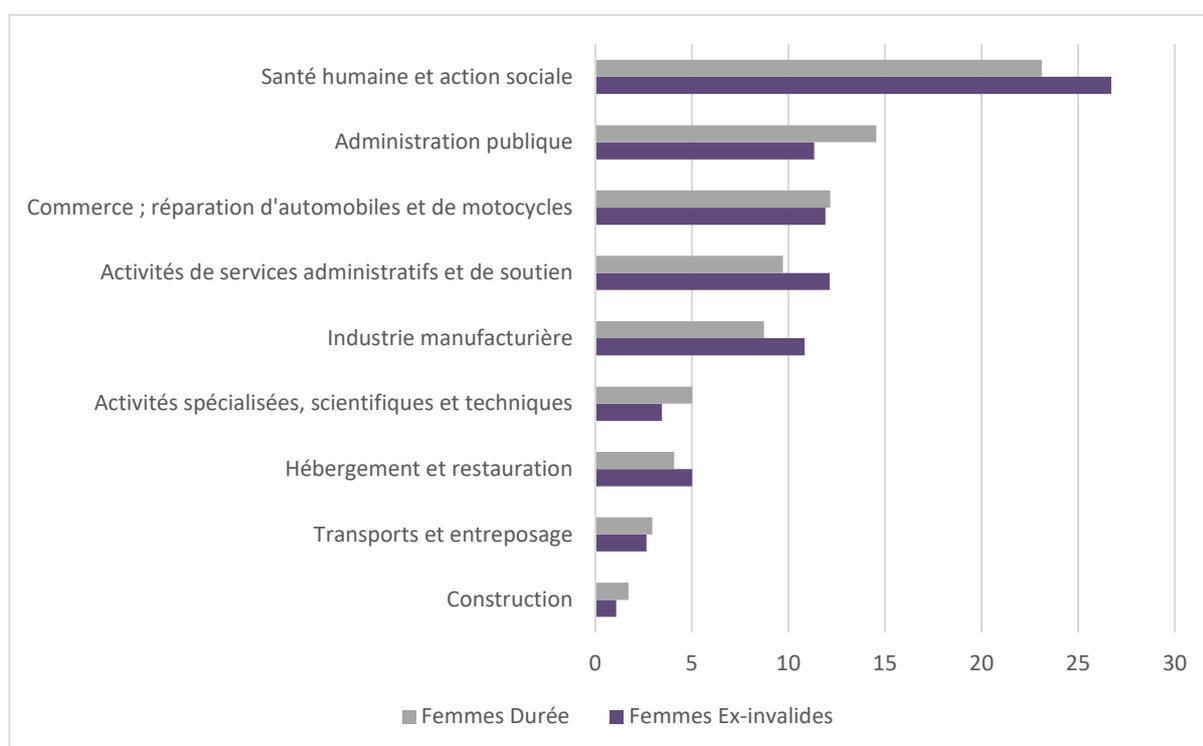
**Graphique 1 : Répartition des principaux derniers secteurs d'activités des nouveaux retraités de 2019 ex-invalides ou partis au motif de la durée, pour les hommes**



Source : Base retraités 2004-2020.

Champ : Flux exhaustif de droit propre 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux ex-invalides et aux assurés partis au motif de la durée, dont le secteur d'activité est renseigné.

**Graphique 2 : Répartition des principaux derniers secteurs d'activités des nouveaux retraités de 2019 ex-invalides ou partis au motif de la durée, pour les femmes**



Source : Base retraités 2004-2020.

**Champ :** Flux exhaustif de droit propre 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux ex-invalides et aux assurés partis au motif de la durée, dont le secteur d'activité est renseigné.

## 2- Les secteurs d'activité pour les inaptes

La première chose que l'on peut noter est que la part d'inaptes dont le dernier secteur d'activité n'est pas renseigné est particulièrement élevée par rapport aux assurés partis au titre de la durée (tableau 1)<sup>176</sup>. Cela est vrai pour les hommes comme pour les femmes.

Pour les inaptes hommes et femmes, les trois principaux secteurs d'activité parmi les assurés dont le secteur est renseigné sont :

- les activités de services administratifs et de soutien (cela correspond par exemple à des activités des agences de travail temporaire pour les hommes inaptes et au nettoyage courant des bâtiments pour les femmes inaptes d'après le niveau 5 de la NAF),

<sup>176</sup> Cette forte part d'inaptes dont le secteur d'activité n'est pas renseigné pourrait s'expliquer par le fait que ces assurés sont en moyenne plus éloignés du marché du travail que les assurés partis au titre de la durée. En effet, la date de renseignement du secteur d'activité est, en moyenne, 2011 et 2012 pour les femmes et les hommes inaptes, alors qu'elle est de 2015 et 2016 pour les femmes et pour les hommes partis au titre de la durée, pour le flux 2019.

- l'administration publique,
- la santé humaine et action sociale.

Néanmoins, ces répartitions ne portent que sur 72,5 % des hommes inaptes et 62,5 % des femmes inaptes (l'information sur le dernier secteur d'activité n'étant pas disponible pour les autres).

Sur ce champ restreint, pour les hommes, 18,9 % des hommes inaptes ont comme dernier secteur d'activité les activités de services administratifs et de soutien, contre 10,9 % pour les hommes partis au titre de la durée (graphiques 3).

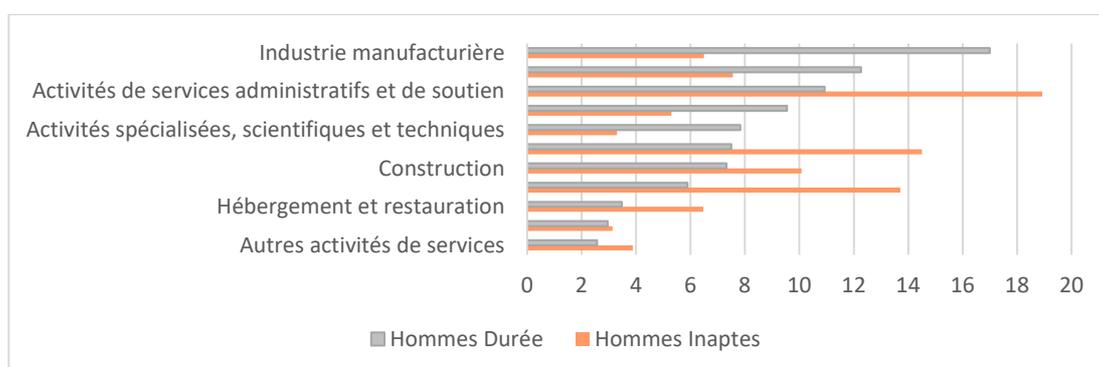
C'est le secteur le plus important pour les hommes inaptes, contrairement aux hommes partis au titre de la durée pour qui c'est l'industrie manufacturière. En effet, on constate des différences importantes entre les hommes inaptes ou partis au titre de la durée en ce qui concerne les secteurs d'activité principaux (graphique 3).

Pour les femmes, 24,4 % des inaptes ont comme dernier secteur d'activité renseigné la santé humaine et l'action sociale, parmi les 62,5 % femmes inaptes qui ont un dernier secteur d'activité renseigné dans la base retraités. C'est également le secteur principal pour les femmes parties au titre de la durée (graphique 4).

Les secteurs des activités de service administratif et de soutien et de l'administration publique semblent également être sur-représentés par rapport aux femmes parties au titre de la durée. Il y a par exemple 18,2 % des femmes inaptes dont le dernier secteur d'activité renseigné est les activités de service administratif et de soutien, contre 9,7 % des femmes parties au titre de la durée.

Ces résultats restent à nuancer au vu de la forte part d'inaptes dont le secteur d'activité n'est pas renseigné, en particulier pour les femmes.

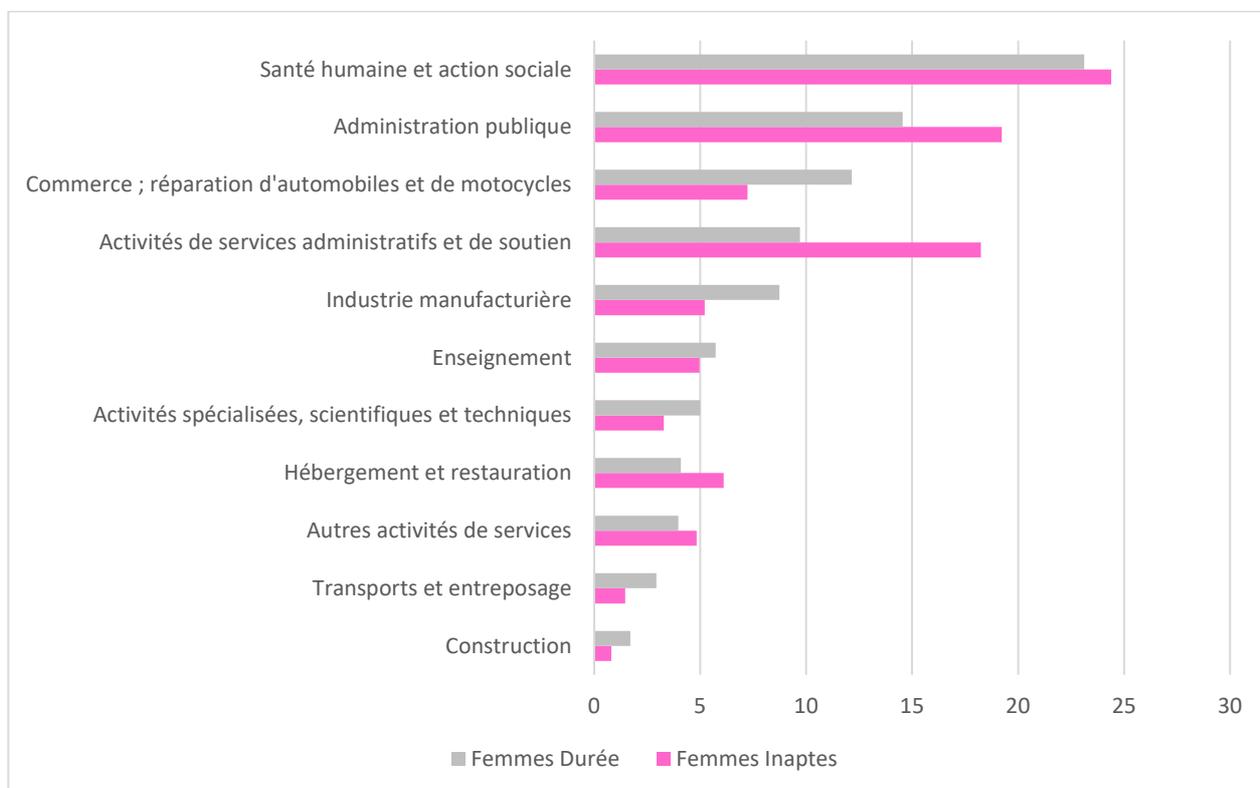
**Graphique 3 : Répartition des principaux derniers secteurs d'activités des nouveaux retraités de 2019 inaptes, ou partis au motif de la durée pour les hommes**



Source : Base retraités 2004-2020.

Champ : Flux exhaustif de droit propre 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux inaptes et aux assurés partis au motif de la durée, dont le secteur d'activité est renseigné.

**Graphique 4 : Répartition des principaux derniers secteurs d'activités des nouveaux retraités de 2019 inaptes, ou partis au motif de la durée pour les femmes**



Source : Base retraités 2004-2020.

**Champ :** Flux exhaustif de droit propre 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux inaptes et aux assurés partis au motif de la durée dont le secteur d'activité est renseigné.

En conclusion, pour les ex-invalides, les secteurs d'activité principaux sont l'industrie manufacturière pour les hommes et la santé humaine et l'action sociale pour les femmes. Ce sont les mêmes secteurs que pour les assurés partis au titre de la durée.

En revanche, pour les inaptes, la forte part d'assurés n'ayant pas de secteur d'activité disponible dans la base retraités ne permet pas de tirer des conclusions claires, même si trois secteurs d'activité semblent se détacher. Contrairement aux ex-invalides, il y a de grandes différences entre les inaptes et les assurés partis au titre de la durée, en particulier pour les hommes.

## Partie 2 : Evolution du nombre de départs au titre de l'incapacité au travail par caisse d'assurance retraite

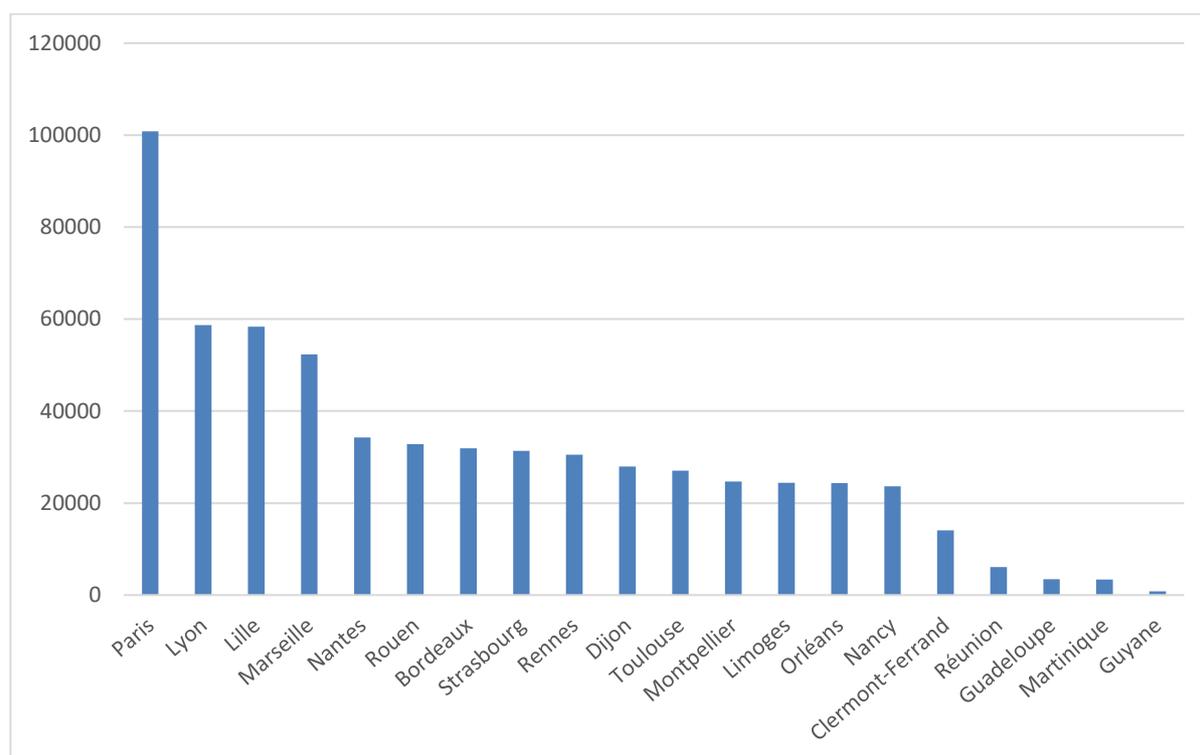
### 1- Evolution des départs à la retraite au titre de l'incapacité au travail par caisse d'assurance

Cette partie est consacrée à l'évolution du nombre d'inaptes et d'ex-invalides par Carsat (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) ou CGSS (Caisse Générale de Sécurité Sociale). Il y a 20 caisses régionales au total, 16 Carsat en France métropolitaine et 4 CGSS.

En 2019, les caisses avec le plus grand nombre de départs à la retraite tous motifs confondus étaient tout d'abord celle de Paris avec 100 845 assurés partis à la retraite cette année, suivie de celle de Lyon avec 58 635 assurés et de celle de Marseille avec 52 316 assurés.

Les CGSS sont les caisses qui comptent le moins de nouveaux retraités, avec par exemple 6 064 assurés pour la Réunion, et 839 en Guyane en 2019 (graphique 3).

**Graphique 3 : Nombre de nouveaux retraités par caisse en 2019**



Source : Base retraités 2004-2020.

Champ : Flux exhaustif de droit propre 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

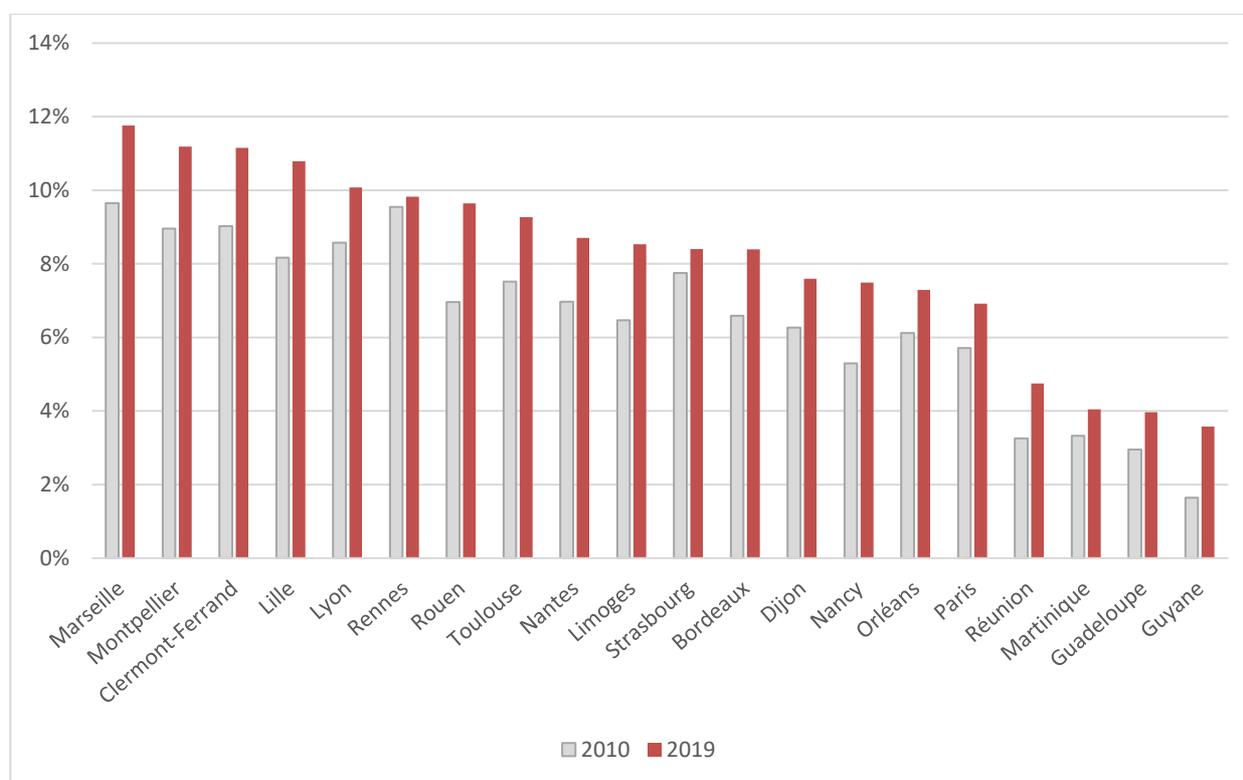
## Part d'ex-invalides par Carsat / CGSS

En 2019, en France, la part d'ex-invalides était en moyenne de 9 % du total des nouveaux retraités. Quand on regarde au niveau des Carsat, c'est la caisse de Marseille qui présentait la plus grande part d'ex-invalides en 2019, soit 11,8 % des nouveaux retraités.

Les caisses de Montpellier et de Clermont-Ferrand comptaient également une plus grande part d'ex-invalides que la moyenne en France, avec environ 11,2 % de la population des nouveaux retraités dans ces deux Carsat.

Les ex-invalides sont moins présents dans les CGSS, en particulier par rapport à la moyenne nationale puisque l'on observe moins de 5 % d'ex-invalides parmi les nouveaux retraités en 2019.

**Graphique 4 : Part d'ex-invalides parmi les nouveaux retraités par caisse en 2010 et 2019**



Source : Base retraités 2004-2020.

Champ : Flux exhaustif de droit propre 2010 et 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

La part d'ex-invalides parmi les nouveaux retraités augmente entre 2010 et 2019 dans toutes les caisses, de manière plus ou moins importante selon les régions. L'augmentation a été particulièrement forte à Rouen (+2,7 points de pourcentage), ou Lille (+2,6 points) par exemple (graphique 4).

Toutefois, la hiérarchie entre les régions n'a été que légèrement modifiée par ces différentes augmentations.

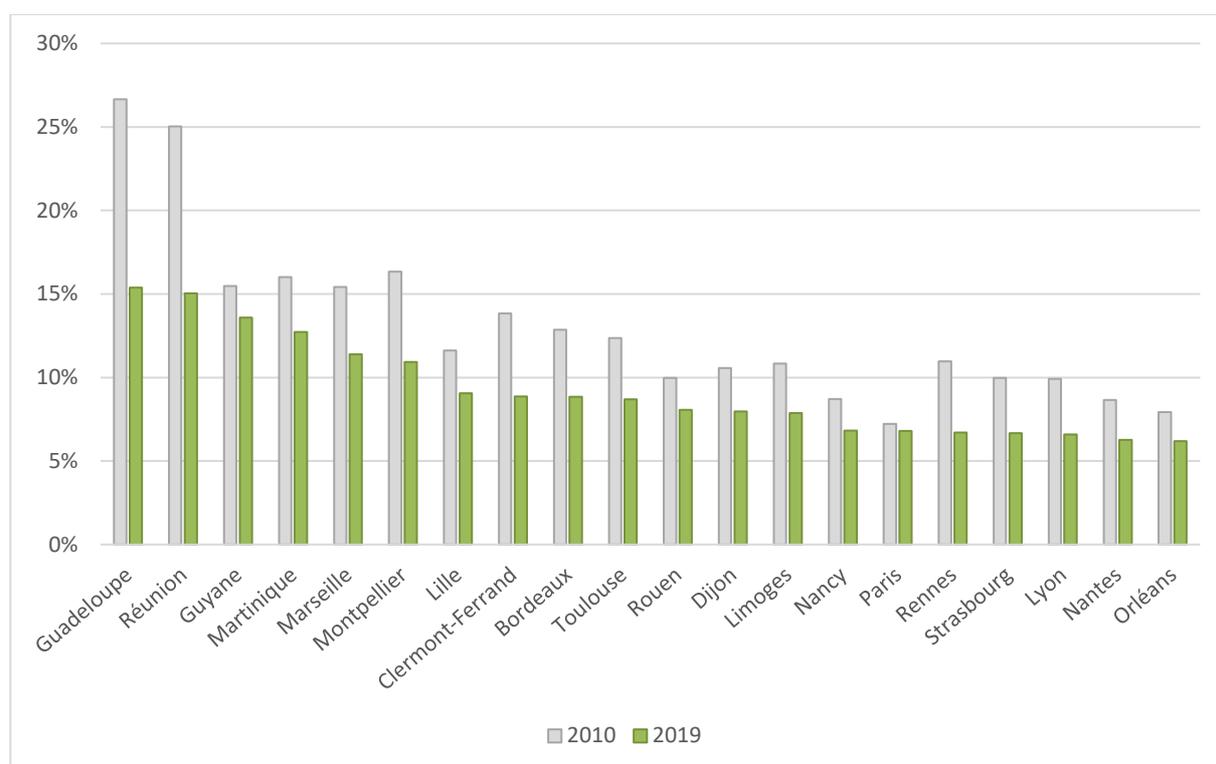
En 2010 comme en 2019, c'était toujours la Carsat de Marseille qui comptait la plus grande part d'ex-invalides, et les CGSS qui comptaient la plus petite part d'ex-invalides. Ce sont dans les Carsat intermédiaires que l'ordre a été modifié. Par exemple, la deuxième Carsat la plus importante en 2010 était celle de Rennes, alors qu'en 2019, c'était celle de Montpellier.

Toutefois, en termes d'effectifs, les variations d'ex-invalides par caisse restent relativement faibles (graphique A1 en annexe). Elles s'échelonnent entre une diminution de 611 ex-invalides entre 2010 et 2019 à Paris, et au plus à une augmentation de 871 à Lille.

### Part d'inaptes par Carsat / CGSS

En 2019, la part d'inaptes parmi les nouveaux retraités était de 8 % en France. Les CGSS comptaient une part d'inaptes beaucoup plus importante, avec par exemple 15,4 % d'inaptes parmi les nouveaux retraités pour la caisse de Guadeloupe (graphique 5). Pour la France métropolitaine, ce sont les caisses de Marseille, Montpellier et Lille qui comptent la plus grande part d'inaptes parmi les nouveaux retraités (graphique 5), avec respectivement 11,4 %, 10,9 % et 9,1 % d'inaptes, ce qui reste plus élevé que la moyenne nationale.

**Graphique 5 : Part d'inaptes parmi les nouveaux retraités par caisse en 2010 et 2019**



Source : Base retraités 2004-2020.

Champ : Flux exhaustif de droit propre 2010 et 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Entre 2010 et 2019, la part d'inaptes parmi les nouveaux retraités a diminué de manière plus ou moins importante dans chaque Carsat. Cela suit ce qui a été observé en France avec une part d'inaptes qui est passée de 11 % en 2010 à 8 % en 2019. La hiérarchie entre les Carsat n'a été que légèrement modifiée durant cette période, la Guadeloupe reste notamment la région qui compte la plus grande part de départs pour inaptitude en 2010 et en 2019.

Les plus fortes diminutions de la part d'inaptes parmi les nouveaux retraités de chaque Carsat sont dans les caisses de Guadeloupe (de 26,7 % à 15,4 %), et de la Réunion et de Montpellier. Les caisses de Clermont-Ferrand, Marseille et Bordeaux connaissent aussi une baisse importante de la part d'inaptes entre 2010 et 2019. Par exemple, à Clermont-Ferrand, la part d'inaptes est passée de 13,8 % en 2010 à 8,9 % en 2019. On peut également noter que la part d'inaptes est restée relativement stable pour la caisse de Paris qui est la plus importante au niveau des effectifs de nouveaux retraités.

Néanmoins, en termes d'effectifs, ce sont les caisses avec le plus grand nombre de nouveaux retraités, qui sont Paris, Lyon et Marseille pour lesquelles la diminution du nombre d'inaptes a été la plus forte. Cette diminution est de 2724 inaptes en moins pour Paris, 2935 pour Lyon et 3199 pour Marseille (graphique A2 en annexe).

Pour conclure, en 2019, les CGSS présentaient la plus faible part d'ex-invalides parmi les nouveaux retraités, largement en dessous de la moyenne nationale, mais la part d'inaptes la plus forte, beaucoup plus importante que celle observée en France métropolitaine. Les caisses de Marseille, Montpellier, Clermont-Ferrand et Lille comptaient une part importante à la fois d'inaptes et d'ex-invalides.

En ce qui concerne les variations observées entre 2010 et 2019, les mêmes scénarios sont observés dans toutes les Carsat, avec notamment une baisse de la part d'inaptes et de légères variations de la part d'ex-invalides. On va ensuite s'intéresser à la répartition des secteurs d'activité par Carsat.

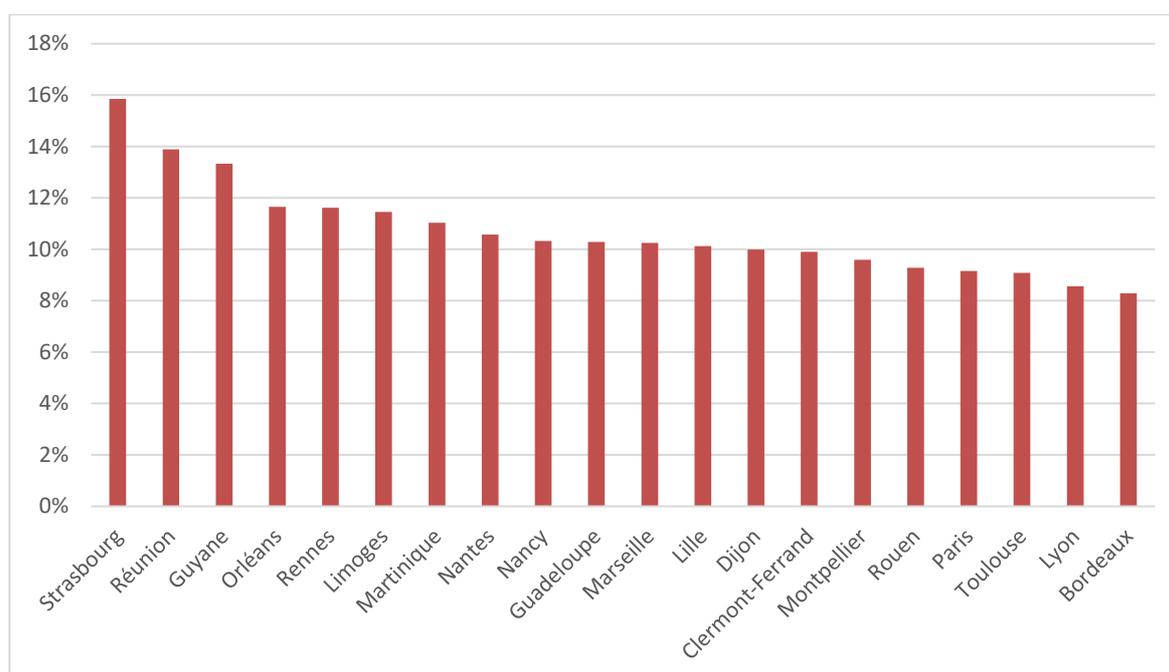
### Partie 3 : Départs à la retraite au titre de l'inaptitude au travail par caisse d'assurance retraite et par secteur d'activité

On regarde maintenant la part d'inaptes et d'ex-invalides par caisse régionale et par secteur d'activité des nouveaux retraités. Dans cette partie, on ne distinguera pas les hommes des femmes.

#### Secteurs d'activité par Carsat / CGSS pour les ex-invalides

Tout d'abord, on peut noter que la part d'ex-invalides dont le secteur d'activité n'est pas renseigné dans la base retraités varie entre les caisses. Il se situe entre 15,8 % pour Strasbourg et 8,2 % pour Bordeaux en 2019 (graphique 6). En moyenne en France, cette part était d'environ 11 % pour les femmes ex-invalides et de 9 % pour les hommes ex-invalides (tableau 1). Il y a donc une variation dans les informations disponibles entre les caisses.

**Graphique 6 : Part de nouveaux retraités ex-invalides dont le secteur d'activité n'est pas renseigné par caisse en 2019**



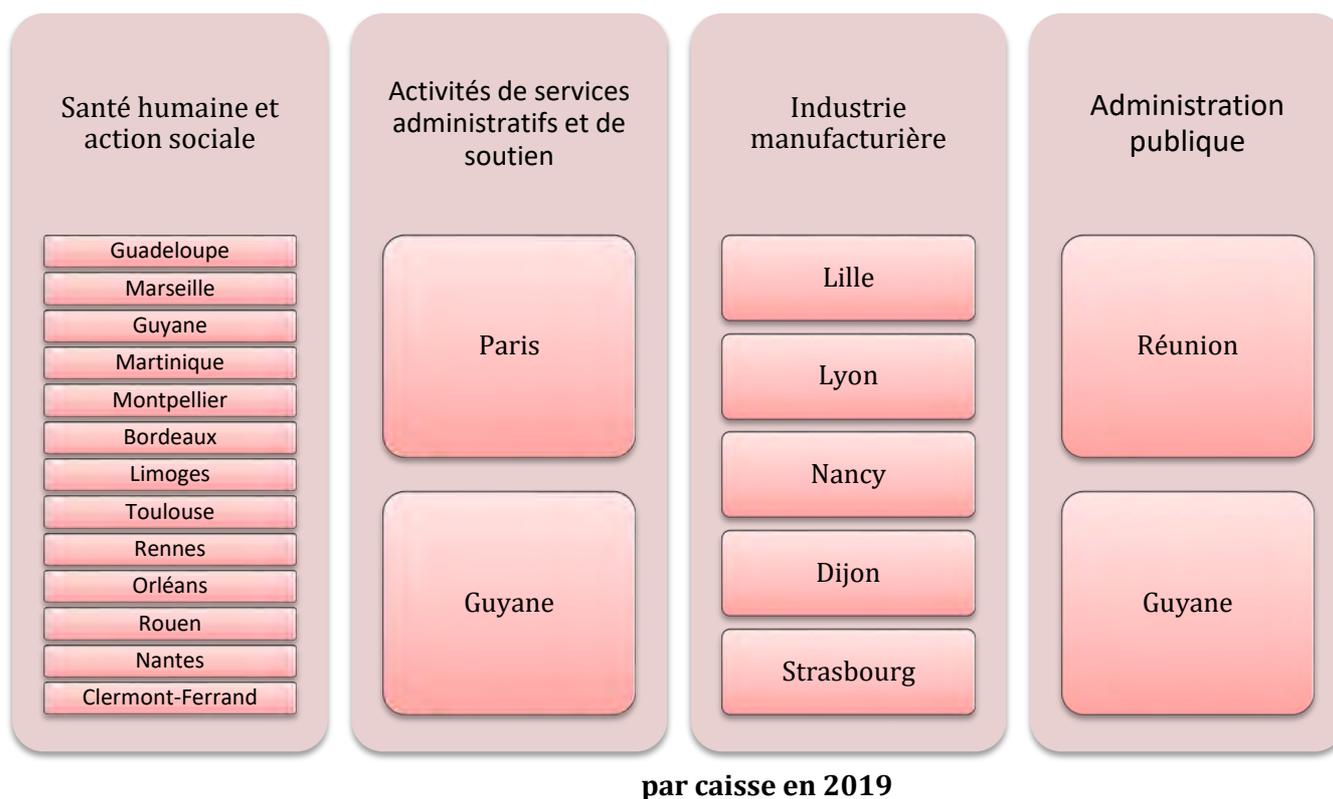
Source : Base retraités 2004-2020.

Champ : Flux exhaustif de droit propre 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail.

Pour les ex-invalides, on retrouve comme secteur d'activité principal la santé humaine et action sociale dans 13 des 20 caisses régionales (graphique 7).

L'industrie manufacturière est également l'un des secteurs d'activité les plus importants. C'est le secteur d'activité principal parmi les ex-invalides dans un quart des Carsat (Lille, Lyon, Nancy, Strasbourg et Dijon).

**Graphique 7 : Secteurs d'activité avec la plus grande part d'ex-invalides parmi les nouveaux retraités**



Source : Base retraités 2004-2020.

Champ : Flux exhaustif de droit propre 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Note de lecture : Dans la Carsat de Paris, le premier secteur d'activité chez les ex-invalides est : activités de services administratifs et de soutien.

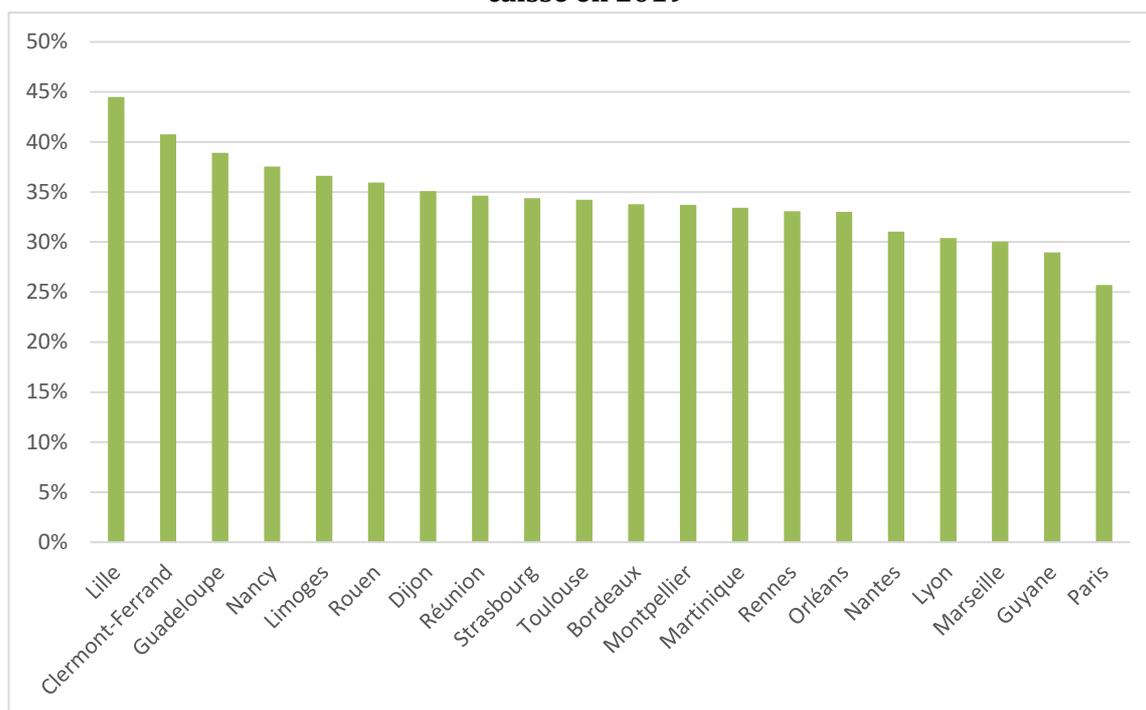
Les caisses régionales de Clermont-Ferrand, Marseille et Montpellier sont les caisses avec la plus grande part d'ex-invalides en 2019 (partie 2). Dans ces caisses, le secteur d'activité principal pour les ex-invalides est la santé humaine et l'action sociale avec respectivement 23,5 %, 18,4 % et 20,7 % des ex-invalides dans ces trois régions (graphique A3 en annexe). Dans toutes les caisses, les 4 secteurs d'activité cités représentent au moins 40 % des ex-invalides, et jusqu'à environ 65 % pour la Carsat de Clermont-Ferrand. Il y a donc une forte concentration des ex-invalides dans un petit nombre de secteurs d'activité.

Dans les secteurs d'activité les plus présents chez les ex-invalides, on remarque de légères variations dans la part des ex-invalides qui sont issus de ces secteurs entre 2010 et 2019 (à la hausse comme à la baisse) sauf dans le secteur de la santé humaine et action sociale, où la hausse que l'on constate est plus importante et présente dans un plus grand nombre de caisses.

### Secteurs d'activité par Carsat / CGSS pour les inaptes

Nous avons constaté dans la partie 1 qu'une part importante des inaptes n'avait pas de secteur d'activité renseigné dans la base retraités. Cette part était de 37,5 % pour les femmes et de 27,5 % pour les hommes. La part d'inaptes dont le secteur d'activité n'est pas renseigné varie beaucoup entre les Carsat. Par exemple, à Lille, 44,5 % des inaptes n'ont aucun secteur d'activité renseigné dans la base retraités, contre 25,7 % à Paris (graphique 8).

**Graphique 8 : Part de nouveaux retraités inaptes dont le secteur d'activité n'est pas renseigné par caisse en 2019**



Source : Base retraités 2004-2020.

Champ : Flux exhaustif de droit propre 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021.

En 2019, dans la moitié des caisses régionales, c'est le secteur de la santé humaine et de l'action publique qui compte la plus grande part d'inaptes (graphique 9). Le secteur de l'administration publique est le plus important pour les inaptes dans 3 des 4 CGSS.

L'autre secteur d'activité le plus important est le secteur des activités de services administratifs et de soutien. Il regroupe la plus grande part d'inaptes dans 6 des 20 Carsat en 2019. Ce sont les Carsat d'Orléans, Bordeaux, Strasbourg, Paris, la Guyane, et Marseille.

Ce sont donc les mêmes secteurs d'activité les plus courants pour les inaptes que l'on retrouvait au niveau national dans la partie précédente.

Il faut toutefois rappeler que ces résultats ne concernent que la part des inaptes dont le secteur d'activité est renseigné dans la base retraités. Et de plus, cette part varie fortement entre les caisses.

### Graphique 9 : Secteurs d'activité avec la plus grande part d'inaptes parmi les nouveaux retraités par caisse en 2019

Source : Base retraités 2004-2020.



**Champ** : Flux exhaustif de droit propre 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés dont le secteur d'activité est renseigné.

**Note de lecture** : Dans la Carsat de Montpellier, le premier secteur d'activité chez les inaptes est : santé humaine et action sociale.

En ce qui concerne les caisses régionales de Lille, Marseille et Montpellier qui sont celles qui présentent la plus grande part d'inaptes en France métropolitaine (partie 2), les trois secteurs d'activités principaux en 2019 pour les inaptes correspondent aux secteurs principaux pour les inaptes pour la France en 2019 (partie 1).

Ce que l'on peut également noter, c'est la forte concentration des inaptes dans certains secteurs d'activité, puisque au moins la moitié des inaptes se partagent les mêmes 3 secteurs d'activité dans la plupart des caisses. Il y a peu de différences dans la composition de la population des inaptes en matière de secteur d'activité principaux, en particulier pour les caisses de métropole (graphique A4 en annexe).

Entre 2010 et 2019, la part d'inaptes dans le secteur de la santé humaine et action sociale a augmenté dans toutes les Carsat. On observe la même chose pour le secteur des activités de services

administratifs et de soutien. En revanche, le secteur de l'administration publique a connu des variations plus contrastées avec des augmentations ou des diminutions dans les différentes régions.

Pour conclure, ce que l'on observe au niveau des Carsat correspond à ce que l'on constate au niveau de la France. Pour les ex-invalides, ce sont les mêmes secteurs d'activité qui ressortent, ainsi que la concentration des ex-invalides dans quatre secteurs d'activité. Pour les inaptes, comme au niveau national, la forte part d'inaptes dont le secteur d'activité n'est pas renseigné ne permet pas de tirer de conclusions définitives, même si ce sont les mêmes secteurs d'activité qui ressortent.

## Annexes

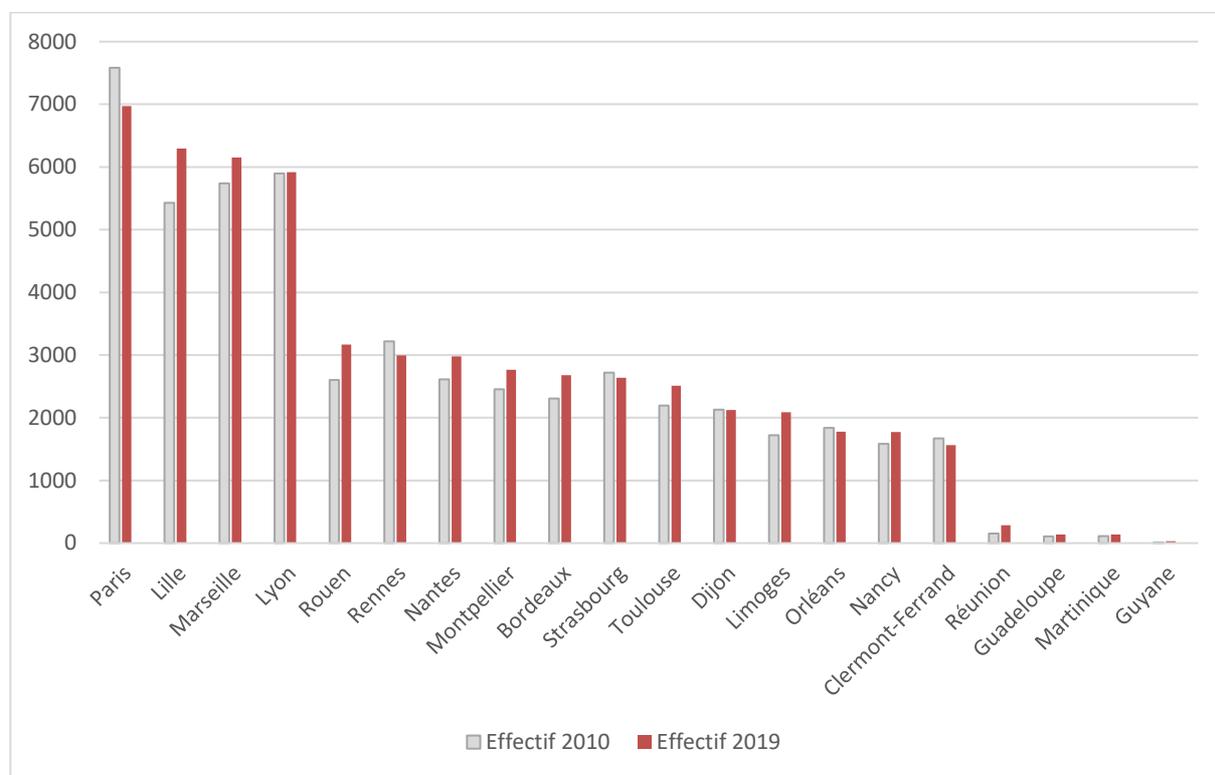
**Graphique A1 : Liste des secteurs d'activité de niveau 1**

Code	Libellé
A	Agriculture, sylviculture et pêche
B	Industries extractives
C	Industrie manufacturière
D	Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné
E	Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution
F	Construction
G	Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles
H	Transports et entreposage
I	Hébergement et restauration
J	Information et communication
K	Activités financières et d'assurance
L	Activités immobilières
M	Activités spécialisées, scientifiques et techniques
N	Activités de services administratifs et de soutien
O	Administration publique
P	Enseignement

Q	Santé humaine et action sociale
R	Arts, spectacles et activités récréatives
S	Autres activités de services
T	Activités des ménages en tant qu'employeurs ; activités indifférenciées des ménages en tant que producteurs de biens et services pour usage propre
U	Activités extra-territoriales

Source : Insee

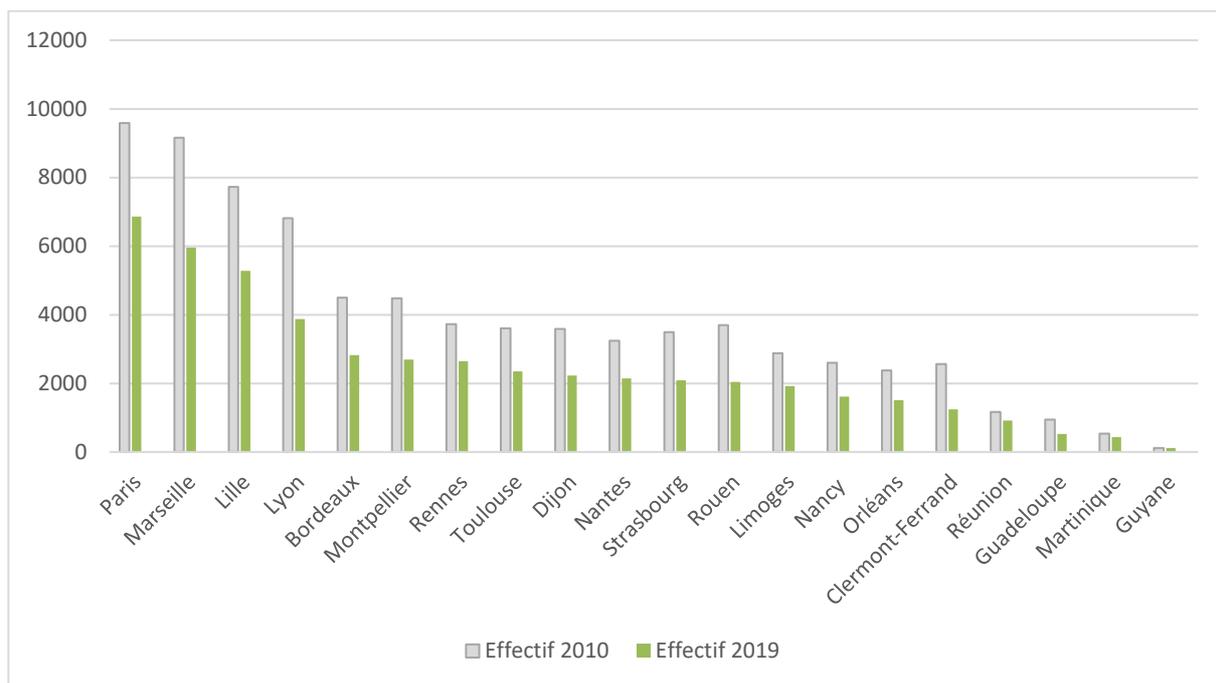
**Graphique A1 : Nombre d'ex-invalides parmi les nouveaux retraités par caisse en 2010 et 2019**



Source : Base retraités 2004-2020.

**Champ :** Flux exhaustif de droit propre 2010 à 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés ex-invalides.

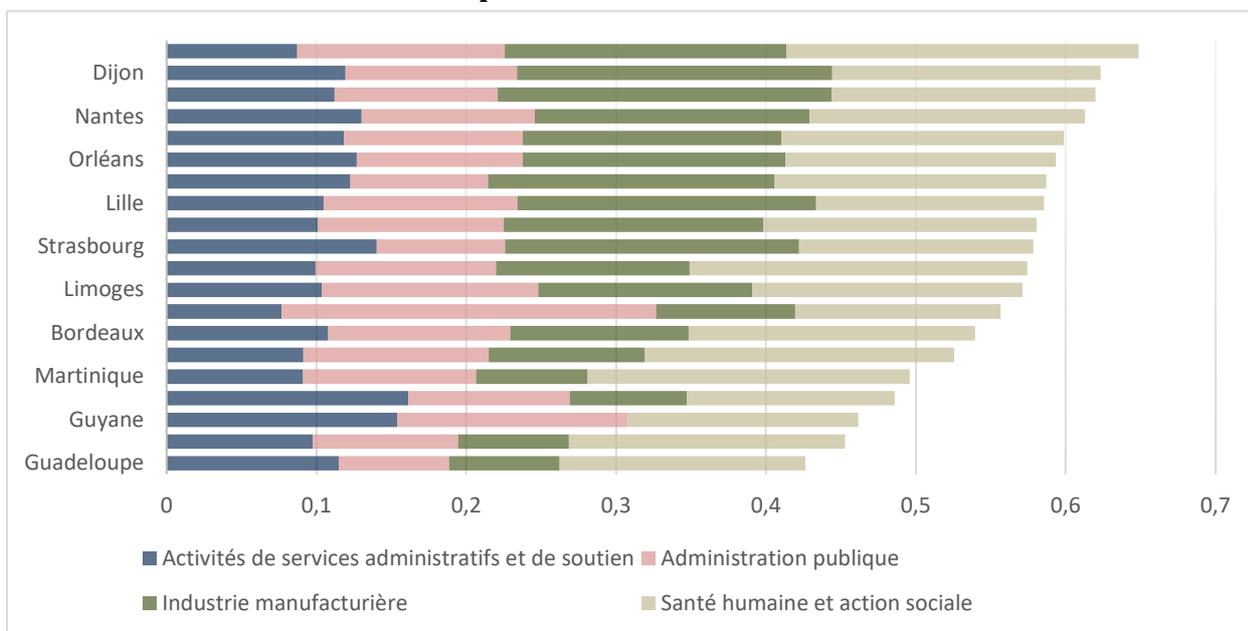
**Graphique A2 : Nombre d'inaptes parmi les nouveaux retraités par caisse en 2010 et 2019**



Source : Base retraités 2004-2020.

Champ : Flux exhaustif de droit propre 2010 à 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés inaptes.

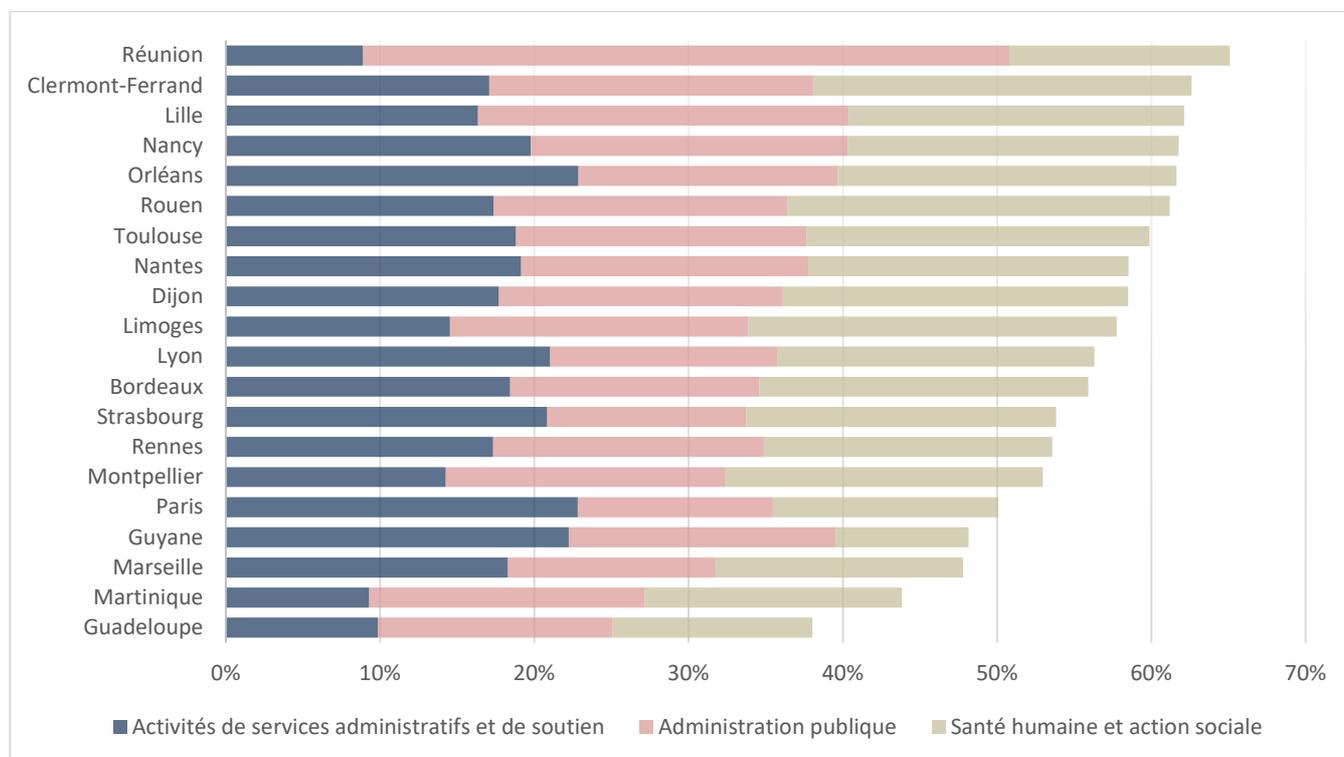
**Graphique A3 : Part des trois secteurs d'activité principaux dans chaque caisse pour les ex-invalides partis en retraite en 2019**



Source : Base retraités 2004-2020.

Champ : Flux exhaustif de droit propre 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés ex-invalides dont le secteur d'activité est renseigné.

**Graphique A4 : Part des trois secteurs d'activité principaux dans chaque caisse pour les inaptes partis en retraite en 2019**



Source : Base retraités 2004-2020.

Champ : Flux exhaustif de droit propre 2019, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés inaptes dont le secteur d'activité est renseigné.

# PIÈCE JOINTE 2 : ETUDE DE LA CNAV SUR LES PROFILS DES RETAITÉS POUR INAPTITUDE PARTIS EN RETRAITE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE EN 2020



## Etude

**Objet : La retraite au titre de l'inaptitude au travail au régime général en 2020, dans la Carsat des Hauts-de-France**

---

Référence :2022-052-DSPR

Date : Octobre 2022

---

Direction statistiques, prospective et recherche

Pôle : Evaluation

Auteur : Salomé Floderer

Téléphone :

---

Diffusion : Igas

---



**Mots clés : Inaptitude au travail, ex-invalides**

## **Résumé :**

Cette note s'intéresse aux nouveaux retraités qui ont liquidé leur retraite au titre de l'inaptitude au travail dans les Hauts-de-France en 2020. Trois catégories d'assurés sont distinguées : les ex-invalides, les ex-bénéficiaires de l'AAH (hors ex-invalides), et les autres assurés reconnus inaptes. La liste des assurés relevant de ces trois catégories est fournie par la Carsat-Hauts-de France.

Ces trois types d'assurés présentent des caractéristiques différentes, au niveau de leur carrière, de leur durée validée ou de leur montant de pension. Cette différence est particulièrement marquée entre les ex-invalides et les deux autres groupes (titulaires de l'AAH et autres inaptes), comme cela avait déjà été constatée dans une précédente note<sup>177</sup>.

Cette note permet de distinguer les profils des ex-bénéficiaires de l'AAH et des autres assurés reconnus inaptes, qui sont relativement similaires. Ce sont des assurés qui ont des durées d'assurance validées plus courtes, des compositions de durées d'assurance relativement proches et des montants de pension au régime général plus faibles que les ex-invalides.

Ils présentent néanmoins des divergences. Les ex-bénéficiaires de l'AAH ont des durées cotisées moins longues et des carrières marquées par plus de chômage que les autres assurés reconnus inaptes. Ce sont également les assurés qui bénéficient le plus de l'ASPA et du MICO.

## **Partie 1 : Les données utilisées**

A la demande de l'IGAS, la Carsat des Hauts-de-France a repéré les retraités ayant liquidé en 2020 une pension au titre de l'inaptitude. Ces assurés ont été ventilés par la Carsat en trois catégories :

- Les ex-invalides
- Les ex-bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH)
- Et les autres assurés reconnus inaptes (au sein desquels se trouvent les personnes passant par la procédure médicale et les incapacités  $\geq 50$  % visées au L. 351-8).

---

<sup>177</sup> Voir note: 2022-031-DSPR- La retraite au titre de l'inaptitude au travail au régime général : évolutions 2010-2019 et caractéristiques des nouveaux retraités 2019.

Les données de la Carsat des Hauts-de-France sont appariées avec celles contenues dans la base retraités (voir encadré 1). Presque tous les assurés présents dans les données fournies par la Carsat sont également présents dans la base retraités (99 % exactement)<sup>178</sup>.

### ENCADRE N°1

#### Les données du flux de retraités de droit propre

Depuis 2003, la DSPR dispose des flux exhaustifs des nouveaux retraités de droit propre. Chaque année ces flux sont rassemblés dans une seule table : la base retraités. La table arrêtée au 31 décembre 2021 se compose d'un peu plus de 11 763 900 prestataires, pour un total d'un peu plus de 1070 variables. Ces variables concernent des informations sur le retraité (date de naissance, sexe, situation familiale, pays de naissance...), des informations sur la carrière (salaires, types de trimestres reportés au compte...), ainsi que des éléments sur la liquidation de la pension (montants de pension, durées validées, trimestres de majoration, surcote...). Dans le cas où un individu est présent dans plusieurs flux successifs, seule l'information la plus récente est conservée.

Pour obtenir chaque flux de départ de retraités, une sélection est opérée au sein de cette base. Par exemple, pour obtenir le flux 2020, c'est-à-dire les nouveaux retraités de droit propre de 2020, seuls les assurés avec une année d'effet de l'avantage principal de droit propre égale à 2020 ont été extraits de la base retraités 2004-2021. Ainsi, pour le flux 2020, en prenant en compte les pensions liquidées au plus tard le 31 décembre 2021, 630 609 assurés ont liquidé leur pension au régime général, dont 105 906 au titre de l'inaptitude (\*) au travail (55 512 ex-invalides et 50 394 inaptes).

L'ensemble de la note porte sur le champ régime général salariés et indépendants depuis 2020 (hors outils de gestion de la Sécurité sociale des indépendants).

(\*) les assurés retenus comme inaptes comprennent les pensions d'ex-invalides et les pensions d'inaptitude et assimilées c'est-à-dire y compris les déportés ou internés politiques ou résistants, les anciens combattants et prisonniers de guerre, les mères de famille ouvrières. Ces catégories particulières correspondent à des dispositifs anciens, et donc concernent très peu de départs.

La base de données compte 6 100 ex-invalides, et 2 400 ex-titulaires de l'AAH et 3 800 assurés reconnus inaptes, pour un total de 12 300 nouveaux retraités ayant eu une retraite attribuée au titre de l'inaptitude au travail dans la Carsat Hauts-de-France en 2020 (tableau 1). La plupart de

<sup>178</sup> Il y a une différence de 62 individus pour les inaptes, 22 pour les invalides et 32 pour les titulaires de l'AAH selon l'appariement réalisé par la DSPR. Afin de présenter rapidement les résultats de cette étude, il n'y a pas eu de recherche approfondie sur les quelques assurés manquants. Par ailleurs, presque tous les retraités de la base retraités ayant liquidé une retraite pour inaptitude dans les Hauts-de-France en 2020 sont également présents dans les données fournies par la Carsat.

ces retraités ont une retraite prenant effet en 2020, mais une minorité a une retraite prenant effet en 2019<sup>179</sup>.

**Tableau 1** : Effectifs de femmes et d'hommes pour les trois groupes d'assurés ayant eu une retraite au titre de l'inaptitude attribuée en 2020 par la Carsat Hauts de France (après appariement avec la base retraités)

	Ex-Invalides	Ex-bénéficiaires de l'AAH	Autres assurés reconnus Inaptes	Total
Hommes	2931	965	1412	5308
Femmes	3162	1407	2422	6991
Total	6093	2372	3834	12299

**Source** : Base retraités 2004-2021.

**Champ** : Flux exhaustif de droit propre 2019, 2020 et 2021, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans la Carsat des Hauts-de-France.

Les ex-invalides sont les assurés les plus nombreux, puisqu'ils représentent 50 % des liquidations au titre de l'inaptitude au travail en 2020 dans les Hauts-de-France. Cette proportion est plus faible que ce qui était observée au niveau national en 2019, puisque les ex-invalides représentaient alors 53 % départs à la retraite au titre de l'inaptitude au travail.

Les femmes sont également plus nombreuses que les hommes en général, puisque ce sont 57 % des assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans les Hauts-de-France. Cette part de femmes est identique à celle observée en 2019 en France.

## Partie 2 : Les éléments de carrière

### a- Âge du premier report

L'âge moyen du premier report, qui est l'âge auquel le premier trimestre a été retenu pour le calcul de la pension, est de 18,2 ans pour les hommes et 18,8 ans pour les femmes en France, pour les assurés ayant une date d'effet entre le premier janvier 2019 et le 31 décembre 2021, toutes catégories de pension confondues.

<sup>179</sup> Les inaptes sont 9% à avoir une date d'effet en 2019, contre 6% pour les ex-bénéficiaires de l'AAH et 2% pour les ex-invalides, ce qui suggère que les délais sont plus importants pour cette première catégorie.

Cet âge est plus faible pour les ex-invalides qui reportent en moyenne leur premier trimestre entre 17,2 ans pour les hommes et 17,7 ans pour les femmes (tableau 2).

Les ex-bénéficiaires de l'AAH ou les autres assurés reconnus inaptes ont quant à eux un âge pour le premier report plus élevé en moyenne. Il est plus élevé de 2 ans en moyenne pour les hommes et de 1 an pour les femmes par rapport aux ex-invalides. Il y a peu de différence entre les ex-bénéficiaires de l'AAH et les autres assurés reconnus inaptes, pour qui l'âge du premier report est plus proche de 19 ans.

**Tableau 2 : Âge moyen à la fin de l'année du premier report**

		Âge moyen du premier report
Ex-invalides	Hommes	17,2
	Femmes	17,7
Ex-bénéficiaires de l'AAH	Hommes	18,8
	Femmes	18,9
Autres assurés reconnus Inaptes	Hommes	18,8
	Femmes	18,9

Source : Base retraités 2004-2021.

**Champ** : Flux exhaustif de droit propre 2019, 2020 et 2021, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans la Carsat des Hauts-de-France.

## b- Durée validée

Les ex-invalides ont la durée d'assurance la plus longue, avec 44 ans et demi en moyenne (tableau 3). La durée validée pour les ex-bénéficiaires de l'AAH et les autres assurés reconnus inaptes est inférieure à 30 ans (28 et 29,5 ans respectivement). Les ex-bénéficiaires de l'AAH valident donc en moyenne 6 trimestres de moins que les autres assurés reconnus inaptes.

La durée validée totale est moins importante pour les hommes que pour les femmes. Cela peut s'expliquer par les trimestres d'Assurance Vieillesse du Parent au Foyer (AVPF) et de Majoration de Durée d'Assurance pour enfant (MDA) plus présents pour les femmes.

**Tableau 3 : Durée totale validée (tous régimes)**

		Durée validée
Ex-invalides	Hommes	172,9
	Femmes	183,2
	Total	178,3
Ex-bénéficiaires de l'AAH	Hommes	104,4
	Femmes	117,8
	Total	112,3
Autres assurés reconnus Inaptes	Hommes	112,6
	Femmes	121,2
	Total	118

**Source** : Base retraités 2004-2021.

**Champ** : Flux exhaustif de droit propre 2019, 2020 et 2021, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans la Carsat des Hauts-de-France.

### c- Composition de la durée d'assurance

Les graphiques 1 à 3 montrent la composition de la durée d'assurance (encadré 2) pour les ex-invalides, les ex-titulaires de l'AAH et les autres assurés reconnus inaptes.

#### ENCADRE N°2

##### La composition de la durée d'assurance

La durée d'assurance correspond à l'ensemble des trimestres réunis par l'assuré pour calculer le montant de sa retraite. Elle comprend notamment :

- les trimestres d'assurance : il s'agit des périodes qui ont donné lieu au versement de cotisations obligatoires ou volontaires, c'est-à-dire correspondant à des montants de salaire.

- l'Assurance Vieillesse des Parents au Foyer (AVPF);

- les périodes d'interruption de l'activité professionnelle assimilées à des trimestres d'assurance (PA) : maladie, maternité, chômage, accident du travail, service militaire... Pour ces

périodes, l'assuré ne cotise pas pour sa retraite donc aucune somme ne figure sur son relevé de carrière, mais des trimestres sont validés au regard des années concernées ;

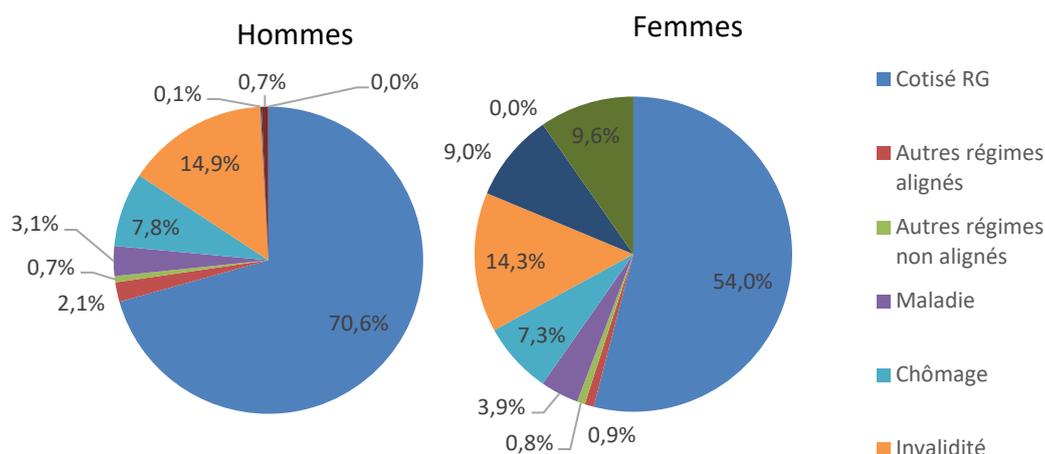
- les majorations de durée d'assurance (MDA) : au titre de la maternité, au titre de l'éducation, au titre de l'adoption, au titre du congé parental d'éducation, aux personnes chargées d'un enfant handicapé, ou pour les assurés qui ont dépassé l'âge d'obtention du taux plein. Elles s'ajoutent à la durée d'assurance au régime général et ne sont pas affectées à des années civiles déterminées.

Les trois catégories de nouveaux retraités ont des compositions de durées d'assurance différentes. Entre 14 % et 15 % de la durée d'assurance totale pour les ex-invalides sont des trimestres d'invalidité (graphique 2).

Pour les ex-titulaires de l'AAH et les autres assurés reconnus inaptes, il y a également de légères différences dans la composition de la durée d'assurance. Pour les ex-bénéficiaires de l'AAH, la part de chômage est plus élevée, en particulier pour les hommes (21 % de la durée d'assurance). Elle est supérieure de 3 points de pourcentage par rapport aux autres assurés hommes reconnus inaptes. Une autre différence est la part des autres régimes alignés ou non alignés dans la durée d'assurance qui est plus importante pour les autres assurés reconnus inaptes, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes.

Pour les ex-bénéficiaires de l'AAH comme pour les autres assurés reconnus inaptes, la durée d'assurance des femmes est composée en grande partie d'AVPF et de trimestres de MDA. En effet, les trimestres de MDA et AVPF représentent 49 % de la durée d'assurance pour les femmes ex-bénéficiaires de l'AAH et 45 % pour les autres assurées reconnues inaptes. Par comparaison, cette part est de 19 % pour les femmes ex-invalides.

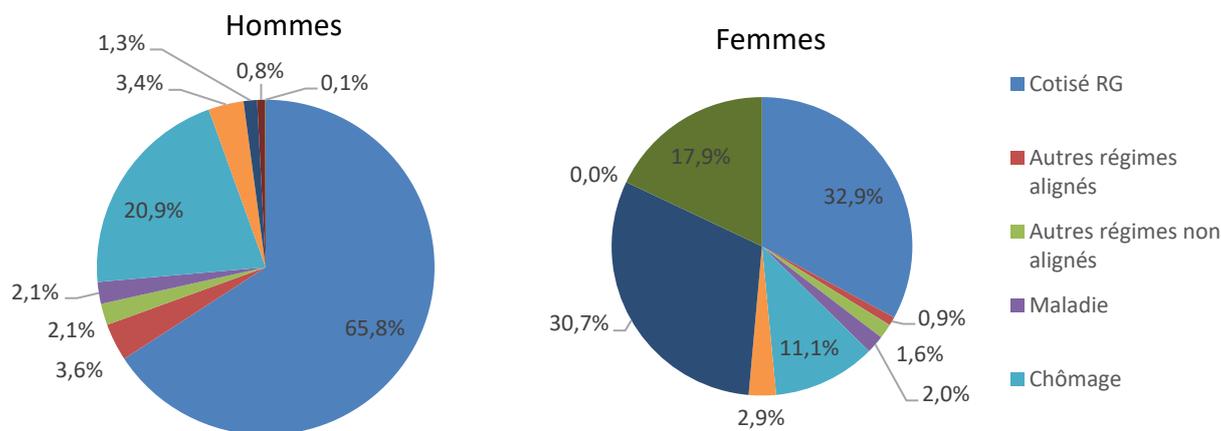
**Graphique 1** : Composition moyenne de la durée d'assurance pour les ex-invalides



**Source** : Base retraités 2004-2021. **Champ** : Flux exhaustif de droit propre 2019, 2020 et 2021, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans la Carsat des Hauts-de-France.

Les moyennes sont calculées à partir des répartitions individuelles

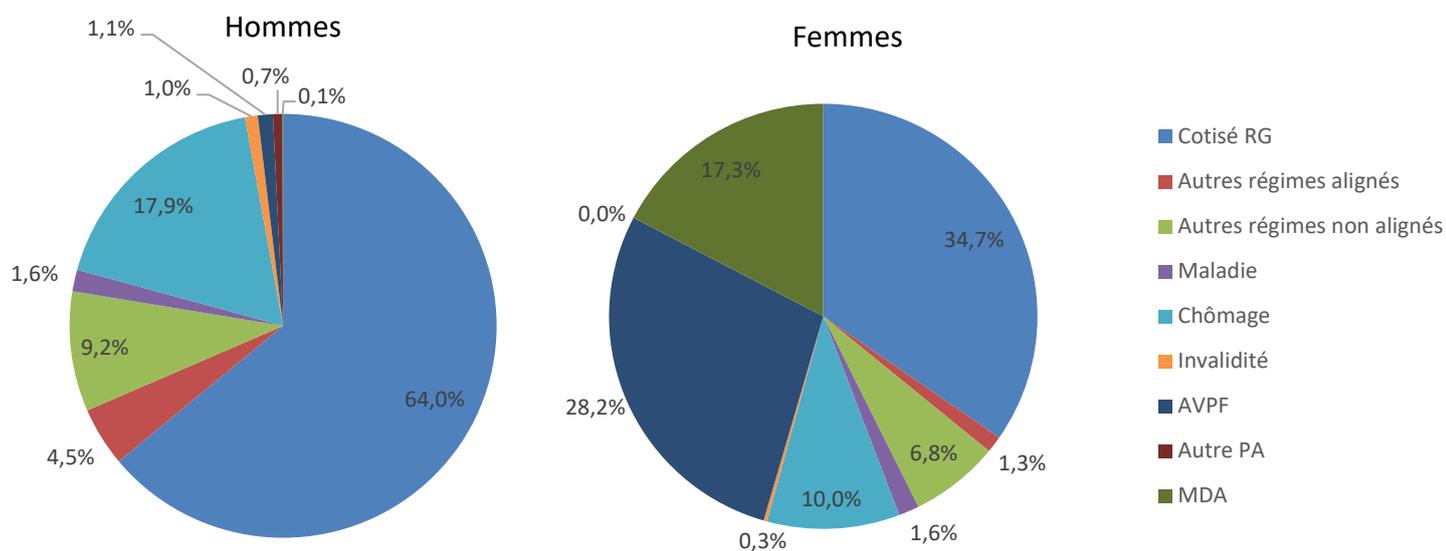
**Graphique 2 : Composition moyenne de la durée d'assurance pour les ex-bénéficiaires de l'AAH**



Source : Base retraités 2004-2021.

Champ : Flux exhaustif de droit propre 2019, 2020 et 2021, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans la Carsat des Hauts-de-France.

**Graphique 3 : Composition moyenne de la durée d'assurance moyenne pour les autres assurés reconnus inaptes**



Source : Base retraités 2004-2021.

Champ : Flux exhaustif de droit propre 2019, 2020 et 2021, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans la Carsat des Hauts-de-France.

#### d- Durée cotisée

Les femmes ont une durée cotisée au régime général et une durée cotisée totale plus faible en moyenne que les hommes pour les trois groupes (tableau 4 et encadré 2 pour la définition du cotisé).

Les ex-invalides présentent le plus grand nombre de trimestres cotisés, avec notamment une durée cotisée totale moyenne de 113 trimestres, contre 55 trimestres pour les ex-bénéficiaires de l'AAH et 65 trimestres pour les autres assurés reconnus inaptes. Cela s'explique par la présence de trimestres d'invalidité, qui représentent en moyenne 14 % de la durée d'assurance (voir partie 1.c).

Les ex-bénéficiaires de l'AAH ont une durée cotisée plus faible en moyenne que les autres assurés reconnus inaptes au régime général et cette différence s'accroît pour la durée cotisée globale. La différence entre les deux est de 10 trimestres pour la durée cotisée totale, soit deux ans et demi.

**Tableau 4** : Moyenne du nombre de trimestres cotisés au régime général et au total

		Durée cotisée totale <sup>180</sup>	Durée cotisée RG
Ex-invalides	Hommes	126,4	121,1
	Femmes	101,9	98,4
	Total	113,6	109,3
Ex-bénéficiaires de l'AAH	Hommes	74,8	68,1
	Femmes	41,8	38,7
	Total	55,3	50,6
Autres assurés reconnus Inaptes	Hommes	88,2	70,4
	Femmes	52,0	41,8
	Total	65,3	52,3

Source : Base retraités 2004-2021.

**Champ** : Flux exhaustif de droit propre 2019, 2020 et 2021, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans la Carsat des Hauts-de-France.

<sup>180</sup> Pour les régimes autres que le régime général il n'est pas possible de distinguer les périodes assimilées et les durées cotisées.

### e- Part du cotisé

La part de la durée d'assurance cotisée moyenne (tableau 5) est calculée en faisant la moyenne des rapports du nombre de trimestres cotisés dans tous les régimes et du nombre de trimestres validés tous régimes, retenue pour le calcul de la pension. Cette part était de 86 % pour les pensions normales en 2019 en France<sup>181</sup>.

De manière générale, comme pour la durée cotisée, ce sont les ex-invalides qui ont la part du cotisé la plus élevée avec 64 % de la durée validée en moyenne, ce qui est égal à la part constatée pour les ex-invalides au niveau national en 2019.

Les assurés qui bénéficiaient de l'AAH avant le départ à la retraite ou les autres inaptés ont une part de durée cotisée beaucoup plus faible, puisqu'elle ne représente en moyenne que la moitié de la durée d'assurance. Ces parts cotisées sont plus faibles que celles observées au niveau national en 2019 pour l'ensemble des inaptés (appellation qui regroupe les ex-bénéficiaires de l'AAH et les autres assurés reconnus inaptés), qui était alors de 64 %.

La part du cotisé est similaire pour les hommes des trois groupes, même si les assurés reconnus inaptés et les ex-bénéficiaires de l'AAH ont des durées d'assurance plus courtes.

En revanche on constate des différences pour les femmes : pour les ex-invalides, le nombre de trimestres cotisés représente un peu plus de la moitié de la durée d'assurance validée. Cette part est plus faible pour les autres assurés reconnus inaptés et pour les femmes ex-bénéficiaires de l'AAH puisque la durée cotisée diminue à un tiers de la durée d'assurance.

---

<sup>181</sup> Voir note : 2022-031-DSPR- La retraite au titre de l'inaptitude au travail au régime général : évolutions 2010-2019 et caractéristiques des nouveaux retraités 2019

**Tableau 5** : Part de la durée d'assurance cotisée

		Part du cotisé
Ex-invalides	Hommes	0,73
	Femmes	0,56
	Total	0,64
Ex-bénéficiaires de l'AAH	Hommes	0,7
	Femmes	0,35
	Total	0,49
Autres assurés reconnus inaptes	Hommes	0,75
	Femmes	0,4
	Total	0,53

Source : Base retraités 2004-2021.

**Champ** : Flux exhaustif de droit propre 2019, 2020 et 2021, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans la Carsat des Hauts-de-France.

#### f- Âge de départ à la retraite

L'âge moyen de départ à la retraite est proche de l'âge légal de départ à la retraite de 62 ans pour les trois catégories. En effet, la population étudiée est constituée d'assurés partis à la retraite avec le dispositif de retraite au titre de l'inaptitude au travail, qui donne droit à une retraite au taux plein dès l'âge légal, et cela quelle que soit la durée validée (tableau 6).

Pour les ex-invalides, la substitution de la pension d'invalidité par la pension de retraite se fait automatiquement à l'âge légal<sup>182</sup>. C'est également le cas pour les bénéficiaires de l'AAH sans activité professionnel depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2020. Les autres assurés reconnus inaptes doivent faire une demande pour l'attribution d'une retraite au titre de l'inaptitude au travail et sont soumis au contrôle médical. Cela peut expliquer les légères différences (tableau 6).

L'âge moyen de départ à la retraite est le même pour les hommes et pour les femmes dans les trois groupes.

<sup>182</sup> sauf si l'assuré exerce une activité professionnelle ou s'il est en recherche d'emploi à l'âge légal de départ à la retraite (Cf. [www.legislation.cnv.fr](http://www.legislation.cnv.fr)).

**Tableau 6 : Âge moyen de départ à la retraite**

	Âge moyen de départ à la retraite
Ex-invalides	62,0
Ex-bénéficiaires de l'AAH	62,1
Autres assurés reconnus inaptes	62,4

**Source :** Base retraités 2004-2021.

**Champ :** Flux exhaustif de droit propre 2019, 2020 et 2021, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans la Carsat des Hauts-de-France.

## Partie 3 : Les éléments de pension

### a- Montant de pension de droit propre au régime général

Ce sont les ex-invalides qui ont le montant de pension moyen au régime général le plus élevé (tableau 7). Cela s'explique par le fait que les ex-invalides ont la durée d'assurance la plus longue et la plus grande part de trimestres cotisés dans la durée d'assurance.

Les femmes touchent également une pension au régime général inférieure à celle des hommes pour les ex-invalides, mais supérieure pour les titulaires de l'AAH, et du même montant pour les autres assurés reconnus inaptes.

**Tableau 7 : Montant annuel moyen de pension de droit propre au régime général (en euros 2020)**

		Montant annuel moyen de pension de droit propre au régime général
Ex-invalides	Hommes	11 138
	Femmes	9 502
	Total	10 289
Ex-bénéficiaires de l'AAH	Hommes	5 216
	Femmes	5 596
	Total	5 442
Autres assurés reconnus Inaptes	Hommes	5 606
	Femmes	5 603

	Total	5 605
--	-------	-------

**Source** : Base retraités 2004-2021.

**Champ** : Flux exhaustif de droit propre 2019, 2020 et 2021, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans la Carsat des Hauts-de-France.

**Remarque** : le montant de la pension de droit propre au régime général comprend le droit propre, éventuellement porté au minimum contributif et les avantages complémentaires, en particulier la majoration de 10 % pour les parents de trois enfants et plus.

## b- Bénéficiaires du MICO et de l'ASPA

Parmi les trois groupes étudiés, les ex-invalides comptent la plus faible part de bénéficiaires du MICO <sup>183</sup>( 36 %, contre 12 % des bénéficiaires d'une pension normale en 2019).

La part des femmes qui bénéficient du MICO est supérieure à celle des hommes dans les trois catégories d'assurés qui liquident leur retraite au titre de l'inaptitude au travail (tableau 9). C'est également le cas pour les retraités qui bénéficient d'une pension normale, puisqu'en 2019 en France, 5 % des hommes et 19 % des femmes percevaient le MICO. Ici, cette différence est particulièrement marquée pour les ex-invalides, les femmes sont 48 % à bénéficier du MICO, contre 24 % pour les hommes.

Si les femmes sont toujours plus souvent bénéficiaires du MICO que les hommes, la part des bénéficiaires hommes ou femmes est très élevée, en particulier pour les ex-bénéficiaires de l'AAH avec 7 assurés sur 10.

La part de nouveaux retraités qui bénéficient de l'ASPA (tableau 9) est beaucoup plus faible pour les ex-invalides que pour les inaptés ou les titulaires de l'AAH, puisqu'elle est de 10 % pour les hommes et de 9 % pour les femmes. Cela reste légèrement supérieur au taux de pauvreté des retraités qui était de 8,6 % en 2018<sup>184</sup>. Par comparaison, cette part atteint 59 % pour les hommes titulaires de l'AAH, et 49 % pour les femmes.

Cette forte part pour les bénéficiaires de l'AAH peut s'expliquer car l'AAH et l'ASPA sont tous les deux des minima sociaux sous conditions de ressources ce qui n'est pas le cas de la pension d'invalidité par exemple, même si depuis 2017, les bénéficiaires de l'AAH avec une incapacité supérieure à 80 % peuvent continuer à le percevoir sans demander l'ASPA<sup>185</sup>.

<sup>183</sup> Il s'agit du MICO servi à titre d'avance ou définitif au 31/12 de l'année de la date d'effet (soit ici respectivement 2019, 2020 ou 2021).

<sup>184</sup> Source : INSEE

<sup>185</sup> article 87 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017

Contrairement au MICO, la part de bénéficiaires de l'ASPA est plus importante chez les hommes que chez les femmes pour les trois catégories. Cette différence s'explique par les conditions de ressources qui sont différentes : pour le MICO, il s'agit du total des pensions de retraites de l'assuré, tandis que pour le minimum vieillesse il s'agit des ressources du ménage de l'assuré.

Ainsi, même si les femmes ex bénéficiaires de l'AAH ont des montants de pension tous régimes plus élevés que les autres femmes reconnues inaptes, elles sont plus souvent bénéficiaires de l'ASPA. Cela peut s'expliquer par une situation conjugale différente.

**Tableau 9** : Effectif et part des nouveaux retraités qui bénéficient du MICO ou de l'ASPA

		Effectif MICO	Part MICO	Effectif ASPA	Part ASPA
Ex-invalides	Hommes	697	23,8 %	307	10,5 %
	Femmes	1514	47,9 %	285	9 %
	Total	2211	36,3 %	592	9,7 %
Ex-bénéficiaires de l'AAH	Hommes	662	68,6 %	565	58,5 %
	Femmes	1019	72,4 %	696	49,5 %
	Total	1681	70,9 %	1261	53,2 %
Autres assurés reconnus inaptes	Hommes	789	55,9 %	702	49,7 %
	Femmes	1663	68,7 %	890	36,7 %
	Total	2452	63,9 %	1592	41,5 %
Total		6344	51,6 %	3445	28 %

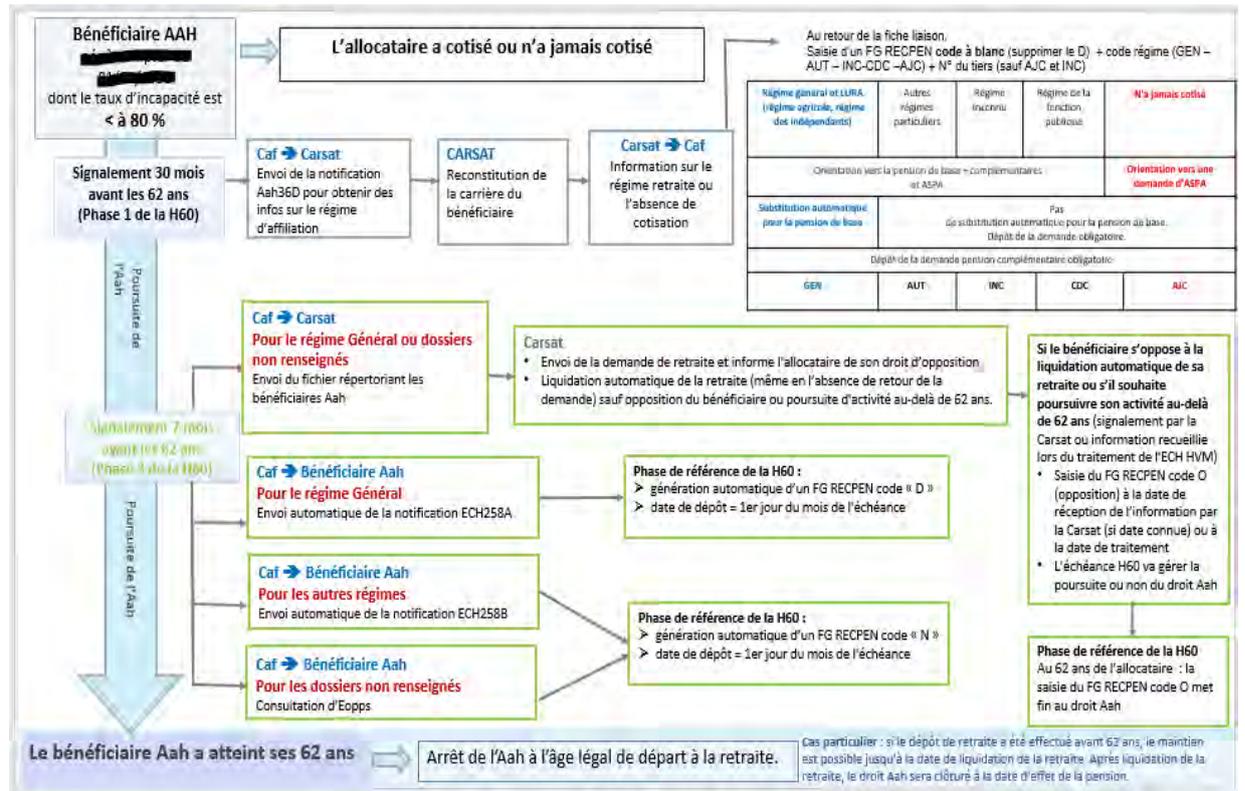
Source : Base retraités 2004-2021.

**Champ** : Flux exhaustif de droit propre 2019, 2020 et 2021, liquidation avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Restriction aux assurés partis au titre de l'inaptitude au travail dans la Carsat des Hauts-de-France.

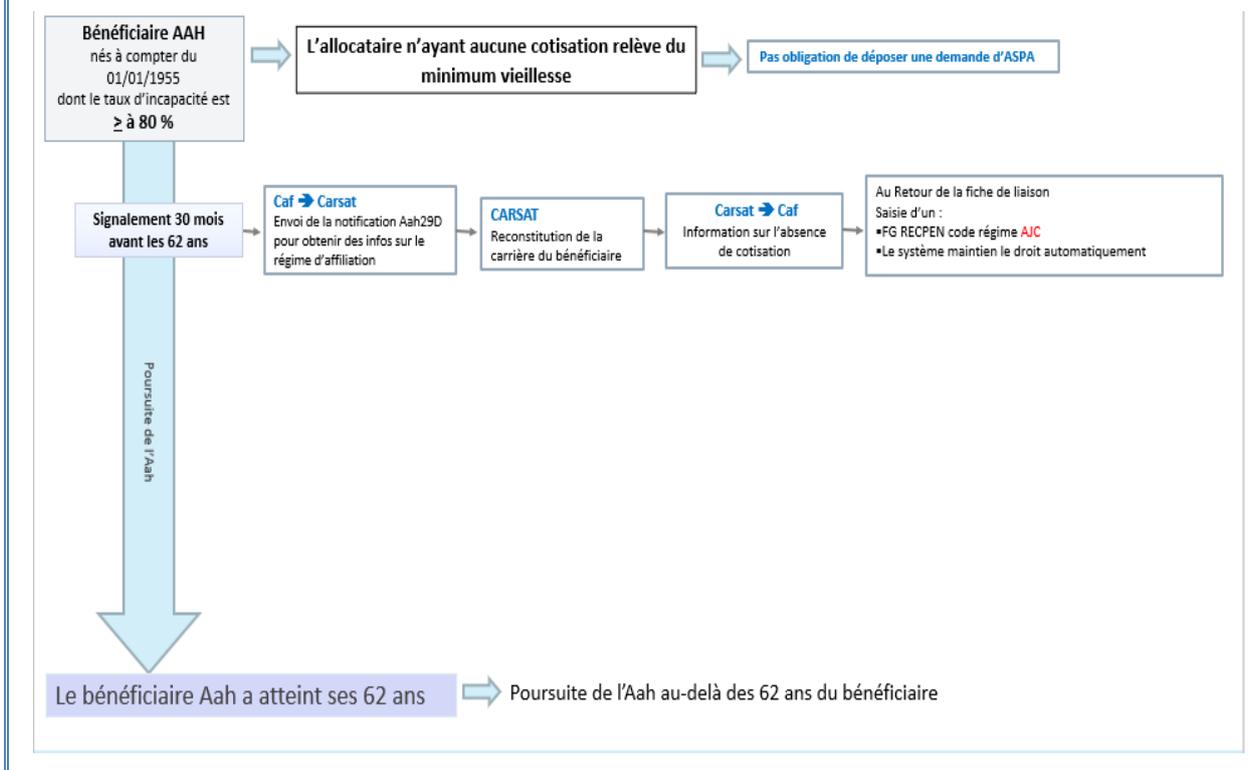


# PIÈCE JOINTE 3 : MODALITÉS DE PASSAGE EN RETRAITE DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AAH ET ALLOCATAIRES DU RSA

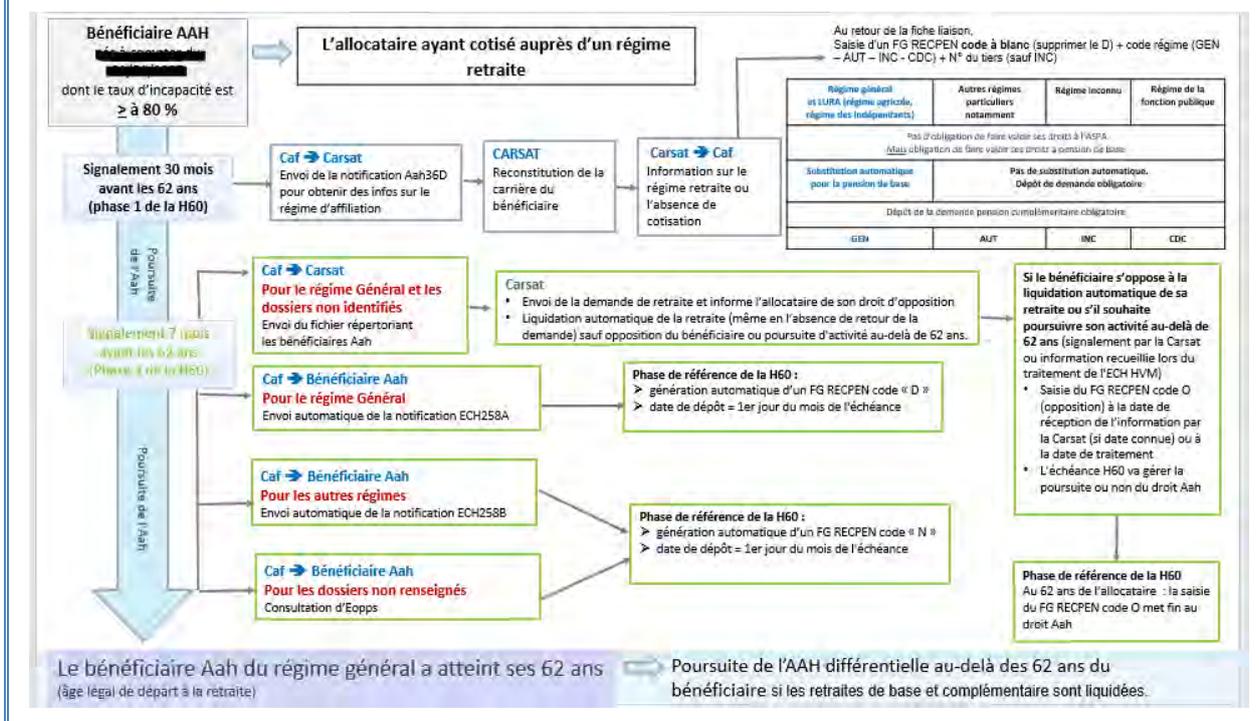
Encadré : Modalités de passage en retraite pour les bénéficiaires de l'AAH dont le taux d'incapacité est inférieur à 80 %



Encadré : Modalités de passage en retraite des bénéficiaires de l'AAH avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % et n'ayant aucune cotisation auprès d'un régime de retraite



Encadré : Modalités de passage en retraite des bénéficiaire AAH avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % et ayant cotisé à un régime de retraite



## PIÈCE JOINTE 4 : LETTRES D'INFORMATION ADRESSÉES AVANT LE PASSAGE EN RETRAITE

Courriers adressés :

- pour le passage des allocataires du RSA à la retraite:
  - bénéficiaires d'une rente AT-MP (CAF);
  - bénéficiaires d'une pension d'invalidité (CAF) ;
- pour le passage de l'AAH à la retraite (CAF et CARSAT)
- pour le passage de la pension d'invalidité à la retraite ( deux courriers CARSAT)
- pour le passage d'une allocation chômage la retraite (Pôle emploi)

*Encadré : Courrier national RSA45R (droit RSA socle avec rente AT-MP) - Notification adressée à l'allocataire*

Vous pouvez prétendre à une pension de retraite dès 62 ans.

Vous êtes actuellement titulaire d'une rente d'incapacité permanente pour accident de travail, de trajet ou maladie professionnelle.

Si vous remplissez les conditions de la retraite pour inaptitude au travail, le montant de votre pension de retraite peut être calculé à taux plein dès 62 ans.

En effet, si vous n'êtes pas en mesure de poursuivre votre activité professionnelle sans nuire gravement à votre santé vous pouvez demander votre retraite pour inaptitude au travail auprès de votre Caisse Vieillesse. Le médecin-conseil de votre caisse de retraite apprécie les conditions précitées : le droit à pension de retraite pour inaptitude ne sera ouvert qu'après instruction de votre dossier par la caisse de retraite.

Cette pension de retraite peut, sous certaines conditions, être complétée par l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Nous vous invitons à vous renseigner auprès de votre caisse vieillesse pour connaître les conditions d'accès à ces dispositifs.

Si vous souhaitez déposer une demande de retraite, il vous est recommandé de déposer cette demande au moins quatre mois avant l'âge légal d'ouverture des droits à pension de retraite.

Vous devrez ensuite nous adresser l'ensemble des documents justifiant de l'attribution d'une retraite et éventuellement de l'ASPA.

Le montant de votre pension de retraite et éventuellement celui de l'ASPA, seront alors pris en compte dans le calcul du montant de votre Revenu de solidarité active.

Votre caisse d'allocations familiales.

*Encadré : Courrier national ECH958e (RSA- bénéficiaires RSA socle inaptés) – Courrier adressé à l'allocataire*

Vous êtes actuellement titulaire d'une pension d'invalidité et vous bénéficiez du revenu de solidarité active (RSA).

Selon la réglementation (\*), le versement du RSA est subordonné à la condition que le bénéficiaire du RSA s'il est reconnu inapte au travail, fasse valoir ses droits notamment à pension de vieillesse.

En tant que bénéficiaire d'une pension d'invalidité, vous pouvez prétendre dès 62 ans à une pension de retraite au titre de votre inaptitude au travail, calculée au taux plein. Votre retraite peut, en outre, sous certaines conditions, être complétée par l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Ces avantages de vieillesse seront pris en compte dans le calcul du montant de votre RSA.

Si Caf Métropole :

Pour cela, vous devez faire au plus vite votre demande de pension auprès de votre caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT). Il vous est recommandé de déposer votre demande de retraite au moins quatre mois avant l'âge légal d'ouverture des droits à pension de retraite.

Si Caf DOM :

Pour cela, vous devez faire au plus vite votre demande de pension auprès de votre caisse générale de sécurité sociale. Il vous est recommandé de déposer votre demande de retraite au moins quatre mois avant l'âge légal d'ouverture des droits à pension de retraite.

Toutefois, en l'absence de démarche de votre part pour faire valoir vos droits aux avantages de vieillesse à compter de vos 62 ans, le versement de votre RSA sera réduit en tout ou partie.

Votre caisse d'Allocations familiales.

(\*) Articles L. 262-10 et R. 262-46 du code de l'action sociale et des familles

Encadré : Courrier national ECH258a (droit Aah et abs RSA - Variante « Régime général ») - courrier adressé à l'allocataire



N° ALLOCATAIRE :  
0000198  
Personne concernée :

Notification 'ECH258 Variante a'  
(Régime général)  
Modifiée en L2106 /V61 : R2714B

## Vos Prestations Caf Information concernant votre retraite

Le 05/12/2020

MME DURAND JULIETTE  
RESIDENCE LES IRIS  
15 RUE GAMBETTA  
69003 LYON

Civilité,

Vous allez bientôt atteindre 62 ans, l'âge légal de départ à la retraite. Vos droits aux avantages vieillesse sont prioritaires sur l'allocation aux adultes handicapés (Aah).

Vos démarches pour bénéficier de votre retraite sont simplifiées.  
Nous avons pris contact avec votre caisse de retraite.

- Retraite de base

Votre caisse de retraite va vous adresser un courrier d'information pour vous guider dans vos démarches, auquel sera joint un formulaire de demande de retraite.

Vos droits à l'Aah continueront à vous être versés en fonction de votre taux d'incapacité.

- Retraite complémentaire

Vous devez déposer une demande de retraite complémentaire auprès de votre caisse de retraite.

Vous devrez, ensuite, adresser à votre Caf l'avis de dépôt de votre demande.

En l'absence de ce justificatif, votre droit à l'Aah sera suspendu à 62 ans.

Pour information :

A compter de vos 62 ans,

- si vous présentez un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80%, le montant de votre Aah sera recalculé pour compléter éventuellement votre retraite ;
- si vous présentez un taux inférieur à 80%, votre droit à l'Aah prendra fin à compter du mois de perception de votre retraite ;
- si vous faites le choix de ne pas percevoir votre retraite ou de poursuivre une activité professionnelle au-delà de vos 62 ans, votre droit à l'Aah prendra fin le mois suivant vos 62 ans.

Veuillez recevoir, Madame / Monsieur, nos salutations respectueuses.

Prénom, Nom, le Directeur (la Directrice)

Encadré : Courrier National CNAV (Allocataires de l'AAH) – Courrier adressé à l'allocataire



M

**A rappeler dans tous vos courriers**

N° de S.S. :

Suivi par :

Secteur :

Téléphone :

N'oubliez pas d'indiquer sur vos courriers le secteur et le numéro de sécurité sociale

**Objet : Changement de situation**

Madame, Monsieur,

Le XXXXXXX

La CAF de ... nous a informé que vous percevez actuellement l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et que vous allez bientôt avoir 62 ans.



**Je vous informe que vous pourrez prendre votre retraite dès vos 62 ans.** Elle sera calculée au taux maximum de 50 %, quel que soit votre nombre de trimestres.

Si vous présentez un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %, votre AAH pourra compléter votre retraite. Si vous présentez un taux d'incapacité inférieur à 80 %, le versement de votre AAH cessera.

Vous pourrez vous opposer au bénéfice de votre retraite, par courrier recommandé avec accusé de réception jusqu'au (date âge légal - 2 mois). Mais dans ce cas, votre AAH prendra fin.



**Afin que votre retraite prenne le relais de votre AAH, vous devez demander, dès maintenant, votre retraite.**

Vous pouvez effectuer cette démarche :

➤ soit en ligne, en créant votre espace personnel sur [www.lassuranceretraite.fr](http://www.lassuranceretraite.fr);

➤ soit en renvoyant à l'Assurance retraite le formulaire de demande de retraite ci-joint complété et accompagné des pièces justificatives indiquées, dans un délai de trois semaines à compter de réception de ce courrier.

**Si vous exercez une activité professionnelle et que vous ne désirez pas prendre votre retraite, nous vous remercions de nous le préciser par courrier.**

**Ma demande de retraite en ligne**

Grâce au service en ligne « Demander ma retraite », vous n'avez plus qu'une seule démarche à faire pour faire valoir vos droits à la retraite, de l'inscription à la gestion de votre dossier. Rendez-vous dans votre espace personnel sur [www.lassuranceretraite.fr](http://www.lassuranceretraite.fr).



**Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse**

CPxxx Villexxx cedex xx

[www.lassuranceretraite.fr](http://www.lassuranceretraite.fr)

Appelez-nous au 39 80 – prix d'un appel local depuis un poste fixe  
Pour appeler de l'étranger, d'une box ou d'un mobile, composez le 09 71 10 39 80

Réf. N0000 – 01/2011

Encadré : Courrier National N1368 (ex-bénéficiaires d'une pension d'invalidité à 62 ans et demi) – Courrier adressé à l'allocataire



**A rappeler dans tous vos courriers**

N° de S.S. :

Suivi par :

Secteur :

Téléphone :

N'oubliez pas d'indiquer sur vos courriers  
le secteur et le numéro de sécurité sociale

M  
Xp  
Xp  
Xp  
Xp  
Xp

---

### Demande de votre retraite personnelle

Madame, Monsieur,

Le XXXXXXX

Votre caisse primaire d'assurance maladie m'a informé que le paiement de votre pension d'invalidité avait pris fin le XXX/XX/XXXX.

En conséquence, à compter du 01/XX/XXXX, vous pourrez bénéficier d'une retraite personnelle en remplacement de votre pension d'invalidité.

Le passage à la retraite n'est pas automatique. Pour en faire la demande, je vous invite à compléter le formulaire ci-joint et à me le transmettre dans un délai d'un mois maximum, accompagné des pièces justificatives indiquées. Vous pouvez également faire votre demande de retraite en ligne sur [www.lassuranceretraite.fr](http://www.lassuranceretraite.fr).

Recevez, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

P. J. : demande de retraite personnelle

Votre correspondant

---

**Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse**

CPxxx Villexxx cedex xx

[www.lassuranceretraite.fr](http://www.lassuranceretraite.fr)

Appelez-nous au 39 80 – prix d'un appel local depuis un poste fixe  
Pour appeler de l'étranger, d'une box ou d'un mobile, composez le 09 71 10 39 80

La loi n° 78.17 du 6.1.1978 modifiée vous garantit le droit d'accès et de rectification pour les données que nous  
enregistrons à partir de vos réponses.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fausses ou de fausses  
déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art 313-1, 313-2, 313-3, 423-19, 441-1, 441-6 et  
441-7 du code pénal).

Réf. N1368



**CARBAT NORO FIGARDIE**  
11 Allée Vanden  
59822 VILLENEUVE D'ASNOUX CEDEX

**A rappeler dans tous vos courriers**

Voies N° de sécurité sociale :  
2 80 84 86 262 614

Secteur :

Déclaré subri par :  
Téléphone : 3900 (services gratuits + prix appel)  
www.lesassurancesretraite.fr

**MME MARTIN MYRIAM**  
14 PLACE DE LA CONCORDE  
59800 MAUBEUGE

**Demande de retraite personnelle**

Madame,

Le 16 novembre 2021

Vous percevez une pension d'invalidité et vous allez atteindre l'âge légal de départ à la retraite. A partir du 1er jour du mois suivant cet âge, votre pension d'invalidité est remplacée par une retraite personnelle (voir point I). Ce changement est obligatoire sauf si vous exercez une activité professionnelle (voir point II).

Je vous remercie de vous reporter au paragraphe vous concernant.

**I - Vous souhaitez bénéficier de votre retraite personnelle**

Le paiement de votre pension d'invalidité prend fin à l'âge légal de départ à la retraite. Pour bénéficier de votre retraite à compter du 1er jour du mois suivant cet âge, vous devez compléter et nous transmettre, dans un délai d'un mois suivant la date de réception de ce courrier, la demande de retraite ci-jointe, accompagnée des pièces justificatives indiquées.

**II - Vous souhaitez poursuivre votre activité professionnelle**

Votre pension d'invalidité peut continuer à vous être versée au plus tard jusqu'à l'âge d'obtention du taux maximum. Lorsque vous souhaitez bénéficier de votre retraite, vous devrez nous transmettre votre demande 6 à 4 mois avant la date de départ à la retraite que vous aurez choisie. Le point de départ de cette retraite ne pourra se situer ni avant la date de la cessation de votre activité salariée, ni avant la date de dépôt de votre demande de retraite.

Vous pouvez également faire votre demande en ligne sur [www.lesassurancesretraite.fr](http://www.lesassurancesretraite.fr).

Toutefois, si vous perdez votre emploi avant votre âge légal de départ à la retraite et que vous êtes indemnisé par Pôle emploi, votre pension d'invalidité pourra continuer à vous être versée pendant six mois au-delà de votre âge légal. Pour bénéficier de votre retraite, vous devrez nous transmettre votre demande avant la fin du paiement de votre pension d'invalidité.

Pour toute précision concernant la poursuite du paiement de votre pension d'invalidité, contactez votre caisse primaire d'assurance maladie.

**Attention :** le paiement de votre pension d'invalidité ne peut pas se cumuler avec celui de votre retraite.

Recevez, Madame, mes sincères salutations.

Votre correspondant

PJ : demande de retraite personnelle

*Pour les données que nous recueillons à partir de vos réponses et en application de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du Directeur de votre organisme de retraite. La loi rend possible d'empêcher ébrou d'enregistrement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages sociaux (art 313-1 à 313-3, 439-18, 441-1 à 441-6 du code pénal). En outre, l'assuré(e), le bénéficiaire incomplet des déclarations ou l'abonné(e) de déclaration d'un changement de situation ayant obtenu ou versé(e) au nom de prestations sociales, peut être l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale.*



Réf. N2200P - 07/2018

Page 1/1

Encadré : Courrier National (bénéficiaire d'une allocation de retour à l'emploi) – Courrier adressé à l'allocataire

Page 1/3



C26/ID051/κC2B

M. AAAAAAAAAA AAAAAAAAAA  
999 AAA AAAAAAAAAA AAAAAA  
62660 BEUVRY

**Références à rappeler**

numéro identifiant 9999999A  
numéro de dossier 951  
numéro d'action 99

BETHUNE, le 15 juin 2022

**Votre contact en direct**

999aaaaaa.aaaaaa@aaaa-aaaaaa.aaa

Objet : **Demande d'informations concernant votre retraite**

Monsieur AAAAAAAAAA,

Vous avez ou aurez prochainement 62 ans.

A compter de cet âge :

- votre indemnisation cesse dès que vous justifiez de 166 trimestres tous régimes confondus\* (notamment régime général, régime des fonctionnaires, régimes spéciaux) car vous pouvez bénéficier d'une retraite à taux plein\*\*,
- vous continuez à percevoir vos allocations dans la limite de vos droits et au plus tard jusqu'à 67 ans tant que vous ne totalisez pas 166 trimestres tous régimes confondus.

Attention, à compter de 62 ans, si vous faites liquider votre retraite après la date à laquelle vous justifiez de 166 trimestres, vous n'aurez pas de revenu entre la date d'arrêt de versement de vos allocations et le point de départ du versement de votre retraite.

**Dès à présent, contactez la caisse de retraite dont vous dépendez :**

- la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) Ile-de-France si vous résidez en Ile-de-France,
- la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) si vous résidez dans un département d'Outre-mer,
- la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) si vous résidez dans une autre région.

Votre caisse vous indiquera les démarches à accomplir afin d'obtenir le document nécessaire à Pôle emploi pour actualiser votre situation. Il s'agit du courrier intitulé « Chômage indemnisé : régularisation de carrière » qui permet de connaître le nombre de trimestres d'assurance vieillesse acquis.

Nous attirons votre attention :

- sur le délai de traitement nécessaire à la délivrance de ce document,
- sur le fait qu'un simple relevé de carrière n'est pas suffisant.

Dès que votre caisse de retraite vous transmet le courrier intitulé « Chômage indemnisé : régularisation de carrière », communiquez-le immédiatement à votre agence ; à défaut, nous serons dans l'obligation d'interrompre le versement de vos allocations dès que vous atteindrez 62 ans.

\* Articles L. 351-1 à L. 351-5 du code de la sécurité sociale.

\*\* Article L. 5421-4 du code du travail, article 4 c) et 25 §2 a) du règlement d'assurance chômage, article 2 de la délibération Rémunération de Fin de Formation (RFF) et article 4 de la délibération Rémunération des Formations Pôle Emploi (RFPE).

POLE EMPLOI HAUTS-DE-FRANCE

POLE EMPLOI BETHUNE CS 50567 230 RUE DE LA FAIENCERIE 62411 BETHUNE CEDEX

[www.pole-emploi.fr](http://www.pole-emploi.fr) - 3949 Service gratuit + prix appel

DU LUNDI AU JEUDI DE 08H30 A 12H45 ET LE VENDREDI DE 09H00 A 12H00. SUR RDV DU LUNDI AU JEUDI DE 12H45 A 16H30