



Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-059P

L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque

RAPPORT
TOME 1

Établi par

Dr. Pierre ABALLEA

Etienne MARIE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Synthèse

[1] L'article 80 de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit que « le Gouvernement dépose au Parlement avant le 1er janvier 2012 un rapport visant à étudier un barème d'attribution des pensions d'invalidité cohérent avec le barème d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés...; ce rapport propose des indications pertinentes de pratique pour les échelons locaux du service médical de l'assurance maladie en vue d'une réduction de l'hétérogénéité des décisions ».

[2] Le présent rapport estime justifiée la visée de fond du Parlement de créer un barème d'évaluation de l'état d'invalidité cohérent avec celui du handicap pour réduire l'hétérogénéité des décisions d'attribution des pensions par les caisses du régime général. Le rapport estime toutefois que la mise en œuvre d'une telle réforme ne saurait être ni suffisante, ni immédiate pour sept raisons et qu'elle doit donc être en conséquence complétée et pilotée dans le temps :

1/ Evaluer l'invalidité n'est pas évaluer l'altération grave et stabilisée de l'état de santé d'une personne ; c'est évaluer les effets de cette altération sur sa capacité de travail, donc de gain, en vue de sa compensation financière. Cette définition est universelle et depuis l'origine au cœur des principes de la sécurité sociale. Il en ressort que, si l'altération grave de la santé peut être évaluée par des barèmes médicaux, ses conséquences en termes d'employabilité nécessitent des barèmes ou des processus d'examen particuliers qui peinent à être développés et nécessitent que les caisses chargés du risque invalidité aient recours pour les appliquer à une expertise en matière d'emploi.

2/ Parmi ces processus figure au premier rang celui de prévention de la désinsertion professionnelle que le régime général commence à développer. Il s'agit, dès la période d'arrêt de travail, d'avoir une politique active de retour au précédent d'emploi ou dans la précédente entreprise, mobilisant le salarié et son employeur. Durant cette période, qui peut s'échelonner de 2 à 5 ans selon les régimes, l'organisme maladie voit évoluer l'état de santé d'une personne, il peut préconiser des mesures de réadaptation médicale et professionnelle, il suit ses tentatives de reprise de travail, il a connaissance de sa situation sociale. L'entrée dans le régime d'invalidité s'analyse au final comme l'échec de ce processus de prévention de la désinsertion professionnelle qui constitue alors l'évaluation en situation réelle de l'employabilité de la personne.

3/ Quels que soient les barèmes médicaux ou d'employabilité déterminés, ceux-ci resteront indicatifs et l'évaluation de l'état d'invalidité restera un programme parmi les plus compliqués des régimes de sécurité sociale. Il faut alors accompagner l'implantation de ces outils d'une animation permanente du réseau des évaluateurs organisée autour de l'assignation d'objectifs aux acteurs, de leur suivi en gestion et de leur évaluation, la définition de procédures standardisées, la mise à disposition de système d'information, le recrutement et la formation d'évaluateurs de haut niveau, l'amélioration collective des pratiques professionnelles. Cette animation de réseau, bien que perfectible, se met en place clairement dans le régime général et dans une moindre mesure dans les deux autres réseaux MSA et RSI. Elle est particulièrement défailante s'agissant des régimes de fonctionnaires.

4/ Une réforme de l'évaluation de l'état d'invalidité ne saurait se limiter au seul régime général. Seule parmi les pays de l'OCDE, la France compte un tel nombre de régimes d'invalidité : au-delà du régime général, des régimes complémentaires pour plus de 200 branches professionnelles ; une dizaine de régimes pour les salariés du secteur public ; une vingtaine de régimes pour les non salariés ; enfin de très nombreuses assurances individuelles. Le risque invalidité est dès lors illisible et inégalitaire, qu'il s'agisse de ses critères donc de son évaluation et de son indemnisation et ses coûts de gestion élevés. Le rapport estime donc aussi important de rétablir une homogénéité entre régimes qu'au sein des régimes et, sur la base d'un régime harmonisé, que les nouvelles méthodes d'évaluation proposées soient appliquées par des réseaux gestionnaires limités en nombre.

5/ Il existe plus d'une dizaine de barèmes actuellement utilisés en France dans les différents dispositifs que l'on peut répartir selon leur finalité principale en deux grandes classes : les barèmes visant à réparer un préjudice fonctionnel dans une logique de réparation intégrale et ceux visant à ouvrir des droits à revenu de remplacement au regard d'une incapacité de travail. Le taux d'incapacité est mesuré finement en réparation ; il conditionne directement le niveau de la rente (ou du capital) : ce modèle est celui des accidents du travail et des maladies professionnelles, des assureurs dans le droit commun, de l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux ou exposées à l'amiante. Le taux d'incapacité est mesuré à grosses mailles en compensation de perte de gain et le franchissement de grands seuils détermine le taux du revenu de remplacement qui sera servi : ce modèle est celui de l'allocation aux adultes handicapés.

L'attribution d'une pension d'invalidité répond à une logique de compensation de perte de gain et d'une mesure à grosse maille répartissant les demandeurs en trois catégories. Pour ces raisons, et aussi compte tenu son actualisation récente et de sa facilité d'usage au regard des flux importants qu'il convient de traiter la mission a privilégié le recours au barème de l'AAH pour évaluer l'invalidité.

La mission a mené sur un département, celui de la Vienne, une comparaison de l'évaluation de l'état d'invalidité sur une centaine de mêmes dossiers entre la maison départementale des personnes handicapées utilisant le barème de l'AAH et les échelons locaux du service médical du régime général évaluant aujourd'hui sans barème. Elle arrive à une prudente conclusion que les décisions de la MDPH sont plus strictes que celles de l'ELSM.

Elle estime que toute réforme doit être expérimentée à une échelle beaucoup plus large et que soient mesurées dans le détail les conséquences institutionnelles, administratives et financières des nouveaux outils proposés.

6/ Le risque invalidité est l'angle mort de notre protection sociale : il n'existe dans notre pays aucun pilotage du risque invalidité et de ses 7,5 milliards d'euros ni de son interface avec les programmes sociaux auxquels il doit être apparié, au premier rang desquels les programmes d'accès à l'emploi. Il est nécessaire de constituer une telle instance de pilotage associant tous les régimes de base et complémentaires d'invalidité et de longue maladie (le risque incapacité de travail), en soi tout d'abord, pour piloter sur la durée les profondes réformes proposées ensuite.

7/ Les comparaisons géographiques au sein d'un même régime font apparaître des écarts de l'ordre de un à trois entre échelons départementaux des taux de demande de prestations et de un à deux des taux d'attribution : l'hétérogénéité est la constante en la matière. La part attribuable aux pratiques professionnelles et aux organisations n'est qu'un des déterminants de cette variance. Quels que soient les efforts d'harmonisation des définitions de l'invalidité entre régimes et de meilleure opérationnalisation de son évaluation à partir de barèmes, il subsistera une hétérogénéité des décisions d'attribution des prestations liée à la variance des conditions économiques, sociales, démographiques des différentes régions et à la variance liée à l'évaluation de situations personnelles et contextuelles.

- [3] Au final, le rapport se prononce pour la création d'un barème d'évaluation de l'état d'invalidité cohérent avec celui du handicap dès lors que cette création est complétée par la création de barèmes et de processus de mesure de l'employabilité ; est soutenue par un fort développement de la prévention de la désinsertion professionnelle ; fait l'objet d'une animation des réseaux d'évaluateurs ; est généralisée à tous les régimes, ceux-ci étant sur la durée harmonisés ; est expérimentée ; est pilotée.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	7
1. LES CONCEPTS	10
1.1. <i>Evaluer l'invalidité est évaluer les effets de l'altération de l'état de santé sur la capacité de travail et de gain en vue d'une compensation financière</i>	10
1.1.1. Cette définition est au cœur des principes des assurances sociales puis de la sécurité sociale et a été étendue aux minima sociaux dédiés aux personnes handicapées...	10
1.1.2. Cette définition est au cœur des conceptions les plus récentes de l'invalidité et du handicap	11
1.1.3. Cette définition est de fait appliquée par tous les pays.....	14
1.1.4. Cette définition laisse ensuite la place à la détermination de régimes d'invalidité très divers en fonction principalement de la référence au travail retenu, du degré et du temps d'éloignement de la personne de ce travail	15
1.2. <i>Les processus opérationnels et les barèmes d'évaluation de l'invalidité sont hétérogènes</i>	17
1.2.1. Les barèmes sont des outils non exclusifs	17
1.2.2. Les barèmes sont des outils non généralisés	18
1.2.3. Les barèmes sont des outils non homogènes	18
1.2.4. Les barèmes sont des outils non suffisants	20
1.2.5. Les résultats des processus d'évaluation de l'invalidité restent décevants en termes de qualité.....	21
1.3. <i>L'évaluation de l'invalidité ne peut être conçue isolément sans tenir compte de ses interfaces avec les autres programmes sociaux dédiés à la santé et à l'emploi</i>	21
1.3.1. Les programmes dédiés à la santé et à l'autonomie sont en général appariés à la gestion du risque invalidité	21
1.3.2. Les programmes dédiés à l'emploi sont reliés de manière beaucoup plus variable selon les pays au risque invalidité.....	22
1.3.3. Les programmes dédiés aux AT-MP sont partout dissociés des programmes gérant le risque invalidité.....	27
1.3.4. La gestion du risque invalidité nécessite au final une forte capacité de pilotage	27
2. LA SITUATION ACTUELLE.....	28
2.1. <i>La construction historique des différents dispositifs de compensation de la perte de revenus liés à une invalidité ou un handicap conduit à de fortes disparités individuelles</i>	28
2.1.1. Les salariés du secteur privé : une définition stricte de l'invalidité (incapacité de travail presque totale par rapport à un emploi correspondant aux capacités professionnelles), un montant de prestations faible	28
2.1.2. Les fonctionnaires civils : une définition large de l'invalidité (incapacité de travail par rapport à son emploi), un montant de prestation variable.....	29
2.1.3. Les non-salariés : une définition en règle générale large de l'invalidité (incapacité de travail par rapport à son métier), un montant de prestation faible	30
2.1.4. Les couvertures complémentaires, collectives ou individuelles : des définitions de l'invalidité et des prestations disparates	31
2.1.5. Les personnes faiblement ou non assurées à un régime de protection sociale: une définition stricte du handicap récemment revue, des minima sociaux	32
2.1.6. Les majorations pour aide d'une tierce personne sont calculées de façon très variables selon les régimes	33

2.1.7. Il existe d'importants avantages connexes aux pensions d'invalidité.....	34
2.1.8. Au final, une indemnisation du risque invalidité stricte, illisible et inégalitaire	34
2.2. <i>Aucun régime ne dispose pleinement des deux leviers permettant de réduire l'hétérogénéité : des barèmes et un pilotage de réseau orienté sur ce sujet</i>	35
2.2.1. Il n'existe au sein de chaque régime, sauf exception, ni barème ni animation systématique des réseaux d'évaluateurs et l'état d'invalidité est fondamentalement évalué par chaque médecin conseil	35
2.2.2. La situation actuelle crée un risque d'hétérogénéité géographique dans les décisions de mise en invalidité mais les organisations et pratiques professionnelles sont loin d'être les seuls facteurs en cause	41
2.3. <i>La gestion du risque invalidité est en France peu pilotée et faiblement interfacée avec les autres programmes sociaux</i>	50
2.3.1. Le risque invalidité est faiblement piloté	50
2.3.2. Une faible interface du risque invalidité avec les autres programmes sociaux	51
3. LES PROPOSITIONS	55
3.1. <i>Unifier la définition de l'invalidité et son indemnisation</i>	55
3.1.1. Réaffirmer la logique première de l'invalidité : assurer un revenu de remplacement en cas d'incapacité de travail et de gain.....	55
3.1.2. Harmoniser la définition de l'invalidité.....	56
3.1.3. Moderniser la définition de l'invalidité	57
3.1.4. Standardiser la définition de l'invalidité	58
3.1.5. Unifier l'indemnisation de l'invalidité	58
3.2. <i>Accompagner pour une meilleure homogénéité la décision des organismes sociaux par l'existence de référentiels médicaux articulés avec une mesure de l'employabilité et par une animation de réseau renforcée</i>	60
3.2.1. L'attribution d'un revenu de remplacement pour cause d'invalidité passe obligatoirement par deux évaluations indissociables : des capacités fonctionnelles mobilisables médicalement et socialement d'une part et de l'employabilité d'autre part ...	61
3.2.2. Organiser l'animation des réseaux d'évaluateurs	70
3.3. <i>Pour piloter les réformes précédentes, faire émerger au niveau de la Sécurité sociale le pilotage et la gestion d'un risque global « incapacité de travail »interfacé avec les politiques de l'emploi</i>	71
3.3.1. Un pilotage doctrinal	71
3.3.2. Un pilotage stratégique.....	71
3.3.3. Un pilotage financier	71
3.3.4. Une interface avec les autres programmes sociaux	72
3.3.5. Le pilotage dans l'espace et dans le temps	73
4. CONCLUSION	74
LISTE DES RECOMMANDATIONS	75
LETTRE DE MISSION	77
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	79
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	87

Introduction

Le texte de loi

- [4] L'article 80 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit dans son chapitre relatif aux mesures de compensation de la pénibilité que « *le Gouvernement dépose au Parlement avant le 1er janvier 2012 un rapport visant à étudier un barème d'attribution des pensions d'invalidité cohérent avec le barème d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés et à mieux encadrer la définition de l'inaptitude ; ce rapport propose des indications pertinentes de pratique pour les échelons locaux du service médical de l'assurance maladie en vue d'une réduction de l'hétérogénéité des décisions* ».

L'origine du texte de loi

- [5] Le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) de septembre 2010 consacre son chapitre 15 à l'invalidité et l'inaptitude dans le régime général. La Cour appelle de ses vœux une refonte profonde de l'une et l'autre couverture sociale compte tenu :
- De leur vieillissement (les critères d'attribution n'ont pas changé depuis 1945 pour l'invalidité, depuis 1971 pour l'inaptitude) et de leur absence d'objectifs affichés.
 - De leur faible articulation avec les dispositifs concernant les personnes handicapées, alors que les populations et les problématiques sont très proches.
 - De leur faible lien avec les dispositifs d'accompagnement au retour à l'emploi.
 - De l'absence de tout référentiel proposé aux médecins conseils dans l'attribution des droits.
- [6] Sur ce dernier point, constatant et chiffrant l'hétérogénéité des décisions entre régions, la Cour des comptes fait quatre recommandations principales :
- « *Concevoir un barème d'attribution des pensions d'invalidité commun sinon du moins cohérent avec le barème d'attribution de l'AAH ;*
 - « *Mieux encadrer la définition de l'inaptitude. La notion d'incapacité de travail pourrait être évaluée selon un référentiel commun avec celui de l'invalidité pour plus de cohérence ;*
 - « *Suivre par des indicateurs pertinents les pratiques des échelons locaux du service médical (ELSM) en vue d'une réduction de l'hétérogénéité des décisions ;*
 - « *Prévoir des revues de dossiers communes entre ELSM ayant des pratiques éloignées* ».
- [7] Les réponses des administrations et caisses nationales, publiées dans le RALFSS et réaffirmées à la mission, sont critiques sur le constat d'hétérogénéité et réservées sur les recommandations d'harmonisation faites (DSS, CNAMTS et CNAV).
- [8] Lors de la discussion de la loi portant réforme des retraites, un amendement du groupe socialiste du Sénat s'appuyant strictement sur les quatre recommandations de la Cour des comptes avait prévu la création d'un « *barème médical universel d'appréciation de l'incapacité* », y compris donc manifestement concernant les AT-MP.
- [9] Le rapporteur, M. LECLERC, avait estimé cet amendement intéressant mais sensible, rappelant que concernant les AT-MP ce point relevait de négociations entre partenaires sociaux.

- [10] La réponse proposée par l'administration (la DSS) au ministre était très réservée ; elle estimait que si un barème aiderait au moins à statuer sur l'état physique d'une personne, il ne permettrait pas d'appréhender la situation globale qu'est l'invalidité et qui doit traiter des répercussions de cet état de santé sur la capacité de travail d'une personne ; elle appelait plutôt à faire confiance aux médecins conseils des organismes de sécurité sociale qui ont l'habitude de ces dispositifs et partagent leur expérience au travers de guides de bonnes pratiques.
- [11] La réponse du ministre, M. WOERTH, à l'amendement se révélera beaucoup plus positif : « le gouvernement est favorable à un rapprochement des critères dans le cadre des définitions de l'invalidité, des accidents du travail et du handicap ». Mais s'agissant d'un problème complexe, le ministre suggère plutôt un rapport préalable.
- [12] Se rangeant à cette argumentation, le groupe socialiste dépose alors un deuxième amendement qui avec l'accord du rapporteur et du ministre a été voté et est devenu l'article 80 de la loi du 9 novembre 2010.

La désignation de l'IGAS

- [13] Par note du 8 juin 2011, le ministre a confié à l'IGAS la préparation du rapport de l'article 80. Le chef de l'IGAS a désigné le 21 novembre 2011 le Dr. Pierre ABALLEA et M. Etienne MARIE, inspecteurs généraux des affaires sociales, pour accomplir la mission.

Le champ retenu

- [14] La mission n'a tout d'abord pas traité du sujet de l'évaluation de l'état d'inaptitude. Elle a en effet constaté que sa problématique était profondément différente de celle de l'invalidité : pour celle-ci l'appréciation de l'employabilité de personnes préalablement au travail et une interface avec les programmes d'accès à l'emploi ; pour l'inaptitude, l'appréciation de l'état de santé de personnes depuis longtemps hors de la sphère du travail et une interface avec les programmes retraite.
- [15] Concernant « l'évaluation de l'état d'invalidité », la mission s'est naturellement concentrée sur cette évaluation en ce qu'elle ouvre droit à une pension d'invalidité et donc à un revenu de remplacement. A chaque fois que cette expression est utilisée, c'est bien dans cette acception précise.
- [16] L'on souligne ce point car il y a trois autres types d'évaluation de l'état d'invalidité selon les autres prestations demandées : les besoins d'aide pour les actes de la vie quotidienne ; les besoins de services d'accès à l'emploi ; l'application des règles de non discrimination et la protection des droits civils. Dans chacun de ces champs, il y a des objectifs différents donc logiquement des définitions de l'invalidité et des évaluations différentes.

La méthode retenue

- [17] Pour répondre à la question posée par le Parlement, la mission a été conduite à approfondir les trois termes de la problématique :
- qu'est ce que l'hétérogénéité d'attribution des prestations sociales ? il aurait été impossible de proposer d'importantes réformes sans avoir actualisé et approfondi la problématique ouverte par la Cour des comptes et qui concerne de nombreuses prestations sociales ;
 - qu'est ce que le risque invalidité et avec quelles politiques celui-ci est-il interfacé ? il aurait été impossible de faire le choix d'un instrument d'évaluation sans définir *a priori* ce que l'on souhaite mesurer ;
 - que peut apporter un barème ? il aurait été impossible de proposer la création d'un tel instrument sans avoir mesuré dans la dizaine de situations où un tel outil existe dans notre pays, ses avantages et ses inconvénients.

- [18] Pour ce faire, la mission a été amenée entre décembre 2011 et mars 2012 à consulter les directions centrales et les caisses nationales concernées, à mesurer dans les organismes locaux de trois régions¹ les pratiques réelles d'évaluation, à rencontrer les responsables des secteurs institutionnels utilisant des barèmes, à réaliser deux études spécifiques, à prendre connaissance d'une documentation internationale considérable et de nombreux rapports de l'IGAS sur les sujets d'incapacité de travail², à établir une perspective historique sur un siècle de la gestion du risque invalidité, à débattre avec les associations représentatives de personnes invalides, accidentées, handicapées.
- [19] Les principales difficultés de la mission auront été la nécessité de couvrir un champ considérable et très complexe de réglementation et de réfléchir à la mise à niveau d'un risque très vieilli dans notre pays. Ses propositions ne constituent à cet égard qu'une première étape d'une réforme au long cours.

Le plan retenu

- [20] Afin de répondre à la question posée par le Parlement au gouvernement, la mission propose un raisonnement en trois temps :
- elle définit tout d'abord un référentiel de l'évaluation de l'invalidité, faisant notamment la synthèse des travaux internationaux sur ce sujet. Elle rappelle fondamentalement que l'évaluation de l'invalidité n'est pas l'évaluation d'un état d'invalidité mais celle de ses conséquences en termes d'employabilité et que cette évaluation renvoie à un processus complexe où les barèmes ne tiennent une place ni exclusive, ni suffisante ;
 - elle situe ensuite, par analyse de la réglementation et de son application réelle par les organismes, la situation de la France par rapport à ce référentiel au général et analyse au particulier la question de l'hétérogénéité des décisions prises, non seulement à l'interne des régimes d'invalidité (et de l'allocation aux adultes handicapés et des régimes de réparation des préjudices physiologiques) mais aussi entre régimes ;
 - elle propose enfin en conséquence un certain nombre de réformes d'harmonisation de la définition de l'invalidité quel que soit le régime concerné, l'utilisation du barème de l'AAH pour l'évaluation des capacités fonctionnelles mobilisables articulée avec un processus de mesure de l'employabilité et une animation de réseau, enfin un pilotage rénové du risque invalidité dans notre pays.

¹ Bourgogne, Poitou-Charentes et Ile de France

² Notamment le rapport RM 2006-200P, le risque invalidité dans le régime général, décembre 2006

1. LES CONCEPTS

1.1. Evaluer l'invalidité est évaluer les effets de l'altération de l'état de santé sur la capacité de travail et de gain en vue d'une compensation financière

[21] Evaluer l'invalidité n'est pas évaluer l'altération grave et stabilisée de l'état de santé d'une personne ; c'est évaluer les effets de cette altération sur sa capacité de travail et de gain, en vue de sa compensation financière partielle ou minimale par les programmes sociaux.

1.1.1. Cette définition est au cœur des principes des assurances sociales puis de la sécurité sociale et a été étendue aux minima sociaux dédiés aux personnes handicapées

1.1.1.1. Les programmes d'assurances sociales puis de sécurité sociale : la garantie de moyens convenables d'existence en cas de réduction ou de suppression de la capacité de gain

[22] L'objectif politique de la création des programmes d'assurances sociales (soit les assurances maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès) à la fin du 19^{ème} siècle est la paix sociale par l'intégration sociale. Cette intégration passe par deux mécanismes prioritaires de sécurité économique : la garantie d'un revenu lorsque ces diverses éventualités réduisent ou suppriment toute capacité de gains ; la prise en charge des dépenses supplémentaires de soins que ces mêmes éventualités imposent.

[23] S'agissant d'un modèle d'assurance, la garantie de moyens d'existence est calculée en fonction du revenu antérieur. S'agissant d'un modèle d'assurance public, la garantie de moyens d'existence n'est pas une garantie intégrale mais une garantie partielle, ne dispensant pas d'effort individuel de prévoyance. S'agissant d'un modèle d'assurance sociale, la garantie de moyens d'existence est sans égard pour la faute et pour la cause de l'éventualité couverte.

[24] Les assurances sociales sont à cet égard distinctes de la couverture du risque AT-MP, dont la logique initiale issu du droit de la responsabilité civile répare d'abord un préjudice physique circonscrit issu de la faute d'un tiers, les grandes lois initiales sur ce risque « échangeant » une présomption de responsabilité de l'employeur contre une indemnisation forfaitaire.

[25] Cette même logique de réparation d'un préjudice physique circonscrit intervient, pour l'indemnisation des faits de guerre. C'est dans ce domaine, distinct donc de la logique des assurances sociales, qu'interviennent les premiers barèmes de mesure de déficiences physiologiques.

[26] Ces régimes d'assurances sociales étaient néanmoins des « modèles réduits » avec un champ d'affiliation réduit (ils étaient réservés aux classes modestes et intermédiaires), des cotisations réduites donc des prestations réduites.

[27] Lorsque les programmes de sécurité sociale vont être créés en 1945, leur objet ne va pas changer par rapport au modèle précédent : on est toujours dans la garantie d'une sécurité économique en cas d'incapacité de travail et de gain, objectif rendu particulièrement clair par le passage des termes Assurances au terme Sécurité et magnifié par quelques grands textes :

- La déclaration universelle des droits de l'homme, article 25 : (toute personne) « a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».

- Le Préambule de la Constitution française du 27 octobre 1946, point 11 : (la Nation) « garantit à tous la protection de la santé, la sécurité matérielle. Tout être humain qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

[28] Dans les programmes de sécurité sociale, si les objectifs ne changent pas, le format lui change : l'ensemble de la population est affiliée à la Sécurité sociale, les cotisations sont fortement relevées et donc les prestations.

[29] L'organisation de la sécurité sociale intègre par ailleurs le risque AT-MP³ toujours situé dans une optique de réparation forfaitaire d'un préjudice physique, se dotant pour ce faire de barème sur le modèle des barèmes militaires.

[30] La gestion du risque invalidité s'inscrit totalement dans la logique des assurances sociales (par exemple dès la loi bismarckienne du 22 juin 1889 fondée sur la notion de perte de gain) puis dans celle de la sécurité sociale, comme l'exprime par exemple la recommandation de Philadelphie en 1942 au point de contact des deux périodes : « l'éventualité qui devrait donner lieu aux prestations d'invalidité est l'incapacité d'exercer une occupation comportant une rémunération appréciable en raison d'un état chronique d'une maladie ou à une blessure ou la perte d'un membre ou d'une fonction ».

[31] En bref, depuis 120 ans, l'état d'invalidité n'est pas l'altération grave et stabilisée d'un état de santé d'une personne ; il est constitué par les effets de cette altération sur sa capacité de travail et de gain, en vue de sa compensation financière par les programmes sociaux.

1.1.1.2. Les programmes de minima sociaux : la garantie d'un minimum de ressources aux personnes qui sont dans l'impossibilité d'exercer un emploi

[32] Après les assurances sociales et la sécurité sociale, une troisième étape a été franchie au profit des personnes qui sont dans une situation non pas de réduction ou de suppression de gain (donc cotisaient préalablement) mais dans une situation d'impossibilité de gain (toujours compte tenu de leur état de santé), soit qu'elles n'aient jamais travaillé (cas du handicap précocement acquis), soit qu'elles n'aient plus travaillé depuis longtemps.

[33] A ces personnes est garanti un minimum social, distinct des techniques de sécurité sociale puisque forfaitaire et tenant compte des ressources du ménage, mais avec toujours une référence à l'incapacité d'exercer un emploi donc de percevoir un revenu.

1.1.2. Cette définition est au cœur des conceptions les plus récentes de l'invalidité et du handicap

[34] Ce point de vue des programmes sociaux relatifs à l'invalidité est aujourd'hui pleinement cohérent avec les concepts internationaux sur l'invalidité ou le handicap. Là où les programmes sociaux disaient « nous n'indemnisons en matière d'invalidité que la perte de capacité de gain », ces concepts disent « une personne invalide ne l'est que compte tenu de ses désavantages, dont sa difficulté à se procurer des gains ». C'est fondamentalement au sein de l'OMS que s'est construite cette conviction.

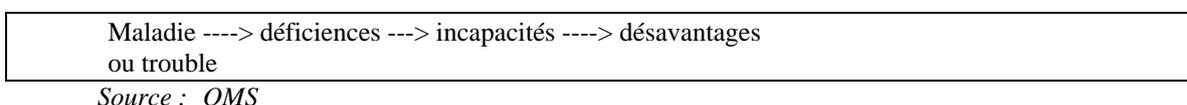
1.1.2.1. Les deux étapes de construction d'une classification internationale des handicaps

[35] Depuis l'origine, l'OMS gère la classification internationale des maladies (CIM) et la révise régulièrement. La CIM est un modèle biomédical, d'orientation essentiellement étiologique et curatif (« une cause, une maladie, un traitement »).

³ Et la branche Famille

- [36] L'OMS, sur la base des travaux de Philip Wood, a approuvé en 1975 puis publié en 1980 une première classification en matière de handicap, distinguant à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'un trouble :
- Les déficiences qui en découlent : celles-ci sont définies comme perte de substance ou altération d'une structure ou fonction physiologique, anatomique ou psychologique. Elles peuvent être temporaires ou définitives ; congénitales ou acquises ; plus ou moins sévères.
 - Les incapacités qui découlent de ces déficiences : celles-ci sont définies comme réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain. Elles peuvent être temporaires ou définitives ; réversibles ou non ; progressives ou régressives ; plus ou moins sévères.
 - Les désavantages qui découlent de ces incapacités : ceux-ci sont définis comme limitation ou impossibilité d'accomplissement d'un rôle normal. Parmi les sept chapitres de désavantages figure l'indépendance économique.

Schéma 1 : Le modèle conceptuel de la CIDIH



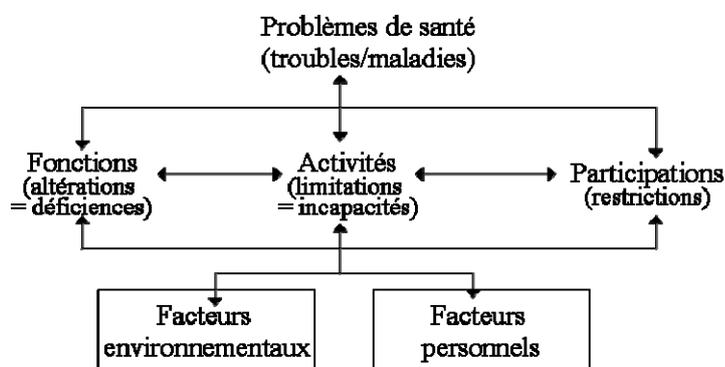
- [37] Pour prendre un exemple d'articulation entre les concepts⁴ : une fracture de l'extrémité inférieure du fémur (accident) peut conduire à une raideur du genou (déficience) ; celle-ci peut conduire à l'incapacité de s'accroupir (incapacité) ; celle-ci peut conduire à l'impossibilité d'exercer la profession de carreur (désavantage en matière d'indépendance économique).
- [38] Entre CIM et CIDIH (acronyme français de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), on a donc gardé le cœur biomédical mais en passant d'un premier modèle curatif focalisé sur le niveau lésionnel avec l'objectif traditionnel de guérison à un deuxième modèle réadaptatif (celui des « rehabilitation sciences ») centré sur les notions de déficiences et de fonctions et faisant place au désavantage social. La déficience et l'incapacité doivent être compensées, réparées et permettre « malgré tout » une adaptation au monde social. De là la multitude des services et établissements que les sociétés contemporaines développées ont mis sur pied pour les personnes handicapées.
- [39] Ce modèle va être contesté par le courant des « disability studies » prônant un troisième modèle dit modèle social du handicap : là où le chemin de la CIDIH va essentiellement de l'individu à la société et en reste à l'idée de compensation, le nouveau courant estime qu'il faut changer de paradigme et au contraire partir de la société et de ses barrières ; dans une conception où le handicap est le fruit d'une interaction entre personne et environnement, ce n'est plus à la personne à s'adapter à l'environnement, mais à celui-ci à s'adapter aux personnes. Le handicap est une situation socialement construite et non un attribut fixe d'un individu. Celui-ci est un sujet de droits et non un objet de soins.
- [40] Ce courant estime que cette façon de voir est d'autant plus nécessaire que le handicap est en train de devenir une expérience de plus en plus partagée, compte tenu du vieillissement de la population, de l'accroissement des durées de vie avec des maladies chroniques, des différents accidents ou violences. L'expérience personnelle du handicap, soit directement, soit via un proche, devient de plus en plus commune.

⁴ Exemple tiré de la formation au guide barème effectué par la DGCS (2004 actualisé 2010)

[41] Après de très longs débats, et sous forme de compromis, l’OMS adopte en 2001 une nouvelle classification (International Classification of Functioning, Disability and Health, CIF pour son acronyme français) qui :

- en reste au moteur biomédical déficiences/incapacités de la précédente classification ;
- revient sur les termes négatifs de la CIDIH : au lieu de parler déficiences/incapacités/désavantages, la CIF parle de fonctions et structures/activités/participation (dont participation à la vie professionnelle) ;
- diversifie les chemins entre les trois notions au lieu de se limiter à un jeu de cause à effet univoque ;
- intègre les facteurs personnels et environnementaux comme influençant les trois facteurs de base (mais ne constitue pas l’environnement comme 4^{ème} facteur).

Schéma 2 : Le modèle conceptuel de la CIF



Source : OMS

[42] Pour prendre un exemple sur le défaut de participation à la vie professionnelle, la CIF prend comme facteurs personnels: l’âge, le sexe, la situation de famille, le capital humain (formation, motivation permettant l’adaptation capacités de travail/exigence de travail, possibilité de changement de travail), l’histoire professionnelle, le travail au moment de la demande. Elle prend en compte comme facteurs environnementaux : la situation du marché du travail (général de l’entreprise), le rapport prestation/salaire, les conditions de travail.

[43] Ces classifications vont fortement influencer la scène internationale. A titre de référence :

- la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées du 13 décembre 2006 dispose : « par personne handicapée, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l’interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l’égalité avec les autres ;
- la Cour de Justice de l’Union européenne a défini pour la première fois dans une décision du 11 juillet 2006 le handicap comme « visant une limitation résultant notamment d’atteintes physiques, mentales ou psychiques et entravant la participation de la personne concernée à la vie professionnelle ».

1.1.2.2. Classifications internationales du handicap et évaluation du handicap

- [44] Ni la CIDIH, ni la CIF ne constituent des méthodes d'évaluation de l'invalidité ou du handicap. Elles ne donnent pas de seuils pour définir qui est invalide ou handicapé et qui ne l'est pas. Elles ne donnent pas de méthodes de mesure de la capacité de travail. Aucun pays n'a de barème d'évaluation de l'invalidité strictement dérivé de l'une ou de l'autre classification.
- [45] Ces classifications constituent par contre :
- un langage général permettant d'ordonner une grande diversité d'invalidités et de handicaps en termes de causes, de qualification, de degré, d'association, de conséquences, de durée, de réaction individuelle ;
 - un langage de compréhension globale des situations de vie incorporant tous les aspects individuels et contextuels ;
 - un langage neutre considérant autant les forces que les faiblesses, les capacités que les incapacités ;
 - un langage commun pour toutes les professions et disciplines engagées au service des personnes invalides et handicapées.
- [46] Ces classifications fournissent ainsi un cadre conceptuel à l'intérieur duquel peuvent se construire des outils d'évaluation médicale⁵ ou en termes d'emploi⁶.

1.1.3. Cette définition est de fait appliquée par tous les pays

- [47] La définition fondamentale de l'invalidité comme effet de l'altération grave et stabilisée de la situation de santé sur la capacité de travail donc de gain est aujourd'hui universellement acquise. Elle s'exprime de deux grandes façons dans les pays membres de l'OCDE⁷.
- [48] 1/ la grande majorité des pays membres reste - comme la France - calée sur les définitions historiques des assurances sociales et de sécurité sociale de l'invalidité comme réduction de la capacité :
- de travail, celle-ci pouvant être exprimée en heures (personnes pouvant travailler uniquement moins de 2 heures par jour en Suède, 3 heures par jour en Allemagne, moins de 15 heures par semaine en Australie) ou en pourcentage (réduction de 40 % en Turquie, 50 % en Autriche, Danemark, Norvège, 60 % en Finlande, 66 % en République tchèque) ;
 - de gains : de 35 à 80 % (Pays-Bas), 40 % (Slovaquie), 50 % (Mexique, Norvège), 66 % (**France**, Belgique, Italie, Grèce, Portugal, Espagne), 70 % (Suisse), gains substantiels (Canada).
- [49] 2/ une petite minorité de pays utilise des termes plus généraux de distance à l'emploi cohérent avec les classifications de l'OMS, souvent parce qu'ils ont intégré dans leurs régimes de sécurité sociale les minima sociaux pour les personnes handicapées. L'invalidité est alors définie comme une perte importante des capacités fonctionnelles, à un niveau tel que l'on ne peut pas demander à la personne de chercher un emploi sur le marché du travail normal (Royaume-Uni) ; comme un désavantage pour entreprendre un travail convenable (Irlande).

⁵ Par exemple : Union européenne des médecins d'assurance et de sécurité sociale (EUMASS). ICF Core Set for Disability Evaluation in Social Security (2008)

⁶ Par exemple : Homa. Using the ICF in job placement. Work. 2007.

⁷ OCDE 2010. Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles. Voir aussi annexe I.

[50] Cette universalité de définition de l'invalidité laisse ensuite la place à une forte diversité de structure des régimes d'invalidité entre les différents pays et à une très forte diversité des processus opérationnels qui permettent d'évaluer l'état d'invalidité comme les deux parties suivantes le montrent.

1.1.4. Cette définition laisse ensuite la place à la détermination de régimes d'invalidité très divers en fonction principalement de la référence au travail retenu, du degré et du temps d'éloignement de la personne de ce travail⁸

1.1.4.1. Trois références possibles au travail : l'incapacité d'exercer sa profession habituelle ; l'incapacité d'exercer une profession convenable à la mesure de ses capacités ; l'incapacité d'exercer toute profession

[51] Le premier critère de variation des régimes d'invalidité est la référence à l'emploi pris en compte pour mesurer la perte de capacité de travail et de gain.

[52] Il y a trois références fondamentales :

- l'incapacité d'exercer sa profession habituelle (ou précédente, ou normale) ;
- l'incapacité d'exercer une profession convenable à la mesure de ses capacités ;
- l'incapacité d'exercer toute profession.

[53] On va ici d'une définition souple à une définition restrictive de l'invalidité.

[54] La première référence est souvent celle des régimes de sécurité sociale à base professionnelle que leur objectif soit de maintenir les gains antérieurs voire même un statut au-delà d'une capacité de gain (ex : les régimes de fonctionnaires) ou que la réduction de capacité de travail s'exprime au-delà d'une réduction de capacité de gain (cas des régimes de non salariés pour lesquels la réduction de la capacité de travail peut conduire à une reconversion du capital, à la fermeture de l'entreprise et au licenciement de salariés). Elle est aussi la référence des couvertures complémentaire d'assurance individuelle et facultative.

[55] La deuxième référence est fondamentalement celle des régimes « généraux » de sécurité sociale⁹.

[56] A la question qu'est ce qu'un emploi convenable à la mesure des capacités, la sécurité sociale répond ainsi :

- Un emploi convenable est un emploi qui ne réduit pas le niveau de gains antérieur au-delà d'un certain seuil ; par rapport au modèle précédent, on accepte sous certaines limites une baisse de statut professionnel. On voit ici apparaître la différence entre capacité de travail et capacité de gain.
- La mesure des capacités renvoie à la prise en compte d'un certain nombre de facteurs personnels : l'âge, les aptitudes générales, le niveau d'études et la formation professionnelle, l'expérience et les compétences acquises, le lieu où il est raisonnable que la personne cherche du travail. Certains pays tiennent parfois compte de la durée de l'éloignement à l'emploi, de l'environnement socio-familial. Comme on le commentera plus loin, la disponibilité réelle des emplois n'est par contre pas prise en compte. On voit que l'on est ici dans l'importance des facteurs personnels mis en avant par la CIF.

⁸ Références : dépouillement depuis leur création des revues suivantes : Revue internationale de sécurité sociale et bulletins de l'AISS, Revue internationale du travail, Droit social, Revue de droit sanitaire et social.

⁹ Ceux-ci peuvent parfois utiliser le modèle 1 ; un pays comme l'Allemagne est ainsi passé du modèle 1 au modèle 2 seulement en 2001 avec maintien des droits acquis pour les travailleurs de plus de 40 ans.

[57] La troisième référence est souvent celle des programmes de minima sociaux, leur référence pouvant même être toute activité professionnelle (comprenant alors les emplois aidés ou protégés) voire toute activité reliée à l'exercice d'une profession (comme au Royaume-Uni). On est ici dans la mesure de la distance à l'emploi d'une personne (avec prise en compte aussi de ses facteurs personnels en large cohérence avec ceux évoqués dans le modèle 2) sans prise en compte du niveau des gains possibles.

[58] Ces trois modèles peuvent organiser des liens entre eux : le modèle 1 peut être transitoire avant l'application du modèle 2 (ex : Suède) ; une incapacité partielle dans le modèle 2 est très proche du modèle 1 ; comme on l'a vu l'appréciation des facteurs personnels dans les modèles 2 et 3 est très proche, seule la référence de gain les distinguant et légitimant pleinement la question posée par le Parlement au Gouvernement, objet de la mission.

1.1.4.2. Trois degrés de distance à l'emploi : sérieuse, substantielle, totale

[59] Une fois définie la profession de référence, les régimes d'invalidité doivent ensuite traiter du degré de distance à cette référence qui justifie l'entrée dans le régime. Cette distance peut être ordonnée sur une échelle à trois degrés : une distance sérieuse ; une distance substantielle ; une distance totale.

[60] A l'origine des régimes, qu'il s'agisse des références à la profession habituelle, à une profession convenable ou à toute profession, il s'agissait de justifier d'une incapacité grave voire totale. Le taux de perte de gain des deux tiers ne doit à cet égard pas faire illusion : l'invalidité s'adressant à des populations ouvrières peu qualifiées, ce taux correspond en fait à une invalidité totale.

[61] L'inconvénient de cette façon de voir était naturellement le tout ou rien, difficilement gérable pour l'évaluateur et l'évalué, jusqu'à la création des minima sociaux généraux.

[62] D'où une évolution des régimes généraux de sécurité sociale vers la prise en compte d'une incapacité sérieuse prenant la forme :

- soit d'un taux d'entrée dans les régimes d'assurance invalidité plus bas que le taux des deux tiers (cf. ci-dessus) ;
- soit de la cohabitation entre une invalidité totale et une invalidité partielle (loin d'être généralisée dans les différents pays de l'OCDE).

[63] D'où une évolution des régimes de minima sociaux vers la prise en compte d'une restriction substantielle à l'accès à l'emploi.

[64] Les régimes professionnels en restent logiquement à la prise en compte d'une invalidité totale.

[65] Naturellement le passage entre les trois seuils pose des problèmes d'évaluation complexes.

1.1.4.3. Deux durées de distance à l'emploi : durable, définitive

[66] Le troisième critère de construction des régimes d'invalidité est celui de la durée de la distance à l'emploi.

[67] Les régimes d'assurance invalidité ont toujours affiché le caractère temporaire de l'attribution d'une pension. Dans les faits, construits à l'origine sur une notion de gravité de l'invalidité, les régimes fonctionnaient en cohérence avec une notion définitive de l'invalidité.

[68] Ce critère a récemment évolué dans le cadre des minima sociaux avec la notion de distance durable à l'emploi : à la fois le champ potentiel des bénéficiaires a été ouvert et le champ potentiel des révisions et suppressions l'a aussi été.

1.1.4.4. Ces trois critères se combinent au final autour de trois modèles

- Régimes professionnels : incapacité d'exercer sa profession habituelle / de façon totale / de façon définitive ;
- Régimes généraux : incapacité d'exercer une profession convenable à concurrence des capacités / de façon sérieuse, substantielle ou totale / de façon définitive ;
- Régimes de minima sociaux : incapacité d'exercer toute profession / de façon substantielle / de façon durable.

[69] Naturellement enfin, le champ des régimes d'assurance invalidité dépend des conditions administratives d'ouverture du droit et du montant des pensions accordées, non étudiées dans le présent rapport.

1.2. Les processus opérationnels et les barèmes d'évaluation de l'invalidité sont hétérogènes

[70] Une fois leurs conditions et leur cadre définis par les réglementations, les programmes d'invalidité doivent faire l'objet de processus opérationnels, s'agissant d'organiser un traitement de masse. Parmi ceux-ci, le processus d'évaluation de l'état d'invalidité s'avère critique compte tenu de sa portée et de sa difficulté.

[71] Ce processus est tout d'abord capital, car au fond est invalide celui qui est évalué invalide. Par ailleurs, cette évaluation n'est pas la mesure continue d'un taux d'invalidité (40 %, 50 % etc.) qui peut s'accommoder d'imprécision minimale ; elle est la mesure d'un seuil d'entrée ou non d'une personne dans l'assurance invalidité. Enfin, si on entre en invalidité, on y entre pour longtemps (11 ans en moyenne en France) et on n'en ressort que par exception.

[72] Ce processus est ensuite difficile, dès lors que l'association entre un diagnostic médical et des limitations fonctionnelles qui peuvent conduire à une incapacité de travail sont faibles et fondamentalement influencées par de très nombreuses caractéristiques liées à la personne et à son environnement. Il est en ce sens vraisemblable que le processus d'évaluation de l'invalidité est l'un des plus complexes de tous les programmes sociaux.

[73] On ne s'étonnera pas alors de constater l'investissement considérable que font les divers pays pour organiser ce processus dont rend compte l'annexe I.

1.2.1. Les barèmes sont des outils non exclusifs

[74] Le processus d'évaluation de l'invalidité n'est pas simplement le jugement que porte un médecin sur la demande de pension d'invalidité d'une personne en utilisant ou non un barème.

[75] L'annexe I détaille tout d'abord les six étapes du processus d'évaluation que sont le déclenchement du processus ; la constitution des éléments de preuves ; l'évaluation stricto sensu ; la décision ; le contrôle qualité de l'évaluation ; l'appel possible de la décision. Il y a à chaque étape des outils spécifiques qui peuvent avoir une grande importance au-delà de l'utilisation d'un éventuel barème et que tout objectif d'homogénéisation doit envisager.

[76] Cette même annexe détaille ensuite les neuf acteurs de ce processus : le demandeur, le médecin traitant, l'évaluateur avec une distinction majeure entre l'expert médical et l'expert emploi, le décideur au sein de l'organisme d'assurance invalidité, le superviseur, le médecin du travail, le juge, les représentants des associations de personnes invalides. L'utilisation d'un éventuel barème n'est de nouveau pas une relation univoque et de nouveau, tout objectif d'homogénéisation doit envisager un jeu complexe entre tous les acteurs.

1.2.2. Les barèmes sont des outils non généralisés

[77] L'étape d'évaluation stricto sensu peut ne pas faire appel à un barème. Ce modèle est celui du renvoi de la décision à un acteur, le médecin de l'organisme d'assurance invalidité. Il n'est pas un modèle négatif constatant qu'il est impossible de lier altération d'un état de santé et employabilité.

[78] C'est un modèle qui a trois justifications :

- l'admission en invalidité prend la suite d'une période de longue maladie (12/18 mois en moyenne) durant laquelle le médecin a vu évoluer l'état de santé d'une personne, a ordonné des mesures de réadaptation médicale et fonctionnelle, a suivi ses tentatives de reprise de travail sur son poste (le cas échéant aménagé) ou dans son entreprise, a connaissance de sa situation sociale. En lien avec le médecin traitant et le médecin du travail, le médecin de l'organisme d'assurance invalidité met de fait en application un modèle de mise en situation réelle ;
- l'admission en invalidité prend la suite d'une période d'emploi et est définie comme l'incapacité d'exercer une profession convenable et comparable à sa précédente profession que le médecin peut correctement approcher ; elle n'est pas la mesure de l'incapacité à exercer tout emploi qui peut dans ce cas (souvent celui des minima handicap) se référer à un barème plus abstrait ;
- l'admission en invalidité est subordonnée en règle générale à un seuil élevé, souvent équivalent à une incapacité totale de travailler et il est inutile de déployer des outils de distance à l'emploi sophistiqués.

[79] Au final, ce modèle réalise une analyse personnelle et contextuelle précise.

[80] Ce modèle vaut notamment dans les pays où les liens institutionnels entre sécurité sociale et soins de santé sont étroits, c'est-à-dire où une même caisse gère les frais de santé (dont les frais de rééducation), les indemnités versées pendant la période de maladie et la pension d'invalidité (ex : France, Belgique) ; où la profession médicale bénéficie d'une situation privilégiée et légitimée.

[81] Cette façon de voir a quatre limites toutefois : il y a toujours une partie déficiences/incapacités dans l'évaluation du médecin conseil et l'absence de tout barème médical peut conduire à des décisions hétérogènes entre médecins ; le médecin n'a pas la connaissance de tous les emplois convenables que pourrait tenir la personne et ne met pas en œuvre une démarche active en matière d'emploi, avec des surcoûts possibles en termes de risque assurance invalidité ; il peut exister dans un pays des entrées en invalidité faisant suite à une période de longue maladie mais aussi concomitamment de façon directe, ce qui dans ce cas rend problématique l'absence de barème pour tous ; le modèle est enfin coûteux en frais de gestion en ce qu'il a recours à des techniques et du personnel médical spécialisé.

1.2.3. Les barèmes sont des outils non homogènes

[82] Lorsque les pays font le choix d'évaluer l'invalidité par des barèmes, ceux-ci ne sont pas homogènes. Quatre modèles de barèmes sont ici situés, l'annexe 1 développant de façon précise l'exemple du Royaume-Uni, des Pays-Bas, de l'Australie.

1.2.3.1. L'utilisation d'un barème de mesure des capacités générales

[83] L'idée n'est pas ici de « s'en tenir » à une mesure des déficiences et des incapacités en constatant que la mesure des désavantages est impossible. L'idée est vraiment de mesurer une employabilité à partir d'une grille de capacités générales et non professionnelles. Ce modèle est mis en œuvre par le Royaume-Uni dans un cadre où système d'assurance et minimum handicap sont fusionnés et dans un contexte de flexibilité totale du marché du travail où toute personne capable d'effectuer même une petite série de fonctions doit pouvoir trouver une forme d'emploi avec un horaire et/ou un salaire réduit.

- [84] Les différentes modalités d'évaluation tendent à décontextualiser les aptitudes, les rendre neutres par rapport à des situations particulières de travail et donc de remonter vers les pré-requis à l'ensemble des activités professionnelles totalement indifférenciées et ramenées à des contextes de vie quotidienne domestique ou sociale. Les incidences de l'invalidité sur la sphère professionnelle sont évaluées à partir de tâches éloignées d'un contexte de travail.
- [85] En cohérence, les médecins évaluateurs ne doivent pas tenir compte des exigences d'emplois spécifiques, ni indiquer le travail qu'une personne jugée apte peut réellement faire. Une personne est apte ou inapte. On ne cherche pas à énoncer les perspectives d'emploi d'une personne mais s'il faut la prier de chercher un emploi.

1.2.3.2. L'utilisation d'un barème de mesure des capacités et des compétences professionnelles

- [86] Ce modèle mesure non seulement des capacités fonctionnelles théoriques comme le précédent mais va ensuite vérifier si ces capacités théoriques peuvent être traduites en compétences métier, là encore théoriques. C'est le modèle utilisé par les Pays-Bas.
- [87] Dans ce modèle, le médecin élabore un profil de capacité à partir de référentiels médicaux. Puis un expert emploi, assisté par ordinateur, compare les capacités fonctionnelles de la personne invalide à un répertoire des métiers et de leurs compétences nécessaires (environ 8000 métiers documentés)¹⁰ ; il compare ensuite le salaire des métiers possibles au salaire antérieur à l'invalidité, réel ou théorique, pour calculer une perte de gain et en conséquence une entrée dans le droit ou pas et un niveau d'indemnisation.
- [88] La limite de ce modèle, comme du précédent, est de mesurer uniquement capacités fonctionnelles et compétences dans l'abstrait et ne pas tenir compte des facteurs individuels et des facteurs environnant et qualifiant l'emploi : s'il y a 8000 types d'emploi théoriques, il y a des millions d'opportunités d'emploi réels. C'est à cette problématique que s'essaie de répondre les deux modèles suivants.

1.2.3.3. L'utilisation d'un barème de mesure des capacités et d'un barème d'évaluation de l'employabilité réelle

- [89] Ces deux modèles utilisent comme les deux précédents des barèmes de mesure des incapacités et peuvent en rester là lorsque l'altération de la santé est tellement grave qu'elle exclut toute employabilité. Ils essaient ensuite d'évaluer la capacité réelle de la personne à tenir un emploi réel autour d'un faisceau d'indices recueillis dans le cadre d'un processus associant recueil d'information, accompagnement et mise en situation. Cette mesure peut prendre deux formes.

1/ l'évaluation de la capacité d'emploi par une mise en situation réelle dans une entreprise

- [90] Ce modèle est *a priori* idéal.
- [91] Il est par contre très coûteux en temps et en argent et difficilement compatible avec un processus de masse. Surtout, son ambition de mesure la plus rigoureuse touche l'autre extrême de mesure la moins rigoureuse : rien ne dit qu'une mise en situation réelle dans un poste (x) et qui serait négative ne serait pas positive dans un poste (y). Ce modèle n'est de fait utilisé par aucun pays, sauf sur des personnes en nombre limité.

¹⁰ Cf. en France le répertoire opérationnel des métiers et des emplois organisé pour chacun d'eux ainsi : appellation ; définition ; accès ; conditions d'exercice de l'activité ; activités ; compétences de base et spécifiques ; environnement de travail ; mobilité professionnelle.

2/ l'évaluation de la capacité d'emploi par un questionnaire général et systématique

- [92] Ce modèle corrige le précédent en essayant de mesurer une distance réelle à l'emploi dans le cadre d'un questionnaire général et systématique (le cas échéant en face à face avec la personne), comprenant tous les items que doit vérifier un évaluateur avant de proposer au décideur une décision plausible, consistante et contrôlable.
- [93] L'Australie évalue ainsi l'invalidité à partir de tables de déficiences liées au travail (= barème) et d'une procédure de « Job Capacity Assessment » pour évaluer la capacité de travail de l'individu et l'orienter vers une aide appropriée en cas de besoin. Cette évaluation est constituée par une rencontre entre l'évaluateur et la personne (45/90 mn) à partir d'un dossier préalablement établi et d'un protocole d'interview.

1.2.4. Les barèmes sont des outils non suffisants

- [94] Quels que soient les barèmes construits et utilisés, ceux-ci ne sont jamais suffisants pour organiser un processus cohérent dans le temps et dans l'espace d'évaluation de l'invalidité car le plus souvent ils ménagent des plages de taux et sont indicatifs, à la fois pour respecter le pouvoir des professionnels qui l'appliquent et pour tenir compte des situations individuelles : l'application des barèmes est de fait beaucoup plus discrétionnaire qu'il n'y paraît.
- [95] Pour répondre à cette objection, la plupart des pays mettent en place des mesures de standardisation des processus et des pratiques professionnelles ou, de façon moins contraignante, des mesures d'animation de réseau mutualisant les bonnes pratiques.

La standardisation par les processus

- [96] Cette forme de standardisation fournit un premier cadre utile à l'évaluation de l'état d'invalidité ; elle ne standardise pas la décision individuelle du professionnel ou de l'expert, elle standardise sa façon de la traiter.

La standardisation par les qualifications et les pratiques professionnelles

- [97] L'idée est ici que le déploiement des outils énumérés ci-dessous développera des pratiques professionnelles cohérentes et que celles-ci dans un second temps conduiront à des décisions individuelles homogènes. Ces dix types d'outils sont les suivants :
- la formation initiale en matière de connaissances (*a fortiori* si elles ne sont pas au cœur de leur métier : la perte de capacité de travail ou de gain n'est pas au cœur des études médicales), en matière d'adhésion aux principes de traitement, en matière de comportement (ex : comment éviter les comportements de pitié, d'évitement des conflits) ;
 - le coaching et le tutorat dans l'arrivée au poste ;
 - la documentation continue : références bibliographiques, commentaire de cas de jurisprudence, base de données recensant toutes les décisions, participation à des colloques, inscription à des associations professionnelles ;
 - la formation continue ;
 - l'élaboration en commun des référentiels d'évaluation ;
 - la revue de dossiers réels entre pairs d'une même unité opérationnelle ;
 - l'étude de cas collective ;
 - la diffusion des résultats, professionnel par professionnel, autour d'indicateurs préalablement définis en commun par l'organisation ;
 - l'évaluation des professionnels ;
 - le non-renouvellement du mandat des professionnels en cas d'écarts.

[98] Beaucoup d'efforts sont déployés par les différents pays en matière de standardisation des pratiques des professionnels mais plutôt en termes généraux et dans le respect de l'autonomie de chaque professionnel (il y a une faiblesse globale des indicateurs de suivi dans tous les pays).

1.2.5. Les résultats des processus d'évaluation de l'invalidité restent décevants en termes de qualité

[99] Les résultats de l'ensemble de ces efforts d'opérationnalisation de l'évaluation de l'état d'invalidité, y compris donc la construction de barèmes et l'animation des réseaux d'évaluateurs, restent décevants, même dans les pays qui ont beaucoup investi en la matière. On note une faible compréhension du processus par le demandeur ; une chaîne de traitement en règle générale complexe, longue et coûteuse, *a fortiori* lorsque se multiplient les évaluateurs et les niveaux de contrôle ; le maintien d'une hétérogénéité des décisions.

[100] Il n'existe au final pas de méthode idéale pour évaluer l'état d'invalidité et beaucoup de difficulté à prédire les résultats de réformes compte tenu de l'absence de processus de référence.

1.3. L'évaluation de l'invalidité ne peut être conçue isolément sans tenir compte de ses interfaces avec les autres programmes sociaux dédiés à la santé et à l'emploi

1.3.1. Les programmes dédiés à la santé et à l'autonomie sont en général appariés à la gestion du risque invalidité

1.3.1.1. Santé

[101] L'évaluation de l'état d'invalidité commence par l'évaluation d'un état de santé que les programmes de soins s'efforcent de prévenir et d'améliorer et par l'évaluation des conséquences de cet état de santé sur des capacités fonctionnelles que les programmes de réadaptation s'efforcent de faire recouvrer. Une décision de mise en invalidité est prise compte tenu des résultats de ces soins et mesures de réadaptation et des chances et opportunités de réintégration sur le marché du travail qui en résultent.

[102] Cette interface est ensuite organisée différemment entre les pays selon que figurent dans une ou plusieurs organisations soins, indemnisation de la période de maladie, invalidité. Plus il y a d'intégration de ces trois types de services et plus il y a tendance à une évaluation principalement médicale de l'invalidité.

1.3.1.2. Autonomie

[103] L'évaluation de l'état d'invalidité doit aussi tenir compte des compensations possibles des incapacités professionnelles subsistantes par des aides individuelles notamment techniques (ex : appareillage) ou humaines (ex : aide d'une tierce personne) et par toute la politique d'accessibilité générale de la société (ex : transports, logements, lieux de travail).

[104] Les aides techniques souvent prises en charge par les régimes de soins renvoient à la même problématique qu'au point précédent. Les régimes d'assurance invalidité ont par ailleurs toujours ménagé la possibilité de majoration de pension pour aide d'une tierce personne. Cette évaluation utilise des barèmes ou des référentiels :

- spécifiques par rapport à l'évaluation de la capacité de travail s'agissant de l'évaluation de l'autonomie par rapport aux actes de la vie quotidienne ;
- même si souvent, c'est pour plus de simplicité le même acteur qui en est responsable (ex : un médecin).

- [105] On assiste par ailleurs à une recherche d'interface entre les programmes de retour ou d'accès à l'emploi avec les programmes de participation à la vie quotidienne compte tenu des nouvelles conceptions globales du handicap et du lien entre insertion professionnelle et insertion sociale, interface de plus en plus organisée autour de projet de vie global associant garantie de revenus, compensation de frais et mesures d'accessibilité générale et autour de guichets administratifs uniques. Les organisations historiques centrées soins-incapacité de travail ont en règle générale des difficultés à s'impliquer dans cette vision globale de la personne invalide au rebours des organisations centrées social-incapacité de travail.
- [106] On mentionne enfin l'existence de toute une gamme d'établissements d'hébergement spécialisés pour les personnes qui ne peuvent accéder à une autonomie individuelle.

1.3.2. Les programmes dédiés à l'emploi sont reliés de manière beaucoup plus variable selon les pays au risque invalidité

- [107] Définie comme la mesure des conséquences de l'altération de l'état de santé sur la capacité de travail, donc de gain, l'évaluation de l'invalidité ne peut qu'avoir de forts liens avec les sujets emploi. Quatre sujets distincts sont ici traités.

1.3.2.1. L'interface avec les programmes chômage (ou à défaut de minimum social)

- [108] Les régimes de sécurité sociale se sont toujours efforcés de maintenir une nette distinction entre les programmes d'invalidité et les programmes de chômage, même si les uns et les autres indemnisent une perte de gains : l'indisponibilité des emplois n'a pas à être prise en compte dans l'évaluation de l'état d'invalidité, c'est à l'assurance chômage de le faire. Pour prendre l'exemple de la première grande circulaire française sur l'invalidité (27 novembre 1937), celle-ci dispose : « si la rareté des emplois que pourrait exercer l'invalide résulte d'une crise du chômage, il est évident que cette situation étant indépendante de l'état de l'assuré, ne saurait motiver l'attribution d'une pension d'invalidité... ». Cette solution a été retenue sauf exceptions de tout temps et dans tous les pays.
- [109] Cette solution comporte une amodiation pour les travailleurs âgés comme on le verra dans le point suivant.
- [110] Cette solution peut être néanmoins être qualifiée de frontière ténue :
- compte tenu des concepts les plus récents en matière d'invalidité et de handicap et de leur prise en compte des facteurs d'environnement de la personne propre à faciliter ou non son accès à l'emploi ;
 - compte tenu de la quantité d'emplois disponibles en période de langueur économique et de la qualité d'emplois disponibles en période de compétition mondialisée alors même que les personnes invalides et handicapées ont un niveau d'instruction inférieur au reste de la population (deux fois moindre en France) et sont confrontées à des obstacles plus grands sur le marché du travail : exigences de compétences spécialisées, délocalisation des emplois non qualifiés, charge de travail et intensité accrue du travail, contrats à durée déterminée et insécurité de l'emploi.

- [111] C'est ici que se situe la problématique très importante des demandes d'invalidité pour troubles mentaux, apparaissant à cet égard très tôt dans la carrière professionnelle¹¹. Alors même que la prévalence de ces troubles n'augmente pas dans la société, un tiers à la moitié, selon les pays, des nouvelles demandes de pension d'invalidité est imputable à des troubles mentaux et cette proportion dépasse 70 % chez les jeunes adultes. Cette contradiction est liée à la plus grande difficulté des intéressés sur le marché de l'emploi précédemment décrit et à la facilité de les cataloguer comme incapable de travailler (les intéressés étant toutefois aussi largement bénéficiaires des régimes de chômage et de minima sociaux).
- [112] Les systèmes d'évaluation de l'invalidité (acteurs, outils, processus) doivent à cet égard être réajustés pour mieux évaluer les troubles mentaux, maladies complexes, plurielles et chroniques et pour mieux apprécier la capacité de travail et le besoin d'assistance des intéressés.
- [113] C'est par ailleurs vraisemblablement sur ces troubles difficiles que toutes les interfaces entre services doivent être le plus repensées, telle que cette partie les décrit, notamment entre services cliniques et services professionnels : détection précoce dans l'emploi (à partir de l'absentéisme, de la perte de productivité des intéressés), prévention de la désinsertion professionnelle (les personnes souffrant de troubles mentaux ont des liens plus distendus avec le marché du travail au moment de leur demande de pension d'invalidité que les bénéficiaires ayant d'autres problèmes de santé), traitements adaptés, création d'outils d'accès, de maintien et de retour à l'emploi spécifiques, sensibilisation de la société et du monde du travail aux problèmes de santé mentale.
- [114] Comme on le sait enfin, la frontière ténue entre invalidité et chômage conduit en règle générale et selon la générosité comparée des régimes d'assurance chômage et d'assurance invalidité à une situation de vases communicants entre les deux risques, à la nuance importante que l'on ne ressort pas de l'invalidité lorsque le cycle économique redevient positif.

1.3.2.2. L'interface avec les programmes de retraite

- [115] Il existe une forte prévalence de l'invalidité avec l'âge et l'interface entre les programmes invalidité et les programmes retraite, est restée présente sur la durée à trois niveaux :
- la prise en compte de l'âge dans les facteurs personnels servant en référence à la notion de profession convenable, donc de l'évaluation de l'invalidité ;
 - les mécanismes de transformation automatique des pensions d'invalidité en pensions de retraite dès leur âge minimal ;
 - l'existence de mécanismes d'anticipation de l'âge de la retraite à taux plein pour cause d'usure de l'organisme, dont l'appréciation est proche de l'invalidité.
- [116] Cette interface est actuellement influencée par trois types de réforme : l'effort de maintien sur le marché du travail des seniors, le recul de l'âge de départ à la retraite, dans ce dernier cadre l'existence de clauses plus favorables pour les personnes ayant exercé un métier pénible.
- [117] La première réforme concerne aussi *a priori* les personnes dont la santé est altérée. A tout le moins, les pays ont souvent supprimé les clauses de passage automatique invalidité-retraite lorsque le bénéficiaire ne le souhaitait pas, notamment lorsqu'il souhaitait poursuivre un emploi en complément de sa pension d'invalidité.
- [118] La réforme de l'âge de départ à la retraite constitue en sens inverse une pression pour une entrée dans le régime d'invalidité à défaut de régime de retraite.

¹¹ Référence : note de synthèse, points essentiels de l'étude OCDE sur la santé mentale et le travail. 2011.

- [119] Lorsque les pays prévoient des dérogations en matière d'âge de départ à la retraite pour les professions ayant effectué un travail pénible se pose classiquement la question de savoir si l'ouverture du droit est liée à l'exercice passé de telle profession ou si elle est liée aux conséquences sur la santé mesurées au moment de la demande: dans le premier cas, on mesurera une exposition professionnelle passée, dans le second, on mesurera un état de santé dégradé par suite d'exposition professionnelle.
- [120] Comme on va le voir dans les deux points suivants, l'évaluation de l'invalidité est de plus en plus centrée sur une interface active avec l'emploi. Les évolutions liées à la retraite et qui se centrent sur une évaluation plus « santé qu'emploi » pour les travailleurs âgés percutent donc cette logique et posent la question de savoir s'il n'y a pas deux types d'évaluation de l'altération de l'état de santé à distinguer.
- 1.3.2.3. L'interface avec les programmes d'indemnisation des arrêts de travail et de prévention la plus précoce de la désinsertion professionnelle
- [121] Dans 95 % des cas dans les pays de l'OCDE, l'entrée en invalidité prend la suite d'une indemnisation d'un arrêt maladie ; de l'autre côté, les sorties d'invalidité sont pratiquement nulles. La prévention des entrées en régime d'invalidité est donc d'une portée cruciale pour la gestion du risque.
- [122] Cette prévention passe d'abord globalement par toute une politique de santé en entreprise pour prévenir accidents et maladies, améliorer les conditions de travail, politique qui n'est que mentionnée ici.
- [123] La prévention s'intéresse ensuite au salarié malade et va mobiliser de nombreux acteurs pour éviter son décrochage durable : le médecin traitant, la personne malade, l'employeur, le médecin du travail, l'organisme d'assurance maladie, le service public de l'emploi.
- [124] Un premier axe consiste à amener les médecins traitants à se focaliser davantage sur l'emploi dans l'octroi des arrêts maladie : recommandations médicales sur la durée de l'arrêt pour les problèmes de santé les plus fréquents (« disability duration guidelines » comme par exemple en Suède, aux USA); indication sur la feuille d'arrêt maladie de ce que la personne peut continuer à faire (ex : Suède, Royaume-Uni) ; clarification des procédures administratives que doivent suivre les médecins (ex : renouvellement du certificat médical, information des médecins conseils) ; contrôle des certificats des médecins traitants par les médecins conseils, le cas échéant à la demande de l'employeur ; incitation financière en direction des médecins traitants.
- [125] Lorsque la durée de l'arrêt de travail perdure (4 semaines en Suède, 8 en Norvège, 13 aux Pays-Bas), le sens de la politique est de maintenir le lien avec l'entreprise et de construire si nécessaire un plan de reclassement pour le salarié dans son entreprise, soit à son ancien poste, soit à son ancien poste aménagé, soit dans un autre poste, plan impliquant la personne et l'employeur. Il peut y avoir une obligation de moyens (construire un plan) ou une obligation de résultat (reclasser de façon prioritaire la personne, au moins dans les grandes entreprises – mais dès 25 salariés au Luxembourg), un licenciement n'étant possible qu'après échec des mesures envisagées (Norvège : ou si ce reclassement remet en cause la viabilité économique de l'entreprise ou conduit à licencier d'autres personnes). La rupture du lien qui rattache l'intéressé à son emploi ou à son employeur limite fortement les chances de réintégration ; le retour chez le même employeur est donc un enjeu capital pour prévenir toute désinsertion professionnelle. Toute cette gestion est parfois qualifiée de « disability management¹² » dans l'entreprise et va donc très au-delà de la visite de pré-reprise ou de reprise par un médecin du travail.

¹² Voir par exemple l'International Disability Management Standarts Council issu d'initiatives canadiennes et qui propose des guides, des outils, des formations et certificats spécifiques. La France est totalement absente de cette réflexion internationale.

- [126] Lorsque le reclassement dans l'entreprise n'est pas possible, il s'agit de construire un plan de reclassement à l'intérieur de la branche professionnelle, impliquant des réseaux professionnels d'employeurs (ex : Pays-Bas, Suède). La dernière étape de ce processus de reclassement « pas à pas » (Suède) est le reclassement externe à la branche, impliquant alors le service public de l'emploi et l'ensemble de ses outils.
- [127] Dans toutes ces étapes, l'organisme de sécurité sociale mobilise ses spécialistes en matière de reclassement (ergothérapeutes, psychologues, assistants sociaux, ingénieurs).
- [128] Il existe aussi des entreprises de service spécialisées en matière de prévention de la désinsertion professionnelle.¹³
- [129] Tout ce système peut être rendu incitatif pour les employeurs en mettant à leur charge plus ou moins mutualisée à travers des cotisations patronales plus ou moins exclusives les dépenses d'arrêt de travail (Royaume-Uni, pendant 6 mois, Pays-Bas pendant 2 ans) et le cas échéant les dépenses d'invalidité (Pays-Bas : les cinq premières années).
- [130] Est donc en pleine émergence en fait un risque « incapacité de travail » couvrant le risque (longue) maladie et le risque invalidité dont l'évaluation s'analyse alors comme l'échec des actions de maintien ou de retour au précédent emploi, dans la précédente entreprise ou dans une autre entreprise. Comme on l'a vu dans la partie précédente, ce développement conforte l'évaluation de l'invalidité comme processus et non comme mesure à un moment donné.
- [131] La question qui se pose enfin est de savoir combien de temps doit durer ce processus d'essai de reclassement et plus généralement la durée admise de longue maladie précédant une entrée en invalidité ; les durées réglementaires de la longue maladie dépassent rarement un an /un an et demi (la France constitue une exception avec une durée maximale de 3 ans) en cohérence avec les politiques de prévention de la désinsertion professionnelle décrites : en sens inverse, des durées très longues de maladie sont un prétexte régulier à ne pas se mobiliser en termes de reclassement. Un pays comme la Norvège menant une politique volontaire « d'inclusivité des lieux de travail » va même jusqu'à limiter à 8 semaines la période d'indemnisation de la maladie, puis à indemniser la période qui la suit par une allocation de réinsertion professionnelle avant de passer en cas d'échec à une pension d'invalidité.

1.3.2.4. L'interface avec les programmes d'accès à l'emploi

- [132] Une personne sur sept (14 %) se déclare handicapée en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette situation entraîne un faible taux d'emploi (44 % contre 75 % pour la population valide) et un fort taux de chômage (14 % contre 7 % pour la population valide), un fort taux de recours au temps partiel (23 % contre 13 % pour les personnes valides), des ressources financières moindres (15 % en moyenne), un taux de pauvreté accru (22 % contre 14 % pour les personnes valides). Même si le nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité et de handicap est beaucoup plus faible (6 % de la population en âge de travailler perçoit une pension d'invalidité, soit autant que de chômeurs), le poids financier des programmes d'invalidité est important (1,2 % du PIB en moyenne).
- [133] De ce fait, l'insertion professionnelle des personnes invalides et handicapées fait l'objet dans tous les pays d'un très fort investissement :
- du point de vue de la dignité et de l'inclusion sociale de ces personnes, a fortiori en considération d'un nombre croissant de personnes handicapées avec les succès de la médecine et de la rééducation, du vieillissement et du développement des maladies chroniques ;
 - du point de vue de la mobilisation des ressources humaines de la Nation (en période de vieillissement démographique notamment) et de la maîtrise de ses dépenses sociales.

¹³ Exemples en France : REHALTO ; PSYA

[134] De multiples règles et outils sont mis en œuvre par les différents pays qui peuvent être employés de façon plus ou moins incitative ou plus ou moins coercitive vis-à-vis des personnes (ou certaines d'entre elles, comme par exemple les personnes jeunes) et vis-à-vis des entreprises :

- du côté des personnes : identification, reconnaissance, élaboration d'un projet de vie ; diagnostic de l'employabilité, des aptitudes et capacités, des contre-indications ; reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ; aide à la définition d'un projet professionnel, dont connaissance des métiers porteurs et accessibles ; orientation, bilan de compétences, formation courte ; réadaptation fonctionnelle et professionnelle ; mise en situation de travail ; accompagnement à la recherche d'emploi (dont prospection d'offre), à la création ou reprise d'une activité ; formation, de la mise à niveau à la qualification ; accompagnement dans l'emploi, suivi de l'évolution professionnelle ; dans toutes ces actions, mobilisation coordonnée des aides et prestations ;
- du côté des entreprises : quotas d'emploi ; lutte contre les discriminations à l'embauche, la promotion, le licenciement ; obligation générale d'accessibilité et aménagement de poste ; subventions salariales aux employeurs pour les aider à remplir leurs obligations d'emploi des travailleurs handicapés : contribution aux coûts d'aménagement du poste du travail ou aux coûts salariaux d'un salarié moins productif ; accessibilité des informations et des conseils ; animation de réseau d'employeur ;
- du côté des pouvoirs publics : organisation d'emplois protégés ; maîtrise du taux de remplacement net des pensions d'invalidité (et de leurs avantages connexes et de leur traitement fiscal) notamment en considération des prestations de chômage, pension à taux partiel, cumul possible dans une certaine limite pension-emploi, reprise de l'indemnisation après échec dans l'emploi, attribution temporaire notamment aux plus jeunes.

[135] Cet investissement important s'adosse à des institutions très nombreuses, soit généralistes, soit spécialisées au profit des personnes handicapées, soit publiques, soit privées. Il suppose de s'occuper des personnes de façon systématique et personnalisée, autour de métiers de « case manager » chargés de faire le lien entre toutes les institutions notamment dans les situations les plus complexes de retour à l'emploi. L'Etat s'efforce de superviser et de coordonner cet éclatement institutionnel en créant des guichets uniques en « front office », en fixant des objectifs communs aux diverses institutions, en les rémunérant en fonction de leurs résultats, en faisant concorder responsabilité de financement et responsabilité des prestations, en définissant des programmes communs entre institutions.

[136] L'investissement tel qu'il vient d'être décrit n'a pas été sans susciter certaines critiques : remise en cause de certaines garanties de droit du travail, organisation de formes dégradées ou reléguées de travail, réduction de la personne à sa seule capacité productive, travail forcé ; en sens inverse investissement sur ceux qui sont les plus proches du marché du travail.

[137] Ce rappel étant fait, il y a trois conséquences fortes du développement des politiques d'insertion professionnelle des personnes invalides sur l'évaluation de l'état d'invalidité préalable à l'octroi de la pension d'invalidité.

- il est nécessaire d'évaluer les capacités de travail résiduelles dans l'admission aux prestations d'invalidité plutôt que de se concentrer exclusivement sur les incapacités de travail ;
- les outils développés permettent à cet égard une forte adaptation à chaque individu et relativisent l'utilisation de barèmes ;
- plus on dispose d'outils d'insertion efficaces et plus on peut être exigeant sur l'évaluation de l'invalidité et l'extension du champ des emplois de référence, la plus petite capacité fonctionnelle étant interprétée comme une capacité de travail dans certains pays (ex : Royaume-Uni).

[138] En termes institutionnels, l'accent mis sur la capacité et non l'incapacité de travail, sur l'emploi et non sur la pension, impose aux organisations de sécurité sociale une forte mutation pour se doter de nouvelles compétences de mesure des capacités d'emploi et d'interface avec les organisations chargées de l'emploi. Ces mutations rencontrent logiquement de nombreux obstacles internes, notamment de la part des professions médicales, *a fortiori* dans les pays où la culture du « back to work » est faiblement développée.

1.3.3. Les programmes dédiés aux AT-MP sont partout dissociés des programmes gérant le risque invalidité

[139] Les programmes d'invalidité sont dans tous les pays distincts des programmes AT-MP, à une exception près qui confirme la règle, celle des Pays-Bas depuis 1967. Le « rêve » des pères fondateurs de la sécurité sociale ne s'est jamais réalisé (Rapport Beveridge 1942 : « si un homme perd une jambe dans un accident, ses besoins sont les mêmes que cet accident soit survenu à l'usine ou dans la rue. Si cet homme meurt, les besoins de sa veuve et des autres personnes à sa charge sont les mêmes quelles que soient les circonstances de sa mort »).

[140] Il ne s'est jamais réalisé pour une raison fondamentale :

- les programmes d'invalidité sont des programmes de remplacement de revenu perdu compte tenu de l'altération globale d'un état de santé et de ses conséquences en termes de capacité d'accès à tout emploi ;
- les programmes d'AT-MP sont des programmes de prévention active des risques et de réparation d'un préjudice physiologique circonscrit et d'un préjudice professionnel calculé à partir de l'emploi précédent, si ce préjudice existe (le sujet de l'incapacité de travail est en règle générale très marginal pour les victimes d'AT-MP, environ 1 % en France¹⁴).

[141] Il n'est donc pas possible de dire : les programmes de sécurité sociale indemnisent les conséquences d'une altération de l'état de santé quelle qu'en soit la cause, avec un même barème, quitte à mieux indemniser un accident ou une maladie professionnelle largement présumée selon le lieu d'intervention de l'un ou de l'autre, en termes d'accès au régime (exemple de la France : 66 % d'incapacité pour l'entrée en invalidité, 1 % en AT-MP) ou d'indemnisation (ex : 50 % ou 100 %). Entre les deux régimes, ce sont des logiques différentes, des références à la santé différentes, des références à l'emploi différentes, donc des barèmes différents.

[142] Il peut y avoir ensuite des outils de santé en entreprise et de prévention de la désinsertion professionnelle communs, des services de rééducation médicale et professionnelle communs, des services de reclassement professionnel communs (ces outils et services sont souvent nés dans la sphère des AT-MP) ; il y a des troubles qui sont entre la maladie, l'invalidité, la maladie professionnelle (troubles psycho-sociaux) ; il y a une grande famille des politiques d'incapacité de travail qui peut être distingué des politiques de soins. Mais les deux risques subsisteront distincts, sauf évidemment à faire basculer la logique de l'un vers la logique de l'autre.

1.3.4. La gestion du risque invalidité nécessite au final une forte capacité de pilotage

[143] La gestion du risque invalidité et singulièrement de son processus d'évaluation nécessite donc compte tenu de sa complexité une forte capacité de pilotage de la part de l'Etat, pilotage en soi et pilotage des interfaces avec de nombreux programmes sociaux. Il ne servirait par exemple à rien d'avoir une politique d'évaluation restrictive de l'état d'invalidité et de ne pas avoir les outils d'accès à l'emploi ou de minima sociaux en conséquence

[144] Sa gestion nécessite ensuite une forte capacité de pilotage de la part des têtes de réseau des organismes chargée de la mise en œuvre opérationnelle du risque.

¹⁴ Source : CNAMTS

2. LA SITUATION ACTUELLE

2.1. *La construction historique des différents dispositifs de compensation de la perte de revenus liés à une invalidité ou un handicap conduit à de fortes disparités individuelles*

[145] La France s'est inscrite dès la création du risque invalidité en 1928 dans la définition retenue en première partie : l'assurance invalidité couvre la perte de gain liée à l'altération grave et stabilisée d'un état de santé. Après quelques hésitations doctrinales, ce principe a été explicité dès 1937 dans un rapport de Pierre Laroque et pleinement confirmé dans le cadre du plan français de sécurité sociale qui vise à garantir « les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain » (article 1 de l'ordonnance du 4 octobre 1945, actuel article L. 111-1 du code de la sécurité sociale). L'annexe II présente une analyse historique de l'évolution du risque invalidité.

[146] Ce principe a toutefois été par la suite appliqué de façon différenciée entre les divers régimes, donc les diverses catégories socioprofessionnelles et la couverture du risque invalidité apparaît aujourd'hui extrêmement éclatée en France au rebours de tous les autres pays (pour l'OCDE, il existe un régime unique dans tous les pays, à l'exception de l'Allemagne et de l'Autriche qui disposent d'un deuxième régime pour leurs fonctionnaires). Cet éclatement, comme on va le voir, conduit à d'importantes inégalités, mesurées dans la présente partie sur deux axes : la perte de gain indemnisée selon la grille de lecture de la 1^{ère} partie, le montant indemnisé¹⁵. Pour la mission, cette hétérogénéité entre régimes est un problème aussi important que l'hétérogénéité au sein des régimes.

2.1.1. **Les salariés du secteur privé : une définition stricte de l'invalidité (incapacité de travail presque totale par rapport à un emploi correspondant aux capacités professionnelles), un montant de prestations faible**

[147] Le régime général indemnise l'incapacité d'exercer une profession convenable à concurrence des capacités du demandeur ; de façon presque totale ; de façon définitive.

[148] L'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale dispose à cet effet : « l'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant *dans la proportion des deux tiers*¹⁶ sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à *un tiers*¹⁷ de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme ». L'article L. 341-3 précise que « l'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle ». La pension, toujours attribuée à titre temporaire, peut être suspendue ou supprimée si la capacité de gain de l'invalidé devient supérieure à 50 % (ou de nouveau rétablie en sens inverse). Cette règle ne trouve à s'appliquer que marginalement.

¹⁵ Les conditions administratives d'ouverture du droit (immatriculation préalable, durée de travail préalable et périodes assimilées), les règles de cumul avec d'autres pensions ou avantages, les règles de révision, suspension ou suppression, les droits du conjoint survivant, le passage vers les droits à pension de retraite peuvent conduire aussi à des inégalités.

¹⁶ Disposition réglementaire

¹⁷ Idem

- [149] Cette réduction des deux tiers existe dès la première loi du 5 avril 1928 et reprend strictement le modèle bismarckien de la loi du 22 juin 1889 (cf. annexe 2). L'idée était par ce taux de n'exclure ni activité occasionnelle, ni activité non qualifiée. Mais étant donné que chez les travailleurs manuels, cible de la loi, la différence de salaire entre ouvriers qualifiés et ouvriers non qualifiés était nettement inférieure aux deux tiers, cette condition imposait en réalité un arrêt de travail régulier.
- [150] Le montant de la pension d'invalidité est égal, toujours dans la limite du plafond de la sécurité sociale¹⁸, à :
- 50 % des salaires des dix meilleures années reportés au compte, lorsque l'invalidé est « absolument incapable d'exercer une profession quelconque », disposition de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale cohérente avec l'explicitation du seuil des deux tiers ; ce compte est revalorisé comme les prix, ce qui aboutit à ce que la pension représente en moyenne 40 % du dernier salaire selon les calculs du HCAAM¹⁹; en sens inverse les taux préférentiels de CSG et de CRDS conduisent à revenir à un taux de 50 % en termes de taux de remplacement net/net
 - 30 % des salaires des dix meilleures années reportés au compte, lorsque l'invalidé « est capable d'exercer une activité rémunérée » ; selon les mêmes calculs que précédemment, ce taux de 30 % équivaut à 23 % en moyenne du dernier salaire et à 30 % de taux de remplacement net/net.
- [151] Les termes du code de la sécurité sociale sont néanmoins non appliqués par la jurisprudence de la Cour de Cassation qui estime au regard du droit du travail que toutes les personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité peuvent être aptes au travail. Le cumul de la pension d'invalidité et d'un gain salarié ou non salarié ne peut être supérieur au montant du salaire précédent l'octroi de la pension.
- [152] Ces règles sont appliquées par quelques régimes de salariés du secteur public ou réglementé : entreprises électriques et gazières, clercs et employés de notaire, marins.

2.1.2. Les fonctionnaires civils²⁰ : une définition large de l'invalidité (incapacité de travail par rapport à son emploi), un montant de prestation variable

- [153] Le régime des fonctionnaires civils des trois fonctions publiques indemnise l'incapacité d'exercer sa profession habituelle ; de façon totale ; de façon définitive.
- [154] L'article L. 29 du code des pensions civiles et militaires de retraite dispose à cet effet : « le fonctionnaire civil qui se trouve dans l'incapacité permanente de continuer ses fonctions en raison d'une invalidité ne résultant pas du service et qui n'a pu être reclassé dans un autre corps...peut être radié des cadres par anticipation... ».
- [155] La référence est donc dans ce régime l'incapacité totale (en langage régime général = perte de gain de 100 % même s'il n'y a pas de minimum en matière de perte physiologique) et permanente d'exercer ses fonctions et de ne pas avoir été reclassé. L'appréciation que l'on peut porter dépend alors de façon cruciale du reclassement possible : dès lors que la demande de changement de corps est subordonnée à la demande du fonctionnaire, que l'employeur public souhaite souvent s'éviter le reclassement de personnes peu employables, que cette notion de reclassement est entendue de façon très limitée (au sein du même ministère, de la même collectivité territoriale ou hospitalière et dans tous les cas au sein de la même résidence) l'admission à l'invalidité est très large²¹.

¹⁸ Valeur du plafond de la sécurité sociale en 2012 : 3031 €mensuels

¹⁹ Rapport du HCAAM sur les prestations en espèces de l'assurance maladie, février 2008

²⁰ Pour les militaires, voir annexe 4 ; pour les contractuels publics, les règles du régime général s'appliquent.

²¹ Voir rapport IGAS-IGA, RM 2011-174P : évaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé.

- [156] La radiation des cadres par anticipation signifie ensuite que la personne aura droit à une pension de retraite pour invalidité, calculée sur le seul traitement indiciaire des six derniers mois. Son revenu de remplacement dépend donc de la durée de ses services antérieurs et du rapport rémunération indiciaire / rémunération totale. Une personne mise en invalidité avec beaucoup d'années de service et un salaire indiciaire important par rapport à son salaire total aura donc droit à une pension de retraite pour invalidité convenable. Une personne mise en invalidité avec peu d'années de service et un salaire indiciaire faible par rapport à son salaire total aura par contre droit à une pension de retraite pour invalidité très faible, *a fortiori* avec l'absence de toute couverture complémentaire dans le régime de la fonction publique. Si son taux d'incapacité (mesuré du seul point de vue physique comme en matière d'accident du travail) est néanmoins supérieur à 60 %, la pension ne peut être inférieure à 50 % du dernier traitement indiciaire du fonctionnaire.
- [157] Le fonctionnaire peut cumuler sa pension de retraite pour invalidité avec une rémunération hors fonctions publiques.
- [158] Le régime des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, de la SNCF, de la RATP et de la Banque de France sont calés sur les mêmes principes que ceux du régime de la fonction publique.

2.1.3. Les non-salariés : une définition en règle générale large de l'invalidité (incapacité de travail par rapport à son métier), un montant de prestation faible

- [159] Le régime des artisans indemnise l'incapacité à exercer son métier ; de façon totale ; de façon définitive. La pension est égale à 50 % des revenus annuels moyens des dix meilleures années pendant les trois premières années, 30 % les années suivantes. Le régime indemnise par ailleurs l'état d'invalidité totale réduisant complètement les capacités de travail et empêchant la personne de se livrer à une activité rémunératrice quelle qu'elle soit. La pension est alors égale à 50 % des mêmes revenus. Dans tous les cas, la prise en compte des revenus est limitée au plafond de la sécurité sociale.
- [160] Le régime des commerçants indemnise une incapacité à exercer une profession convenable à concurrence des capacités du demandeur ; de façon presque totale (deux tiers de perte de capacité de gain comme le régime général) ; de façon définitive. La pension d'invalidité est égale à 30 % des revenus annuels moyens des dix meilleures années dans la limite du plafond de la sécurité sociale. Le régime indemnise aussi l'incapacité totale et définitive à exercer tout emploi dans les mêmes conditions que le régime des artisans.
- [161] Toutes les sections de professions libérales et le régime spécifique des avocats disposent d'un régime d'assurance invalidité, sauf les notaires. Ces régimes indemnisent majoritairement l'incapacité totale et définitive d'exercer sa profession, exceptionnellement toute profession (sage-femme), parfois une perte de gain des deux tiers. Le montant de la pension d'invalidité est souvent égal au montant de pension de retraite à laquelle la personne aurait eu droit si elle avait cotisée jusqu'à 60 ans. Il peut être un montant forfaitaire fonction des cotisations, des revenus (agents généraux d'assurance), du taux d'invalidité (experts comptables ; architectes, géomètres experts, conseils etc.).
- [162] On rappellera pour les trois catégories de non salariés agricoles que les régimes d'invalidité couvrent aussi l'invalidité d'origine professionnelle en l'absence de régime d'AT-MP ; qu'ils sont appariés à la couverture décès ; qu'ils sont gérés par les organisations d'assurance vieillesse et non par les organisations d'assurance maladie.
- [163] Le régime des exploitants agricoles indemnise l'inaptitude totale à l'exercice de la profession agricole ou l'invalidité réduisant des deux tiers la capacité à l'exercice de la profession agricole. Dans le premier cas, le montant de la pension d'invalidité est de 356,23 € par mois, dans le second de 213,73 € par mois, portés au minimum contributif (cf. ci-après) de 276,39 € par mois.

2.1.4. Les couvertures complémentaires, collectives ou individuelles : des définitions de l'invalidité et des prestations disparates

[164] La faiblesse de la couverture de base du risque invalidité a conduit au développement, non généralisé, de couvertures complémentaires dans deux cadres très différents.

2.1.4.1. Les garanties collectives à adhésion obligatoire

[165] Ces garanties sont portées par des conventions collectives de branche ou d'entreprise (ou issues de référendum ou de décision unilatérale de l'employeur). Elles se calent sur la définition et sur l'évaluation de l'état d'invalidité du régime général²² et complètent fondamentalement ses garanties :

- en termes de taux d'indemnisation ; elles majorent le taux de remplacement de 50 % (exemples pour les non cadres : 60 % pour la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes ; 70 % pour la CCN de l'habillement ; 80 % pour la CCN de la coiffure ; exemples pour les cadres : 60 % pour la CCN de l'immobilier ; 70 % pour la CCN des industries du cartonnage ; 80 % pour la CCN de la poissonnerie) ;
- en termes d'assiette, au-delà du plafond de la sécurité sociale ;
- en termes de salaire de référence, en retenant parfois un calcul sur les derniers salaires.

[166] Ces couvertures ne sont pas en règle générale spécifiques au risque invalidité mais couvrent aussi le risque incapacité temporaire de travail (complément d'IJ) et de décès. Elles sont distinctes des couvertures de complément de remboursement des soins de santé.

[167] Ces couvertures ne sont pas généralisées²³ et varient donc selon les branches (selon leur richesse économique, leur compréhension de la problématique invalidité et le mode de dialogue social qui y existe). Ni la DSS, ni la DGT ne disposent de mesure exacte du champ d'application et du montant de ces garanties. Selon le baromètre CTIP-CREDOC de mai 2011, 58 % des salariés d'un échantillon représentatif déclarent bénéficier d'une prestation en cas d'invalidité (77 % pour les IJ), 24 % déclarent ne pas en bénéficier (19 % pour les IJ), 18 % ne savent pas répondre (4 % pour les IJ). Du point de vue des entreprises de plus de 200 salariés, 83 % d'entre elles déclarent couvrir le risque invalidité (99 % pour celles de plus de 500 salariés).

2.1.4.2. Les adhésions facultatives à des garanties collectives et les assurances individuelles

[168] La description précédente laisse hors de couverture correcte de nombreuses catégories : salariés du secteur privé ne bénéficiant pas de garanties complémentaires obligatoires, fonctionnaires (pas de garanties complémentaires obligatoires) et contractuels publics, les non salariés (idem), les inactifs.

²² Par exception, couverture du risque qualifié par le livre 9 du code de la sécurité sociale d'inaptitude (au métier) dans le cas de la CCN des professions du transport (couverture du risque d'inaptitude définitive à la conduite ; nécessité de 15 ans de métier et d'un âge d'au moins 50 ans ; montant faible égal à 35 % de la dernière rémunération).

²³ Exception : la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 prévoit une cotisation obligatoire de 1,5 % à la charge de l'employeur sur la tranche A pour le risque décès en priorité.

[169] Toutes ces catégories peuvent souscrire des garanties soit en adhérant individuellement à des contrats de groupe (ex : les non salariés), soit en concluant directement un contrat. Comme en matière de protection complémentaire obligatoire, le risque invalidité est associé au risque incapacité de travail temporaire et au risque décès. Dans les deux types de garanties, il s'agit d'une opération d'assurance individuelle totalement distincte de l'affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale :

- en termes de cotisation, celle-ci est calculée en fonction de l'âge, du sexe, du secteur professionnel (quelques classes de risque) et de l'état de santé, dont fumeur/non fumeur (les exclusions de garantie sont très rares, c'est la technique de la surprime qui est utilisée) ;
- en termes de droits, de multiples exclusions existent en termes de délais d'attente, de résidence géographique (ex : exclusion de la Corse et des collectivités d'outre-mer) et surtout de risques : fait intentionnel dont suicide, faits de guerre, de terrorisme, radioactivité ; ivresse, usage de stupéfiants, conduite sans permis ; pratiques sportives dangereuses ou pas ;
- une fois ces deux opérations faites, les contrats d'assurance ciblent l'incapacité à poursuivre son emploi précédent et indemnisent normalement non un complément au régime de base mais un montant de pension en tant que tel strictement fonction des cotisations acquittées.

[170] Il n'existe pas de mesure de la population couverte par ces assurances invalidité individuelle²⁴.

[171] La mission ne fait que mentionner ici les autres garanties complémentaires existantes en matière d'invalidité, mais qui vont au-delà de l'assurance d'un revenu de substitution :

- la prise en charge des mensualités de crédit (assurance obligatoire pour les crédits immobiliers) et, dès lors que celle-ci dépend aussi de l'état de santé des personnes, le système de mutualisation de leurs surprimes dans le cadre de la convention AERAS (« s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé », existant depuis 2006) ;
- la prise en charge des multiples dépenses de la famille en cas d'accidents de la vie.

2.1.5. Les personnes faiblement ou non assurées à un régime de protection sociale: une définition stricte du handicap récemment revue, des minima sociaux

2.1.5.1. Les personnes faiblement assurées

[172] En règle générale, les régimes de protection sociale précédemment décrits prévoient des montants minimum (dit contributif) de pension (ex : 276,39 € mensuels dans le régime général correspondant à l'allocation aux vieux travailleurs salariés).

[173] Par ailleurs, tout titulaire d'un avantage servi au titre de l'assurance invalidité par un régime de sécurité sociale résultant de dispositions législatives ou réglementaires peut, aux termes de l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale, bénéficier d'une allocation supplémentaire si cette invalidité réduit d'au moins des deux tiers sa capacité de travail ou de gain. Cette allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) est l'équivalent de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ex minimum vieillesse) et est donc versée sous plafond de ressources et sous forme de différentielle prenant en compte l'ensemble des ressources du ménage (actuellement : plafond de 688,86 € pour une personne seule, 1 206,5 € pour un couple). Cette allocation est recouvrée sur succession.

²⁴ Pour prendre un exemple, sur 21 agents en congé de longue maladie en administration centrale des ministères santé & solidarité début 2012, 5 ont souscrit une option invalidité dans un contrat d'assurances, essentiellement passé avec une mutuelle.

2.1.5.2. Les personnes non assurées

- [174] La collectivité nationale a enfin prévu la situation des personnes non assurées à un régime d'assurance invalidité, soit que leur handicap précocement acquis (et/ou leur très bas niveau de qualification) les aient empêché d'exercer de tout temps une activité professionnelle, soit qu'elles aient été affiliées mais ne le soient plus (il y a tout un cycle de distanciation emploi, puis chômage, puis désaffiliation et RSA, puis AAH ; 2/3 des demandeurs d'AAH ont déjà exercé une activité professionnelle), soit qu'elles aient fait le choix d'une inactivité professionnelle prolongée dont elles ne peuvent sortir compte tenu de l'altération de leur état de santé (ex : mères de famille).
- [175] Ces personnes bénéficient d'un autre minimum social, l'allocation aux adultes handicapés. Celui-ci indemnise l'incapacité d'exercer toute profession; de façon substantielle ; de façon durable.
- [176] De façon plus précise le code de la sécurité sociale prévoit le bénéfice d'une allocation aux adultes handicapés :
- à son article L. 821-1 : pour les personnes dont l'incapacité permanente est au moins égale à 80 % ;
 - à son article L. 821-2 : pour les personnes dont l'incapacité permanente est comprise entre 50 et 79 % et auxquelles est reconnue, compte tenu de leur handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (« RSDAE »). Cette disposition qui date de la LFSS pour 2009 a remplacé la condition précédente de se trouver du fait de son handicap dans l'incapacité de se procurer un emploi, interprétée comme impossibilité physique totale et absolue d'exercer une quelconque activité professionnelle. Dans les deux définitions qui se sont succédé, l'aptitude à l'emploi n'implique pas la disponibilité de l'emploi, frontière que l'on a précédemment qualifiée de ténue pour certains cas.
- [177] L'AAH est désormais accordée pour une durée déterminée de un à cinq ans, un à deux ans au titre de l'article L. 821-2.
- [178] L'on est donc avec la notion de RSDAE passé du caractère absolu au caractère substantiel de l'impossibilité de trouver un emploi et du caractère permanent au caractère révisable régulièrement de l'allocation. Dans les deux cas, l'on en est resté à une référence à « tout emploi » caractéristique fondamentale des régimes de minima sociaux.²⁵
- [179] L'AAH a été relevée de 25 % sur les cinq dernières années et son montant est fixé à 759,98 € pour une personne seule et 1 519,95 € pour un couple. Elle n'est pas recouvrée sur succession.
- [180] Elle est subsidiaire aux pensions d'invalidité et à l'ASI, mais elle peut compléter ces deux premiers étages compte tenu de son mode de calcul et de son montant désormais supérieur à cette dernière. L'on est ici dans la situation où le régime d'invalidité contributif peut être moins généreux que le régime non contributif.

2.1.6. Les majorations pour aide d'une tierce personne sont calculées de façon très variables selon les régimes

- [181] La règle dans les régimes d'assurance invalidité est de compléter la pension d'une prestation indemnisant l'aide constante d'une tierce personne lorsque la personne invalide est incapable d'effectuer les actes ordinaires de la vie.

²⁵ Les associations de personnes handicapés ont critiqué le concept de RSDAE qui de leur analyse ne prend plus en compte l'environnement de la personne et a durci les dispositions précédentes

- [182] Cette majoration est calculée de trois façons différentes : elle peut être fonction de la pension d'invalidité donc fonction du salaire antérieur de la personne (exemple pour le régime général : une majoration de 40 % de la pension d'invalidité) ; elle peut être un montant forfaitaire (ex : régime des fonctionnaires) ; elle peut enfin être calculée en fonction des besoins et des ressources personnelles (dont présence d'un conjoint) du demandeur (ex : prestation de compensation du handicap, la PCH).
- [183] S'agissant de compensation de frais supplémentaires et non de réparation ou de remplacement de revenu, seule la troisième option est justifiable.
- [184] Dans les régimes complémentaires collectifs ou individuels, le complément pour aide d'une tierce personne est versé le plus souvent sous forme de capital égal au capital décès garanti.

2.1.7. Il existe d'importants avantages connexes aux pensions d'invalidité

- [185] Il existe de nombreux avantages connexes aux pensions d'invalidité, de trois ordres essentiellement :
- l'exonération de participation aux frais médicaux, que l'invalidé soit en ALD ou non ;
 - la validation en matière de retraite des périodes de perception d'une pension d'invalidité ; l'on voit à cet égard que les régimes de fonction publique qui cristallisent au moment du passage en invalidité les droits retraite sont défavorisés ;
 - les réductions fiscales en cas d'incapacité de plus de 80 % constatée selon le barème de l'AAH : demi-part supplémentaire dans le calcul de l'impôt sur le revenu (pour autant qu'on le paie) et abattement en faveur des personnes invalides de condition modeste ; exonération de la taxe d'habitation et de la redevance télévision sous certaines conditions de ressources.

2.1.8. Au final, une indemnisation du risque invalidité stricte, illisible et inégalitaire

- [186] Le système français d'indemnisation du risque invalidité brièvement rappelé a trois caractéristiques.
- [187] Il est tout d'abord strict dans ses conditions d'ouverture du droit (l'on est fondamentalement dans une invalidité totale ou substantielle) et dans le montant des prestations accordées. Le système, contrairement à d'autres pays (ex : pays nordiques, Pays-Bas) n'a de ce fait jamais été une alternative intéressante à l'indemnisation du chômage ou aux préretraites ; il l'est par contre au RMI devenu RSA.
- [188] Le système est ensuite complexe avec deux conséquences :
- des coûts d'accès pour les usagers, notamment lorsque, règle générale, se cumulent plusieurs niveaux d'indemnisation avec des normes disparates et naturellement plusieurs guichets administratifs ou, règle systématique, lorsque l'on demande à côté d'une garantie de revenu d'autres avantages (ex : carte d'invalidité pour obtenir les avantages fiscaux délivrée par la MDPH). La lisibilité du système est alors nulle pour les personnes (qui sont parmi les plus modestes et gravement affectées dans leur vie) et le plus souvent pour les professionnels médicaux et sociaux, mais aussi pour les gestionnaires ;
 - des coûts de gestion dupliqués entre régimes de base, entre régimes de base et complémentaires, alors qu'il faudrait partager au mieux une expertise dont on a dit qu'elle était rare et l'une des plus complexes des régimes de sécurité sociale.
- [189] Au rebours de cette situation, les pays de l'OCDE dispose d'un régime unique d'invalidité, et certains d'entre eux ont fusionné régime contributif et régime non contributif.

[190] Le système est enfin inégal entre les personnes selon :

- leur situation de santé, avec des règles de tout ou rien, selon le seuil d'invalidité atteint
- leur affiliation ou non à un régime d'assurance invalidité
- leur régime d'assurance invalidité de base et complémentaire.

2.2. *Aucun régime ne dispose pleinement des deux leviers permettant de réduire l'hétérogénéité : des barèmes et un pilotage de réseau orienté sur ce sujet*

2.2.1. *Il n'existe au sein de chaque régime, sauf exception, ni barème ni animation systématique des réseaux d'évaluateurs et l'état d'invalidité est fondamentalement évalué par chaque médecin conseil*

2.2.1.1. Les barèmes

[191] Depuis 1945²⁶, le principe est en matière d'évaluation de l'invalidité l'absence de barème, qu'ils concernent la mesure de l'état de santé ou l'employabilité. Cette absence correspond aux justifications énoncées au point 1.2.2 : l'admission en invalidité prend la suite pour une majorité de cas d'une période de longue maladie (moyenne de 571 jours dans le régime général) durant laquelle le médecin conseil a pu mesurer en situation réelle l'évolution de santé et le rapport au recouvrement professionnel du patient, mesure personnelle et contextuelle appuyée le cas échéant par une enquête sociale qu'il est inutile voire impossible d'ordonner par des outils abstraits. C'est bien ainsi que les fondateurs de la sécurité sociale s'expriment (cf. annexe 2), notamment pour ce qui concerne le régime général.

[192] Cette position de principe n'exclut pas d'avoir recours pour telle pathologie à tel barème, soit à titre individuel (les médecins conseils du régime général peuvent avoir recours au barème des AT-MP qu'ils utilisent quotidiennement par ailleurs), soit de façon collective : le service médical du Languedoc-Roussillon fournit à ses médecins pour 7 pathologies importantes « une grille d'aide à la décision » faisant référence selon les cas au barème AT-MP, au barème édité par le Concours médical, au barème international des invalidités post-traumatiques (barème Mélenec), au barème d'évaluation de la société de médecine légale²⁷, au barème de la New York Heart Association. Pour sa part, la Direction régionale du service médical d'Ile de France fournit à ses médecins une grille d'aide à la décision indiquant pathologie par pathologie s'il y a matière à prendre en compte l'âge ou les aptitudes professionnelles (ou s'il faut s'en tenir à la seule pathologie). Mais ces initiatives restent limitées.

[193] Les régimes complémentaires se calent pour leur part sur l'évaluation par le régime de base et n'ont jamais discuté celle-ci, respectant (et n'ayant pas les moyens de contester) son professionnalisme.

[194] Il existe néanmoins dans trois situations l'obligation d'utiliser un barème.

²⁶ Le régime de l'invalidité s'est appuyé entre 1933 et 1945 sur le barème de référence de l'époque, le barème militaire de 1919 et sur une liste d'affections graves présumant une incapacité totale de travailler fixée par arrêté (voir annexe II).

²⁷ Cf. sur tous ces barèmes l'annexe V.

- [195] 1/ les fonctionnaires civils. L'existence d'un barème a trois origines. Il y a tout d'abord une profonde imbrication de l'évaluation de l'incapacité permanente de continuer ses fonctions en raison d'une invalidité résultant du service (= AT-MP) ou ne résultant pas du service (= invalidité) ; c'est le même barème qui est utilisé. Par ailleurs, il n'y a pas de médecins conseils dans la fonction publique mais recours à des médecins libéraux agréés et la décision qui y est prise par l'employeur l'est après avis d'une commission de réforme départementale (ou par administration centrale) qui regroupe ces médecins agréés et des représentants du même corps que le demandeur ; ces employeurs sont enfin quelques dizaines de milliers et il n'existe pas de pilotage central de ce risque : on comprend qu'il faille à cette expertise médicale externe (et non spécialisée en matière d'évaluation de l'invalidité et pratiquée de fait de façon accessoire), à cette représentation syndicale potentiellement favorable et à des employeurs multiples et sans pilote un cadre de référence.
- [196] Le risque de ce mode d'évaluation est d'être très médical, compte tenu de la faible appétence des employeurs publics à se poser la question du reclassement des intéressés sur un autre poste et compte tenu de la faible connaissance des métiers de l'administration par les médecins agréés. Seule amodiation à ce risque, la présence à titre consultatif du médecin de prévention de l'administration dans la commission de réforme.
- [197] 2/ en termes de couverture facultative individuelle de la perte de gain²⁸, les organismes de prévoyance apprécient l'état d'invalidité par la combinaison d'un taux d'incapacité fonctionnelle mesuré par le barème de droit commun édité par la revue « le Concours médical » et d'un taux d'incapacité professionnelle apprécié par le médecin conseil de l'organisme de prévoyance, mesure assez simple puisque linéaire et comparant les capacités restantes aux conditions normales d'exercice de la profession antérieure et à ses conditions particulières par le demandeur. Cette combinaison fait l'objet d'un tableau à double entrée commun à tous les organismes de prévoyance complémentaire. L'existence d'un tel barème extérieur au contrat est liée au droit des assurances qui proscriit le fait qu'un assureur puisse définir son propre engagement dans un contrat.
- [198] 3/ Il existe enfin une autre exception fondamentale dans le domaine du minimum handicap qu'est l'allocation aux adultes handicapés dont la mesure repose sur la définition du handicap issue des travaux de l'OMS²⁹ et sur deux outils:
- un guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles. Ce guide barème établi en 1993³⁰ et modifié en 2007 est cohérent avec les principes des deux grandes classifications de l'OMS décrits en 1ère partie ;
 - un arbre de décision relatif à une éventuelle décision de restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (annexe VII). La mission ne qualifie pas cet arbre de décision de référentiel d'employabilité qui nécessiterait de multiples développements; il est simplement un commentaire du décret du 16 août 2011 et de sa circulaire d'application sous forme de logigramme qui en simplifie l'usage.
- [199] Ce référentiel est complété par l'expérimentation actuelle dans 10 départements d'un processus de mise en situation en entreprise des personnes handicapées à la suite du « rapport Busnel »³¹.
- [200] Le recours à un barème et à un référentiel se justifie ici par le fait que les personnes évaluées ne sont pas assurées donc suivies au cours d'une période précédente par un médecin conseil et qu'il s'agit de mesurer une distance par rapport à tout emploi et non à un emploi convenable en comparaison du précédent comme c'est le cas dans le régime général.

²⁸ Le barème de droit commun édité par le Concours médical vaut en règle générale pour l'assurance emprunteur et la garantie accident de la vie

²⁹ Article L. 114-1 du code de l'action sociale et des familles issu de la loi du 11 février 2005 :

³⁰ De 1975 à 1993, l'évaluation du droit à l'AAH se faisait à partir du barème des pensions militaires d'invalidité

³¹ Rapport du groupe de travail « l'emploi, un droit à faire vivre pour tous », décembre 2009

- [201] Cette évaluation est faite par une équipe pluridisciplinaire mixant une expertise médicale interne (médecin référent) et externe à la MDPH et une expertise emploi externe et constituée de façon variable (à titre de référence dans le Val d'Oise : Cap emploi, en lien avec les référents Travailleurs handicapés des entreprises, une personne responsable de centre de rééducation professionnelle, un directeur d'ESAT ; il n'y a pas de présence de Pôle Emploi contrairement à d'autres départements).
- [202] Cette évaluation est enfin articulée avec tous les aspects de la vie d'une personne handicapée pouvant relever du droit à la compensation ; sa philosophie est donc d'être globale et multidimensionnelle et non simplement médicale. Elle repose d'ailleurs théoriquement sur un recueil d'information général : le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée (GEVA).
- [203] Pour être enfin complet existe dans le champ de la prestation de compensation du handicap un référentiel comme il en existe dans les régimes de sécurité sociale en matière d'évaluation du droit à la majoration pour tierce personne.

2.2.1.2. L'animation des réseaux d'évaluateurs en vue de réduire l'hétérogénéité

- [204] Qu'il existe ou qu'il n'existe pas de barème, l'animation du réseau des évaluateurs est apparue dans la synthèse de la première partie comme très importante : dans le premier cas parce que les barèmes ne sont qu'indicatifs, dans le deuxième cas parce que l'animation peut pallier l'absence de barèmes, dans les deux cas parce que l'évaluation de l'état d'invalidité est comme on l'a dit un programme parmi les plus compliqués des régimes de sécurité sociale et qu'il est essentiel de la conduire de façon homogène.
- [205] L'animation et le pilotage d'un réseau allient de manière classique l'assignation d'objectifs de résultats ou d'activité aux acteurs du réseau, la définition de référentiels de procédures et de contrôle interne, un système d'information dédié avec si possible les aides en ligne nécessaires.
- [206] Le volet RH est essentiel qui comprend le recrutement ou la désignation d'évaluateurs compétents³² (ici des médecins), leur formation initiale sur leur rôle concret en matière d'invalidité et leur formation continue. La standardisation des pratiques professionnelles peut bénéficier également comme telle mais aussi d'activités de revues collectives de dossiers et de supervision individuelle. Peuvent s'ajouter à ces éléments, dans les grands réseaux, un contrôle de gestion d'une part et des activités d'audit interne voire externe.
- [207] Cette animation nécessite des outils et des activités de support spécifiques. Les outils de pilotage et d'animation décrits dans la partie 1.2.2 ont servi de grille d'analyse au fonctionnement des réseaux actuels des organismes rencontrés, notamment les réseaux des médecins conseil du régime général, de la MSA et du RSI. Les autres réseaux œuvrant en matière d'invalidité ont été également observés, notamment le réseau des comités médicaux et des commissions de réforme des trois fonctions publiques. L'animation de réseau concerne également les dispositifs des MPDH et cette fonction repose en partie sur la CNSA. Il existe des besoins d'animation pour le régime des pensions d'invalidité militaires et de l'ONIAM.
- [208] Depuis quand et comment ces différents leviers ont-ils été associés en mis en œuvre dans les réseaux rencontrés par la mission ? Dispose-t-on de résultats en matière de réduction de l'hétérogénéité des pratiques ?
- [209] Le tableau suivant rassemble les principaux éléments observés dans les organismes qui s'appuient sur des réseaux pour conduire les expertises en matière d'invalidité. Sont joints, à titre de comparaison les deux réseaux CRCI/ONIAM et MDPH/CNSA.

³² Certains organismes ne recourent qu'à des experts médicaux commissionnés pour chaque dossier (réseau des médecins agréés en comités médicaux et commission de réforme de la fonction publique) Ce recours aux praticiens libéraux prévalait pour les artisans et commerçant avant la création du régime RSI.

Tableau 1 : Les leviers de réduction de l'hétérogénéité des pratiques professionnelles en matière de pension d'invalidité et de handicap

Organismes	Invalidité				Handicap	Accidents médicaux
	CNAMTS	CCMSA	RSI	Fonctionnaires	CNSA/MDPH	ONIAM
Orientations stratégiques						
Une politique de réduction de l'hétérogénéité des pratiques professionnelles est affichée	+	+	+	-	-	+
La politique est traduite dans un document d'objectifs assignés aux différentes strates des acteurs du réseau	+	-	-	-	-	-
Outils et procédures						
Des guides de procédures sur la gestion de l'invalidité existent pour les services administratifs et médicaux	+	+	± ³³	+		
Des rapports standardisés d'évaluation de la demande d'invalidité existent	+	+	+	+	+	
Des référentiels médicaux existent pour la mesure des déficiences	- ³⁴	-	-	+	+	
Des référentiels professionnels existent pour la mesure de la distance à l'emploi	-	-	-	sans objet ³⁵	+ ³⁶	
Un système de contrôle interne est défini et opérationnel	+		-	-	-	-
Recrutement et formation des médecins						
Les évaluateurs sont des professionnels recrutés et temps plein dans le réseau	+	+	+	-	+	-
Des compétences initiales en matière d'expertise « invalidité/ droit de la réparation » sont exigées	-	-	-	-	-	+
Une formation initiale est réalisée par le réseau	+	+	+	-	+	-
Une formation continue existe par le réseau	+	+	-	-	+	-
Amélioration collective des pratiques professionnelles						
Un processus de décision collégiale est formalisé pour les cas complexes	-	-	-	-	+	
Un processus de supervision des décisions individuelles est formalisé	+ pour MTP	-	-	+ ³⁷	-	
Des revues de dossiers collectives sont organisées hors formation initiale	+	+	+	-	-	

³³ Une dizaine de régions sur la trentaine du réseau RSI ont développé ces guides dans le cadre du développement des pôles IJ- invalidité

³⁴ Fiches repères pour les principales pathologies en cause dans demande d'invalidité en cours de réalisation pour 2012

³⁵ Les évaluations médicales et professionnelles sont intriquées dans le barème médical

³⁶ La démarche RSDAE n'est pas à proprement parler un référentiel comme on l'a dit précédemment.

³⁷ Par le Service des retraites de l'Etat (*cf. infra*)

Evaluation des pratiques individuelles						
Un processus formalisé d'évaluation des compétences individuelles d'expertise existe	-	-	-	-	-	+
Un processus de non renouvellement de l'expert en cas d'insuffisance existe					-	+
Outillage et suivi de l'activité du réseau						
Un SI opérationnel est en place qui permet de suivre les principaux objectifs assignés	+ ³⁸	+	-	-	-	+ ³⁹
Un contrôle de gestion est en place	+		-			
Des tableaux de comparaison des indicateurs de l'invalidité sont opérationnels pour tous les acteurs périphériques du réseau (dans contrôles internes ou autre)	+	- ⁴⁰	-	-	-	
Des audits internes sont réalisés	+		-	-	-	+
Des audits externes sont réalisés ⁴¹	-	-	-	-	-	-

Source : IGAS

[210] Quel jugement final peut-on poser sur l'animation des réseaux d'évaluateurs et sa capacité à peser sur l'hétérogénéité des décisions ?

Régime général, MSA, RSI

[211] Les objectifs fixés aux trois réseaux sont tout d'abord clairement orientés aujourd'hui sur la période préalable d'arrêt de travail long.

[212] S'agissant de l'invalidité, il s'agit moins de réduire les hétérogénéités d'appréciation que de maîtriser les risques de fraude et les risques financiers liés aux charges les plus lourdes comme l'attribution de la tierce personne. Le processus de supervision mis en place par la CNAMTS sur ce sujet y trouve son origine.

[213] On ne confondra pas ensuite animation de réseau d'évaluateurs et référentiels nationaux de procédure en matière d'évaluation de l'invalidité. Ceux-ci définissent les bonnes pratiques, voire standardisent les procédures (quels acteurs, quelle chaîne de travail logique, quels SI, quels imprimés types, quels supports documentaires juridiques, médicaux, administratifs comme par exemple un annuaire des médecins du travail). Ces référentiels concernent les services administratifs et les services médicaux, et peuvent être implantés dans le cadre de démarches qualité ou de démarche de contrôle interne de maîtrise des risques. Ils sont de fait en plein développement dans le régime général et à la MSA.

³⁸ Décisionnel HIPPOCRATE ; Déploiement également de l'appliquatif Olympe développé en région Bretagne en 2010-2011 dans le réseau pour le suivi partagé du programme PDP entre CARSAT/CPAM/CGSS/DRSM et ELSM

³⁹ Le SI PA-PH qui permettra de suivre les remontées de l'ensemble des MDPH n'est pas opérationnel. La CNSA procède par consolidation de données partielles sur certains départements (cf. Annexe VI)

⁴⁰ Certaines régions comme Midi-Pyrénées ont produit ces tableaux

⁴¹ Cette rubrique figure par volonté d'être exhaustif. On voit en annexe I, qu'il y a très peu d'audits externes dans les autres pays sur les décisions en matière d'attribution d'une pension d'invalidité

- [214] La question posée à la mission concerne un autre domaine, celui d'une animation du réseau des médecins sur les critères d'évaluation de l'invalidité. L'on rappellera tout d'abord qu'il n'y a pas de spécialisation de médecins conseils sur le sujet de l'invalidité, ni même sur le seul sujet des prestations en espèces : tous les médecins conseils des échelons locaux traitent de tous les sujets médicaux pour lesquels ils sont sollicités. Parmi les leviers contribuant à la standardisation des pratiques professionnelles, seuls trois d'entre eux sont prioritairement mobilisés par le régime général, la MSA et le RSI : le recrutement de professionnels propres à chaque organisme, la formation initiale et les études de cas collectives.
- [215] L'animation des réseaux d'évaluateurs apparaît donc limitée dans les trois régimes.
- [216] Constatant cette faiblesse, le régime général s'est engagé depuis le début 2012 dans un plan d'action relatif à l'amélioration de la qualité dans le processus de gestion de l'invalidité dont les objectifs sont d'accompagner les pratiques des médecins conseils (et des médecins traitants) pour favoriser l'égalité de traitement sur le territoire en matière d'arrêt de travail de longue durée, mettre en place un référentiel permettant la bonne pratique en matière de stabilisation sur tout le territoire, harmoniser les pratiques en matière d'évaluation de l'invalidité. Les autres régimes sont moins engagés. Ces initiatives doivent être encouragées et évaluées. La CNAMTS devrait produire d'ici la mi- 2012 les premiers résultats d'une évaluation sur ce sujet.

Fonctionnaires

- [217] La mission constate une absence totale d'instance de pilotage et d'animation de réseau dans le domaine des trois fonctions publiques. Cette situation a pour origine la délégation faite par l'administration de la fonction publique à l'administration de la santé du secrétariat des commissions de réforme, sous prétexte que cette administration disposait de médecins. Mais l'administration de la santé n'a jamais eu la ressource médicale pour animer cette fonction de secrétariat et la récente réforme de l'administration territoriale a rattaché ces secrétariats aux directions chargées de la cohésion sociale qui n'ont pas de médecin. Il n'y a dès lors dans le monde Fonctions publiques ni formation des médecins, ni partage des pratiques ; le Service des retraites de l'Etat veille pour sa part à l'harmonisation de la fixation des taux et au respect de la conformité de ces taux aux fourchettes prévues par le barème.⁴²

Allocation aux adultes handicapés

- [218] Concernant l'AAH, la mission note enfin la contradiction qu'il y a entre les notions d'animation de réseau sous l'égide de la CNSA (qui n'avait pas à l'origine de responsabilité en terme d'AAH) et décentralisation de fait du réseau des MDPH sous l'égide des conseils généraux, sans que la présence de l'Etat au sein des CDAPH ne puisse résoudre l'équation. L'animation du réseau des évaluateurs a à ce stade pour objet la formation initiale au barème et au référentiel d'employabilité, l'échange de premières bonnes pratiques par le biais de sites électroniques, lettres d'information, publications, de réunions métiers, de groupes de travail thématiques, d'expérimentations. La remontée de données statistiques, cruciale pour tout pilotage de réseau, reste très limitée en l'absence de SI communs aux MDPH.

⁴² Voir sur ce point le rapport IGAS-IGAENR n° 2010-031 P de mars 2010 : évaluation du fonctionnement des comités médicaux et des commissions de réforme pour les personnels de l'Education nationale

2.2.1.3. Les deux risques de la situation ainsi décrite

- [219] Le premier risque de la situation ainsi décrite où l'évaluation de l'état d'invalidité repose fondamentalement sur un médecin conseil est une évaluation préférentiellement médicale et pas assez référée à la connaissance de tous les emplois ou de tous les emplois convenables que pourrait tenir la personne. Même dans le régime agricole n'est pas définie la notion de profession agricole par rapport à laquelle est référée l'évaluation de l'invalidité d'un exploitant. Même lorsqu'existe une équipe pluridisciplinaire médecin/expert emploi et un arbre de décision relatif à la distance à l'emploi comme en matière d'AAH, même lorsque la MDPH se prononce sur de nombreux autres aspects de l'insertion professionnelle des personnes handicapées⁴³, le poids de l'analyse médicale reste très important comme la mission a pu le constater.
- [220] On rappellera à cet égard que, contrairement à d'autres pays, l'évaluation du médecin vaut quasi décision, même lorsque la décision administrative est prise après avis d'une instance collective (commission de réforme pour les trois fonctions publiques, commission des rentes pour les salariés et exploitants agricoles) : de fait les décisions prises en matière d'incapacité de travail et gain sont presque toujours conformes aux avis formulés par les autorités médicales. Ce poids de l'avis médical reste marquant, même s'il est davantage contrebalancé par l'évaluation de l'employabilité, dans les équipes pluridisciplinaires des CDAPH pour l'AAH.
- [221] Le deuxième risque de la situation décrite où l'évaluation de l'état d'invalidité est fondamentalement la décision d'un médecin conseil seul, est celui de l'hétérogénéité des décisions. Il fait l'objet des développements suivants.

2.2.2. La situation actuelle crée un risque d'hétérogénéité géographique dans les décisions de mise en invalidité mais les organisations et pratiques professionnelles sont loin d'être les seuls facteurs en cause

- [222] En l'absence de barème, qui permettrait de mesurer l'écart de chaque décision d'accord ou de refus à un « gold standard », le diagnostic d'hétérogénéité repose d'abord sur des comparaisons des taux d'attribution (ou de refus) géographiques, entre centres.
- [223] Cette approche souffre de faiblesses méthodologiques qui empêchent de pouvoir en tirer toutes les conséquences opérationnelles. Toutefois, elle apporte aussi des informations intéressantes sur d'autres écarts qui interrogent l'équité générale mais aussi les dynamiques d'accès aux différentes prestations de revenus de remplacement, vues dans leur ensemble.

2.2.2.1. Les travaux de la Cour des comptes mettent en évidence les hétérogénéités géographiques et pointent la responsabilité des pratiques professionnelles des médecins conseil

- [224] Il a été rappelé en introduction combien la commande du Parlement au Gouvernement à l'origine de la mission, repose sur le constat d'hétérogénéité des pratiques médicales de la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2010.
- [225] La Cour fait porter son analyse sur les écarts géographiques de trois indicateurs principaux :
- le nombre d'avis rendus en matière d'invalidité par région ou par échelon local du service médical (ELSM) rapporté à la population (soit un taux d'incidence des avis) ;
 - le nombre d'avis favorables rendu en matière d'invalidité rapporté à la population (soit un taux d'incidence des avis favorables) ;
 - le nombre d'avis défavorables rapporté à l'ensemble des demandes d'avis (soit une proportion d'avis défavorables).

⁴³ Ex : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, orientation professionnelle dont orientation vers établissements spécialisés, aides aux employeurs pour efficience réduite, aménagement de poste du travail et lourdeur du handicap

[226] Le tableau suivant rassemble ces constats sur les données 2008 :

Tableau 2 : Nombre d'avis rendus en 2008 et de pensions d'invalidité attribuées pour 100 000 personnes protégées, âgées de 20 à 59 ans selon les régions

	Nombre d'avis rendus dans le cadre de l'invalidité pour 100 000 personnes protégées de 20 à 59 ans	Nombre de pensions d'invalidité attribuées pour 100 000 personnes protégées de 20 à 59 ans	Pourcentage d'avis défavorables
guyane	41	39	3%
martinique	71	65	8%
réunion	91	69	24%
guadeloupe	76	71	7%
nord est	251	167	34%
île de france	203	177	13%
centre	226	185	18%
pays de loire	240	192	20%
centre ouest	246	193	22%
aquitaine	280	217	22%
alsace moselle	322	218	32%
bourgogne franche comté	295	222	25%
moyenne	276	224	19%
midi pyrénées	315	230	27%
normandie	290	246	15%
rhône alpes	296	249	16%
nord picardie	337	264	22%
pacac	331	291	12%
bretagne	344	299	13%
auvergne	377	307	18%
languedoc roussillon	399	341	14%

Source : Données Hippocrate, calculs Cour des comptes

[227] **La Cour constate que** « le taux d'avis défavorables varie fortement d'une région à l'autre. S'établissant en moyenne à 19 %, il varie en France métropolitaine de 13 % pour la DRSM de Bretagne à plus de 30 % en Alsace-Moselle et dans la région Nord-est et les écarts entre ELSM peuvent être encore plus élevés (54 % d'avis défavorables à Epinal contre 9 % à Rennes) ».

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

[229] Les raisons avancées pour expliquer ces écarts entre taux d'incidence régionaux sont les états de santé et la situation de l'emploi qui diffèrent de manière notoire entre régions. Mais celles-ci semblent insuffisantes pour expliquer pourquoi et la Cour pointe la part qui serait attribuable aux différences de pratiques entre les CPAM : « d'autres facteurs peuvent jouer : le faible encadrement de ces deux dispositifs⁴⁴, des politiques particulièrement volontaristes en matière de convocation des assurés ou de prévention de la désinsertion professionnelle mais aussi le facteur humain ».

[230] Au final, la mise en cause principale qui constitue le titre de cette partie, est rapportée aux pratiques des médecins conseils : « Très peu encadrés, l'invalidité et l'inaptitude sont appréciées de manière particulièrement hétérogène par les médecins conseil qui s'abstraient d'ailleurs en partie du cadre juridique. L'égalité de traitement n'est donc pas assurée sur le territoire ».

[231] Dans sa réponse à la Cour, la CNAMTS avait fait valoir que « le taux d'avis défavorables n'est pas un indicateur suffisant comme la Cour l'indique dans son constat... il convient de distinguer la part des invalides par stabilisation et forclusion de celle qui fait suite à une demande de l'assuré. Dans le premier cas, des instructions ont été données pour stabiliser le plus vite possible les arrêts de longue durée et leur attribuer une pension d'invalidité, par conséquent un faible taux d'avis défavorable ne constitue pas une anomalie. C'est seulement dans le deuxième cas que l'analyse des écarts de taux d'avis défavorables entre régions est opportune ».

⁴⁴ Le constat porte sur les hétérogénéités en matière de mise en invalidité et en inaptitude.

2.2.2.2. Une étude complémentaire menée par l'IGAS sur les données du régime général confirme le constat d'hétérogénéité des taux d'incidence des avis et des taux de refus

- [232] L'annexe III détaille la méthode et les résultats d'une étude sur les pensions d'invalidité conduite sur la période 2008-2011 par l'IGAS à partir d'une requête réalisée par la CNAMTS dans son système d'information décisionnel Hippocrate.
- [233] Les demandes d'avis médicaux instruites par les médecins conseils proviennent soit de l'assuré (ou de son médecin traitant), soit de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour les assurés dont le dossier arrive à forclusion de la période des trois ans de versement d'indemnités journalières ou soit enfin, des médecins conseils des échelons locaux du service médical (ELSM) lorsque la situation médicale des assurés leur semble stabilisée.
- [234] Le protocole de l'étude complémentaire de l'IGAS tient compte des objections méthodologiques de la CNAMTS dans sa réponse à la Cour des comptes : il est centré sur les premières demandes d'avis émis à la demande des assurés d'une part et sur les avis d'accord ou de refus émis par les seuls médecins conseil d'autre part⁴⁵. Les données des ELSM provenant des quelques départements qui disposent de deux échelons locaux, ont été regroupées. L'analyse de variance a été conduite par département ou par région.
- [235] 102 000 avis médicaux sur première demande ont été rendus par les médecins conseil en 2011 pour un peu plus de 27,1 millions de personnes protégées de 20 à 59 ans du régime général. Les avis médicaux rendus à la demande des assurés représentent 43 % des demandes d'avis en 2011 (contre 38 % en 2008). La croissance sur la période de cette catégorie de demande est de 45 %⁴⁶. Ces demandes d'avis provenant des assurés progressent plus que celles prises à l'initiative des CPAM ou des ELSM.
- [236] Les conditions d'examen des demandes à l'initiative de l'assuré portent sur des personnes moins bien connues des praticiens conseil, car n'étant pas suivies de longue date au titre d'un arrêt de travail avec indemnités journalières.

Les écarts entre taux départementaux de première demande de pension d'invalidité

- [237] Les taux de premières demandes d'avis pris à l'initiative des assurés présentent d'importantes variations départementales : les écarts entre le taux le plus faible et le taux le plus élevés vont de 1 à 30 entre 2008 et 2011.

Tableau 3 : Indicateurs de dispersion des taux moyens départementaux⁴⁷ de demandes d'avis de pensions d'invalidité à l'initiative de l'assuré entre 2008 et 2011 pour la population des personnes protégées du régime général en France

Demandes d'avis pour 100 000 personnes protégées	2008	2009	2010	2011
Moyenne	122	126	143	177
Coefficient de variation ⁴⁸	0,41	0,39	0,41	0,40
rapport max/min	31	21	33	27
Rapport Décile 9/Décile 1	2,9	3,2	2,6	2,6

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate. 2008- 2011. Base 100 départements. Traitement IGAS

⁴⁵ Une part des avis porte sur des renouvellements ou des révisions de pensions d'invalidité. Par ailleurs une part minoritaire des refus est liée à des causes administratives ou lorsque les conditions techniques de production de l'avis ne sont pas possibles.

⁴⁶ Le taux de croissance annuel moyen (TCAM) sur est de 13,2 % sur la période

⁴⁷ Les indicateurs concernent des dispersions entre départements (les moyennes, médianes et quartiles sont relatives aux taux moyens départementaux)

⁴⁸ Le coefficient de variation, rapport entre l'écart-type et la moyenne, est une mesure de la dispersion relative

- [238] Les amplitudes des écarts entre valeurs extrêmes (maximum/minimum) sont par construction majorées par l'existence de valeurs isolées très basses ou hautes. Les taux d'incidences de mise en invalidité sont particulièrement bas dans les DOM, comme l'avait remarqué la Cour des comptes qui suggère que la faiblesse des demandes de mise en invalidité est compensée par des taux d'attribution d'AAH plus élevés qu'en métropole.
- [239] Lorsque l'on écarte de l'analyse ces valeurs extrêmes ou « outliers », les amplitudes des écarts entre taux d'incidence départementaux sont stables pour les coefficients de variation, voire légèrement décroissants pour les rapports entre le 9^{ème} et le 1^{er} décile. Ces derniers fluctuent dans un rapport de 1 à 3 à 1 à 2,6 entre 2008 et 2011.

Les écarts entre taux départementaux de refus des premières demandes de pension d'invalidité

- [240] S'agissant de la variation des taux de refus médicaux, indicateur particulièrement étudié par la Cour des comptes, les écarts de taux de refus extrêmes entre départements fluctuent d'un facteur 1 à 5 en 2008 à 1 à 3 en 2011. Le calcul des autres indicateurs de dispersion est présenté dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : Indicateurs de dispersion départementaux des taux de refus de pensions d'invalidité rendus à l'initiative de l'assuré entre 2008 et 2011 pour la population des personnes protégées du régime général en France

taux de refus médicaux par département	2008	2009	2010	2011
Moyenne départementale	43 %	44 %	45 %	47 %
coefficient de variation	0,28	0,28	0,28	0,23
rapport max/min	5	14	5	3
Rapport Décile 9/Décile 1	2,0	2,0	2,1	1,9

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate. 2008- 2011. Base 100 départements. Traitement IGAS

- [241] Les écarts entre valeurs extrêmes des taux de refus se réduisent et restent globalement stables sur la période. Les rapports entre le 9^{ème} et le 1^{er} décile sont de 2 sur la période ; le coefficient de variation est décroissant en 2011 ce qui témoigne d'un léger resserrement des écarts.
- [242] Au total, les hétérogénéités observées par la Cour des comptes, sont confirmées sur une analyse plus fine centrée sur les seules demandes de premier avis de pension d'invalidité à l'initiative des assurés. L'amplitude des écarts doit être relativisée au regard des valeurs extrêmes, particulièrement basses dans les DOM : les ordres de grandeur sont alors de 1 à 3 pour les taux d'incidence des demandes d'avis et de 1 à 2 pour les taux de refus.
- [243] Le principal facteur d'hétérogénéité entre départements ne relève pas des taux de refus, mais d'abord des écarts géographiques importants existants en matière de taux de demandes de pension d'invalidité par les assurés.

- [244] Peu de travaux ont pu démontrer autrement que sur des cas individuels l'impact potentiel des améliorations nécessaires de l'accès aux droits et leurs enjeux s'agissant de l'invalidité. Une étude remarquable menée en 2010 en Ile de France dans le régime général pour les patients porteurs d'un mésothéliome pleural, témoigne de ces enjeux que ce soit en matière de reconnaissance de maladie professionnelle ou d'accès au FIVA. L'étude a porté sur les 22 départements du Programme national de surveillance du mésothéliome, pour les sujets relevant de la CNAMTS⁴⁹. Parmi les cas diagnostiqués à partir du premier janvier 2005 dans ces départements, 38 % des sujets ont effectué une demande d'indemnisation qui dans la quasi-totalité des cas a conduit à un accord. Les sujets relevant de la CNAMTS ont fait une demande d'indemnisation dans 40 % des cas alors que cette proportion est de 30 % lorsqu'ils relèvent d'autres régimes de protection sociale. Cette différence est statistiquement significative. Par contre un tiers des sujets du régime général n'ont fait ni demande de reconnaissance en maladie professionnelle ni demande d'indemnisation auprès du FIVA.
- [245] Cette étude confirme que les hétérogénéités d'accès aux droits sont un sujet au moins aussi important que les hétérogénéités dans l'évaluation des demandes. Elle éclaire la nécessité de renforcer l'action des caisses pour promouvoir l'accès aux droits et prestations auxquels les assurés peuvent prétendre et d'en mesurer la marge de progression souhaitable.

2.2.2.3. Les écarts géographiques d'accès et/ou d'attribution de prestations sociales en matière d'invalidité et de handicap sont également observés pour d'autres régimes et dispositifs⁵⁰

Les écarts géographiques dans les trois grands régimes d'invalidité

- [246] Ce phénomène ne se cantonne pas au seul régime général mais touche aussi les autres régimes de sécurité sociale RSI et MSA, ainsi que les régimes spéciaux des fonctionnaires.
- [247] Les données disponibles communes sont régionales et ne concernent que la métropole pour les trois régimes principaux de sécurité sociale du risque invalidité. On ne présentera que les indicateurs de dispersion, objet de cette analyse sur l'hétérogénéité, les valeurs des moyennes régionales elles-mêmes sont présentées en annexe IV.

Tableau 5 : Indicateurs de dispersion en 2010 des moyennes régionales de demandes d'invalidité à la CNAMTS, à la MSA et au RSI rapportées à la population protégée de chaque régime en métropole

Indicateurs de dispersion des moyennes régionales de demandes de pension d'invalidité 2010	CNAMTS pour 1000 personnes protégées	MSA ASA et AMEXA pour 1000 assurés	RSI artisans pour 1000 actifs	RSI commerçants pour 1000 actifs
Coefficient de variation	0,25	0,28	0,3	0,3
rapport maximum/minimum	2,7	3,1	2,53	2,76
Rapport Décile 9/1	1,9	2,0	2,10	2,15

Source : CNAMTS, CCMSA et RSI ; Traitement IGAS

⁴⁹ Institut Interuniversitaire de Médecine du Travail de Paris Ile de France Rapport d'activité 2010 Volet médico-social. Programme national de surveillance du mésothéliome PNSM.

⁵⁰ L'ensemble des éléments des cette partie est détaillé en annexe IV

[248] Les écarts entre moyennes régionales des demandes de pensions d'invalidité rapportées à la population sont superposables pour les populations de métropole pour les trois principaux indicateurs de dispersion utilisés dans cette analyse : coefficients de variation (0,25 à 0,3), rapport des moyennes régionales minimum/maximum (2,5 à 3) et rapports entre le 9^{ème} et le 1^{er} décile des moyennes régionales (1,9 à 2,15).

Les écarts géographiques dans les régimes d'invalidité des fonctionnaires

[249] Un constat similaire d'écart entre les trois fonctions publiques peut être fait. Les données disponibles ne portent pas sur les demandes de pension d'invalidité mais sur leur attribution : le nombre de mise en invalidité est rapporté à la population régionale des fonctionnaires de chaque fonction publique et porte sur la métropole en 2010 pour la fonction publique de l'Etat et 2009 pour les deux autres fonctions publiques hospitalière et territoriale.

Tableau 6 : Variation régionale du nombre de mises en invalidité rapporté au nombre de fonctionnaires de métropole, dans les 3 régimes de la Fonction publique

Métropole	Données 2010 DGFIP	Données 2009 Caisse des dépôts/ CNRACL	
	Fonction publique Etat	Fonction publique Hospitalière	Fonction publique Territoriale
Taux d'incidence moyen régional de mises en invalidité pour 1000 fonctionnaires	2,46	2,21	2,29
coefficient de variation	0,36	0,36	0,18
rapport maximum/minimum	4,5	3,1	2,8
Rapport Décile 9/ Décile 1	2,24	3,2	1,8

Source : DGFIP 2006-2011 & Caisse des dépôts 2011; Retraitements : IGAS.

[250] Les taux d'incidence régionaux de mise en invalidité peuvent être directement comparés car calculés sur les mêmes bases : ils sont très proches autour de 2,3 à 2,4 pour mille fonctionnaires dans la région. Les indicateurs de dispersion des deux fonctions publiques Etat et Hospitalière sont proches. Les écarts extrêmes sont plus marqués pour la FPE (1 à 4,4). L'hétérogénéité des mises en invalidité apparaît plus faible dans la fonction publique territoriale.

Les écarts géographiques en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles de la CNAMTS

[251] La réduction de l'hétérogénéité des taux de reconnaissance des accidents de travail et de trajet entre les caisses primaires d'assurance maladie constitue depuis 2008 un objectif national pour la branche AT-MP.

[252] Les rapports rapport inter déciles D9/D1 sont de 1,2 pour les accidents du travail et de 1,4 pour les accidents de trajet sur la période 2007-2010. Ces données témoignent d'une stabilité des écarts constatés entre CPAM pour les accidents du travail : pas de modification de l'écart type, du coefficient de variation ni du rapport inter déciles D9/D1. Les écarts entre les taux de reconnaissance entre CPAM se réduisent pour les accidents de trajets : ils ont décliné de dix points en 4 ans : 25 % en 2007 à 15 % en 2010.

[253] Les écarts entre les taux de reconnaissance des maladies professionnelles par les CPAM, estimés ici également par les mêmes indicateurs de dispersion sont légèrement décroissants : le rapport inter déciles D9/D1 passe de 1,43 en 2007 à 1,35 en 2010.

Les écarts géographiques dans le dispositif de l'AAH

- [254] Dans le régime de solidarité, l'hétérogénéité géographique a été documentée de longue date en ce qui concerne l'accès et l'attribution de l'AAH. L'hétérogénéité persiste sur les données les plus récentes comme en témoigne le tableau suivant.

Tableau 7 : Variation des taux de premiers accords AAH selon les départements (pour 1000 habitants de 20 à 59 ans) Périodes 2006-2007 & 2010-2011⁵¹

Taux d'accord départementaux d'AAH	Moyenne 2006 - 2007	Moyenne 2010 - 2011
Nombre de départements	89	56
Moyenne départementale sur la période	1,8	3,8
coefficient de variation	0,3	0,79
Rapport Max/min	3,4	2,7
Rapport Q3/Q1	1,4	2,23

Source : DREES & CNSA ; traitement IGAS

Les écarts géographiques dans les prestations d'invalidité des pays de l'OCDE

- [255] La question de l'hétérogénéité des dispositifs est soulevée également dans les autres pays qui gèrent l'attribution de revenus de remplacement similaires à celui des pensions d'invalidité. Toutes les études OCDE témoignent de l'existence du phénomène. Les écarts entre valeurs maximales et minimales des taux de prestations d'invalidité servies vont de 1 à 2 entre les zones géographiques de ces pays (cf. annexe IV).

Synthèse partielle sur l'hétérogénéité des prestations d'invalidité ou de handicap

- [256] On peut conclure à ce stade que l'hétérogénéité des taux de demande et d'attribution des prestations liées à l'invalidité et au handicap est « la règle » en France, mais aussi probablement dans les autres pays de l'OCDE. Ceci pourrait être résumé en forme d'aphorisme : « la variabilité dans les dispositifs observés est constante ».
- [257] La seconde conclusion est que la variabilité doit être appréciée avec plusieurs indicateurs de dispersion. Il est notamment utile de pouvoir neutraliser les effets des valeurs extrêmes sur les moyennes et les rapports maximum/minimum. Le rapport des 9^{ème} et 1^{er} déciles qui concerne 90 % des valeurs d'une distribution y contribue ; il est remarquable de relever que ce rapport est compris entre 2 et 3 pour la plupart des différents taux départementaux observés ci-dessus. Ceci fixe les limites générales de l'hétérogénéité observée.
- [258] Mais ces travaux ne renseignent pas sur les causes de l'hétérogénéité. Quels sont les principaux déterminants de cette variabilité ? Peut-on conforter l'hypothèse de la Cour des comptes qui, au vu de l'importance des différences géographiques, invoque d'autres facteurs que les seuls déterminants socio-démographiques et privilégie parmi ceux-ci les organisations et pratiques professionnelles médicales ? Si oui, peut-on apprécier dans quelle proportion ces dernières contribuent à l'hétérogénéité observée ?

⁵¹ On regardera avec attention ces données car le nombre de département étudié n'est pas semblable entre les deux périodes ce qui peut accroître les écarts, notamment maximum-minimum.

2.2.2.4. Il n'existe pas d'étude sur les principaux déterminants des écarts en matière de pension d'invalidité comme celle de la DREES sur l'AAH en 2009 ou sur l'APA en 2005

- [259] Rares sont les études qui tentent d'identifier les principaux déterminants de ces variations. Deux études ont creusé récemment ce sujet : la première porte sur les décisions des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) et la seconde sur l'AAH. Elles sont également détaillées dans l'annexe IV.
- [260] La première étude a été conduite par la Commission nationale des accidents médicaux (CNAMED) sur les données d'activité 2009-2010 des sept CRCI, instances d'évaluation des demandes de réparation en cas d'accidents médicaux. L'essentiel de la variance entre CRCI des demandes d'indemnisation de leur zone est expliquée d'après la CNAMED par les variations de densité d'activité de soins des régions.
- [261] La seconde étude a été réalisée par la DREES en 2009, à la demande d'un groupe de travail sur l'AAH piloté par la CNSA. Elle visait à identifier la part de variance expliquée par la combinaison des différentes variables de contexte local sur les taux d'accord de premières demandes d'AAH. Une quinzaine de variables de contexte ont été identifiées⁵² et introduites dans un modèle d'analyse statistique multivarié (régression multiple au niveau des données départementales). Il ressort de ces travaux que les deux tiers des variations entre les taux d'accord départementaux seraient expliqués par la prise en compte de variables de contexte local.
- [262] Cette seconde étude rejoint les conclusions d'une étude plus ancienne réalisée également par la DREES en 2005, sur la variabilité de l'attribution de l'APA⁵³ : 62 % des différences d'attribution de l'APA dans les départements étaient expliquées par des caractéristiques sociodémographiques, 6 % par la politique départementale concernant les personnes âgées mais 32 % demeuraient inexpliquées. Une hypothèse était déjà qu'une part de ces écarts inexpliqués pourrait être imputable à des pratiques différentes entre équipes d'évaluation départementales.
- [263] Ces résultats laissent à penser que la part de variance qui pourrait être attribuée aux organisations et aux pratiques professionnelles, ne concernerait au maximum qu'un tiers de l'hétérogénéité observée. Mais ces facteurs ne peuvent être introduits dans le modèle qu'à partir d'une analyse de données individuelles et non agrégées sur un département.

2.2.2.5. Il existe une vraie faiblesse méthodologique à corréler des variations géographiques d'attribution d'une prestation sociale à des déterminants sociodémographiques à partir de données agrégées

- [264] Une étude similaire à celle réalisée par la DREES sur l'AAH a été envisagée dans un premier temps par la mission pour les pensions d'invalidité. Mais ce projet a été abandonné au regard des critiques méthodologiques qui sont aujourd'hui portées sur des analyses conduites sur une base géographique agrégée.
- [265] Ces critiques relèvent que les études de type « small variation area » très développées dans les années 1970 et 80 comportent de nombreux biais, notamment lorsqu'il s'agit de porter des conclusions en matière de pratiques professionnelles⁵⁴. C'est pourquoi elles ne sont plus préconisées car considérées comme insuffisamment concluantes et on leur préfère des modèles d'analyse portant sur des données individuelles. Il s'agit en effet de construire un modèle d'analyse qui relie les données médicale et emploi conduisant à la décision individuelle, aux éléments de contexte du binôme évaluateur-évalué (données socio-économétriques sur l'évalué, données sur pratiques professionnelles de l'évaluateur).

⁵² Variables de contexte socio-démographiques (emploi, niveau éducatif, taux de chômage), indicateurs de pauvreté, degré d'urbanisation, état de santé et enfin offre de service en matière de handicap

⁵³ Etudes et Résultats, n°372, janvier 2005, L'APA : une analyse des disparités départementales en 2003, F. Jeger, DREES

⁵⁴ Ces critiques sont développées dans l'Annexe IV.

2.2.2.6. On ne dispose enfin pas de vision consolidée des dynamiques s'exerçant entre les différentes prestations sociales au niveau départemental

- [266] Une première hypothèse, soulevée par la Cour des Comptes pour expliquer les faibles taux de demande de pensions d'invalidité dans les DOM serait que ceux-ci demandent plutôt des AAH.
- [267] La première partie de ce rapport note qu'il existe des flux d'échanges entre les différentes prestations qui procurent un revenu de remplacement : les « vases communiquent ». Mais ils sont gérés dans des dispositifs distincts. Rares sont les travaux qui fournissent une vision consolidée des dynamiques à l'œuvre sur un département en matière d'allocation chômage ARE-ASS⁵⁵, de RSA-RMI, d'indemnités journalières-invalidité-inaptitude et enfin d'AAH.
- [268] S'agissant de la situation spécifique des DOM, le tableau suivant rassemble en 2009 le nombre de bénéficiaires d'AAH, de RMI et de pensions d'invalidité rapportés à la population des 20-59 ans.

Tableau 8 : Situation des bénéficiaires des DOM en matière d'AAH, de RMI et de pensions d'invalidité rapportés à la population des 20-59 ans en 2009

Nombre de bénéficiaires pour 1000 Habitants de 20 à 59 ans en 2009	AAH	RMI	pensions invalidité (CNAMTS)
MARTINIQUE	3,7	5,5	0,5
GUADELOUPE	3,8	14,5	0,6
REUNION	2,7	14,9	0,5
GUYANE	1,4	26,5	0,2
Moyenne départementale France	2,92	5,45	1,81

Source : INSEE Population 2009 ; CNAF-CCMSA, ; DREES et CNAMTS, 100 départements ; Traitement IGAS

- [269] Seule la situation de la Martinique se rapproche de l'hypothèse de la Cour des comptes avec un taux de pensions d'invalidité servies près de trois fois inférieur à la moyenne départementale nationale et un taux d'AAH 1,26 fois supérieur.
- [270] Mais la Guyane dont la population bénéficie du plus faible taux de pensions d'invalidité attribuées de France a également un faible taux d'attribution d'AAH. Par contre elle dispose du plus fort taux d'attribution du RMI. Les situations de la Guadeloupe et de la Réunion s'apparentent à celle de la Guyane.
- [271] Les inter-relations entre prestations services dans un département sont contrastées. L'existence d'une corrélation entre taux départementaux de RSA-RMI et de pensions d'invalidité attribués a été testée sur l'ensemble des données France 2009 et 2010 : les deux prestations ne sont pas corrélées (cf. annexe IV).

2.2.2.7. La faiblesse des travaux existants ne doit pas conduire à rejeter la responsabilité des organisations et pratiques professionnelles

- [272] Il ne faudrait pas, à l'issue de ce travail, conclure qu'une meilleure organisation et des pratiques professionnelles améliorées seraient finalement inutiles en matière de réduction des hétérogénéités observées entre départements. On peut toutefois conclure que tout programme de réduction des hétérogénéités ne pourra aboutir qu'à des résultats modestes en la matière, car d'autres déterminants majeurs sont à l'œuvre pour lesquels il n'existe pas de levier direct.

⁵⁵ ARE : Allocation d'aide au retour à l'emploi ; ASS : Allocation de solidarité spécifique

[273] Par ailleurs, si l'on fixe en matière d'invalidité, des objectifs d'homogénéisation des pratiques comme cela est fait pour les AT-MP, d'autres objectifs de performance des organisations doivent être assignés parallèlement, et notamment des objectifs sur les délais de traitement des demandes. Il ne faudrait pas que l'amélioration de l'homogénéité des évaluations se traduise par une dégradation de leurs délais de réalisation ou un renchérissement excessif des coûts de gestion.

[274] Ceci ne doit toutefois pas conduire à renoncer sur l'homogénéité. Beaucoup d'interlocuteurs rencontrés ont témoigné de l'intérêt et de l'utilité d'œuvrer en matière d'homogénéisation des organisations et des pratiques.

2.3. La gestion du risque invalidité est en France peu pilotée et faiblement interfacée avec les autres programmes sociaux

2.3.1. Le risque invalidité est faiblement piloté

[275] Il n'existe globalement pas en France de pilotage inter-régimes politique ou administratif du risque invalidité, et notamment :

- aucun corps de principes communs qui figurerait par exemple dans le livre premier du code de la sécurité sociale (à l'exception de l'article L. 172-2 portant simple coordination des régimes d'invalidité pour les personnes ayant relevé successivement ou alternativement de différents régimes) ;
- s'il existe bien un ordre juridique commun en matière de recours contentieux général ou « technique »⁵⁶ celui-ci ne fait pas émerger de principes communs et ses décisions ne conduisent à aucune élaboration et commentaire de doctrine ;
- les sujets et organismes d'étude en France sont centrés sur le handicap^{57,58}. Il n'existe aucune recherche de fond sur l'invalidité, ni interface avec la profusion des publications à l'étranger (l'incapacité de travail et de gains étant universelle. On voit l'intérêt de l'exploitation des travaux internationaux) ; aucune expertise scientifique et/ou « médicale » d'évaluation de l'état d'invalidité n'existe (le Haut comité médical de la sécurité sociale, dont c'était une des tâches, a été supprimé en 2007, en fait dès 2004 sans que la HAS ne reprenne en rien ses fonctions ;
- aucune interface avec les organisations internationales : la France a été la grande absente du programme décennal d'études de l'OCDE sur le risque invalidité et encore aujourd'hui sur le sujet très important de l'invalidité liée aux troubles mentaux ;
- aucune vision consolidée des données pour un risque qui représente 7,5 Mds€ (6 pour les régimes obligatoires, dont 4,4 pour le régime général). Il est clair que devraient être disponibles les types de données suivantes : personnes couvertes par rapport à la population totale ; flux de demandes, flux d'entrée et de sortie et leurs caractéristiques d'âge, de déficience d'origine, en termes de mode de revenus sociaux préalables etc. ; stock de bénéficiaires ; taux de remplacement de la pension d'invalidité et revenu disponible ; taux d'activité ; ressources totales et donc niveau de vie etc. Il n'y a pas de bases de données individuelles qui permettraient une mesure exacte de l'hétérogénéité des décisions et de la part des pratiques professionnelles dans cette hétérogénéité ;

⁵⁶ Hormis pour le régime des fonctionnaires dont les ressortissants relèvent du juge administratif, et sans compter naturellement à ce stade les autres juges d'appréciation de l'aptitude au poste (le conseil des prud'hommes) ou de la discrimination à l'emploi (le juge pénal).

⁵⁷ Depuis le 1er janvier 2011, l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) a repris l'ensemble des activités du Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI) dont l'activité créée en 1975 dans la dynamique de la première loi sur le Handicap était menacée de disparition. La Maison des sciences sociales du handicap (MSSH) a été ouverte, en partenariat avec l'Ecole normale supérieure, le Cnrs, l'Inserm, la structure fédérative de recherche sur le handicap et la CNSA.

⁵⁸ Les appels à projet des pouvoirs publics français sont centrés sur le handicap et la compensation.

- aucun document stratégique, ni objectifs communs aux régimes ; pour ce qui concerne le PQE « invalidité et dispositifs de la CNSA », celui-ci comprend une donnée de cadrage sur huit concernant l'invalidité (effectifs et dépenses des régimes, hors régimes complémentaires) et un objectif sur onze (nombre et proportion des titulaires de pensions d'invalidité bénéficiant de l'ASI) ; il n'existe pas d'objectif de qualité (ex : hétérogénéité des décisions, bonne information des personnes et bon accès au droit, retour des associations, du Défenseur des droits, voire du contentieux) ou d'efficience (ex : taux de prévention de recours à l'invalidité, taux de retour à l'emploi). Pour ce qui est des COG, aucun objectif concernant l'invalidité n'y figure pour le régime général, le RSI, la MSA ;
- aucune vision financière unifiée : il peut exister des cotisations invalidité isolées (ex : régimes des fonctionnaires, régimes de non salariés) ou non (ex : régime général) ; les dépenses des régimes sont inscrites dans la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale ; il n'y a pas de compensation entre les régimes ; il existe seulement un comité de gestion du fonds de financement de l'ASI qui réunit tous les régimes.

[276] Il n'existe pas plus de pilotage de l'invalidité au niveau régional. La DGCS porte un projet de tableau de bord départemental pour 2012, destiné à renforcer la capacité de pilotage local des directions départementales de la cohésion sociale (DDCS), mais il concerne là encore principalement le champ des MDPH et donc du handicap.

[277] Il n'existe enfin pas de lieu d'échange avec les parties prenantes, certes moins structurées que pour le risque AT-MP ou le risque handicap (mais la mission a pu s'entretenir avec profit des sujets invalidité avec le Collectif inter-associatif sur la santé et certaines de ses associations adhérentes).

[278] La mission a enfin constaté la distance qui existait entre les régimes et les institutions, un barème comme celui de l'AAH qui est le plus en phase avec les grands principes internationaux étant par exemple totalement ignoré par le régime général ou le régime des fonctionnaires, chaque institution évoquant d'ailleurs sa spécificité (emploi public/emploi privé, contributif/non contributif) pour estimer qu'elle a besoin de ses propres outils et ne s'intéresser en rien aux outils des autres. De la même façon, les trois chaires récemment inaugurées CNSA-EHESP n'ont aucun lien avec l'assurance maladie, alors que partout, on s'efforce de traiter le même sujet difficile : la mesure de l'employabilité d'une personne dont l'état de santé est altéré.

[279] Au final, le risque invalidité est un véritable angle mort de la protection sociale.

2.3.2. Une faible interface du risque invalidité avec les autres programmes sociaux

[280] Ainsi qu'on l'a dit tout au long de ce rapport, évaluer l'invalidité est évaluer les effets d'une altération de l'état de santé d'une personne sur sa capacité de travail et de gain en vue de sa compensation financière par les régimes de protection sociale. On peut donc escompter d'une meilleure mobilisation des outils d'une politique de l'emploi une meilleure évaluation de l'invalidité.

2.3.2.1. Il existe en France une correcte coupure entre invalidité et chômage/minima sociaux généraux

[281] Dès l'origine du risque invalidité et à tous les niveaux de sa réglementation, il a toujours été réaffirmé que le jugement en matière d'employabilité devait être indépendant de la disponibilité des emplois, au moins dans la région de résidence de l'assuré. Ce point a par exemple de nouveau été réaffirmé dans les instructions relatives à la reconnaissance de la RSDAE en 2011.

[282] Ainsi qu'on l'a vu par ailleurs, les conditions « médicales » d'entrée en invalidité sont strictes (une incapacité quasi-totale d'exercer sa profession antérieure pour des raisons d'altération de l'état de santé) qui rendent plus aisée la distinction handicap social-handicap médical.

[283] Il y a enfin une indemnisation du risque invalidité globalement plus faible que l'indemnisation du risque chômage (une allocation d'aide au retour à l'emploi supérieur à 70 % du salaire net dont sont loin de nombreuses indemnisations invalidité). qui évite la pression vers le premier risque.

[284] Il existe néanmoins deux sujets qui mériteraient un pilotage partagé :

1/ La fixation du montant des minima sociaux compte tenu cette fois-ci du montant plus élevé de l'AAH par rapport au RSA et de seuils d'entrée en AAH moins élevés que pour les pensions d'invalidité (mais la référence « tout emploi » est large en AAH et « emploi convenable » plus restreinte en invalidité).

2/ La mesure de l'employabilité en matière de troubles mentaux, en pleine progression, comme dans les autres pays.

2.3.2.2. Les programmes invalidité sont en concurrence avec les programmes d'anticipation de la retraite pour raisons de santé

[285] Il y a en France comme dans les autres pays une forte prévalence de l'invalidité avec l'âge (9,8 % pour les plus de 55 ans contre 2,4 % tous âges confondus) dont la progression avait été maîtrisée par les programmes de préretraite et un âge de départ à la retraite plus bas en France que dans d'autres pays. En période de disparition des premiers programmes cités et en période d'allongement des durées de carrière et d'âge d'ouverture du droit à la retraite, il est vraisemblable qu'il y aura des pressions à l'entrée dans les régimes d'invalidité concurremment aux autres programmes sociaux d'anticipation de l'âge de la retraite pour raisons de santé : longues carrières, pénibilité, inaptitude, retraite anticipée des personnes handicapées, services actifs dans le secteur public.

[286] Le caractère strict d'entrée en régime d'invalidité et la préférence pour le statut de retraité par rapport à celui d'invalidé, *a fortiori* de handicapé, constitueront en France un facteur atténuant les pressions sur ce régime. En termes d'évaluation, cette pression ne devrait pas poser de problème, l'âge et l'usure de l'organisme étant déjà un critère préférentiel d'attribution des pensions d'invalidité.

[287] Il y a en tout état de cause la nécessité pour piloter le risque invalidité de tenir compte de ces évolutions et notamment de mesurer en temps réel des effets éventuels d'un déport du risque retraite vers le risque invalidité.

2.3.2.3. Notre pays commence à développer la gestion intégrée d'un risque « incapacité de travail » entre indemnisation de la maladie et indemnisation de l'invalidité

[288] Comme on l'a noté en première partie, l'idée est de prévenir l'entrée dans les régimes d'invalidité en ayant une politique active en amont, durant la période d'arrêt de travail lié à la maladie, de retour au précédent emploi ou à la précédente entreprise. Dans le régime général, 50 % des assurés arrêtés pendant plus de six mois ne reprennent pas de travail à temps complet.

[289] Une politique de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) a été récemment développée par la CNAMTS autour de la constitution de cellules régionales et départementales associant services administratifs, services médicaux, services de prévention professionnelle et services sociaux. Elle a fondamentalement pour objectif, au-delà de l'utilisation des outils collectifs et individuels classiques du service social, de mieux prévoir les situations à risque (les plus complexes ou les plus proches du risque de licenciement) et de mieux faire l'interface avec les partenaires extérieurs, les services de santé au travail lorsque le reclassement dans l'entreprise semble encore possible, les MDPH et les institutions chargées de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés dans le cas contraire.

[290] De son côté, le droit du travail a récemment évolué en fixant parmi les objectifs des services de santé au travail, des médecins et des équipes pluridisciplinaires, la prévention de la désinsertion professionnelle et plus largement l'accès à l'emploi (loi du 20 juillet 2011 modifiant l'article L. 4622-1 du code du travail, décret du 30 janvier 2012 modifiant les articles R. 4623-1 et R. 4624-1 dudit code).

[291] Cette politique (qui fait actuellement l'objet d'un audit interne de la CNAMTS dont les résultats seront disponibles en juin 2012) appelle les observations suivantes :

- elle est récente (lettre circulaire du 15 mai 2009) par rapport à de nombreux pays, ce qui témoigne du fort centre de gravité de l'assurance maladie autour du soin et non autour de l'incapacité de travail lié à la santé ;
- elle est limitée aux personnes à risque de licenciement et aux personnes encore titulaires d'un contrat de travail, quelques dizaines par département chaque année⁵⁹ ;
- elle est limitée dans ses outils : bilan de compétences, contrat de rééducation professionnelle en entreprise, orientation vers une formation en centre de rééducation professionnelle ;
- elle est limitée dans ses financements, s'agissant de prestations extra-légales donc non pérennes et variables selon l'implication des régions ;
- elle est limitée dans son interface avec les services de santé au travail, fondamentalement autour de l'incitation faite à l'assuré de demander une visite de pré-reprise ;
- elle est suspectée de « chasse » aux personnes en arrêt de maladie et à une volonté d'accélérer le passage du risque maladie (de fait très long en France avec un maximum de trois ans) au risque invalidité, de fait moins bien indemnisé ;
- elle n'est pas formalisée dans un programme cohérent ; ainsi les objectifs du risque « incapacité de travail » sont éclatés entre trois programmes de qualité et d'efficience⁶⁰ ;
- elle n'existe ni dans les régimes complémentaires, sauf exception⁶¹, ni en lien régime général-régimes complémentaires, alors que ceux-ci pourraient apporter une entrée « entreprise » ou « branche » au régime général.

[292] Enfin, cette politique est limitée dans ses résultats, car strictement dépendante de l'action de l'employeur ; l'appariement d'une politique de prévention de la désinsertion professionnelle et de retour au précédent emploi ou dans la précédente entreprise, facteur clé de retour à l'emploi et de prévention de l'invalidité, n'est pas réalisé dans notre pays qui :

- affiche plutôt une politique de mobilité, de sécurisation des trajectoires professionnelles, de portabilité des droits et d'employabilité générale qu'une politique de reclassement interne ;
- limite, en cas d'inaptitude au poste, l'obligation de reclassement interne à une obligation de moyen dans l'entreprise ou dans une entreprise du groupe à laquelle l'entreprise appartient (il n'y a pas d'obligation de reclassement dans la branche professionnelle par exemple, comme dans d'autres pays, cf. partie 1).

⁵⁹ A titre d'exemple, sur 1305 assurés accompagnés par le service social de la CARSAT dans la Vienne en 2011, 28 cas ont été traités spécifiquement par la cellule locale de prévention de désinsertion professionnelle, soit 2 %.

⁶⁰ PQE : Maladie, AT-MP, Invalidité et dispositifs de la CNSA

⁶¹ Possibilité de recours à des entreprises de conseil spécialisées en reclassement interne proposée par certaines institutions de prévoyance complémentaire.

[293] Cette politique de prévention et de reclassement professionnel est très faible dans les régimes de fonction publique, où l'on en reste fondamentalement à une gestion statutaire de saturation de très longs congés maladie mieux rémunérés que la pension de retraite pour invalidité⁶² puis de radiation des cadres plutôt que de s'interroger sur un retour à l'emploi⁶³.

[294] Enfin cette politique n'existe pas pour les régimes de non salariés, rendue certes difficile compte tenu de la spécificité de l'emploi indépendant.

2.3.2.4. Il n'existe que de faibles interfaces entre les programmes d'invalidité et les programmes d'accès à l'emploi

[295] Autant cette interface existe au sein des MDPH pour les personnes handicapées (ce qui ne veut pas dire qu'elle a des résultats totalement positifs), autant cette interface n'existe pas pour les pensionnés d'invalidité, compte tenu :

- du caractère strict de sa définition équivalent peu ou prou à une incapacité totale de travail ;
- de la logique d'assurance : « j'ai cotisé, le risque s'est réalisé, je suis indemnisé à vie, je n'ai pas à me mobiliser pour retrouver un emploi » ;
- des logiques institutionnelles d'une Sécurité sociale historiquement loin du Service public de l'emploi général, lui-même écrasé par sa tâche de gestion active des chômeurs, ou du Service public spécialisé dans l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, lui-même excessivement chargé et éclaté.

[296] Cette façon de voir commence à évoluer avec la volonté ou la nécessité qu'ont les personnes invalides de retrouver un emploi (de fait 75,4 % des pensionnés de catégorie 1 ont un emploi, 9,4 % des pensionnés de catégorie 2, 2,6 % des pensionnés de catégorie 3)⁶⁴ et par la situation des comptes sociaux.

[297] En cohérence, de récentes modifications législatives ont levé un certain nombre de règles restrictives : prolongation du versement de la pension aux invalides qui exercent une activité professionnelle après l'âge légal de départ à la retraite et non plus transformation automatique en pension de retraite ; amélioration des conditions de cumul d'une pension d'invalidité avec des revenus tirés d'une activité non salariée. Le cumul pension d'invalidité/salaire au-delà du salaire initial, au moins pour une première période ou un certain montant n'a pas été retenu compte tenu de son coût.

[298] Le vrai sujet est ensuite de savoir si, à l'issue de la décision d'attribution d'une pension d'invalidité, et notamment pour les catégories 1, mais aussi pour certaines personnes de catégorie 2, le relais ne doit pas être pris par tous les mécanismes d'aide à l'emploi destinés aux travailleurs handicapés. Ce sujet implique deux mutations fortes en matière d'évaluation de l'état d'invalidité :

- une attribution des pensions d'invalidité limitée dans le temps comme en France l'AAH et comme dans de nombreux pays (3 ans en Allemagne et en Suède ; rendez-vous à 1 an, 4 ans ou 5 ans aux Pays-Bas ; échéancement individuel au Royaume-Uni) ;
- une interface à construire entre régimes d'assurance invalidité et service public de l'emploi général ou spécialisé, l'option de guichet unique MDPH étant difficile compte tenu de son champ déjà extrêmement large et de son mode de gestion décentralisé.

⁶² 3 ans de congés longue maladie (CLM) dont 2 à demi-traitement portés à 5 ans dont 2 à demi-traitement dans les congés de longue durée (CLD) pour cinq maladies : cancer, troubles mentaux, VIH, poliomyélite, tuberculose.

⁶³ Voir rapport IGAS-IGA de décembre 2011 précité.

⁶⁴ Rappel : 1ère catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée, 2ème catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque 3ème catégorie : 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. Chiffres 2008. Source : CNAMTS.

3. LES PROPOSITIONS

[299] Les propositions de cette partie s'inscrivent dans la perspective de constitution d'un régime unique d'invalidité dans notre pays, englobant l'ensemble des régimes de base et complémentaires, qu'il s'agisse de la définition et de l'évaluation de l'état d'invalidité d'une part, de son indemnisation d'autre part. A ce régime unique et généralisé correspondrait une cotisation identifiée, unique et généralisée, d'autant plus maîtrisée que le risque serait mutualisé au maximum, puisque concernant toute la population.

[300] Cette perspective a été préalablement justifiée par le caractère illisible et inégalitaire du risque invalidité dans notre pays, par la nécessité de mutualiser une expertise d'évaluation et d'accès à l'emploi très complexe, par la faiblesse du pilotage et de l'interface du risque invalidité avec les autres programmes sociaux. Cette perspective ne peut naturellement être qu'une perspective à moyen-long terme et ménager un certain nombre de situations. La recommandation concernant l'instauration d'un référentiel pour l'invalidité, question initiale posée à la mission, s'inscrit quant à elle dans une perspective de court-moyen terme qui doit être expérimentée sans attendre.

3.1. Unifier la définition de l'invalidité et son indemnisation

3.1.1. Réaffirmer la logique première de l'invalidité : assurer un revenu de remplacement en cas d'incapacité de travail et de gain

[301] Le risque invalidité couvre en France les effets d'une réduction de la capacité de travail et de gain dus à l'altération grave et stabilisée d'un état de santé. La mission a constaté que cette définition était conforme aux grands principes de la sécurité sociale et aux grands concepts internationaux. Elle est cohérente avec celle de tous les pays de l'OCDE. Elle est encore plus nécessaire en période de fortes incertitudes économiques où la priorité des personnes est le remplacement de la perte de gains. Cette définition doit donc être réaffirmée.

[302] Il existe toutefois une forte confusion sur les objectifs des régimes de sécurité sociale en matière de couverture des effets de l'altération de l'état de santé. Il est proposé que dès l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale soient distinguées trois logiques de ces régimes :

- la logique de remplacement de revenu à laquelle appartient l'assurance invalidité (logique 1) ;
- la logique de compensation des dépenses supplémentaires à laquelle appartient la prise en charge des soins ou de soutien à l'autonomie (logique 2) ;
- la logique de réparation d'un préjudice imputable à la faute d'un tiers ou un risque particulier dans la vie de la collectivité nationale qui est celle du risque AT-MP⁶⁵ (logique 3).

[303] Cette clarification semble nécessaire pour mieux asseoir :

- L'évaluation des droits : la logique 1 a ainsi recours à des barèmes de déficiences/incapacités et de distance à l'emploi donc au gain ; la logique 2 à des barèmes de mesure des charges supplémentaires ; la logique 3 à des barèmes de calcul de préjudices. Dans ce cadre, il est par exemple impossible d'utiliser seul un barème de logique 3 pour mesurer un risque de logique 1.
- Le calcul des droits : la logique 1 conduit à un calcul en fonction du revenu précédent ; la logique 2 à un calcul indépendant du revenu ; la logique 3 à un calcul en fonction de la couverture et de la cotisation préalable choisie. Dans ce cadre, il est par exemple impossible de calculer une majoration pour tierce personne (logique 2) en fonction des revenus (logique 1 comme actuellement dans le régime général ou pour les pensions militaires).

⁶⁵ Le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre dispose quant à lui clairement dès son article L1 sa logique de réparation

Recommandation n°1 : Distinguer dans l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale les trois grandes logiques de la prise en charge qu'il régit : remplacement de revenus, compensation de dépenses supplémentaires et réparation d'un préjudice

3.1.2. Harmoniser la définition de l'invalidité

[304] Si la logique des différents régimes d'invalidité est la même dans notre pays, la référence au travail par rapport auquel est mesurée l'incapacité d'une part et les politiques de prévention de celle-ci d'autre part, sont très différentes. Le régime unique proposé serait articulé autour des deux principes que met en œuvre le régime le plus avancé par rapport aux standards internationaux, soit le régime général :

- la réduction substantielle et durable de la capacité à exercer une profession convenable à la mesure de ses aptitudes, comme définition unique de l'invalidité ;
- la prévention de la désinsertion professionnelle liée à l'état de santé, entendue comme l'ensemble des efforts liant l'employeur, le salarié et l'organisme d'assurance maladie durant la période d'indemnisation de ce risque pour maintenir l'intéressé dans son poste, le cas échéant aménagé, ou dans son entreprise ou dans sa branche professionnelle. Cette politique de prévention de l'invalidité doit être beaucoup plus développée qu'actuellement sur le modèle des pays étrangers décrit en partie 1. Elle doit s'appuyer sur une cible de congés maladie de longue durée de 2 ans maximum, la très longue durée au-delà de cette cible dispensant de tout effort de reclassement.

Recommandation n°2 : Harmoniser la définition de l'invalidité autour du concept de «réduction substantielle et durable à exercer une profession convenable à la mesure de ses aptitudes »

Recommandation n°3 : Développer une politique de prévention de la désinsertion professionnelle et donc de l'invalidité dans le secteur privé et dans le secteur public

[305] Ces principes écartent la possibilité d'invalidité professionnelle, entendue au sens d'incapacité à exercer sa profession habituelle, qui est celle des régimes du secteur public et des régimes de non salariés. Il est proposé que cette possibilité soit maintenue, à titre complémentaire, pour une durée limitée (3 ans maximum) et avec une obligation de saturer les possibilités de reclassement à l'interne du groupe socioprofessionnel qui choisit de se doter de ce régime d'invalidité professionnelle.

[306] En matière de gestion, le risque invalidité pourrait continuer à être géré par des caisses à assise socioprofessionnelle. L'objectif de prévention de la désinsertion professionnelle suppose par contre que le risque invalidité soit géré par les organismes chargés de l'incapacité temporaire, que sont très majoritairement les organismes d'assurance maladie et non plus par les organismes chargés de la retraite⁶⁶. C'est par exemple bien en ce sens qu'agit le RSI en faisant passer la gestion du risque invalidité de son pôle retraite, issu des anciennes caisses artisans et commerçants, vers son pôle maladie.

[307] Au sein des organismes d'assurance maladie, la gestion du risque incapacité de travail (temporaire ou définitive) devrait être identifiée comme cela existe pour le risque AT-MP. Cette distinction est notamment nécessaire pour bien marquer l'interface nouvelle avec les problématiques d'emploi.

⁶⁶ Les sections professionnelles de retraite des professions libérales gèrent le risque incapacité de travail temporaire

3.1.3. Moderniser la définition de l'invalidité

[308] Comme pour l'AAH, les termes décrivant l'invalidité doivent reposer sur les concepts les plus aboutis des classifications internationales de l'OMS tout en spécifiant le désavantage comme réduction de capacité de travail et de gain, définition historique de l'invalidité.

[309] La définition de l'invalidité serait ainsi conçue dans un nouvel article du livre premier du code de la sécurité sociale (remplaçant pour le régime général l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale): « *Constitue une invalidité au sens du présent code, la réduction substantielle et durable de la capacité de travail et de gain dans une profession quelconque due à l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques ou psychiques et aux limitations d'activité en résultant* ».

Recommandation n°4 : Moderniser la définition de l'invalidité dans le code de la sécurité sociale à partir des concepts les plus aboutis des classifications internationales

[310] La mission propose ensuite de mettre en un seul nouvel article la référence à la notion de « profession convenable à concurrence des aptitudes », qui figure toujours dans le livre premier concernant tous les régimes (et remplaçant pour le régime général les dispositions éclatées actuellement entre les articles L. 341-1 et L. 341-3) et en changeant le moins possible la définition actuelle : « *la réduction visée à l'article ... est constatée lorsque l'assuré, compte tenu de son état général, de ses facultés physiques et psychiques, de son âge, de sa capacité de travail restante et de ses aptitudes professionnelles, est hors d'état de se procurer un gain supérieur à un tiers du gain normal perçu dans la même région, par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait à la date de l'interruption de travail conduisant à l'invalidité* ».

Recommandation n°5 : Rassembler en un seul article la notion de « profession convenable à concurrence des aptitudes »

[311] Le texte actuel du code de la sécurité sociale souffre enfin concernant le régime général, à son article L. 341-4 d'une ambiguïté et d'une limite. Il distingue une pension d'invalidité de première catégorie et une pension de deuxième catégorie selon le critère « être capable d'exercer une activité rémunérée / être absolument incapable d'exercer une activité rémunérée », alors que les tribunaux judiciaires jugent que dans tous les cas une activité rémunérée est possible au titre du code du travail et alors qu'il faut sortir de l'équivalence invalidité = incapacité d'exercer un travail. L'article réserve par ailleurs une majoration pour l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie aux seuls titulaires d'une pension de deuxième catégorie et calcule cette pension d'invalidité de troisième catégorie en fonction de la pension de deuxième donc en fonction du salaire préexistant, alors qu'il s'agit d'un remboursement de frais.

[312] Sur la distinction pensions de première et deuxième catégorie, il existe deux solutions :

- supprimer la pension de 1^{ère} catégorie, déduire de la pension d'invalidité les revenus d'activité (en tout ou partie selon l'intéressement à l'emploi choisi) ou bien
- garder la distinction actuelle, mais l'exprimer de façon compatible avec le droit du travail selon les termes suivants : « le montant de la pension d'invalidité fait l'objet d'un taux normal et d'un taux minoré selon la capacité de gains restante ».

[313] Ces deux options devront être approfondies, notamment du point de vue financier.

Recommandation n°6 : Mettre en cohérence la possibilité d'exercer une activité rémunérée en cas d'invalidité entre le code de la sécurité sociale et le code du travail

- [314] Concernant la majoration tierce personne, elle devrait être potentiellement attribuée à tous les pensionnés d'invalidité, au même montant et aux mêmes conditions d'évaluation que la prestation de compensation du handicap, les différentes caisses chargées de l'invalidité procédant à ce calcul et à cette évaluation. Ses conditions d'attribution seraient desserrées par rapport à ses deux conditions actuelles (incapacité de travail totale, incapacité d'effectuer tous les actes de la vie). Mais en contrepartie cette prestation couvrirait les besoins réels et les ressources réelles (ex : aide de la famille), et prendrait en compte un retour possible à meilleure fortune.

Recommandation n°7 : Harmoniser les conditions d'accès à la majoration pour aide constante d'une tierce personne du code de la sécurité sociale sur celles de la prestation de compensation du handicap du code de l'action sociale et des familles

3.1.4. Standardiser la définition de l'invalidité

- [315] Le terme d'invalidité est employé hors du champ de ce risque précis (ex : le barème régissant les AT-MP au régime général est un barème d'invalidité, l'allocation temporaire d'invalidité dans la fonction publique est en fait une rente d'AT-MP) ; au sein du risque invalidité sont employés de nombreux termes proches non harmonisés et non définis : blessure, lésion, déficience, infirmité, déficit, incapacité (physique ou psychique, incapacité fonctionnelle, incapacité de travail, incapacité de gains), inaptitude, handicap, altération, réduction, restriction, limitation, diminution, insuffisance, désavantage, atteinte à l'intégrité, retentissement professionnel etc.
- [316] On a vu aussi dans les définitions de la première partie et les descriptions de la seconde les approximations qui existent dans les mots partiel/total, permanent/définitif etc.
- [317] Cette confusion du langage est très problématique pour les usagers et les professionnels en termes de compréhension et d'accès au droit, de respect des règles de non cumul, de coordination et de portabilité des droits, de comparaisons internationales.
- [318] La mission propose qu'un langage commun soit établi, au moins entre tous les régimes de base et complémentaires obligatoires.

Recommandation n°8 : Harmoniser le lexique de l'invalidité et du handicap

3.1.5. Unifier l'indemnisation de l'invalidité

- [319] La mission propose que le risque invalidité soit indemnisé autour d'une cible commune de 70 % des derniers revenus, ce qui est cohérent avec les termes de la Constitution précédemment rappelés (obtenir de la collectivité en cas d'incapacité de travailler « des moyens convenables d'existence »), cette cible étant complétée de la part de la collectivité par une politique active de prévention de la désinsertion professionnelle et de retour à l'emploi. Au-delà de la cible de 70 % s'exerce une possibilité de prévoyance complémentaire, soit individuelle, soit collective dans le cadre de la branche professionnelle ou de l'entreprise.
- [320] Le risque ainsi défini serait financé par une cotisation invalidité identifiée et unique pour toute la population.
- [321] Il est clair que le schéma proposé conduit à une très forte mutation des frontières entre régimes de base et régimes complémentaires pour les salariés.
- [322] Les schémas suivants explicitent l'évolution entre la situation actuelle et une situation cible esquissée pour deux cas-type : un salarié du secteur privé et un fonctionnaire en congé longue maladie. La partie bleue (ou grisée sombre en N&B) représente le champ des régimes complémentaires, la partie jaune (claire en N&B) les régimes de base.

Schéma 3 : Harmonisation des régimes d'invalidité pour un salarié du privé

Modèle actuel salarié

remplacement	indemnités journalières										Pension invalidité catégorie 2
100											
90											
80											
70											
60											
50											
40											
30											
20											
10											
	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois	30 mois	36 mois	42 mois	48 mois	54 mois	60 mois	et au-delà

Modèle cible salarié

taux remplacement	indemnités journalières										Pension invalidité
100											
90											
80											
70											
60											
50											
40											
30											
20											
10											
	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois	30 mois	36 mois	42 mois	48 mois	54 mois	60 mois	et au-delà

Source : IGAS

Schéma 4 : Harmonisation des régimes d'invalidité pour un fonctionnaire

Modèle actuel Fonctionnaire (CLM non imputable au service)

taux remplacement	"indemnités journalières"										Pension invalidité
100											
90											
80											
70											
60											
50											
40											
30											
20											
10											
	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois	30 mois	36 mois	42 mois	48 mois	54 mois	60 mois	et au-delà

Modèle cible Fonctionnaire (CLM non imputable au service)

taux remplacement	"indemnités journalières"										Pension invalidité
100											
90											
80											
70											
60											
50											
40											
30											
20											
10											
	6 mois	12 mois	18 mois	24 mois	30 mois	36 mois	42 mois	48 mois	54 mois	60 mois	et au-delà

Source : IGAS

- [323] Pour les fonctionnaires, il y a création d'un espace complémentaire obligatoire possible, renvoyant à la négociation collective, au-delà d'un taux de remplacement de 70 % ; c'est le modèle qui a été mis en œuvre en 2008 dans les industries électriques et gazières (pour garantir une indemnisation du risque invalidité de 75 %).
- [324] Pour les salariés du privé, la protection complémentaire n'intervient plus qu'au-delà d'un taux de remplacement de 70 % et non plus de 50 % (et de 0 % sur la tranche B des salaires, ceux des cadres). Cette mutation a deux justifications et une conséquence en termes de pilotage du risque.
- [325] Les justifications. Les régimes complémentaires sont :
- soit redondants en gestion avec le régime général lorsqu'ils existent, ayant délégué à celui-ci l'évaluation de l'état d'invalidité et ne faisant que compléter la pension d'invalidité que ce dernier liquide (il n'y a pas comme en matière de retraite une distinction régime de base par annuités/régimes complémentaires à points) ;
 - soit inexistants, ce qui dans ce cas pénalise fortement les salariés non couverts pour un risque rare mais grave qui justement nécessite la plus grande mutualisation.
- [326] Les conséquences en termes de pilotage du risque : la mission estime que le risque invalidité par ailleurs apparié au risque indemnisation de la maladie devrait être piloté par les partenaires sociaux.

3.2. Accompagner pour une meilleure homogénéité la décision des organismes sociaux par l'existence de référentiels médicaux articulés avec une mesure de l'employabilité et par une animation de réseau renforcée

- [327] Les organisations actuelles font porter leurs efforts sur la prévention de la désinsertion professionnelle afin qu'elles se déploient de façon homogène dans tout leur réseau. Ce mouvement est relativement récent au sein du régime général comme on l'a vu en partie 2.
- [328] Il est clair que renforcer l'homogénéité du processus de décision de mise en invalidité lui-même ne saurait être développé que si les efforts nécessaires ont été conduits « en amont » lors de la phase d'arrêt de travail. Cependant, cet objectif reste valide, d'autant qu'une part croissante des demandes d'invalidité, estimée à plus 40 % pour les primodemandeurs dans le régime général, vient de la demande des assurés et donc, le plus souvent, hors d'un contexte d'arrêt de travail long.
- [329] Les principaux leviers de réduction de l'hétérogénéité des pratiques professionnelles identifiés dans la littérature internationale et observés en France sont l'existence de barèmes et d'un processus de management de la qualité dans chaque réseau.
- [330] Ces deux démarches sont nécessaires et doivent être articulées : on a montré ainsi que la caractéristique principale du régime général est un processus de pilotage de réseau organisé sur la qualité et la performance et une absence de barème ; dans le champ de l'AAH, ou dans celui de l'invalidité des trois fonctions publiques, le constat est inverse ; enfin le régime de la MSA dans une moindre mesure, et surtout celui du RSI, combinent absence de barème et pilotage de réseau très modeste.
- [331] L'impact de ces démarches de réduction de l'hétérogénéité ne saurait être surestimé. La part vraisemblable des organisations et des pratiques professionnelles dans les inégalités géographiques à l'origine de cette mission, n'est probablement pas la plus importante. D'autres facteurs d'ordre socio-démographiques pèsent fortement. Par ailleurs, d'autres dynamiques sont également à l'œuvre, qui ne peuvent être comprises qu'avec le développement d'outils d'analyse de l'ensemble des revenus de remplacement sur un territoire.
- [332] Ces remarques préalables étant faites, quelles seraient les démarches à promouvoir visant à renforcer les capacités des organisations professionnelles à évaluer de manière plus homogène l'invalidité ?

3.2.1. L'attribution d'un revenu de remplacement pour cause d'invalidité passe obligatoirement par deux évaluations indissociables : des capacités fonctionnelles mobilisables médicalement et socialement d'une part et de l'employabilité d'autre part

3.2.1.1. Une question de vocabulaire : barème ou référentiel ?

[333] Les « Comptes-Faits du grand commerce » publiés en 1670 par Bertrand François de Barrême, mathématicien, expert de la Chambre des comptes à Paris, comprennent des tables de correspondance : ces tables concernent toutes sortes de calculs de banque, pour la conversion des monnaies, etc. L'utilité en est si forte que le public prend l'habitude de les appeler, du vivant même de son promoteur, des « barèmes ».

[334] Cet usage a perduré jusqu'à nos jours, mais rançon du succès, la définition du terme s'est déplacée. La notion de correspondance entre deux unités de deux ensembles distincts, relation bijective, s'est perdue. Par ailleurs, le terme de référentiel est venu se superposer et les auteurs, comme ceux de ce rapport, utilisent souvent l'un pour l'autre. D'autres opèrent des distinctions qui peuvent, d'un organisme à l'autre, être diamétralement inverses : l'usage n'est donc pas stabilisé. Ainsi, les termes de barèmes et de référentiels sont utilisés dans une triple distinction :

- réglementation dure/réglementation douce. Dans ce premier champ, un barème est normalement inscrit dans une réglementation publique alors que le référentiel fait partie des réglementations « douces » (« soft law ») internes aux administrations, agences et institutions ;
- objet médical/objet non médical. Dans ce deuxième champ, un barème cote des valeurs médicales, alors que le référentiel cote des valeurs non médicales (exemple de la distance à l'emploi en matière d'invalidité) ;
- évaluation/indemnisation. Dans ce troisième champ, un référentiel cote une situation (médicale ou autre) et un barème cote l'indemnisation qui en découle.

[335] Il serait utile de revenir à un usage réservant le terme de référentiel de cotation à l'outil d'évaluation destiné principalement à l'expert (médecin, expert emploi...) et celui de barème d'indemnisation, à la table de correspondance entre la mesure réalisée par l'expert et l'indemnisation, qui est l'outil du régleur. La mission propose de distinguer ainsi les termes pour le futur.

3.2.1.2. Il est souhaitable de mettre à disposition des praticiens un référentiel médical de référence en matière d'évaluation de la demande d'invalidité

[336] L'harmonisation de l'évaluation médicale gagne à s'appuyer sur des référentiels régulièrement actualisés. En leur absence, la décision s'apparente à une décision discrétionnaire et les pratiques médicales sont moins susceptibles de converger autrement que sur des bases géographiques restreintes « par consensus local » (cf. annexe IV). Les praticiens conseils ne sont toutefois pas sans absence totale de référentiel :

- ils recourent parfois à deux barèmes qu'ils pratiquent dans leur autres missions : le barème AT-MP et le barème dit du droit commun pour tous les recours contre tiers ;
- certaines directions régionales du service médical développent comme on l'a montré leurs propres référentiels pour guider les avis en matière d'invalidité.

[337] Pour ces raisons, la situation ne peut rester en l'état et un référentiel national devrait être proposé à tous les praticiens conseil en la matière. Faut-il créer de toute pièce ce référentiel ou peut-on s'appuyer sur un référentiel existant comme cela est *de facto* réalisé dans certaines régions ? Les principaux « barèmes » et leurs caractéristiques sont détaillés en annexe V qui étaye les développements suivants.

- [338] On rappellera tout d'abord que l'évaluation de l'invalidité a disposé d'un référentiel officiel entre 1933 et 1945 : le barème des pensions militaires de 1919 (cf. annexes II et V). Ce barème a également servi de référence pour l'attribution de l'AAH jusqu'en 1993 où un barème spécifique a été créé. Mais cette démarche n'a pas été réalisée pour l'invalidité à l'exception d'une population particulière : les fonctionnaires.
- [339] On pourrait en théorie discuter l'intérêt de la création *ex nihilo* d'un nouveau référentiel médical.
- [340] Cette question s'est posée s'agissant des nouveaux dispositifs d'indemnisation créés au début des années 2000 en matière de réparation des accidents médicaux (dispositifs ONIAM) et d'exposition à l'amiante (dispositif FIVA). Dans les deux cas, les barèmes médicaux se sont inspirés du barème de droit commun dont la finalité est similaire : permettre l'évaluation des préjudices extra-patrimoniaux en vue d'une réparation intégrale. Pour le référentiel ONIAM, la version éditée par le Concours médical en 2001 du barème de droit commun a été reprise en l'état et publiée au JO le 4 avril 2003. Le FIVA, en partant du barème des maladies professionnelles, s'est également inspiré du barème de droit commun, en renforçant ses critères de cotation de la sévérité des pathologies spécifiques de l'appareil respiratoire, le plus concerné par l'exposition à l'amiante.
- [341] On remarque que ce même mouvement d'adossement à des barèmes existants est par ailleurs celui réalisé historiquement. On privilégiera cette approche pour l'invalidité : le mouvement à conduire aujourd'hui doit privilégier un rapprochement des référentiels médicaux existants voire leur fusion, plutôt qu'un morcellement supplémentaire.
- [342] Quel pourrait-être le référentiel médical le plus approprié pour l'invalidité parmi les barèmes existants ? Les critères de choix devraient reposer sur les cinq points suivants :
- 1) proximité des finalités de l'invalidité visant à faciliter l'ouverture de droits à compensation forfaitaire versus une réparation fine d'un préjudice ;
 - 2) capacité des barèmes actuels à isoler l'évaluation médicale de tout autre approche, la partie « professionnelle » étant traitée par ailleurs en parallèle ou dans un second temps ;
 - 3) adaptabilité aux connaissances médicales et conditions actuelles de prise en charge des principales pathologies et traumatismes rencontrés dans le champ de l'invalidité et donc facilité de révision ; proximité des évolutions conceptuelles internationales modernes du handicap (CIDIH et CIF) ;
 - 4) adéquation avec les exigences d'un traitement de demandes en grands volumes qui nécessitent facilité d'usage et délais d'instruction individuels maîtrisés ;
 - 5) « appropriabilité » facile par les utilisateurs : clarté des définitions, simplicité d'usage et proximité des référentiels déjà utilisés par les médecins conseil.
- [343] Depuis 2005 et l'individualisation des différents facteurs de préjudice par le groupe de travail piloté par JP DINTILHAC, les concepts de déficits fonctionnels permanents (DFP) et d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) se sont imposés qui isolent l'évaluation médicale de tout autre préjudice qu'il conviendrait de réparer et notamment le préjudice professionnel⁶⁷. Ce barème est par ailleurs régulièrement révisé. Conçu dans une perspective de réparation des accidents de la route en 1985, il a su s'enrichir progressivement à l'ensemble des pathologies notamment médicales. Son point de faiblesse, serait peut-être encore les pathologies mentales, fortement croissantes en invalidité. Par ailleurs, il relève d'une finesse d'expertise élevée qui induit deux conséquences :

⁶⁷ Cette nomenclature est reproduite en Annexe VIII

- une appréciation affinée de l'évaluation médicale ne pourra que contraster avec le caractère beaucoup plus fruste de la mesure de l'employabilité et avec un risque de renforcer le poids actuel de l'évaluation médicale ;
- une appréciation affinée comporte des risques sur les coûts et les délais, ce qui est particulièrement sensible dans le cas d'un traitement de masse.

[344] En dépit des ces inconvénients, le recours au barème médical de droit commun apparaît comme une option possible.

[345] Le barème militaire, est resté dans une logique de réparation très large dans un esprit bienveillant, voulu par la Nation en réparation des souffrances consenties par les soldats lors de la grande guerre. La base de la cotation est ici la lésion anatomique. Sa valorisation en un taux d'incapacité est directement reliée à la valorisation financière accordée. La cotation fine de l'incapacité physiologique et les règles de calcul complexes de surcote et de suspension toujours en vigueur, rendent inappropriées sa transposition en matière d'invalidité, pour les mêmes raisons qui l'ont fait abandonner en 1945 pour l'invalidité et en 1993 pour l'AAH.

[346] Les évolutions récentes tendent à adjoindre, toujours dans une logique de réparation, la prise en compte d'autres préjudices. Ceci obscurcit davantage la logique qui prévalait depuis 1919 et constitue un argument supplémentaire pour refondre ce régime spécifique.

[347] Enfin, la densité de l'expertise médicale requise dans une logique d'appréciation fine comme en matière de droit commun, invalide toute possibilité de recourir à un tel outil en traitement de masse.

[348] Le barème des accidents du travail date de 1939 et sa dernière révision remonte à 1982. Celui des maladies professionnelles à 1999. L'incapacité permanente est déterminée d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle. L'évaluation est mixte médicale et professionnelle principalement à partir des lésions et peu à partir de leur retentissement professionnel.

[349] Il s'agit d'une approche conceptuelle ancienne. Ce barème est clairement destiné à assurer la réparation des préjudices mais de manière forfaitaire à la différence du droit commun. De plus, il n'a pas dissocié les dits préjudices « physiologiques » et professionnels.

[350] Le rapport du groupe de travail présidé par l'inspecteur général des affaires sociales Dorion proposait en 1991 de séparer les deux évaluations, leurs outils et les indemnités en résultant⁶⁸. Le même groupe s'interrogeait également déjà sur l'intérêt d'une évolution-refonte des régimes ATMP vers un modèle de réparation intégrale de type droit commun ; cette question posée de manière récurrente depuis plus de 20 ans reste pendante⁶⁹.

[351] Le barème des pensions civiles et militaires de retraite des fonctionnaires est conjoint pour l'invalidité et pour les ATMP. Il s'agit de la seule exception en la matière. Publié en 1968 et révisé en 2001, le concept de base est resté inchangé. Il porte sur l'appréciation de la lésion anatomique et de l'incapacité fonctionnelle en résultant. Le calcul de la pension est directement issu de cette appréciation uniquement médicale. Concepts anciens et valorisation ne séparant pas le médical du professionnel conduisent à rejeter un alignement sur ce barème. L'idée serait plutôt de faire évoluer l'évaluation concernant les fonctionnaires vers un barème et processus commun à celui des autres salariés du privé.

⁶⁸ George Dorion, La modernisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, Paris, ministère des affaires sociales et de l'intégration, 1991, 167 p.

⁶⁹ Deux rapports de l'IGAS porteront en 2003 et 2004 sur ce sujet non tranché à ce jour. L'objet de la mission qui vient d'être confiée au groupe de travail piloté par Mme Rolande Ruellan dont les conclusions sont attendues en juin 2012, concerne la reprise de l'étude visant à disjoindre le préjudice physiologique du préjudice professionnel.

- [352] Le barème de l'AAH date de 1993 et sa révision de 2007 porte spécifiquement sur les maladies chroniques⁷⁰. La première version intègre les concepts internationaux récents, notamment la classification du handicap de l'OMS de 1980 ; la révision de 2007 a renforcé la place de ces concepts internationaux et de leur évolution dans la nouvelle classification internationale de 2001. Le barème nécessiterait d'évoluer encore et reste faible sur la dimension évaluation psychiatrique d'après ses derniers « réviseurs ». L'évaluation médicale porte, sauf exceptions, directement sur la déficience fonctionnelle et l'incapacité en résultant, plus rarement sur le désavantage.
- [353] Le processus est adapté au traitement de grands volumes de demandes. L'évaluation médicale vise à construire une ouverture de droit à compensation en trois catégories, comme dans le dispositif invalidité.
- [354] Elle s'est renforcée d'une nouvelle approche par l'employabilité, critère qui s'ajoute aux critères d'éligibilité « médicaux » pour les personnes dont le taux global d'incapacité est compris entre 50 et 80 %.
- [355] Cette démarche d'évaluation de l'employabilité est aujourd'hui dissociée de l'évaluation principalement médicale. Les deux outils diffèrent également par le fait que le guide barème est construit comme un référentiel global guidant le jugement de l'évaluateur, alors que l'évaluation de l'employabilité reste à ce stade une trame de questionnements, un faisceau d'indices, sur les facteurs clefs d'éligibilité, sans donner de combinatoire pondérant ces différents facteurs entre eux ni *a fortiori* de score d'employabilité de synthèse.
- [356] Au total, deux options apparaissent possibles pour le choix d'un référentiel médical pour l'évaluation de l'invalidité : soit celui dit de droit commun, soit celui de l'AAH.
- [357] L'option « droit commun » présente l'avantage d'être déjà connue et pratiquée par les médecins conseils ; par ailleurs l'évolution du barème AT-MP vers celui du droit commun permettrait de ne plus disposer que d'un seul et même référentiel médical, lui conférant un avantage supplémentaire. Elle possède deux inconvénients : sa proximité conceptuelle avec la réparation d'un préjudice circonscrit et son aptitude à être utilisée pour un traitement de grands volumes doit être démontrée. Cette dernière contrainte pourrait toutefois être surmontée avec le regroupement des déficiences fonctionnelles permanentes par stade de sévérité, comme le Dr. Louis Mélenec l'avait proposé en 1991 et comme cela a finalement été réalisé pour l'AAH.
- [358] La seconde option « AAH » a à ce stade les faveurs de la mission en raison de sa proximité conceptuelle avec une logique d'appréciation d'un état de santé global et de sa capacité démontrée à permettre le traitement de flux importants.

Recommandation n°9 : Introduire un référentiel médical dans l'évaluation de l'invalidité pour l'ensemble des régimes. Le barème de l'AAH est l'option théorique la plus intéressante ; le barème de droit commun est une autre option

- [359] Il s'agit bien dans les deux cas de mettre à disposition des praticiens, un référentiel fondé sur une appréciation globale de la déficience fonctionnelle étagée en 3 classes : inférieure à 50 %, comprise entre 50 et 79 % et supérieure à 80 % selon la logique d'ouverture de droits en AAH exposée tout au long de ce rapport.
- [360] Cette évaluation médicale doit être ensuite complétée par une évaluation de l'employabilité à l'issue de laquelle sera établie la mesure de la perte de gain des deux tiers, qui caractérise elle, l'invalidité.
- [361] Ces propositions sur l'introduction d'un référentiel médical se basent sur une réflexion théorique et doivent être confrontées et expérimentées après avoir été associées à la seconde composante de l'évaluation de l'invalidité qui concerne l'employabilité et est décrite ci-dessous.

⁷⁰ Refonte du chapitre 6 : déficiences viscérales et générales

3.2.1.3. L'évaluation de l'employabilité peut passer par un référentiel de mesure instantanée ou par un processus plus lent de mise en situation visant à tester la tenue d'un emploi

[362] Cette seconde composante d'évaluation de l'employabilité conduit à quatre questions portant sur la nature de la mesure, son contenu, sur la qualité de l'évaluateur et enfin sur son coût additionnel :

- 1) La mesure de l'employabilité peut-elle bénéficier d'une évaluation « ici et maintenant » autrement dite instantanée ou doit-elle être construite comme un processus de mise en situation ?
- 2) Quel est le contenu souhaitable de cette évaluation de l'employabilité, notamment si elle doit être instantanée ?
- 3) Faut-il réaliser cette mesure pour toutes les demandes ? Sinon, peut-on définir des sous-populations qui bénéficieraient en priorité de cette évaluation « employabilité » ?
- 4) Les régimes de sécurité sociale disposent-ils des compétences nécessaires pour conduire ces évaluations d'employabilité et sinon où les trouver ? Ce coût supplémentaire sera-t-il soutenable et comment ?

Evaluation instantanée ou processus ?

[363] On a vu en partie 2 que les premières demandes d'entrée dans le dispositif d'invalidité proviennent aujourd'hui de deux flux distincts dans le régime général⁷¹ : pour 60 % à l'initiative des caisses ou des praticiens conseils eux-mêmes et à 40 % à la demande des assurés (et/ou de leur médecin traitant).

[364] Dans le premier cas, il s'agit d'une demande chez une personne connue et suivie au titre du versement d'indemnités journalières de longue durée. L'évaluation de l'employabilité à la période de stabilisation ou consolidation potentielle s'inscrit pleinement dans le processus de prévention de la désinsertion professionnelle qui, on l'a vu, est portée par le régime général et est appelée à s'amplifier dans les autres régimes. Cette évaluation de l'employabilité va se faire, s'agissant de personnes insérées professionnellement avant leur arrêt de travail, de façon prioritaire avec leur milieu professionnel au premier rang duquel vient le médecin du travail dont la sollicitation devrait être systématisée comme elle l'est au sein des caisses de la MSA⁷². Il existe par ailleurs tout un dispositif d'articulation avec les travailleurs sociaux des caisses pour les cas signalés.

[365] Dans le second cas, la demande d'invalidité est portée par l'assuré. Dans cette situation, les avantages d'une mesure d'employabilité instantanée par rapport à une mesure appuyée sur une mise en situation professionnelle, sont patents. En effet, si une mise en situation professionnelle est théoriquement envisageable, l'analyse de la littérature internationale faite en première partie (§ 1.2.3.3) montre qu'il s'agit d'un processus coûteux en temps et en argent et difficilement compatible avec un processus de masse. Par ailleurs il faut rappeler que l'on est ici dans le contexte de demande d'assuré en moyenne âgé de 50 à 55 ans qui n'est pas en arrêt de travail et estime ne plus pouvoir être en capacité de travailler⁷³ : une évaluation de son employabilité par mise en situation professionnelle, apparaît difficile à proposer et faire accepter et pour tout dire, en l'absence de motivation considérée comme essentielle à toute évaluation de ce type, vouée globalement à l'échec. Au final, seule une mesure instantanée de l'employabilité paraît réalisable.

⁷¹ On fera l'hypothèse que cette répartition est globalement équivalente à la MSA et au RSI

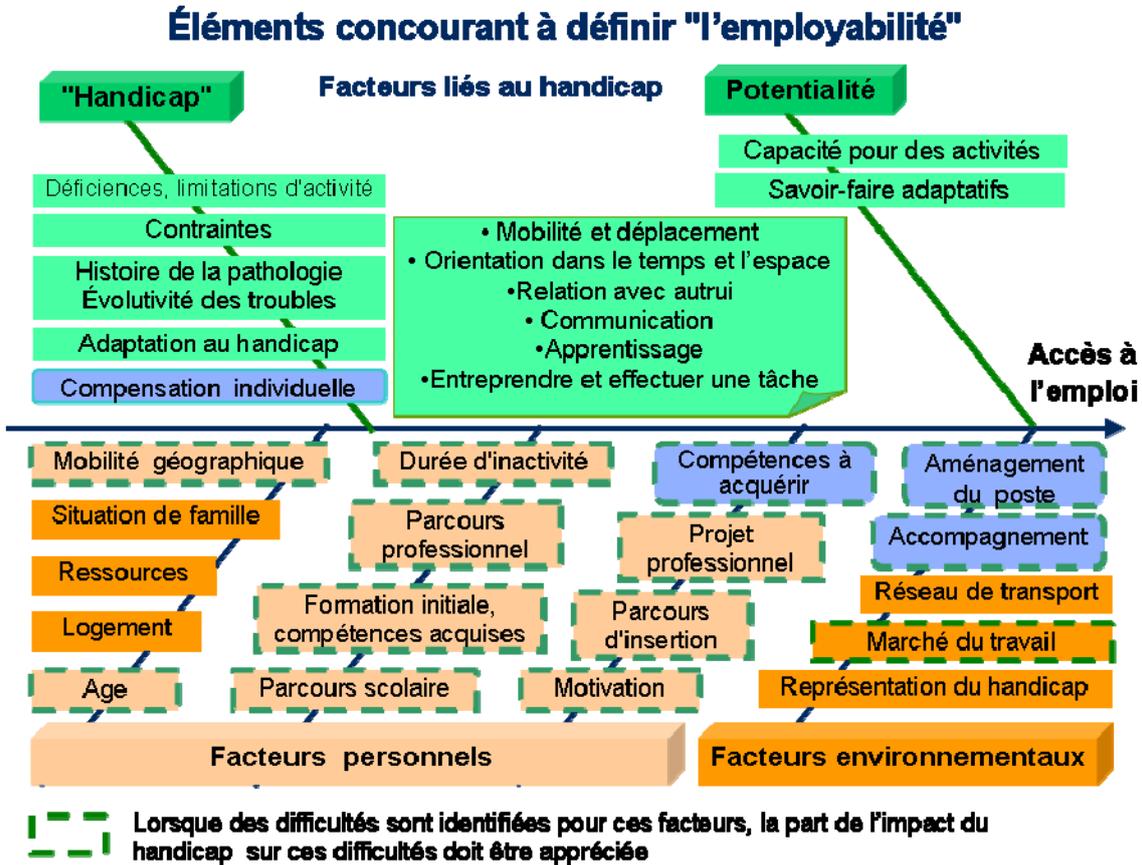
⁷² Le décret n°2004-1456 du 23 décembre 2004 prévoit que le médecin conseil peut saisir le médecin du travail pour avis sur la capacité de l'assuré à reprendre son travail.

⁷³ Il s'agit souvent de personnes qui invoquent une usure prématurée de l'organisme

Quel contenu donner à un référentiel d'employabilité instantané ?

[366] Le schéma suivant établi par la DGCS et la CNSA rassemble les principaux éléments concourant à la définition de l'employabilité⁷⁴.

Schéma 5 : Éléments concourant à définir l'employabilité



Source : DGCS/CNSA Formation aux critères d'attribution de l'AAH au titre de l'article L. 821.2 du CSS

[367] C'est sur cette base qu'il conviendrait de définir un référentiel de recueil et de mesure comme il en existe dans d'autres pays (ex : modèle australien de « job capacity assesment » cité *supra* § 1.2.3). La construction d'un tel référentiel serait également utile pour l'évaluation de la RSDAE réalisée par les MDPH⁷⁵ (cf. *supra* § 2.2.1) qui développerait justement l'étape 3 de leur logigramme : « la personne peut-elle avoir et conserver une activité professionnelle ? ».

⁷⁴ Voir aussi annexe I.

⁷⁵ Le logigramme restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE) constitue l'annexe VII. On rappellera que cet outil n'est pas à proprement parler un référentiel d'employabilité ; il s'agit plutôt d'un logigramme, cheminement logique des conditions d'ouverture du droit au regard de l'employabilité, pour les demandeurs dont le taux d'invalidité est compris entre 50 et 79 % du barème de l'AAH

Evaluation pour toutes les demandes ou fléchée ?

- [368] La contrainte de gestion de flux importants dans un contexte de ressources plus rares doit être prise en compte qui devrait conduire à ne réserver l'évaluation de l'employabilité qu'à une partie de la population concernée. Quels sont les critères qui permettraient d'identifier de façon pertinente cette population ?
- [369] Dans un premier temps, et souvent chez des personnes de moins de 50 ans et plus durablement éloignées de l'emploi, la demande de pension d'invalidité est réalisée principalement pour obtenir un avis négatif de la caisse, afin de le joindre au dossier de demande d'AAH subsidiaire par rapport aux pensions d'invalidité. Ceci peut également survenir secondairement à l'instruction de la MDPH sur interrogation directe de la CAF dans le cadre du processus de subrogation⁷⁶. Dans ce contexte, une procédure courte de pré-étude des droits administratifs du service invalidité des caisses, permettrait d'éviter de mettre en mouvement tout un processus d'évaluation médicale et emploi lourd, long et coûteux si au final, les droits administratifs à pension d'invalidité ne peuvent pas être ouverts.
- [370] Ce même problème se pose pour les demandes d'AAH où l'ensemble de l'évaluation médicale et d'appréciation de la RSDAE est engagée par la MDPH avant la vérification de l'éligibilité au droit par la CAF, sous le motif d'offrir un guichet unique habilité à recevoir toutes les demandes des personnes handicapées, sans filtre préalable.
- [371] Dans un second temps, et une fois cette question administrative réglée, un filtre médical pourrait orienter ou pas vers une demande d'expertise emploi.
- [372] La mesure de l'employabilité est souvent d'emblée jugée comme non pertinente compte tenu de la gravité du handicap ; il s'agit notamment des invalidités actuelles de 3^{ème} catégorie (avec tierce personne)⁷⁷ ou de l'évolution défavorable connue d'une pathologie (exemple : une sclérose latérale amyotrophique). Le second cas est plus délicat et concerne les invalidités qui seraient jugées d'emblée comme très faibles avec des conséquences fonctionnelles et professionnelles *a priori* réduites⁷⁸ (ceci survient surtout pour les actuelles 1^{ères} catégories⁷⁹).
- [373] La question de la mesure « de principe » de l'employabilité se pose donc principalement pour les demandes aujourd'hui orientées vers la 2^{ème} catégorie et qui représentent entre 60 et 70 % des avis favorables selon l'origine de la demande d'avis.
- [374] Le service médical du régime général du Languedoc-Roussillon propose une approche par groupe de patients qui pourrait servir à la construction de ce filtre vers l'expertise emploi⁸⁰ : en dessous de 15 % d'incapacité la vie professionnelle et familiale est considérée comme normale, entre 15 et 30 % un retentissement professionnel potentiel existe et peut nécessiter un aménagement de poste de travail, entre 30 et 60 % le retentissement professionnel est considéré comme potentiellement important et si l'exercice d'une profession intellectuelle est parfois possible, celle des professions avec efforts physiques soutenus est difficile. Enfin le groupe médical avec des taux d'incapacité > 60 % correspond aux très grands handicaps où l'exercice d'une profession est jugée le plus souvent impossible. Dans cette typologie, la question d'une expertise complémentaire apparaît donc surtout utile pour les deux catégories intermédiaires.
- [375] Un premier tri médical s'impose donc qui permettrait sur des critères partagés de réduire la part des expertises emploi à réaliser.

⁷⁶ Il existe également depuis 2009 une procédure d'échange CAF – CPAM sur la mise en place du dispositif subrogatoire qui provoque pour toute demande d'AAH arrivant en CAF, une vérification auprès de la CPAM de l'existence de droits ouverts à pension d'invalidité. CNAF/Direction des politiques familiale et sociale LC n°2008-193

⁷⁷ Ils concernent entre 1 et 2 % des avis favorables

⁷⁸ Cette situation est celle réalisée actuellement pour l'octroi d'une AAH ou l'employabilité n'est évaluée qu'au dessus d'un certain seuil d'incapacité fonctionnelle

⁷⁹ Ils concernent entre 25 et 40 % des avis favorables selon l'origine de la demande

⁸⁰ CNAMTS Service médical du Languedoc Roussillon. Mode opératoire « gestion d'une demande d'invalidité : droits propres et droits du conjoint survivant »

Quels experts et comment les financer ?

- [376] Les propositions précédentes conduisent à proposer que les caisses en charge du risque invalidité se dotent d'une expertise emploi :
- pour accompagner le développement du processus de prévention de la désinsertion professionnelle ;
 - pour mettre en œuvre le référentiel de mesure instantané de l'employabilité.
- [377] Les compétences requises dans ces deux cas sont distinctes mais peuvent être tenues par une même personne. La première relève d'un accompagnement personnalisé dans une filière professionnelle ; la seconde nécessite une bonne connaissance des emplois, compétences et du marché du travail locorégional.
- [378] La ressource pour mener une expertise emploi peut se constituer en interne des réseaux d'assurance invalidité, s'acheter à l'extérieur auprès du service public de l'emploi général ou spécialisé pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés ou enfin s'externaliser auprès d'entreprises privées.
- [379] Le coût de cette expertise peut être financé de deux façons :
- par redéploiement de personnel, lié notamment à l'unification des régimes invalidité ou à la rationalisation interne des régimes⁸¹ ;
 - à l'interne du coût du risque, celui-ci ne finançant plus seulement un revenu de remplacement (ex : 70 % des derniers salaires) mais un revenu de remplacement réduit (ex : 69 %) et un appui au retour à l'emploi, comme certaines caisses de prévoyance complémentaires l'envisagent⁸².
- [380] Des développements qui précèdent, on peut proposer au total les recommandations suivantes :

Recommandation n°10 : Compléter l'évaluation médicale de l'invalidité par une évaluation distincte de l'employabilité et doter les organismes chargés de l'incapacité de travail d'une expertise en matière d'emploi

Recommandation n°11 : Construire à travers la procédure de prévention de la désinsertion professionnelle les éléments de mesure de l'employabilité, lors des arrêts de travail de longue durée

Recommandation n°12 : Définir les typologies d'invalidité médicalement constatées qui devraient principalement bénéficier d'une expertise instantanée d'employabilité

Recommandation n°13 : N'engager les évaluations médicales et d'employabilité qu'après vérification préalable des conditions administratives d'ouverture des droits

- [381] La mise en œuvre de ces recommandations implique, outre les travaux de définition des outils et processus, une phase d'expérimentation sur une base géographique suffisante avant toute généralisation. On rappelle en effet que :
- tout nouveau référentiel ou processus employabilité peut constituer « un tamis » supplémentaire ; il peut en sens inverse conduire à des demandes supplémentaires de personnes qui estimeront être dans le champ de l'inemployabilité. L'une ou l'autre option nécessitent une forte opérationnalité des services aval d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés ;

⁸¹ 895 ETP dans le régime général pour la tarification des AT-MP (rapport IGAS n° 2004-171 sur la tarification des AT-MP, novembre 2004)

⁸² Ainsi HUMANIS offre un tel service

- il convient également de mesurer les impacts socio-organisationnels entre acteurs anciens et nouveaux : les médecins conseils partageant leur pouvoir, quelle que soit l'option retenue, avec les experts emplois.

Recommandation n°14 : Expérimenter dans le régime général, la MSA et le RSI, l'introduction d'une évaluation médicale et emploi en matière d'invalidité

3.2.1.4. Tout choix d'introduction de référentiels médicaux et d'une évaluation de l'employabilité devra faire l'objet d'une évaluation préalable avant généralisation

- [382] Il n'appartenait pas à la mission d'aller au-delà de la discussion en opportunité du recours à un référentiel pour l'invalidité, mais il lui a été possible de tester dans le département de la Vienne l'impact qu'aurait eu le processus d'évaluation réalisé par la MDPH s'il avait été utilisé par les praticiens conseils et la CPAM.
- [383] En effet, les populations concernées sont en partie superposables ce qui a permis d'évaluer l'impact de l'éventuel usage du barème de l'AAH appliqué à une demande de pension d'invalidité. Cette étude originale a été conduite avec l'appui de la MDPH 86 et de la DRSM Limousin – Poitou-Charentes. Elle est détaillée en annexe VI. La question posée ici était de savoir si les outils de l'AAH étaient mobilisés pour l'évaluation des pensions d'invalidité, quels en seraient les principaux effets ?
- [384] L'étude a porté sur une période de 2 ans (2010-2011) sur les dossiers de demande communs aux deux organismes de la Vienne : la MDPH et l'échelon local du service médical qui, au titre du régime général d'assurance maladie, traite l'essentiel de la population de la Vienne. Elle ne présage pas des divergences qui pourraient être constatées en agrégeant les autres régimes MSA et RSI.
- [385] Sur les dossiers communs examinés d'un côté et de l'autre, dans un intervalle moyen d'environ trois ± un mois, il apparaît que les avis divergent de manière statistiquement significative et les taux de concordance ne sont que de 67 % entre les deux organismes.
- [386] Lorsque l'on s'intéresse aux avis rendus dans les conditions les plus proches entre les deux organismes, soit à la seule demande des assurés, le taux de concordance est de 70 %. La CDAPH de la Vienne accorde moins d'avis positifs que l'ELSM.
- [387] Cette mesure, instantanée, n'est pas une donnée intangible : elle est susceptible d'évoluer dans le temps, car une partie des motifs de refus sont liés à un constat divergent sur la période de stabilisation ou consolidation. Ces résultats ne sont naturellement valables que pour le département de la Vienne. Par ailleurs, la mission n'a fait que retraiter les données déjà enregistrées dans les deux systèmes d'information sans s'assurer de l'acceptation de l'outil par les institutions et ses acteurs, notamment les médecins conseils, s'ils avaient été en situation d'utilisation réelle.
- [388] Dans tous les cas, il est donc nécessaire de conduire une simulation approfondie de l'ensemble des conséquences institutionnelles, administratives, financières de l'utilisation d'un nouvel outil. L'expérimentation proposée pourrait comprendre deux bras : le premier reprendrait en l'élargissant à d'autres départements un protocole recourant à la démarche barème médical AAH et à une démarche de mesure de l'employabilité, le second bras testerait le recours au barème de droit commun, associé également à une démarche de mesure de l'employabilité. Les critères de jugement devraient reprendre les critères 4 et 5 exposés *supra* (adéquation avec les exigences d'un traitement de masse, appropriation aisée par les utilisateurs).

Recommandation n°15 : Expérimenter la transposition d'un barème médical AAH ou droit commun associé à une évaluation de l'employabilité dans le processus invalidité avant toute décision de généralisation

3.2.1.5. La question du référentiel universel reste-t-elle pertinente ?

- [389] L'évolution des méthodes d'évaluation en réparation dans le droit commun et celles de la capacité de gain en logique contributive ou solidaire convergent sur plusieurs points : le recours aux concepts de déficiences – incapacités et désavantages se généralise et surtout l'évaluation médicale tend à se dissocier nettement de l'évaluation professionnelle ou d'autres sujets de préjudices. Cette évolution « une finalité – un outil dédié » signe la fin du « tout en un » qui a structuré la barémologie depuis les barèmes fondateurs et persiste encore dans ces derniers.
- [390] Pour ces raisons, un référentiel universel, des évaluations médicales et professionnelles, patrimoniales et extrapatrimoniales en matière d'invalidité et de handicap, est un mirage qui ne devrait plus prospérer, sauf à vouloir maintenir la confusion de ces finalités divergentes.
- [391] A l'inverse et ceci n'est paradoxal qu'en apparence, on peut concevoir un rapprochement des évaluations qui prévalent en réparation et en compensation dans leur volet médical. La différence résidera surtout sur le niveau de maille souhaitable : fin en réparation ou chaque pourcentage compte et plus global en compensation où seul le franchissement de trois grands seuils ouvre l'accès aux droits.

3.2.2. Organiser l'animation des réseaux d'évaluateurs

- [392] Comme on l'a montré dans les deux premières parties, l'existence de référentiels n'est pas en soi suffisante pour homogénéiser les décisions d'évaluation de l'état d'invalidité : les référentiels restent indicatifs, ils ne prévoient pas tous les cas, et au final c'est toujours une personne particulière qui est évaluée.
- [393] Il faut dès lors développer une animation de réseau concernant l'invalidité, animation qui devra recourir à de nombreux instruments et leviers (cf. partie 2.2.1.2).
- [394] On rappelle en premier lieu que l'animation des réseaux ne vise pas aujourd'hui comme objectif principal, la réduction de l'hétérogénéité, mais plutôt la maîtrise des risques financiers, des délais et des coûts de gestion. Par ailleurs, la focale de cette animation s'est justement priorisée sur la prévention de la désinsertion professionnelle par rapport à la gestion de la mise en invalidité.
- [395] Tous les réseaux ne sont pas également armés en matière d'animation. Le principal écueil est en effet l'hétérogénéité et l'indépendance même des différentes composantes de ces réseaux. Seul le réseau de la CNAMTS possède aujourd'hui une organisation hiérarchique suffisante pour prétendre développer une animation de réseau cohérente articulée sur : la fixation d'objectifs de résultats ; des systèmes de management de la qualité et de maîtrise des risques ; la maîtrise des ressources humaines (recrutement, formation initiale et développement professionnel continu) ; le contrôle qualité interne ou externe ; le suivi et l'évaluation. Le régime général doit continuer à progresser dans cette animation comme il l'a programmé.
- [396] S'agissant des réseaux RSI et MSA, ils gagneraient à échanger avec le régime général plus avancé en la matière afin de développer l'ensemble des composantes détaillées ci-dessus.
- [397] Cette organisation type n'est pas possible pour les dispositifs décentralisés comme les MDPH, qui ne pourront, avec la volonté des différentes parties, que s'inscrire dans une animation de type « coordination incitative ».
- [398] La mission est enfin très sceptique sur la capacité d'organiser une animation satisfaisante pour la gestion des pensions d'invalidité des fonctionnaires et plaide pour un rattachement au régime général comme l'avait fait le rapport IGAS-IGA relatif aux commissions de réforme de l'Education nationale.⁸³

Recommandation n°16 : Développer l'animation de réseau dans les régimes dans les trois principaux régimes gérant les pensions d'invalidité : le régime général, la MSA et le RSI

⁸³ Voir supra.

3.3. *Pour piloter les réformes précédentes, faire émerger au niveau de la Sécurité sociale le pilotage et la gestion d'un risque global « incapacité de travail »interfacé avec les politiques de l'emploi*

[399] La mission estime nécessaire, pour piloter les réformes précédentes, de constituer une instance regroupant les principales directions d'administration centrales concernées et tous les régimes de base et complémentaire gérant le risque invalidité et le risque arrêt maladie.

[400] La direction de la sécurité sociale assurerait le secrétariat de cette instance, avec un soutien ministériel affiché.

[401] Cette instance aurait quatre rôles en matière de pilotage : doctrinal, stratégique, financier et d'interface avec les autres programmes sociaux.

3.3.1. Un pilotage doctrinal

[402] L'instance aurait les objectifs suivants :

- 1) établir la liste de toutes les données nécessaires au pilotage du risque incapacité de travail, établir le cahier des charges de leur production, exploiter de façon continue ces données à l'avenir ;
- 2) prendre connaissance de l'ensemble des travaux internationaux sur le sujet incapacité de travail ;
- 3) susciter tous travaux d'études nécessaires à la gestion du risque incapacité de travail ; assurer l'interface avec les équipes de recherche ;
- 4) harmoniser les concepts dans tous les textes juridiques ;
- 5) développer une expertise en matière de référentiel médical ;
- 6) développer une expertise en matière de référentiels et de processus d'employabilité et produire des référentiels précis en la matière.

3.3.2. Un pilotage stratégique

[403] L'instance aurait les objectifs suivants :

- 1) établir un cadrage stratégique du risque incapacité de travail (avec des objectifs et des indicateurs de résultats) et l'inscrire dans un programme de qualité et d'efficience spécifique⁸⁴ ;
- 2) s'assurer de l'opérationnalisation de ce programme par l'ensemble des régimes. Suivre en gestion ce programme et l'évaluer au bout d'un cycle temporel.

Recommandation n°17 : Construire un programme de qualité et d'efficience consacré au risque incapacité de travail réunissant les indemnités journalières et les pensions d'invalidité

3.3.3. Un pilotage financier

[404] La mission estime qu'une partie de l'objet non identifié que constitue le risque invalidité tient à sa non-identification financière. Elle propose la généralisation d'une cotisation incapacité de travail dans tous les régimes, actuellement soit confondue dans une cotisation d'assurance maladie soins+ IJ+ pensions d'invalidité, soit prise en charge directement par les employeurs.

⁸⁴ Voir en annexe I une première liste d'objectifs de qualité et d'efficience

3.3.4. Une interface avec les autres programmes sociaux

[405] L'instance aurait pour objectif d'assurer l'interface avec de nombreux autres programmes sociaux, le mot interface signifiant au terme de l'analyse des deux premières parties :

- le suivi permanent des programmes en cause avec mesure des implications possibles de leurs changements sur la politique d'incapacité longue au travail ;
- la connaissance par les responsables de ces programmes des évolutions des politiques d'incapacité longue. Ce risque non identifié bénéficie dès lors d'une visibilité évidente ;
- l'organisation d'une mise en cohérence ou d'une coordination des divers dispositifs.

1/ L'interface avec le risque IJ court. La prévention de la désinsertion professionnelle commence par un suivi rigoureux des absences pour causes de maladie, par l'édiction de directives médicales vers les médecins traitants concernant les durées d'arrêt de travail selon le diagnostic fait, par la posture dès l'arrêt de travail de désigner non pas ce qui ne peut pas être fait mais ce qui peut être fait.

2/ L'interface avec le risque handicap. Seraient représentés à l'instance la DGCS et la CNSA en tant que pilote du risque handicap (dont AAH et PCH).

3/ L'interface avec les politiques de reclassement des personnes inaptes à leur poste pour raison de santé et les politiques d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Seraient présentes à l'instance de pilotage la DGT et le DGEFP.

4/ L'interface avec le risque chômage et les minima sociaux (y compris AAH). Il serait utile à cet égard dans le cadre de cette interface de désigner des objectifs de résultats communs aux programmes invalidité et aux programmes chômage et minima sociaux pour éviter la tentation de chacun de transférer aux autres ses responsabilités et mesurer d'éventuels effets de substitution.

5/ L'interface avec le risque « anticipation de l'âge de la retraite pour altération de l'état de santé » piloté par les régimes de retraites.

6/ L'interface avec les politiques d'AT-MP, au moment où celles-ci réfléchissent⁸⁵ à un ordonnancement à deux niveaux de l'évaluation des victimes, celui de leur préjudice physiologique (autour du barème de droit commun publié par le Concours médical) et celui de leur préjudice professionnel. On rappelle toutefois que le risque AT-MP ne constitue que marginalement un sujet d'incapacité de travail (moins de 1 % des victimes) et majoritairement un problème de prévention, de tarification et de réparation de préjudices physiques, encore une fois sans conséquences sur l'emploi des personnes.

7/ L'interface avec les régimes de réparation des fautes imputables à un tiers ou des risques inhérents à la collectivité (accidents de guerre, accidents médicaux, etc) ; si leur logique de réparation doit être soigneusement distinguée de la logique de garantie de revenus, les barèmes qu'ils utilisent doivent avoir une cohérence avec la partie de mesure de l'invalidité concernant déficiences et incapacités fonctionnelles.

8/ L'interface avec les dépenses fiscales. Le remplacement de revenu assuré par la collectivité aux personnes invalides doit se calculer en termes de revenu net de cotisations et après impôts.

⁸⁵ Cf. groupe de travail « rénovation de la réparation des AT-MP présidé par Mme Ruellan, présidente de chambre honoraire à la Cour des comptes

3.3.5. Le pilotage dans l'espace et dans le temps

- [406] L'instance se constituerait aussi en interface des responsables locaux (ARS, DRJSCS et DIRECCTE) et réfléchirait à la nécessité d'une démultiplication de son pilotage au niveau régional.
- [407] L'instance inscrirait son travail dans la durée et dans un agenda précis : les travaux internationaux dont l'annexe I a rendu compte se sont ainsi déroulés sur 4 ans à la Commission européenne, sur toute une décennie (et se poursuivent) à l'OCDE.
- [408] C'est évidemment le cas concernant le pilotage des réformes de fond, *a fortiori* compte tenu du caractère faiblement prédictif de leurs résultats avec leurs nombreuses parties prenantes, les effets de substitution et la forte dépendance individuelle et contextuelle des décisions à prendre.

Recommandation n°18 : Créer une instance de pilotage inter-régimes du risque invalidité

4. CONCLUSION

- [409] La mission est consciente des quatre questions que posent ses propositions :
- 1) Est-il prioritaire de réformer l'invalidité ?
 - 2) Doit-on réformer profondément le risque invalidité ?
 - 3) Une telle réforme ne risque-t-elle pas d'être coûteuse alors que le modèle de départ est strict ?
 - 4) Quelles garanties sur le modèle d'arrivée, alors que l'expérience internationale montre que les conséquences de ce type de réforme est peu prédictible ?
- [410] Sur le premier point, la mission estime qu'il est de la responsabilité des pouvoirs publics de faire évoluer toutes les législations qu'ils ont édictés sous peine de désajustement de celles-ci à la réalité sociale, donc de rentes des uns et d'absence de couverture des autres. Il n'est pas de bonne gestion de laisser durablement dans l'ombre un risque grave et qui touche les plus modestes. Réformer l'invalidité est un programme de lutte contre les inégalités et contre la pauvreté qui doit être mené.
- [411] Sur le deuxième point, la mission observe que c'est justement parce que la réforme du risque invalidité n'a jamais été sur l'agenda qu'il faut désormais envisager des réformes importantes ; la mission propose en tout état de cause de mener les réformes de façon graduelle et de constituer une instance de pilotage à cette fin.
- [412] Sur le troisième point, la mission estime proposer des réformes équilibrées financièrement dans leurs principes, même s'il convient d'en réaliser un chiffrage approfondi : effort de prévention de la désinsertion professionnelle, limitation de la durée des IJ à deux ans, limitation dans la durée des possibilités d'invalidité professionnelle d'une part, généralisation d'un principe de revenu de remplacement convenable à toute la population d'autre part. A enveloppe financière égale, il y aura néanmoins des déplacements financiers entre personnes, entre régimes, entre outils de financement (budget de l'Etat, Sécurité sociale, régimes complémentaires).
- [413] Sur le quatrième point, la mission a proposé une étape de mesure en grandeur réelle de ses propositions, qui là encore nécessite une instance de pilotage ferme et rendant compte chaque année de ses travaux au Parlement.

Dr. Pierre ABALLEA

Etienne MARIE

Liste des recommandations

Recommandations		Organisme concerné	Echéance
1	Distinguer dans l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale les trois grandes logiques de la prise en charge qu'il régit : remplacement de revenus, compensation de dépenses supplémentaires et réparation d'un préjudice.	DSS	Plfss 2014
2	Harmoniser la définition de l'invalidité autour du concept de « réduction substantielle et durable à exercer une profession convenable à la mesure de ses aptitudes ».	DSS	2015
3	Développer une politique de prévention de la désinsertion professionnelle et donc de l'invalidité dans le secteur privé et dans le secteur public.	Administrations et opérateurs chargés de la santé et du travail	2013
4	Moderniser la définition de l'invalidité dans le code de la sécurité sociale à partir des concepts les plus aboutis des classifications internationales.	DSS	2015
5	Rassembler en un seul article la notion de « profession convenable à concurrence des aptitudes ».	DSS	2015
6	Mettre en cohérence la possibilité d'exercer une activité rémunérée en cas d'invalidité entre le code de la sécurité sociale et le code du travail.	DSS	Plfss 2014
7	Harmoniser les conditions d'accès à la majoration pour aide constante d'une tierce personne du code de la sécurité sociale sur celles de la prestation de compensation du handicap du code de l'action sociale et des familles.	DSS	Plfss 2014
8	Harmoniser le lexique de l'invalidité et du handicap.	DSS, DGCS	2014
9	Introduire un référentiel médical dans l'évaluation de l'invalidité pour l'ensemble des régimes. Le barème de l'AAH est l'option théorique la plus intéressante ; le barème de droit commun est une autre option.	DSS	2015
10	Compléter l'évaluation médicale de l'invalidité par une évaluation distincte de l'employabilité et doter les organismes chargés de l'incapacité du travail d'une expertise en matière d'emploi.	DSS	2015
11	Construire à travers la procédure de prévention de la désinsertion professionnelle les éléments de mesure de l'employabilité, lors des arrêts de travail de longue durée.	DSS	2015
12	Définir les typologies d'invalidité médicalement constatées qui devraient principalement bénéficier d'une expertise instantanée d'employabilité.	DSS	2015
13	N'engager les évaluations médicales et d'employabilité qu'après vérification préalable des conditions administratives d'ouverture des droits.	DSS	2015
14	Expérimenter dans le régime général, la MSA et le RSI, l'introduction d'une évaluation médicale et emploi en matière d'invalidité.	DSS	2013

15	Expérimenter la transposition d'un barème médical AAH ou droit commun associé à une évaluation de l'employabilité dans le processus invalidité avant toute décision de généralisation.	DSS	2013
16	Développer l'animation de réseau dans les régimes dans les trois principaux régimes gérant les pensions d'invalidité : le régime général, la MSA et le RSI.	CNAMTS, CCMSA, CCRSI	2013
17	Construire un programme de qualité et d'efficience consacré au risque incapacité de travail réunissant les indemnités journalières et les pensions d'invalidité.	DSS	Plfss 2014
18	Créer une instance de pilotage inter-régimes du risque invalidité.	DSS	2012

L'ordonnancement dans le temps de la mise en œuvre des recommandations serait le suivant :

- ✓ **2012** : Constitution de l'instance de pilotage inter-régimes.
- ✓ **2013** : Préparation de l'expérimentation sur le référentiel médical et le référentiel d'employabilité ; mise en place des outils d'animation des réseaux d'évaluateurs ; développement de la politique de prévention de la désinsertion professionnelle.
- ✓ **2014** : Expérimentation en grandeur réelle du référentiel médical et du référentiel d'employabilité ; modernisation des dispositions juridiques concernant l'invalidité dans le régime général.
- ✓ **2015** : Mise en application du référentiel médical et du référentiel d'employabilité ; création du régime unique d'invalidité.

Lettre de mission



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ



PARIS, LE **08 JUIN 2011**

Le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé

à

Monsieur le chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Votre lettre en date du 2 décembre 2010 adressée à la directrice de cabinet du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé proposant une contribution de l'IGAS aux travaux de mise en œuvre de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites

Suite à votre courrier cité en objet proposant votre contribution aux rapports qui incombent au Gouvernement conformément à la loi du 9 novembre 2010, je confie à l'IGAS la rédaction des trois rapports suivants :

- le rapport sur la prise en charge du veuvage précoce, qui ouvre des questions délicates sur l'articulation avec le revenu de solidarité active (RSA), les prestations familiales, l'élargissement du champ d'application aux couples PACSés, l'aide aux modes de garde et au retour à l'emploi, et plus généralement sur l'articulation entre la branche famille et la branche vieillesse est attendu pour le 31 décembre 2011 au plus tard (article 93 de la loi);
- le rapport sur la construction d'un barème d'attribution des pensions d'invalidité et la définition de l'incapacité pour lesquelles un pilotage IGAS est souhaitable au regard de l'expertise médicale attendue, des comparaisons entre les prestations de Sécurité sociale et celles de l'Etat, d'une part et celles de la branche maladie et de la branche retraite, d'autre part ; ce rapport doit être remis avant le 1^{er} janvier 2012 (article 80 de la loi) ;
- le rapport sur le passage aux 25 meilleures années du calcul de la retraite des agriculteurs, qui constituerait la principale mesure d'alignement du régime des exploitants agricoles sur le régime général, est à remettre avant le 10 novembre 2011 (article 91 de la loi) ;

Je vous remercie de bien vouloir me communiquer les projets de rapports dans un délai compatible avec ceux fixés par la loi précitée.

Xavier BERTRAND

Liste des personnes rencontrées

Organisme	Titre	Prénom & Nom	Fonctions
Association générale des institutions de retraite des cadres – Association des régimes de retraites complémentaires (AGIRC-ARRCO)	M.	Pierre CHAPRON	Directeur de cabinet
AGIRC-ARRCO	M.	Raphaël DEVILDER	Directeur de la réglementation
Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH)	M.	Pierre BLANC	Directeur général
AGEFIPH	Mme	Najiba FRADIN	adjointe du directeur général
AREDOC	Dr	Hélène BEJUI-HUGUES	Délégué général
Association des paralysés de France (APF)	Mme	Véronique BUSTREEL	Conseiller technique
Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)	Mme	Sonia EL HEIT	responsable du département Retraite
CCMSA	M.	Philippe MERIGUET	Responsable du département maladie et ATMP
CCMSA	Dr	Yves COSSET	Médecin national adjoint du Travail
CCMSA	Dr	Jean Louis DEUTSCHER	Médecin conseil au contrôle médical
CCMSA	Dr	Jean HOUSSINOT	Médecin conseil au contrôle médical
CCMSA	M	Philippe LAFFON	Directeur Santé
CCMSA	Mme	Pascale BARROSO	Chargée de mission
CCMSA	Mme	Isabelle PETRICIEN	adjointe à la responsable du département Famille
Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)	M.	B. BOIVIN-CHAMPEAUX	Directeur Prévoyance et retraite supplémentaire
Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)	M.	Jean Louis FAURE	Délégué général
Commission nationale des accidents médicaux (CNAMED)	Pr	André LIENHART	Vice président

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	Mme	Mathilde LIGNOT-LELOUP	directrice déléguée de l'offre de soins
CNAMTS	Dr	Catherine BISMUTH	directrice déléguée à la direction des assurés, direction déléguée de l'offre de soins (DDOS)
CNAMTS	Mme	Agathe DENECHERE	directrice de cabinet
CNAMTS	Mme	Najat ENNCEIRI	direction déléguée de l'offre de soins (DDOS)
CNAMTS	M.	Pascal NOE	direction déléguée de l'offre de soins (DDOS)
CNAMTS	Dr	Nadine AGOSTI	direction déléguée aux opérations (DDO)
CNAMTS	Dr	Michelle CARZON	direction déléguée aux opérations (DDO)
CNAMTS	Dr	Bernadette MARCHAL	direction déléguée aux opérations (DDO)
CNAMTS	Dr	Philippe GERARD	direction déléguée aux opérations (DDO)
Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)	M.	Vincent POUBELLE	Direction statistique
CNAV	Mme	Isabelle BRIDENNE	Direction statistique
CNAV	M.	David CLAIR	Direction de la réglementation
CNAV	M.	Pierre MAYEUR	Directeur général
CNAV	Mme	Annie ROSES	Direction des relations institutionnelles
Caisse nationale Solidarité pour l'autonomie (CNSA)	Dr	Pascale GILBERT	Expert à la Direction de la compensation
CNSA	Mme	Roselyne MASSON	Chargée de mission
CNSA	M	Jean Michel LAMIAUX	
Collectif inter associatif sur la santé (CISS)	M.	Marc MOREL	Directeur
CISS	M.	Stéphane GOBEL	Conseiller technique
Cour des comptes	Mme	Laurence ASSOUS	administratrice civile détachée
Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'assurance des Accidents du Travail (CNITAAT)	M.	ROBERT	Secrétaire général
CNITAAT	Mme	JEANNE	responsable adjoint de la section Invalidité/inaptitude
CNITAAT	Mme	TISSOT	Présidente de la section Invalidité/inaptitude,
CNITAAT	Mme	Dominique VALEUR	Présidente
CNITAAT	M.	HAMON	Président de la section Tarification
CNITAAT	Mme	DE CONYNCK	gestionnaire de contentieux

Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP)	M.	Alain BENOITEAU	DGFIP/Service des retraites de l'Etat (SRE), chef du bureau des invalidités
Direction de la sécurité sociale (DSS)	Mme	Marie DAUDE	sous directrice SD2 Accès aux soins, aux prestations familiales et accidents du travail
DSS	Mme	Marie MARCENA	SD3, adjointe au chef de bureau 3C Régimes professionnels de retraite et institution de protection sociale complémentaire
DSS	M.	Renault VILLARD	SD3, Retraites et Institutions de protection sociale complémentaires (RIPSC). Chef du bureau 3A (retraite et inaptitude)
DSS	M.	Arnault ABEL	SD2, adjoint du chef du bureau 2A
DSS	M.	Olivier BACHELLERY	SD2 Chef du bureau 2A accès aux soins
DSS	Mme	Carole HAMON	rédactrice, bureau 3C
Direction du budget (DB)	M.	Rodolphe GINTZ	sous directeur 6ème sous direction
Direction du budget	M.	Marc-HENRI SERRE	chef du bureau solidarité insertion
Direction du budget	M.	Sébastien COLLIAT	chef du bureau des retraites et régimes spéciaux
Direction du budget	M.	Marie SAMSON	chef du bureau des comptes sociaux et de la santé
Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)	Mme	Sabine FOURCADE	Directrice générale
DGCS	Dr	Chantal ERAULT	cheffe de bureau 3C « Droits et aides à la compensation »
DGCS	M	Gilles DIOT	adjoint à la cheffe de bureau 1C « minima sociaux »
DGCS	M.	Laurent CYTERMANN	au titre de ses anciennes fonctions de chef de bureau des minima sociaux à la DGCS
Direction générale du travail (DGT)	Mme	Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU	chef de service
DGT	Mme	Amel HAFID	adjointe au chef du bureau des relations collectives du travail
DGT	M.	Jacques Le MARC	chef de pôle au sein du bureau CT1 politique et acteurs de la prévention sous direction des conditions de travail
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)	Mme	Magda TOMASINI	sous-directrice chargée de l'Observation de la solidarité
DREES	Mme	Sylvie EGHBAL	adjointe du chef de bureau Handicap et Dépendance
DREES	M.	Olivier BONTOUT	adjoint au sous-directeur "Synthèses, études économiques et évaluation"

Direction des ressources humaines des ministères sociaux (DRH)	M	Marc DESTENAY	Chef du bureau des salaires
DRH	Mme	Frédérique NAUDIN	Chef du bureau des pensions
Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement. (DRHIL)	Dr	Annick DEVEAU	au titre de ses anciennes fonctions de directrice du CTNERHI en 1991-1993 et co-auteur de l'ouvrage de référence de 2002 sur les barèmes médicaux
Fédération nationale des accidentés de la vie (FNATH)	M.	Karim FELISSI	Conseiller national
Fond d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)	Mme	Huguette MAUSS	Directrice
FIVA	Dr	Marie Hélène BADACH	chef du service médical
Inspection générale des affaires sociales (IGAS)	M.	Patrice LEGRAND	co-auteur de l'ouvrage de référence de 2002 sur les barèmes médicaux
IGAS	Mme	Catherine HESSE	au titre de ses fonctions de rapporteur dans le groupe de travail sur l'employabilité
IGAS	Dr	Marine JEANTET	au titre de ses anciennes fonctions en tant que conseillère médicale à la DSS
Ligue nationale contre le cancer	Mme	Véronique KORNMANN	Chargée de mission, droits des personnes
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)	M	Christopher PRINZ	Economiste senior
OCDE	Mme	Miranda VEERLE	Economiste
OCDE	Mme	Shruti SINGH	Economiste
OCDE	Mme	Monika QUEISSER	Chef de la division Politique sociale, direction générale pour l'emploi, le travail et les affaires sociales
Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)	M.	Alain KURDJIAN	Secrétaire Général
ONIAM	Mme	Agathe SUBERCASAU	responsable accidents médicaux
ONIAM	Mme	Sabine GIBERT	Directrice juridique
ONIAM	M.	Erik RANCE	Directeur
Régime social des Indépendants (RSI)	Dr	François DUPONT	Médecin conseil, chargé de mission sur l'invalidité et IJ

RSI	Dr	Brigitte HEULS	Médecin conseil national adjoint RSI
RSI	Mme	Stéphanie DECHAUME	Directrice de cabinet
RSI	M.	Stéphane SEILLER	Directeur
Secrétariat général pour l'administration (SGA) Défense	Dr	Michel WATEL	Président de la Commission consultative médicale du service des pensions
	Mme	Rolande RUELLAN	Présidente du groupe de travail rénovation de la réparation des AT-MP
Association de santé inter-entreprise 86 ASSTV	Dr	Soazig RAPINEL	Médecin du travail- Médecin référent - Pôle toxicologique et risques chimiques
ASSTV	Dr	Gilles ARNAUD	Médecin du travail
CAF 21	Mme	Françoise BOURCIER	Directrice
CAF 21	Mme	Corine GRILLE	attachée de direction offre de service allocataire, relation avec les partenaires et maîtrise des risques
CAF 86	M.	Elie ALLOUCH	Directeur
CAF 86	Mme	Marie-Claire CANDUSSO	cadre référent Handicap au service prestations
Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) Bourgogne Franche-Comté	Mme	Anne-Marie AUBRY	responsable régionale des services sociaux CARSAT
CARSAT Bourgogne Franche-Comté	M.	Patrick FERRY	Direction des risques professionnels
CARSAT Bourgogne Franche-Comté	Mme	Anne Da ROCHA-RAMBAUD	responsable de service groupe retraite
CARSAT Limousin - Poitou-Charentes	M.	DELPI	responsable de l'action sanitaire et sociale
CARSAT Limousin - Poitou-Charentes	Mme	Arlette VALLEE	assistante de service social
Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) 21	Mme	Annie VAN-SANTE	Directrice adjointe
ELSM 21	Dr.	Christiane PERRAUD	Médecin chef
CPAM 21	Mme	Muriel JUSSEAU	responsable des pensions d'invalidité pour 21 et 71
CPAM 21	Mme	Jocelyne BATHIARD	sous directrice profession de santé et établissements

Caisse Primaire d' Assurance Maladie (CPAM) 86	Mme	Patricia LEMOINE	Sous directrice Prestations
CPAM 86	Mme	Marie Ange GRELLIER	responsable du service « revenus de remplacement »
CPAM 86	M.	Philippe TROTABAS	Directeur
Direction départementale de la Cohésion sociale (DDCS) 21	Mme	Marie EDMOND-SAMUEL	secrétaire de la commission de réforme et du comité départemental 21
DDCS 21	Mme	Sylvie COUCHE	secrétaire de la commission de réforme et du comité départemental 21
DDCS 21	Dr	Jean François SAUGEOT	Membre de la commission de réforme
DDCS 21	M.	Claude GIACOMINO	Directeur adjoint
DDCS 21	M.	Bernard FRESLIER	chef de service « politique de la ville et cohésion territoriale »
DDCS 21	Mme	Muriel GRAZIANI	chargée de mission « personnes en situation de handicap »
DDCS 86	Mme	Françoise LINSOLAS	Directrice
Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale (DRJSCS) Poitou-Charentes	Mme	Patricia SURAULT	responsable du greffe du TCI
DRJSCS Poitou-Charentes	M.	Patrice BEAL	Directeur régional
DRJSCS Poitou-Charentes	M.	Philippe LE LANN	chef du pôle cohésion sociale
DRJSCS de Bourgogne	Mme	Guillemette RABIN-COSTY	responsable du pôle cohésion sociale, jeunesse et vie associative
DRJSCS de Bourgogne	Mme	Mireille PEILLOT-FRANDEL	responsable des TASS-TCI en Bourgogne
DRJSCS de Bourgogne	Mme	Amandine LECOMTE	responsable de la coordination des politiques de santé publique et d'insertion des personnes handicapées
DRJSCS de Bourgogne	M.	Philippe MICHEL	Directeur régional
Direction régionale du service médical du régime général (DRSM) d'Ile-de-France	Dr	Jean-Charles ACCELIO	Médecin conseil ERSM d'Ile-de-France, responsable pilotage (audit interne, démarche qualité et management)
DRSM d'Ile-de-France	Dr	Martine GARIN	Médecin conseil au pôle CPRAA à DRSM Ile de France (relations avec les assurés)
DRSM Limousin - Poitou-Charentes	Dr	Françoise DUROUX	Médecin conseil

Echelon local du service médical (ELSM) 86	Dr	Pierre LAMBERT	Médecin conseil
ELSM 86	Dr	Bertrand DEMONDION	Médecin chef
ELSM 91	Dr	Pascale PEYRE-COSTA	Médecin chef ELSM 91
Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) 21	M.	Jérôme PELISSIER	responsable MDPH 21
MDPH 21	Mme	Françoise L'HOMME	responsable du pole partenariat et relations aux usagers à la MDPH
MDPH 21	Dr	HIBELOT	médecin MDPH secteur adulte et référent médical maison de l'autonomie (gériatre)
MDPH 21	M.	Philippe CHENILLET	Directeur

MDPH 86	Dr	Carole GAUTIER	responsable du service médico-social
MDPH 86	Mme	Emilie LEGARS	responsable du service Aide et Orientation
MDPH 86	M.	Jean-Michel COURTOIS	Directeur
MDPH 95	Dr	Brigitte GAINET	Médecin référent MDPH et chef de service évaluation pluridisciplinaire
MDPH 95	Mme	Isabelle Du COUEDIC	Directrice
MSA 86-79	Dr	Jean Paul GLOAGUEN	responsable du service médical
MSA 86-79	Dr	Maria AUBIN	responsable du service de médecine du travail
Mutualité Sociale Agricole (MSA) 86-79	Mme	Chantal BRUNET	adjoint au responsable du service santé, responsable du secteur invalidité
MSA 86-79	M.	Pierre BENOIT	Directeur de l'action sociale
Pôle Emploi Poitou-Charentes	Mme	Pascale MALLE	responsable du service partenariat marketing et grand compte à la DR Entretien sur Poitiers
Pôle Emploi Vienne	M.	Jacques ROBINEAU	Directeur territorial Vienne
Pôle Emploi Vienne	Mme	Virginie POUTHIER	collaboratrice à la direction territoriale

Liste des sigles et acronymes

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AERAS (convention)	Convention « S’assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé »
AIPP	Atteinte à l’intégrité physique et psychique
ALD	Affection de longue durée
AMEXA	Assurance maladie des exploitants agricoles
APA	Allocation personnalisée d’autonomie
ARE-ASS	Allocation d’aide au retour à l’emploi ; allocation de solidarité spécifique
ASA	Assurances des salariés agricoles
ASI	Allocation supplémentaire d’invalidité
AT-MP	Accident du travail – maladie professionnelle
CAF	Caisse d’allocations familiales
CARSAT	Caisse d’assurance retraite et de la santé au travail
CCN	Convention collective nationale
CDAPH	Commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées
CIDIH	Classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps
CIF	Classification internationale des fonctions, des incapacités et de la santé
CIM	Classification internationale des maladies
CISS	Collectif inter-associatif sur la santé
CLM, CLD	Congé de longue maladie / de longue durée
CNAMEM	Commission nationale des accidents médicaux
CNAMTS	Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d’assurance vieillesse
CNITAAT	Cour nationale de l’incapacité et de la tarification de l’assurance des accidents du travail
CNRACL	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie
COG	Convention d’objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d’assurance maladie
CRCI	Commission régionale de conciliation et d’indemnisation des accidents médicaux
CREDOC	Centre de recherche pour l’étude et l’observation des conditions de vie
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DFP	Déficit fonctionnel permanent
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGEFP	Délégation générale à l’emploi et à la formation professionnelle
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGT	Direction générale du travail
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l’emploi
DREES	Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DRSM	Direction régionale du service médical
DSS	Direction de la sécurité sociale

EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
ELSM	Echelon local du service médical
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
FIVA	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FPE, FPT, FPH	Fonction publique de l'Etat / territoriale / hospitalière
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HAS	Haute autorité de santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
PCH	Prestation de compensation du handicap
PMI	Pension militaire d'invalidité
PQE	Programme de qualité et d'efficience
RALFSS	Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale
RMI, RSA	Revenu minimum d'insertion, revenu de solidarité active
RSDAE	Restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi
RSI	Régime social des indépendants
TCAM	Taux de croissance annuel moyen
TCI	Tribunal du contentieux de l'incapacité