

## **Chapitre XIII**

**Les pensions d'invalidité :  
des évolutions nécessaires,  
un retour à l'emploi à favoriser**



---

## PRÉSENTATION

---

*Les pensions d'invalidité sont versées par la sécurité sociale aux assurés dont la capacité de travail ou de gain<sup>648</sup> est fortement réduite à la suite d'un accident ou d'une maladie n'ayant pas une origine professionnelle.*

*Le régime général concentre près de neuf bénéficiaires de ces pensions sur dix, ainsi que l'essentiel des dépenses. Celles-ci couvrent à la fois les dépenses de prestations et celles découlant des droits liés à l'invalidité en matière de retraite et d'exonération du ticket modérateur<sup>649</sup> pour l'essentiel des frais de santé.*

*En 2019<sup>650</sup>, la Cour observait que l'invalidité était un dispositif mal connu et peu suivi, malgré des dépenses dynamiques. Six ans plus tard, elle a souhaité examiner si la dépense poursuivait sa progression rapide et analyser les déterminants de son évolution. Elle a aussi cherché à évaluer, dans l'intérêt des assurés et des comptes sociaux, le fonctionnement du dispositif dans le régime général et sa capacité à favoriser le retour à l'emploi quand l'état de santé des personnes s'améliore.*

*Le nombre élevé de bénéficiaires de pensions d'invalidité, dont la majorité est jugée « absolument incapable » de travailler selon les termes du code de la sécurité sociale, contribue à l'importance des dépenses, même si celles-ci ont crû moins rapidement au cours des dernières années (I). L'efficacité du dispositif serait améliorée si l'invalidité était mieux suivie et si les médecins-conseils de l'assurance maladie, qui décident des mises en invalidité, étaient mieux outillés pour apprécier la capacité de travail et de gain des assurés (II). Le retour à l'emploi, lorsqu'il est possible, est un enjeu essentiel pour les assurés comme pour les finances sociales, ce qui nécessite une intensification des actions en amont de la mise en invalidité et en matière de prévention de la désinsertion professionnelle (III).*

---

---

<sup>648</sup> La capacité de gain désigne la capacité de l'assuré à se procurer « la rémunération soumise à cotisations et contributions sociales qu'il percevait 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 » (article L 341-1 du code de la sécurité sociale).

<sup>649</sup> Part de la dépense de santé restant à la charge de l'assuré.

<sup>650</sup> Cour des comptes, « Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre IV, 2019.



### Chiffres-clés 2023

Le régime général a versé une pension d'invalidité à un peu plus de 700 000 assurés en décembre 2023, dont 57 % de femmes, et à plus de 830 000 assurés au moins une fois pendant l'année<sup>651</sup>. Les dépenses de pensions d'invalidité du régime général se sont élevées à 7,5 Md€, auxquelles s'ajoute 0,3 Md€ de dépenses d'allocation supplémentaire d'invalidité (minimum social).

L'assuré admis en invalidité est placé dans l'une des trois catégories déterminant le montant de sa pension, selon qu'il est capable d'exercer une activité rémunérée (catégorie 1), qu'il est absolument incapable d'exercer une profession (catégorie 2), ou qu'il est, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie (catégorie 3). En décembre 2023, 27 % des personnes en invalidité étaient en catégorie 1, 71 % en catégorie 2 et 2 % en catégorie 3. Par rapport aux hommes, les femmes étaient plus fréquemment en catégorie 1 (30 % contre 23 %).

L'invalidité recouvre souvent plusieurs pathologies. Sur près de 67 000 avis médicaux favorables à une admission en invalidité à l'initiative de l'assurance maladie, en moyenne annuelle de 2021 à 2024, les pathologies les plus fréquemment déclarées comme motif principal sont les épisodes ou troubles dépressifs (12 400), les tumeurs malignes du sein (3 200), les accidents vasculaires cérébraux et les lombalgies basses (1 500 chacun).

## I - Un dispositif encadré qui indemnise un nombre élevé d'assurés

La réglementation soumet l'indemnisation de l'invalidité à des conditions médicales et administratives strictes. Les dépenses de pensions d'invalidité ont cessé de croître depuis 2020 mais restent élevées en raison d'un nombre important de bénéficiaires.

### A - Une indemnisation soumise à des conditions strictes

La reconnaissance de l'invalidité est soumise à des conditions à la fois administratives et médicales. Elle donne droit à une prestation contributive<sup>652</sup>, qui peut être complétée par des prestations d'assistance.

<sup>651</sup> L'écart est notamment lié aux décès et aux départs à la retraite en cours d'année.

<sup>652</sup> Elle est servie en contrepartie de cotisations versées et dépend des rémunérations perçues.

## **1 - Un rôle central du médecin-conseil de l'assurance maladie dans le placement en invalidité**

La reconnaissance de l'invalidité fait intervenir deux services distincts : d'une part les services administratifs de la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam), d'autre part les échelons locaux du service médical, services déconcentrés de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

### **Un processus médico-administratif complexe**

Est considéré comme invalide un assuré dont la capacité de travail ou de gain est réduite d'au moins deux tiers en raison d'un événement de la vie d'origine non professionnelle<sup>653</sup>. L'invalidité est reconnue par le médecin-conseil de l'échelon local du service médical, à la suite d'une demande directe de l'assuré ou, le plus souvent, à l'occasion d'un contrôle de l'arrêt de travail, lorsque l'état de santé s'est stabilisé, ou au terme du délai maximum de 36 mois de versement des indemnités journalières pour arrêt maladie. L'avis du médecin-conseil précise la catégorie d'invalidité.

Pour être éligible à une pension d'invalidité, l'assuré doit en outre être affilié à la sécurité sociale depuis au moins 12 mois et avoir exercé une activité professionnelle minimale<sup>654</sup> au cours de l'année précédant l'interruption de travail intervenue avant l'admission en invalidité ou la constatation de l'invalidité. Ces conditions sont vérifiées par la Cpam à qui l'assuré adresse sa demande de pension.

La Cpam notifie à l'assuré la décision d'attribution de sa pension<sup>655</sup> qui lui est versée chaque mois, en tenant compte d'éventuelles évolutions de sa situation ou de ses revenus. La pension d'invalidité peut être supprimée si la capacité de travail ou de gain de l'assuré s'améliore.

## **2 - Des pensions liées aux salaires passés, éventuellement complétées par des prestations d'assistance**

Le montant de la pension dépend de la catégorie d'invalidité. Il est calculé en fonction de la moyenne des salaires perçus au cours des

<sup>653</sup> Article L. 341-1 et suivants du code de la sécurité sociale et règlement du régime d'assurance invalidité-décès des travailleurs indépendants.

<sup>654</sup> 600 heures de travail ou des cotisations équivalentes à celles dues sur un salaire correspondant à 2 030 fois le Smic horaire.

<sup>655</sup> Les recours amiables et contentieux contre les décisions relatives aux pensions d'invalidité sont limités, avec des taux inférieurs respectivement à 3 % et à 1 % en 2023. Le juge a donné tort à l'assurance maladie dans 0,2 % des contentieux.

dix meilleures années de la carrière, dans la limite du plafond de la sécurité sociale. La pension est encadrée par un minimum et un maximum. Elle est revalorisée annuellement en fonction de l'inflation observée. Les personnes en invalidité de catégorie 3 perçoivent, en outre, 1 288,13 € au titre de la majoration pour tierce personne (MTP), qui compense forfaitairement leurs besoins spécifiques d'accompagnement au quotidien.

**Tableau n° 34 : barème des pensions d'invalidité dans le régime général au 1<sup>er</sup> avril 2025**

<i>Catégorie</i>	<b>Part du salaire de référence</b>	<b>Minimum mensuel</b>	<b>Maximum mensuel</b>
<i>1</i>	30 %	335,29 €	1 177,50 €
<i>2</i>	50 %	335,29 €	1 962,50 €
<i>3</i>	<b>50 % + MTP</b>	<b>1 623,42 €</b>	<b>3 250,63 €</b>

Source : Cnam

Les montants moyens de pension d'invalidité augmentent avec la catégorie, compte tenu du barème (fraction croissante du salaire de référence et, pour la catégorie 3, majoration pour tierce personne). Les femmes perçoivent des pensions plus faibles en moyenne que celles des hommes en raison des écarts de salaire de référence.

**Tableau n° 35 : montant mensuel moyen de la pension d'invalidité par genre et par catégorie dans le régime général en décembre 2023**

	<b>Catégorie 1</b>	<b>Catégorie 2</b>	<b>Catégorie 3 (*)</b>
<i>Femmes</i>	576 €	850 €	2 094 €
<i>Hommes</i>	675 €	1 060 €	2 184 €
<b>Ensemble</b>	<b>612 €</b>	<b>945 €</b>	<b>2 149 €</b>

Note : hors allocation supplémentaire d'invalidité, (\*) y compris majoration pour tierce personne.  
Source : Cnam

Le titulaire d'une pension peut demander à bénéficier d'une allocation supplémentaire d'invalidité. Cette prestation différentielle garantit un montant mensuel minimum de revenus.

### **L'allocation supplémentaire d'invalidité**

Le minimum de ressources mensuelles en cas d'invalidité est porté, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2025, à 914,85 € pour une personne seule et à 1 601 € pour un couple. Ainsi, une personne seule percevant le minimum de pension d'invalidité (335,29 €) sans autres ressources bénéficie en outre de 579,56 € au titre de l'allocation supplémentaire d'invalidité<sup>656</sup>. En 2023, 9 % des personnes en invalidité bénéficiaient de cette allocation.

À ces pensions peuvent s'ajouter des rentes d'invalidité au titre de contrats de prévoyance. En 2023, 73 % des entreprises déclaraient avoir mis en place une garantie de prévoyance en cas d'invalidité<sup>657</sup>. Les 14,2 millions de salariés des branches professionnelles comptant plus de 100 000 salariés ayant mis en place un accord de prévoyance étaient couverts à 99,9 % contre le risque d'invalidité de catégories 2 et 3, et à 80 % contre celui de catégorie 1<sup>658</sup>. Le nombre de bénéficiaires de rentes d'invalidité au titre de la prévoyance n'est pas précisément connu, mais les prestations correspondantes s'élevaient à 3,2 Md€ en 2022<sup>659</sup>.

## **B - Des dépenses moins dynamiques depuis 2020 mais un coût qui reste important**

Le niveau des dépenses d'invalidité reste élevé en raison d'un nombre de bénéficiaires important, et le coût pour le régime général est accru par des droits connexes.

---

<sup>656</sup> Les revalorisations de cette allocation en 2020 et 2021 n'ont pas permis de porter son montant (899,56 € en 2024) au niveau de celui de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), soit 1 016,05 €. En 2023, 75 % des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité ont complété cette allocation avec l'AAH.

<sup>657</sup> Selon le baromètre du centre technique des institutions de prévoyance et de l'institut de sondage Ifop d'octobre 2023. La convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres prévoit une couverture complémentaire obligatoire en cas de décès mais facultative pour ce qui concerne l'invalidité.

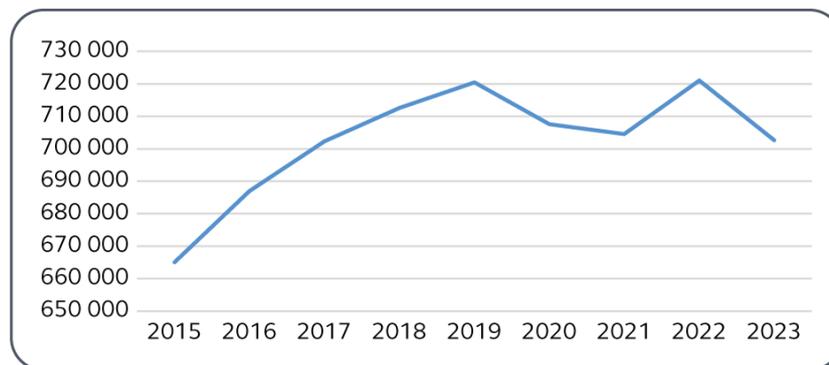
<sup>658</sup> Centre technique des institutions de prévoyance, *Les accords de branche en prévoyance*, 2024.

<sup>659</sup> Drees, « Le profil des bénéficiaires d'une pension d'invalidité », *Les retraités et les retraites*, édition 2024.

## 1 - Une progression du nombre d'invalides interrompue depuis 2020

Entre 2010 et 2019, le nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité du régime général a progressé d'environ 3 % par an. Il fluctue depuis entre 700 000 et 720 000 assurés.

### Graphique n° 40 : nombre de travailleurs indépendants et de salariés du régime général bénéficiaires d'une pension d'invalidité en décembre de chaque année (2015-2023)



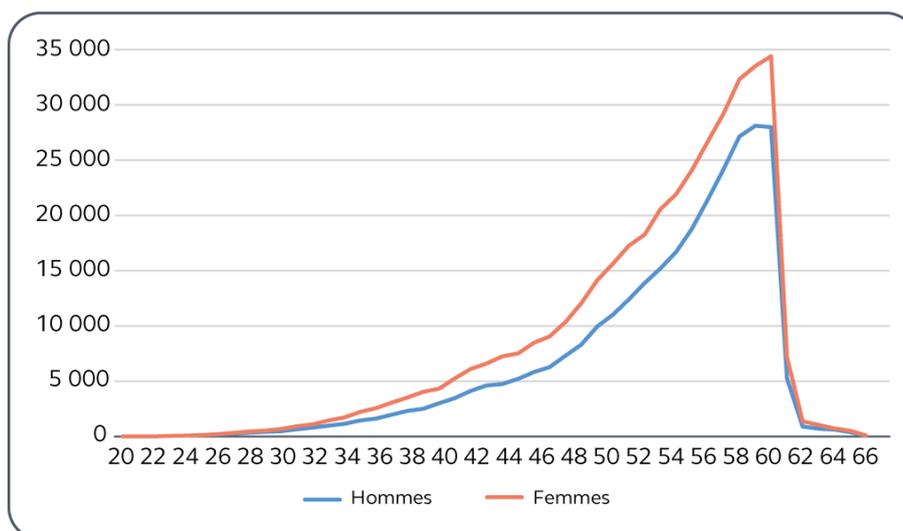
*Note : les effectifs des travailleurs indépendants en invalidité ont été ajoutés à ceux du régime général avant leur intégration à ce régime en 2020 pour conserver un champ homogène sur toute la période.  
Source : Cour des comptes, d'après les données de la Cnam*

La forte progression jusqu'en 2019 s'explique essentiellement par la réforme des retraites de 2010, qui a reculé l'âge minimum légal de départ à la retraite de 60 à 62 ans. En effet, le nombre des bénéficiaires de pensions d'invalidité croît avec l'âge et la pension d'invalidité est remplacée par une pension de retraite pour inaptitude à un âge qui correspondait alors à l'âge minimum légal de départ à la retraite<sup>660</sup>.

Un tel effet ne se produira pas à la suite de la réforme de 2023 qui a repoussé l'âge minimum légal de départ à la retraite de 62 à 64 ans. En effet, la réforme a maintenu à 62 ans l'âge de la retraite pour inaptitude, faisant désormais de l'inaptitude un motif de départ anticipé à la retraite.

<sup>660</sup> Articles L. 341-15 et 16 du code de la sécurité sociale. La personne en invalidité doit préalablement en faire la demande mais, si elle continue à travailler, elle peut continuer à cumuler ses revenus d'activité avec sa pension d'invalidité jusqu'à 67 ans.

**Graphique n° 41 : répartition par âge et par genre des bénéficiaires d'une pension d'invalidité du régime général en décembre 2023**



Source : Cour des comptes, d'après les données de la Cnam

Un autre facteur de hausse entre 2015 et 2019 est lié à la croissance de la population âgée de 50 à 62 ans, qui concentre les trois quarts des bénéficiaires de pensions d'invalidité. Cet effet est amplifié par la hausse de l'emploi des seniors, qui augmente la part de ceux éligibles à une pension d'invalidité<sup>661</sup>. Enfin, la part des personnes en invalidité à chaque âge a augmenté sur cette période, pour des raisons qui n'ont fait l'objet d'aucune analyse.

Le retournement à la baisse en 2020<sup>662</sup> et 2021 a été dû à la crise sanitaire : les mises en invalidité des assurés ont été retardées car les médecins-conseils n'ont pu constater la stabilisation de leur état de santé en raison des confinements. Après le rattrapage observé en 2022, la baisse en 2023 reste, à ce jour, inexpliquée.

L'évolution du nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité devrait rester modérée à l'avenir. Selon les projections démographiques de l'Insee, l'effectif de la population âgée de 50 à 62 ans aurait atteint un point haut en 2023 et la tendance s'inverserait ensuite avec une baisse de 0,6 % par an en moyenne au cours des dix années suivantes.

<sup>661</sup> Drees, *Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019*, Études et Résultats n° 1321, décembre 2024.

<sup>662</sup> Hors l'effet de l'intégration des travailleurs indépendants au régime général.

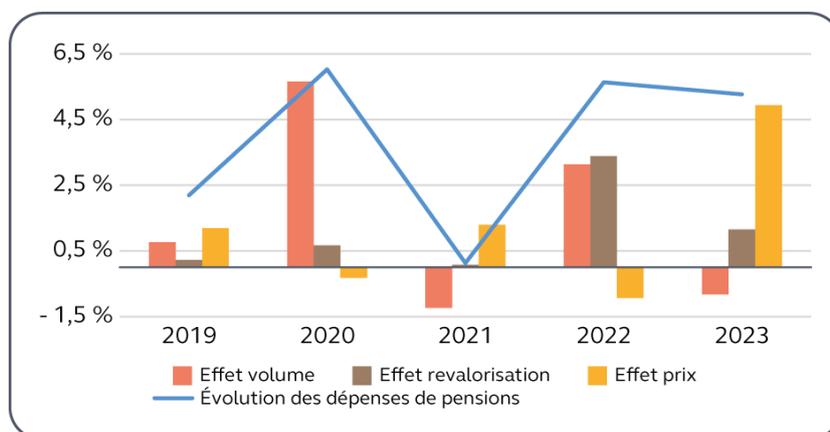
## 2 - Des dépenses de prestations aux évolutions heurtées

La Cour constatait en 2019 le dynamisme des dépenses de pensions d'invalidité pour la période allant de 2011 à 2018. Entre 2018 et 2023, leur progression a été plus modérée : hors allocation supplémentaire d'invalidité, elles ont augmenté à champ constant<sup>663</sup> de 15,5 %, soit à peine plus que l'inflation (+ 13,9 %).

L'évolution des dépenses d'invalidité au cours de la période résulte de trois facteurs :

- principalement, un effet volume dû à l'augmentation du nombre des bénéficiaires résultant de l'intégration des travailleurs indépendants en 2020 et du rattrapage en 2022 des retards d'entrées dans le dispositif du fait de la crise sanitaire ;
- un effet lié à la revalorisation des pensions, marqué en 2022<sup>664</sup> du fait de l'inflation ;
- un effet prix, dû notamment à l'augmentation des salaires de référence en 2023.

**Graphique n° 42 : décomposition de l'évolution annuelle des dépenses de pensions d'invalidité du régime général entre 2019 et 2023 (en %)**



Note : y compris majoration pour tierce personne, hors allocation supplémentaire d'invalidité.  
Source : Cour des comptes, d'après les données et la méthodologie de la Cnam

<sup>663</sup> L'intégration des travailleurs indépendants dans le champ du régime général a conduit à une augmentation de 300 M€ de la dépense en 2020 pour ce régime.

<sup>664</sup> Revalorisations de 1,8 % au 1<sup>er</sup> avril 2022 et de 4 % au 1<sup>er</sup> juillet 2022.

### 3 - Un coût annuel total pour le régime général d'environ 10 Md€

En 2023, les prestations versées au titre de l'invalidité se sont élevées à 7,8 Md€. Une appréhension complète des coûts de l'invalidité pour le régime général nécessite de prendre en compte deux facteurs supplémentaires.

L'invalidité ouvre droit à une exonération du ticket modérateur pour l'ensemble des frais de santé, à l'exception des médicaments à service médical rendu modéré et faible. Le coût de cet avantage a été estimé par la Cour à environ 270 M€ en 2023.

L'invalidité permet aussi de valider des trimestres pour la retraite et de partir à la retraite à taux plein dès l'âge de 62 ans au titre de l'inaptitude. Selon la caisse nationale d'assurance vieillesse, le coût de ces avantages était de 2,3 Md€ en 2020 pour le régime général. Ce coût intègre celui lié à l'octroi du minimum contributif, minimum de pension du régime général dont l'obtention est conditionnée au taux plein : 42 % des retraités précédemment en invalidité en bénéficient alors qu'ils seraient, sinon, 9 %<sup>665</sup>.

En prenant en compte ces avantages indirects, le coût de l'invalidité pour le régime général atteint un montant de l'ordre de 10 Md€ par an. Toutefois, une partie de ces dépenses, non évaluée, devrait être imputée à la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) au lieu de la branche maladie, dans la mesure où les AT-MP ne sont pas tous déclarés comme tels<sup>666</sup>.

## II - Une gestion de l'invalidité à améliorer

La gestion de l'invalidité par la Cnam est fragilisée par une organisation complexe, à la performance en demi-teinte, et un traitement hétérogène des demandes de pension. La maîtrise du risque invalidité est affectée par un outillage insuffisant des médecins-conseils pour apprécier la capacité de travail et de gain des assurés.

---

<sup>665</sup> L'invalidité donne aussi droit à des avantages au régime complémentaire Agirc-Arrco (attribution de points au titre des périodes d'invalidité et annulation des coefficients d'abattement).

<sup>666</sup> La commission sur la sous-déclaration des AT-MP (article L. 176-2 du code de la sécurité sociale) n'évalue pas ces dépenses, qui sont difficiles à identifier, en raison de conditions d'accès différentes aux dispositifs de rente AT-MP et de pension d'invalidité.

## **A - Un pilotage et une qualité de service à renforcer**

Le pilotage du dispositif par la Cnam n'inclut pas de gestion du risque lui-même et se concentre sur l'efficacité et la qualité du service. L'effort de mutualisation et de dématérialisation de la gestion doit être poursuivi pour améliorer la qualité de service et réduire les disparités de traitement.

### **1 - Un dispositif insuffisamment piloté**

La convention d'objectifs et de gestion 2023-2027 de la Cnam est plus ambitieuse en matière d'invalidité que la précédente, qui passait pour l'essentiel ce sujet sous silence. Elle s'engage à améliorer la qualité de service et à consolider la performance de gestion<sup>667</sup>. Pour autant, cette ambition n'est pas pleinement traduite dans les différents outils de gestion partagés entre la Cnam et les organismes du réseau.

Les indicateurs nationaux relatifs à la gestion administrative de l'invalidité sont instables dans le temps<sup>668</sup>. Le système d'information doit être unifié pour consolider des données produites au niveau local, insuffisamment exploitées. Il en résulte un déficit d'analyse sur l'invalidité, pourtant nécessaire à la mise en œuvre d'une gestion active de ce risque et à l'appréciation de la performance et de la qualité du service rendu. La Cnam a créé en décembre 2024 une direction de projet pour préparer le changement des outils de production de données et améliorer l'homogénéité de leur traitement sur le territoire.

La caisse nationale n'est pas en mesure d'évaluer l'intégralité des coûts de gestion de l'invalidité. Elle estime le coût des services administratifs à 35,4 M€ en 2023, dont 31 M€ de masse salariale et 4,4 M€ d'autres frais (postes informatiques, amortissements, frais de déplacement, etc.). Pour le service médical, elle n'évalue à ce jour que la masse salariale, soit 18,7 M€.

Au total, les coûts de gestion de l'invalidité évalués par la Cnam sur un périmètre incomplet s'élevaient à 54,1 M€ en 2023<sup>669</sup>. Faute de données, le suivi de leur évolution dans le temps, pourtant nécessaire, n'est pas assuré.

---

<sup>667</sup> Elle prévoit de garantir des paiements rapides et homogènes, de développer les téléservices depuis le compte Ameli et de simplifier les démarches lors du passage à la retraite.

<sup>668</sup> Issus du référentiel national du processus et des contrats pluriannuels de gestion, 18 indicateurs relatifs à l'invalidité étaient suivis en 2022, 8 en 2023, dont seulement 5 communs entre les deux exercices.

<sup>669</sup> Par ailleurs, elle estime les coûts d'investissement dans les systèmes d'information sur le champ de l'invalidité à 3,6 M€.

## 2 - Une disparité de moyens alloués, partiellement mutualisés

La gestion administrative de l'invalidité fait partie des processus progressivement mutualisés par la Cnam à partir de 2017 dans le cadre plus général de la démarche de travail en réseau de l'assurance maladie (Tram)<sup>670</sup>. La Cnam de résidence conserve la relation de proximité avec l'assuré mais la gestion administrative de son dossier d'invalidité est assurée par l'un des 29 pôles Tram.

Cette mutualisation a permis d'harmoniser les pratiques et de renforcer la productivité des techniciens spécialisés sur ce dispositif complexe, dont une partie des tâches a été automatisée. Alors que le nombre d'assurés en invalidité augmentait de 7 % entre 2019 et 2023, l'effectif des pôles Tram chargé de leur gestion a baissé de 10 %.

Toutefois, la répartition de cet effectif rapporté au nombre d'invalides reste hétérogène selon les territoires, sans que cela se justifie par le nombre de demandes de pension d'invalidité, d'invalides de catégorie 3 ou de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité. En 2023, un agent administratif du pôle Tram de Saint-Lô gérait 2,4 fois plus d'invalides qu'à Digne. Une plateforme d'entraide entre les Cnam permet aux caisses mieux dotées de mettre à disposition une partie de leurs techniciens en renfort conjoncturel auprès de caisses en difficulté.

Des disparités sont également constatées dans la répartition de l'effectif du service du contrôle médical chargé de l'invalidité, qui a baissé de 13,5 % entre 2019 et 2023<sup>671</sup>, principalement en raison de la pénurie de médecins-conseils. Ainsi, un agent du service du contrôle médical en Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse suivait deux fois plus d'invalides qu'en Bretagne en 2023.

Un projet d'intégration du service médical au sein des Cnam est en cours. Il serait souhaitable, à cette occasion, d'étudier la pertinence d'une mutualisation de la gestion médicale de l'invalidité, dans une perspective d'harmonisation des pratiques.

---

<sup>670</sup> Axe 4 de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la Cnam.

<sup>671</sup> 216 équivalents temps plein étaient chargés du processus invalidité dans les échelons locaux du service médical en 2023.

### 3 - Une qualité de service à conforter pour une meilleure équité de traitement

Selon l'enquête de satisfaction réalisée par la Cnam en 2024, le taux de satisfaction des assurés en invalidité (78 %) est supérieur de 12 points à celui de l'ensemble des assurés bénéficiant d'un revenu de remplacement de l'assurance maladie.

Toutefois, l'hétérogénéité de traitement résultant de la disparité des moyens alloués doit être réduite. En 2022, un assuré en arrêt de travail dans le Centre-Val de Loire entrait en invalidité en moyenne 75,4 jours plus tard qu'en Auvergne-Rhône-Alpes. Sans que cela en soit la seule cause, l'écart entre les effectifs chargés de l'invalidité dans les deux régions dépasse 20 %. En 2023, le taux d'entrée en invalidité au terme du délai maximum de 36 mois de versement des indemnités journalières était quatre fois plus faible en Grand-Est que dans les Hauts-de-France.

La gestion de l'invalidité a été en partie dématérialisée, permettant d'améliorer la fiabilité et les délais de traitement. Depuis 2022, les assurés ayant un compte *Ameli*<sup>672</sup> doivent remplir puis transmettre en ligne leurs déclarations de ressources sur l'honneur pour vérifier et ajuster le montant de leur pension. Cette automatisation a permis de renforcer la performance du service.

Les résultats doivent toutefois encore être améliorés car la Cnam n'atteint pas tous les objectifs qu'elle s'est fixés : le taux d'erreurs dans l'attribution des pensions d'invalidité est certes inférieur à 2 % ; il doit en revanche être réduit pour l'allocation supplémentaire d'invalidité, pour laquelle il reste supérieur à 5 %. L'objectif de traitement des dossiers de demande de mise en invalidité dans un délai de 60 jours n'est pas atteint pour une partie des salariés, ni pour les travailleurs indépendants<sup>673</sup>.

Le logiciel *Scapin*, utilisé pour l'instruction, la gestion et le paiement des pensions d'invalidité, est vieillissant. Son interopérabilité, notamment avec *Ameli*, est instable, ce qui oblige les gestionnaires à des saisies manuelles, sources d'erreurs. Une nouvelle version, prévue pour 2026, doit permettre de consolider dans une interface unique toutes les données relatives à un assuré, ce qui facilitera le travail des agents qui doivent aujourd'hui consulter une multitude d'outils pour traiter un dossier.

---

<sup>672</sup> Environ 85 % des assurés en invalidité ont un compte *Ameli*.

<sup>673</sup> 84,5 % des dossiers de travailleurs indépendants ont été instruits en 60 jours en 2022 pour un objectif de 90 % fixé par la Cnam. L'indicateur n'était plus suivi en 2023. Il était de 85,4 % pour les salariés qui sollicitent directement leur mise en invalidité.

Le déploiement du dispositif de ressources mensuelles<sup>674</sup>, qui permettrait de préremplir les déclarations sur l'honneur des ressources, initialement prévu en 2024, n'interviendra pas avant 2026, avec le nouvel outil de gestion administrative de l'invalidité.

Après plusieurs retards, le calendrier de développement des téléservices et de refonte des outils doit être respecté pour améliorer la qualité de service et mobiliser davantage les pôles Tram sur des missions de contrôle et d'accompagnement des situations les plus complexes.

## **B - Une capacité de travail et de gain à mieux évaluer**

Les décisions d'attribution de pension d'invalidité varient sensiblement d'un département à l'autre et sont parfois en décalage avec la capacité de travail des assurés. Une évaluation de la capacité de gain mobilisant des outils plus performants, et intervenant de façon plus régulière, permettrait de limiter ces incohérences.

### **1 - Des décisions d'attribution de pension hétérogènes, sources d'incohérences**

Le taux de personnes en invalidité dans la population active variait en 2021 de 1,3 % à 4,8 % selon les départements métropolitains<sup>675</sup>. Ces écarts peuvent s'expliquer en partie par la structure par âge de la population, son état de santé et les possibilités d'emploi offertes par le marché local du travail.

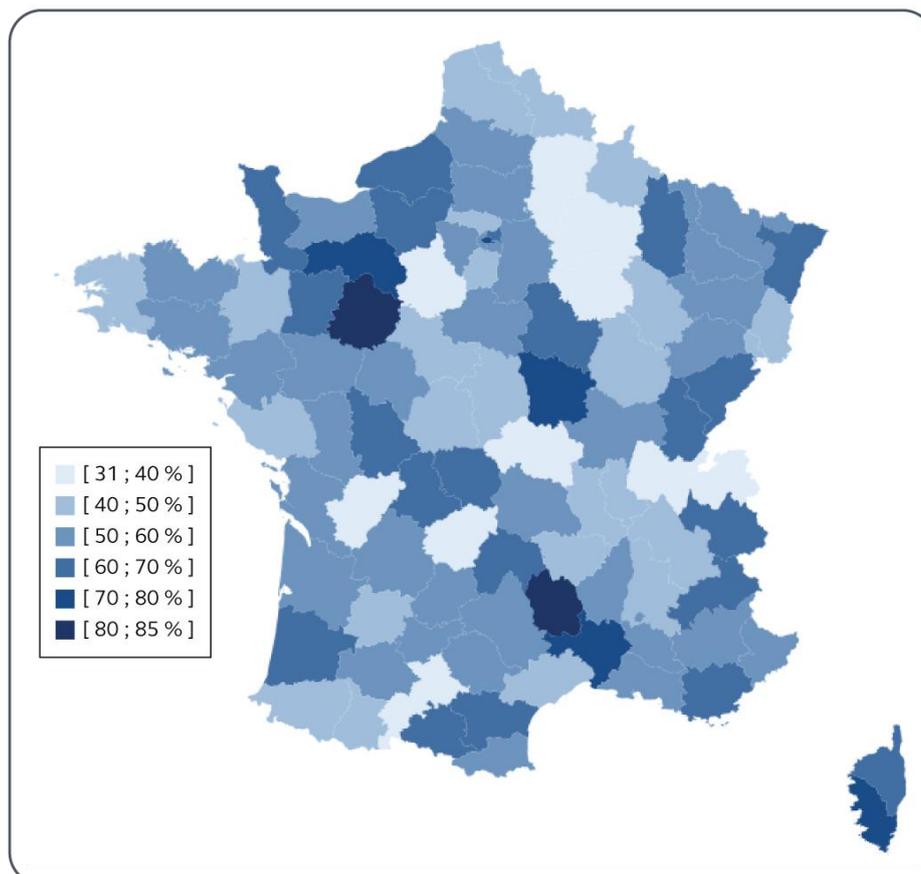
Malgré un effort de supervision des dossiers d'invalidité par les médecins-chefs, les décisions de mise en invalidité à la demande de l'assuré varient aussi fortement. En 2023, la part des dossiers acceptés parmi les demandes variait de 31 % à 85 % selon les départements.

---

<sup>674</sup> Base de données relatives aux revenus connus de l'administration fiscale.

<sup>675</sup> En l'absence d'informations disponibles sur le nombre d'assurés dans chaque département, ce taux rapporte le nombre de personnes en invalidité à la population active âgée de 15 à 64 ans, fournie par l'Insee pour l'année 2021.

**Carte n° 4 : taux d'attribution des pensions d'invalidité  
en proportion des demandes directement adressées  
par les assurés en 2023 (en %)**



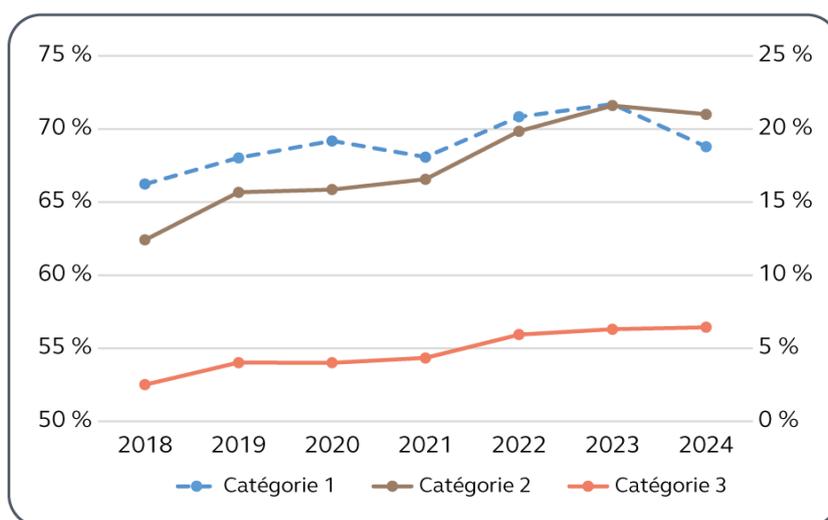
Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnam

Selon la Cnam, ces différences pourraient s'expliquer par les particularités socio-économiques des territoires et par des degrés variables de connaissance par les assurés des conditions à réunir pour que leur invalidité soit reconnue. La diversité des pratiques médicales a toutefois aussi une responsabilité : au sein d'une même région, l'Occitanie, le taux d'acceptation des demandes de mise en invalidité par l'assurance maladie variait ainsi de près de un à trois selon les échelons locaux du service médical en 2023.

Les catégories d'invalidité attribuées peuvent, par ailleurs, être en décalage avec la situation de certains assurés : en novembre 2024, 69 % des salariés placés en invalidité et considérés comme pouvant travailler

(catégorie 1) exerçaient une activité professionnelle ; c'était aussi le cas de 21 % des salariés de catégorie 2 et de 6,4 % de ceux de catégorie 3<sup>676</sup>, censés en être « absolument incapables ». Ces proportions ont augmenté depuis 2018.

**Graphique n° 43 : proportion de salariés invalides exerçant une activité professionnelle (2018-2024)**



*Lecture : catégorie 1 : échelle de gauche ; catégories 2 et 3 : échelle de droite.  
Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnam*

La direction de la sécurité sociale a cherché à réformer les catégories d'invalidité pour les simplifier et mieux les faire correspondre aux capacités de travail et de gain des assurés placés en invalidité. Elle souhaitait aussi corriger l'asymétrie entre la capacité de gain pour entrer en invalidité, qui doit être réduite des deux tiers, et celle pour en sortir, qui doit correspondre à au moins 50 % de la capacité de gain antérieure. Elle voulait enfin inciter à la reprise et à l'accroissement d'une activité professionnelle. La difficulté d'atteindre simultanément l'ensemble de ces objectifs l'a conduite à renoncer à modifier les catégories existantes.

<sup>676</sup> Cette activité peut toutefois être très partielle. Pour les travailleurs indépendants, le taux d'emploi était plus élevé encore : 79 % en catégorie 1, 54 % en catégorie 2 et 21 % en catégorie 3.

## 2 - Des médecins-conseils mal outillés pour apprécier la capacité de travail

En matière de prestations d'invalidité, contrairement aux rentes d'accident du travail et de maladie professionnelle, les services du contrôle médical ne disposent d'aucun barème associant pathologies et incapacité permanente de travail. Les médecins-conseils expliquent cette absence par le fait que l'invalidité ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une lésion circonscrite mais d'un état général de santé, qui trouve son origine dans une ou plusieurs pathologies.

Cette difficulté existe également dans le domaine du handicap. Toutefois, un guide-barème permet, dans ce cas, d'évaluer les conséquences de l'incapacité sur la vie quotidienne de la personne. Afin de réduire l'hétérogénéité des pratiques d'attribution des pensions, la Cour a préconisé en 2010, puis à nouveau en 2019, la création d'un référentiel de l'invalidité cohérent avec le guide-barème du handicap<sup>677</sup>.

Ces recommandations n'ont pas été mises en œuvre mais les services du contrôle médical disposent depuis 2015 d'un outil d'aide à la décision de mise en invalidité, qui mesure les capacités restantes de l'assuré pour seize activités<sup>678</sup> de la vie quotidienne et qui produit un avis indicatif. Comme la Cour l'avait déjà relevé en 2019, cet outil reste peu utilisé par les médecins-conseils, même s'il est aujourd'hui plus largement utilisé par les infirmiers de l'assurance maladie qui instruisent les demandes.

Dans ces conditions, l'appréciation de la réduction de la capacité de gain susceptible de conduire à une mise en invalidité continue de reposer exclusivement sur l'expérience et le jugement du médecin-conseil.

Pour mesurer la capacité d'un assuré à occuper un emploi, le médecin-conseil doit en principe prendre en compte les caractéristiques du poste, les possibilités de reclassement au sein de l'entreprise, la capacité de l'assuré à être formé à une nouvelle activité professionnelle, ainsi que la situation sur le marché local du travail. Il dispose de peu d'informations sur ces éléments et évalue, pour l'essentiel, la capacité de gain résiduelle des assurés sur la base de leur état de santé et de leur situation sociale.

---

<sup>677</sup> Cour des comptes, « L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre XV, 2010 et « Les pensions d'invalidité ; une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre IV, 2019.

<sup>678</sup> Les seize items retenus par l'application permettent d'évaluer, entre autres, la capacité d'apprentissage et d'application des connaissances, la capacité à exécuter une ou plusieurs tâches, à communiquer, à porter, déplacer et manipuler des objets, à marcher et se déplacer et à interagir avec autrui.

La mise en place d'une commission pluridisciplinaire pour assister le médecin-conseil dans sa prise de décision a été expérimentée en 2023 à l'initiative de la direction de la sécurité sociale et de la Cnam. Cette commission, composée d'un médecin du travail et d'un représentant du réseau des Cap emploi<sup>679</sup>, spécialistes du maintien en emploi, devait éclairer le médecin-conseil dans les cas jugés complexes.

Selon le bilan de l'expérimentation établi par la Cnam, 18 % des dossiers étudiés ont fait l'objet d'un avis divergent entre le médecin-conseil et l'instance collégiale. Dans les deux tiers de ces cas, l'instance collégiale estimait possible l'exercice d'une activité professionnelle contrairement au médecin-conseil. L'expérimentation ne sera pas généralisée car elle a été jugée trop consommatrice de temps dans un contexte de manque de ressources médicales. Elle souligne toutefois l'importance de disposer d'informations précises sur l'employabilité, en amont de la mise en invalidité.

Une allocation plus efficiente du temps médical devrait conduire à mobiliser les équipes des services de santé au travail (infirmiers, conseillers sociaux, psychologues, etc.), pour recueillir les informations pertinentes sur les conditions de travail et d'emploi des assurés susceptibles d'être mis en invalidité et les transmettre au service médical de l'assurance maladie avant évaluation par le médecin-conseil.

### 3 - Des réévaluations de la capacité de travail trop peu fréquentes

Le service du contrôle médical opère peu de révisions d'invalidité. En 2023, seules 20 724 pensions ont été réexaminées, soit 2,9 % des pensions versées dans l'année. La Cnam considère qu'il n'est pas opportun d'augmenter le nombre de ces réexamens, compte tenu de la pénurie de médecins-conseils et dans la mesure où ils conduisent à un maintien de la catégorie d'invalidité dans 98 % des cas.

Toutefois, le faible nombre de réexamens ne garantit pas la représentativité de ce dernier taux. Or, les réévaluations assurent le paiement à bon droit des pensions d'invalidité et l'équité de traitement entre les assurés. En l'absence de réexamen, une personne placée en catégorie 2 dont la capacité de gain s'améliore percevra une pension d'invalidité plus élevée qu'une personne placée en catégorie 1, même si leurs capacités de gain sont devenues identiques. De même, faute de réexamen de leur situation, les personnes placées en catégorie 1 sont maintenues en invalidité y compris lorsqu'elles ont recouvré plus de 50 % de leur capacité de gain. Enfin, des réévaluations conduiraient, dans certaines situations, à des économies de prestations (cf. encadré *infra*).

---

<sup>679</sup> Réseau chargé de l'accompagnement dans et vers l'emploi des personnes en invalidité ou en situation de handicap.

Comme la Cour l'a recommandé en 2019, il serait souhaitable d'accorder les pensions d'invalidité de catégorie 1 pour une durée limitée mais renouvelable, dépendant de l'âge et de l'état de santé de l'assuré. La situation des bénéficiaires de catégories 2 et 3 qui reprennent un emploi devrait être systématiquement réexaminée par le médecin-conseil. Cette information, qui figure dans la déclaration sur l'honneur des ressources, pourrait donner lieu à une alerte informatisée.

Les moyens humains nécessaires à ces réexamens devraient pouvoir être obtenus par l'entrée en vigueur, prévue au printemps 2025, du protocole établi par la Cnam qui permet la délégation de tâches des médecins-conseils aux infirmiers du service du contrôle médical.

#### **L'enjeu financier du retour en emploi des personnes en invalidité**

La meilleure évaluation de la capacité de travail et de gain des personnes en invalidité est un levier essentiel pour garantir la dépense à bon droit. Par ailleurs, favoriser le retour en emploi des personnes en situation d'invalidité constitue, au-delà de l'intérêt personnel qu'elles peuvent en retirer, un gisement d'économies important (cf. *infra*) :

- 1 % des personnes en invalidité de catégorie 1 reprenant un emploi adapté, leur permettant de sortir de l'invalidité, représenterait une économie de prestations de 14 M€ par an ;
- 1 % des personnes en invalidité de catégorie 2 reprenant une activité professionnelle, les conduisant à être placés en catégorie 1, représenterait une économie de prestations de 20 M€ par an.

### **III - Un retour à l'emploi à favoriser dans l'intérêt des assurés et des comptes sociaux**

La Cour a recommandé en 2019 de réformer les modalités de cumul des pensions d'invalidité avec des revenus professionnels, afin de renforcer l'incitation à la reprise d'emploi. Des avancées importantes ont eu lieu dans ce domaine. L'enjeu du retour en emploi des personnes souffrant de problèmes de santé dépasse toutefois la seule question de ce cumul et constitue notamment un enjeu financier important. En amont de la mise en invalidité, les employeurs doivent être mobilisés de façon plus précoce, et les interventions des acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle mieux articulées.

## **A - Des conditions de cumul invalidité-emploi rendues plus incitatives**

Jusqu'en 2022, la pension d'invalidité était supprimée en tout ou partie dès que le montant cumulé de la pension et des revenus professionnels dépassait pendant deux trimestres consécutifs le salaire trimestriel moyen de la dernière année d'activité. La reprise d'un emploi pouvait ainsi se traduire par une perte de revenus<sup>680</sup>.

Un décret du 23 février 2022 a corrigé cet effet. Désormais la pension d'invalidité n'est plus amputée que de la moitié (et non de la totalité) du dépassement lorsque son montant cumulé avec celui des revenus d'activité devient supérieur au salaire de comparaison<sup>681</sup>. Ce dernier ne pouvait toutefois dépasser le plafond de la sécurité sociale.

Selon la Cnam, la nouvelle réglementation a conduit à augmenter le montant de la pension d'invalidité de 65 394 bénéficiaires dont les revenus d'activité étaient en moyenne de 20 000 € par an. Toutefois, du fait du plafonnement du salaire de comparaison, elle a conduit à diminuer la pension versée à 9 950 personnes dont le revenu annuel moyen d'activité était plus élevé (27 000 €) et même à la suspendre pour 1 474 personnes aux revenus plus élevés encore (73 000 €).

Afin de limiter le nombre de perdants, le plafond du salaire de comparaison a été porté à 1,5 fois le plafond de la sécurité sociale<sup>682</sup> par un décret du 28 juillet 2023, ce qui a conduit à restaurer ou ré-augmenter la pension d'invalidité de près de 6 700 bénéficiaires.

La suspension de la pension d'invalidité en raison d'un dépassement du salaire de comparaison a toutefois des conséquences importantes pour un nombre limité d'assurés. De nombreux contrats de prévoyance conditionnent en effet le versement de la rente d'invalidité et la prise en charge des remboursements d'emprunts, prévus au contrat, au versement d'une pension par l'assurance maladie. L'accroissement des revenus d'activité peut alors se traduire par une baisse du pouvoir d'achat des assurés.

---

<sup>680</sup> Le risque était d'autant plus important que les salaires sont assujettis à un taux de prélèvements sociaux de 21 %, alors que ce taux est de 6,7 % pour les pensions d'invalidité.

<sup>681</sup> Il s'agit du montant maximum entre le salaire annuel moyen des dix meilleures années et celui de la dernière année d'activité précédant le passage en invalidité.

<sup>682</sup> Soit un montant annuel égal à 70 650 € au 1<sup>er</sup> janvier 2025.

## **B - Des employeurs à mieux mobiliser pour favoriser le maintien en emploi**

Le fait d'avoir été en arrêt maladie de plus de soixante jours une année donnée s'accompagne d'un risque accru de transition vers le chômage ou l'inactivité l'année suivante<sup>683</sup>. Ce constat souligne la nécessité de favoriser le retour vers l'emploi, y compris dans des conditions adaptées, dès que l'état de santé de l'assuré le permet.

Pour permettre ce retour à l'emploi, le concours actif des employeurs est indispensable. Contrairement à d'autres pays qui les sollicitent fortement, y compris financièrement, les employeurs ne sont pas, en France, au cœur du dispositif d'insertion professionnelle des personnes souffrant de problèmes de santé.

### **Les incitations au retour en emploi en Belgique et aux Pays-Bas**

Dans ces deux pays, les employeurs contribuent de façon importante à l'indemnisation des salariés placés en arrêt maladie, ce qui constitue une incitation forte à agir pour leur retour en emploi.

En Belgique, les employeurs versent l'intégralité du salaire durant la première année de l'absence d'un de leurs salariés pour cause de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle. Lorsque l'incapacité de travail se prolonge au-delà d'un an, l'assurance obligatoire prend le relais et verse une indemnité d'invalidité mensuelle à l'intéressé. Depuis avril 2023, afin d'encourager la réintégration de travailleurs malades en cas d'absence de longue durée, les employeurs qui emploient une personne en invalidité dans le cadre d'une reprise progressive du travail peuvent bénéficier d'une prime.

Aux Pays-Bas, le dispositif de reprise du travail des personnes partiellement invalides oblige les employeurs à maintenir le salaire de la personne en arrêt de travail pendant les deux premières années de maladie et à investir dans des mesures de réinsertion professionnelle.

Jusqu'à la loi du 2 août 2021 portant renforcement de la santé au travail, les employeurs n'étaient mobilisés en France que de façon indirecte, par l'intermédiaire de la médecine du travail.

---

<sup>683</sup> Parmi les personnes ayant connu un arrêt maladie de plus de soixante jours, 18,9 % des femmes et 14,2 % des hommes étaient au chômage ou en inactivité l'année suivante, contre respectivement 7,1 % des femmes et 4,4 % des hommes pour les salariés n'ayant pas connu d'arrêt de travail (Drees, *Études et Résultats* n° 938, octobre 2015).

La loi a ouvert la possibilité d'un rendez-vous de liaison<sup>684</sup> organisé à l'initiative de l'employeur ou du salarié, au cours duquel sont évoquées, entre autres, les conditions d'un retour en emploi. Cette possibilité est toutefois encore mal connue et les rendez-vous sont peu nombreux selon Presanse<sup>685</sup>. Ce dispositif mériterait de faire l'objet d'une campagne d'information et de communication auprès des acteurs.

Les employeurs ont la responsabilité d'organiser une visite de reprise à l'issue de l'arrêt de travail<sup>686</sup> mais, dans les cas où la santé des salariés est durablement altérée, le retour dans l'entreprise doit être préparé en amont. C'est l'objet de la visite dite de préreprise. Celle-ci est effectuée par l'infirmier ou le médecin du travail et n'associe pas l'employeur. Elle permet d'envisager les aménagements nécessaires à la reprise du poste ou d'un nouvel emploi dans l'entreprise avant que l'employeur ne soit consulté sur la possibilité de les mettre en œuvre.

Cette visite joue un rôle crucial pour amorcer le processus d'adaptation des conditions de travail et d'emploi, en vue d'un retour du salarié sur son poste ou à un autre poste. Même si elle peut désormais être organisée dès le trentième jour d'arrêt maladie<sup>687</sup>, la loi de 2021 précitée a rendu son organisation facultative, ce qui en atténue la portée.

L'accord national interprofessionnel du 10 décembre 2020, à l'origine de la loi du 2 août 2021, visait à systématiser la visite de préreprise au même titre que la visite de reprise, en cas d'arrêt maladie de longue durée. Il serait par conséquent souhaitable que la convocation à cette visite soit rendue obligatoire. Elle devrait intervenir le plus tôt possible afin de donner le temps à l'employeur de mobiliser tous les leviers à sa disposition pour favoriser le maintien en emploi.

L'employeur pourrait avoir l'obligation d'informer le service de santé au travail des arrêts de longue durée, l'organisation de la visite de préreprise incombant à ce service. Face à la pénurie de médecins du travail, la possibilité ouverte par la loi du 2 août 2021 de déléguer ces visites aux infirmiers en santé au travail devrait être exploitée, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, 99 % d'entre elles étant encore réalisées par des médecins<sup>688</sup>.

---

<sup>684</sup> Possible dès le trentième jour d'arrêt maladie continu ou discontinu.

<sup>685</sup> Organisme représentatif des services de prévention et de santé au travail interentreprises.

<sup>686</sup> Depuis le décret n° 2022-372 du 16 mars 2022, cette visite est obligatoire à l'issue de 60 jours au moins d'arrêt de travail contre 30 jours auparavant. À cette occasion l'infirmier ou le médecin du travail peut émettre un avis d'inaptitude.

<sup>687</sup> Au lieu de trois mois avant l'entrée en vigueur du décret du 16 mars 2022.

<sup>688</sup> Direction générale du travail, *L'activité des services de prévention et de santé au travail en 2023*.

## **C - Des acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle à mobiliser plus précocement**

Les assurés dont la poursuite de l'activité professionnelle est menacée pour raison de santé sont identifiés par le service médical et le service social de l'assurance maladie, par la médecine du travail, ou encore lorsqu'ils se présentent à l'accueil des Cnam.

### **1 - Un renforcement de la coordination entre l'assurance maladie et les services de prévention et de santé au travail à parachever**

S'ils y consentent, ces assurés sont pris en charge par la cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle de leur service de santé au travail qui élabore, avec eux, un plan personnalisé de retour à l'emploi. Ils peuvent également être suivis par le service social de l'assurance maladie, qui finance, conjointement aux employeurs, des actions dites de remobilisation<sup>689</sup> mises en œuvre durant les arrêts maladie. Les assurés qui perdent leur emploi au cours ou à l'issue d'un arrêt maladie sont orientés vers France Travail.

La multiplicité des acteurs et des points d'entrée dans le dispositif de prise en charge du risque de désinsertion professionnelle le rend peu lisible pour les assurés et complique l'orientation de ces derniers. Bien que la prévention de la désinsertion professionnelle soit l'un des objectifs assignés à l'assurance maladie depuis près de quinze ans, ses services communiquent encore difficilement avec ceux de la médecine du travail et la convergence de leurs modalités de détection du risque de désinsertion doit être organisée.

La loi du 2 août 2021 a créé un cadre de partenariat entre l'assurance maladie et les services de prévention et de santé au travail afin de favoriser la détection précoce du risque de désinsertion professionnelle. Elle prévoit que, lorsqu'un tel risque apparaît, sous réserve de l'accord de l'assuré, le service médical de l'assurance maladie transmette au service de prévention et de santé au travail du salarié des informations concernant ses arrêts de travail. En retour, le service de prévention et de santé au travail devrait transmettre à l'assurance maladie les informations sur les conditions de travail des assurés qui lui ont été signalés.

---

<sup>689</sup> Formations, essais encadrés pour tester la compatibilité d'un poste de travail avec l'état de santé du salarié, conventions de rééducation professionnelle en entreprise, etc.

Ces dispositions ne sont toutefois toujours pas mises en œuvre car des difficultés d'ordre juridique et technique ont retardé l'élaboration des décrets d'application de la loi. Trois ans après la promulgation de celle-ci, ces textes doivent être pris dans les meilleurs délais.

## **2 - Anticiper la mise en invalidité pour favoriser un accompagnement adapté**

L'article R 341-8 du code de la sécurité sociale prévoit que la mise en invalidité intervienne dès la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. Il n'y a donc pas lieu de continuer à verser des indemnités journalières au-delà de cette date, d'autant qu'elles sont généralement plus coûteuses pour la sécurité sociale que les pensions d'invalidité<sup>690</sup> et que le prolongement de la période d'inactivité des assurés est préjudiciable à leur retour à l'emploi.

Le statut d'invalidé permet à l'assuré de bénéficier d'un accompagnement renforcé, favorable au retour à l'emploi. La mise en invalidité vaut, en effet, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. À ce titre, les personnes placées en invalidité peuvent bénéficier de l'expertise des Cap emploi, sollicités par la médecine du travail dans le cadre de l'adaptation du poste ou du reclassement dans l'entreprise. De leur côté, les employeurs peuvent bénéficier des aides proposées par l'association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph). Les personnes placées en invalidité, qui sont au chômage, peuvent être accompagnées par des équipes spécialisées, en association avec France Travail.

La mise en invalidité reste aujourd'hui tardive. Alors que de telles situations devraient rester exceptionnelles selon la Cnam, le taux de mise en invalidité au terme de la durée maximale de 36 mois de versement des indemnités journalières atteignait encore 20,7 % en 2023. Il était de 17,9 % en 2019.

---

<sup>690</sup> Les indemnités journalières sont égales à 50 % du salaire de référence, contre 30 % pour la pension d'invalidité de catégorie 1, et le salaire de référence est calculé sur les trois derniers mois d'activité pour ces indemnités, contre les dix meilleures années pour les pensions d'invalidité. Le plafond de salaire retenu pour le calcul des indemnités journalières (3 243 € bruts mensuels) est toutefois plus faible que celui utilisé pour les pensions d'invalidité (3 864 €).

Afin de limiter le nombre des mises en invalidité tardives et de favoriser le retour à l'emploi lorsqu'il est possible, le service du contrôle médical doit améliorer le ciblage de ses contrôles des arrêts de travail de longue durée et les mettre en œuvre de façon plus précoce. Dans ce but, la Cnam testait fin 2024 une campagne de contrôle systématique des arrêts de plus de 18 mois sans affection de longue durée exonérante. Ces efforts doivent être poursuivis et généralisés.

---

### CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

---

*Le nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité est élevé et la plupart d'entre eux perçoivent un revenu de remplacement jusqu'à leur retraite. L'importance du coût global de l'invalidité pour le régime général, environ 10 Md€ en 2023, nécessite que soit mise en place une gestion active de ce risque.*

*L'un des principaux enjeux est l'évaluation de la capacité de la personne à reprendre une activité même à temps très partiel, pendant l'arrêt de travail mais aussi une fois la mise en invalidité décidée.*

*Cette évaluation est difficile. Elle dépasse les seules compétences médicales et nécessite de prendre en compte les conditions de travail et d'emploi. Elle requiert des échanges plus étroits entre l'assurance maladie et les services de prévention et de santé au travail. Prévus par la loi du 2 août 2021 dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle, ces échanges ne sont toujours pas effectifs en l'absence de décrets d'application qu'il convient de prendre au plus vite.*

*Pour favoriser le retour vers l'emploi des personnes souffrant de problèmes de santé, en amont de la mise en invalidité ou une fois celle-ci prononcée, la Cour formule les recommandations suivantes :*

- 45. (Recommandation reformulée) limiter le versement des pensions d'invalidité de première catégorie à une durée définie et renouvelable, en fonction de l'âge et de l'état de santé des assurés (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles) ;*
  - 46. accroître la fréquence des réexamens de pensions d'invalidité en mettant en place une alerte en cas de reprise d'activité déclarée par l'assuré et en mobilisant davantage les infirmiers du service médical (Caisse nationale d'assurance maladie) ;*
  - 47. organiser la transmission à l'assurance maladie, par les infirmiers et les autres personnels des services de prévention et de santé au travail, des informations relatives aux conditions de travail et d'emploi des assurés, afin que l'assurance maladie puisse mieux évaluer leur employabilité (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Caisse nationale d'assurance maladie) ;*
  - 48. rendre obligatoire la convocation des salariés absents depuis plus de 30 jours pour raison médicale à une visite de préreprise ; à cet effet, prévoir la transmission des informations nécessaires par leur employeur à la médecine du travail (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).*
-