

Chapitre IV

**Les pensions d'invalidité :
une modernisation indispensable
au service d'un accompagnement
renforcé des assurés**

PRÉSENTATION

Les pensions d'invalidité sont des prestations contributives de sécurité sociale versées aux assurés dont la capacité de travail est réduite de façon substantielle et permanente, à la suite d'un accident ou d'une maladie n'ayant pas une origine professionnelle.

En France, l'assurance invalidité a d'abord été établie pour les agents publics sous la forme de pensions de retraite susceptibles d'être versées de manière anticipée, puis au sein de l'assurance maladie pour les salariés du secteur privé. Cette construction historique concourt à expliquer que le risque d'invalidité soit pris en charge par une pluralité de régimes reposant sur une base professionnelle.

L'assurance invalidité regroupe ainsi des situations diverses : la plupart des personnes invalides perçoivent un revenu de remplacement jusqu'à leur retraite et une partie d'entre eux bénéficie d'une couverture complémentaire, obligatoire ou facultative pour leurs employeurs ; les fonctionnaires bénéficient quant à eux, au titre de l'invalidité, d'une pension de retraite servie par anticipation.

En retenant un champ comparable entre les différents régimes de sécurité sociale (avant l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite), près de 820 000 assurés, majoritairement âgés et à l'état de santé fragile, bénéficiaient en 2017 d'une pension d'invalidité¹⁹² ; ils relevaient, pour les quatre cinquièmes d'entre eux, de la branche maladie du régime général de sécurité sociale des salariés du secteur privé. Pour cette même année, les dépenses de prestations d'invalidité ont dépassé 10 Md€, dont 7,4 Md€ au titre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le solde pour les assurances complémentaires privées.

Au carrefour de l'assurance maladie, des risques professionnels, du handicap et de la retraite, l'assurance invalidité est un dispositif ancien qui a peu évolué, en dépit des transformations de l'environnement économique et social.

L'éclatement de la prise en charge du risque d'invalidité entre plusieurs régimes de base et sa confusion partielle avec celles des risques professionnels et du handicap créent des incohérences (I). Quelles que soient les évolutions qui pourraient être apportées à l'organisation de cette prise en charge, le risque d'invalidité doit être mieux centré sur son objet propre, grâce à une gestion plus active visant à mieux accompagner les pensionnés, notamment vers l'emploi lorsque leur état de santé le permet (II).

¹⁹² Plus d'un million d'assurés au total en incluant ceux qui dépassent l'âge légal.

I - Une prise en charge de l'invalidité marquée par des incohérences

L'assurance invalidité, prestation assurantielle et contributive, prend place dans un ensemble de protections et de réglementations : l'incapacité de travail temporaire (donnant lieu à l'attribution d'indemnités journalières), l'incapacité permanente d'origine professionnelle (rentes AT-MP), l'inaptitude médicale au poste (au sens du code du travail autorisant, le cas échéant, un licenciement pour inaptitude), la prise en charge du handicap (notamment par l'allocation aux adultes handicapés) et la retraite (assurance vieillesse).

L'éclatement de l'indemnisation de l'invalidité entre plusieurs régimes de sécurité sociale et ses interactions avec celle du handicap et des risques professionnels font apparaître des incohérences, qui affectent l'efficacité de la protection sociale et l'égalité de traitement des assurés.

A - Une composante importante mais fragmentée de notre système de protection sociale

L'assurance invalidité couvre le risque de ne plus pouvoir travailler. Elle tient une place importante, directe comme indirecte à travers l'existence de droits connexes, dans notre système de protection sociale. Pour des raisons historiques, sa prise en charge est fragmentée entre une vingtaine de régimes distincts présentant des différences substantielles.

1 - Un risque universel toujours segmenté par profession

La prise en charge de l'invalidité a d'abord été créée pour les agents publics dans le cadre de leurs régimes de retraite¹⁹³. Dans la fonction publique, l'invalidité est fondée, pour le fonctionnaire concerné, « sur l'incapacité permanente¹⁹⁴ de continuer ses fonctions »¹⁹⁵. À défaut de possibilité de reclassement, il est radié des cadres et perçoit une pension de retraite servie sans condition d'âge pour invalidité.

¹⁹³ Le premier secours viager fut institué en France pour les marins du roi (1673), avant de s'imposer à l'État pour ses fonctionnaires et autres militaires (1790).

¹⁹⁴ L'incapacité partielle et temporaire relève de la branche maladie.

¹⁹⁵ Article L. 29 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Ainsi, l'invalidité du secteur public relève principalement de l'employeur¹⁹⁶ et son indemnisation, croissante avec l'ancienneté et le traitement indiciaire, prend la forme d'une pension de retraite calculée à titre définitif lors de la mise en invalidité. Une allocation d'invalidité temporaire (AIT), financée par l'employeur et calculée comme au régime général, a par ailleurs été instaurée pour les invalidités non définitives.

Pour les salariés du secteur privé, l'invalidité est prise en charge depuis le milieu du XX^e siècle par les régimes d'assurance maladie. Une prestation temporaire indemnise une perte substantielle, d'au moins deux tiers, de la capacité de travail ou de gain de l'assuré, par rapport à un emploi correspondant à ses aptitudes. Cette perte est appréciée par un médecin conseil de l'assurance maladie.

Par rapport à ceux des salariés, les régimes de non-salariés présentent des particularités tenant principalement au mode de calcul de la pension¹⁹⁷ et à la mesure de l'incapacité à exercer sa profession.

Enfin, les régimes spéciaux de salariés obéissent pour certains à des principes comparables à ceux des régimes de la fonction publique (SNCF et RATP), d'autres ont des règles proches de ceux des salariés du secteur privé (clercs et employés de notaires) ou empruntent aux deux dispositifs (industries électriques et gazières, marins).

La prise en charge du risque d'invalidité présente ainsi de fortes disparités, sans que ces règles hétérogènes fassent apparaître des régimes globalement plus favorables de prise en charge, tant leur combinaison avec les parcours des assurés peut produire des résultats différents¹⁹⁸. Alors que les prestations d'assurance maladie sont de plus en plus unifiées et que l'instauration d'un système universel de retraite est annoncée, l'harmonisation des définitions, règles et modes de calcul des prestations liées à l'invalidité a également vocation à être engagée.

¹⁹⁶ La radiation des cadres et l'admission à la retraite font l'objet d'une codécision avec le service des retraites de l'État ou la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (fonctionnaires territoriaux et hospitaliers).

¹⁹⁷ L'indemnisation est forfaitaire dans le régime des exploitants agricoles. La pension des professions libérales dépend de la profession et son montant (souvent proche de la pension de retraite) est déterminé selon le cas par les cotisations, les revenus ou le taux d'invalidité. L'invalidité des indépendants présente des modalités proches du régime général mais des minimum et maximum spécifiques.

¹⁹⁸ En tenant compte des effets sur la retraite, à état de santé et rémunération équivalents, l'invalidité paraît plus avantageuse dans la fonction publique que dans le secteur privé en cas de mise en invalidité tardive, mais plus défavorable en cas d'invalidité précoce.

2 - Une place significative de l'invalidité dans la protection sociale

En l'absence de suivi détaillé par le ministère chargé de la sécurité sociale, la Cour a reconstitué, à partir de données collectées par la DREES¹⁹⁹, la chronique des effectifs de bénéficiaires et des dépenses de pensions d'invalidité au cours de la période récente.

Tous régimes de base de sécurité sociale confondus, le nombre d'assurés n'ayant pas atteint l'âge légal de la retraite et bénéficiant d'une pension d'invalidité s'élevait à 820 000 fin 2017, en progression de 3 % par an en moyenne depuis 2011 (soit 2,3 points de plus que l'augmentation annuelle de la population active).

Pour 2017, les dépenses de prestations de l'ensemble des régimes de base avant l'âge légal de la retraite peuvent être estimées à 7,4 Md€ (10 Md€ couvertures complémentaires comprises²⁰⁰). En tenant également compte des pensions servies au-delà de l'âge légal de la retraite, elles dépassaient 11 Md€ pour les régimes de base²⁰¹ et plus de 13,5 Md€ avec les couvertures complémentaires, soit l'équivalent de 0,6 % du PIB.

Tableau n° 22 : répartition des bénéficiaires d'une pension d'invalidité selon leur régime de sécurité sociale (2017)

	Bénéficiaires (en milliers)	En %	Montant mensuel moyen (en €)	Dépenses annuelles (en M€)	En %
Régime général	667	81,4	750	6 002	80,7
MSA salariés	28	3,4	690	229	3,1
MSA non salariés	12	1,4	360	50	0,7
Travailleurs indépendants	34	4,2	730	300	4,0
Fonctions publiques*	77	9,4	874	807	10,9
Autres**	2	0,3	1 830	46	0,6
Total	820	100	756	7 434	100

(*) Jusqu'à l'âge d'ouverture des droits à la retraite.

(**) Hors RATP et SNCF.

Champ : pensions d'invalidité, hors droits connexes, majorations ou ASI. Bénéficiaires et montants moyens au 31 décembre 2017.

Source : Cour des comptes, d'après DREES, « Les retraités et les retraites » édition 2019.

¹⁹⁹ Éditions annuelles « Les retraités et les retraites ». Afin de comparer les régimes d'invalidité, la DREES isole les pensions servies jusqu'à l'âge légal de la retraite. Fin 2016, 170 000 fonctionnaires percevaient une pension au-delà de l'âge légal.

²⁰⁰ DREES, « La complémentaire santé, édition 2019 ». Les données portent sur 2016.

²⁰¹ Y compris SNCF et RATP. Le nombre de fonctionnaires civils de l'État indemnisés après l'âge légal a baissé de 140 000 fin 2011 à 100 000 fin 2017.

La place de l'invalidité dans notre système de protection sociale tient aussi à l'existence de droits connexes, dont la portée est incomplètement mesurée.

Les titulaires de pensions d'invalidité bénéficient du remboursement des soins médicaux, examens et médicaments à 100 %²⁰², ainsi que d'une exonération partielle du forfait journalier hospitalier. Cette exonération du ticket modérateur est plus large que dans le cas des affections de longue durée, où ne sont pris en charge à 100 % que les soins et traitements relatifs à la maladie indiquée dans le protocole de soins par le médecin traitant. Le coût de cet avantage n'est pas mesuré par la CNAM.

À l'instar de la plupart des pays développés, l'invalidité ouvre par ailleurs droit dans le secteur privé à une pension de retraite calculée au taux plein dès l'âge légal, même si la condition de durée d'assurance n'est pas satisfaite, ainsi qu'à la validation de trimestres au titre des périodes indemnisées.

L'invalidité procure ainsi, en matière de retraite, un triple avantage : l'annulation d'une éventuelle décote à 62 ans au lieu de 67 ans (si la condition de durée d'assurance n'est pas remplie) ; la validation d'une période assimilée à une période d'assurance au terme de chaque trimestre révolu de versement d'une pension d'invalidité ; dans ces conditions, un accès renforcé des pensionnés au minimum contributif, soumis à des conditions de taux plein et fonction de la durée d'assurance.

Sur le champ des régimes alignés de retraite de base (régimes général et agricole des salariés et indépendants) et des régimes complémentaires correspondants, la CNAV estime pour 2017 l'effet de la validation de trimestres non cotisés au titre de l'invalidité à 1,2 Md€ par an, soit 0,7 % des montants de prestations de droit propre versées et celui du bénéfice automatique du taux plein à l'âge légal à 3 Md€ par an, soit 1,6 % de ces mêmes montants²⁰³.

²⁰² À l'exception des médicaments à service médical rendu moyen ou faible, des médicaments homéopathiques et de certaines préparations magistrales et hors dépassements honoraires.

²⁰³ Cette dernière estimation couvre l'ensemble des pensionnés pour inaptitude, que la pension de retraite ait été ou non substituée à une pension d'invalidité.

B - Une indemnisation des salariés à des niveaux hétérogènes et mal connus

Si l'invalidité est prise en charge par une pluralité de régimes, les quatre cinquièmes de ses bénéficiaires et des enjeux financiers associés se concentrent au régime général.

À sa création par les premières assurances sociales, puis par l'ordonnance du 4 octobre 1945 créant la sécurité sociale²⁰⁴, l'assurance invalidité du secteur privé visait à indemniser des assurés dont la nature et la gravité des pathologies rendaient l'incapacité de travail évidente et son incidence durable sur les perspectives professionnelles. Ses modalités ont peu évolué depuis lors.

1 - Des conditions légales restrictives aux mises en invalidité

Au régime général, pour bénéficier d'une pension d'invalidité, l'assuré doit être immatriculé depuis au moins douze mois à la sécurité sociale et avoir exercé une activité professionnelle minimale²⁰⁵ au cours de l'année précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'invalidité.

La reconnaissance de l'invalidité par le service médical de l'assurance maladie requiert une perte de capacité permanente et substantielle de l'assuré concerné, d'au moins deux tiers, à exercer, dans une profession quelconque, un emploi à la mesure de ses capacités et rémunéré plus du tiers d'une rémunération normale²⁰⁶.

Selon l'estimation de la Cour, la mise en invalidité concernait en 2018 dans les trois quarts des cas des assurés en arrêt de travail de longue durée. Pour ces derniers, elle est prononcée à l'initiative du médecin conseil de l'assurance maladie, dans moins d'un cas sur cinq à l'expiration des

²⁰⁴ « 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 » (préambule de la Constitution du 27 octobre 1946).

²⁰⁵ 600 heures de travail salarié ou des cotisations équivalentes à celles dues pour 2 030 SMIC horaires.

²⁰⁶ Selon l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale, il s'agit 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 ».

indemnités journalières, et, dans les autres cas, au cours de leur versement lorsque l'état de santé est jugé stabilisé²⁰⁷ (en moyenne au bout de deux ans selon la direction de la sécurité sociale). Elle peut également intervenir en dehors d'un arrêt de travail, à la demande de l'assuré.

Une fois reconnu invalide, l'assuré est classé, en fonction de sa distance à l'emploi, dans une catégorie qui détermine son niveau (taux) d'indemnisation. Sa pension est le produit du taux d'indemnisation par la moyenne des salaires annuels perçus au cours de ses 10 meilleures années civiles d'activité. Ces salaires sont limités au plafond de la sécurité sociale et revalorisés annuellement comme les pensions en fonction de l'inflation observée. La pension est encadrée par un minimum et un maximum. Elle est réduite, voire supprimée, en cas de cumul avec d'autres revenus²⁰⁸.

Tableau n° 23 : les catégories d'invalidité au régime général

Catégorie	Effectifs (en milliers, (2018))	Dépenses annuelles (2018)	Critères	Taux d'indemnisation	Minimum/maximum mensuel (2019)	Montant mensuel moyen (2018)	Part des invalides (2018)	Var. moyenne annuelle des admissions 2011-2018
1 ^{ère}	166	1,1 Md€	Capacité à exercer une activité rémunérée	30 %	289,9 € / 1 013,1 €	522 €	25 %	+2,8 %
2 ^e	497,7	4,9 Md€	Incapacité à exercer une profession quelconque	50 %	289,9 € / 1 688,5 €	813 €	73 %	+1,4 %
3 ^e	13,3	0,3 Md€	Incapacité à exercer une profession quelconque et obligation de recourir à une tierce personne pour réaliser les actes de la vie ordinaire	50 % + une majoration pour tierce personne (1 121,92 € en 2019)	1 411,82 € / 2 810,43 €	1 801 €	2 %	-2,8 %
<i>Total</i>	<i>677</i>	<i>6,2 Md€</i>				<i>761 €</i>	<i>100 %</i>	<i>+1,8 %</i>

Champ : effectifs et montants moyens au 31 décembre 2018.

Source : CNAM et direction de la sécurité sociale.

²⁰⁷ La stabilisation correspond à une situation médicale insusceptible d'évolution.

²⁰⁸ En particulier les revenus professionnels. La pension peut être cumulée dans les mêmes conditions avec des allocations chômage (selon la chronologie des indemnisations et périodes d'emploi, la réduction peut porter sur l'allocation chômage), des rentes AT-MP et pensions d'autres régimes, ainsi que des indemnités journalières (à la condition qu'elles indemnisent une affection non stabilisée et non liée de ce fait à l'invalidité). En revanche, la pension n'est pas réduite en cas de bénéfice de l'AAH.

2 - Une couverture complémentaire des salariés limitée à certains d'entre eux

La couverture complémentaire (invalidité-décès) des cadres est obligatoire dans le cadre interprofessionnel²⁰⁹, mais celle des non-cadres est laissée à l'initiative des branches ou, à défaut, des employeurs.

La prise en charge complémentaire du risque d'invalidité dans le cadre de la prévoyance collective conserve ainsi un caractère facultatif pour une grande partie des salariés, contrairement aux retraites complémentaires et à la couverture complémentaire santé, généralisées à l'ensemble des salariés respectivement en 1972 et en 2016.

Selon le baromètre CREDOC/CTIP de décembre 2017²¹⁰, 61 % des salariés interrogés déclaraient bénéficier d'une couverture complémentaire invalidité, contre 47 % en 2013. Selon cette même source, cette couverture est corrélée à la taille de l'entreprise (61 % des entreprises de moins de 10 salariés ont mis en place une telle couverture, contre 86 % des entreprises de plus de 50 salariés), sans nécessairement l'être à la prévalence du risque d'invalidité.

3 - Des niveaux de prise en charge réduits pour les pensionnés les plus modestes

Les revenus des titulaires de pensions d'invalidité versées par les régimes de base de sécurité sociale ne donnent lieu à aucun suivi précis. Le HCAAM²¹¹ estimait en 2008 que la pension représentait en moyenne 23 % du dernier salaire en 1^{ère} catégorie et 40 % en 2^e catégorie (la moyenne des dix meilleurs salaires annuels étant généralement inférieure au dernier salaire). Les données manquent également pour apprécier la situation sociale ou familiale des pensionnés, leur consommation de soins ou le niveau des protections complémentaires et leur cumul avec la base.

²⁰⁹ La convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres (1947) prévoit une couverture complémentaire obligatoire des cadres en matière d'invalidité-décès, financée par une cotisation obligatoire de 1,5 % sur la tranche A des salaires.

²¹⁰ La représentation d'ensemble la plus récente de la couverture complémentaire des risques invalidité et décès procède d'une enquête ancienne de la DREES (2009).

²¹¹ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rapport sur les prestations en espèces de l'assurance maladie, février 2008.

Lorsque les ressources²¹² du titulaire de la pension d'invalidité (ou de son foyer), y compris la pension de base et son éventuel complément assurantiel privé, sont inférieures à un certain montant (soit 723,25 € mensuels pour une personne seule en 2019)²¹³, elles peuvent être complétées par l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)²¹⁴. Le montant mensuel maximal de l'ASI, minimum social différentiel financé par l'État et servi par les CPAM, s'élève à 415,98 € pour une personne seule depuis le 1^{er} avril 2019²¹⁵ ; fin 2018, le montant moyen d'ASI versé atteignait 236 €. Compte tenu de l'existence d'un montant minimum de pension d'invalidité²¹⁶, la pension d'invalidité augmentée de l'ASI ne peut être inférieure à 705,88 €.

Ainsi, l'ASI a une particularité par rapport à tous les autres minima sociaux : le montant maximal du cumul de la pension d'invalidité et de l'ASI n'atteint pas le plafond de ressources à partir duquel cette prestation différentielle cesse d'être versée (705,88 € contre 723,25 € pour une personne seule en 2019).

Initialement aligné sur celui du minimum vieillesse, le montant du plafond de ressources de l'ASI n'a plus suivi à partir de 2009 les revalorisations successives de ce dernier²¹⁷. Contrairement aux autres minima sociaux dont la dépense totale a augmenté²¹⁸, les dépenses d'ASI (232 M€ en 2017) ont diminué de 18 % en euros constants entre 2009 et 2017, du fait de la baisse du nombre de bénéficiaires de cette prestation (81 600 en 2017, dont près de 90 % au régime général, contre 91 900 en 2009)²²⁰.

²¹² Sont notamment pris en compte l'ensemble des prestations d'invalidité et de retraite, de sécurité sociale et complémentaires, et l'ensemble des revenus professionnels. Lorsque l'assuré exerce une activité professionnelle, un abattement égal à 0,2 SMIC (pour une personne seule) est appliqué à ses revenus professionnels mensuels.

²¹³ 1 266,82 € pour un couple.

²¹⁴ Cette allocation peut être servie par les caisses de retraite dans les mêmes conditions aux personnes invalides n'ayant pas atteint l'âge légal de la retraite qui perçoivent une pension de réversion, une pension d'invalidité de veuf ou de veuve, une retraite anticipée (pour longue carrière ou pour handicap) ou une retraite pour pénibilité. Au régime général, ces situations représentaient 0,2 % des allocations versées en 2017.

²¹⁵ Pour les couples dont les deux conjoints perçoivent l'ASI, le montant maximal de cette prestation atteint 686,43 € s'ils sont mariés, mais 831,97 € s'ils sont pacsés ou vivent en union libre.

²¹⁶ Soit 289,9 € depuis le 1^{er} janvier 2019.

²¹⁷ 868,20 € en 2019 pour une personne seule.

²¹⁸ La dépense totale est passée de 20 Md€ en 2009 à 26,5 Md€ en 2017 selon la DREES (Minima sociaux, édition 2019).

²²⁰ DREES, Minima sociaux, édition 2019.

L'attrition sur longue période de l'ASI traduit notamment l'évolution plus lente de son plafond de ressources, indexé sur les prix, que celle des salaires des pensionnés pris en compte pour calculer les pensions qu'elle vient compléter. Contrairement aux autres minima sociaux, le niveau et l'évolution dans le temps du non-recours à l'ASI, assujettie à une récupération sur successions²²¹, ne sont pas suivis.

C - Des effets de substitution avec d'autres risques

La proximité de l'invalidité avec les risques professionnels et le handicap soulève des enjeux, non traités, relatifs au financement et à la prévention d'une partie des mises en invalidité, ainsi qu'au niveau, à l'équité et aux modalités de prise en charge des personnes invalides.

1 - Une frontière perméable avec les risques professionnels

Les secteurs d'activité où la prévalence de l'invalidité est la plus forte coïncident avec ceux où les fréquences d'accidents du travail ou de maladies professionnelles sont les plus élevées²²².

En pratique, la prise en charge de l'invalidité comprend des dépenses dont l'origine peut être partiellement ou indirectement professionnelle et, ainsi, se traduire par des transferts de charges de la branche des accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) à la branche maladie.

Ainsi, des pensions d'invalidité peuvent être versées à des assurés ayant subi ou connaissant un sinistre professionnel non déclaré²²³, une affection d'origine professionnelle mais ne relevant pas de celles pour lesquelles ce caractère professionnel est reconnu (tableaux de maladies professionnelles) ou encore des altérations de leur état de santé dont

²²¹ En 2017, 504 000 € ont été récupérés, soit moins de 0,25 % des sommes versées.

²²² Pour les hommes, l'industrie manufacturière, la construction, l'hébergement, la restauration et le commerce représentaient la moitié des nouveaux bénéficiaires de pensions d'invalidité après 50 ans, contre 41 % des actifs occupés du même âge. Pour les femmes, les activités scientifiques et techniques (dont le nettoyage) représentaient 15 % des nouvelles bénéficiaires de pensions d'invalidité après 50 ans, contre 8 % des actives occupées du même âge (*source* : CNAV sur données 2016).

²²³ La sous-déclaration des sinistres professionnels, qui concerne pour l'essentiel les maladies professionnelles, donne lieu à un transfert de la branche AT-MP à la branche maladie, fixé par la LFSS annuelle (1 Md€ depuis 2015). Il compense les dépenses de soins et d'indemnités journalières induites, mais pas les pensions d'invalidité.

l'origine professionnelle est difficile à établir. La branche maladie supporte intégralement la charge des pensions concernées, dont l'attribution a, au moins pour partie, une cause professionnelle.

Par ailleurs, des assurés indemnisés au titre des AT-MP peuvent être ultérieurement admis au bénéfice d'une pension d'invalidité, en cas d'usure prématurée de l'organisme ou de la survenance d'une pathologie ou d'un accident non professionnel induisant une perte de capacité de travail ou de gain des deux tiers. La pension d'invalidité indemnise dans cette situation l'intégralité de la perte de capacité ; elle est certes versée dans la limite d'un plafond de revenus²²⁴, mais cet écrêtement est fonction des revenus antérieurs et contemporains de l'assuré et ne tient pas compte de la contribution respective des différentes pathologies, professionnelles ou non, à l'invalidité.

Quelle qu'en soit l'origine, les situations d'attribution de pensions d'invalidité à la suite d'arrêts de travail temporaires liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle et celles de cumul de pensions d'invalidité avec des rentes AT-MP ne sont pas suivies²²⁵. Le ministère chargé de la sécurité sociale et l'assurance maladie devraient engager des travaux visant à analyser les relations entre l'invalidité et les risques professionnels, reconnus ou non. Le cas échéant, les résultats de ces travaux pourraient justifier l'instauration de nouveaux transferts financiers de la branche AT-MP à la branche maladie.

2 - Des recouvrements avec la prise en charge du handicap

L'invalidité comme le handicap entraînent une réduction des capacités fonctionnelles des personnes concernées.

La plupart des pays de l'OCDE ont conservé une définition de l'invalidité distincte de celle du handicap. Néanmoins, certains (comme le Royaume-Uni) indemnisent de manière indistincte et par des mécanismes communs les pertes de capacités fonctionnelles liées à une invalidité ou une situation de handicap.

²²⁴ À l'instar des revenus professionnels, une pension d'invalidité peut être cumulée avec une rente AT-MP, qui a un objet différent : la réparation du préjudice subi par le salarié.

²²⁵ Une estimation de la Cour sur deux départements et un peu moins de 50 000 assurés en invalidité fait apparaître des situations de cumul dans environ 8 % des cas.

En France, l'invalidité et le handicap relèvent de définitions et de politiques distinctes. La prise en charge du handicap, à travers notamment l'allocation aux adultes handicapés (AAH), relève de la solidarité financée par le budget de l'État, tandis que la pension d'invalidité est une prestation de sécurité sociale à caractère contributif : la pension servie, contrepartie des cotisations versées, dépend des rémunérations perçues.

Néanmoins, cette distinction est relative. D'une part, le caractère contributif de la pension d'invalidité est atténué par l'existence d'un minimum et d'un maximum de pension, ainsi que par l'ASI, financée par l'État, qui porte la pension d'invalidité à un minimum social. D'autre part et surtout, les prestations du handicap contribuent à la prise en charge d'une partie des situations d'invalidité.

a) Une finalité de la majoration pour tierce personne identique à celle de la prestation de compensation du handicap

La majoration pour tierce personne (MTP), qui a pour objet de financer le recours à l'aide d'un tiers dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, permet à un invalide classé en 3^e catégorie de percevoir une majoration de sa pension d'invalidité prenant la forme d'une somme forfaitaire (1 121,92 € par mois au régime général depuis le 1^{er} avril 2019). La MTP existe dans une majorité de régimes²²⁶, n'est pas imposable et continue à être versée à l'identique une fois l'assuré à la retraite.

Dans le domaine du handicap, plusieurs prestations visent des objets similaires, notamment la prestation de compensation du handicap (PCH)²²⁷, dont le volet « aide humaine » (90 % des dépenses de PCH) permet au bénéficiaire de recourir à une tierce personne ou à des aides financières sur la base d'un plan d'aide personnalisé. La PCH peut être cumulée avec la pension d'invalidité, mais le montant de la MTP en est déduit.

²²⁶ Dans la fonction publique, elle est de 1 183,73 € par mois, accordée pour cinq ans.

²²⁷ La PCH prend en compte la nature et l'importance des besoins de compensation au regard du projet de vie. Attribuée sans condition de ressources, son taux de prise en charge de chaque dépense varie selon les ressources de l'intéressé.

Ainsi, pour une même situation d'origine non professionnelle²²⁸, l'assuré bénéficie, selon son régime de prise en charge, d'une prestation forfaitaire ou d'une prestation calculée en fonction de ses besoins. Privilégier l'accès à la PCH pour l'ensemble des personnes devant recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les actes courants de la vie participerait d'un traitement équitable de besoins identiques.

Une réforme de cette nature, qui mettrait fin aux attributions de MTP dans tous les régimes d'invalidité, occasionnerait un transfert de la charge de gestion d'environ 500 assurés par an aux départements, principaux financeurs de la PCH, pour une dépense globale après montée en charge de près de 175 M€²²⁹. Elle permettrait une prise en charge homogène des personnes concernées, indépendante de leur statut professionnel et fonction d'une évaluation personnalisée de leurs besoins.

b) Une attraction croissante de l'AAH pour les titulaires de pensions d'invalidité les plus modestes

L'AAH est une allocation différentielle financée par l'état qui procure un montant minimal de ressources (900 € mensuels pour une personne seule au 1^{er} novembre 2019) aux personnes handicapées²³⁰, dont le taux d'incapacité est d'au moins 80 % ou compris entre 50 % et 79 % et associé à une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi²³¹. Les dépenses liées à cette prestation ont, sur la période récente, fortement augmenté, portées par la hausse des effectifs (+2,9 % par an entre 2011 et 2017) et par des plans successifs de revalorisation²³². En 2017, l'AAH a bénéficié à 1,1 million de personnes pour 8,8 Md€ versés (9,2 Md€ avec les compléments).

²²⁸ Pour les AT-MP, une « prestation complémentaire pour recours à tierce personne » (PCRT) remplace la MTP depuis le 1^{er} mars 2013. Son montant dépend du nombre d'actes ordinaires de la vie que l'assuré est incapable d'accomplir seul.

²²⁹ En 2018, le régime général a attribué 515 nouvelles MTP pour 6,9 M€ et a versé au total 176 M€ de MTP à 14 170 bénéficiaires, soit moins de 10 % des dépenses de PCH.

²³⁰ La loi du 11 février 2005 définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

²³¹ La restriction est substantielle lorsque le demandeur rencontre des difficultés importantes d'accès à l'emploi ne pouvant être compensées par l'aménagement du poste de travail et durable si sa durée prévisible est d'au moins un an (article D. 821-1-2 du code de la sécurité sociale).

²³² Plus récemment, les durées de service de l'AAH ont été allongées.

Pensions d'invalidité et AAH ont des finalités différentes et prennent en charge des populations en grande partie distinctes. Ainsi, l'invalidité suppose une activité professionnelle préalable, ce qui n'est pas le cas de l'indemnisation du handicap. En outre, les pensions d'invalidité procurent en moyenne un revenu de remplacement plus élevé que l'AAH²³³. Enfin, l'invalidité se concentre sur des personnes proches de la retraite.

Toutefois, les pensionnés les plus modestes peuvent percevoir une AAH différentielle, s'ils en font la demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et satisfont aux conditions d'éloignement de l'emploi, de handicap et de ressources propres à cette prestation. Le nombre et le profil des assurés concernés ne sont cependant pas suivis. La Cour évalue à un peu plus de 12 %²³⁴ les personnes invalides qui perçoivent actuellement une pension d'invalidité complétée par l'AAH, soit près de deux fois plus qu'en 2009.

Les revalorisations de l'AAH sont de nature à renforcer son attractivité pour les personnes reconnues invalides dont la pension est plus faible que l'AAH. Ainsi, pour une personne seule, l'AAH atteindra au plus 900 € au 1^{er} novembre 2019, tandis que l'ASI complète la pension d'invalidité jusqu'à 705,88 € par mois depuis le 1^{er} avril 2019.

La réforme annoncée des minima sociaux pourrait être l'occasion de fusionner l'ASI avec l'AAH, ainsi que plusieurs rapports l'ont préconisé²³⁵, les titulaires de pensions d'invalidité étant alors admis à solliciter l'AAH en lieu et place de l'ASI.

Cette mesure répondrait à un triple objectif : unifier les minima sociaux liés à une incapacité de travailler imputable à l'état de santé ; améliorer la situation des titulaires d'une pension d'invalidité les plus modestes ; simplifier les démarches de ces derniers pour bénéficier des minima sociaux auxquels ils peuvent prétendre. S'agissant des personnes invalides titulaires de l'ASI qui ne répondent pas aux conditions de l'AAH, ce qui est le cas des pensionnés de 1^{ère} catégorie et d'une partie de ceux de 2^e catégorie, elle devrait cependant veiller à ne pas restreindre leur accès à un minimum social.

²³³ Les montants moyens d'invalidité servis (hors ASI ou couvertures complémentaires) sont plus élevés que les montants moyens d'AAH (800 € en moyenne pour les pensions de 2^e catégorie qui représentent les 3/4 des pensions d'invalidité, contre 648 € en moyenne en 2017 pour l'AAH et 775 € pour ceux qui bénéficient de ses compléments).

²³⁴ À partir des données de la CNAF.

²³⁵ Rapports IGAS/IGF de 1998, IGF de 2003, Cour des comptes en dernier lieu dans un référé sur les minima sociaux adressé au Premier ministre le 21 septembre 2015.

Des situations de pluralité d'indemnisation

Un assuré célibataire de 50 ans ayant fait l'essentiel de sa carrière au SMIC (dernier salaire mensuel brut de 1 500 €) peut être admis au bénéfice d'une pension d'invalidité de 2^e catégorie d'un montant brut de 700 €.

S'il a été licencié pour inaptitude au poste, sa pension peut dans certaines conditions se cumuler partiellement avec ses allocations chômage.

S'il n'exerce pas d'activité professionnelle, le montant maximal de sa pension lui est servi.

S'il n'a pas cessé son activité professionnelle ou en reprend une d'un niveau équivalent, sa pension est suspendue (au terme de deux trimestres, le cumul de sa pension et de son salaire dépassant le plafond constitué par son revenu trimestriel moyen précédant sa mise en invalidité) ; sa pension est réduite en cas d'activité rémunérée au-delà de 800 € bruts mensuels²³⁶ et à hauteur du dépassement, afin de garantir un revenu global maximal de 1 500 € (hors éventuelle prime d'activité).

Étant célibataire, il peut, s'il n'a pas d'autre revenu, prétendre au bénéfice de l'ASI, pour un montant mensuel de 23,25 € et solliciter auprès de la MDPH le bénéfice de l'AAH, qui lui sera versée s'il en remplit les conditions pour un montant mensuel de 176,75 €.

Compte tenu de son coût pour les finances publiques, un éventuel remplacement de l'ASI par l'AAH ou un relèvement de son montant le rapprochant de celui de l'AAH, s'il était décidé, appellerait une mise en œuvre progressive. Une gestion plus active du risque d'invalidité pourrait permettre d'atténuer le coût pour les finances publiques d'une éventuelle réforme de l'ASI. Au vu des faiblesses qui les affectent, les procédures et outils qui concourent à gérer les pensions d'invalidité appellent en tout état de cause une mise à niveau.

²³⁶ Le cumul d'une pension et d'un revenu professionnel est limité, à compter du troisième trimestre de cumul, au montant du dernier salaire moyen trimestriel.

II - Gérer plus activement le risque d'invalidité

Les pouvoirs publics ont fixé peu d'objectifs relatifs à l'invalidité. Si l'invalidité fait l'objet comme les autres risques d'un programme de qualité et d'efficacité annexé aux projets de loi de financement annuels de la sécurité sociale²³⁷, ce dernier mentionne pour seul objectif l'indemnisation des personnes invalides, appréciée à l'aune de la seule ASI²³⁸. De même, les conventions d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général avec l'État abordent à peine l'invalidité ; les trois objectifs²³⁹ de la COG 2018-2022 visent les seules suites de la reconnaissance de cet état.

Au motif qu'elles ne peuvent être régulées, car constituant un droit pour les assurés qui en remplissent les conditions, les pensions d'invalidité ne sont pas intégrées à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé par la loi de financement de la sécurité sociale, contrairement aux indemnités journalières qui en précèdent généralement l'attribution.

De fait, malgré les enjeux humains et financiers liés au risque d'invalidité, l'assurance maladie n'a que récemment commencé à s'affranchir d'une simple logique de paiement de prestations pour le gérer plus activement. Les modalités de gestion en vigueur font apparaître d'importantes marges de progrès, qu'il s'agisse de la prévention de la désinsertion professionnelle et sociale ou de l'efficacité d'ensemble du processus médico-administratif de gestion de l'invalidité.

²³⁷ PQE « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA - handicap, dépendance ».

²³⁸ Objectif n° 1 : assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides ; indicateur : nombre et titulaires de pensions d'invalidité complétées par l'ASI.

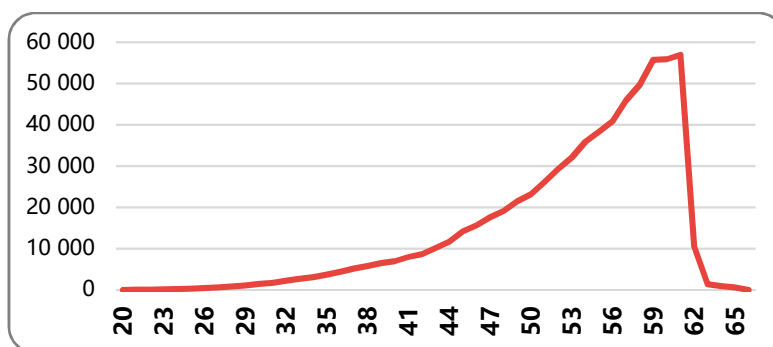
²³⁹ Proposition de rendez-vous lors de la mise en invalidité sur décision du service médical, dématérialisation de la déclaration périodique de revenus professionnels et vérification des déclarations de revenus professionnels à partir des données de la DSN.

A - Des enjeux humains et financiers à mieux reconnaître

1 - Une population vieillissante et fragile

Comme le montre le graphique ci-après, la population des titulaires de pensions d'invalidité croît à mesure qu'ils s'approchent de l'âge légal de départ à la retraite. Ainsi, en 2017, les titulaires d'une pension d'invalidité représentaient 7 % des 55-60 ans, tandis qu'en 2015, les pensions d'invalidité constituaient le premier revenu de 15 % des personnes âgées de 53 à 69 ans ni en emploi, ni à la retraite²⁴⁰.

Graphique n° 13 : répartition par âge des titulaires d'une pension d'invalidité du régime général (2018)



Source : Cour des comptes, d'après des données de la CNAM.

Composée en majorité et de manière croissante de femmes²⁴¹, la population des titulaires de pensions d'invalidité vieillit : de 2008 à 2016, leur âge moyen est passé de 52 à 53 ans²⁴².

²⁴⁰ France stratégie, *Les seniors, l'emploi et la retraite*, octobre 2018.

²⁴¹ Au régime général, les femmes représentaient 55 % des entrées en invalidité en 2017, contre 51,9 % en décembre 2011 (DREES).

²⁴² 53,3 ans au régime agricole des salariés, 55,6 ans dans les collectivités locales et 56,4 ans dans la fonction publique de l'État (DREES).

L'état de santé des pensionnés est fragile. Au régime général, l'écart d'espérance de vie à 62 ans entre les personnes ayant bénéficié d'une pension d'invalidité et les autres retraités atteignait, en 2017, 6,1 ans pour les hommes et 4,4 ans pour les femmes²⁴³. Les pathologies à l'origine de l'invalidité suivent l'épidémiologie : troubles de la santé mentale (25,8 % en 2018), maladies du système ostéo-articulaire (29,6 %) et tumeurs malignes (11,9 %). Les personnes invalides souffrent souvent de plusieurs pathologies : dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, elles avaient en moyenne, en 2016, 2,2 infirmités au moment de la liquidation de leur pension.

2 - Des dépenses dynamiques

En décembre 2018, le régime général versait une pension d'invalidité à près de 677 500 assurés sociaux, pour un montant annuel de 6,2 Md€, soit 80 % environ des pensionnés et des dépenses de pensions d'invalidité servies avant l'âge légal de départ à la retraite par l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale.

Tableau n° 24 : pensions d'invalidité du régime général (2011-2018)

	2011	2018	Var. annuelle moyenne	Var. annuelle moyenne (€ constants)
Nombre de bénéficiaires	549 321	677 491	+3,0 %	-
Pension mensuelle moyenne (en € courants)	695	761	+1,3 %	+0,4 %
Dépenses annuelles (en M€ courants)	4 478	6 244	+4,9 %	+3,9 %

Champ : bénéficiaires et pensions moyennes au 31 décembre N. Pensions de droit direct de catégories 1 à 3, y compris majorations pour tierce personne (MTP) et hors allocations supplémentaires d'invalidité (ASI).

Source : Cour des comptes d'après des données de la CNAM.

Sur la période 2011-2018, les dépenses de pensions d'invalidité au régime général se sont accrues de 4,9 % par an en moyenne, soit 3 points de plus que l'évolution moyenne de l'ONDAM, auquel elles ne sont pas intégrées. Les montants moyens de pension ont augmenté de manière plus modérée, de 0,4 point de plus que l'inflation en moyenne.

²⁴³ CNAV.

La dynamique des dépenses a été portée pour l'essentiel par le recul de l'âge légal de la retraite (de 60 à 62 ans), qui aurait entraîné à lui seul, selon la DREES, un surcroît de dépenses de 1,2 à 1,5 Md€ et une hausse des effectifs de pensionnés de 20 à 25 % dans les régimes de salariés et d'indépendants qui attribuent une pension d'invalidité distincte de la pension de retraite²⁴⁴. Bien que prévisible, l'incidence du recul de l'âge légal de la retraite n'avait pourtant pas été évaluée au préalable.

Deux phénomènes ont été à l'œuvre. D'une part, la durée de versement des pensions d'invalidité s'est allongée pour les personnes invalides qui, en l'absence de réforme, seraient partis plus tôt à la retraite. En effet, et sauf exception²⁴⁵, l'atteinte de l'âge légal de départ met fin au versement de la pension d'invalidité, son titulaire pouvant alors bénéficier d'une pension de retraite pour inaptitude, calculée et servie au taux plein, quelle que soit la durée d'assurance préalable ; près des deux tiers des pensionnés quittent l'invalidité pour la retraite. D'autre part, le flux annuel de mises en invalidité a augmenté (82 600 en 2018 contre 73 000 en 2011), certains assurés âgés sollicitant une mise en invalidité faute précisément de pouvoir obtenir une retraite à taux plein dès l'âge de 60 ans.

Compte tenu de cette évolution, les titulaires de pensions d'invalidité représentaient en 2014 7,7 % des personnes âgées de 60 ans, contre 0,6 % en 2010 et 2,5 % de celles de 61 ans contre 0,1 %.

En 2018, la hausse des dépenses (+2,5 % pour le régime général, dont +1,6 % au titre de l'évolution du nombre de titulaires de pensions) s'est modérée en raison d'une réduction des effets du recul de l'âge de départ à la retraite. Sa réduction se poursuivrait en 2019 (+2,4 %, selon la prévision de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2019).

Le ministère chargé de la sécurité sociale et la CNAM effectuent des prévisions de dépenses de pensions d'invalidité au titre de la seule année suivante. Le poids des dépenses connexes liées à l'invalidité est néanmoins appelé à s'accroître : à la demande de la Cour dans le cadre de la présente enquête, la CNAV a estimé²⁴⁶ que l'effet du bénéfice automatique du taux plein (qui concerne l'ensemble des pensionnés pour inaptitude, reconnus invalides ou non) représenterait en 2065 2,2 % des montants de prestations

²⁴⁴ « Les dossiers de la DREES », octobre 2016.

²⁴⁵ Depuis 2010, les personnes en invalidité ayant une activité professionnelle peuvent continuer à percevoir leur pension au-delà. En 2017, seuls 2 450 pensionnés atteignaient 63 ans.

²⁴⁶ En fonction d'hypothèses de gains de productivité du travail de 1,3 % par an et de taux de chômage de 7 %.

de droit propre versées par les régimes de retraite de base alignés (régimes général et agricole des salariés et indépendants) et les régimes complémentaires correspondants (contre 1,6 % en 2017) et celui de la validation de trimestres 1 % de ces mêmes montants (contre 0,7 %).

B - Prévenir la désinsertion professionnelle et sociale

1 - Une action de prévention embryonnaire à développer

En application des dispositions du code de la sécurité sociale²⁴⁷, les caisses d'assurance maladie doivent « prendre toutes dispositions propres à prévenir l'invalidité pendant la période de maladie ou de maternité ». La prévention de la désinsertion professionnelle consiste à anticiper la perte d'emploi des salariés ayant interrompu leur activité pour des raisons de santé ou de situation de handicap. Elle vise à assurer un retour à l'emploi dans les meilleures conditions possibles, soit dans leur entreprise, à leur poste de travail ou à un autre poste, soit dans une autre entreprise ou un autre secteur d'activité grâce à une réorientation professionnelle.

Depuis 2010, la branche maladie du régime général a mis en place des cellules de coordination associant les services administratifs des CPAM, le service social de la CARSAT et le service médical. Plus récemment, elle a constitué une mission nationale, associant des partenaires extérieurs, afin de repenser les processus et outils de prise en charge des situations de santé qui affectent les perspectives de retour à l'emploi. Pour sa part, le régime agricole a déployé des initiatives intéressantes prenant la forme de cellules pluridisciplinaires de maintien dans l'emploi. Ces actions doivent permettre de mieux identifier et accompagner les situations d'éloignement durable de l'emploi, mais sont insuffisamment outillées. De manière générale, les pratiques de gestion restent encore peu influencées par l'objectif de prévention.

La COG de la branche maladie avec l'État pour 2018-2022 n'a pas formalisé d'actions ou d'objectifs précis et propres à la prévention de la désinsertion professionnelle et sociale des personnes susceptibles d'être mises en invalidité. L'élaboration d'une stratégie détaillée en la matière dès l'arrêt de travail de longue durée et le versement d'indemnités journalières a pourtant un caractère stratégique pour prévenir ce risque.

²⁴⁷ Article R. 341-1 du code de la sécurité sociale.

S'agissant des personnes en invalidité de 1^{ère} catégorie durablement éloignées de l'emploi et de celles en invalidité de 2^e catégorie (dont près d'un quart travaillent²⁴⁸, malgré la reconnaissance d'une incapacité totale), la diversité et la gravité de leurs pathologies, leur relation à l'emploi et leur situation sociale justifieraient d'organiser de manière plus systématique, pour une partie d'entre elles, un suivi médical et social au cours de la période de versement de la pension. Cela permettrait, en s'appuyant sur des outils de détection de situations sociales à risque, d'évaluer périodiquement pour une partie d'entre elles l'état de santé et la capacité de gain, de leur proposer des services médicaux, sociaux et professionnels (médecine du travail, Pôle emploi et Agefiph²⁴⁹), de prévenir l'aggravation éventuelle de leur état, ainsi que de veiller à ce qu'elles exercent l'ensemble de leurs droits (éligibilité potentielle à la CMU-C notamment).

Enfin, au vu de la fréquente réitération de demandes²⁵⁰ par les titulaires de pensions d'invalidité, l'assurance maladie devrait approfondir ses récentes initiatives visant à faciliter l'exercice de leurs droits. En complément de réunions d'information dont l'impact peut difficilement être apprécié, elle devrait ainsi leur communiquer dès la mise en invalidité (par courriel ou à défaut par courrier postal) les informations pratiques essentielles sous une forme didactique (adresses/liens sur internet), améliorer l'ergonomie des courriers, étendre les services en ligne au-delà de la prochaine ouverture d'une possibilité de télé-déclaration de leur situation et ressources et leur permettre d'interroger directement le service concerné afin d'obtenir des réponses personnalisées (par téléphone, email ou via le compte personnel *Ameli*).

²⁴⁸ 24 % en 2018 selon la CNAM (contre 14 % en 2016).

²⁴⁹ Interventions complémentaires des aides de droit commun, destinées aux personnes handicapées et aux employeurs et composées de services, de prestations et d'aides.

²⁵⁰ Les réitérations sont des demandes des assurés portant sur des informations qui leur ont déjà été délivrées. Elles constituent un signe d'incompréhension et d'insatisfaction des assurés et un surcroît de travail pour les services. Selon l'observation de la CPAM de Haute-Garonne, l'instruction du dossier d'invalidité, avec 37 % de réitérations et 2,5 réitérations en moyenne par assuré se situait en 2015 parmi les trois principaux motifs de réitération.

2 - Mieux accompagner financièrement les reprises d'emploi

Un grand nombre de titulaires de pensions d'invalidité travaillent. Au régime général, tel était le cas en 2018 selon la CNAM de plus de 70 % des pensionnés de 1^{ère} catégorie. S'ils sont dans l'incapacité totale d'exercer un emploi au sens du code de la sécurité sociale, 24 % des pensionnés de 2^e catégorie et 9 % de ceux de 3^e catégorie étaient également en emploi²⁵¹. En effet, la jurisprudence²⁵² dissocie cette incapacité de l'inaptitude au sens du code du travail. La mise en invalidité n'emporte ainsi aucune conséquence sur l'emploi repris ou conservé et le médecin du travail peut se prononcer indépendamment sur l'inaptitude du salarié à son poste (qui peut donner lieu à un reclassement ou, à défaut, à un licenciement pour ce motif).

Le cumul de situations d'emploi et de pensions d'invalidité de 2^e ou de 3^e catégorie traduit une évaluation de l'invalidité qui privilégie les critères médicaux par rapport aux critères socioéconomiques. Il reflète aussi la faiblesse de certaines pensions. Depuis 1990, le montant minimal des pensions d'invalidité (minimum de pension + ASI) a été sensiblement moins revalorisé que les autres minima sociaux²⁵³.

S'agissant des assurés en emploi, la pension d'invalidité est réduite, voire suspendue, pour ramener le cumul du revenu professionnel et de la pension au niveau du salaire du dernier trimestre. En 2017, la pension de plus de 45 % des pensionnés en emploi a ainsi été réduite ou suspendue.

Compte tenu de l'effet de seuil lié à la référence au salaire du dernier trimestre²⁵⁴, ces règles de cumul peuvent s'avérer peu incitatives à la reprise de l'activité pour les assurés aux carrières modestes, heurtées ou interrompues : plus les salaires du dernier trimestre sont faibles, plus la reprise d'emploi conduit à réduire le montant de la pension d'invalidité, voire l'annule totalement. Dans d'autres cas au contraire, ces règles permettent le cumul de la pension d'invalidité avec un emploi générant une rémunération conséquente, peu cohérente avec la réduction de capacité de travail présumée de l'assuré.

²⁵¹ Source CNAM. En 2016, les invalides en emploi représentaient respectivement 14 % et 4 % des titulaires de pensions de 2^{ème} et 3^{ème} catégories.

²⁵² Décision de la chambre sociale de la Cour de cassation du 22 février 2005.

²⁵³ Selon la DREES, +4,8 %, net de l'inflation, pour une personne seule entre 1990 et 2016, contre +11,2 % pour le RMI-RSA, +22 % pour le minimum vieillesse et +23 % pour l'AAH.

²⁵⁴ Pour leur part, les travailleurs indépendants peuvent cumuler jusqu'à 120 % de leurs revenus avant la mise en invalidité.

**Des règles de cumul invalidité - emploi qui pénalisent les reprises
d'activité des salariés modestes et certains parcours professionnels**

En 2017, la moitié des pensionnés de première catégorie en emploi cumulaient intégralement leur pension et des revenus professionnels.

Un assuré ayant eu une carrière homogène avec des revenus professionnels de 2 500 € bruts par mois en moyenne au cours des 10 meilleures années et de 3 000 € au cours du dernier trimestre et qui bénéficie d'une pension d'invalidité de 1^{ère} catégorie de 750 € peut cumuler intégralement sa pension avec une nouvelle activité rémunérée jusqu'à 2 250 € mensuels (nonobstant une perte estimée de capacité de travail des deux tiers).

En revanche, si ses revenus professionnels ont baissé en fin de carrière (à 1 500 € bruts pour le dernier trimestre), la pension d'invalidité ne sera intégralement cumulable avec des revenus professionnels que jusqu'à 750 € de tels revenus ; au-delà, elle sera réduite et, le cas échéant, suspendue si les revenus professionnels atteignent 1 500 €.

Pour sa part, un assuré ayant eu une carrière homogène proche du SMIC (1 400 € bruts par mois en moyenne au cours des 10 meilleures années et 1 500 € au dernier trimestre) et percevant une pension d'invalidité de 420 € pourra conserver l'intégralité de sa pension jusqu'à 1 080 € de revenus professionnels suite à reprise d'activité. En revanche, s'il travaillait à temps partiel avant sa mise en invalidité (avec une rémunération mensuelle moyenne de 700 € au dernier trimestre), sa pension d'invalidité sera réduite à partir de 280 € de revenus professionnels et suspendue à partir de 700 €.

Enfin, la situation d'un assuré ayant une carrière à temps partiel (avec 450 € bruts mensuels de revenus professionnels au cours des 10 meilleures années et 500 € au cours du dernier trimestre) est encore moins favorable : le minimum de pension qui lui sera versé (soit 289,9 € mensuels) sera réduit à partir de 210,1 € de revenus professionnels et suspendu à partir de 500 €.

Dans tous les cas, les règles de cumul de la pension d'invalidité versée par l'assurance maladie et des revenus professionnels ne tiennent pas compte de la pension complémentaire versée, le cas échéant, en application d'un contrat de prévoyance souscrit par son employeur, ce qui est systématiquement le cas si l'assuré est cadre.

Afin que toute reprise d'activité professionnelle se traduise effectivement par un supplément de ressources pour l'assuré, le montant de la pension devrait être réduit de manière plus progressive à mesure de la hausse des revenus professionnels, en lissant ainsi l'actuel effet de seuil. Cette évolution rendrait les règles de cumul plus équitables et propices à des reprises d'emploi ponctuelles ou à temps partiel par des assurés en situation de fragilité. Afin d'en assurer la neutralité sur le plan financier, elle devrait s'accompagner d'un dispositif moins favorable pour les pensions les plus élevées et les reprises d'emploi les plus fortes.

L'instabilité de l'éligibilité des pensionnés à la prime d'activité

Les conditions d'éligibilité des titulaires de pensions d'invalidité à la prime d'activité ont été modifiées à trois reprises au cours des quatre dernières années : assouplissement favorable en 2016 aux personnes invalides et handicapées (les pensions d'invalidité et l'AAH étant assimilées aux revenus professionnels pour le calcul de la prime), puis limité aux seules personnes handicapées par la LFI 2018 et, en dernier lieu, rétabli jusqu'en 2024 par la LFI 2019, pour les seules personnes invalides ayant bénéficié du premier assouplissement. Cette instabilité traduit l'absence d'objectif clair en matière d'accompagnement vers l'emploi des assurés invalides.

3 - Rénover l'invalidité de première catégorie pour favoriser le retour à l'emploi

L'invalidité a été historiquement conçue comme une prise en charge de sorties précoces et le plus souvent définitives du marché du travail. Les titulaires d'une invalidité de 1^{ère} catégorie, à caractère partiel, représentent néanmoins un quart des assurés et sont, pour 70 % d'entre eux, en emploi. Or les conditions d'évaluation de la situation de ces assurés sont délicates (perte de capacité de travail et de gain des deux tiers en tenant compte de l'âge, des aptitudes, de la formation professionnelle antérieure et de l'état de santé), *a fortiori* pour des pathologies aujourd'hui plus variées et complexes à évaluer dans le cadre de l'invalidité, en particulier leur caractère permanent ou insusceptible d'évolution (maladies chroniques).

Alors que le bénéficiaire d'une pension d'invalidité est en principe temporaire²⁵⁵ et que son maintien suppose l'absence d'amélioration de l'état de santé ou de perspectives de réinsertion professionnelle²⁵⁶, le défaut de suivi des titulaires de pensions d'invalidité ne permet pas de donner une portée effective à la législation en vigueur et, en particulier, d'adapter les modalités de leur prise en charge à l'évolution de leurs situation et besoins.

C'est pourquoi le bénéficiaire d'une pension de 1^{ère} catégorie pourrait être ouvert pour une période définie²⁵⁷, les pensionnés les plus proches de l'emploi bénéficiant au cours de celle-ci d'un accompagnement social et professionnel renforcé, en mobilisant les outils aujourd'hui réservés aux arrêts de travail indemnisés et aux mi-temps thérapeutiques²⁵⁸. Au terme de cette période, le bénéficiaire de la pension serait réévalué par le service médical de l'assurance maladie, à l'aide d'un référentiel médico-professionnel, afin d'apprécier s'il convient de reconduire la pension, de la suspendre ou de faire changer de catégorie l'assuré concerné. Ce réexamen devrait concerner en priorité les assurés éloignés de l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite et sa fréquence être modulée en fonction de l'état de santé des assurés.

Ce suivi ciblé d'une partie des pensionnés de 1^{ère} catégorie concourrait à une meilleure maîtrise des admissions et maintiens en invalidité et des dépenses qui leur sont associées.

C - Améliorer l'efficacité d'ensemble du processus médico-administratif de l'invalidité

L'organisation et les outils du processus administratif et médical de l'invalidité doivent être mieux structurés et rationalisés, en tirant davantage parti de la transformation numérique, afin d'évaluer l'invalidité de manière plus homogène et de payer à bon droit les pensions.

²⁵⁵ Article L. 341-9 du code de la sécurité sociale : « La pension est toujours concédée à titre temporaire ».

²⁵⁶ Articles R. 341-14 du même code : « La suspension ou la suppression de la pension [...] intervient lorsque la capacité de gain devient supérieure à 50 %. [...] la caisse [...] peut, à tout moment, provoquer une expertise médicale sur la capacité de gain qui reste à l'intéressé ».

²⁵⁷ À titre de comparaison, l'AAH est servie aux personnes présentant une incapacité permanente comprise entre 50 et 79 % pour une durée pouvant aller jusqu'à 5 ans.

²⁵⁸ Plans d'accompagnement personnalisés, bilans de compétences, adaptation des postes de travail, aides au reclassement, accompagnement social, y compris avec des partenaires spécialisés (Cap emploi, MDPH, médecine du travail).

1 - Mieux intégrer, piloter et contrôler le processus médico-administratif

La gestion des demandes puis des pensions fait intervenir de nombreux services²⁵⁹. Le déploiement en 2018 d'un référentiel national du processus invalidité (RNP) englobant l'ensemble des activités médicales et administratives a permis de capitaliser sur les meilleures pratiques. Il n'a toutefois pas encore conduit à formaliser un processus totalement intégré entre ces deux activités indissociables.

Le suivi et le pilotage du processus invalidité comme la connaissance des caractéristiques et des besoins des bénéficiaires restent embryonnaires aux niveaux local comme national, en raison de la segmentation des responsabilités et de la vétusté des outils de gestion. La refonte des outils informatiques SCAPIN²⁶⁰ et Hippocrate²⁶¹ et la désignation d'une direction « chef de file » de l'ensemble du processus à la CNAM sont indispensables à un pilotage plus actif et efficient du risque.

Les contrôles du processus global demeurent insuffisants ou mal positionnés.

S'agissant du volet médical, l'organisation et le ciblage des contrôles des arrêts de travail de longue durée n'assurent pas une maîtrise suffisante du risque de mise en invalidité tardive des assurés suite à des indemnisations d'arrêts de travail de longue durée. En effet, la CNAM n'a pas harmonisé au plan national les conditions d'examen de la stabilisation de l'état de santé²⁶², ce qui concourt à la permanence de fortes disparités territoriales en la matière²⁶³. Par ailleurs, alors que les admissions en 3^e catégorie sont systématiquement supervisées au sein du service médical, celles en 1^{ère} et 2^e catégories donnent lieu à un contrôle aléatoire portant sur un nombre limité de décisions, ce qui n'en favorise pas l'homogénéité.

²⁵⁹ Invalidité, indemnités journalières, échelon local du service médical, agence comptable, contentieux et fraudes. Ces services sont en relation avec des services extérieurs partenaires (CAF, MDPH, CARSAT, service social, Pôle Emploi, etc.).

²⁶⁰ Suivi et Calcul Automatisé des Pensions d'Invalidité.

²⁶¹ Application informatique du service médical de l'assurance maladie.

²⁶² À la différence de la « consolidation » de l'état de santé faisant suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, la « stabilisation » de l'état de santé justifiant une mise en invalidité n'est pas définie par des règles de droit.

²⁶³ À titre d'exemple, la durée moyenne de l'arrêt de travail précédant la mise en invalidité était de 443 jours dans l'Orne et de 783 jours dans le Bas-Rhin en 2017.

S'agissant du volet administratif, la lourdeur de la gestion des déclarations de situation et de ressources des pensionnés s'accompagne d'un manque de contrôle de l'exactitude des informations qu'ils y déclarent.

2 - Homogénéiser les pratiques d'évaluation de l'invalidité

L'évaluation de l'état d'invalidité relève de l'échelon local, généralement départemental, du service médical de l'assurance maladie. À la suite de plusieurs rapports ayant relevé l'hétérogénéité sur le territoire des décisions d'admission en invalidité, dont celui de la Cour de 2010²⁶⁴, la CNAM a décrit dans des lettres internes les conditions d'admission en invalidité et les rôles respectifs des services médical et administratif. En 2015, elle a mis à la disposition des médecins conseil du service médical un outil d'aide à la décision de mise en invalidité (AMI)²⁶⁵. Cependant, cet outil est peu utilisé, au motif de sa lourdeur d'emploi et d'une construction qui privilégierait l'examen de l'incapacité fonctionnelle de l'assuré, sur celui de la stabilisation de son état de santé et des incidences de cette stabilisation sur ses possibilités de reconversion professionnelle.

À la demande de la Cour dans le cadre de la présente enquête, la CNAM a recensé l'ensemble des demandes et décisions d'attributions de pensions d'invalidité par CPAM entre 2010 et 2017. Pour cette dernière année, le taux d'acceptation des demandes varie d'un à deux selon les départements²⁶⁶. L'amplitude des écarts entre départements du nombre moyen d'attributions de pensions pour 100 000 assurés de 20 à 61 ans est encore plus forte : sur la période 2010-2017, elle va d'un à cinq²⁶⁷.

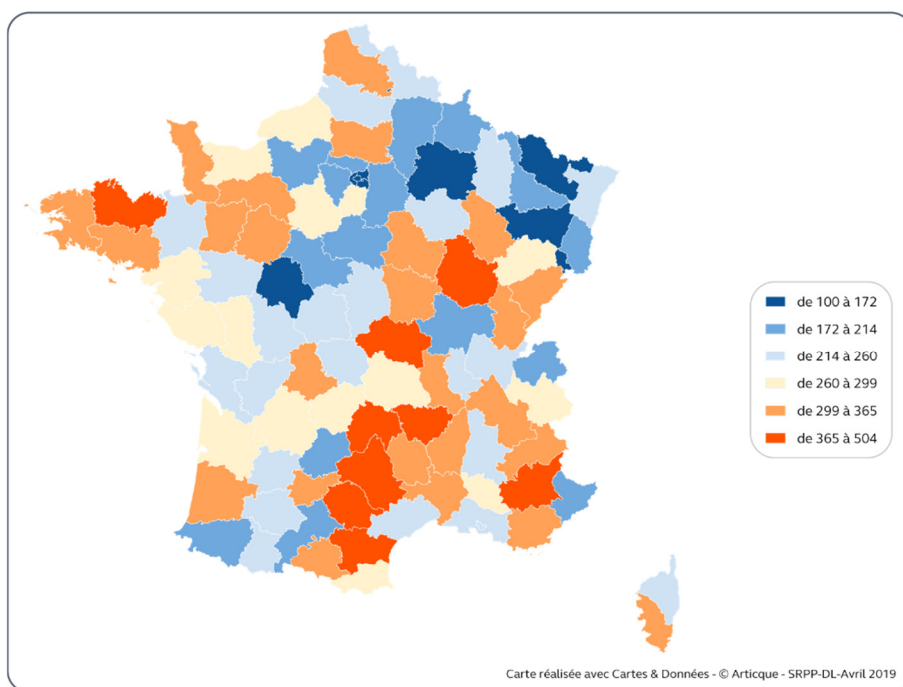
²⁶⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2011*, Chapitre XV L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général, p. 393-426, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁶⁵ Il aide à évaluer l'incapacité fonctionnelle des assurés et graduer les capacités restantes de l'assuré pour 16 activités. L'outil génère un avis indicatif, le médecin-conseil restant libre de sa décision.

²⁶⁶ De 41 % à 86 % avec une moyenne nationale de 67 %.

²⁶⁷ De 98 à 523 attributions pour 100 000 assurés, pour une moyenne nationale de 240. Cette hétérogénéité s'observe aussi en matière de première attribution et de renouvellement de l'AAH, mais est suivie dans le cadre du programme 157 Handicap et dépendance de la loi de finances annuelle.

Carte n° 2 : nombre moyen d'entrées en invalidité pour 100 000 assurés du régime général (2010-2017)



Lecture : les couleurs bleues indiquent une moindre fréquence des mises en invalidité par rapport à la moyenne nationale et les couleurs oranges une fréquence supérieure à la moyenne nationale.
Source : Cour des comptes, d'après des données de la CNAM.

L'absence de référentiel commun à l'ensemble des médecins conseils du service médical de l'assurance maladie pour évaluer l'état d'invalidité affecte l'égalité de traitement des assurés. Elle limite de surcroît la mise en œuvre au sein du service médical d'actions de supervision des admissions en invalidité, que rendent pourtant nécessaires la complexité de cette notion et la pluralité des critères à examiner, *a fortiori* par un seul médecin conseil.

L'assurance maladie devrait établir et rendre obligatoires des référentiels médicaux nationaux intégrant l'employabilité de l'assuré, en capitalisant sur certains progrès récents ou en cours²⁶⁸. Au-delà de ses

²⁶⁸ Guide barème et arbre de décision déployés pour la mesure de l'incapacité permanente et la restriction durable d'accès à l'emploi en matière d'AAH ; expérimentation en cours de barèmes des risques professionnels (AT-MP) incluant les répercussions professionnelles d'une affection.

apports pour l'invalidité, cette évolution permettrait d'ouvrir une réflexion sur une harmonisation des critères d'évaluation de l'invalidité et du handicap, de nature à faciliter l'accès des assurés à leurs droits et à simplifier leurs parcours.

3 - Payer à bon droit les prestations

Le respect des règles de cumul entre pension d'invalidité et revenus professionnels repose sur la communication de déclarations sur l'honneur de situation et de ressources par les pensionnés. Ces déclarations obéissent à une périodicité variable²⁶⁹. En l'absence de réponse dans un délai déterminé, le versement de la pension est suspendu.

En dehors des actions de vérification organisées par la CNAM, les CPAM ont détecté, en 2017, 303 situations fautives, voire dans certains cas frauduleuses, au titre des pensions d'invalidité et 440 au titre de l'ASI, à l'origine respectivement de 4,8 M€ et de 3,5 M€ de préjudices subis ou évités (soit 15 700 € et 8 000 € par dossier irrégulier en moyenne). Néanmoins, l'absence de croisement systématique des déclarations des pensionnés avec d'autres sources d'information limite fortement les possibilités de détection des erreurs, intentionnelles ou non, qui s'exercent au détriment de l'assurance maladie ou, moins fréquemment, des assurés.

À compter de 2020, doit être mise en œuvre une base des ressources mensuelles, commune à l'ensemble des organismes sociaux, et alimentée chaque mois notamment par les données de salaires déclarées par les employeurs dans la DSN et celles relatives aux prestations versées par les organismes sociaux. Cette base doit en premier lieu servir à gérer les aides au logement en fonction des ressources contemporaines de leurs allocataires. Au-delà, elle doit contribuer à fiabiliser l'attribution, le calcul et le service de la plupart des prestations et aides soumises à des conditions de ressources ou modulées en fonction des ressources. S'agissant de l'invalidité, elle pourrait permettre à l'assurance maladie d'acquérir chaque mois des données de revenus professionnels des pensionnés (et de ressources du foyer pour les titulaires de l'ASI) plus complètes et fiables que celles issues des déclarations sur l'honneur.

Toutefois, l'invalidité n'est pas mentionnée au nombre des utilisations prévues des données de la base des ressources mensuelles dans l'annexe au PLFSS 2019 où figure l'évaluation préalable de l'article de ce

²⁶⁹ Une fois par an en l'absence d'activité professionnelle connue, tous les semestres en cas d'activité et de perception d'une allocation de Pôle emploi, tous les mois dans les autres cas d'activité et tous les trimestres en cas de perception de l'ASI.

projet de loi relative à la mise en place de cette base. En outre, si elle évoque l'utilisation des données de la DSN pour vérifier les revenus des pensionnés, la COG 2018-2022 de la branche maladie ne prévoit pas d'échéance à ce titre.

Au regard de l'enjeu du paiement à bon droit des pensions d'invalidité, il importe que l'assurance maladie mette en place un rapprochement systématique des informations déclarées par les pensionnés avec celles contenues dans la base des ressources mensuelles. Au-delà, les informations relatives aux revenus professionnels (pensionnés) et aux ressources (pensionnés titulaires de l'ASI) perçus pourraient être pré-remplies sur les déclarations, les pensionnés étant alors appelés à les confirmer ou à les rectifier en produisant des justificatifs à cet effet.

Par ailleurs, l'application de l'exonération ou du taux réduit de CSG repose sur une demande de production de leur avis d'imposition par les titulaires de pensions d'invalidité (en septembre) ; lorsque ce document n'est pas produit, l'assurance maladie applique le taux normal de CSG. Afin de sécuriser l'application des prélèvements sociaux et de dispenser les pensionnés d'une formalité portant sur des données déjà détenues par les administrations, la DGFIP devrait communiquer à la CNAM les informations relatives au revenu fiscal de référence.

4 - Continuer à réduire les coûts de gestion

Entre 2013 et 2018, le nombre d'emplois (ETP) affectés à la gestion administrative de l'invalidité a été réduit de 647,9 à 507,9 (-21,6 %) ²⁷⁰. Les effectifs du service médical consacrés à l'invalidité ne sont quant à eux pas recensés, l'outil de contrôle de gestion étant en cours de déploiement.

La baisse des effectifs de la gestion administrative de l'invalidité traduit pour partie la mutualisation à fin 2017 d'une partie des tâches qui s'y rapportent ²⁷¹ sur 28 pôles interdépartementaux (contre 49 précédemment et la totalité des CPAM départementales ou infra-départementales avant 2015). Au-delà de gains de productivité (estimés *ex ante* par la CNAM à 95 ETP, soit entre 15 et 20 % de l'effectif), cette réorganisation a permis de réduire les inégalités de traitement ou de productivité sur le territoire et d'améliorer le niveau d'expertise de chaque service.

²⁷⁰ Hors CRAMIF, qui gère 16 % des pensions d'invalidité du régime général.

²⁷¹ Dans le cadre du dispositif « Travail en Réseau de l'Assurance Maladie » (TRAM), qui mutualise certains processus de gestion entre un nombre variable de CPAM.

La prochaine ouverture d'un service de télédéclaration sur internet de leur situation et de leurs ressources par les bénéficiaires de pensions d'invalidité permettra à l'assurance maladie de réaliser d'autres gains d'efficience, liés à la saisie des déclarations (le redéploiement de 60 emplois étant prévu au regard d'un objectif de 80 % de télédéclarations en 2022) et à leur affranchissement.

Il convient d'étendre la mutualisation de la gestion administrative de l'invalidité à des activités qu'elle ne couvre pas encore (numérisation des documents papier des dossiers, paiement et comptabilisation des prestations, indus et contentieux), en la confiant à un nombre réduit de structures et en adaptant l'outil informatique de gestion des prestations.

Ces évolutions permettraient de dégager des moyens pour accompagner de manière plus individualisée les bénéficiaires de pensions d'invalidité, comme évoqué dans les développements précédents.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au carrefour des prises en charge au titre de la maladie, des accidents du travail et maladies professionnelles, du handicap et de la retraite, l'assurance invalidité se singularise en France par une organisation fragmentée entre une vingtaine de régimes comportant des règles distinctes et des critères quasiment inchangés depuis sa création.

Les caractéristiques de l'invalidité l'ont ainsi progressivement éloignée des évolutions de la protection sociale, du marché du travail et de l'épidémiologie et, ce faisant, des besoins de ses bénéficiaires.

En outre, l'invalidité est un domaine peu connu et suivi, malgré la fragilité de l'état de santé et de la situation professionnelle et sociale d'une grande partie des pensionnés, la dynamique des dépenses sur la période récente et les adhérences avec les autres risques sociaux.

En dépit de certains progrès, la gestion du risque d'invalidité demeure par ailleurs insuffisamment orientée vers l'accompagnement des pensionnés et vers le paiement à bon droit des pensions en fonction de l'évolution de leurs revenus et est obérée par des procédures et des outils incomplets ou obsolètes. Une gestion plus active s'impose afin de prendre en compte plus étroitement la situation et les besoins des assurés. En permettant de mieux réguler ce risque, les évolutions préconisées par la Cour justifieraient d'intégrer les pensions d'invalidité à l'ONDAM.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 14. encourager le retour sur le marché du travail des personnes reconnues invalides les plus proches de l'emploi, en substituant aux règles de cumul en vigueur, à coût constant, un mécanisme de réduction progressive de la pension en fonction de l'augmentation des revenus professionnels, afin que tout revenu d'activité se traduise par un supplément de ressources (ministère chargé de la sécurité sociale) ;*
 - 15. organiser un service d'une durée définie et renouvelable des pensions de 1^{ère} catégorie en fonction de l'âge et de l'état de santé des assurés et déployer un parcours ciblé d'accompagnement vers l'emploi ; renforcer les outils permettant d'identifier les titulaires de pensions qui nécessitent un suivi particulier sur les plans médical, social et professionnel (ministère chargé de la sécurité sociale, CNAM) ;*
 - 16. doter l'évaluation de l'état d'invalidité d'un référentiel national opposable aux échelons locaux du service médical et ouvrir une réflexion sur une évaluation de l'invalidité et du handicap à partir d'un référentiel commun (ministère chargé de la santé, CNAM) ;*
 - 17. approfondir la rénovation et la mutualisation de la gestion du risque et mettre en œuvre une vérification automatisée systématique des revenus professionnels ou des ressources déclarées par les titulaires de pensions d'invalidité et de l'ASI à partir des données intégrées à la base des ressources mensuelles des organismes sociaux (CNAM).*
-