



Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-059P

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

**RAPPORT
TOME 2 ANNEXES**

Établi par

Dr Pierre ABALLEA

Etienne MARIE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Sommaire

ANNEXE I : LE PROCESSUS D’EVALUATION DE L’ETAT D’INVALIDITE, UNE SYNTHESE DES TRAVAUX INTERNATIONAUX.....	5
ANNEXE II : L’EVALUATION DE L’ETAT D’INVALIDITE EN FRANCE : UNE MISE EN PERSPECTIVE HISTORIQUE.....	25
ANNEXE III : L’HETEROGENEITE DES DECISIONS D’OCTROI DES PENSIONS D’INVALIDITE DANS LE REGIME GENERAL ENTRE 2008 ET 2011.....	37
ANNEXE IV : LA MESURE DE L’HETEROGENEITE DANS L’ATTRIBUTION DES PRESTATIONS INDIVIDUELLES DES DIFFERENTS REGIMES CONTRIBUTIFS ET SOLIDAIRES ET L’EXAMEN DE SES CAUSES.....	65
ANNEXE V : LES PRINCIPAUX PROCESSUS D’EVALUATION DE L’INVALIDITE ET LEURS REFERENTIELS ET OUTILS D’EVALUATION	113
ANNEXE VI : ETUDE COMPARATIVE DANS LE DEPARTEMENT DE LA VIENNE DE L’EVALUATION DE L’INVALIDITE PAR L’ELSM ET LA MDPH.....	185
ANNEXE VII : L’ARBRE DE DECISION RELATIF A LA RESTRICTION SUBSTANTIELLE ET DURABLE POUR L’ACCES A L’EMPLOI.....	203
ANNEXE VIII : NOMENCLATURE DES PREJUDICES DE 2005 : LA NOMENCLATURE DINTILHAC.....	205

Annexe I : Le processus d'évaluation de l'état d'invalidité, une synthèse des travaux internationaux

1. LES DONNEES D'ENVIRONNEMENT ET LES OBJECTIFS DU PROCESSUS	8
1.1. <i>Les données d'environnement</i>	8
1.2. <i>Les objectifs</i>	8
2. LE TEMPS ET LE CHAMP DU PROCESSUS.....	9
2.1. <i>Le temps du processus</i>	9
2.2. <i>Le champ du processus</i>	9
3. LES ETAPES DU PROCESSUS	10
3.1. <i>Le déclenchement du processus</i>	10
3.2. <i>La constitution des éléments de preuves : quel input, quels acteurs, quels outils ?</i>	10
3.3. <i>L'évaluation : quels acteurs, quels outils ?</i>	11
3.4. <i>La décision : quels acteurs ?</i>	18
3.5. <i>Le contrôle qualité de l'évaluation: quels acteurs, quels outils ?</i>	18
3.6. <i>L'appel possible de la décision</i>	19
4. LE PILOTAGE DU PROCESSUS	20
4.1. <i>Le pilotage stratégique par l'Etat de l'organisme d'assurance invalidité</i>	20
4.2. <i>Le pilotage opérationnel des unités par la tête de réseau</i>	20
5. LES RESULTATS DU PROCESSUS.....	23
6. REFERENCES	24

- [1] Une fois leurs conditions et leur cadre définis par les réglementations, les programmes d'invalidité doivent faire l'objet de processus opérationnels, s'agissant d'organiser un traitement de masse. Parmi ceux-ci, le processus d'évaluation de l'état d'invalidité s'avère critique compte tenu de sa portée et de sa difficulté.
- [2] Ce processus est tout d'abord capital, car au fond est invalide celui qui est évalué invalide. Par ailleurs, cette évaluation n'est pas la mesure continue d'un taux d'invalidité (40 %, 50 % etc.) qui peut s'accommoder d'imprécision minimale ; elle est la mesure d'un seuil d'entrée ou non d'une personne dans l'assurance invalidité. Enfin si l'on entre en invalidité, l'on en ressort que par exception.
- [3] Ce processus est ensuite difficile :
- il n'est pas la mesure strictement médicale d'une lésion anatomique circonscrite comme en matière d'AT-MP ;
 - il n'est pas une mesure de la distance à l'emploi comme en matière d'assurance chômage ;
 - il est une évaluation des conséquences de l'altération de l'état de santé global d'une personne sur sa capacité de tenir un emploi donc de subvenir de façon normale à ses besoins.
- [4] A cet égard, l'association entre un diagnostic médical et des limitations fonctionnelles qui peuvent conduire à une incapacité de travail sont faibles et fondamentalement influencées par de très nombreuses caractéristiques personnelles et environnementales.
- [5] A titre de référence, Krause et alii¹ mentionnent 100 déterminants de la capacité de travail classés en sept grandes catégories: facteurs sociaux-démographiques (ex : âge, sexe, qualifications et compétences, position sociale, place que le malade occupe dans sa famille); caractéristiques de la blessure ou de la maladie ; facteurs psychologiques ; attitudes et croyances (ex : éducation, culture, motivation) ; comportement de santé, assistance médicale et facilités ; réadaptation médicale et professionnelle, assistance de la société et de ses organisations ; barrières de retour à l'emploi et caractéristiques de l'employeur (ex : soutien du management et des collègues, conditions de travail).
- [6] Cette évaluation est donc fondamentalement une mesure individualisée, tenant compte des caractéristiques de chaque personne, de l'environnement de chaque personne, de l'effet des circonstances invalidantes sur l'employabilité de chaque personne et il est *a priori* impossible d'organiser cette mesure à partir d'outils automatisés ; il est en ce sens vraisemblable que le processus d'évaluation de l'invalidité est l'un des plus complexes de tous les programmes sociaux puisqu'il doit organiser un traitement de masse de situations totalement individualisées et contextualisées.
- [7] L'on ne s'étonnera pas alors de constater l'investissement considérable que font les divers pays pour organiser ce processus. Cet investissement est par ailleurs très varié car très dépendant des acteurs et des arrangements institutionnels selon les pays comme on va le voir. Pour prendre deux exemples, la position de la profession médicale dans un pays va être capitale pour la construction du processus d'évaluation de l'invalidité ; l'interface expertise médicale/expertise emploi est largement facilitée dans les pays qui ont intégré dans une seule organisation Sécurité sociale et Service public de l'emploi (ex : Australie, Norvège).
- [8] Pour la mission, la description de ce processus est très important : la question posée de la création d'un barème et de sa nature pour l'évaluation de l'invalidité est la question d'un outil parmi de très nombreux autres qu'il s'agit de bien situer au global.

¹ Krause, Frank, Dasinger, Sullivan, Sinclair. Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related illness: challenges for future research. American Journal of Industrial Medicine, 2001.

1. LES DONNEES D'ENVIRONNEMENT ET LES OBJECTIFS DU PROCESSUS

1.1. *Les données d'environnement*

[9] Le processus d'évaluation de l'état d'invalidité doit être situé par rapport à quelques données externes :

- le nombre de demandes adressé (une forte demande peut conduire à plus d'acceptabilité par le processus d'évaluation) ;
- le climat « politique » externe concernant les personnes invalides ou handicapées, notamment pour les personnes les plus jeunes et les plus âgées ;
- la situation de l'emploi.

1.2. *Les objectifs*

[10] Du point de vue des personnes, les principaux objectifs sont :

- la rapidité du processus ;
- l'acceptabilité du processus (reliability) impliquant transparence et compréhension de ses méthodes, légitimité de l'évaluateur, motivation et pertinence de sa décision, égalité de traitement entre usagers, possibilité de recours ; cet objectif est souvent résumé dans les travaux internationaux dans le concept de « fair trial » (processus de jugement équitable).

[11] Du point de vue de la collectivité, les deux principaux objectifs sont :

- la maîtrise des coûts de gestion du processus ;
- la maîtrise du coût des décisions prises donc de l'effectif admis en invalidité.

[12] La revue des processus qu'a effectuée la mission montre ainsi que l'objectif d'homogénéité n'est qu'un objectif parmi de nombreux autres et faiblement cité à l'étranger, même s'il l'est pour partie sous le chef d'autres objectifs (l'acceptabilité de la décision).

[13] L'on rappellera par ailleurs à partir d'une exploitation des rapports du Médiateur de la République et d'une réunion avec les associations de malades que l'essentiel des critiques des demandeurs concerne plutôt les conditions administratives d'ouverture du droit que les conditions « médicales » jugées difficilement contestables.

2. LE TEMPS ET LE CHAMP DU PROCESSUS

2.1. *Le temps du processus*

[14] L'invalidité peut être évaluée de deux façons en fonction du moment où la prestation est demandée :

- en faisant une appréciation instantanée et impersonnelle au moment de la demande ;
- en considérant ce moment comme l'aboutissement d'une période de longue maladie et l'échec de toute tentative de reclassement professionnel, par ailleurs suivis personnellement.

[15] Ce premier élément a une portée très importante sur le processus d'évaluation. Comme on le développera plus loin, l'évaluation d'une distance à l'emploi issue du suivi long et personnel d'un état de santé justifie un acteur fondamental, le médecin, et le dispense d'un outil fondamental, le barème : depuis deux ou trois ans le médecin de l'organisme d'assurance maladie-invalidité connaît son patient, suit sa réadaptation médicale et son reclassement professionnel, est donc capable de prendre seul sa décision de mise en invalidité, sous la réserve importante qu'il peut ne pas connaître tous les emplois possibles. En sens inverse, la mesure à un moment (t) d'une distance à l'emploi liée à une situation de santé, sans que l'évaluateur ne connaisse la personne, justifie un couple d'acteurs, le médecin et l'expert emploi aidés par deux outils fondamentaux, le barème de mesure de l'état de santé, le barème d'évaluation de l'employabilité.

[16] L'on retrouve le plus souvent derrière cette distinction la distinction assurance invalidité – minimum handicap, en France la distinction entre appréciation des pensions d'invalidité et appréciation de l'AAH.

2.2. *Le champ du processus*

[17] Le champ du processus d'évaluation de l'invalidité ou du handicap peut être :

- Un champ circonscrit en tant que tel.
- Un champ associé à une évaluation des mesures d'accompagnement en termes de soins, d'autonomie et d'emploi.

[18] L'on voit bien l'intérêt du point de vue de la personne d'avoir une évaluation unique de son état d'invalidité (« vous avez une capacité de travail ») et des mesures concrètes qui peuvent les compenser (« voici le type de réinsertion professionnelle qui vous est proposé ») : il y a alors une évaluation cohérente par un seul acteur et les mesures concrètes d'accompagnement sont décisives pour la personne. Sinon, il peut y avoir des décisions « vides », où l'évaluateur coupé des acteurs réels de l'accompagnement, décide de droits sans qu'aucun mécanisme n'en assure la réalité.

[19] En sens inverse, il peut y avoir plus d'empathie dans un champ d'évaluation large, une confusion des outils d'évaluation et d'accompagnement, voire un « conflit d'intérêt » entre les deux démarches, l'échec de la démarche d'accompagnement conduisant par exemple à un accès plus aisé à la reconnaissance de personne invalide ouvrant droit à prestation.

3. LES ETAPES DU PROCESSUS

[20] Six étapes sont ici distinguées : le déclenchement du processus ; la constitution des éléments de preuves ; l'évaluation ; la décision ; le contrôle qualité de l'évaluation ; la possibilité d'appel.

3.1. *Le déclenchement du processus*

[21] Le design du processus, lorsqu'il fait suite à la longue maladie, doit trancher entre :

- une admission rapide en invalidité dès lors que la situation de l'intéressé est stabilisée ;
- une admission lente pour laisser toutes les chances à la personne de recouvrer un emploi (ou d'éviter d'être licenciée) qu'une admission dans le régime d'invalidité, souvent assimilée à l'incapacité de travail, peut obérer.

[22] Il y a par ailleurs la possibilité d'une entrée directe en invalidité.

3.2. *La constitution des éléments de preuves : quel input, quels acteurs, quels outils ?*

[23] La liste des preuves exigées pour entrer dans le processus d'évaluation de l'invalidité est globalement la suivante : l'histoire médicale, professionnelle, sociale ; la situation médicale (maladies, traitements et accompagnement en termes de rééducation médicale et professionnelle, pronostic, capacités fonctionnelles), la situation professionnelle, la situation sociale (situation de famille et relations, logement) ; les attentes de l'individu, son projet de vie, ses motivations de recouvrement de ses fonctions et de retour au travail. Tous ces éléments peuvent être recueillis soit sur dossier (ex : un certificat médical), soit en face à face (dont : examen médical, test de capacités fonctionnelles).

[24] Peuvent constituer ces éléments de preuve : le demandeur ; le médecin traitant ; un personnel administratif, paramédical ou social de l'organisme d'assurance invalidité ; le médecin de l'organisme d'assurance invalidité ; des prestataires délégués. La tendance est ici de développer le rôle du demandeur (importance pour lui d'établir sa requête, ses arguments, son projet de vie, ses capacités fonctionnelles à partir d'un questionnaire), de ne pas mobiliser de compétences médicales à cette étape (sauf expertise médicale supplémentaire nécessaire), de bien distinguer ces acteurs des acteurs de la phase suivante d'évaluation.

[25] Ces personnes peuvent disposer comme outils de modèles de dossiers (ex : en France, le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée, dit GEVA), de référentiels de constitution de dossiers, d'interview, d'examen ou de test, rendus publics et permettant ainsi aux demandeurs de mieux se préparer dans le sens d'un « processus de jugement équitable » (ex : Australie).

[26] Le facteur discriminant de cette première étape est la plus ou moins grande étendue de recours aux données médicales, elle-même liée :

- au moment où intervient l'évaluation (la constitution des éléments de preuves est plutôt médicale lorsque l'évaluation intervient à l'issue de la période de maladie) ;
- au mode d'évaluation étudié par la suite, selon l'accent mis sur l'aspect médical (le médecin de l'organisme d'assurance invalidité peut alors lui-même faire les examens médicaux, ordonner des expertises, établir le diagnostic) ou sur l'aspect évaluation fonctionnelle et de l'employabilité.

3.3. *L'évaluation : quels acteurs, quels outils ?*

- [27] Ce point est évidemment capital mais non exclusif comme on le voit dans toute cette note.
- [28] Avant de se centrer sur les acteurs de l'évaluation et leurs outils, l'on rappellera deux partis pris très importants en matière d'évaluation.
- [29] L'appariement le plus efficace de chaque demande et/ou demandeur soit à l'évaluateur le mieux qualifié à sa situation, soit à la procédure la mieux ajustée à sa situation. Ce rôle de « gatekeeper » n'a pas à être tenu par un médecin.
- [30] L'existence ou non au cours de l'évaluation d'un face à face évaluateur-demandeur. Les règles de « fair trial » exigent au moins la possibilité de demander ce face à face de la part de la personne invalide. En sens inverse, ce face à face peut influencer la prise de décision, le rejet étant plus difficile dans ce cas.

3.3.1. Les acteurs

- [31] L'évaluation peut être organisée autour de trois grandes catégories d'acteurs :
- 1) le médecin traitant : comme pour l'arrêt maladie, c'est lui qui décide de l'invalidité. Ce modèle tend à se réduire mais existait encore largement il y a 10 ans. Il ne sera pas évoqué par la suite.
 - 2) les professionnels de santé de l'organisme d'assurance invalidité. Ceux-ci peuvent être soit des professionnels salariés de cet organisme, soit des professionnels externes que rémunère cet organisme.

Ces professionnels peuvent être :

- des médecins ;
- d'autres professionnels : psychologues, infirmières, conseillers en réadaptation, ergothérapeutes et physiothérapeutes.

Ces deux voies ne sont pas exclusives ; le médecin peut par exemple être assisté par le personnel qui gère les mesures de rééducation médicale et fonctionnelle.

L'évaluation médicale peut être effectuée par un professionnel seul soit par un collège de professionnels (Spearman and Brown : l'opinion d'un groupe d'experts est plus correcte que l'opinion individuelle d'un expert).

- 3) l'expert emploi, cette expertise renvoyant d'une part à la bonne connaissance des métiers et des compétences en général, d'autre part à l'analyse de la capacité dont disposent des personnes invalides et handicapées d'assumer ces métiers, enfin à la connaissance du marché du travail. Si l'on estime que c'est par exception qu'un médecin peut disposer de cette expertise emploi, celle-ci est alors recherchée soit par recrutement de compétences spécifiques par l'organisme d'assurance invalidité, soit par recours aux compétences du service public de l'emploi, général ou spécialisé dans l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, soit par délégation à un prestataire extérieur spécialisé (ex : Royaume-Uni).
- [32] Une forme différente d'expertise emploi peut être une expertise sociale, effectuée par des travailleurs sociaux soit bons connaisseurs de la réadaptation professionnelle (ex : Canada), soit au motif que c'est moins une insertion professionnelle qu'une insertion sociale qu'il faut gérer pour la plupart des personnes. Cette expertise sociale est alors recherchée soit à l'interne des organismes d'assurance invalidité (c'est une compétence dont ils disposent régulièrement), soit à l'extérieur (ex : auprès des collectivités territoriales, auprès des organismes qui gèrent l'insertion sociale).

[33] La question de fond est ensuite de savoir comment apparier l'expertise médicale et l'expertise emploi en pleine cohérence avec la définition de l'invalidité, conséquence de l'altération de l'état de santé sur l'employabilité. Le champ des possibles est le suivant :

- H1 : il y a une seule évaluation faite par le professionnel de santé, préférentiellement le médecin ;
- H2 : il y a deux évaluations : l'évaluation médicale est prédominante et intervient après l'évaluation emploi ;
- H3 : il y a une seule évaluation faite de concert par le médecin et l'expert emploi en équipe pluridisciplinaire ;
- H4 : il y a deux évaluations : l'évaluation emploi est prédominante et intervient après l'évaluation médicale (ex : Allemagne).

3.3.2. Les outils : les cinq modèles d'utilisation des barèmes et référentiels

[34] Il existe trois champs possibles de différenciation des deux termes barèmes (« tables » en anglais) et référentiels (guidelines en anglais) :

- 1) réglementation dure/réglementation « douce » (« soft law »). Dans ce premier champ, le barème est normalement inscrit dans une réglementation « dure » et publique, alors qu'un référentiel fait partie des réglementations « douces » (« soft law ») plus flexibles, internes aux administrations, agences et institutions.
- 2) médical/non médical. Dans ce deuxième champ, le barème désigne une évaluation médicale et le référentiel une évaluation non médicale (par exemple celle de l'employabilité pour l'invalidité).
- 3) évaluation/indemnisation. Dans ce champ donc, le barème contient les règles d'évaluation d'une situation (médicale ou autre) et le référentiel les règles qui permettent de l'indemniser.

[35] L'annexe V propose une normalisation du vocabulaire en France. A ce stade, la note utilise sauf exception le terme unique de barème pour désigner l'outil d'évaluation d'une situation (médicale ou non), qu'il soit inscrit dans une réglementation dure ou douce.

Les avantages et limites des barèmes sont les suivants

[36] Les barèmes sont fixés après avis des parties prenantes et transparents vis-à-vis des personnes et des juridictions ; ils évitent des expertises médicales de haut niveau et limitent les frais de gestion du processus d'évaluation ; ils permettent sa rapidité ; ils imposent la constance aux divers acteurs et l'homogénéité de leurs décisions, donc permettent l'égalité de traitement ; ils limitent les décisions du juge qui peuvent être d'autant plus compassionnelles qu'elles ne sont pas encadrées financièrement.

[37] En sens inverse, les barèmes supposent pour leur établissement de longues négociations avec les parties prenantes (de cinq à dix ans le cas échéant) qui n'ont pas nécessairement la contre-expertise pour ce faire ; ils sont ensuite difficilement actualisables, alors même que les connaissances évoluent ; leurs sources et leur évolution sont vite oubliées ; lorsqu'ils sont moins généreux que les précédents, ces derniers peuvent rester en vigueur ; ils peuvent reposer sur des concepts dépassés et peuvent ne pas être validés, ni évalués scientifiquement ; ils sont souvent très complexes ; ils privilégient les situations les plus mesurables. Ils ne conduisent pas nécessairement à l'homogénéité des décisions, car le plus souvent ménagent des plages de taux et sont indicatifs, à la fois pour respecter le pouvoir des professionnels qui l'appliquent et pour tenir compte des situations individuelles : l'application des barèmes est de fait beaucoup plus discrétionnaire qu'il n'y paraît ; elle est d'ailleurs rarement contrôlée.

- [38] Les avantages et inconvénients des référentiels, entendus comme réglementations douces, sont similaires. Leur inscription dans la « soft law » les rend plus flexibles et plus aisément actualisables ; en sens inverse, les référentiels peuvent être non transparents vis-à-vis des personnes et des autres parties prenantes du processus (mais il est possible de les mettre dans la discussion et la connaissance publique) ; ils sont souvent plus nombreux et plus catégoriels que les barèmes.

Ce que les barèmes cotent en matière de sécurité sociale

- [39] Il existe en matière de sécurité sociale deux grands types de barèmes qui se sont succédé historiquement et cohabitent aujourd'hui, dans le tableau suivant numérotés 2 puis 3. Le modèle 1 est le type de barème utilisé dans le cadre de la responsabilité civile individuelle par les tribunaux (mais qui est fortement attractif pour le modèle 2) et le modèle 4 est centré sur le complément aide d'une tierce personne des modèles 2 et 3.
- [40] Le tableau se lit d'abord verticalement, modèle de barème par modèle de barème, puis horizontalement pour comparer leur logique (réparation/remplacement de revenu/compensation de frais), l'objet qu'ils mesurent (préjudice physique circonscrit/ altération globale de la santé et leurs conséquences en matière professionnelle et de vie sociale) et leur cause (faute/risque/pas de considération des causes), l'utilisation de leur calcul (déterminant du montant du droit/déterminant de l'entrée dans le droit).

Tableau 1 : Typologie des modèles de barèmes

Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Réparation	Réparation	Remplacement de revenu	Compensation de frais
Intégrale	Forfaitaire	Partiel ou minimum	Forfaitaire
Des séquelles d'un préjudice physiologique circonscrit et de ses conséquences fonctionnelles	Des séquelles d'un préjudice physiologique circonscrit et de ses conséquences fonctionnelles	Perdu compte tenu de l'altération globale d'un état de santé, des déficiences et des incapacités fonctionnelles en résultant	
Et de ses conséquences morales souffrances physiques, pertes esthétiques ou d'agrément			
Et de ses conséquences en matière de préjudice professionnel par rapport au précédent emploi	Et le cas échéant de ses conséquences professionnelles liées au précédent emploi	Et de leurs conséquences en termes de capacité d'accès à tout emploi et donc de capacité de gains	
Et de ses conséquences en matière de vie sociale			Des dépenses supplémentaires liées à la perte d'autonomie
Imputable à la faute d'un tiers	Due à un risque particulier dans la vie de la collectivité nationale	Sans considération des causes d'altération de la santé	Sans considération des causes d'altération de cette autonomie
L'application du barème déterminant directement le montant du droit	L'application du barème déterminant directement le montant du droit	L'application du barème déterminant le seuil d'entrée dans le droit	L'application du barème déterminant directement le montant du droit
Référence : barèmes de responsabilité civile individuelle	Référence : barèmes de préjudices liés à la guerre, barèmes AT-MP	Référence : barèmes d'invalidité-handicap	Référence : barème aide d'une tierce personne

Source : IGAS, synthèse de la mission.

- [41] En matière de barèmes applicables par les programmes sociaux, l'on est passé :
- D'un modèle ancien (B2) qui mettait l'accent sur l'infirmité physique, la déficience anatomique puis ses limitations fonctionnelles et réputait proportionnelle à leur sévérité la perte de capacité de travail et de gain. Ce modèle était cohérent avec l'ancêtre de la sécurité sociale, le système de réparation des dommages par le truchement du droit civil et avec le champ initial des assurances sociales (la population ouvrière) et l'étape originelle de développement industriel et des risques qu'il portait.
 - A un modèle nouveau (B3) qui intègre la non proportionnalité déficiences/incapacité de travail et de gain et la variété individuelle des chemins menant de l'une à l'autre.

- [42] Il est clair que la mesure de la perte de capacité de travail et de gain pose alors dans ce modèle 3 un problème fondamental. D'autant que la mesure ne porte pas sur les conséquences de l'altération de l'état de santé sur un précédent emploi : dans ce cas qui reste la référence pour les modèles 1 et 2 de réparation, il est possible de comparer les revenus avant accident ou maladie et les revenus après accident ou maladie. Dans les régimes de remplacement de revenu que sont les régimes d'invalidité, il s'agit de mesurer les conséquences de l'altération de l'état de santé sur la tenue de n'importe quel emploi. A cette problématique fondamentale, cinq types de réponses ont été données par les différents pays.

3.3.2.1. Modèle 1 : l'utilisation d'un barème de mesure des capacités générales

- [43] Comme on va le voir, l'idée n'est pas ici de « s'en tenir » à une mesure des déficiences et des incapacités en constatant que la mesure des désavantages est impossible. L'idée est vraiment de mesurer une employabilité à partir d'une grille de capacités générales et non professionnelles.

L'exemple du Royaume-Uni

- [44] Ce pays a fusionné assurance invalidité et minimum handicap. Il se situe dans une perspective d'examen préalable des plus minimes possibilités d'emploi dans un contexte de flexibilité totale du marché du travail où toute personne capable d'effectuer même une petite série de fonctions doit pouvoir trouver une forme d'emploi avec un horaire et/ou un salaire réduit.
- [45] Les évaluateurs sont des professionnels de santé.
- [46] La procédure d'évaluation se fait en trois phases :
- 1) l'examen de l'aptitude limitée au travail : la personne remplit un questionnaire où elle décrit son état de santé en cochant des propositions et note ses besoins d'aide (11 types d'activités correspondant aux fonctions physiques, 10 aux fonctions mentales, cognitives ou intellectuelles. Aucun item ne concerne de tâches spécifiques à une activité professionnelle. Les exemples font toujours référence à des activités domestiques). Cette auto-déclaration transformée en score permet d'évaluer la gravité de l'atteinte. Puis il y a un entretien avec un professionnel de santé agréé.
 - 2) l'examen de l'aptitude limitée à des activités liées au travail. 11 activités supplémentaires, sont cotées toujours sans référence à un contexte professionnel.
 - 3) l'évaluation centrée sur le travail en liaison avec la santé : elle examine les obstacles qui empêchent d'accéder au travail et détermine la nature des soutiens que le demandeur peut recevoir pour l'aider à y accéder. Elle prend la forme d'un entretien avec un professionnel de santé pour recueillir des informations additionnelles sur ce que la personne peut faire (ses capacités fonctionnelles) malgré son état de santé. Les deux tests précédents se focalisaient sur ce que la personne ne pouvait pas faire. Le troisième entretien collecte les informations sur les interventions et installations qui pourraient améliorer la capacité fonctionnelle de la personne et appuyer un retour au travail.

- [47] Aucun item clairement identifiable comme professionnel n'entre donc dans la prise de décision sur l'employabilité de la personne qui demande une prestation invalidité. Les différentes modalités d'évaluation tendent à décontextualiser les aptitudes, les rendre neutres par rapport à des situations particulières de travail et donc de remonter vers les pré-requis à l'ensemble des activités professionnelles totalement indifférenciées et ramenés à des contextes de vie quotidienne domestique ou sociale. Les incidences de l'invalidité sur la sphère professionnelle sont évaluées à partir de tâches éloignées d'un contexte de travail.
- [48] En cohérence, les évaluateurs ne doivent pas tenir compte des exigences d'emplois spécifiques, ni indiquer le travail qu'une personne jugée apte peut réellement faire. Une personne est apte ou inapte. L'évaluation ne tient pas compte des exigences du dernier emploi et ne mesure pas l'ampleur de la perte de revenu. On ne cherche pas à énoncer les perspectives d'emploi d'une personne mais s'il faut la prier de chercher un emploi. Il y a là une déconnection totale entre outils d'évaluation de l'invalidité et outils d'accompagnement à l'emploi.

3.3.2.2. Modèle 2 : l'utilisation d'un barème de mesure des capacités et des compétences professionnelles

- [49] Ce modèle mesure non seulement des capacités fonctionnelles théoriques comme le précédent mais va ensuite vérifier si ces capacités théoriques peuvent être traduites en compétences métier, là encore théoriques.

L'exemple des Pays-Bas

- [50] Ce pays, seule exception parmi les pays de l'OCDE, a fusionné en 1967 son régime d'assurance invalidité et son régime AT-MP ; il lui a fallu alors définir de multiples niveaux d'invalidité (sept niveaux) et avoir un seuil d'entrée relativement bas (15 % relevé ces dernières années à 35 %), moins pour la partie invalidité que pour la partie AT-MP.
- [51] L'évaluation se fait en deux étapes au sein de l'organisme d'assurance invalidité :
- 1) l'élaboration d'un profil de capacité par le médecin. Celui-ci, à l'issue d'un entretien de trois heures avec le demandeur, établit les chances de rétablissement et les capacités fonctionnelles résiduelles dans les activités de la vie quotidienne et de la vie professionnelle. Ce profil est ordonné autour de six catégories : fonctionnement personnel (ex : mémoire), social (ex : voir), adaptation à l'environnement physique (ex : chaleur), actions dynamiques (ex : marcher), postures statiques, temps de travail par jour et par semaine. Dans chaque catégorie, des items se réfèrent aux effets spécifiques d'un contexte de travail si cette spécificité peut avoir des conséquences sur le profil de capacité final (ex : postures tenues longtemps, gestes répétitifs, conditions de travail).

Le médecin dispose pour ce faire de barèmes fournissant pour certaines pathologies des données scientifiques sur le lien entre pathologie, traitement et capacité de travail.

Le médecin classe la personne en trois catégories : capable, partiel, incapable. Une décision peut être prise à partir de bases strictement médicales dans certains cas.

- 2) l'expert emploi/orientation professionnelle procède ensuite à une évaluation assistée par ordinateur du pourcentage de perte de gain résultant des incidences de l'invalidité sur l'emploi antérieurement tenu ou, à défaut d'activité, sur les emplois que la personne aurait pu tenir compte tenu de son niveau de formation. La perte de gain est calculée par l'expert emploi sur la différence entre les salaires moyens effectivement offerts par l'emploi que la personne réussit à conserver ou à obtenir malgré son état de santé et ceux qu'elle pourrait

obtenir (au moins trois types d'emploi possibles). L'expert emploi dispose pour ce faire d'une base de données informatique décrivant environ 8000 emplois, leurs exigences en termes de capacités fonctionnelles et de compétences et leur rémunération. Cette base est actualisée de façon permanente. Si la perte de gain est de plus de 35 %, le droit est ouvert et la pension proportionnelle à cette perte. La personne sera reconnue totalement handicapée si l'on ne peut trouver trois postes de travail pour elle compte tenu de ses capacités fonctionnelles.

[52] Les deux évaluateurs, médecin et expert emploi, signent l'évaluation transmise ensuite à décision administrative.

[53] Proche de cette logique est celle du régime d'AT-MP suisse où le préjudice professionnel est égal au revenu que la personne pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut attendre raisonnablement d'elle après exécution éventuelle de mesure de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail rapporté au revenu qu'elle aurait pu obtenir s'elle n'était pas accidentée. L'organisme dispose pour ce faire de 6500 descriptions de postes de travail avec leurs rémunérations.

[54] La logique de ce modèle est donc double :

- elle compare les capacités fonctionnelles de la personne invalide à un répertoire des métiers et de leurs compétences nécessaires ;
- elle compare ensuite le salaire des métiers possibles au salaire antérieur à l'invalidité, réel ou théorique, pour calculer une perte de gain et en conséquence une indemnisation.

[55] La limite de ces deux premiers modèles est de mesurer uniquement capacités fonctionnelles et compétences dans l'abstrait et ne pas tenir compte des facteurs individuels (notamment la motivation) et des facteurs environnant et qualifiant l'emploi : s'il y a 8000 types d'emploi théoriques, il y a des millions d'opportunités d'emploi réels.

[56] C'est à cette problématique que s'essaient de répondre les deux modèles suivants.

3.3.2.3. Modèle 3 et modèle 4 : l'utilisation d'un barème de mesure des capacités et d'un barème d'évaluation de l'employabilité réelle

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

1/ l'évaluation de la capacité d'emploi par une mise en situation réelle (modèle 3)

[58] L'on est là dans l'identification totale des outils de mesure de la distance à l'emploi et des outils d'accès à l'emploi.

[59] Ce modèle est a priori idéal.

- [60] En sens inverse, ce modèle est évidemment très coûteux en temps et en argent et est difficilement compatible avec un processus de masse. Son ambition de mesure la plus rigoureuse touche l'autre extrême de mesure la moins rigoureuse : rien ne dit qu'une mise en situation réelle dans un poste (x) et qui serait négative ne serait pas positive dans un poste (y). Ce modèle n'est de fait utilisé par aucun pays, sauf sur des personnes en nombre limité.

2/ l'évaluation de la capacité d'emploi par un questionnaire général et systématique (modèle 4)

- [61] Ce modèle corrige le précédent en essayant de mesurer une distance réelle à l'emploi dans le cadre d'un questionnaire général et systématique (le cas échéant en face à face avec la personne), comprenant tous les items que doit vérifier un évaluateur avant de proposer au décideur une décision plausible, consistante et contrôlable.
- [62] Ce référentiel de décision peut être qualifié d'arbre de décision lorsque l'on doit envisager une question (n) après avoir répondu à une question (n-1).

L'exemple de l'Australie

- [63] Les évaluateurs sont des professionnels de santé tels que psychologues, infirmières, conseillers en réadaptation, ergothérapeutes et physiothérapeutes, ayant tous suivi une formation. L'évaluateur doit avoir des qualifications dans le champ du problème médical concerné.
- [64] Pour évaluer en quoi une situation médicale ou des barrières à l'emploi affectent la capacité quotidienne à travailler, les évaluateurs disposent de deux outils :
- des tables de déficiences liées au travail (= barème) avec accès des évaluateurs à une unité consultative centrale formée de professionnels de santé ;
 - une procédure appelée « Job capacity assessment » pour évaluer la capacité de travail de l'individu et l'orienter vers une aide appropriée en cas de besoin. Cette évaluation est constituée par une rencontre entre l'évaluateur et la personne (45/90 mn) à partir d'un dossier préalablement établi et d'un protocole d'interview.
- [65] L'évaluateur établit ensuite un rapport sur l'aptitude au travail du demandeur et le soutien éventuel dont il a besoin. La décision est prise ensuite par Centrelink organisme de liquidation de toutes les prestations sociales en Australie, y compris le chômage.

3.3.2.4. Modèle 5 : l'absence de barèmes

- [66] Ce modèle est celui du renvoi de la décision à un acteur, le médecin de l'organisme d'assurance invalidité. Il n'est pas un modèle négatif constatant qu'il est impossible de lier altération d'un état de santé et employabilité.
- [67] C'est un modèle qui a trois justifications :
- l'admission en invalidité prend la suite d'une période de longue maladie (12/18 mois en moyenne) durant laquelle le médecin a vu évoluer l'état de santé d'un patient, a ordonné des mesures de réadaptation médicale et fonctionnelle, a suivi ses tentatives de reprise de travail sur son poste (le cas échéant aménagé) ou dans son entreprise, a connaissance de sa situation sociale. En lien avec le médecin traitant et le médecin du travail, le médecin de l'organisme d'assurance invalidité met de fait en application le modèle 3 de mise en situation réelle ;
 - l'admission en invalidité prend la suite d'une période d'emploi et est définie comme l'incapacité d'exercer une profession convenable et comparable à sa précédente

profession ; elle n'est pas la mesure de l'incapacité à exercer tout emploi, comme en matière de minimum handicap qui a conduit à la création des modèles 1 et 4 ;

- l'admission en invalidité est subordonnée en règle générale à un seuil élevé, souvent équivalent à une incapacité totale de travailler et il est inutile de déployer des outils de distance à l'emploi sophistiqués comme dans le modèle 2, justement créés lorsqu'il s'agit d'apprécier finement un taux d'incapacité et de perte de gain.

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

[69] Ce modèle vaut notamment dans les pays où :

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

[70] Cette façon de voir a trois limites toutefois :

- il y a toujours une partie déficiences/incapacités dans l'évaluation du médecin conseil ; l'absence de tout barème peut conduire à des décisions hétérogènes entre médecins ;
- le médecin n'a pas la connaissance de tous les emplois convenables que pourrait tenir la personne et ne met pas en œuvre une démarche active en matière d'emploi ; le modèle peut donc être coûteux en termes de risque assurance invalidité ;
- ce modèle est coûteux en frais de gestion en ce qu'il a recours à des techniques et du personnel médical spécialisé.

[71] Compte tenu de ces trois limites, la problématique de l'évaluation de l'état d'invalidité est bien donc l'utilisation dans le modèle 5 des outils du modèle 4 et par conséquent de ses acteurs, l'expert emploi.

3.4. La décision : quels acteurs ?

[72] Sur la base du ou des rapports d'évaluation (s'il y a un rapport médical et un rapport emploi), la décision relative à l'état d'invalidité (distincte de la décision concernant les conditions administratives d'ouverture du droit, non traitée ici) peut être prise au sein de l'organisme d'assurance invalidité par :

- une autorité administrative ;
- une commission regroupant diverses compétences : médicales, de réadaptation, emploi, sociale, administratives (ex : Suisse, Pays-Bas).

[73] Bien souvent néanmoins, le poids de l'évaluation médicale et de l'évaluation emploi est prépondérante, voire décisive. Mais l'autorité administrative peut acquérir sur la distance une expertise globale d'évaluation, à tout le moins mettre le doigt sur des décisions non homogènes et redemander une évaluation.

3.5. Le contrôle qualité de l'évaluation: quels acteurs, quels outils ?

[74] Le caractère non objectif de l'évaluation de l'état d'invalidité suppose un contrôle qualité, au-delà de la distinction évaluation-décision dont on a vu qu'elle suivait de façon très majoritaire l'avis des évaluateurs.

- [75] Les acteurs de ce contrôle qualité sont fondamentalement d'autres experts, singulièrement en matière médicale, qu'ils appartiennent à la même structure opérationnelle (un médecin chef hiérarchique) ou soient des auditeurs externes (ceux du réseau, ceux du ministère, ceux des organisations professionnelles de médecins).
- [76] Leurs outils sont : des référentiels sur la plausibilité et la consistance du raisonnement et des conclusions de premier niveau ; des référentiels de contrôle interne en matière de qualité ou de risque, ciblant notamment les dossiers complexes ou engageant des sommes importantes ou un service de pension très long ; des référentiels de contrôle de gestion mesurant les produits et les résultats ; des sondages inopinés ; une analyse systématique des décisions faisant l'objet de recours contentieux.
- [77] Globalement, les mécanismes de contrôle qualité interne sont faibles, car remettre en cause la décision d'un expert de premier rang est difficile en soi et en termes de pilotage du processus et enfin est coûteux. Les inspections et audits externes pourraient avoir plus de recul ; elles sont globalement rares elles aussi.

3.6. L'appel possible de la décision

- [78] Les principes généraux du droit de tous les pays ménagent une possibilité de recours contre les décisions prises en matière d'évaluation de l'état d'invalidité, recours amiable interne à l'organisme d'assurance invalidité et/ou recours juridictionnel à un ou deux niveaux soit auprès de juridictions de droit commun, soit auprès de juridictions spécialisées. Celles-ci peuvent recourir à des expertises d'autres professionnels, notamment médicales.
- [79] Dans certains pays, l'homogénéité des décisions est régulée prioritairement par les tribunaux.

4. LE PILOTAGE DU PROCESSUS

4.1. *Le pilotage stratégique par l'Etat de l'organisme d'assurance invalidité*

[80] Ce pilotage nécessite d'assumer les fonctions suivantes, étant entendu qu'il doit concerner la totalité des programmes invalidité et non le seul processus d'évaluation de l'état d'invalidité :

- prospective, études et recherche, benchmarking international ; l'universalité de base des concepts en matière d'invalidité, l'importance des débats scientifiques internationaux sur ces sujets et l'intérêt de les partager supposent que l'Etat soit pleinement impliqué à ce niveau conceptuel et anime les travaux nationaux nécessaires avec toutes les parties intéressées ;
- stratégie et alignement stratégique. Le rôle de l'Etat est de déterminer, à partir d'une collecte des données de base, une stratégie nationale en matière d'invalidité (fixation des objectifs de qualité et d'efficience), de fixer en cohérence les ressources financières et physiques nécessaires, de suivre cette stratégie et de l'évaluer à la fin d'un cycle temporel ;
- contrôle des acteurs. Il est de la responsabilité de l'Etat de contrôler les décisions prises, notamment dans la partie la plus complexe des programmes invalidité qu'est l'évaluation de l'état d'invalidité ;
- coordination entre les régimes : lorsqu'existent plusieurs régimes d'assurance invalidité, il revient à l'Etat de coordonner ceux-ci dans une dialectique permanente de respect des identités professionnelles et d'égalité entre tous les citoyens ;
- interface avec les autres secteurs de politique publique. Les programmes d'invalidité sont reliés à de multiples autres programmes : soins, longue maladie, emploi, chômage, retraite anticipée, autonomie, handicap, AT-MP, réparation des dommages corporels et de leurs conséquences liés à la faute d'un tiers ou à un risque collectif. C'est le rôle de l'Etat d'assurer une cohérence globale de l'ensemble de ces politiques ou de certains de leurs outils (ex : barèmes).

[81] Ce cahier des charges étant fixé, les divers pays s'échelonnent entre deux extrêmes : celui d'un risque invalidité sur le devant permanent de l'agenda politique notamment pour des raisons de maîtrise financière de régimes plutôt généreux ; celui d'un risque invalidité comme zone d'ombre permanente de l'agenda politique notamment pour des raisons de priorités autres (ex : la politique de santé, d'arrêt maladie, du handicap, d'AT-MP) ou pour des raisons de faible générosité des régimes qu'il s'agit de ne pas de mettre sur le devant de la scène.

4.2. *Le pilotage opérationnel des unités par la tête de réseau*

4.2.1. **La centralisation**

[82] Il existe dans certains pays une agence unique centralisant toutes les évaluations (ex : Pays-Bas, Canada à une époque) ou toutes les évaluations concernant une pathologie (ex : France pour amiante). Dans cette situation, il n'y a naturellement pas d'animation de réseau, les outils notés plus loin en matière de standardisation des ressources humaines pouvant néanmoins s'appliquer au sein d'une organisation unique, entre évaluateurs.

4.2.2. **Le pilotage de réseau**

[83] Trois niveaux de pilotage sont ici distingués, du plus strict au plus léger.

4.2.2.1. La supervision ou la direction hiérarchique.

- [84] A ce niveau, le siège prescrit aux unités ce qu'il faut faire et comment il faut le faire en fixant des règles d'application précises et en fléchant les crédits correspondants à la mise en œuvre de ces règles. Il fournit en règle générale les ressources physiques nécessaires à cette mise en œuvre. Ce modèle bureaucratique classique est difficilement applicable en matière d'évaluation de l'état d'invalidité qui n'obéit pas à des règles objectives mais renvoie à la décision de professionnels.

4.2.2.2. La standardisation.

- [85] C'est le modèle principal applicable au pilotage de professionnels.

La standardisation par les processus et les systèmes d'information

- [86] Il s'agit ici pour le siège de décrire de quelle façon telle activité de production doit être réalisée par l'unité, cette description étant souvent structurée autour d'une technologie ou d'un système d'information. Ce type de standardisation fait ensuite l'objet d'un contrôle interne puis d'un audit interne. L'analyse du coût des processus (et des produits qui en résultent) est décrite dans une comptabilité analytique.
- [87] Cette forme de standardisation fournit un premier cadre utile à l'évaluation de l'état d'invalidité ; elle ne standardise pas la décision individuelle du professionnel ou de l'expert, elle standardise sa façon de la traiter. Tous les outils précédemment évoqués (constituer des éléments de preuve, procéder à l'interview d'un demandeur, rédiger un rapport d'évaluation etc.) peuvent faire l'objet d'une standardisation.

La standardisation par les qualifications et les pratiques professionnelles

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

[90] L'on soulignera aussi l'importance des secrétariats administratifs des professionnels de santé, leur qualité et leur permanence, dans le processus de standardisation.

[91] L'on ne développera pas ici les deux autres types de standardisation (par les résultats, par les valeurs) qui ne s'appliquent que marginalement aux organisations de professionnels.

4.2.2.3. L'animation par le siège du réseau des unités opérationnelles

[92] Cette animation peut prendre différentes formes : la consultation par le siège des unités avant la mise en œuvre des standardisations précédentes ; la fixation de priorités, la déconcentration/globalisation des moyens, le dialogue de gestion, le cas échéant formalisés dans un contrat d'objectifs et de moyens ; la bonne information réciproque entre le siège et les unités ; la mutualisation des bonnes pratiques et des innovations (l'on est là dans du beaucoup moins « dur » que la standardisation par les processus).

4.2.3. La décentralisation

[93] La gestion d'un programme national d'assurance invalidité peut être confiée à des collectivités décentralisées, fondamentalement collectivités territoriales. Dans ce mode d'organisation, il peut y avoir deux types de pilotage :

- Un pilotage de l'Etat par les résultats, dans les pays qui admettent que la collectivité nationale puisse fixer des objectifs de résultats aux collectivités territoriales avec les moyens financiers cohérents, laissant ensuite à cette collectivité le choix des moyens pour tenir ces objectifs. Mais l'on a vu qu'en matière d'évaluation de l'état d'invalidité, l'on ne peut atteindre une certaine homogénéité des décisions que par une standardisation de l'utilisation des moyens.
- Une animation de réseau comme on vient d'en décrire le caractère très limité par rapport à une standardisation de l'utilisation des moyens.

[94] Dans le modèle décentralisé, il n'y a donc pas de pilotage du processus d'évaluation de l'état d'invalidité ce qui pose un problème très important pour une collectivité nationale qui fixe les règles, finance les programmes et en escompte une certaine homogénéité sur le territoire.

5. LES RESULTATS DU PROCESSUS

- [95] Les résultats de l'ensemble de ces efforts d'opérationnalisation de l'évaluation de l'état d'invalidité restent décevants, même dans les pays qui ont beaucoup investi en la matière.
- [96] Certes, comme l'a rappelé toute la note, l'on est par nature dans une évaluation très individualisée et très complexe où l'appariement entre l'altération d'un état de santé et ses conséquences en matière d'employabilité reste empirique, quels que soient les concepts, les outils et les ressources déployés. Cet appariement n'est pas de plus le fait d'un évaluateur et d'un demandeur, puisque l'on a vu que le processus d'évaluation associe de fait neuf types d'acteurs : le demandeur, le médecin traitant, l'évaluateur (médical/emploi), l'organisme d'assurance invalidité, le superviseur, l'employeur, le médecin du travail, la justice, les associations de personnes invalides.
- [97] Cette réserve générale étant rappelée, les principales limites constatées sont les suivantes :
- 1) une faible compréhension du processus par le demandeur (*a fortiori* lorsqu'il doit avoir recours à plusieurs sources de revenus de remplacement donc à plusieurs processus) mais une faible contestation des décisions ;
 - 2) une chaîne de traitement en règle générale complexe, longue et coûteuse, *a fortiori* lorsque se multiplient les évaluateurs et les niveaux de contrôle ;
 - 3) une hétérogénéité des décisions, celles-ci étant dépendantes au final de chaque évaluateur qui développe ses propres routines, guidé par son éducation, son expérience, ses préférences, son attitude morale sur le sujet de combien de peine, de sacrifice et de souffrance il est raisonnable de demander à une personne invalide pour être partiellement indépendante ;
 - 4) l'absence de contrôle adéquat des évaluateurs compte tenu de leur mode de prise de décision et de la surcharge qui serait celle de l'organisation :
sur ces deux derniers points, il est difficile pour la société et les demandeurs d'admettre que le résultat final de l'évaluation ne soit pas seulement dépendant des conditions objectives mais dépende de la personne qui réalise l'évaluation. De l'autre, une telle subjectivité existe dans d'autres domaines de l'action publique où des décisions sont prises par des professionnels autonomes et déterminées par la situation elle-même, non par des règles ou connaissances.
 - 5) une médicalisation encore trop importante du processus d'évaluation de l'invalidité ;
 - 6) l'inexistence de méthode idéale pour évaluer l'état d'invalidité et la difficulté de toute prédiction sur les résultats des réformes compte tenu du manque de vue sur le processus de référence.

6. REFERENCES

Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles. OCDE, 2010. (et ses monographies nationales préparatrices).

Long-term disability arrangements. A comparative study of assessment and quality control. The Netherlands Organisation for Applied Scientific Research. De Boer, Brenninkmeijer and Zuidam. 2004.

Quality of evaluation of work disability. De Boer. 2010.

Définitions du handicap en Europe : analyse comparative. Etude préparée par l'Université Brunel. 2004.

L'évaluation des invalidités : étude du traitement des demandes de pensions d'invalidité et des recours dans six pays. Frank S, Bloch. Revue internationale de sécurité sociale. 1994.

World Report on Disability. Organisation mondiale de la santé. 2011.

Annexe II : L'évaluation de l'état d'invalidité en France : une mise en perspective historique

1. LES ASSURANCES SOCIALES : 1928-1945	27
1.1. 1928 : l'ambiguïté initiale	27
1.2. 1935 : le renouvellement de l'ambiguïté initiale	29
1.3. 1937 : la levée de l'ambiguïté.....	29
1.4. Bilan de la période des assurances sociales.....	31
2. LA SECURITE SOCIALE	32
2.1. La réaffirmation en 1945 du concept d'invalidité comme perte de gain	32
2.2. L'amélioration en 1945 du risque invalidité	33
2.3. Les évolutions depuis 1945.....	34
3. REFERENCES UTILISEES	35

1. LES ASSURANCES SOCIALES : 1928-1945

1.1. 1928 : l'ambiguïté initiale

[98] Lorsque la création du risque invalidité est débattue dans le cadre des assurances sociales pendant toute la décennie 1920, la France dispose de trois références :

- les régimes d'assurance invalidité existant à l'étranger depuis la première loi du 22 juin 1889 dans l'Allemagne bismarckienne ;
- le régime d'indemnisation des accidents du travail (loi du 10 avril 1898) ;
- le régime de réparation des infirmités de guerre (loi du 31 mars 1919).

[99] Les premiers indemnisent la perte de capacité de travail donc de gain liée à l'altération de la santé et à partir d'un certain seuil; la troisième répare les pertes physiologiques liées aux événements de guerre et compte tenu d'un barème très fin ; la deuxième passe de la première logique à la deuxième et se dotera à cette fin d'un barème en 1939 d'ailleurs dérivé du barème militaire.

[100] Il n'est pas inutile de rappeler l'évolution de l'indemnisation des accidents du travail :

- A l'origine, la loi du 9 avril 1898 prévoit la prise en charge de la perte de gain liée à l'accident du travail. Son article 3 prévoit à cet égard que la rente est égale à la moitié de la réduction que l'accident a fait subir au salaire perçu par la victime, pour l'incapacité partielle et permanente ; pour l'incapacité absolue et permanente, la rente est égale au 2/3 de son salaire annuel ; pour l'incapacité temporaire, l'IJ est égale à la moitié du salaire touché au moment de l'accident. De nouveau, l'article 11 dispose que tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit être déclaré dans les 48 heures. Les manuels du début du 20^{ème} siècle mentionnent d'ailleurs que les employeurs pouvaient remplir leurs obligations en maintenant le salaire.
- Mais alors même que le texte n'a pas changé, le régime n'indemnise rapidement plus la perte de capacité de gains mais la perte physique. Pourquoi cette évolution ? il y a dans les faits une grande difficulté pour le médecin et le juge d'apprécier la perte de capacité de gain et une grande facilité à assimiler proportion de perte d'incapacité physique et proportion de perte d'incapacité de travail, a fortiori pour une population ouvrière (objet de titre de la loi). Les acteurs de ce glissement estiment que si l'indemnisation retenue n'est peut-être pas celle d'une réduction de gain réelle, elle peut être celle d'une réduction de gain potentielle. Il y a eu par ailleurs une attraction des concepts du barème militaire, lui-même créé non pas à partir d'une théorie où la totalité du capital physiologique égalerait 100 et chaque déficience un taux mais où celle-ci est calculée comme moyenne des pertes de gains dans les différents métiers.

[101] Entre ces trois références, la loi du 5 avril 1928 fait un choix ambigu :

1/ Son texte choisit tout d'abord la première référence en cohérence avec la position bismarckienne où les assurances sociales ont pour objectif la paix sociale et couvrent en conséquence les éventualités qui peuvent limiter la capacité de production du travailleur et donc ses moyens d'existence et ceux de sa famille. Le texte de loi français en retenant le taux de perte de capacité de travail des deux tiers s'aligne d'ailleurs strictement sur le taux allemand.

L'article 10 de la loi du 5 avril 1928 dispose en ce sens :

« L'assuré qui, à l'expiration du délai de 6 mois prévu à l'article 4 (*limite du risque maladie*) ou en cas d'accident après consolidation de la blessure, reste encore atteint, suivant attestation médicale, d'une affection ou d'une infirmité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail a droit, d'abord à titre provisoire (*5 ans*) puis, s'il y a lieu, à titre définitif, à une pension d'invalidité ».

« La pension est supprimée si la capacité de travail devient supérieure à 50 % ».

Comme le disent les commentateurs, la loi est libérale sur l'origine de l'invalidité, mais rigoureuse sur l'importance que doit présenter la réduction de la capacité de travail : une perte des capacités des deux tiers permet une activité occasionnelle ou un travail non qualifié ; mais comme la différence de salaire entre ouvriers qualifiés et ouvriers non qualifiés est nettement inférieure aux deux tiers, cette condition impose en réalité un arrêt de travail total pour la population cible de la loi.

Celle-ci est aussi rigoureuse :

- Sur le champ d'application du régime : comme pour tous les autres risques, seuls les salariés « sous plafond » sont concernés ; les cadres, ingénieurs, agents de maîtrise sont exclus des assurances sociales
- Sur les conditions d'immatriculation nécessaire (2 ans) et d'heures de travail précédent le début de l'affection ou l'accident (420 jours), les cotisations devant par ailleurs avoir été versées par l'employeur
- Sur le montant de la pension d'invalidité : pour faire simple, elle est égale à 40 % du salaire de carrière pour 30 ans de cotisation, ce taux étant soit minoré (avec un minimum), soit majoré (avec un plafond à 50 %) en fonction des années de cotisations en moins ou en plus. L'idée est que la pension d'invalidité soit égale à la pension de retraite que les intéressés auraient eu s'ils avaient cotisé dans les mêmes conditions jusqu'à 60 ans. La caisse invalidité verse d'ailleurs une cotisation à la caisse retraite.

Le risque invalidité est géré par des caisses spécifiques, en capitalisation et la cotisation fixée d'après des tables tenant compte de la probabilité d'entrée en invalidité aux divers âges et de la mortalité des invalides.

Cette première définition de l'invalidité sera modifiée à la marge par la loi du 30 avril 1930 : l'assurance invalidité ne couvre pas les infirmités couvertes par une législation spéciale (AT, infirmités de guerre, infirmités congénitales prises en charge par l'assistance sociale) ; en 1934, les IJ peuvent être prolongées au-delà de 6 mois aux assurés susceptibles de guérison.

2/ Mais ce même article 10 de la loi du 5 avril 1928 se poursuit ainsi, outre le fait que la réduction de la capacité de travail doit être attestée médicalement comme on l'a vu :

« Jusqu'à l'établissement d'un nouveau barème, le degré d'invalidité est estimé provisoirement d'après le barème en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions, complété ou modifié, par arrêté du ministre du travail, après avis de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales... ».

Ce barème est institué par l'arrêté du 5 août 1933. Il s'agit dans les faits d'un texte très bref énumérant une liste d'affections graves dont l'atteinte entraîne ipso facto une invalidité supérieure aux deux tiers. Pour le reste et donc pour la plupart des cas, l'arrêté renvoie à l'utilisation du barème des pensions militaires.

3/ L'ambiguïté relevée pourrait être relativisée : il est possible de disposer d'un barème qui cote les affections physiologiques puis pour l'évaluateur de mesurer les conséquences de ces déficiences sur la capacité de travail. Un barème médical et c'est le sens de celui que porte l'arrêté du 5 août 1933 peut aussi servir à désigner des pathologies qui sont tellement graves qu'il n'est pas nécessaire ensuite de se poser la question d'une capacité de travail possible ; de fait figure dans cette liste la tuberculose pulmonaire qui représente 60 % des pensions d'invalidité liquidées à cette époque.

Si nous qualifions la loi du 5 avril 1928 d'ambiguë, c'est que la distinction entre les concepts indemnisation de perte de gains/réparation d'un préjudice physique n'est pas stabilisée et que le seul précédent social - le régime des accidents du travail - a justement évolué d'une conception à l'autre.

1.2. 1935 : le renouvellement de l'ambiguïté initiale

[102] Le décret-loi du 28 octobre 1935 reprend la même ambiguïté. D'un côté, l'invalidité est bien considérée par rapport à une capacité de travail restante, de l'autre elle s'appuie sur un barème médical désormais déconnecté de celui des pensions militaires.

[103] « Le degré d'invalidité est apprécié compte tenu de la capacité de travail restante et en faisant état des indications d'un barème établi par le ministre du travail après avis de la section permanente du conseil supérieur des assurances sociales. »

[104] Par rapport au texte initial, le décret-loi précise de plus que :

- « La pension d'invalidité est toujours concédée à titre temporaire...
- « Le service de la pension est suspendu en tout ou partie lorsque l'intéressé en cas de reprise du travail, jouit, sous forme de pension ou de salaire ou de gains cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide.
- « La pension d'invalidité prend fin à l'âge de 60 ans. Elle est remplacée, à partir de cet âge, par la pension de vieillesse à laquelle l'assuré a droit ». (A l'origine, la pension d'invalidité continuait d'être servie jusqu'au décès).

[105] Le décret-loi limite la gestion du risque en capitalisation à partir de la 5^{ème} année de service de la pension d'invalidité.

1.3. 1937 : la levée de l'ambiguïté

[106] Le 21 juillet 1937, Pierre Laroque, alors auditeur au Conseil d'Etat, présente au conseil supérieur des assurances sociales qui l'approuve un rapport donnant une définition précise de l'invalidité qui sera fondamentalement reprise en 1945. « Est invalide tout assuré qui par suite d'une infirmité ou d'une maladie et compte tenu de son âge, de sa formation et de sa profession antérieure, n'est plus en mesure de trouver dans la même région, un emploi lui assurant un salaire supérieur au tiers de la rémunération habituelle des personnes de même formation jouissant de leur pleine capacité physique ».

[107] Cette notion est commentée par circulaire du 27 novembre 1937 du ministre du travail (JO du 27 novembre 1937) dans les termes principaux suivants :

- « L'état d'incapacité ... ne doit donc pas être estimé eu égard seulement à leur incapacité physique, telle qu'elle peut résulter d'un barème et considéré objectivement indépendamment de la profession antérieure ou nouvelle des intéressés. Il doit être tenu compte également du salaire ou du gain dont bénéficient effectivement ou sont susceptibles

- de bénéficier les invalides...soit dans leur profession antérieure, soit dans une autre profession...
- « On est amené à cet effet à faire entrer en ligne de compte divers éléments : l'âge de l'assuré, sa formation, sa profession antérieure, ses possibilités de reclassement dans la même région...
 - « Jusqu'ici, les organismes d'assurances sociales ne paraissent pas de façon générale, s'être pénétrés de cette récente conception pour apprécier le degré d'invalidité...
 - « A) le degré d'incapacité physique, s'il n'est pas le seul argument à prendre en considération, constitue néanmoins une indication importante pour la détermination du pourcentage d'incapacité du travail. Il y a lieu de continuer de se référer, pour en tirer toute indication utile, au barème prévu par l'arrêté du 30 août 1933 jusqu'à ce que soit intervenu le barème visé à l'article 10 du décret loi du 28 octobre 1935...
 - « Le taux d'incapacité physique une fois fixé, il y a lieu de procéder à un enquête en vue de rechercher si l'assuré a continué ou repris le travail et de déterminer le salaire ou gain dont il jouit en réalité...On ne saurait obliger l'assuré à quitter la région où il travaillait habituellement et on doit donc examiner sa situation dans le cadre de cette région de façon à ne pas modifier profondément ses conditions d'existence.
 - « Cependant, si la rareté des emplois que pourrait exercer l'invalidé résulte d'une crise du chômage, il est évident que cette situation étant indépendante de l'état de l'assuré, ne saurait motiver l'attribution d'une pension d'invalidité...
 - « Mais qu'il s'agisse de déterminer le salaire éventuel de l'assuré ou le salaire habituel des personnes de même formation, jouissant de leur pleine capacité physique et travaillant dans la même région, il va de soi que les organismes concourant à l'appréciation du taux de l'invalidité...ne sauraient se livrer à cet égard à des recherches dépassant le cadre des informations courantes. Il ne s'agit pas pour lesdits organismes de procéder à des enquêtes approfondies dans chaque cas particulier, mais d'obtenir auprès des représentants de la profession ou de professions voisines des renseignements d'ordre général sur les possibilités d'embauche de l'assuré invalide et sur les salaires pratiqués.
 - « Quel que soit le taux d'incapacité physique ressortant de l'application du barème, ce taux ne saurait prévaloir contre les données de fait, lorsque l'assuré continue de travailler ou a repris un travail...
 - « Un arrêté en date du 27 novembre 1937 dispose que la commission (régionale d'invalidité) comprendra, outre les médecins qui la composent actuellement, l'inspecteur divisionnaire du travail ou son représentant ».

[108] A la suite du rapport de P. Laroque, une option considérable est donc confirmée : les assurances sociales sont une garantie économique, l'invalidité s'apprécie comme une incapacité permanente de gain. Elles sont distinctes de la réparation des accidents de travail (qui se dotent d'un barème en 1939) ou des infirmités de guerre qui réparent un dommage et dont le taux d'incapacité et l'indemnisation dépendent de la seule perte de l'intégrité corporelle.

[109] Un commentateur (Baillargé, revue le Médecin conseil) écrit en ce sens en 1937 : « la loi sur les assurances sociales a eu pour but par l'assurance invalidité, de suppléer le manque de salaire du fait de la maladie ou de l'accident, tandis que la loi sur les pensions militaires ainsi que celle régissant les accidents de travail si elle a pour effet de compenser l'incapacité physique qui en résulte, tend aussi à indemniser un individu d'un dommage subi par fait de guerre ou par accident de travail ».

[110] La circulaire du 27 novembre 1937 n'exclut pas la possibilité d'un barème médical pour opérationnaliser la première étape d'évaluation de l'état d'invalidité ; dans les faits la construction d'un tel barème n'interviendra pas compte tenu de l'option fondamentale prise à cette époque d'une invalidité comme perte de gains.

1.4. Bilan de la période des assurances sociales

- [111] Le cadre conceptuel de l'invalidité posé dès 1928 est désormais bien compris.
- [112] L'assurance invalidité reste néanmoins comme les autres assurances sociales « un modèle réduit » de petites cotisations et de petites prestations : son champ d'application est limité à la population ouvrière, la durée de stage (2 ans) est longue et les droits ne sont ouverts que si les cotisations sont payées ; le montant de pivot 40 % est faible et la loi du 26 août 1942 le ramène à 30 % ; les pensions sont dérisoires, compte tenu de la faible durée de cotisation préalable et de leur non revalorisation dans un système géré en capitalisation et dont les avoirs ont fondu sous l'effet de l'érosion monétaire ; les liquidations sont longues compte tenu de la distinction caisse maladie et caisse invalidité.
- [113] Ces limites sont d'autant plus fortes que les invalides sont des hommes plutôt jeunes (60 % des pensions d'invalidité sont liquidées pour tuberculose pulmonaire) et que la pension d'invalidité succède très vite à l'assurance maladie.
- [114] Il va revenir à la Sécurité sociale, non de changer le concept d'invalidité, mais de passer son indemnisation d'un modèle réduit à un modèle plein.

2. LA SECURITE SOCIALE

2.1. La réaffirmation en 1945 du concept d'invalidité comme perte de gain

- [115] L'ordonnance du 19 octobre 1945 dispose :
- [116] « L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant au moins des deux tiers sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer dans une profession quelconque un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie dans la profession qu'il exerçait avant la constatation médicale de la maladie, de l'accident ou de l'état d'invalidité.
- [117] « L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante et de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle :
- soit après consolidation de la blessure en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents du travail ;
 - soit à l'expiration du sixième mois de soins, en cas de maladie n'ayant pas donné lieu à l'attribution des prestations ;
 - soit à l'expiration du délai de trois ans prévus (*par les règles relatives à l'assurance longue maladie*) ou à la date à laquelle la caisse primaire cesse d'accorder les prestations (*de l'assurance longue maladie*) ;
 - soit après stabilisation de son état intervenu avant l'expiration de l'un des délais susvisés ;
 - soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme ».
- [118] « La pension est toujours concédée à titre temporaire ».
- [119] « En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :
- invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
 - invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
 - invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ».
- [120] « La pension est supprimée ou suspendue si la capacité de gain devient supérieure à 50 % ».
- [121] « La pension d'invalidité prend fin à l'âge de 60 ans. Elle est remplacée, à partir de cet âge, par la pension de vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail... ».
- [122] L'ordonnance reprend donc les concepts fondamentaux des assurances sociales et injecte au niveau législatif un certain nombre de règles qui figuraient précédemment au niveau de la circulaire du 27 novembre 1937.
- [123] L'ordonnance étend par ailleurs la notion d'invalidité sur trois points très importants : l'entrée directe en invalidité pour usure prématurée de l'organisme (apparaît ainsi dans le régime général l'aspect vieillesse anticipée de l'assurance invalidité), la possibilité d'une invalidité partielle, la majoration pour tierce personne.

- [124] La circulaire 142 SS du 29 juillet 1946 reprend et développe la circulaire du 27 novembre 1937 :
- « Il convient de noter que cet article ne fait que préciser la notion d'invalidité telle qu'elle avait été dégagée par les travaux du Conseil supérieur des assurances sociales et par l'interprétation de l'administration.
 - « L'incapacité susceptible d'ouvrir droit à pension est non l'incapacité physique proprement dite, ni l'incapacité par rapport à une profession donnée », mais une invalidité sui generis « l'incapacité générale de gain » qui est déterminée par les différents facteurs susceptibles de conditionner le reclassement de l'individu dans le monde du travail, c'est-à-dire non seulement par la nature ou la gravité des affections ou infirmités constatées, mais aussi par l'âge du sujet, ses aptitudes physiques ou mentales, sa formation professionnelle et les activités exercées antérieurement par lui.
 - « Cette incapacité générale de gain devant être appréciée par rapport à l'ensemble du marché du travail et présentant généralement un caractère de continuité, l'état permanent du marché du travail devra être envisagé en relation avec les autres éléments d'appréciation ci-dessus rappelés, abstraction faite des modifications temporaires liées par exemple à une crise du chômage ».
 - « Par ailleurs, le reclassement de l'intéressé devant être sauf indications contraires d'ordre médical, recherché dans la région où il a fixé sa résidence, c'est dans le cadre de cette région que l'état permanent du marché du travail devra être pris en considération ».
 - « En vue de tenir compte, dans l'évaluation de l'invalidité, des divers éléments ci-dessus, la Caisse devra faire procéder, non seulement à un examen médical du requérant, mais aussi à une enquête d'ordre professionnel et social. En outre l'assuré sera invité à fournir, lors de l'établissement de sa demande de pension d'invalidité certains renseignements sur sa formation et son activité antérieure ».

[125] En matière de barème, le silence de la circulaire est éloquent : en ordonnant un jugement très individualisé et très interfacé avec l'emploi, les pères fondateurs de la Sécurité sociale excluent tout barème strictement médical, comme l'un d'entre eux – Francis Netter, l'adjoint de Pierre Laroque – le rappelle dans son ouvrage consacré en 1959 aux principes de la sécurité sociale. L'usage de barèmes en invalidité « a l'inconvénient d'entraîner l'expert à négliger l'évaluation des possibilités de réintégration des intéressés dans l'économie ».

[126] Ce jugement est par ailleurs désormais le seul fait d'un seul médecin conseil de la caisse, éclairé par un enquête succincte d'ordre professionnel et sociale ; il n'y a plus à partir de 1945 de commission mixte médecins-directeur du travail.

2.2. L'amélioration en 1945 du risque invalidité

- [127] Trois innovations capitales influencent le risque invalidité en 1945 :
- la généralisation de la sécurité sociale à toute la population salariée ; avec la suppression du plafond d'affiliation, 15 millions de salariés sont couverts contre 10 millions précédemment ;
 - le fort relèvement des cotisations sociales, de 8 à 12 % ;
 - la création d'un risque longue maladie de 6 mois à 3 ans.

- [128] L'assurance invalidité est dès lors déchargée de beaucoup de ses effectifs (et la fréquence de la tuberculose va très rapidement décroître à compter des années 50 avec la thérapeutique anti-tuberculose moderne); l'assurance peut alors améliorer ses prestations: les durées d'immatriculation et de travail préalables sont diminuées de moitié, les droits sont ouverts compte tenu de cette durée et non plus compte tenu du versement effectif des cotisations par l'employeur dont le recouvrement jusque là effectué par l'Etat est transféré à des organismes spécialisés, les URSSAF; le taux des pensions pour invalidité totale est remis au niveau initial de 40 % (le taux de 30 % fixé en 1942 étant réservé aux invalides de 1ère catégorie), ce taux n'étant plus un taux pivot autour duquel les pensions varient en fonction de la durée d'assurance mais un taux fixe; c'est enfin le salaire des dix meilleurs années qui constitue l'assiette de la pension et non plus le salaire de carrière, mais toujours salaire sous plafond.
- [129] L'assurance invalidité est désormais gérée en répartition par les Caisses régionales de sécurité sociale (comme l'assurance vieillesse) et non par les CPAM.
- [130] 1945 voit parallèlement la création de la médecine du travail, des comités d'hygiène et de sécurité et la construction de toute la politique de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, risque désormais intégré à la Sécurité sociale et géré par celle-ci.

2.3. Les évolutions depuis 1945

- [131] Le décret du 20 mai 1955 supprime le régime longue maladie et intègre ses règles dans un seul régime maladie: les IJ peuvent être servies pendant 3 ans prolongeables d'un an en cas de reprise de travail, soit si le travail effectué est reconnu comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, soit si l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation fonctionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.
- [132] Les règles de passage maladie vers invalidité sont en conséquence revues.
- [133] Le décret du 12 septembre 1960 transfère la gestion du risque invalidité aux CPAM, sauf en Ile-de-France et en Alsace, les arrérages étant toujours payés pour le compte des caisses chargées du service des pensions d'assurance vieillesse. C'est en 1984 que les CPAM assureront l'entière responsabilité de l'assurance invalidité.
- [134] Le décret du 28 mars 1961 porte à 50 % le taux des pensions de 2^{ème} et 3^{ème} catégorie.
- [135] Le régime de l'assurance invalidité a alors achevé sa construction et ce sont les dispositions dont l'évolution a été retracée qui prévalent depuis 50 ans désormais.

3. REFERENCES UTILISEES

Textes législatifs et réglementaires cités :

H. Solus. Qu'est ce que les assurances sociales : guide pratique et annoté de la loi du 5 avril 1928. 1929.

P. Tisserand. Le système français des assurances sociales. 1929.

L. Sirvin. Guide théorique et pratique des assurances sociales. 1935.

JE Tardas. Le risque invalidité dans la législation des assurances sociales. 1938.

H. Le Goupil. L'assurance invalidité en matière d'assurances sociales. 1939.

D. Daniel. La législation des assurances sociales. Le risque invalidité. 1939.

F. Netter. La sécurité sociale et ses principes. 1959.

L.Mélenec. L'indemnisation du handicap. 1997.

M. Dreyfus, M. Ruffat, V. Viet, D. Voldman. Se protéger, être protégé. Histoire des assurances sociales. 2006.

Annexe III : L'hétérogénéité des décisions d'octroi des pensions d'invalidité dans le régime général entre 2008 et 2011

1. ORIGINE ET CONTEXTE DE L'ETUDE.....	39
2. OBJECTIFS.....	41
3. MATERIEL ET METHODE	42
4. RESULTATS EN FLUX ET EN STOCK	43
4.1. <i>Les flux de décisions rapportées à la population des assurés du régime général de 20 à 59 ans</i>	43
4.2. <i>Les stocks de pensions d'invalidité servies rapportées à la population des assurés du régime général de 20 à 59 ans.....</i>	53
5. SYNTHÈSE ET DISCUSSION	56
6. TABLEAUX JOINTS	58

1. ORIGINE ET CONTEXTE DE L'ETUDE

- [136] L'article 80 de la loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit dans son chapitre relatif aux mesures de compensation de la pénibilité que « *le Gouvernement dépose au Parlement avant le 1^{er} janvier 2012 un rapport visant à étudier un barème d'attribution des pensions d'invalidité cohérent avec le barème d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés et à mieux encadrer la définition de l'inaptitude ; ce rapport propose des indications pertinentes de pratique pour les échelons locaux du service médical de l'assurance maladie en vue d'une réduction de l'hétérogénéité des décisions* ».
- [137] L'IGAS a été chargée en décembre 2011 de préparer les éléments de ce rapport.
- [138] La décision d'attribution d'une pension d'invalidité relève principalement d'une évaluation médicale, conduite par les médecins conseils auprès des organismes d'assurance maladie. La décision intervient en règle générale dans un contexte d'arrêt de travail de longue durée² qui a été suivi par le médecin conseil. La demande est alors instruite à la demande de la caisse, en pratique, des ELSM. Souvent les travailleurs sociaux de l'organisme d'assurance maladie sont intervenus dans cette phase, en lien avec les médecins conseils, en vue de prévenir autant que faire se peut la désinsertion professionnelle. Lorsque cette prévention échoue ou qu'elle n'a pas été tentée compte tenu de la gravité et de la stabilité prévisible du handicap initial, la décision de passage en invalidité revient vers le médecin conseil.
- [139] Dans un nombre plus limité de cas, la demande provient directement de l'assuré auquel cas celui-ci n'est pas obligatoirement connu des médecins conseils, à tout le moins, au titre d'une période récente d'arrêt de travail. L'évaluation du médecin conseil est dans ce cas principalement nourrie des informations fournies par l'intéressé et son médecin traitant.
- [140] Il n'existe pas ou de façon marginale de travailleur social ou spécialiste de l'emploi associé à cette phase de production de l'avis d'invalidité dont les médecins conseil portent la part principale. Il n'existe par ailleurs aucun référentiel médical ni relatif à l'emploi permettant de standardiser la mesure. C'est l'objet de l'article de loi, à l'origine de la mission IGAS.
- [141] La pension est concédée à titre temporaire. Elle peut être révisée en fonction de l'amélioration ou de l'aggravation de l'état de santé et peut déboucher sur une suppression de la pension d'invalidité si la capacité de travail ou de gain est redevenue supérieure à 50 % et non plus à 1/3 comme lors de l'examen initial.
- [142] La commande du Parlement au gouvernement repose pour beaucoup sur un constat de la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) de septembre 2010 qui consacre son chapitre 15 à l'invalidité et l'inaptitude dans le régime général. Il constate que « *le taux d'avis défavorables varie fortement d'une région à l'autre. S'établissant en moyenne à 19 %, il varie en France métropolitaine de 13 % pour la DRSM de Bretagne à plus de 30 % en Alsace-Moselle et dans la région Nord-est et les écarts entre ELSM peuvent être encore plus élevés (54 % d'avis défavorables à Epinal contre 9 % à Rennes)* ».

² 19 mois en moyenne mais pouvant aller jusqu'à 36 mois

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

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

Source : Données Hippocrate, calculs Cour des comptes

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

[144] Par ailleurs, après avoir indiqué qu'elle ne dispose pas de référentiel en la matière, la CNAMTS fait aujourd'hui valoir que diverses mesures ont été prises ces dernières années en matière de réduction des hétérogénéités régionales :

- depuis 2005, mise en place de procédures concernant l'invalidité et l'inaptitude dans le cadre d'un système de management de la qualité avec audit de procédures et tenues régulières de revues de dossier visant à harmoniser les avis ;
- depuis 2010, plan de contrôle interne du service médical sur les revenus de substitution dont les pensions d'invalidité et d'inaptitude avec référentiels de maîtrise des risques ;
- dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) amorcé depuis 2004 et renforcé en 2009 et 2011 avec la mise en place de cellules départementales de coordination travaillant en amont de l'invalidité, sur tout le processus indemnités journalières de longue durée et dont le premier objectif vise à réduire l'hétérogénéité des pratiques en la matière.

[145] Au total, deux constats peuvent être dégagés des éléments qui précèdent :

1. l'indicateur utilisé pour mesurer l'hétérogénéité des avis en 2008 n'apparaît pas complètement satisfaisant ;
2. les données sont aujourd'hui anciennes ;
3. plusieurs programmes visant directement à réduire l'hétérogénéité des avis ou pouvant y contribuer ont été implantés depuis 2008.

2. OBJECTIFS

[146] La présente étude vise deux objectifs principaux :

- Il s'agit tout d'abord de produire une mesure de l'hétérogénéité des avis donnés dans les ELSM à partir d'un indicateur plus adapté. On se centrera sur les premières demandes d'avis. Les taux de refus en cas d'avis instruits sur initiative de la caisse sont très faibles car se situant dans le prolongement d'un processus de suivi d'arrêt de travail long. La mesure devrait distinguer les refus et leurs causes observés dans le cadre des avis produits à la demande des assurés. Les écarts observés entre départements seront-ils de même ampleur s'agissant des avis sur initiative de la caisse et ceux sur initiative de l'assuré ?
- Il s'agit ensuite d'actualiser cette mesure et comparer l'évolution de cette hétérogénéité entre départements entre 2008 et 2011. Peut-on mesurer un éventuel impact des différents programmes mis en place ces dernières années sur ce sujet, sur les flux traités et sur les stocks ?

3. MATERIEL ET METHODE

- [147] Le traitement des données d'activité des médecins conseil repose sur le SI HIPPOCRATE. Il permet un traitement automatisé de données nominatives et la gestion informatisée d'une partie des tâches des ELSM dont la gestion des pensions d'invalidité.
- [148] Une requête en vue de construire un fichier d'analyse a été établie sur les critères suivants :
- **l'ensemble des dossiers de pensions d'invalidité traités entre 2008 et 2011 par les ELSM**, quel que soit le facteur d'entrée de cet examen : demande assuré ou initiative de la caisse à l'exception des demandes des conjoints survivants. Les données ont été regroupées par département si plusieurs ELSM intervenaient sur un même département ;
 - les **primodemandeurs** seuls sont retenus ; l'exclusion des décisions de renouvellement ou de révision permet de réduire « le bruit » et de se centrer sur un espace d'analyse plus homogène ;
 - **les seuls avis sur attribution de pension d'invalidité, donnés par les médecins conseils** : avis favorable (AF) ou avis défavorable médical (ADM) ; les avis défavorables administratifs (ADA) et les avis techniques impossibles (ATI) n'ont pas été retenus.
- [149] Les variables d'extraction : origine de la demande d'avis³/ décision d'attribution de pension d'invalidité avis favorable (AF) /avis défavorable (ADM)/ Nature de décision⁴/ Si AF Catégorie d'invalidité 1/ Catégorie 2 /ou Catégorie 3 (MTP) /pour ADM et AF : existence d'une pension au titre AT/MP.
- [150] Le fichier anonymisé a été constitué par requête sur le Décisionnel HIPPOCRATE et traité par la DDO/CNAMTS.
- [151] Le traitement des données a été fait sous EXCEL™ par l'IGAS.

³ Valeurs : Initiative Caisse ; initiative assuré (hors conjoint survivant)/[la valeur : conjoint survivant est en principe exclue de la requête].

⁴ AF : stabilisation/ Forclusion/ usure prématurée/ Réduction de capacité de gain $\geq 2/3$; ADM : Affection antérieure/ réduction de capacité de gain $< 2/3$ / Pas d'autre affection/ Etat non stabilisé.

4. RESULTATS EN FLUX ET EN STOCK

4.1. Les flux de décisions rapportées à la population des assurés du régime général de 20 à 59 ans

4.1.1. Principaux résultats généraux sur les flux nationaux de primodécisions

4.1.1.1. Evolution du nombre de demandes d'avis médicaux et de la part relative des demandes provenant de l'assuré

[152] La population des personnes protégées par le régime est globalement stable sur cette période, alors que les demandes d'avis croissent de 27 % sur la période 2008 – 2011 et le taux de croissance annuel moyen (TCAM) est de 8,3 %.

Tableau 3 : Evolution du nombre de demandes d'avis de pensions d'invalidité entre 2008 et 2011 rapportés à la population des personnes protégées du régime général en France (DOM inclus) pour les primodécisions

Nombre de demandes d'avis pour 100 000 personnes protégées	2008	2009	2010	2011	Evolution 2008-2011	TCAM
toutes origines de demande d'avis	297	305	352	377	27,0 %	8,3 %
A la demande de l'assuré	112	116	131	162	45,1 %	13,2 %
Proportion de l'origine de l'avis à la demande de l'assuré sur ensemble des demandes	38 %	38 %	37 %	43 %	14,3 %	4,4 %
Population protégée de 20 à 59 ans	27 040 937	27 213 731	27 161 778	27 107 477	0,2 %	0,1 %

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

[153] Le vieillissement de la population protégée est un facteur d'augmentation du nombre de demandes de pensions d'invalidité, mais ce phénomène est trop lent sur cette courte période pour expliquer les croissances constatées.

[154] Une explication vraisemblable est l'impact du raccourcissement de la période de longue maladie sous indemnités journalières. Ce mouvement s'inscrit dans la politique volontariste de gestion des IJ avec stabilisation plus précoce. Il se poursuit mais semble en voie de décélération en 2011.

[155] Les avis médicaux rendus à la demande des assurés représentent en 2011 43 % des demandes d'avis contre 38 % en 2008. La croissance sur la période de cette catégorie de demande est de 45 % et le TCAM de 13,2 %. Ces demandes d'avis provenant des assurés progressent plus que celles à l'initiative des CPAM.

4.1.1.2. Evolution des accords et refus médicaux

Tableau 4 : Evolution annuelle des Accords et Refus médicaux de pensions d'invalidité en primodécision rendus de 2008 à 2011 pour 100 000 personnes protégées de 20 à 59 ans

Années	Avis médicaux favorables	Refus médicaux	TOTAL	Taux de refus médicaux	Nombre d'avis médicaux favorables pour 100 000 pp	Nombre de refus médicaux pour 100 000 pp	Nombre d'avis médicaux totaux pour 100 000 pp
2008	66 334	13 923	80 257	17,35 %	245	51	297
2009	6 428	14 516	82 944	17,50 %	251	53	305
2010	79 243	16 322	95 565	17,08 %	292	60	352
2011	80 456	21 773	102 229	21,30 %	297	80	377
Evolution 2008-2011	21 %	56 %	27 %	23 %	21 %	56 %	27 %
TCAM	6,6 %	16,1 %	8,4 %	7,1 %	6,6 %	16,0 %	8,3 %

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate. 2008- 2011.

[156] Nous avons vu que le nombre d'avis total médicaux rendus pour 100 000 personnes protégées a crû de 27 % sur les dernières années (TCAM de 8,3 %).

[157] Le nombre de refus pour 100 000 personnes protégées a crû plus rapidement que le nombre d'accords, respectivement de 56 % sur la période (TCAM 16,1 %) et 21 % (TCAM 6,6 %).

4.1.1.3. Evolution par catégorie d'invalidité des avis favorables et selon l'origine de la demande

EVOLUTION PAR CATEGORIE 2008-2011 TOUTES ORIGINES DE DEMANDE CONFONDUES

[158] La croissance des avis favorables est particulièrement marquée pour la première catégorie d'invalidité qui a crû de 39 % sur la période 2008-2011 (TCAM 11,7 %) ; à l'inverse l'attribution de pension d'invalidité en catégorie 3, la plus forte classe d'invalidité car requérant l'appui d'une tierce personne, décroît sensiblement de -6 % sur la période (TCAM -1,9 %).

Tableau 5 : Répartition du nombre annuel et des taux nationaux de pension d'invalidité en primodécision rendues de 2008 à 2011 par catégorie d'invalidités 1, 2 & 3

Avis favorables	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	total
2008	18 682	46 853	799	66 334
2009	19 674	47 997	757	68 428
2010	23 614	54 809	820	79 243
2011	26 057	53 644	755	80 456
Evolution 2008/2011	39 %	14 %	-6 %	21 %
TCAM	11,7 %	4,6 %	-1,9 %	6,6 %

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate. 2008- 2011, traitement IGAS

EVOLUTION PAR CATEGORIE 2008-2011 POUR LES AVIS
FAVORABLES RENDUS A L'INITIATIVE DE LA CAISSE

- [159] Les décisions rendues sur initiative de la CPAM s'inscrivent principalement dans la continuité du suivi des arrêts de longue durée donnant lieu à versement d'indemnités journalières.
- [160] Le taux de croissance des catégories d'invalidité établies à l'initiative de la CPAM est superposable à celui des avis rendus toutes origines confondues. Rien d'étonnant à cela : ces avis favorables représentent les 2/3 des avis rendus et pèsent donc particulièrement dans le résultat global.

Tableau 6 : Répartition du nombre annuel d'avis et des taux nationaux de pension d'invalidité en primodécision rendus à l'initiative de la CPAM de 2008 à 2011 par catégorie d'invalidité 1, 2 & 3

Avis favorables	initiative caisse			total
	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	
2008	12 493	36 346	482	49 321
2009	13 067	37 339	456	50 862
2010	16 002	42 916	504	59 422
2011	16 879	40 209	454	57 542
Evolution 2008/2011	35 %	11 %	-6 %	17 %
TCAM	10,6 %	3,4 %	-2,0 %	5,3 %

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate. 2008- 2011, traitement IGAS

EVOLUTION PAR CATEGORIE 2008-2011 POUR LES AVIS
FAVORABLES RENDUS A LA DEMANDE DE L'ASSURE

- [161] S'agissant des avis rendus à l'initiative de l'assuré, les résultats sont plus contrastés. Si l'évolution des pensions d'invalidité de catégorie 3 est également en décroissance (-5 % sur la période), les catégories 2 (+28 %) et surtout 1 (+48 %) progressent de façon beaucoup plus dynamique que dans le cas précédent des avis rendus à l'initiative de la CPAM.

Tableau 7 : Répartition du nombre annuel d'avis et des taux nationaux de pension d'invalidité en primodécision rendus à la demande de l'assuré de 2008 à 2011 par catégorie d'invalidité 1, 2 & 3

Avis favorables	demande de l'assuré(e)			total
	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	
2008	6 189	10 507	317	17 013
2009	6 607	10 658	301	17 566
2010	7 612	11 893	316	19 821
2011	9 178	13 435	301	22 914
Evolution 2008/2011	48 %	28 %	-5 %	35 %
TCAM	14,0 %	8,5 %	-1,7 %	10,4 %

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate. 2008- 2011, traitement IGAS

4.1.2. Flux départementaux de demandes et de refus d'admission pour les avis pris à l'initiative de l'assuré

- [162] Les calculs de la Cour des Comptes sur les données 2008 font état de variations géographiques importantes des taux de refus allant d'un facteur 1 (en Guyane) à 10 (en Alsace-Moselle).
- [163] Dans le tableau 1 rapporté ci-dessus, la Cour mentionne également les taux d'avis rendus, toutes origines confondues ; il apparaît que ce premier indicateur présente également d'importantes variations géographiques puisque les écarts entre le nombre d'avis rendus par région rapporté au nombre de personnes protégées de 20 à 59 ans s'échelonnent d'un facteur 1 (la Guyane) à 10 (le Languedoc-Roussillon). L'écart est équivalent à celui des taux de refus.
- [164] On s'intéressera tout d'abord à ces disparités de taux de demandes avant d'analyser les taux de refus.
- [165] On sait que le taux d'accord pour les avis pris sur initiative de la CPAM sont très élevés et homogènes (cf. contexte). On ne retiendra dans les résultats ci-dessous que les seuls avis pris à l'initiative de l'assuré, toujours pour une primodécision. Il s'agit toujours d'une comparaison des flux de décisions pris chaque année.

4.1.2.1. Evolution des écarts départementaux des demandes d'avis médicaux pour une pension d'invalidité entre 2008 et 2011 rendus par les ELSM sur demande de l'assuré

- [166] On a vu que les taux de demandes d'avis rapportés à la population protégés croissent. Ces taux divergent par département. Le tableau suivant témoigne des écarts existants une année donnée et de leur accroissement sur la période 2008 – 2011.
- [167] L'importance des écarts de demande d'avis entre départements est le premier élément marquant : il varie d'un facteur 1 à 31 en 2008 et de 1 à 27 en 2011.

Tableau 8 : Indicateurs de dispersion des taux moyens départementaux⁵ de demandes d'avis à l'initiative de l'assuré de pensions d'invalidité entre 2008 et 2011 pour la population des personnes protégées du régime général en France (DOM inclus)

Nombre de demandes d'avis pour 100 000 personnes protégées	2008	2009	2010	2011
Moyenne	122	126	143	177
écart-type	50	50	58	71
coefficient de variation	0,41	0,39	0,41	0,40
Min	8	13	11	14
quartile n°1	83	92	104	119
médiane	121	123	138	175
quartile n°3	161	159	179	219
Max	255	266	358	362
rapport max/min	31	21	33	27
Rapport quartiles 3 et 1	1,9	1,7	1,7	1,8
Rapport Décile 9/Décile 1	2,9	3,2	2,6	2,6

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

⁵ Les indicateurs concernent des dispersions entre départements (les moyennes, médianes et quartiles sont relatives aux taux moyens départementaux)

[168] En 2011, il y a eu 362 demandes d'avis à l'initiative de l'assuré pour 100 000 personnes protégées en Lozère, 14 en Guyane⁶. La dynamique des prestations en espèces est particulièrement basse en Guyane, mais également en Guadeloupe et Martinique. Le taux de demande le plus bas en métropole est en 2001 dans les Hauts de Seine (50 demandes pour 100 000). L'ordre de grandeur des écarts maximaux observés entre régions est de 1 à 25 sur ces données affinées sur les primodemandeurs contre 1 à 10 sur les données traitées par la Cour des comptes en 2008 sur l'ensemble des demandes.

[169] La dispersion des taux de demande est globalement stable entre 2008 et 2011 : l'hétérogénéité évolue peu entre les départements sur cette période. Les taux des départements les plus bas en 2008, restent bas en 2011. L'inverse est également vrai. Dans les deux cas Lozère pour les taux les plus hauts, Guyane et Hauts de Seine pour les taux les plus hauts respectivement de France et de métropole ont conservé leurs positions respectives ces quatre dernières années.

[170] Ce phénomène s'observe également à l'échelle des régions où l'on note un accroissement global des écarts et une fluctuation des rangs de classement de certaines régions selon les années.

Tableau 9 : Rang de classement et taux moyens de demande d'avis à la demande des intéressés de 2008 à 2011 par régions en France dans la population protégée du régime général

	Moyenne régionale des taux de demande d'avis				Rangs			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Guyane	8	13	11	14	1	1	1	1
Martinique	22	22	31	28	2	3	3	2
Guadeloupe	28	20	27	31	3	2	2	3
Réunion	60	53	58	56	4	4	4	4
Ile de France	65	67	79	91	5	5	5	5
Haute Normandie	76	82	105	131	6	7	7	7
Centre	79	75	84	111	7	6	6	6
Poitou Charentes	98	96	106	143	8	8	8	8
Picardie	98	106	113	145	9	9	9	9
Pays de la Loire	99	108	131	156	10	10	11	10
Bretagne	111	139	161	204	11	16	19	17
PACA	113	125	145	167	12	12	12	12
Rhône Alpes	120	124	131	162	13	11	10	11
Basse Normandie	125	132	153	194	14	14	16	16
Nord Pas de Calais	131	132	151	186	15	15	15	15
Limousin	132	160	158	214	16	21	18	20
Aquitaine	132	128	146	185	17	13	13	14
Lorraine	139	148	157	204	18	19	17	18
Franche Comté	149	156	203	239	19	20	24	24
Bourgogne	155	170	186	225	20	22	22	22
Midi Pyrénées	161	147	174	235	21	17	20	23
Champagne Ardennes	165	176	179	206	22	25	21	19
Corse	165	147	147	169	23	18	14	13
Auvergne	173	172	214	256	24	23	25	25
Languedoc Roussillon	177	174	197	221	25	24	23	21
Alsace	203	220	217	308	26	26	26	26
moyennes régionales FRANCE	123	128	144	178				

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

⁶ Les données détaillées par département figurent en pièce jointe

Tableau 10 : Indicateurs de dispersion des **taux moyens régionaux** de demandes d'avis à l'initiative de l'assuré de pensions d'invalidité entre 2008 et 2011 pour la population des personnes protégées du régime général en France (DOM inclus)

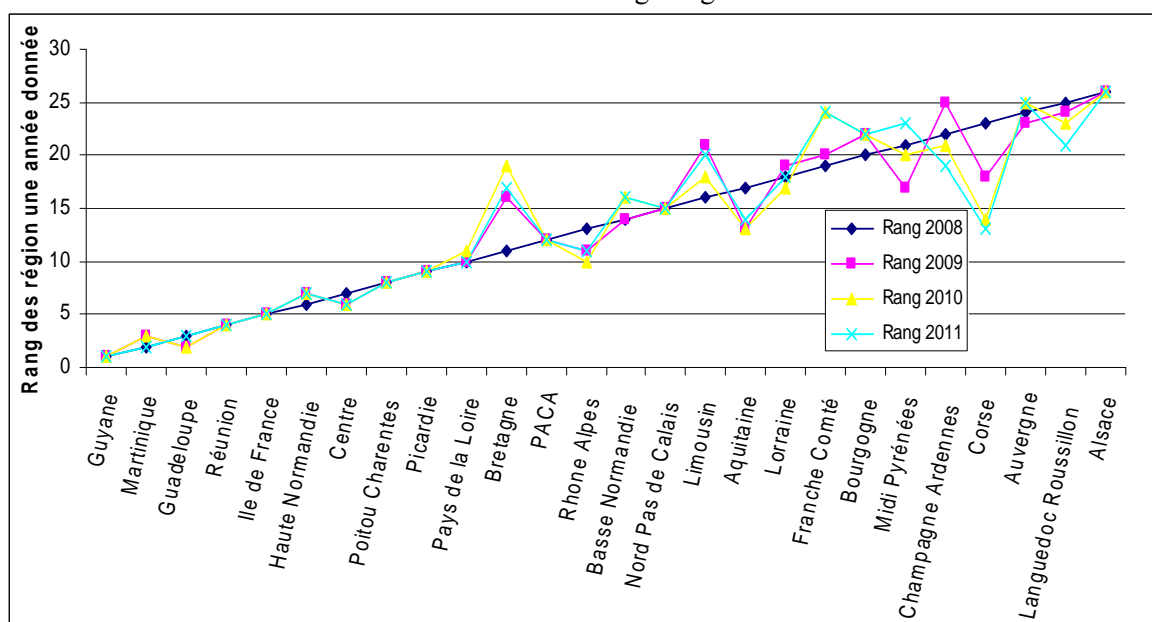
taux de demandes d'avis pour 100 000 personnes protégées	2008	2009	2010	2011
Moyenne	115	119	133	165
écart-type	49	52	56	72
coefficient de variation	0,43	0,44	0,42	0,44
Minimum	8	13	11	14
quartile n°1	84	86	105	134
Médiane	122	130	147	177
quartile n°3	153	154	171	212
Maximum	203	220	217	308
rapport max/min	25	17	20	23
Rapport Décile 9 sur Décile 1	1,83	1,80	1,63	1,58

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate. 2008- 2011. Base 26 régions. Traitement IGAS

[171] Les taux moyens régionaux de demande, calculée sur la base des seuls avis rendus à la demande des assurés varient d'un facteur 1 (la Guyane) à 25 (l'Alsace) en 2008. Ces variations sont doubles de celles mesurées en prenant en compte toutes les demandes d'avis.

[172] Les écarts des taux moyens de demande d'avis régionaux fluctuent également selon les années. Les fluctuations des rangs de classement pour une région donnée varient de 0 (pour les Guyane, Réunion, Ile de France...) à 3,4 (Bretagne) et 4,5 (Corse). A noter que ces variations des rangs de classement régionaux sont minorées par rapport aux fluctuations départementales du fait même du regroupement régional.

Schéma 1 : Fluctuations du rang de classement des taux moyens régionaux de demande d'avis à la demande des intéressés entre 2008 (année référence) et 2011 en France dans la population protégée des 20 – 59 ans du régime général



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

4.1.2.2. Evolution des taux départementaux de refus de pension d'invalidité à la demande de l'assuré, en primodécision, entre 2008 et 2011

[173] Lorsque l'on s'intéresse aux seuls avis ayant entraîné un refus médical comme l'a fait la Cour des comptes, mais sur nos critères de sélection plus restrictifs (première décision à la demande de l'assuré), la variation des taux de refus par départements apparaît moins importante que pour les demandes d'avis. Les écarts de taux sont plus resserrés et fluctuent d'un facteur 1 à 5 en 2008 à 1 à 3 en 2011 (avec une fluctuation supérieure en 2009 de 1 à 14 liée à des valeurs extrêmes plus marquées).

Tableau 11 : Indicateurs de dispersion départementaux des taux de refus de pensions d'invalidité rendus à l'initiative de l'assuré entre 2008 et 2011 pour la population des personnes protégées du régime général en France (DOM inclus)

taux de refus médicaux par départements	2008	2009	2010	2011
Moyenne	43 %	44 %	45 %	47 %
écart-type	12 %	12 %	12 %	11 %
coefficient de variation	0,28	0,28	0,28	0,23
Min	14 %	5 %	14 %	23 %
quartile n°1	36 %	36 %	36 %	39 %
Médiane	43 %	43 %	42 %	47 %
quartile n°3	50 %	52 %	54 %	53 %
Max	75 %	74 %	74 %	75 %
rapport max/min	5	14	5	3
Rapport quartiles 3 et 1	1,4	1,5	1,5	1,4
Rapport Décile 9/Décile 1	2,0	2,0	2,1	1,9

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

[174] Les écarts extrêmes se sont resserrés. Moyenne et médiane sont légèrement croissantes sur la période. On relève la relative stabilité des écarts interquartile⁷ : 1,39 en 2008 et 1,36 en 2011.

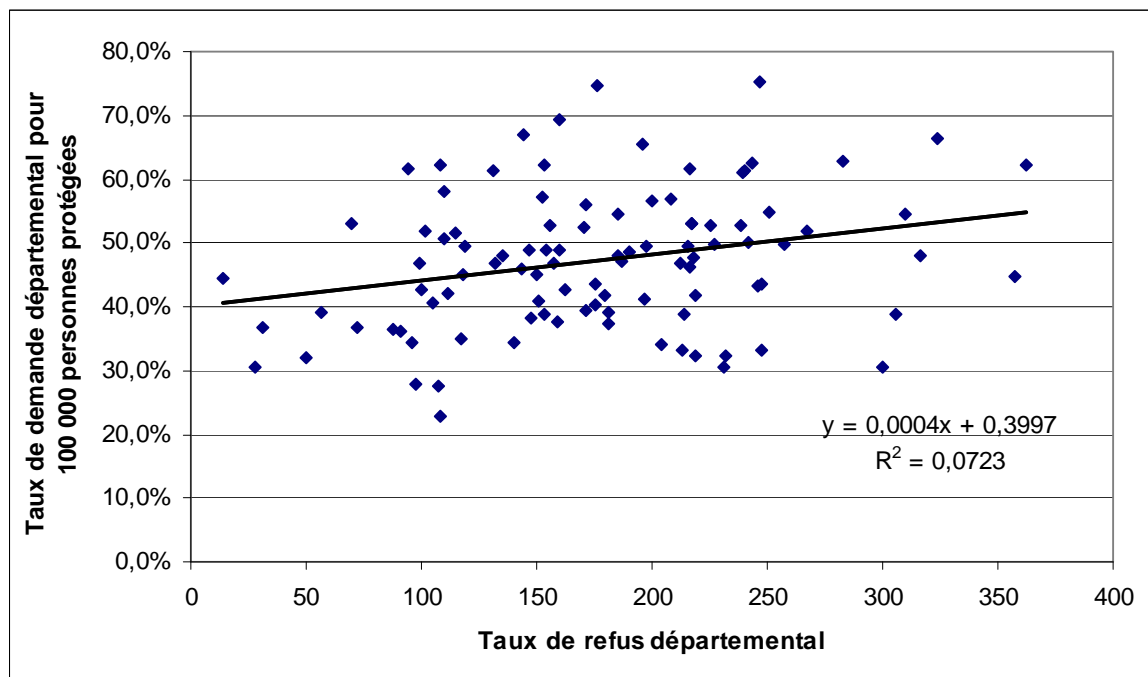
4.1.2.3. Relation entre les taux de refus et les taux de demandes d'avis départementaux

[175] Ces écarts de taux de refus par département ne peuvent être interprétés correctement sans considérer les taux de demande d'avis en regard. En effet, un taux de refus bas de 24 % comme dans l'Orne en 2008 peut-il être mis en relation avec un taux de demande bas de 68 pour 100 000 personnes protégées ? A l'inverse, toujours en 2008, le taux de demande d'avis élevé des assurés de la Lozère qui était de 255 pour 100 000 personnes protégées est-il lié au taux élevé de refus à 50 % ? Y-a-t-il une relation entre ces deux variables ? Un nombre de refus faible rapporté aux demandes (taux de refus) peut-il être « expliqué » par un taux de demandes faible de la population protégée d'un département ?

[176] Le schéma suivant établit l'existence d'une relation linéaire positive entre les deux variables en 2011. Cette relation peut également être retrouvée les autres années.

⁷ Cet écart interquartile 3 et 1 décrit l'évolution de 50 % effectifs situés exactement en milieu de distribution soit les centiles 25 à 75.

Schéma 2 : Corrélation des taux de refus médicaux avec le nombre de demandes d'avis sur demande de l'assuré rapporté à la population protégée en 2011



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

Tableau 12 : Coefficients de corrélation entre taux de refus départementaux de pensions d'invalidité et taux d'avis à la demande de l'assuré (population protégée 20-59 ans 2008 et 2011)

	2008	2009	2010	2011
Coefficient de corrélation R	0,151	0,067	0,194	0,269
R ²	0,0228	0,0046	0,0376	0,0723

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate. Traitement IGAS

[177] Le coefficient de corrélation R entre les deux variables est négligeable entre 2008 et 2011. **Il n'y a pas de corrélation entre le taux de demandes de pension d'invalidité par habitant et le taux de refus de pension d'invalidité des médecins conseils.**

4.1.2.4. Pour l'année 2011, par nature de refus⁸, de refus de pension d'invalidité, à la demande de l'assuré, en primodécision

[178] Les médecins conseils motivent leurs refus selon quatre grandes causes classées par ordre de fréquence :

- il existe une ou plusieurs affection(s) antérieure(s) à l'immatriculation au régime général sans aggravation ni affection nouvelle ;
- l'état du demandeur n'est pas stabilisé ou consolidé ;
- il n'existe pas d'autre(s) affection(s) que celle(s) déjà indemnisée(s) par un autre risque ou régime ;

⁸ Cf. note de bas de page 2.

- l'évaluation du médecin conseil ne relève pas de réduction de la capacité de gain <2/3 qui justifierait l'ouverture des droits.

Tableau 13 : Répartition des causes de refus médicaux de première demande de pension d'invalidité pour les assurés du régime général en 2011

	Affection(s) antérieure(s) a immatriculation sans aggravation ni affection nouvelle	Etat non stabilise ou non consolide	Pas d'autre(s) affection(s) que celle(s) déjà indemnisée(s) par autre risque ou régime	Réduction capacité de gain < 2/3	Total Refus médicaux
Nombre de refus France 2011	491	6 500	1 060	12 944	20 995
proportion causes	2,3 %	31,0 %	5,0 %	61,7 %	100,0 %

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate. Traitement IGAS

- [179] Deux motifs rassemblent l'essentiel des causes de refus : l'absence de réduction des capacités de gain près de deux fois sur trois et l'existence d'un état non stabilisé dans presque un cas sur trois.
- [180] S'agissant des autres affections déjà indemnisées soit 5 % des cas, cette cause correspond le plus souvent aux cas où l'assuré perçoit déjà une rente accident du travail pour la même affection. Enfin 2,3 % des causes de refus relèvent de l'existence d'une invalidité antérieure à l'immatriculation de l'assuré.
- [181] Les taux de refus varient selon les départements ou les régions. Les analyses suivantes ont été conduites sur une base régionale compte tenu de faibles effectifs pour certains départements.

Tableau 14 : Causes de refus médical de pensions d'invalidité pour les avis émis sur demande de l'assuré dans la population protégée du Régime général en 2011

Région	Affection(s) antérieure(s) a immatriculation sans aggravation ni affection nouvelle	Etat non stabilise ou non consolide	Pas d'autre(s) affection(s) que celle(s) déjà indemnisée(s) par autre risque ou régime	Réduction capacité de gain < 2/3	Total Refus médicaux
Alsace	29	288	41	856	1 214
Aquitaine	25	342	64	760	1 191
Auvergne	11	171	22	317	521
Basse Normandie	12	120	31	329	492
Bourgogne	11	199	53	431	694
Bretagne	31	316	68	685	1 100
Centre	14	158	13	392	577
Champagne Ardennes	7	174	34	354	569
Corse	1	13		37	51
Franche Comté	9	156	29	334	528
Guadeloupe	1	5	4	12	22
Guyane			1	3	4
Haute Normandie	10	181	35	195	421
Ile de France	47	490	146	1 417	2 100
Languedoc Roussillon	23	210	53	502	788
Limousin	3	101	11	173	288
Lorraine	15	424	50	1 048	1 537
Martinique		5	2	8	15
Midi Pyrénées	82	442	64	907	1 495
Nord Pas de Calais	53	790	51	1 091	1 985
PACA	52	499	82	836	1 469
Pays de la Loire	21	386	43	537	987
Picardie	5	158	43	297	503
Poitou Charentes	3	166	18	297	484
Réunion	1	30	11	40	82
Rhône Alpes	25	676	91	1 086	1 878

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate. Traitement IGAS

[182] Il existe une hétérogénéité dans les causes de refus entre régions, qui témoigne vraisemblablement en partie de consignes de codage divergentes. Ainsi la région Corse ne relève que 2 % de refus en raison de l'existence d'affections antérieures à l'immatriculation ou d'affection déjà indemnisées alors que ces chiffres sont entre 5 et 10 fois supérieurs pour les régions Guyane (25 %), Haute Normandie (10,7 %) ou Midi Pyrénées (9,8 %).

Tableau 15 : Proportions régionales des deux plus faibles causes de refus médical en 2011

Région	Affection(s) antérieure(s) a immatriculation sans aggravation ni affection nouvelle & Pas d'autre(s) affection(s) que celle(s) déjà indemnisée(s) par autre risque ou régime
Corse	2,0 %
Lorraine	4,2 %
Poitou Charentes	4,3 %
Centre	4,7 %
Limousin	4,9 %
Nord Pas de Calais	5,2 %
Alsace	5,8 %
Auvergne	6,1 %
Rhône Alpes	6,2 %
Pays de la Loire	6,7 %
Franche Comté	7,2 %
Champagne Ardennes	7,2 %
Aquitaine	7,5 %
Basse Normandie	8,7 %
Bretagne	9,0 %
PACA	9,1 %
Ile de France	9,2 %
Bourgogne	9,2 %
Picardie	9,5 %
Languedoc Roussillon	9,6 %
Midi Pyrénées	9,8 %
Haute Normandie	10,7 %
Martinique	13,3 %
Réunion	14,6 %
Guadeloupe	22,7 %
Guyane	25,0 %
TOTAL	7,4 %

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate. Traitement IGAS

4.2. Les stocks de pensions d'invalidité servies rapportées à la population des assurés du régime général de 20 à 59 ans

[183] L'existence d'hétérogénéités départementales dans les taux de demandes et d'attribution annuels (flux) devrait en principe se traduire également sur le nombre d'assurés dans un département donné titulaires d'une pension d'invalidité.

[184] Les données suivantes, concernent les assurés dont les droits à pension d'invalidité sont considérés comme actifs dans les SI HIPPOCRATE décisionnel.

4.2.1. Evolution des pensions d'invalidité en stock 2008 - 2011

Tableau 16 : Nombre annuel et taux de pensions d'invalidité actives de 2008 à 2011 dans la population protégée du régime général de 20 à 59 ans (En stock, France)

	année 2008	année 2009	année 2010	année 2011	TCAM
Nombre pensions d'invalidité actives	672 984	636 478	596 631	554 136	-6,3 %
population protégée	27 040 937	27 213 731	27 161 778	27 107 477	0,1 %
Nombre de personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité active /100 000 personnes protégées	2 489	2 339	2 197	2 044	-6,3 %

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate, Traitement IGAS

[185] Le nombre de personnes enregistrées dans le SI Hippocrate Décisionnel qui bénéficient d'une pension d'invalidité active, est d'environ 2 pour mille personnes protégées de 20 à 59 ans en 2011.

[186] Ce nombre a baissé de près de 20 % entre 2008 et 2011 (TCAM – 6,3 %) alors même que les flux d'avis favorables ont crû de 21 % durant la même période (TCAM 6,6 %). Il existe donc une balance entrées et sortie déséquilibrée au profit des sorties du dispositif sur les quatre dernières années.

4.2.2. Evolution par catégorie d'invalidité

[187] Cette décroissance en stock est un peu plus marquée pour la seconde catégorie d'invalidité qui décroît de 20 % dans la période (- 7,1 % TCAM).

Tableau 17 : Evolution des pensions d'invalidité actives entre 2008 et 2011 en France

Pensions d'invalidité actives en	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Total
2008	164 991	491 299	16 694	672 984
2009	159 045	461 545	15 888	636 478
2010	152 694	429 022	14 915	596 631
2011	146 113	394 018	14 005	554 136
Evolution 2011/2008	-11 %	-20 %	-16 %	-18 %
TCAM	-4,0 %	-7,1 %	-5,7 %	-6,3 %

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate, Traitement IGAS

4.2.3. Hétérogénéité régionale du nombre de pensions d'invalidité par personne protégée de 20 à 59 ans

[188] Il existe de fortes disparités entre départements et régions en matière de pensions d'invalidité actives : les écarts qui vont de 1 (la Guyane) à 13 (la Corse).

Tableau 18 : Taux de pensions d'invalidité actives par région pour 100 000 personnes protégées du régime général de 20 à 59 ans en 2011 (En stock France)

Région	Taux de pensions par personne protégée
Alsace	2 156
Aquitaine	2 024
Auvergne	2 914
Basse Normandie	2 221
Bourgogne	1 810
Bretagne	2 750
Centre	1 775
Champagne Ardennes	1 812
Corse	3 616
Franche Comté	2 204
Guadeloupe	597
Guyane	284
Haute Normandie	2 329
Ile de France	1 527
Languedoc Roussillon	2 504
Limousin	2 083
Lorraine	1 574
Martinique	540
Midi Pyrénées	2 060
Nord Pas de Calais	2 317
PACA	2 830
Pays de Loire	2 008
Picardie	2 421
Poitou-Charentes	1 672
Réunion	643
Rhône Alpes	2 274
France	2 044
moyenne	1 959
écart-type	760
Min	284
quartile n°1	1 698
médiane	2 071
quartile n°3	2 326
Max	3 616
rapport max/min	13
Rapport quartile 3 sur quartile 1	1,37

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

5. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

- [189] Les demandes d'avis médicaux instruites par les médecins conseils proviennent soit de l'assuré (ou de son médecin traitant) soit de la caisse d'assurance maladie elle-même (pour les assurés dont le dossier arrive à forclusion de la période des trois ans de versement d'indemnités journalières) ou enfin des médecins conseils eux-mêmes (lors que la situation médicale des assurés leur semble stabilisée). Le nombre de demandes d'avis médicaux pour une pension d'invalidité a crû de manière importante entre 2008 et 2011 (+27 %). Le phénomène est d'autant plus marqué lorsque la demande vient de l'assuré (+45 %).
- [190] Le taux d'avis favorable a crû également d'environ 20 % sur la période : il y a donc davantage de demandes toutes origines confondues et davantage d'accords des médecins conseils ; la croissance est la aussi plus marquée lorsque les avis sont demandés par les assurés (+ 35 %).
- [191] Dans un mouvement inverse, le stock de pensions d'invalidité actives a décru d'environ 20 % sur cette période. Ce phénomène qui touche toutes les catégories d'invalidité est particulièrement marqué pour la catégorie 2 intermédiaire. La balance est donc favorable aux mouvements de sortie qui surcompensent les flux d'entrées.
- [192] L'existence d'une hétérogénéité entre régions et départements des décisions des ELSM relevée par la Cour des Comptes est confirmée. Cette hétérogénéité en flux est également constatée sur les stocks de pensions d'invalidité. Dans ce contexte, les variations géographiques des accords et refus se sont également accrues et ce, davantage pour les refus.
- [193] L'étude présentée ici a été centrée principalement sur les flux avec des critères de sélection affinés afin de répondre aux critiques méthodologiques soulevées en 2008 : les variations ont été mesurées sur les taux de refus pour les primodécisions prises à la demande des assurés. Elles comportent des amplitudes selon les départements superposables à celles des constats précédents : les écarts vont d'un facteur 1 à 5 en 2008 à un facteur 1 à 3 en 2011. Les écarts entre valeurs extrêmes se réduisent mais restent globalement stables sur les valeurs centrales (rapport entre le 1^{er} et le 3^{ème} quartile).
- [194] Le principal facteur d'hétérogénéité entre départements ne relève pas des taux de refus, mais d'abord des **écarts considérables existants sur la fréquence des demandes de pension d'invalidité par les assurés : les amplitudes sont d'un facteur 1 à 27**. Les causes de ces écarts considérables nécessitent d'être creusées.
- [195] Une des causes observée dans la littérature sur l'invalidité est une relation entre le taux de demande dans la population protégée et le taux d'accords. Le mécanisme invoqué est la pression pesant sur l'évaluateur lorsqu'il doit gérer un nombre croissant de demandes. Ce mécanisme n'est pas retrouvé en France. On retrouve bien dans cette étude la relation décrite par la CNAMTS entre le taux d'accord et l'origine de la demande : lorsque l'initiative de la pension d'invalidité vient de la caisse le taux d'accord est pratiquement de 100 %. Par contre, lorsque la demande vient de l'assuré ce taux est de 43 % en 2011. Mais il n'existe pas dans ce dernier cas de corrélation entre le taux de refus et le taux de demandes des assurés dans les départements, contrairement à d'autres observations internationales.
- [196] **Les taux de refus varient quant à eux d'un facteur 1 à 3 selon les départements. Cette variabilité a plutôt décru entre 2008 et 2011.**
- [197] Une part importante de la variance observée sur les taux de refus pour les avis émis sur demande des assurés repose sur des déterminants notamment socio-démographiques non pris en compte par la présente étude (structure d'âge affinée, morbidité géographique, structure des emplois, indicateurs de précarité...).

- [198] Les déterminants relatifs à l'organisation des ELSM et aux pratiques professionnelles des médecins conseils qui entrent pour une part dans l'hétérogénéité observée ne peuvent être isolés et encore moins considérés comme les raisons principales de ces écarts à ce stade.
- [199] Il n'est pas possible d'inférer de ces seuls résultats les éventuels effets des différentes mesures de réduction de l'hétérogénéité décrites en première partie.

6. TABLEAUX JOINTS

Tableau 19 : Taux de premières demandes d'avis de pension d'invalidité entre 2008 et 2011 pour 100 000 personnes protégées de 20 à 59 ans du régime général de l'assurance maladie

région & département	département	2008	2009	2010	2011
Guyane	GUYANE	8	13	11	14
Martinique	MARTINIQUE	22	22	31	28
Guadeloupe	GUADELOUPE	28	20	27	31
Ile de France	HAUTS DE SEINE	40	41	44	50
Réunion	REUNION	60	53	58	56
Centre	INDRE ET LOIRE	47	58	54	70
Ile de France	VAL DE MARNE	48	53	59	72
Ile de France	VAL D OISE	64	65	72	88
Ile de France	YVELINES	54	60	84	91
Centre	LOIR ET CHER	68	77	72	94
Basse Normandie	ORNE	68	88	84	96
Centre	EURE ET LOIRE	83	65	79	98
Ile de France	SEINE SAINT DENIS	65	69	83	99
Ile de France	ESSONNE	52	50	77	100
Centre	INDRE	87	61	91	102
Haute Normandie	SEINE MARITIME	76	78	81	105
Ile de France	SEINE ET MARNE	76	89	99	107
Poitou Charentes	VIENNE	70	61	88	108
Corse	CORSE HAUTE	112	96	91	108
Picardie	AISNE	90	97	84	110
PACA	ALPES MARITIME	79	90	105	110
Rhône Alpes	RHÔNE	78	91	101	111
Poitou Charentes	CHARENTE MARITIME	99	103	90	115
PACA	VAUCLUSE	100	93	136	118
Ile de France	PARIS	122	111	117	118
Rhône Alpes	SAVOIE HAUTE	84	89	102	119
Poitou Charentes	CHARENTE	89	104	109	131
Champagne Ardennes	ARDENNES	68	92	107	132
Rhône Alpes	DROME	104	106	95	135
Picardie	OISE	88	100	109	140

Rhône Alpes	ARDECHE	92	121	125	143
Centre	LOIRET	106	98	117	144
Aquitaine	GIRONDE	75	87	123	146
Pays de la Loire	MAINE ET LOIRE	104	120	131	148
Aquitaine	LANDES	128	125	131	150
PACA	VAR	128	126	142	151
Pays de la Loire	SARTHE	117	92	125	153
Lorraine	MEURTHE ET MOSELLE	116	128	134	153
Pays de la Loire	VENDEE	80	101	132	154
Rhône Alpes	SAVOIE	124	113	129	154
Pays de la Loire	MAYENNE	105	122	147	156
Haute Normandie	EURE	75	86	129	157
Centre	CHER	83	89	89	159
Rhône Alpes	AIN	135	134	119	160
Aquitaine	LOT ET GARONNE	126	110	139	160
Lorraine	MEUSE	75	100	120	163
Languedoc Roussillon	AUDE	148	145	177	170
Midi Pyrénées	LOT	124	119	143	171
Pays de la Loire	LOIRE ATLANTIQUE	89	104	122	172
Nord Pas de Calais	PAS DE CALAIS	116	132	155	175
Limousin	CREUSE	87	152	134	175
Lorraine	VOSGES	153	144	141	177
Languedoc Roussillon	GARD	176	151	136	180
Languedoc Roussillon	HERAULT	140	137	130	181
Bretagne	ILE ET VILAINE	66	102	132	181
Picardie	SOMME	117	122	145	185
Midi Pyrénées	TARN ET GARONNE	190	139	143	186
Aquitaine	DORDOGNE	160	161	158	187
Auvergne	PUY DE DOME	174	178	192	190
Nord Pas de Calais	NORD	146	133	147	196
PACA	BOUCHES DU RHÔNE	120	125	142	197
Bretagne	MORBIHAN	145	163	178	197
Franche Comté	TERRITOIRE DE BELFORT	127	120	165	200
Bourgogne	YONNE	120	150	154	204
PACA	ALPES DE HAUTE PROVENCE	130	180	135	208
Bourgogne	COTE D'OR	137	135	179	212

Franche Comté	JURA	97	151	159	213
Languedoc Roussillon	PYRENEES ORIENTALES	164	168	186	214
Limousin	VIENNE HAUTE	117	116	140	216
Champagne Ardennes	MARNE	190	198	194	217
Poitou Charentes	SEVRES DEUX	134	116	138	217
Bretagne	FINISTERE	106	115	146	217
Midi Pyrénées	PYRENEES HAUTES	135	129	154	217
PACA	ALPES HAUTES	121	138	211	218
Auvergne	ALLIER	138	150	189	218
Bretagne	COTES D'ARMOR	126	175	191	219
Franche Comté	DOUBS	145	137	162	225
Champagne Ardennes	AUBE	186	202	196	227
Corse	CORSE DU SUD	219	198	204	231
Rhône Alpes	ISERE	152	154	171	232
Basse Normandie	MANCHE	153	146	202	238
Rhône Alpes	LOIRE	189	186	207	239
Bourgogne	SAONE ET LOIRE	169	201	230	240
Bourgogne	NIEVRE	193	192	183	242
Midi Pyrénées	GARONNE HAUTE	163	165	186	243
Midi Pyrénées	ARIEGE	167	143	166	246
Midi Pyrénées	GERS	168	131	162	247
Basse Normandie	CALVADOS	154	162	173	247
Champagne Ardennes	MARNE HAUTE	217	212	218	247
Limousin	CORREZE	191	211	199	251
Alsace	RHIN HAUT	204	228	200	258
Midi Pyrénées	AVEYRON	163	163	208	267
Aquitaine	PYRENEES ATLANTIQUES	171	158	180	283
Midi Pyrénées	TARN	177	187	235	300
Auvergne	CANTAL	189	183	207	306
Auvergne	LOIRE HAUTE	188	178	268	310
Franche Comté	SAONEHAUTE	228	216	325	317
Lorraine	MOSELLE	211	217	234	323
Alsace	RHIN BAS	202	213	235	358
Languedoc Roussillon	LOZERE	255	266	358	362

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

Tableau 20 : Taux de refus médicaux d'avis de pension d'invalidité entre 2008 et 2011 pour 100 000 personnes protégées de 20 à 59 ans du régime général de l'assurance maladie (primodécisions)

Région & département	département	2008	2009	2010	2011
Corse	CORSE DU SUD	14,4 %	37,6 %	37,7 %	30,6 %
Languedoc Roussillon	PYRENEES ORIENTALES	14,6 %	27,1 %	39,5 %	38,9 %
Corse	CORSE HAUTE	14,8 %	11,3 %	25,5 %	23,0 %
Guadeloupe	GUADELOUPE	14,8 %	5,3 %	19,2 %	36,7 %
Guyane	GUYANE	20,0 %	37,5 %	14,3 %	44,4 %
Basse Normandie	ORNE	24,7 %	28,3 %	26,9 %	34,3 %
Martinique	MARTINIQUE	25,0 %	33,3 %	41,8 %	30,6 %
Auvergne	CANTAL	25,5 %	27,8 %	28,7 %	38,9 %
Bretagne	MORBIHAN	25,8 %	27,7 %	30,1 %	49,3 %
Ile de France	SEINE ET MARNE	27,3 %	27,3 %	24,2 %	27,6 %
Picardie	OISE	30,4 %	28,8 %	30,2 %	34,3 %
PACA	VAUCLUSE	30,8 %	35,7 %	30,6 %	34,9 %
Champagne Ardennes	MARNE HAUTE	31,3 %	22,9 %	26,5 %	43,6 %
Ile de France	HAUTS DE SEINE	31,3 %	34,5 %	31,1 %	31,9 %
Rhône Alpes	ISERE	31,7 %	31,4 %	34,2 %	32,4 %
Bretagne	COTES D'ARMOR	33,2 %	39,7 %	45,3 %	41,7 %
Limousin	VIENNE HAUTE	33,5 %	43,2 %	46,3 %	49,5 %
Rhône Alpes	RHÔNE	33,9 %	38,1 %	35,6 %	42,1 %
PACA	BOUCHES DU RHÔNE	34,2 %	41,0 %	42,1 %	41,3 %
Rhône Alpes	SAVOIE	34,6 %	35,5 %	37,6 %	49,0 %
PACA	VAR	34,9 %	42,8 %	39,8 %	41,0 %
Picardie	SOMME	35,6 %	38,5 %	36,1 %	48,0 %
Basse Normandie	CALVADOS	35,8 %	38,3 %	32,1 %	33,1 %
Réunion	REUNION	35,8 %	34,9 %	39,4 %	39,2 %
Bretagne	ILE ET VILAINE	36,0 %	38,1 %	38,7 %	39,1 %
Auvergne	ALLIER	36,0 %	33,8 %	26,7 %	32,4 %
Ile de France	PARIS	36,2 %	35,8 %	33,8 %	45,2 %
Ile de France	VAL DE MARNE	36,5 %	33,0 %	31,5 %	36,9 %
Franche Comté	JURA	36,6 %	34,2 %	34,6 %	33,2 %
Languedoc Roussillon	GARD	36,9 %	37,0 %	39,6 %	41,7 %
Franche Comté	SAONEHAUTE	37,0 %	40,7 %	41,6 %	48,1 %
Nord Pas de Calais	PAS DE CALAIS	37,0 %	31,9 %	31,2 %	40,2 %
Picardie	AISNE	37,6 %	43,3 %	46,0 %	50,6 %
Ile de France	YVELINES	37,9 %	38,5 %	37,0 %	36,2 %

Centre	EURE ET LOIRE	38,1 %	27,8 %	23,7 %	27,8 %
Basse Normandie	MANCHE	38,2 %	44,8 %	48,9 %	52,8 %
Champagne Ardennes	ARDENNES	38,3 %	55,6 %	60,8 %	46,7 %
Poitou Charentes	SEVRES DEUX	39,0 %	37,7 %	40,7 %	46,2 %
Alsace	RHIN HAUT	39,4 %	42,3 %	41,0 %	49,6 %
PACA	ALPES MARITIME	40,1 %	43,4 %	49,1 %	58,2 %
Rhône Alpes	DROME	40,1 %	45,9 %	41,8 %	47,9 %
Bourgogne	YONNE	40,1 %	29,7 %	27,2 %	33,9 %
Languedoc Roussillon	AUDE	40,3 %	33,7 %	48,1 %	52,4 %
Midi Pyrénées	PYRENEES HAUTES	40,9 %	45,5 %	49,2 %	53,0 %
Bourgogne	NIEVRE	40,9 %	43,2 %	48,3 %	50,0 %
Rhône Alpes	SAVOIE HAUTE	41,0 %	42,6 %	42,8 %	49,5 %
Poitou Charentes	CHARENTE	41,3 %	48,6 %	52,1 %	61,3 %
Languedoc Roussillon	HERAULT	41,5 %	37,7 %	37,8 %	37,4 %
Ile de France	VAL D OISE	42,1 %	40,3 %	32,4 %	36,6 %
Auvergne	PUY DE DOME	42,5 %	43,3 %	37,0 %	48,6 %
Limousin	CREUSE	42,9 %	26,2 %	43,4 %	43,5 %
Haute Normandie	SEINEMARITIME	42,9 %	40,4 %	39,6 %	40,7 %
Midi Pyrénées	TARN	43,1 %	31,3 %	29,5 %	30,5 %
Centre	CHER	43,1 %	50,9 %	38,3 %	37,8 %
Haute Normandie	EURE	43,2 %	40,0 %	43,3 %	46,9 %
Pays de la Loire	MAYENNE	43,4 %	43,3 %	45,3 %	52,8 %
Rhône Alpes	LOIRE	43,5 %	43,9 %	47,4 %	60,9 %
Champagne Ardennes	MARNE	43,8 %	52,8 %	58,6 %	61,5 %
Pays de la Loire	MAINE ET LOIRE	44,7 %	41,7 %	34,5 %	38,3 %
Pays de la Loire	VENDEE	45,4 %	48,0 %	44,6 %	38,9 %
PACA	ALPES HAUTES	45,9 %	31,9 %	35,5 %	47,7 %
Alsace	RHIN BAS	46,3 %	44,3 %	38,3 %	44,7 %
Ile de France	ESSONNE	46,7 %	47,8 %	41,2 %	42,6 %
Aquitaine	GIRONDE	47,0 %	49,1 %	53,6 %	48,9 %
Pays de la Loire	LOIRE ATLANTIQUE	47,1 %	42,8 %	40,0 %	39,4 %
Poitou Charentes	CHARENTE MARITIME	47,2 %	44,1 %	41,0 %	51,6 %
Champagne Ardennes	AUBE	47,6 %	41,6 %	50,2 %	49,8 %
Rhône Alpes	ARDECHE	47,8 %	49,3 %	45,8 %	46,0 %
Midi Pyrénées	LOT	47,9 %	41,2 %	57,3 %	56,1 %
Midi Pyrénées	AVEYRON	48,4 %	53,9 %	43,1 %	51,8 %
Ile de France	SEINE SAINT DENIS	48,5 %	49,9 %	47,1 %	46,8 %

Auvergne	LOIRE HAUTE	48,7 %	43,9 %	40,4 %	54,5 %
Centre	INDRE	49,4 %	45,3 %	70,5 %	51,7 %
Bourgogne	SAONE ET LOIRE	49,9 %	46,5 %	56,4 %	61,4 %
Languedoc Roussillon	LOZERE	50,0 %	42,6 %	69,6 %	62,4 %
Rhône Alpes	AIN	50,2 %	50,6 %	51,4 %	48,9 %
Bourgogne	COTE D'OR	50,4 %	38,0 %	40,6 %	46,7 %
Midi Pyrénées	ARIEGE	52,7 %	56,3 %	49,5 %	43,4 %
Aquitaine	DORDOGNE	53,0 %	65,6 %	67,1 %	47,2 %
Franche Comté	DOUBS	53,2 %	55,4 %	54,8 %	52,6 %
Centre	LOIRET	54,3 %	60,2 %	63,5 %	67,1 %
Midi Pyrénées	GARONNE HAUTE	54,4 %	56,6 %	57,4 %	62,6 %
Pays de la Loire	SARTHE	55,3 %	70,2 %	64,9 %	57,2 %
PACA	ALPES DE HAUTE PROVENCE	55,4 %	53,4 %	60,3 %	57,0 %
Aquitaine	LANDES	57,1 %	52,8 %	53,8 %	45,1 %
Centre	LOIR ET CHER	57,1 %	60,0 %	59,6 %	61,7 %
Lorraine	MOSELLE	57,9 %	55,4 %	56,1 %	66,4 %
Aquitaine	PYRENEES ATLANTIQUES	58,1 %	58,5 %	57,8 %	62,8 %
Franche Comté	TERRITOIRE DE BELFORT	58,2 %	64,9 %	65,7 %	56,6 %
Bretagne	FINISTERE	60,0 %	58,4 %	53,2 %	53,1 %
Midi Pyrénées	TARN ET GARONNE	60,1 %	58,2 %	62,5 %	54,5 %
Centre	INDRE ET LOIRE	60,2 %	56,1 %	54,9 %	53,2 %
Midi Pyrénées	GERS	61,2 %	61,7 %	63,0 %	75,2 %
Limousin	CORREZE	62,0 %	52,0 %	56,2 %	54,7 %
Poitou Charentes	VIENNE	63,1 %	71,1 %	60,7 %	62,4 %
Nord Pas de Calais	NORD	63,4 %	61,9 %	63,3 %	65,4 %
Aquitaine	LOT ET GARONNE	66,7 %	58,8 %	56,4 %	69,4 %
Lorraine	VOSGES	69,7 %	74,3 %	73,7 %	74,7 %
Lorraine	MEURTHE ET MOSELLE	71,5 %	71,2 %	62,6 %	62,3 %
Lorraine	MEUSE	75,4 %	52,6 %	50,5 %	42,6 %

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

Annexe IV : La mesure de l'hétérogénéité dans l'attribution des prestations individuelles des différents régimes contributifs et solidaires et l'examen de ses causes

1. INTRODUCTION	67
2. LE REGIME GENERAL N'EST PAS LE SEUL A PRESENTER DES HETEROGENEITES DANS L'OUVERTURE ET LE MONTANT DE DROITS A PRESTATIONS INDIVIDUELLES	68
<i>2.1. L'hétérogénéité régionale en matière d'attribution de pensions d'invalidité, observée dans la population de métropole du régime général.....</i>	<i>68</i>
<i>2.2. La CCMSA et le RSI présentent des variations équivalentes à celles observées dans le régime général.....</i>	<i>69</i>
<i>2.3. Les régimes spéciaux sont également concernés.....</i>	<i>73</i>
<i>2.4. Les régimes de réparation présentent également des variations dans les conditions d'attribution.....</i>	<i>76</i>
<i>2.5. Les régimes des minima sociaux sont également concernés par les questions d'hétérogénéité au premier rang desquels l'AAH.....</i>	<i>83</i>
<i>2.6. Les pays OCDE signalent également des disparités d'attribution en matière d'accès à l'invalidité.....</i>	<i>88</i>
3. LES ETUDES DES CAUSES DE CES VARIATIONS RESTENT RARES ET INSUFFISAMMENT CONCLUANTES	91
<i>3.1. L'étude de la CNAMED attribue à la densité de soins l'essentiel des différences de demandes d'indemnisations observées entre CRCI.....</i>	<i>91</i>
<i>3.2. L'étude de la DREES sur les causes de variations d'attribution de l'AAH considère que les deux tiers des écarts d'attribution sont liés à des facteurs socio-démographiques locaux ...</i>	<i>92</i>
<i>3.3. Ces études reposent sur des analyses géographiques agrégées de faible niveau de preuve</i>	<i>93</i>
<i>3.4. Il n'existe pas d'étude consolidant les données des différents dispositifs contributifs et solidaires sur un territoire donné.....</i>	<i>94</i>
4. PIECES JOINTES	99
<i>4.1. Etude DREES de 2009 sur l'influence des variables de contexte local sur le taux d'attribution de l'AAH en 2006-2008.....</i>	<i>99</i>
<i>4.2. Etude CREDES 2003 sur la variabilité des pratiques médicales (Extrait)</i>	<i>105</i>

1. INTRODUCTION

- [200] L'annexe III est centrée sur la mesure de l'hétérogénéité départementale des demandes et des taux de refus de pensions d'invalidité dans le régime général des salariés. Ce phénomène ne se cantonne pas à ce seul régime et l'objet de la première partie de la présente annexe est de montrer quels sont les autres régimes de sécurité sociale RSI et MSA, mais aussi les régimes spéciaux des fonctionnaires, également concernés et dans quelles proportions.
- [201] Les régimes d'indemnisation en réparation ATMP ou dérivés du droit commun (ONIAM et FIVA notamment) sont également concernés par la question de l'hétérogénéité des taux de demandes géographique et des taux d'accord ou de refus de ces demandes.
- [202] L'évaluation d'un état médical destiné à l'attribution potentielle d'une rente ou d'un capital est réalisée dans d'autres dispositifs que les seuls régimes d'assurance ou de réparation. Le plus proche dans son esprit et dans sa méthode est le régime de solidarité de l'AAH où la mesure de l'hétérogénéité a été documentée de longue date.
- [203] La question de l'hétérogénéité des dispositifs est enfin soulevée également dans les autres pays qui gèrent l'attribution de revenus de remplacement similaires à celui des pensions d'invalidité.
- [204] Dans une seconde partie, on s'intéressera aux travaux, rares à ce jour, qui explorent les causes de cette hétérogénéité et on dessinera quelques pistes pour progresser dans la compréhension de ces phénomènes.
- [205] Les données présentées ici doivent être regardées avec précaution. Si toutes concernent les pensions d'invalidité, objet de cette mission, les périmètres des populations étudiées peuvent varier : année d'étude ; primodemandeurs ou toutes demandes ; population protégée des 20-59 ans ou toute population.
- [206] Une des raisons principales d'hétérogénéité entre régions repose sur les écarts importants existant entre les DOM dont les taux d'attribution de pensions d'invalidité sont souvent très bas ; ceci creuse les écarts entre taux minimum et maximum. Aussi, autant que faire se peut, afin de ne pas introduire ce biais, les analyses ci-dessous ne portent que sur les données de métropole. Un focus particulier sera réalisé sur la situation des indicateurs des DOM en dernière partie.
- [207] Ces considérations impliquent que les taux d'incidences bruts en population rapportés ici ne sont pas, sauf exception, directement comparables. Seuls les indicateurs de dispersion mesurés sur ces taux le sont, et seront donc mis en regard.

2. LE REGIME GENERAL N'EST PAS LE SEUL A PRESENTER DES HETEROGENEITES DANS L'OUVERTURE ET LE MONTANT DE DROITS A PRESTATIONS INDIVIDUELLES

2.1. L'hétérogénéité régionale en matière d'attribution de pensions d'invalidité, observée dans la population de métropole du régime général

[208] Les données présentées ici concernent les écarts entre régions métropolitaines et les seuls accords médicaux pour première demande rapportés à la population protégée des 20-59 ans régionale en 2010. On se référera à l'annexe IV pour accéder à l'ensemble des données métropole et DOM.

Tableau 21 : Variation régionale en 2010 du nombre d'avis favorables pour les primodemandeurs de pensions d'invalidité rapportés à la population protégée régionale de métropole de la CNAMTS

CNAMTS 2010	Population protégée 20-59 ans	Incidence du nombre de demandes d'avis pour 1000 assurés	Incidence des avis favorables pour pension d'invalidité pour 1000 assurés	Taux de refus
Métropole	27 161 778	1,48	0,74	45 %
Moyenne régionale	1 197 935	1,52	0,83	45 %
écart-type	1 146 057	0,38	0,23	7 %
coefficient de variation ⁹	0,96	0,25	0,28	0,15
Minimum	108 154	0,79	0,40	32 %
quartile n°1	586 751	1,31	0,72	40 %
Médiane	907 779	1,52	0,79	44 %
quartile n°3	1 193 036	1,78	0,95	49 %
Maximum	5 739 059	2,17	1,34	61 %
Rapport maximum/minimum	53,1	2,7	3,37	1,9
Rapport quartile 3 sur quartile 1	2,03	1,36	1,32	1,22
Rapport Décile 9/ Décile 1	4,34	1,93	1,89	1,59

Source : CNAMTS, Premières demandes avis, 20-59 ans, 22 régions 2010 ; Traitement IGAS

[209] Les tailles de population protégées du régime général sont très variables selon les régions de la métropole et s'échelonnent de 108 000 en Corse à 5 739 000 en Ile de France en 2010.

[210] Les médecins conseil du régime général ont instruit 1,5 primodemandes de pension d'invalidité pour mille assurés et donné 0,7 avis favorables pour mille assurés en 2010.

[211] Les écarts interrégionaux du nombre de demande d'avis rapportés à la population protégée de 20 à 59 ans régionale s'échelonnent de 0,79 en Ile de France à 2,17 en Alsace soit un rapport de 1 à 2,7. Le rapport inter-déciles 9/1 est de 1,93.

⁹ Il s'agit du rapport de l'écart-type d'une variable à sa moyenne

[212] Les écarts interrégionaux entre les avis favorables à une pension d'invalidité rapportés à la population protégée vont de 0,40 pour 1000 personnes en région Centre à 1,34 pour 1000 en Alsace ou en Auvergne, soit un rapport de 1 à 3,37. Le rapport inter-déciles 9/1 est de 1,89.

2.2. La CCMSA et le RSI présentent des variations équivalentes à celles observées dans le régime général

2.2.1. Le réseau des caisses de Mutualité sociale agricole (MSA)

[213] Le réseau des CCMSA a regroupé son dispositif régional de gestion des pensions d'invalidité sur 35 centres qui regroupent plusieurs départements chacun. Le régime MSA couvrait 3 444 697 personnes protégées en 2010 réparties en deux sous-populations : les salariés agricoles et assimilés pour 51,1 % (ASA) et les exploitants agricoles pour 48,9 % (AMEXA). Les exploitants agricoles ne bénéficient pas de la même législation en matière de pension d'invalidité que les salariés (cf. rapport principal). La situation des salariés est très proche de celle du régime général. La situation des exploitants repose sur une réglementation spécifique et ce risque peut être géré par les Caisses de MSA ou des assureurs autres que MSA.

[214] L'analyse des indicateurs de dispersion du nombre de demandes rapportées à la population assurée et des taux de refus des demandes instruites par les médecins conseils du régime MSA est présentée ci-dessous.

Tableau 22 : Variation régionale en 2010 du nombre de demandes d'avis rapporté à la population protégée des 35 sous régions MSA de métropole et des taux de refus du contrôle médical aux primodemandes de pensions d'invalidité

MSA 2010	Population protégée	Incidence des demandes d'avis du CM pour pension d'invalidité pour 1000 assurés	% refus du CM sur pension d'invalidité ASA	% refus du CM sur pension d'invalidité AMEXA
	3 447 697	1,69	18,5 %	23,7 %
Moyenne	98 506	1,68	19,0 %	21,1 %
écart-type	29 653	0,48	9,1 %	9,6 %
Coefficient de variation	0,30	0,28	0,48	0,45
Minimum	18 113	0,99	6,7 %	0,0 %
quartile n°1	79 977	1,31	11,4 %	14,3 %
Médiane	101 039	1,56	17,8 %	20,5 %
quartile n°3	122 224	1,97	24,6 %	27,0 %
Maximum	158 121	3,05	45,4 %	42,5 %
Rapport max/min	8,73	3,08	6,73	-
Rapport quartile 3 sur quartile 1	1,53	1,50	2,17	1,89
Rapport D9/D1	2,10	2,00	3,69	3,41

Source : Données CCMSA, Toutes demandes d'avis confondues, toute population MSA (âges)
Traitement IGAS.

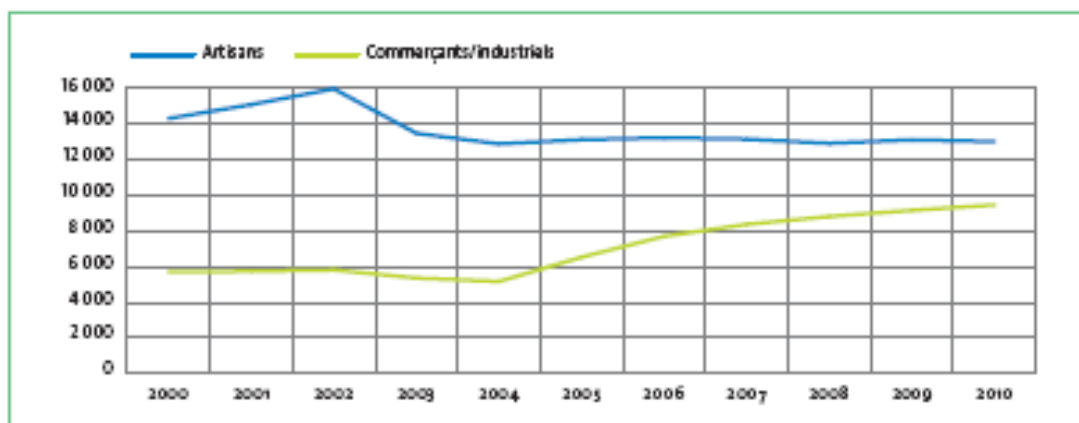
[215] La population protégée recouvre 3,45 millions de personnes. 1,69 demandes d'avis pour mille assurés ont été faites en 2010 dont 1,68 pour les salariés et 0,99 pour les exploitants.

- [216] Les écarts entre les 35 sous-régions sont relativement peu marqués s'agissant des demandes rapportées au nombre d'assurés qui s'échelonnent de 1 à 3, comme dans le régime général.
- [217] Les écarts concernant les taux de refus médicaux sont par contre plus marqués dans le régime MSA : ils s'échelonnent de 1 à 7 environ dans les deux régimes ASA et AMEXA, versus 1 à 2 dans le régime général en 2010.

2.2.2. Le régime social des indépendants (RSI)

- [218] Le réseau RSI a regroupé son dispositif régional de gestion des pensions d'invalidité sur 28 centres qui regroupent plusieurs départements chacun ; l'Ile de France est divisée en trois sous-régions et Antilles-Guyane sont par contre regroupées. On distingue également deux sous-populations d'assurés : les artisans et les commerçants qui ne bénéficient pas de la même législation en matière de pension d'invalidité (cf. rapport général).
- [219] On dénombre 22 500 invalides en 2010. Ces effectifs sont stables pour les artisans et en croissance pour les commerçants.

Graphique 1 : Evolution du nombre de pensionnés en invalidité du RSI entre 2000 et 2010



Source : RSI/DMR/SEP Rapport annuel d'activité 2010

- [220] On ne dispose pas ici des données sur les taux de demandes, mais uniquement sur les taux d'accord selon les deux « branches » du régime. Les données concernent toutes les mises en invalidité partielles et totales.

Tableau 23 : Variation régionale en 2010 du nombre de demandes d'avis rapporté à la population assurée des 28 sous régions RSI (métropole + DOM)

RSI 2010	Avis favorables artisans	Avis favorables commerçants	Effectifs artisans	Effectifs commerçants	Incidence invalidité artisans pour 1000 actifs	Incidence invalidité commerçants pour 1000 actifs
France	2 326	1 724	719 457	842 801	3,23	2,05
Moyenne régions	83	62	25 695	30 100	3,12	2,03
Ecart-type	52	36	11 971	13 948	1,13	0,75
Coefficient de variation	0,56	0,50	0,45	0,45	0,27	0,27
minimum	5	3	5 127	4 963	0,51	0,24
quartile n°1	47	41	16 722	19 427	2,56	1,48
médiane	75	58	23 490	26 934	3,08	2,19
quartile n°3	130	81	41 117	43 355	3,16	1,87
maximum	187	127	46 718	51 480	4,93	3,17
Rapport max/min	37,40	42,33	9,11	10,37	9,64	13,44
Rapport Q 3 sur Q1	2,78	1,96	2,46	2,23	1,24	1,26
Rapport Décile 9/ D1	6,68	7,20	3,52	3,54	2,31	2,35

Source : CREA DAM décembre 2011 Service statistiques et études du RSI : Toutes causes d'invalidité confondues, population RSI générations > 1951 Traitement IGAS

[221] La population des deux régimes artisans et commerçants, nées après 1951 représente 1,5 millions de personnes. Le nombre d'entrée en invalidité est de 3,12 pour mille artisans actifs et de 2,03 pour les commerçants. Le rapport entre artisans et commerçants est de 1,5. Il existe un premier facteur d'hétérogénéité en la matière qui peut être imputé en partie aux différentes conditions d'ouverture des droits.

[222] Mais il existe également une hétérogénéité géographique dans l'ouverture des droits dans les deux régimes. Les écarts maximum/minimum des taux d'entrées en invalidité (taux d'incidence annuelle) entre régions (il s'agit ici des 28 régions administratives du RSI) sont globalement équivalents et varient d'un facteur 1 à 10.

[223] Les écarts maximum/minimum concernant les taux d'accord sont plus marqués dans le régime RSI que dans le régime général : ils s'échelonnent de 1 à 10 environ dans les deux modèles artisans et commerçants, alors qu'ils ne sont « que » de 1 à 4 dans le régime général en 2010¹⁰.

[224] Ces écarts sont toutefois très liés aux valeurs extrêmes constatées dans les DOM, comme en témoigne le tableau suivant sur les seules données métropolitaines.

¹⁰ Il s'agit ici des taux de refus régionaux dans le régime général

Tableau 24 : Variation régionale du nombre de demandes d'avis en 2010 rapporté à la population assurée des 28 sous régions RSI (métropole seule)

RSI 2010	Avis favorables artisans	Avis favorables commerçants	Effectifs artisans	Effectifs commerçants	Taux d'incidence invalidité artisans pour 1000 actifs	Taux d'incidence invalidité commerçants pour 1000 actifs
Moyenne régionale	89	66	26 628	31 125	3,32	2,17
écart-type	50	33	11 869	13 911	0,90	0,58
Coefficient de variation	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3
minimum	14	8	5 127	4 963	1,95	1,15
quartile n°1	48	49	16 930	19 760	2,70	1,68
médiane	77	59	25 465	34 325	3,12	2,24
quartile n°3	130	81	41 117	43 355	3,16	1,87
maximum	187	127	46 718	51 480	4,93	3,17
Rapport max/min	13,36	15,88	9,11	10,37	2,53	2,76
Rapport quartile 3 sur quartile 1	2,71	1,65	2,43	2,19	1,17	1,11
Rapport Décile 9/1	3,92	4,44	3,25	3,41	2,10	2,15

Source : CREA DAM décembre 2011 Service statistiques et études du RSI : Toutes causes d'invalidité confondues, population RSI générations > 1951 Traitement IGAS

[225] Sur les seules données métropolitaines, on retrouve des valeurs d'écart de 2,53 pour les artisans et de 2,76 pour les commerçants. Ces résultats sont proches de ceux constatés dans le régime général.

2.2.3. Synthèse sur l'hétérogénéité en matière de pensions d'invalidité dans les quatre régimes principaux d'assurance obligatoire

[226] Le phénomène d'hétérogénéité ne se cantonne donc pas au seul régime général et touche aussi les autres régimes de sécurité sociale RSI et MSA.

[227] Les données disponibles communes qui permettent de mettre en regard les principaux indicateurs de dispersion sont régionales et ne concernent que la métropole pour les quatre régimes principaux du risque invalidité. Elles sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 25 : Indicateurs de dispersion en 2010 des moyennes régionales de demandes d'invalidité à la CNAMTS, à la MSA et au RSI rapportées à la population protégée de chaque régime en métropole

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

Source : CNAMTS, CCMSA et RSI ; Traitement IGAS

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

2.3. Les régimes spéciaux sont également concernés

[229] L'évaluation des pensions de retraite pour invalidité des trois fonctions publiques repose au premier chef sur deux instances consultatives, les comités médicaux et commissions de réforme de l'Etat, qui sont saisis par les services RH des ministères, des collectivités territoriales et des établissements de santé. L'instruction initiale des pensions de retraite pour invalidité est départementale et repose, sauf exception¹¹, sur les 100 commissions de réforme. La décision d'attribution repose sur les bureaux des pensions des administrations, après validation du service des retraites de l'Etat ou de la CNRACL selon le statut du fonctionnaire.

[230] Les données suivantes détaillent pour les deux réseaux administratifs des fonctions publiques, Etat d'une part et collectivités Territoriales et hôpitaux d'autre part, les principaux écarts en matière de taux d'attribution des pensions d'invalidité.

2.3.1. Les pensions de retraite pour invalidité dans la fonction publique de l'Etat

[231] Environ 1,4 millions de personnes touchaient une pension de retraite civile en 2010¹². Les pensions de retraite pour invalidité concernaient 100 000 personnes et en leur sein, les pensions imputables au service représentaient 5 000 personnes. Il y a donc 95 000 personnes anciens fonctionnaires qui perçoivent une pension d'invalidité au sens de l'invalidité du régime général.

[232] Il n'existe pas de données consolidées pour les fonctionnaires de l'Etat du nombre de demandes de pension de retraite par invalidité par département, toutes administrations confondues. Par contre, le nombre de nouvelles pensions servies chaque année dans un département donné est connu et suivi par le service des retraites de l'Etat. Il peut être rapporté à la population des fonctionnaires en exercice dans ce département.

[233] Ce rapport est une approximation : les pensions servies dans un département donné ne signifient pas que le fonctionnaire y travaillait ; par ailleurs, compte tenu des faibles effectifs dans certains départements, les données ont été analysées au niveau régional. Enfin, compte tenu ici aussi des très faibles effectifs servis dans les DOM et notamment en Guyane, les analyses présentées ne concernent que les régions de la métropole.

[234] Sous ces réserves, on constate dans ce domaine une hétérogénéité importante entre départements et régions en matière d'incidence annuelle des nouvelles pensions de retraite pour invalidité des fonctionnaires. Les tableaux suivants détaillent les principaux indicateurs d'hétérogénéité en 2010 et sur la période 2007-2010.

¹¹ Certaines administrations comme le ministère de l'intérieur ou le ministère des affaires étrangères ou certains établissements publics comme le CNRS gèrent en interne leurs propres comités médicaux et commissions de réforme.

¹² Les agents contractuels relèvent du régime général comme pour la FP Hospitalière

Tableau 26 : Variation régionale en 2010 du nombre de mises en invalidité rapporté au nombre de fonctionnaires de métropole, dans le régime de la Fonction publique Etat

Métropole	2010	2007-2010
Taux d'incidence moyen	2,46	2,55
écart-type	0,89	0,87
coefficient de variation	0,36	0,34
Minimum	1,11	1,57
quartile n°1	1,96	1,98
Médiane	2,28	2,39
quartile n°3	2,94	2,89
Maximum	5,01	5,21
Rapport maximum/minimum	4,49	3,32
Rapport quartile 3 sur quartile 1	1,50	1,46
Rapport Décile 9/ Décile 1	2,24	1,95

Source : DGFIP, Service des Retraites de l'Etat, base des retraites 2006-2011 & FGE, Colter, DADS, Insee. Enquête SAE, Drees. Traitement DGAFP, bureau des statistiques, des études et de l'évaluation ; Retraitement : IGAS.

- [235] Le taux d'incidence des mises en invalidité concerne 2,46 fonctionnaires sur mille chaque année. Ce taux est stable ces dernières années.
- [236] Sur les seules données métropolitaines, on retrouve des valeurs d'écart maximum/minimum de 4,5 en 2010 et de 3,32 sur la période 2007-2010. Ces écarts sont proches des écarts entre régions constatés dans le régime général.

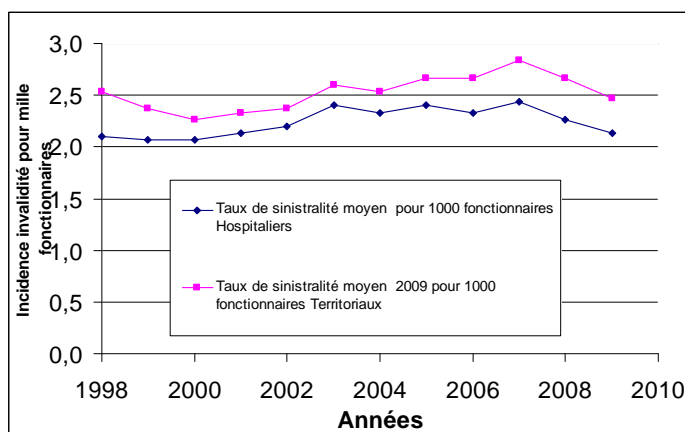
2.3.2. Les pensions de retraite pour invalidité dans les fonctions publiques hospitalières et territoriales

- [237] La caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) gère les pensions d'invalidité des agents de la fonction publique hospitalière¹³ et de la fonction publique territoriale.
- [238] Les dernières statistiques publiées sur les pensions d'invalidité datent de 2009 et concernent les flux d'entrée¹⁴. Le taux d'incidence des mises en retraite pour invalidité concerne 2,21 fonctionnaires hospitaliers sur mille actifs et 2,29 fonctionnaires territoriaux en 2009. Ce taux est globalement stable ces dix dernières années pour les hospitaliers et légèrement décroissant pour les territoriaux.

¹³ Les agents hospitaliers contractuels relèvent du régime général comme pour la FP Etat

¹⁴ Etude de l'invalidité Pensions – Allocations – Rentes Flux 2009 Caisse des dépôts – Etablissement de Bordeaux – PPGE1. Septembre 2011

Graphique 2 : Evolution des mises en invalidité dans les fonctions publiques hospitalière et territoriales entre 1998 et 2009



Source : Caisse des dépôts. Retraites 2011 ; Retraitement : IGAS ; Moyennes lissées triennales

[239] On observe dans ce secteur également une sinistralité particulièrement faible dans les DOM :

- le taux est de 1,1 pour mille chez les hospitaliers soit un écart de 1 à 2 avec le taux observé en France (2,1 pensions d'invalidité nouvelles en 2009 pour 1000 actifs) ;
- le taux est de 0,4 pour mille chez les fonctionnaires territoriaux des DOM, l'écart est donc encore plus marqué avec le taux France : il est de 1 à 6. Pour tenir compte de ce phénomène, les principaux indicateurs d'écart entre régions sont détaillés dans le tableau ci-dessous sur la seule métropole.

Tableau 27 : Variation régionale en 2009 des mises en invalidité dans les fonctions publiques hospitalière et territoriale rapportée au nombre de fonctionnaires en métropole

Métropole 2009	fonctionnaires Hospitaliers	fonctionnaires Territoriaux
Taux d'incidence régional moyen	2,21	2,29
écart-type	0,79	0,40
Coefficient de variation	0,36	0,18
minimum	1,30	1,60
quartile n°1	1,41	1,70
médiane	1,63	1,95
quartile n°3	2,00	2,30
maximum	2,65	2,60
Rapport maximum/minimum	3,09	2,80
Rapport quartile 3 sur quartile 1	4,20	2,90
Rapport Décile 9/ Décile 1	3,2	1,8

Source : Caisse des dépôts. Retraites 201 22 régions métropole1 ; Traitement : IGAS

[240] Sur les seules données métropolitaines, on trouve en matière de mise à la retraite pour invalidité des valeurs d'écart maximales entre régions de 3,2 pour la fonction publique hospitalière. Les indicateurs d'écart observés dans la fonction publique territoriale apparaissent en moyenne deux fois plus faibles que ceux de la fonction publique hospitalière

[241] Le tableau suivant rassemble les éléments de comparaison de l'hétérogénéité des taux d'incidence de mise en invalidité entre les trois fonctions publiques.

Tableau 28 : Variation régionale du nombre de mises en invalidité rapporté au nombre de fonctionnaires de métropole, dans les 3 régimes de la Fonction publique

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

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

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

2.4. Les régimes de réparation présentent également des variations dans les conditions d'attribution

[243] Les écarts régionaux existent également en matière de réparation que ce soit en accidents du travail ou pour la réparation des accidents médicaux ou celle spécifique, liée à l'exposition à l'amiante.

2.4.1. La réparation pour les victimes d'accidents médicaux

[244] Le dispositif d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est administré par l'ONIAM. L'office évalue en direct une partie des flux de demandes (VIH, Hépatite C, vaccinations et depuis 2011, du Benfluorex¹⁵...) mais pour l'essentiel, l'évaluation des accidents médicaux repose sur sept commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI). Ces dernières sont saisies d'environ 3 500 à 4 000 demandes par an ces cinq dernières années. Le nombre de demandes annuelles d'indemnisation rapporté à la population est légèrement croissant pour atteindre 66,5 demandes par million d'habitants en 2011¹⁶.

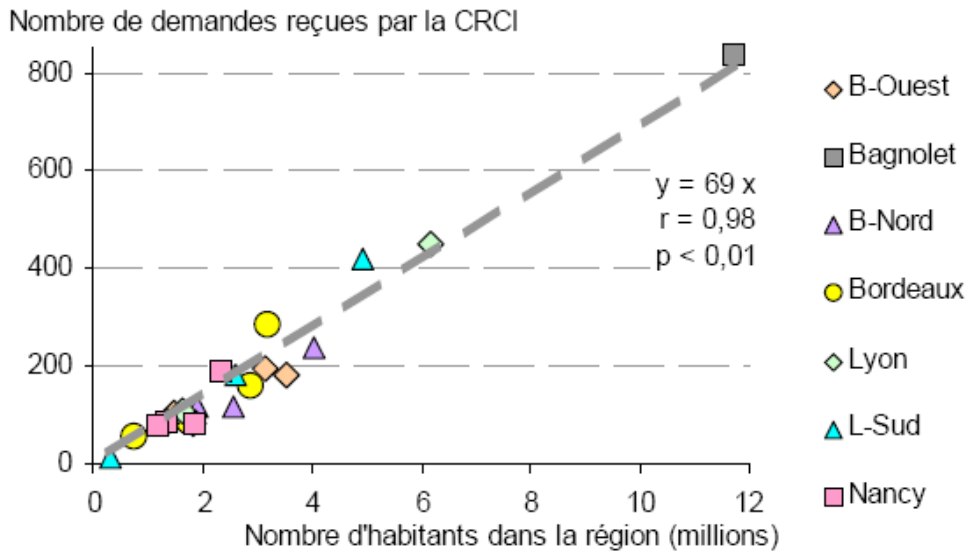
[245] La Commission nationale des accidents médicaux (CNAMED) est chargée de veiller à une bonne homogénéité du fonctionnement des CRCI. Elle relève qu'il existe une hétérogénéité géographique des demandes d'indemnisation entre CRCI ; cette variation est rapportée d'abord à la taille de la population régionale. Les données suivantes sont extraites de ses deux derniers rapports d'activité¹⁷.

¹⁵ Médiateur™

¹⁶ Ecart-type est de 12,8

¹⁷ CNAMED. Rapports annuel au gouvernement Année 2008-2009 et 2010-2011

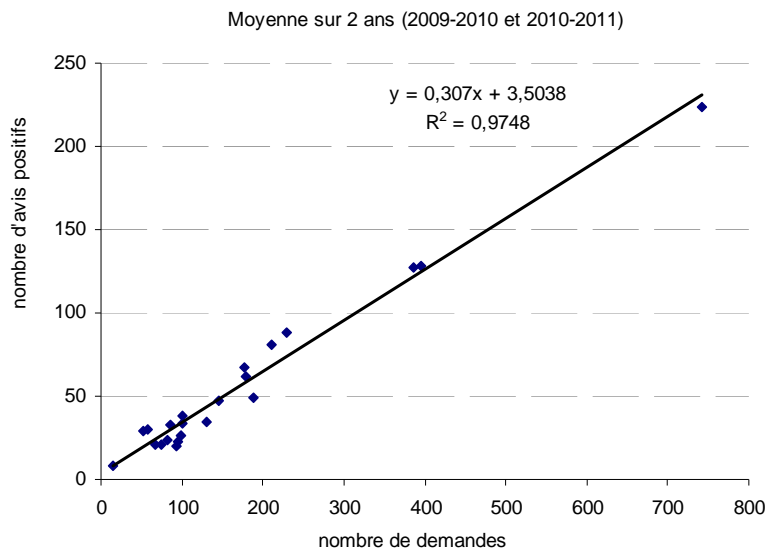
Graphique 3 : Corrélation entre le nombre de demandes reçues par la CRCI et le nombre d'habitants (en million d'habitants)



Source : CNAME.D. Rapport 2010-2011

[246] Il existe des écarts entre régions allant de 1 à 2 selon les CRCI entre les nombres de demandes rapportées au nombre d'habitants : de 44 par million en Haute Normandie à 89,4 en Aquitaine. Le nombre d'avis favorables est également corrélé, et ceci est intuitif, au nombre de demandes, comme en témoigne le schéma suivant.

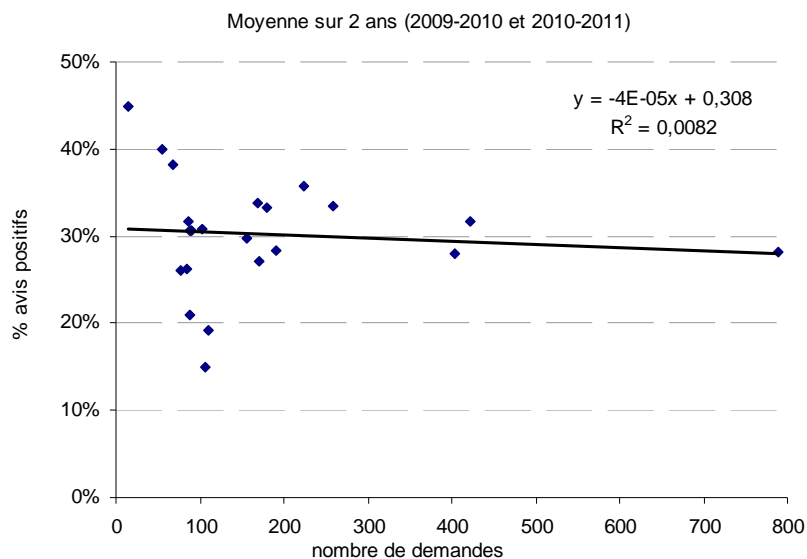
Graphique 4 : Corrélation entre le nombre de demandes et le nombre d'avis favorable selon les CRCI



Source : CNAME.D, requête IGAS

[247] Certains dispositifs sont amenés, de par les volumes de dossiers traités, à moduler leurs instructions ce qui peut peser sur leurs résultats. Ce phénomène n'est pas observé s'agissant des CRCI : il n'existe pas dans ce dispositif de corrélation entre le nombre de demandes et la proportion d'avis positifs, comme en témoigne le graphique suivant.

Graphique 5 : Coefficient de corrélation entre le nombre de demandes adressé aux CRCI et le taux d'accord



Source : CNAME, requête IGAS

[248] Dans un peu plus d'un cas sur trois (38 %) la demande d'indemnisation aboutit à un avis favorable de la CRCI. Ce taux varie de 15 à 45 %. La CNAME a réalisé une étude spécifique pour en comprendre les principaux déterminants ; elle est présentée en seconde partie de cette annexe.

2.4.2. La réparation pour les victimes de l'amiante

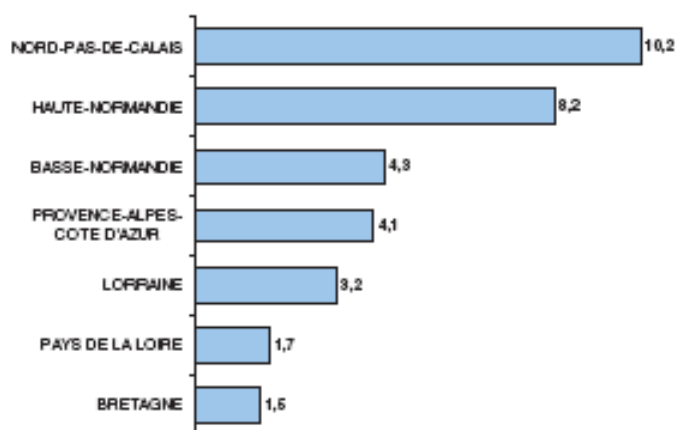
[249] En 2011 70 000 victimes vivantes ou décédées étaient connues du fond d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ; environ 100 000 décès sont attendus sur la période 1999-2025.

[250] Le FIVA instruit directement l'ensemble des demandes qui lui parviennent. Les demandes proviennent des victimes ou de leurs ayant droits. Régulièrement croissant entre 2002 et 2007, le nombre de demandes a fortement décliné depuis 2008 (-40 %) pour se situer en 2010 à environ 6000. Il n'existe pas de processus d'évaluation décentralisé en la matière.

[251] Il existe par contre des différences importantes concernant les demandes régionales, qui sont pour partie rapportées à la concentration des professions exposées à l'amiante dans la région. 11 départements concentraient les deux tiers des victimes en 2008¹⁸.

¹⁸ FIVA Rapport annuel au Parlement 2008

Graphique 6 : Sur-représentation régionale des victimes de l'amiante (année 2008)



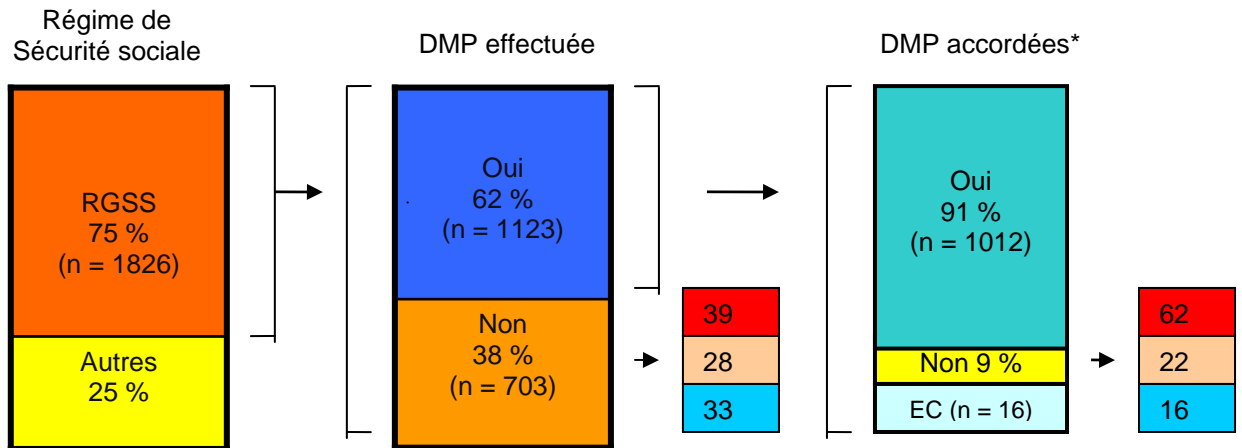
Source : FIVA. Rapport annuel ; données cumulées. Lecture : dans la région Nord Pas-de-Calais, la part des victimes de l'amiante connues du FIVA rapportée à la population excède de 10,2 points, ce qui serait attendu compte tenu du poids de la région dans la population générale de la France métropolitaine.

- [252] Tous les cas d'exposition à l'amiante ne transitent pas par le FIVA. Certains employeurs gèrent directement le risque ATMP et indemnisent sur la même grille que le FIVA, sous condition de non contentieux. Une autre option peut-être encore choisie : il s'agit de l'ancienne voie contentieuse utilisée avant la création du FIVA : soit une déclaration en maladie professionnelle puis une saisine du TASS pour une reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur aboutissant à la reconnaissance du préjudice intégral. 10 à 13 % des victimes choisiraient cette voie chaque année¹⁹.
- [253] Il n'existe pas de données consolidées permettant de mesurer si l'accès au dispositif d'indemnisation, quelque soit la voie choisie est proportionnelle à la population potentiellement exposée d'une région ou d'un régime de protection sociale.
- [254] Toutefois, pour ceux qui font une demande, certaines données laissent à penser qu'il peut exister des différences importantes de reconnaissance en maladie professionnelle des conséquences d'une exposition à l'amiante. Les victimes dites « professionnelles » peuvent adresser une demande au FIVA après avoir obtenu la reconnaissance de leur affection au titre de maladie professionnelle. Cette reconnaissance repose sur une instruction réalisée par les médecins conseil auprès des différents régimes de protection sociale.
- [255] Une étude, menée en 2010 en Ile de France dans le régime général témoigne de la variabilité de l'accès aux droits pour les patients porteurs d'un mésothéliome pleural que ce soit matière de reconnaissance de maladie professionnelle (MP) ou d'accès au FIVA dans les 22 départements du Programme national de surveillance du mésothéliome, pour les sujets relevant de la CNAMTS²⁰. Les principales conclusions de cette étude sont reprises ci-dessous.
- [256] « Pour les années 1999 à 2009, 2428 cas ont été enregistrés dont 75 % relèvent de la CNAMTS. Une demande de reconnaissance en maladie professionnelle a été effectuée par 62 % (n = 1123) des sujets qui, dans 91 % des cas ont bénéficié d'un accord de la Sécurité sociale. Les refus (9 % des sujets) sont en grande majorité d'ordre administratif. **Parmi les 38 % de sujets n'ayant pas effectué de demande de reconnaissance en MP, 39 % sont considérés comme au moins possiblement exposés à l'amiante.** La proportion de demandes effectuées varie selon les départements et est significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes ».

¹⁹ FIVA Rapport annuel au Parlement 2010

²⁰ Institut Interuniversitaire de Médecine du Travail de Paris Ile de France Rapport d'activité 2010 Volet médico-social. Programme national de surveillance du mésothéliome PNSM.

Schéma 3 : Devenir des déclarations de maladie professionnelle auprès de la CNAMTS (années 1999-2009) des 22 départements du PNSM (n = 2428)



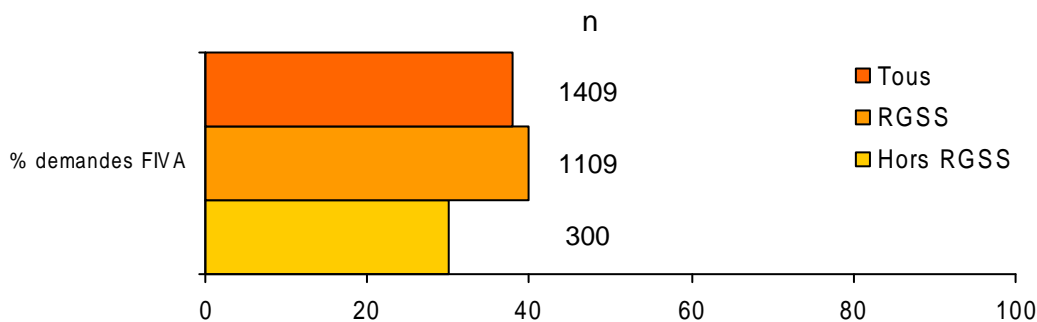
* : Le calcul du pourcentage des DMP ne prend pas en compte les données en cours

E+ Exposition professionnelle à l'amiante retrouvée **E-** Exposition professionnelle à l'amiante non retrouvée **E?** Exposition professionnelle à l'amiante non évaluée

Source : Institut Interuniversitaire de Médecine du Travail de Paris Ile de France Rapport d'activité 2010

[257] « Parmi les 1409 cas du PNSM diagnostiqués à partir du 01/01/2005, 38 % des sujets (n = 531) ont effectué une demande d'indemnisation qui dans la quasi-totalité des cas a conduit à un accord. **Les sujets relevant de la CNAMTS (n = 1109) font une demande d'indemnisation dans 40 % des cas alors que cette proportion est de 30 % lorsqu'ils relèvent d'autres régimes de protection sociale** ». Cette différence est statistiquement significative.

Graphique 7 : Demandes d'indemnisation auprès du FIVA. Cas 2005-2009



Source : Institut Interuniversitaire de Médecine du Travail de Paris Ile de France Rapport d'activité 2010

- [258] « La **distribution des demandes varie d'un département à l'autre** (pour les départements avec plus de 20 sujets) de 16 % dans les Alpes Maritimes à 62 % en Dordogne et diminue significativement selon les années de diagnostic : Ainsi au 26.10.2010, 52 % des sujets diagnostiqués en 2005 ont fait une demande, 48 % des sujets diagnostiqués en 2006, 46 % des sujets diagnostiqués en 2007 et 31 % des sujets diagnostiqués en 2008 . Par ailleurs, la proportion de demandes est d'autant plus grande que les sujets sont plus jeunes (49 % chez les < 65 ans versus 24 % chez les > 75 ans.
- [259] Environ **1/3 des sujets du régime général ne font ni demande de reconnaissance en MP ni demande d'indemnisation auprès du FIVA**. Les femmes sont significativement plus nombreuses à ne faire aucune demande (54 % versus 28 % chez les hommes) et plus les sujets sont âgés plus la proportion de ceux qui n'effectuent aucune demande est importante (45 % chez les > 75 ans / 23 % chez les < 65 ans ».

2.4.3. La réparation en accident du travail et maladie professionnelle

- [260] On a vu qu'il existe s'agissant du mésothéliome, une différence nette entre le taux de reconnaissance de la CNAMTS (40 %) et celui des autres régimes de sécurité sociale (30 %) ; des divergences sur les autres causes de MP sont donc vraisemblables.
- [261] L'hétérogénéité de la reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles. (ATMP) est un sujet connu et ancien qui fait l'objet d'un objectif spécifique du programme de qualité et efficacité (PQE) annexé à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). L'objectif 2 du programme ATMP » vise explicitement à améliorer la reconnaissance des AT-MP et l'équité de la réparation. Cet indicateur ne concerne à ce stade que les seules caisses primaires du réseau CNAMTS.

2.4.3.1. Reconnaissance des accidents du travail et des accidents de trajet

- [262] Les résultats publiés concernant l'hétérogénéité de reconnaissance des accidents de travail et des accidents de trajet sont détaillés ci-dessous²¹.

²¹ Les comparaisons des taux de reconnaissance moyens par CPAM sont effectuées en pondérant le taux de chaque caisse par le nombre de dossiers reçu, afin de mieux tenir compte des différences de population salariées existant entre les caisses primaires.

Tableau 29 : Variations entre CPAM du taux de reconnaissance des accidents du travail et du trajet en France entre 2007 et 2010

Accidents de travail	2007	2008	2009	2010
moyenne en %	82,0 %	81,1 %	81,1 %	79,5 %
Ecart-type	4,3 %	4,2 %	4,4 %	4,5 %
coefficient de variation	0,05	0,05	0,05	0,06
1er Décile	74,0 %	73,0 %	73,1 %	71,8 %
9ème décile	88,5 %	87,5 %	88,0 %	86,8 %
Ecart D9-D1	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %
Rapport D9/D1	1,2	1,2	1,2	1,2
Accidents de trajet	2007	2008	2009	2010
moyenne en %	74,6 %	74,7 %	77,1 %	77,3 %
Ecart-type	7,6 %	5,9 %	4,1 %	4,5 %
coefficient de variation	0,10	0,08	0,05	0,06
1er Décile	61,1 %	64,4 %	70,4 %	69,8 %
9ème décile	85,8 %	84,1 %	84,9 %	84,8 %
Ecart D9-D1	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %
Rapport D9/D1	1,4	1,3	1,2	1,2

Source : PLFSS 2012 CNAMTS, statistiques annuelles ORPHEE en date de dernière décision à juin 2011 Données France 102 CPAM et 4 CGSS ; traitement IGAS

- [263] La réduction de l'hétérogénéité des taux de reconnaissance des accidents de travail et de trajet entre les caisses primaires d'assurance maladie constitue depuis 2008 un objectif national pour la branche AT-MP. Les données récentes témoignent d'une stabilité des écarts constatés entre CPAM pour les accidents du travail (pas de modification de l'écart type, coefficient de variation et rapport inter déciles D9/D1)
- [264] Les écarts entre les taux de reconnaissance se réduisent pour les accidents de trajets. Les écarts ont décliné de dix points en 4 ans : 25 % en 2007 à 15 % en 2010.

2.4.3.2. Reconnaissance des maladies professionnelles

- [265] Les résultats publiés sur l'hétérogénéité de reconnaissance des maladies professionnelles ne concernent que les maladies d'origine ostéo-articulaires du membre supérieur qui constituent les ¾ des pathologies déclarées (tableau 57 : affections per articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail) autrement appelés les troubles musculo-squelettiques - TMS.

Tableau 30 : Variations entre CPAM du taux de reconnaissance des maladies professionnelles TMS du membre supérieur en France entre 2007 et 2010

maladies professionnelles	2007	2008	2009	2010
moyenne	83,9 %	82,6 %	82,7 %	80,7 %
Ecart-type	8,6 %	8,1 %	7,5 %	7,1 %
coefficient de variation	0,10	0,10	0,09	0,09
1er Décile	67,1 %	67,4 %	68,2 %	67,1 %
9ème décile	95,9 %	95,7 %	94,4 %	90,8 %
Ecart D9-D1	29 %	28 %	26 %	24 %
Rapport D9/D1	1,43	1,42	1,38	1,35

Source : PLFSS 2012 CNAMTS, statistiques annuelles ORPHEE en date de dernière décision à juin 2011 Données France 102 CPAM et 4 CGSS

[266] Le taux de reconnaissance est également ici pondéré par le nombre de dossier reçus par caisse. Les écarts entre les taux de reconnaissance des maladies professionnelles par les CPAM, mesurés ici également par les indicateurs de dispersion (écart type, coefficient de variation et rapport inter déciles D9/D1) sont légèrement décroissants.

2.5. *Les régimes des minima sociaux sont également concernés par les questions d'hétérogénéité au premier rang desquels l'AAH*

2.5.1. **L'existence de disparités géographiques d'accès et d'attribution de l'AAH est connue et documentée de longue date²²**

[267] En 2009, la DREES relevait qu'en moyenne « entre 2001 et 2005, le taux d'accords suite à une première demande [d'AAH] variait de 1,1 à 4 pour mille habitants de 20 à 59 ans. Entre 2006 et 2008, et dans un contexte institutionnel sensiblement différent, puisque ces accords sont désormais délivrés par les MDPH, le taux moyen de premiers accords varie entre 0,9 et 3,2 pour mille, avec une valeur médiane de 1,9 pour mille, pour les 57 départements où cette information est disponible les trois années ».

[268] Le tableau suivant rassemble les principaux indicateurs de variation tirés de ce travail de compilation historique :

Tableau 31 : Variation des taux de premiers accords AAH selon les départements
(pour 1000 habitants de 20 à 59 ans)

	Moyenne 2006 - 2008	Moyenne 2006 - 2007
Nombre de départements	57	89
Moyenne départementale	1,9	1,8
Écart-type	0,6	0,5
minimum	0,9	0,9
Q1	1,5	1,5
médiane	1,9	1,8
Q3	2,3	2,1
maximum	3,2	3,1

Source : DREES. Note pour le groupe technique attribution de l'AAH juin 2009

[269] Les rapports entre taux de premiers accords maximaux et minimaux sont ici de 3,4 pour 2006-2007 et 3,5 pour 2006-2008.

[270] Ces analyses sont contemporaines de la création des MDPH. Cette situation historique a-t-elle évolué ? On s'intéressera tout d'abord aux pensions versées, puis aux nouvelles demandes et au taux d'accord sur ces nouvelles demandes.

²² Cette sous partie est reprise intégralement d'une analyse réalisée par la DREES pour un groupe de travail piloté par la CNSA en 2009 : DREES-OS/CM n°1 Note pour le groupe technique « Attribution de l'AAH » (CNSA, DGAS, DEES, MDPH). Disparités départementales d'attribution de l'AAH – Effets du contexte local

2.5.2. Il existe des écarts allant de 1 à 4 entre départements pour le nombre de bénéficiaires de l'AAH en 2010

[271] En moyenne, 3 personnes pour 1000 habitants de 20 à 59 ans bénéficient d'une AAH en France. Les principaux indicateurs de variation sont détaillés ci-dessous :

Tableau 32 : Variation départementale du nombre de bénéficiaires de l'AAH en 2010 et des taux de bénéficiaires pour 1000 habitants de 20 à 59 ans en France

France 2010	Nombre de bénéficiaires AAH	Taux pour 1000 habitants de 20 à 59 ans
Total	914 950	
Moyenne	9 150	3,02
écart-type	7 166	0,86
Coefficient de variation	0.60	0,25
Minimum	1 593	1,40
Décile 1	3 189	1,88
quartile n°1	4 856	2,46
Médiane	7 391	3,01
quartile n°3	11 174	3,63
Décile 9	17 072	3,98
Maximum	42 777	6,13
rapport maximum/minimum	26,9	4,4
Rapport quartile 3 sur quartile 1	2,30	1,48
Rapport Décile 9/ Décile 1	5,35	2,12

Source : CNAF-CCMSA. Données France entière, Traitement IGAS

[272] Le rapport entre le taux de bénéficiaire le plus élevé (Lozère, 6,1) et le plus bas (Yvelines, 1,4) est de 4,4. Le rapport inter-déciles 9/1 est de 2,1 soit deux fois moindre que le précédent, ce qui témoigne du poids des valeurs extrêmes dans ces indicateurs.

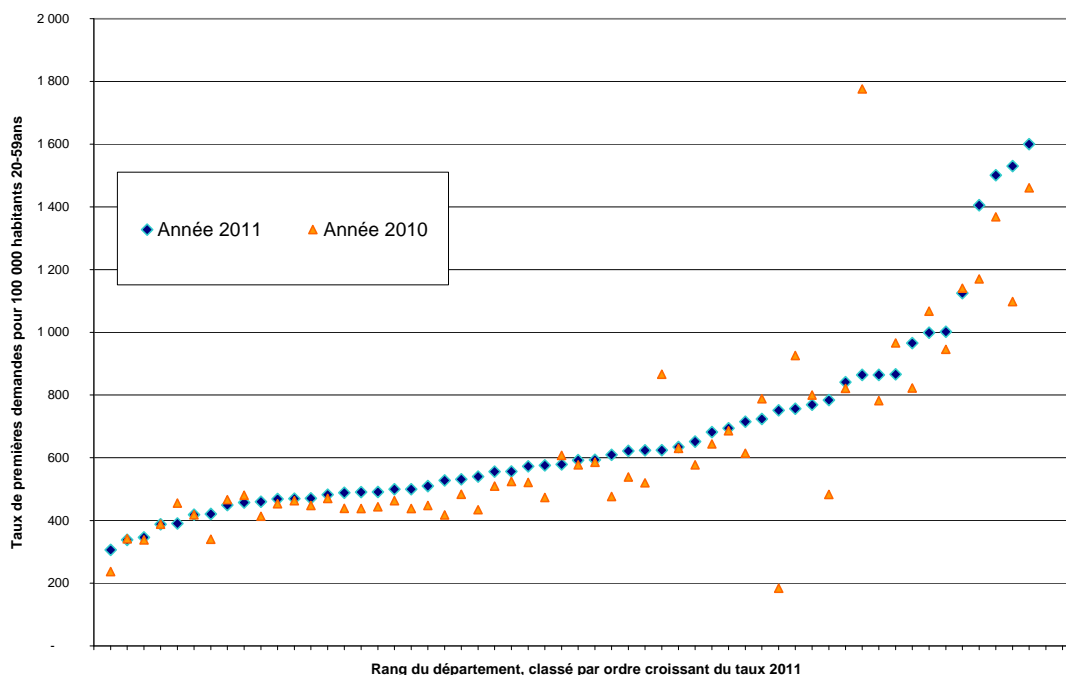
2.5.3. L'écart entre départements des premières demandes d'AAH varie de 1 à 10 et celui entre les taux d'accords de 1 à 15

[273] La loi de finance 2011 porte dans son programme 157 un objectif visant à accroître la qualité des décisions de maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). L'un des indicateurs retenus porte sur l'écart entre le minimum et le maximum des taux départementaux des premiers accords d'allocation d'adulte handicapé (AAH) pour mille habitants de 20 à 59 ans.

2.5.3.1. Variation des premières demandes d'AAH

[274] La CNSA produit cet indicateur à l'attention de la DGCS responsable du programme 157. Les données sont déclaratives et produites sur un échantillon de départements (respectivement 49 et 52 réponses exploitables en 2010 et 2011) en raison de l'absence de système d'information consolidé national. Les données ci-dessous sont donc présentées à titre indicatif car portant sur la moitié des départements et un peu moins de 20 millions d'habitants, soit 60 % de la population de cette tranche d'âge.

Graphique 8 : Taux de premières demandes d'AAH pour 100000 habitants, par département, rapporté à la population âgée de 20 à 59 ans en 2010 et 2011



Source : CNSA/ Direction de la compensation.

[275] Les principaux indicateurs de variation sont détaillés ci-dessous :

Tableau 33 : Variation des taux de premières demandes rapportés à 1000 habitants dans la population des 20-59 ans des départements de l'échantillon CNSA 2010 - 2011

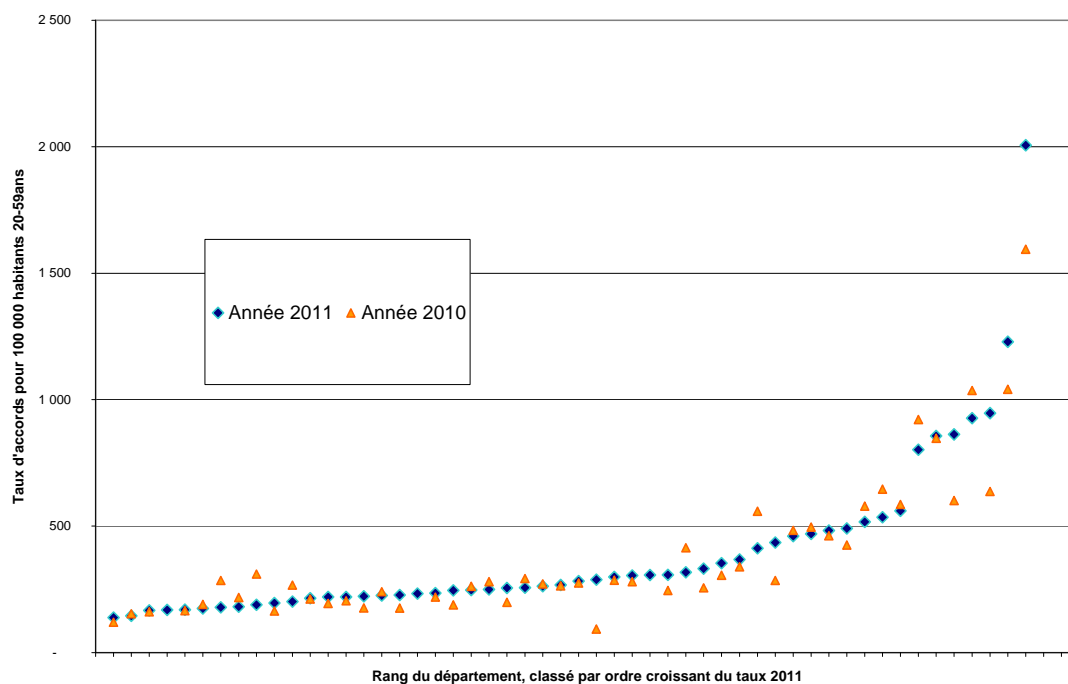
Indicateurs de dispersion	2010	2011	2010-2011
Moyenne	6,37	6,73	6,55
écart-type	3,11	2,92	3
Coefficient de variation	0,49	0,43	0,44
Minimum	1,84	3,06	3
Décile 1	4,01	4,19	4
Quartile n°1	4,47	4,87	5
Médiane	5,15	5,85	5
Quartile n°3	7,92	7,60	8
Décile 9	10,83	10,00	11
Maximum	17,76	16,00	15
rapport maximum/minimum	9,7	5,2	5,6
Rapport quartile 3 sur quartile 1	1,8	1,6	1,64
Rapport Décile 9/ Décile 1	2,7	2,4	2,57

Source : CNSA/ Direction de la compensation. Traitement IGAS

[276] Sur l'échantillon des départements, en moyenne 6,37 premières demandes d'AAH ont été déposées dans les MDPH pour 1000 habitants de 20 à 59 ans en 2010 et 6,73 en 2011. Les rapports entre le taux de première demande le plus élevé (Aquitaine) et le plus bas (Haute Savoie) sont respectivement de 9,7 et 5,2 pour ces deux années. Les rapports inter-déciles 9/1 sont de 2,7 et 2,4.

2.5.3.2. Variation des taux d'accord des MDPH

Graphique 9 : Taux d'accord d'AAH des MDPH de l'échantillon pour une première demande d'AAH rapporté à la population des 20 – 59 ans en 2010 et 2011



Source : CNSA/ Direction de la compensation.

[277] Les principaux indicateurs de variation sont détaillés ci-dessous :

Tableau 34 : Variation départementale en 2010 et 2011 du nombre d'accord des MDPH rapportés aux 20-59 ans des départements de l'échantillon CNSA (p 1000 habitants)

Indicateurs de variation	2010	2011	2010-2011
Moyenne départementale	3,9	4,0	3,8
écart-type	2,9	3,3	3,0
Coefficient de variation	0,74	0,82	0,79
Minimum	0,9	1,4	0,8
Décile 1	1,7	1,7	1,7
Quartile n°1	2,0	2,2	2,1
Médiane	2,8	2,8	2,7
Quartile n°3	4,8	4,6	4,7
Décile 9	6,9	8,5	7,9
Maximum	15,9	20,1	18,0
rapport maximum/minimum	17,1	14,5	21,3
Rapport quartile 3 sur quartile 1	2,36	2,10	2,23
Rapport Décile 9/ Décile 1	4,15	4,87	4,65

Source : CNSA/ Direction de la compensation. Traitement IGAS

[278] Sur l'échantillon des départements, 4 premières demandes en moyenne d'AAH pour 1000 habitants de 20 à 59 ans ont été accordées en 2010 et 2011. Les rapports entre le taux de d'accord le plus élevé (Aquitaine) et le plus bas (Hautes Pyrénées) sont respectivement de 17,1 et 14,5 pour ces deux années. Les rapports inter-déciles 9/1 sont de 4.15 et 4.87.

[279] La dispersion est ici plus importante pour les taux d'accords que pour les taux de demande, contrairement au phénomène observé en matière de pension d'invalidité.

2.5.4. Cette hétérogénéité concerne également d'autres minima sociaux comme le RSA

[280] Autre minimum social, le RSA est un revenu de subsistance vers lequel certaines personnes invalides peuvent être orientées si elles ne disposent pas de droits ouverts au titre de l'assurance invalidité et/ou si leur incapacité n'est pas reconnue comme suffisante par les médecins conseil ou les équipes pluridisciplinaires des MDPH.

[281] Très lié au taux à la situation de l'emploi d'un département, ce minima est « naturellement » sujet à des variations en termes d'attribution départementale. Le tableau suivant détaille les principaux indicateurs de variation observés en 2009 en France. Les données RSA et RMI pour les DOM ont été cumulés pour l'exercice.

Tableau 35 : Variation départementale en 2009 du nombre d'attributions du RSA et du RMI rapportée aux 20-59 ans en France (p. 1000 habitants)

Nombre de bénéficiaires pour 1000 Habitants de 20 à 59 ans en 2009	Taux de bénéficiaires RSA ou RMI
Moyenne départementale	5,45
écart-type	1,56
Minimum	2,31
Décile 1	3,50
quartile n°1	4,04
Médiane	4,72
quartile n°3	5,94
Décile 9	8,15
Maximum	10,47
Rapport max/min	4,5
Rapport quartile 3 sur quartile 1	1,47
Rapport Décile 9/ Décile 1	2,33

Source : INSEE Population 20-59 ans 2009, DREES,, Données 2009 RSA et RMI, 100 départements
 Traitement IGAS

- [282] Le taux moyen départemental de bénéficiaires du RSA et/ou RMI était de 5,45 pour 1000 habitants de 20 à 59 ans en 2009. Le rapport entre le taux minimum (en Haute Savoie ; 2,3) et le taux maximum (Guyane ; 26,5) varie de 1 à 4,5. Le rapport inter-décile 9/1 est de 2,33.
- [283] Les ordres de grandeurs observés pour les variations des taux de pensions d'invalidité versées par la CNAMTS sont beaucoup plus élevés pour le rapport maximum/minimum (environ 19 en 2009), mais le rapport inter-déciles 9/1 est similaire (environ 2) ce qui témoigne d'une hétérogénéité surtout liée à des valeurs extrêmes (situation des DOM déjà signalée).

2.6. Les pays OCDE signalent également des disparités d'attribution en matière d'accès à l'invalidité

- [284] L'hétérogénéité régionale des taux d'attribution des pensions d'invalidité est un sujet largement partagé par d'autres pays. A titre d'illustration on citera l'exemple de quatre pays, la Suisse, la Pologne et la Norvège d'une part et d'autre part le Danemark qui enregistre d'après l'OCDE les écarts régionaux les plus marqués.

Tableau 36 : Variation régionale des taux de prestation d’invalidité en Suisse, Pologne et Norvège

	Norvège	Pologne	Suisse
Nombre de bénéficiaires de prestations d’invalidité^b			
Minimum	7.8	3.5	3.7
Maximum	14.0	7.0	9.1
Coefficient de variation	20 %	19 %	23 %
Réadaptation professionnelle^c			
Minimum	2.1	..	0.4
Maximum	4.3	..	1.3
Coefficient de variation	24 %	..	32 %

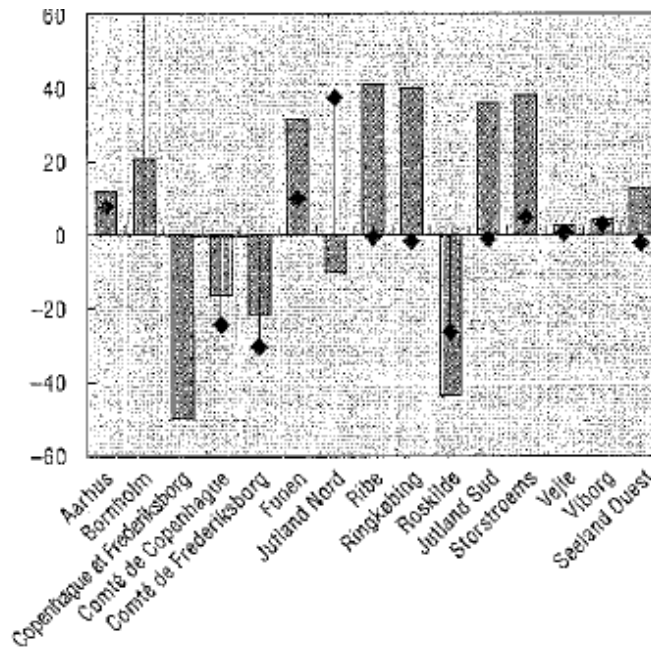
a) Calculs basés sur les résultats pour 19 comtés norvégiens, 16 voivoidships polonais et 26 cantons suisses.

b) Pourcentages de bénéficiaires en Norvège et en Suisse, personnes légalement reconnues comme lourdement ou modérément handicapées en Pologne.

c) Personnes souffrant d’invalidité professionnelle enregistrées au service public de l’emploi en Norvège, participants à un dispositif professionnel en Suisse. Aucune donnée disponible pour la Pologne.

Source : OCDE, *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – OCDE 2006 Vol 1*

Graphique 10 : Ecart en pourcentage entre les taux régionaux et national de prestations d’invalidité en 2006 au Danemark



Source : OCDE, *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – OCDE 2008 Vol 3*

[285] En Suisse, le pourcentage de bénéficiaires de prestations d’invalidité d’âge actif va de 4 % dans trois cantons germanophones à 7 % dans les cantons du Tessin et du Jura et jusqu’à 9 % à Bâle-ville. Le rapport est donc de 1 à 2,25. En Norvège, ce ratio est de 1,8 et en Pologne de 2.

- [286] On remarquera que les taux de prestations d'invalidité par habitants d'âge actif sont de beaucoup supérieurs à ceux des seules pensions d'invalidité en France à la fois parce qu'ils recouvrent des prestations plus larges financées en France également par l'AAH et parce que les régimes ont des contrôles d'ouverture des droits moins stricts qu'en France. Les taux ne peuvent donc être directement comparés.
- [287] S'agissant des écarts régionaux observés, les comparaisons sont par contre possibles et témoignent que l'hétérogénéité régionale d'attribution des prestations en matière d'invalidité est bien un phénomène observé dans les autres pays.

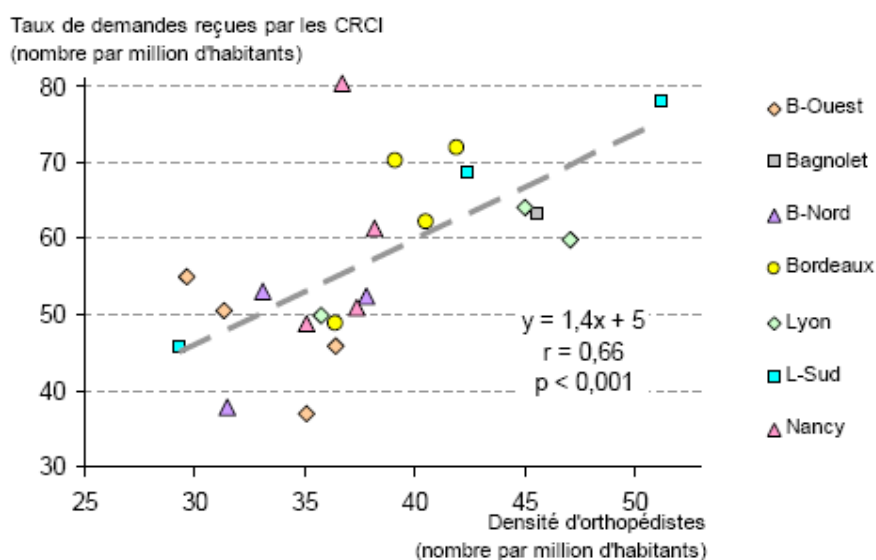
3. LES ETUDES DES CAUSES DE CES VARIATIONS RESTENT RARES ET INSUFFISAMMENT CONCLUANTES

- [288] Les données existent qui permettent d'observer des variations départementales ou régionales : nombre d'attributions rapportées au nombre d'habitants, nombre de nouvelles demandes par habitants, taux d'accord ou refus des organismes de gestion (caisses d'assurances invalidité des différents régimes, MDPH, commissions de réforme pour les fonctionnaires...). Par contre, rares sont les études qui tentent de déterminer les principaux déterminants de ces variations.
- [289] Deux études ont creusé récemment ce sujet : la première porte sur les décisions des CRCI et la seconde sur l'AAH. Elles font l'objet des développements suivants.

3.1. *L'étude de la CNAMED attribue à la densité de soins l'essentiel des différences de demandes d'indemnisations observées entre CRCI*

- [290] L'essentiel de la variance entre les taux de demandes d'indemnisation adressées aux CRCI est expliquée d'après la CNAMED par les variations de densité d'activité de soins des régions.
- [291] Celle-ci a été approchée indirectement par la mesure de densité de certains professionnels (orthopédistes) dont l'activité est potentiellement porteuse de complications nosocomiales. On conçoit que plus l'activité dans ce genre de disciplines est élevée, plus le risque de voir survenir une complication et par contrecoup une demande d'indemnisation l'est.
- [292] Ceci semble se vérifier, comme en témoigne le graphique suivant établi par la CNAMED.

Graphique 11 : Corrélation entre le taux de demandes d'indemnisation reçues par les CRCI en 2009-2010 et la densité de chirurgiens orthopédistes dans la région



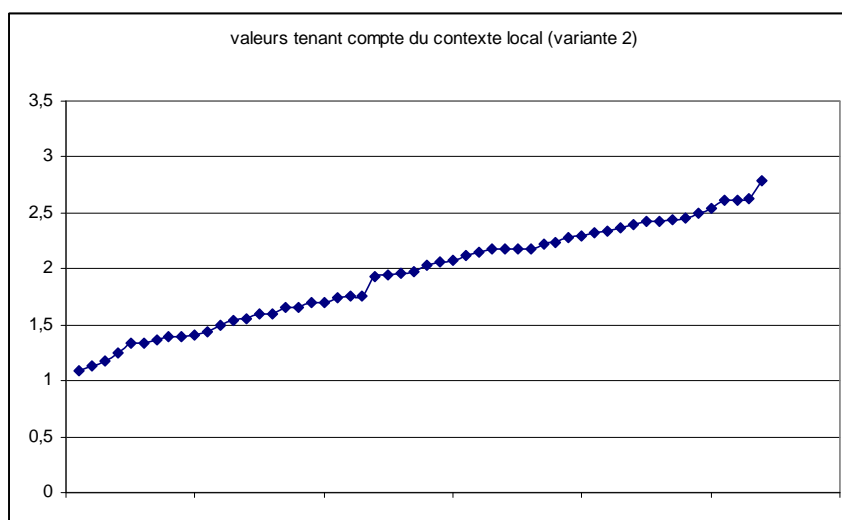
Source : CNAMED. Rapport 2009-2010

- [293] Le taux de demande est fortement corrélé à la densité des professionnels exerçant dans la région. Cette analyse a été confortée en 2010-2011 avec d'autres indicateurs de densité de soins comme l'activité PMSI régionale.

3.2. *L'étude de la DREES sur les causes de variations d'attribution de l'AAH considère que les deux tiers des écarts d'attribution sont liés à des facteurs socio-démographiques locaux*

- [294] L'étude de la DREES pour le groupe de travail animé par la CNSA sur l'attribution de l'AAH citée plus haut, s'est interrogée sur l'impact des principales variables de l'environnement local sur ces taux d'accord en matière d'AAH.
- [295] Pour rendre compte de l'effet du contexte local sur ces disparités de taux d'accords, la DREES a procédé à une modélisation statistique (régression multiple au niveau des départements). Il s'agit de la seule étude de variance « consistante » retrouvée sur le sujet dans les travaux conduits ces dix dernières années en France. La méthode et les résultats figurent intégralement en pièces jointes à cette annexe.
- [296] L'étude vise à identifier la part de variance expliquée par la combinaison des différentes variables de contexte local : socio-démographique (emploi, niveau éducatif, taux de chômage), indicateurs de pauvreté, degré d'urbanisation, état de santé et enfin offre de service en matière de handicap.
- [297] La DREES remarque justement que « le fait, pour une variable de contexte, d'être significative ne suffit pas à établir une relation de causalité directe avec les fluctuations de taux de premiers accords : la variable en question peut avoir un effet direct ou indirect sur la fréquence du handicap, sur la propension des personnes handicapées à faire une demande d'AAH, ou encore sur la prise de décision, accord ou non, une fois la demande exprimée. Par exemple, le taux de pauvreté est susceptible d'agir à ces trois niveaux ».
- [298] En tenant compte des variables de contexte départemental, l'amplitude du taux de premiers accords AAH rapportés à la population varie selon les départements de 1,1 pour mille à 2,8 pour mille, soit d'un facteur 2,5.

Graphique 12 : Valeurs départementales des taux de premiers accords d'AAH en tenant compte des variables de contexte départementales



Source : DREES, 2009

- [299] Il ressort de ces premiers travaux que **les deux tiers des variations entre les taux d'accord départementaux sont expliqués par la prise en compte de variables de contexte local.**

- [300] A l'inverse, un tiers de la variance des taux de premiers accords reste inexpliquée. La DREES précise que « ces écarts peuvent être attribués à des variables de contexte omises car non disponibles (état de santé) ou approchées avec une précision insuffisante (prévalence du handicap). Enfin, elles peuvent être liées à des différences de comportement des personnes (décidant ou non de faire une demande d'allocation) comme à des pratiques différentes concernant les taux d'accord ».
- [301] L'introduction de nouveaux paramètres dans le modèle, comme les pratiques des différentes MDPH en matière d'attribution serait donc susceptible d'intervenir pour cette part de variance inexpliquée, à côté d'autres facteurs non encore pris en compte.

3.3. Ces études reposent sur des analyses géographiques agrégées de faible niveau de preuve

- [302] Un grand nombre d'études descriptives, comme celles présentées dans la première partie de cette annexe, ont aujourd'hui démontré l'existence de variations importantes entre zones géographiques. Elles concernent des domaines divers allant de la consommation des ressources aux pratiques professionnelles.
- [303] L'intérêt de l'étude de la DREES longuement développée ici est de rétablir la part de variance qui pourrait finalement revenir (en partie) à l'organisation des organismes gestionnaires et aux pratiques professionnelles, notamment des médecins, en matière d'attribution des pensions d'invalidité.
- [304] L'hétérogénéité des pratiques médicales a fait l'objet de nombreuses études depuis les années 1970. Une étude déjà ancienne de M KERLEAU en avait fait une synthèse remarquable²³. La recherche des facteurs explicatifs de ces divergences faisait apparaître la complexité des mécanismes en œuvre dans un processus de décision médicale, fortement marqué par l'incertitude. Ces travaux ont largement contribué à promouvoir les politiques de normalisation des décisions à travers l'édition de recommandations de bonne pratiques et autres guidelines visant à encadrer la décision.
- [305] Mais la nature même des études produites a fait l'objet de critiques méthodologiques. Les développements suivants s'appuient sur le travail de synthèse publié par le CREDES en 2003 dans son introduction à une étude sur les pratiques des médecins généralistes²⁴. Elle est également reproduite en pièces jointes à cette annexe.

3.3.1. Les études de type « small variation area » (SMA) ont été très pratiquées dans les années 1970

- [306] Tous les travaux conduits en matière de comparaison des pratiques professionnelles consistent à analyser pour une période, une population et dans un espace géographique donnés, les écarts constatés d'un événement de santé (taux d'admission, actes chirurgicaux) ou de consommation de ressources (durée de séjour, dépense per capita) survenant dans un établissement de santé. Ces événements ou consommation de ressources sont ensuite rapportés à la population résidente de la zone géographique donnée et l'on compare les écarts. Le niveau d'agrégation peut-être plus ou moins important (regroupement d'hôpitaux, département, régions, Etats...).

²³ M. KERLEAU L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé Sciences sociales et santé, volume 16, n°4, 1998 pp 5-34

²⁴ MOUSQUES J, RENAUD Th et SCEMAMA O Variabilité des pratiques en médecine générale : la prescription d'antibiotiques. CREDES Biblio n°1494 Aout 2003

- [307] Les indicateurs de variations les plus utilisés sont le coefficient de variation (Rapport de l'écart type à sa moyenne), mais aussi le coefficient des extrêmes (rapport valeur maximale sur valeur minimale) comme cela a été réalisé dans cette annexe.
- [308] Ces études ont mis en évidence l'existence de variations d'autant plus importantes que l'incertitude médicale est grande sur la prise en charge ou la conduite à tenir. Par ailleurs, elles ont montré la grande stabilité de cette variation dans le temps sur une zone donnée : les écarts se corrigent peu et lentement. Enfin, et résultat particulièrement intéressant, les écarts semblent transversaux : dans un espace géographique donné les taux d'utilisation d'une procédure ou d'une consommation sont faibles (ou élevés) pour l'ensemble des indicateurs.
- [309] Des travaux ultérieurs ont montré comment les pratiques médicales s'homogénéisent dans une même zone géographique : un professionnel arrivant dans un nouvel espace va se conformer au standard local, accepté par tous, ce qui confère à la zone son identité propre.

3.3.2. Mais ces études SMA sont remises en cause depuis les années 1990

- [310] Les critiques portent sur l'ampleur des variations réellement existantes et la validité des mesures ainsi et surtout, sur la capacité de ces études à permettre d'isoler les principaux déterminants des écarts observés.
- [311] S'agissant de l'ampleur des variations, les critiques portent sur la nature des indicateurs de dispersion utilisés pour témoigner des écarts (coefficients de variation, coefficient des extrêmes) et pointent le risque de surévaluation des écarts. Ceci est particulièrement notable lorsque le nombre de zones géographiques analysées croît : les ampleurs des écarts régionaux et départementaux relevés dans la première partie de cette annexe en témoignent.
- [312] La critique principale porte sur l'utilisation de données agrégées pour analyser les causes de variabilité et notamment lorsqu'il s'agit d'en tirer des conclusions sur les pratiques professionnelles individuelles.
- [313] Pour ces raisons, la DREES considère que l'étude rendue en 2009 souffre des limites exposées ci-dessus et ne peut être considérée comme vraiment concluante. Une étude similaire sur les déterminants des variations géographiques en matière de pensions d'invalidité imaginée au démarrage de cette mission a été écartée pour cette raison.
- [314] Ces critiques méthodologiques ont conduit à promouvoir des analyses portant sur les données individuelles et s'appuyant sur des modèles statistiques multivariés. Ces développements ne sont pas à notre portée en matière d'étude des causes de variation géographiques dans le domaine de l'invalidité et du handicap faute de disposer à ce jour de bases de données consolidées sur les données individuelles. Un projet est actuellement porté par la CNSA en la matière, sur l'activité des MDPH. Rien de tel n'existe dans le champ de l'invalidité.

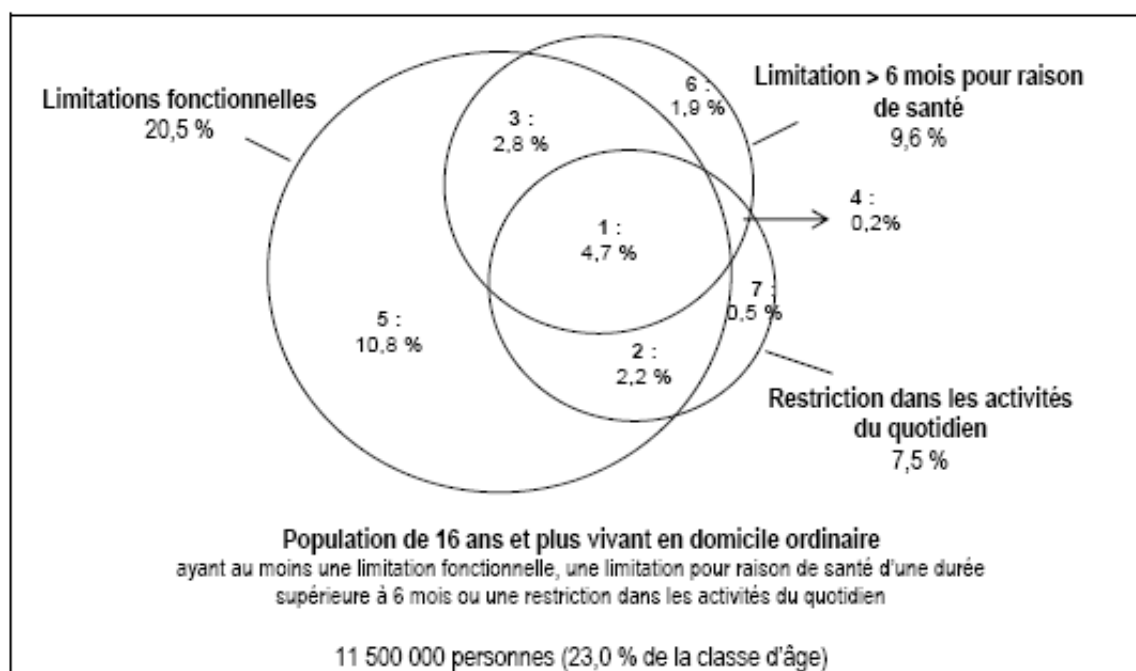
3.4. *Il n'existe pas d'étude consolidant les données des différents dispositifs contributifs et solidaires sur un territoire donné*

- [315] Au-delà de la compréhension des écarts, un autre sujet d'investigation est celui de la connaissance sur un même territoire des différentes prestations versées au titre de l'invalidité.

[316] Il n'existe pas ou peu de documents qui permettent de produire en France une vision consolidée de la population présentant un ou plusieurs handicaps et des prestations qu'elles reçoivent. Les données les plus complètes sont regroupées dans les annexes des PLFSS, dans les données de cadrage des dispositifs gérés par la CNSA²⁵. Les données ci-dessous en sont extraites directement.

[317] Les premières données concernent les personnes de 16 ans et plus vivant à domicile et qui ont déclaré une incapacité dans l'enquête Handicap-Santé²⁶. 11 500 000 personnes, soit près du quart des personnes vivant en domicile ordinaire et âgées d'au moins 16 ans sont ainsi repérées comme ayant des incapacités en 2008. Ce nombre approche les 6 millions chez les personnes âgées de 60 ans ou plus, soit 44,9 % de cette tranche d'âge.

Schéma 4 : Proportion de personnes vivant en logement ordinaire et ayant des incapacités, repérées à l'aide de l'enquête Handicap-Santé



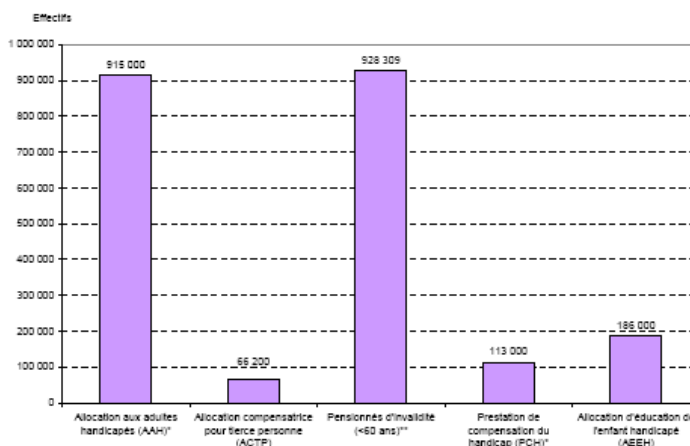
Source : Enquête Handicap-Santé, volet ménages (HSM – 2008, INSEE).

²⁵ PLFSS 2012. Annexe 1. Programme de qualité et d'efficacité (PQE). Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA

²⁶ L'enquête Handicap-Santé, dont la maîtrise d'ouvrage a été assurée par l'INSEE et la DREES, a été réalisée en 2008 auprès de personnes de tous âges vivant en ménages ordinaires (HSM) et en 2009 auprès de personnes hébergées en structure spécialisée dans l'accueil de personnes âgées, handicapées ou en grandes difficultés sociales (HSI). Les données présentées ici ne concernent que les ménages.

[318] Les bénéficiaires des différentes aides sont détaillés dans le schéma suivant :

Graphique 13 : Effectifs de bénéficiaires de différents types d'aides en faveur des personnes handicapées, en 2010



Source : Annexe 1 Annexe PLFSS 2012 PQE .Indicateur 1 Evaluation de la population concernée par un handicap 2ème sous-indicateur : effectifs de bénéficiaires des différents types d'aides

- [319] Ces données concernent principalement les bénéficiaires de pension d'invalidité et d'AAH. Une partie des bénéficiaires peuvent se superposer : une AAH différentielle peut-être versée en complément de ressource à certains bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Par ailleurs elles sont incomplètes : les pensions de retraites pour invalidité attribuées aux fonctionnaires ne sont pas incluses car considérées comme des pensions de retraites et non d'invalidité.
- [320] Ces données ne comprennent pas les prestations assurant une rente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Pas plus que les rentes versées au titre de la réparation d'un préjudice économique en droit commun.
- [321] Enfin les quelques consolidations existantes sont présentées sur une base nationale et non départementale. Ceci est dommageable, car comme cela est expliqué dans le corps du rapport, il existe des voies de passage importantes entre les différentes prestations qui procurent un revenu de remplacement : les indemnités journalières jusqu'à 3 ans d'arrêt de travail, les pensions d'invalidité, l'AAH à titre complémentaire et/ou pour celles et ceux qui ne sont pas éligibles à une pension d'invalidité et enfin, en filet social final, le RSA après épuisement des droits à chômage.
- [322] La mission a rassemblé avec l'aide de la CNSA ces données départementales afin d'amorcer le travail de consolidation souhaitable à conduire pour chaque département sur 3 des 4 types de revenus de remplacement : les pensions d'invalidité (CNAMTS)²⁷, l'AAH et enfin le RSA.

²⁷ Il n'a pas été possible de disposer des données départementalisées pour les autres régimes de sécurité sociale et seules les données CNAMTS sont fournies.

Tableau 37 : Analyse des indicateurs de dispersion du nombre de bénéficiaires départementaux de pension d'invalidité, d'AAH et des RSA-RMI en 2009 en France rapportés à la population des 20-59 ans

Nombre de bénéficiaires pour 1000 Habitants de 20 à 59 ans en 2009	AAH	RSA et/ou RMI	pensions invalidité (CNAMTS)
Total			
Moyenne départementale	2,92	5,45	1,81
écart-type	0,75	0,65	0,48
Min	1,35	2,31	0,17
Décile 1	1,83	3,50	1,19
quartile n°1	2,35	4,04	1,52
Médiane	2,90	4,72	1,79
quartile n°3	3,55	5,94	2,17
Décile 9	3,84	8,15	2,46
Max	4,78	6,28	3,24
rapport max/min	3,5	2,7	18,8
Rapport quartile 3 sur quartile 1	1,51	1,47	1,43
Rapport Décile 9/ Décile 1	2,10	2,33	2,07

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

[323] La situation des DOM est superposable à celle des départements de métropole concernant les taux d'attribution de l'AAH. Par contre, s'agissant du RMI et des pensions d'invalidité, les taux semblent inversement proportionnels : les plus élevés de France pour le RMI et les plus faibles pour les pensions d'invalidité, comme en témoigne le tableau suivant.

Tableau 38 : Situation des bénéficiaires des DOM en matière d'AAH, de RMI et de pensions d'invalidité rapportés à la population des 20-59 ans

Nombre de bénéficiaires pour 1000 Habitants de 20 à 59 ans en 2009	AAH	RMI ²⁸	pensions invalidité (CNAMTS)
MARTINIQUE	3,7	5,5	0,5
GUADELOUPE	3,8	14,5	0,6
REUNION	2,7	14,9	0,5
GUYANE	1,4	26,5	0,2
Moyenne départementale France	2,92	5,45	1,81

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

²⁸ Le RSA n'a été étendu aux DOM qu'à compter de 2011

[324] On peut s'interroger sur l'existence d'une corrélation entre taux de RSA-RMI et pensions d'invalidité. La relation a été testée sur les données 2009 et sur les données 2010 : les deux prestations ne sont pas corrélées dans l'analyse portant sur l'ensemble des données départementales France entière, comme en témoignent les résultats suivants :

Tableau 39 : Coefficient de corrélation de Pearson entre les taux d'AAH et de RSA/RMI et entre les Taux de RSA-RMI et les taux de pensions d'invalidité en France en 2009 et 2010

Corrélation R	2009	2010
Taux AAH & RSA-RMI	0,02	0,02
Taux RSA-RMI & pensions d'invalidité	-0,34	-0,33

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

[325] Ce travail est réalisé sur des données en partie incomplètes (les pensions d'invalidité CNAMTS) ou se recoupant (les bénéficiaires AAH et pensions d'invalidité). Il nécessiterait d'être complété afin de dégager les dynamiques des revenus de remplacement dans chaque département d'une part, les entrées et sorties des différents dispositifs d'autre part.

4. PIECES JOINTES

4.1. Etude DREES de 2009 sur l'influence des variables de contexte local sur le taux d'attribution de l'AAH en 2006-2008

**Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques**

Paris, le 29 juin 2009
DREES-OS/CM N° 1

**Sous-direction 'observation de la
solidarité'**

Dossier suivi par : Michèle Mansuy
Tel : +33 (0) 01 40 56 88 74
Fax : +33 (0) 01 40 56 84 08
Mél : <mailto:michele.mansuy@sante.gouv.fr>

Note pour le groupe technique « Attribution de l'AAH » (CNSA, DGAS, DREES, MDPH)

Objet : Disparités départementales d'attribution de l'AAH - Effets du contexte local

Les disparités entre départements dans l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont importantes.

Ce n'est pas un phénomène nouveau : en moyenne entre 2001 et 2005, le taux d'accords suite à une première demande variait de 1,1 à 4 pour mille habitants de 20 à 59 ans.

Entre 2006 et 2008, et dans un contexte institutionnel sensiblement différent, puisque ces accords sont désormais délivrés par les MDPH, le taux moyen de premiers accords varie entre 0,9 et 3,2 pour mille, avec une valeur médiane de 1,9 pour mille, pour les 57 départements où cette information est disponible les trois années.²⁹

Tableau 1 : Variation des taux de premiers accords AAH selon les départements (pour 1000 habitants de 20 à 59 ans)

	Moyenne 2006 - 2008	Moyenne 2006 - 2007
Nombre de départements	57	89
Moyenne	1,9	1,8
Écart-type	0,6	0,5
minimum	0,9	0,9
Q1	1,5	1,5
médiane	1,9	1,8
Q3	2,3	2,1
maximum	3,2	3,1

Source : données MDPH, départements utilisant ITAC

²⁹ Voir aussi dans le tableau 1 la dispersion de la moyenne entre 2006 et 2007, pour les 89 départements où cette information est disponible. Pour un nombre non négligeable de départements, le taux de premiers accords en proportion de la population de 20 à 59 ans a continué à progresser en 2008, signe d'une montée en charge se poursuivant après une année 2006 marquée par la mise en place des MDPH. C'est pourquoi on a estimé les disparités départementales, et leur sensibilité au contexte local, en moyenne sur ces trois années.

Pour rendre compte de l'effet du contexte local sur ces disparités de taux d'accords, on a procédé à une modélisation statistique (régression multiple au niveau des départements)

Les variables prises en compte :

Un ensemble de variables départementales susceptibles de jouer sur l'amplitude des taux d'accord, ont été introduites dans l'analyse. Elles ont été évaluées en 2007, lorsque la donnée était disponible, et, à défaut, la dernière année connue :

- **des variables caractérisant la structure socio-économique du département :**
 - Répartition de l'emploi, en pourcentage, par grands secteurs de l'économie : industrie et construction, agriculture, tertiaire (*source : estimations départementales d'emploi de l'INSEE en 2005*) ;
 - Part des ouvriers dans l'emploi total en pourcentage (*source : INSEE, recensement de 1999*) ;
 - Part des personnes non diplômées dans la population, en pourcentage (*source : INSEE, recensement de 1999*) ;
- **des variables significatives des tensions sur le marché du travail du département :**
 - Taux de chômage départemental (*données INSEE, chômage départemental 2007*) ;
 - Part des personnes handicapées parmi les demandeurs d'emploi (*source : Pole emploi, données 2007*) ;
- **des variables indiquant le niveau des ressources financières des ménages :**
 - Taux de pauvreté départemental (*données 2006 : source : revenus disponibles locaux, INSEE*) ;
- **des variables indiquant le niveau des ressources financières des conseils généraux :**
 - Potentiel fiscal en centaines d'euros par habitant (*source : DGCL*) ;
- **des variables caractérisant le degré d'urbanisation du département**
 - Densité de population (en habitants par km²; *source : site DGCL*) ;
 - Part de la population départementale vivant dans des agglomérations de plus de 10 000 habitants, en pourcentage (*source : site DGCL*) ;

A défaut d'indicateurs de prévalence du handicap chez des adultes par département, des variables susceptibles d'approcher cette notion ou de lui être liée ont été sélectionnées :

- Part des personnes de plus de 45 ans parmi la population de 20 à 59 ans en pourcentage (*source INSEE, estimations locales de population 2007*) ;
- Part des pensions d'invalidité du régime général pour 1000 personnes de 20 à 59 ans (*source : CNAM données 2007* ; total des pensions, puis pensions de 2^{ème} et 3^{ème} catégories, ne permettant pas d'exercer une activité professionnelle) ;
- Part des rentes d'accidents du travail et de maladies professionnelles³⁰ pour 1000 salariés (*source : CNAM, moyenne 2005-2006*) ;
- Taux de bénéficiaires d'AEEH parmi les moins de 20 ans ; ainsi que le taux de bénéficiaires de 15 à 19 ans parmi la population de 15 à 19 ans (*source : CNAF et ELP INSEE, 2007*) ;
- Taux de demandeurs de prestations « handicap »³¹ reçus par les MDPH pour 1000 personnes de 20 à 59 ans (*source : MDPH et CNSA, moyenne 2006-2008*).

³⁰ Avec un taux d'incapacité permanente d'au moins 10 %.

On ne dispose pas d'indicateurs, même approchés, de **l'état de santé** de la population locale, variable de contexte qu'il aurait été pertinent d'introduire.

Enfin, on a introduit dans l'analyse **l'offre locale d'équipements** concernant les personnes handicapées

- Taux d'accueil : places dans des maisons d'accueil spécialisées, des foyers de vie, des foyers d'accueil médicalisé pour 1000 personnes de 20 à 59 ans (2007, source : STATISS) ;
- Places de travail protégé (places en ESAT et entreprises adaptées pour 1000 personnes de 20 à 59 ans (2007, source : STATISS).

L'offre locale d'équipements, les finances départementales, les caractéristiques d'urbanisation n'ont pas d'effet significatif. Il en est de même pour la structure sectorielle des emplois, la part des non diplômés.

Les résultats

Parmi les variables approchant la prévalence du handicap, le taux d'enfants ou de jeunes bénéficiaires de l'AAEH et la fréquence des rentes accidents du travail et maladies professionnelles ne jouent pas un rôle significatif.

Deux variantes d'estimation ont été réalisées sur 54 départements où les informations étaient disponibles (1 point très atypique a été exclu de l'analyse) :

Variante 1 : (R²=0,61 ; 54 observations)

Part des premiers accords AAH pour 1000 personnes de 20 à 59 ans, en moyenne de 2006 à 2008, estimée = $0,07 \times \text{taux de pauvreté départemental} + 0,09 \times \text{part des demandeurs d'emploi handicapés dans les DEFM} + 0,06 \times \text{part des plus de 45 ans parmi les 20-59 ans} - 0,05 \times \text{part d'ouvriers dans l'emploi total} - 0,74$.³²

Les coefficients ci-dessus sont significatifs au seuil de 5 %. L'effet des autres variables, en dehors de la fréquence des pensions d'invalidité pour 1000 personnes de 20 à 59 ans, n'est pas significatif au seuil de 10 %.

On peut améliorer l'ajustement en introduisant la fréquence des pensions d'invalidité (effet significatif au seuil de 5 % ; R²=0,64), mais cette donnée n'étant pas disponible par département en Ile de France, l'ajustement porte sur 49 départements de province seulement.

Variante 2 : (R²=0,65 ; 54 observations) :

Part des premiers accords AAH pour 1000 personnes de 20 à 59 ans moyenne de 2006 à 2008, estimée = $0,03 \times \text{part des demandeurs de prestations handicap dans les MDPH pour 1000 personnes de 20 à 59 ans} + 0,06 \times \text{taux de pauvreté départemental} + 0,07 \times \text{part des demandeurs d'emploi handicapés dans les DEFM} + 0,04 \times \text{part des plus de 45 ans parmi les 20-59 ans} - 0,05 \times \text{part d'ouvriers dans l'emploi total} - 0,47$.³³

³¹ RQTH, orientation professionnelle, carte d'invalidité, carte de stationnement, placement en établissement spécialisé, PCH, ACTP,...

³² L'estimation sur les deux années 2006-2007 donne des estimations très proches des paramètres, sur 78 observations, après exclusion de 8 points atypiques, et un coefficient de corrélation multiple moins élevé (R²=0,53).

³³ L'estimation sur les deux années 2006-2007 donne des estimations très proches des paramètres, sur 78 observations, après exclusion de 8 points atypiques, et un coefficient de corrélation multiple moins élevé (R²=0,58).

Les coefficients ci-dessus sont significatifs au seuil de 5 %, sauf l'effet d'âge (non significatif) et l'effet de la proportion de demandeurs d'emploi handicapés (significatif au seuil 7 %). L'effet des autres variables, en dehors de la fréquence des pensions d'invalidité pour 1000 personnes de 20 à 59 ans, n'est pas significatif au seuil de 10 %.

Dans cette variante, l'effet de la fréquence des pensions d'invalidité n'est plus significatif.

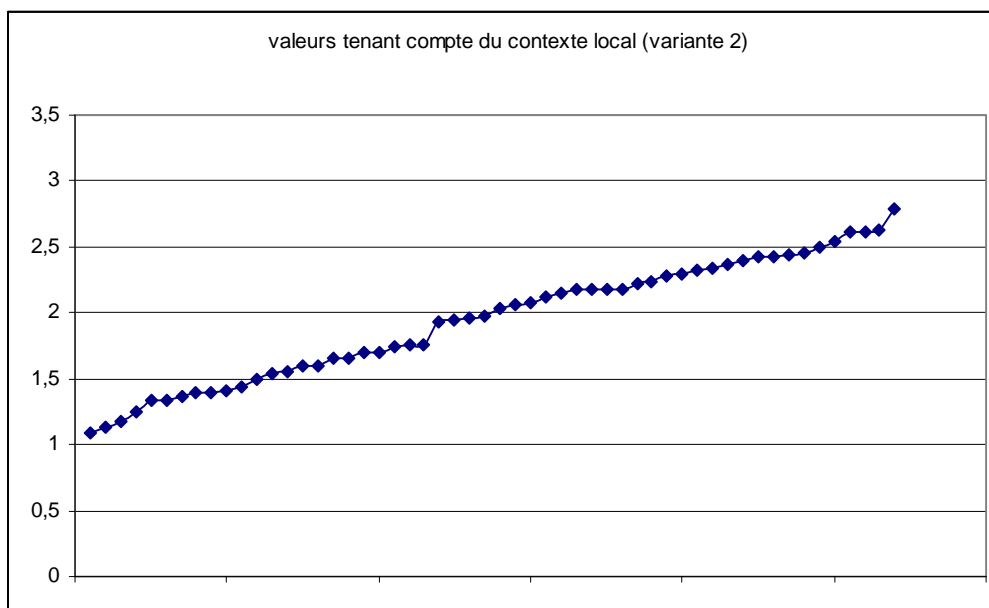
Variables retenues dans les modèles : ordres de grandeur

Variable	Moyenne	Écart-type	Coefficient de variation (%)	Minimum	Maximum
Part des demandeurs de prestations handicap dans les MDPH	25,4	6,6	26	9,5	36,5
Taux de pauvreté départemental	13,5	2,8	20,7	7,2	21,6
Part des demandeurs d'emploi handicapés	8,9	2,6	29,2	2,0	15,4
Part des plus de 45 ans	39,5	3,4	8,6	26,9	46,2
Part des ouvriers dans l'emploi total	28,9	5,6	19,4	10,4	39,0
Part des accords AAH suite à une première demande	1,9	0,6	31,6	0,9	3,2

Soulignons que le fait, pour une variable de contexte, d'être significative ne suffit pas à établir une relation de causalité directe avec les fluctuations de taux de premiers accords : la variable en question peut avoir un effet direct ou indirect sur la fréquence du handicap, sur la propension des personnes handicapées à faire une demande d'AAH, ou encore sur la prise de décision, accord ou non, une fois la demande exprimée.

Par exemple, le taux de pauvreté est susceptible d'agir à ces trois niveaux.

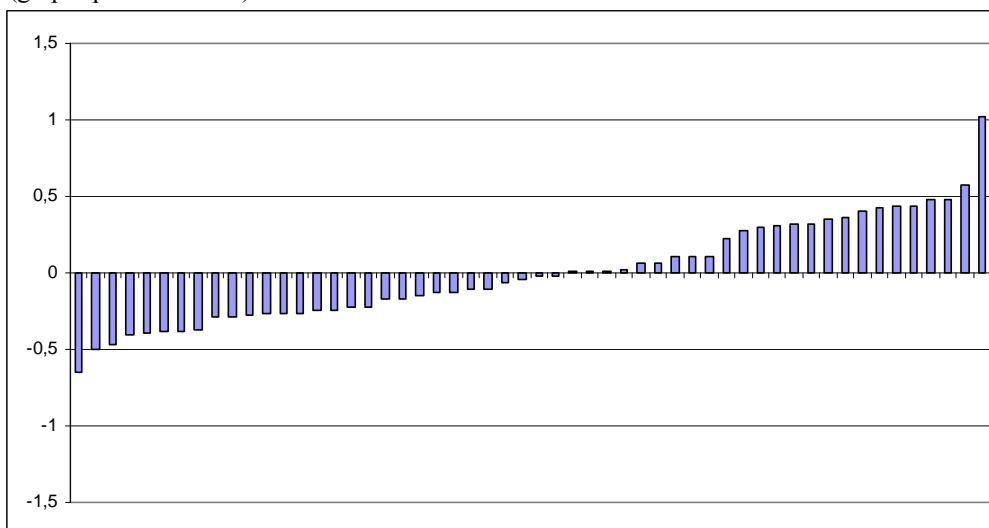
En tenant compte du contexte départemental, l'amplitude du taux de premiers accords AAH rapportés à la population varie de 1,1 pour mille à 2,8 pour mille (voir graphique ci-dessous) :



Écarts entre valeurs observées et valeurs calculées en tenant compte du contexte départemental (54 départements, variante 2)

Une fois le contexte pris en compte, 35 % de la variance des taux de premiers accords reste inexplicée, soit un écart-type de 0,33.

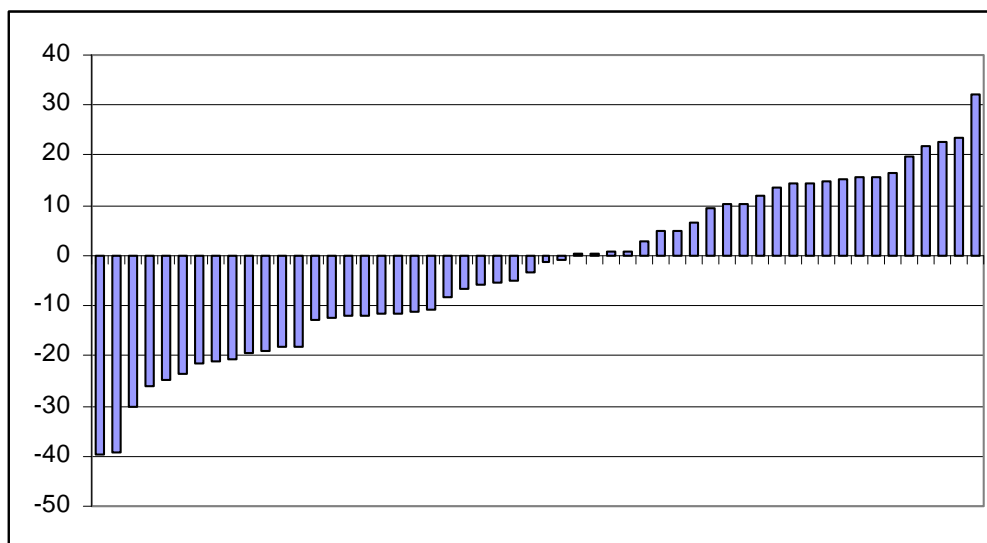
L'écart entre les variables observées et les valeurs calculées dans la variante 2 s'échelonne entre -0,65 et +1,03 (graphique ci-dessous) :



Ces écarts peuvent être attribués à des variables de contexte omises car non disponibles (état de santé) ou approchées avec une précision insuffisante (prévalence du handicap). Enfin, elles peuvent être liées à des différences de comportement des personnes (décidant ou non de faire une demande d'allocation) comme à des pratiques différentes concernant les taux d'accord.

En valeur relative, les données réellement observées s'écartent de la valeur calculée en corrigeant du contexte local dans une fourchette de - 40 % à + 32 % (graphique ci-après)

Écarts relatifs (%) entre la valeur observée et la valeur calculée en tenant compte du contexte local :



La part des premiers accords au titre de l'article L 821-2 (Incapacité de 50 à 79 %) :

En moyenne sur les trois années 2006-2008, la part des premiers accords concernant des taux d'incapacité de 50 à moins de 80 % varie sensiblement selon les départements (de 15 à 68 %, avec une moyenne de 47 %, pour les 57 départements où l'information est disponible sur les trois années).

Les corrélations entre la dispersion de cette part et celle des variables de contexte local sont cette fois-ci très faible (les coefficients de corrélation avec les variables de contexte sont tous inférieurs à 30 %).

Le contexte local, tel qu'on peut le saisir par les variables citées plus haut, est très peu explicatif des disparités départementales.

4.2. Etude CREDES 2003 sur la variabilité des pratiques médicales (Extrait)

Extrait de J. Mousquès, T. Renaud, O. Scemama, Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. Août 2003-CREDES.

Variabilité des pratiques médicales

Il est souvent constaté que l'éventail des stratégies de prise en charge (préventive ou thérapeutique) que l'on observe en médecine de ville ou à l'hôpital est très vaste. Si l'éventail des cas, le *case mix*, explique en grande partie cette diversité de stratégies, celle-ci perdure à contexte épidémiologique et clinique équivalent. On parle alors de variabilité des pratiques médicales (VPM). Littéralement, la VPM correspond aux écarts de pratique médicale à une pratique moyenne (conception descriptive), ou à une norme explicite issue d'un consensus médical et faisant l'objet de recommandations (conception normative).

Trois questions essentielles gravitent autour de la présence de VPM :

- quelles en sont les causes : quels sont les déterminants de la VPM ?
- quelles en sont les conséquences : quelles sont les répercussions de la VPM sur le système de soins ?
- quelles sont les modalités de correction envisageables, voire efficaces, de la VPM ?

Nous allons voir dans cette première partie comment ces questionnements ont été investis dans la littérature et quels enseignements nous pouvons en tirer. Si beaucoup d'éléments ont déjà été présentés dans un précédent rapport (Mousquès, Renaud et Sermet, 2001), la synthèse qui suit, hormis le fait qu'elle se soit enrichie avec le temps, nous semble être un préalable nécessaire afin de bien situer la façon dont notre travail s'inscrit dans cette vaste thématique.

1.1 Quels en sont les déterminants ?

La question de la mesure et de l'identification des sources de l'hétérogénéité des pratiques médicales a dominé la littérature relative à la VPM, tant sur le plan théorique qu'empirique. De nombreuses revues (Folland et Stano, 1990 ; Paul-Shaheen, Clark et Williams, 1987) (Eisenberg, 1985; Hulka et Wheat, 1985) ou articles de synthèse (Davis, Gribben, Scott et Lay-Yee, 2000a ; Davis, Gribben, Scott et Lay-Yee, 2000b ; Kerleau, 1998 ; Phelps et Mooney, 1993 ; Westert et Groenewegen, 1999a) sont désormais disponibles.

1.1.1 Les études *small-area variation* : incertitude professionnelle et style de pratique

Au cours des années 70 et 80, les études sur la VPM sont de type *small-area variation* (SAV) ou *small-area analysis* (SAA) et leurs précurseurs en sont Wennberg et Gittelsohn (Wennberg et Gittelsohn, 1973)³⁴. Il s'agit d'analyser – pour une période, une population et un espace donnés – les écarts constatés à l'hôpital dans les occurrences d'événements³⁵ de soins médicaux (nombre d'admissions par appareil : respiratoire, circulatoire...), chirurgicaux (hystérectomie, amygdalectomie, appendicectomie, hernie inguinale...), ou dans l'utilisation des *inputs* (admission ou sortie, durée moyenne de séjours, dépense par tête...). On rapporte ensuite ces occurrences à la population résidente totale ou à risque, et l'on compare leurs écarts entre hôpitaux ou entre zones géographiques. Le niveau d'agrégation géographique peut être plus ou moins élevé : le district, la région, l'état, etc. L'indicateur de variabilité le plus couramment utilisé est le coefficient de variation (qui rapporte l'écart-type d'une distribution à sa moyenne), mais on trouve également la distance du Chi² (mesure de l'écart, pour une variable, entre une situation observée et une

³⁴ De façon plus historique, il semblerait que l'une des premières études SAV soit l'oeuvre de William A. Guy (Paul-Shaheen, Clark et Williams, 1987). William A. Guy, secrétaire honoraire de la société des statistiques et médecin au King's college Hospital, avait constaté en 1856 que le taux d'hospitalisation par tête variait, selon le district, de 1 à 325 pour 1 000 habitants.

³⁵ Dans la suite du rapport nous utiliserons indifféremment les termes d'intervention, d'acte, voire de procédure, malgré son caractère fortement anglicisant.

situation théorique d'indépendance avec un autre critère), le quotient des extrêmes (qui rapporte la valeur maximale d'une distribution à sa valeur minimale) et un indicateur plus abouti, la composante systématique de variation SCV³⁶ (*systematic component of variation*) (Folland et Stano, 1990).

Les études SAV confirment la présence d'une variabilité des pratiques importante entre zones géographiques, mais surtout elles mettent en avant un certain nombre de régularités empiriques, de « faits stylisés », quant à cette variabilité (Folland et Stano, 1990 ; Paul-Shaheen, Clark et Williams, 1987) :

- plus l'incertitude est grande (ou le consensus faible) sur la prise en charge adéquate, plus la VPM est importante. Ceci explique que la VPM soit plus forte pour les actes médicaux que pour les actes chirurgicaux, ou que certaines interventions chirurgicales (ou médicales) soient systématiquement sujettes à une variation plus importante que d'autres (hystérectomie vs appendicectomie...);
- elle est rémanente ;
- elle est transversale à l'ensemble des procédures, c'est-à-dire que lorsqu'une zone géographique est hautement ou faiblement utilisatrice, elle semble l'être pour l'ensemble des procédures ou *inputs*.

Quant à la recherche des déterminants de la VPM, elle se fonde alors sur des variables explicatives propres à la demande – par exemple le *case mix* – ou à l'offre. Du côté de l'offre, sont clairement privilégiées des variables relatives à l'environnement démo-socio-économique (composition sociale, mortalité, pauvreté, chômage...) ou au système de santé (organisation des soins, rémunération des offreurs...), ou encore au niveau d'offre médicale de la zone (densité médicale, nombre de lits...). Les variables relatives aux comportements et croyances des offreurs sont le plus souvent occultées.

Dans les études SAV qui mobilisent des régressions multiples, les variables de demande ou de morbidité n'ont que peu ou pas d'influence. Les variables d'environnement et d'offre expliquent une grande part des variations entre zones géographiques (Folland et Stano, 1990 ; Paul-Shaheen, Clark et Williams, 1987). Si nous prenons l'exemple des interventions chirurgicales, les éléments les plus explicatifs sont : le nombre de lits, la densité médicale et infirmière (Paul-Shaheen, Clark et Williams, 1987).

Un pallier théorique dans l'approche des fondements de la VPM a été franchi par Wennberg et Gittelsohn, et les auteurs qui se sont placés dans leur mouvance, pour expliquer une plus grande part de la variance. Ils ont suggéré que la variation des pratiques ou des comportements des médecins est le fait de différences dans les préférences, ou valeurs, que les médecins accordent à ces pratiques ou comportements.

L'analyse est conduite en deux temps (Eddy, 1984 ; Folland et Stano, 1990 ; Paul-Shaheen, Clark et Williams, 1987 ; Wennberg, Barnes et Zubkoff, 1982 ; Westert et Groenewegen, 1999a). Dans un premier temps, il s'agit d'expliquer les différences de style de pratique des médecins au niveau individuel ; nous verrons que le courant de l'« incertitude professionnelle » y prend une place prépondérante. Dans un second temps, il s'agit d'expliquer comment ces différences individuelles se retrouvent au niveau agrégé, c'est-à-dire à travers des différences entre zones géographiques ou entre lieux d'exercice (l'hôpital principalement).

Wennberg et Gittelsohn, puis Eddy, exposent le mécanisme par lequel l'incertitude professionnelle (*professional uncertainty*) – qui se manifeste tout au long du processus de décision médicale – influe sur la pratique des médecins (Eddy, 1984 ; Wennberg, Barnes et Zubkoff, 1982). Le médecin doit tour à tour, dans la formalisation de sa décision médicale :

- poser un diagnostic (au sens large) relativement à une pathologie plus ou moins bien définie, et à une situation plus ou moins limpide quant à la distinction entre le normal et le pathologique (gravité, retentissement...);

³⁶ L'indicateur SCV est schématiquement calculé en retirant de la variance totale sa composante aléatoire : on obtient ainsi une mesure de la « variabilité systématique » du phénomène. Il est alors loisible de tester statistiquement la différence entre deux indicateurs du SCV, en comparant le ratio de deux valeurs du SCV à une loi théorique de Student.

- sélectionner une ou plusieurs modalités de prise en charge dans un contexte où l'information scientifique peut être ambiguë, contradictoire, pléthorique et difficilement mobilisable ou synthétisable ;
- estimer les probabilités de réussite de la prise en charge retenue et en observer les résultats ;
- le tout en tenant compte des préférences du patient.

Chaque moment de la décision médicale contient sa part d'incertitude, source de variabilité dans les jugements sur l'identification de l'action la plus appropriée. Wennberg et Gittelsohn parlent d'un « style de pratique »³⁷ consécutif à la singularité des médecins dans leur façon de tenir compte de l'incertitude. Les jugements et les valeurs des médecins sont notamment le produit de leur éducation, leur apprentissage, leur tolérance à l'incertitude, etc. C'est l'exercice du jugement clinique, dans ces conditions d'incertitude et de singularité de la décision médicale, qui produit la VPM. Sous cette hypothèse, plus l'incertitude médicale est forte, plus les jugements sur la prise en charge la plus appropriée sont changeants. C'est notamment ce qui distingue les actes médicaux des actes chirurgicaux, et permet d'expliquer que la variabilité soit plus faible pour les seconds.

Par la suite, Wennberg et Gittelsohn, aidés en cela par Eddy, expliquent comment les différences entre médecins se propagent à des différences entre zones géographiques, lieux d'exercices (principalement l'hôpital) ou groupes de médecins (Eddy, 1984 ; Folland et Stano, 1990 ; Paul-Shaheen, Clark et Williams, 1987 ; Wennberg, Barnes et Zubkoff, 1982). Ils avancent que le contexte local, qui s'ajoute à l'incertitude de la décision médicale, pousse les médecins à une simplification heuristique dans leurs prises de décision, les conduisant à opter pour l'alternative la plus sûre et la plus confortable. Cela revient, en fait, à se conformer au standard local et à ce qui est accepté comme tel par tous. Les travaux de Wennberg, Gittelsohn et Eddy sous-tendent que cela prend le plus souvent la forme d'une « sur-utilisation » inappropriée des soins. Ils font donc l'hypothèse d'un lien entre taux d'utilisation élevé et mauvaises pratiques. Nous verrons que cette hypothèse sera fortement critiquée.

La conformité au standard local a par ailleurs le triple avantage d'être exempte de toute critique, de ne pas demander de justifications particulières et de garantir que l'on bénéficiera de la mansuétude et du soutien de ses pairs en cas de problème. Le comportement le plus rationnel est donc d'ordre moutonnier³⁸, ce qui confère à la zone une identité, une signature particulière : la *surgical signature*.

On constate d'ailleurs qu'il y a stabilité des taux de réalisation d'actes dans le temps dans une zone, quelle que soit l'ampleur de la mobilité géographique des médecins.

1.1.2. La remise en cause des études *small-area variation* : l'impasse du « tout incertain, tous singuliers »

Au cours des années 90, un certain nombre d'auteurs ont émis des critiques sur les méthodes, les hypothèses, les implicites et les résultats propres aux études SAV et à leurs exploitations (Chassin, 1993 ; Diehr, Cain, Connell et Volinn, 1990 ; Folland et Stano, 1990 ; Leape, Park, Solomon, Chassin, Kosecoff et Brook, 1990 ; Stano, 1991 ; Stano, 1993 ; Volinn, Diehr, Ciol et Loeser, 1994 ; Westert et Groenewegen, 1999a ; Westert, Nieboer et Groenewegen, 1993).

Ces auteurs s'interrogent successivement sur :

- l'ampleur de la VPM et la validité de sa mesure,
- la référence systématique aux hypothèses de style de pratique et de *surgical signature* et leurs conséquences : l'assimilation abusive qui est sous-tendue entre VPM et mauvaises pratiques (ou soins inappropriés),
- la capacité méthodologique de l'outillage SAV à répondre à la question posée : identifier les déterminants de la VPM.

Folland et Stano formulent plusieurs critiques envers les outils statistiques classiquement utilisés pour mesurer l'hétérogénéité entre zones géographiques dans les SAV (la distance du Chi², le coefficient de variation, le quotient des extrêmes, le SCV). Leurs reproches, qui s'appuient sur des

³⁷ La terminologie exacte de Wennberg et Gittelsohn est *practice style factor*. Néanmoins on trouve également dans la littérature les termes de *practice style hypothesis*, *physician style hypothesis*, etc.

³⁸ Eddy parle de *safety in numbers* ou *follow the pack*.

considérations méthodologiques, pointent le risque que le recours à de tels indicateurs ne surévalue la mesure de la VPM. Ils relèvent notamment une augmentation artificielle de ces indicateurs – le Chi² mis à part – lorsque augmente le nombre de zones géographiques analysé ou bien lorsque la valeur moyenne du taux de réalisation de l'acte étudié décroît (Diehr, Cain, Connell et Volinn, 1990 ; Folland et Stano, 1990 ; Volinn, Diehr, Ciol et Loeser, 1994). De plus, les risques de facteurs de confusion sont nombreux dans les études SAV, ce qui peut brouiller l'estimation des taux d'actes à analyser : c'est notamment le cas lorsque la méthodologie d'échantillonnage et de recueil de l'information ne permet pas de distinguer spécifiquement les phénomènes de réadmission d'un même patient dans un service de soins.

Chassin remet lui en cause deux éléments de base propres à la réflexion de Wennberg et Gittelsohn : l'amalgame entre VPM et soins inappropriés et le rôle joué par l'incertitude professionnelle (Chassin, 1993). Si l'on se réfère à leur argumentation, on devrait constater une corrélation positive entre taux d'utilisation élevés dans une zone géographique et soins inappropriés d'une part, et entre taux d'utilisation élevés et cas équivoques d'autre part. Or, dans une vaste étude de la RAND³⁹, en prenant notamment l'exemple de l'endartériectomie de la carotide⁴⁰, Chassin montre que les taux élevés d'utilisation de cette technique dans certaines zones ne sont corrélés ni avec la part des soins que l'on peut juger rétrospectivement inappropriés, ni avec la part des soins que l'on peut juger rétrospectivement équivoques (Chassin, 1993 ; Chassin, Brook, Park, Keeseey, Fink, Kosecoff, Kahn, Merrick et Solomon, 1986 ; Leape, Park, Solomon, Chassin, Kosecoff et Brook, 1990). Ces jugements rétrospectifs ont été posés par un panel d'experts.

Chassin développe alors une hypothèse alternative : l'*enthusiastic hypothesis*. Il montre que l'importance dans les taux d'utilisation de l'endartériectomie de la carotide dans certaines zones s'explique par la forte densité en chirurgiens et par l'ampleur de leur « enthousiasme » pour cette technique⁴¹. La VPM est la résultante de différences entre les zones géographiques dans le nombre de médecins qui sont favorables à un type d'acte donné.

Mais, ce qui est surtout remis en cause, c'est l'utilisation de données agrégées pour analyser la VPM et plus particulièrement pour en tirer des conclusions sur le rôle des comportements individuels des médecins, leur style de pratique (Davis, Gribben, Scott et Lay-Yee, 2000b ; Folland et Stano, 1990 ; Kerleau, 1998 ; Westert et Groenewegen, 1999a ; Westert, Nieboer et Groenewegen, 1993).

Dans ces études, l'agrégation géographique est double, elle porte à la fois sur les taux de réalisation des actes et sur leurs déterminants (*i.e.* les caractéristiques des médecins) et elle se fait sous une hypothèse d'homogénéité des comportements des individus à l'intérieur de chaque groupe.

Or, la structure des données est par construction hiérarchique, en ce sens que les données sont emboîtées selon plusieurs niveaux. Chaque zone géographique héberge plusieurs hôpitaux, dans chaque hôpital exercent plusieurs médecins, chaque médecin suit plusieurs patients, chaque patient effectue une ou plusieurs séances. Ainsi, les données se hiérarchisent *a maxima* entre les niveaux suivants : séance, patient, médecin, hôpital, zone géographique. Au final, la double agrégation sur les taux de réalisation et sur leurs déterminants génère un risque d'erreur, celui de considérer les relations entre les agrégats comme également valables entre les caractéristiques individuelles. Il s'agit de l'erreur écologique (*ecological fallacy*). Prenons l'exemple d'une structure à deux niveaux hôpital-médecin. Une relation positive entre le taux de réalisation d'un acte dans un hôpital donné et le nombre de ses chirurgiens donne une information imprécise sur la probabilité d'un chirurgien de réaliser cet acte.

³⁹ La RAND est une organisation indépendante à but non lucratif, créée en 1948, dont le but est de promouvoir des actions scientifiques, d'éducation, ou humanitaires au sein du système de santé et de protection sociale américain (<http://www.rand.org>). Nous donnons de plus amples détails de cette étude dans la section 1.2.

⁴⁰ L'endartériectomie consiste en l'ouverture, la désobstruction, puis la suture du tube artériel.

⁴¹ Une autre particularité relevée par Chassin, et contrairement à ce qu'avancent Wennberg et Gittelsohn, c'est que les zones fortement utilisatrices ne le sont pas forcément pour l'ensemble des procédures.

C'est ainsi que la moyenne d'une distribution des « styles de pratique » peut cacher soit une hétérogénéité à l'intérieur des zones, soit des comportements extrêmes (*outliers*). Ce taux d'utilisation observé dans une zone peut traduire soit l'application du même taux chez tous les médecins de la zone, soit l'application de taux très différents d'un médecin à l'autre. Si cela s'avérait être le cas, la combinatoire « style de pratique/signature » serait remise en cause, puisqu'on ne pourrait attribuer la marque de fabrique propre à la zone considérée à l'ensemble de ses membres. Il apparaît dès lors essentiel de comparer l'hétérogénéité non seulement entre zones ou lieux de pratique, mais également au sein de celles-ci.

Les critiques de Westert et al. s'inscrivent dans ce cadre (Westert et Groenewegen, 1999a ; Westert, Nieboer et Groenewegen, 1993). Selon eux, la VPM résulte de la diversité des contextes sociaux et professionnels plutôt que de différences de préférences (ou d'appréciations de l'incertitude, etc.) par les médecins. Ils ont ainsi développé des travaux empiriques étayant la thèse de la prééminence des circonstances ou de l'environnement sur les pratiques médicales.

Westert et al. montrent, dans une étude sur la comparaison des durées de séjour hospitalier, que la variation entre médecins d'un même hôpital est plus faible que celle constatée entre hôpitaux, ou encore qu'un médecin travaillant dans plus d'un hôpital tend à se conformer à la pratique propre à chaque établissement (Westert, Nieboer et Groenewegen, 1993). Ces résultats sont confirmés par ceux de Arndt et al. pour l'hystérectomie (Arndt, Bradbury et Golec, 1995). Cela contredit donc les hypothèses de « style de pratique » et de *surgical signature* puisque, selon celles-ci, la variation entre médecins est indépendante du lieu de pratique. Westert et al. développent alors une analyse centrée sur deux arguments expliquant pourquoi les pratiques locales convergent : l'unicité du contexte de pratique (nombre de lits, équipements, mode de rémunération...) et la pression sociale au mimétisme avec les pairs, l'objectif du médecin étant de se conformer aux standards locaux pour minimiser la probabilité d'être critiqué.

Il est donc clair que les études SAV sont limitées dans l'identification et la classification des déterminants de la variabilité (Davis, Gribben, Scott et Lay-Yee, 2000b ; Folland et Stano, 1990 ; Kerleau, 1998 ; Westert et Groenewegen, 1999a ; Westert, Nieboer et Groenewegen, 1993). En cela, elles ont notamment pour conséquence de favoriser l'amalgame entre VPM et « style de pratique » des médecins – à savoir l'idée que les médecins développent auprès de leur patientèle des pratiques uniformes – ou entre VPM et soins inappropriés.

1.1.3 Les modèles linéaires hiérarchiques : de l'adéquation de la méthode statistique à la question posée

La plupart de ces limitations d'ordre méthodologique ont pu être dépassées grâce au recours à des données individuelles enfin plus largement disponibles (PMSI par exemple) et surtout au développement de modèles statistiques multivariés plus performants.

La richesse de ce type de données, à la structure hiérarchique, s'accompagne malheureusement de deux problèmes statistiques majeurs. Premièrement, ne pas prendre en compte cette structure hiérarchique et commettre ainsi une erreur atomiste – le pendant de l'erreur écologique – qui consiste à attribuer des liaisons entre caractéristiques individuelles en ignorant le contexte dans lequel elles s'inscrivent. Deuxièmement, négliger un phénomène d'auto-corrélation des résidus. Il est en effet plus que probable que les caractéristiques des patients ne soient pas indépendantes de celles des médecins auxquels ils se rattachent.

Pour contourner ces problèmes, de nouvelles méthodologies de régression ont vu le jour : les modèles linéaires hiérarchiques ou multiniveaux⁴². Ces modèles permettent non seulement de tenir compte de la structure hiérarchique des données et de contourner les problèmes statistiques qu'elle engendre, mais également d'estimer l'importance des variations à chaque niveau d'agrégation (séance, patient, médecin, hôpital, région) et d'explorer les liens entre ces variances et des variables explicatives de plusieurs niveaux (Duncan, Jones et Moon, 1998 ; Rice et Jones, 1997 ;

⁴² Signalons qu'un autre courant d'études – fondées sur l'analyse des processus de décision dans des cas bien définis, réels ou fictifs – s'est développé au niveau micro-économique (Coenen, Van Royen, Vermeire, Hermann et Denekens, 2000). Mais l'intérêt de telles études est limité par l'impossibilité de généraliser les résultats et de prendre en compte les effets de contexte

Westert et Groenewegen, 1999b). Nous vous renvoyons à la partie 2.2 pour une présentation plus complète des modèles linéaires hiérarchiques.

Les études réalisées selon une modélisation linéaire hiérarchique restent néanmoins peu nombreuses dans le champ de la VPM, surtout en médecine de ville⁴³. Nous présentons sommairement ici celles qui nous semblent les plus proches de notre cadre de travail, une synthèse accompagnant cette présentation en fin de partie (Davis, Gribben, Lay-Yee et Scott, 2002 ; Davis, Gribben, Scott et Lay- Yee, 2000a ; Davis, Gribben, Scott et Lay-Yee, 2000b ; Rabilloud, Ecochard et Matillon, 1997 ; Scott et Shiell, 1997a ; Scott et Shiell, 1997b).

L'étude de Rabilloud et al. porte sur les données d'une enquête obstétrique auprès d'un échantillon de 8 470 femmes ayant accouché dans 86 maternités de la région Rhône-Alpes (Rabilloud, Ecochard et Matillon, 1997). Le phénomène d'intérêt binaire oppose les séjours donnant lieu à une césarienne prophylactique aux autres. On cherche à expliquer l'occurrence de césarienne selon des caractéristiques relatives aux femmes – antécédent de césarienne ou d'accouchement difficile, souffrance foetale chronique, grossesse multiple, naissance avant terme, syndrome vasculo-rénal, diabète – et aux maternités – volume d'activité, présence d'un service de réanimation, statut, variables de recrutement (proportion de femmes présentant une dystocie mécanique et un antécédent de césarienne).

Les auteurs adoptent une démarche pas à pas ascendante visant notamment à introduire les variables femmes (ou de niveau 1) et à en tester leur significativité, à tester l'existence d'une hétérogénéité entre les maternités, et enfin à introduire les variables maternités (ou de niveau 2) pour expliquer la variance entre les maternités.

L'étude montre notamment :

- que toutes les variables relatives aux femmes sont significatives ;
- qu'il existe bien une variance aléatoire significative entre les établissements ;
- que la variance totale se décompose en 78 % pour le niveau femme (niveau 1), et 22 % pour le niveau maternité (niveau 2) ;
- que les variables maternité expliquent environ 30 % de cette variance de niveau 2 ;
- et enfin que le modèle linéaire hiérarchique est de meilleure qualité qu'un modèle standard.

Deux études de Scott et Shiell s'appuient sur un échantillon aléatoire de généralistes australiens enquêtés deux fois une semaine au cours de l'année 90-91 (*Australian Morbidity and Treatment Survey*, AMTS) (Scott et Shiell, 1997a ; Scott et Shiell, 1997b). La structure des données est la suivante : 98 796 séances, qui ont été effectuées par 495 généralistes dans 25 états. Les premières consultations pour épisode de bronchite, angine, entorse, otite sont extraites de cet échantillon pour une première étude (soit 3 919 séances). Le phénomène d'intérêt oppose les séances donnant lieu à l'initiation d'une nouvelle séance dans les trois semaines qui suivent (*i.e.* un suivi). Une seconde étude porte sur les séances pour infection respiratoire haute et entorse (4 185 séances), l'idée étant alors d'expliquer le fait que la séance se solde par une prescription, un traitement ou un conseil.

Les variables explicatives sont sensiblement identiques d'une étude à l'autre : au niveau de la séance, les variables du patient (âge, sexe, voire condition médicale) ou de la consultation (prescription d'un examen complémentaire ou d'un médicament) ; au niveau du médecin, les variables sociodémographiques (âge, sexe, qualification, ancienneté) et de mode d'exercice (nombre de médecins travaillant dans le cabinet, densité de généralistes, voire mode de rémunération).

Scott et Shiell mettent en œuvre une régression linéaire hiérarchique logistique à deux niveaux : séances et médecins. S'il existe bien une variance significative entre les médecins (niveau 2), il n'y en a pas au niveau 3, la région. La variance du niveau médecin s'échelonne, selon la pathologie considérée, de 18 % (entorse) à 43 % (otite).

43 Une revue de la littérature sur les MLH en épidémiologie a été conduite par Chaix et Chauvin (Chaix et Chauvin, 2002).

Dans le travail sur l'initiation d'une nouvelle séance dans les trois semaines, sont significatifs :

- au niveau de la séance : l'âge du patient (positivement, sauf pour l'otite) et le fait de savoir si un examen complémentaire a été prescrit (positivement) ;
- au niveau médecin : uniquement son âge (négativement). La densité médicale (positivement) et le nombre de médecins exerçant dans le cabinet (négativement) ne sont significatifs que dans le cas de l'otite.

Dans l'étude explorant le résultat de la séance en termes de prescription, traitement ou conseil, sont significatifs :

- au niveau de la séance : l'âge du patient (positivement) et sa morbidité (négativement) ;
- au niveau médecin : son âge (positivement), la densité médicale (négativement) et le nombre de médecins exerçant dans le cabinet (négativement).

Les auteurs montrent par ailleurs que le modèle linéaire hiérarchique est de meilleure qualité qu'un modèle standard.

L'étude de Davis et al. se fonde sur une enquête dans une province néo-zélandaise auprès de 210 généralistes. L'enquête s'est déroulée entre septembre 1991 et août 1992 en quatre vagues d'une semaine (Davis, Gribben, Lay-Yee et Scott, 2002 ; Davis, Gribben, Scott et Lay-Yee, 2000a ; Davis, Gribben, Scott et Lay-Yee, 2000b), les caractéristiques des médecins ayant été collectées lors d'une précédente enquête (âge, sexe, nombre de médecins exerçant dans le cabinet, exercice à temps partiel ou temps plein, densité médicale). Les résultats présentés concernent 143 médecins et 9 746 séances. Les auteurs souhaitent tester les trois hypothèses suivantes : induction de la demande par l'offre (approchée par la densité médicale), relation d'agence (le médecin est-il l'initiateur de la consultation ?), présence d'incertitude (le niveau d'incertitude déclaré associé au diagnostic). Les auteurs ont également testé des variables d'interaction croisant la densité médicale et l'incertitude.

Les trois variables d'intérêt sur l'issue de la séance sont la prescription d'un médicament, la prescription d'un examen et l'initiation d'une nouvelle séance. Les variables explicatives sont, pour le niveau séance/patient, l'âge, le sexe, l'ethnie et le diagnostic et, pour le niveau médecin, l'âge, le sexe, le niveau d'activité et la taille du cabinet de groupe. Au niveau séance/patient, sont significatifs la plupart des diagnostics (influence positive), l'âge au carré (positivement), le fait que le médecin soit initiateur de la séance (négativement) et parfois le sexe (pour l'initiation d'une nouvelle séance) ou le niveau d'incertitude sur le diagnostic (positivement sur les examens ou l'initiation d'une nouvelle séance).

Les auteurs montrent par ailleurs que la variance au niveau médecin est significative : elle représente de 5 % (prescription) à 11 % (suivi) de la variance totale. Lorsque l'on restreint le modèle aux seules séances pour infections respiratoires hautes, la part de la variance au niveau médecin passe de 13 % (prescription et suivi) à 27 % (examen). Au niveau du médecin, la densité n'est jamais significative, le nombre de médecins dans le groupe parfois (positivement sur la prescription).

Nous pouvons tirer les enseignements suivants de toutes ces études :

- la plupart des variables caractérisant les séances et/ou les patients sont significatives (âge, sexe, diagnostic, niveau de sévérité...) ;
- il existe bien une variance significative au niveau du médecin (ou de l'établissement). Celle-ci représente selon les études de 5 % à 40 % de la variance ;
- les variables médecins généralement significatives sont l'âge, le nombre de médecins exerçant dans le cabinet et parfois la densité ou le mode de rémunération ;
- enfin, toutes les études montrent que le modèle linéaire hiérarchique s'avère être de meilleure qualité qu'un modèle de régression standard.

Annexe V : Les principaux processus d'évaluation de l'invalidité et leurs référentiels et outils d'évaluation

1. INTRODUCTION	115
1.1. <i>Le barème n'est qu'un outil au service d'une finalité</i>	115
1.2. <i>Les outils s'inscrivent dans une chronologie historique</i>	115
1.3. <i>Les données quantitatives éclairent les enjeux de gestion</i>	116
2. LES PROCESSUS HISTORIQUES, SOURCES DES BAREMES ACTUELS, OUVRANT DROIT A UNE RENTE.....	117
2.1. <i>Le régime d'invalidité militaire & anciens combattants (PMI)</i>	117
2.1.1. Finalités et principes.....	117
2.1.2. Barème des pensions militaires d'invalidité (PMI) et Barèmes des anciens internés et déportés et militaires en captivité : 1919 – 2001	117
2.1.3. La réparation au-delà du forfait de pension militaire et le recours au barème de droit commun 2005	120
2.1.4. Données de cadrage sur les pensions militaires d'invalidité	121
2.2. <i>L'invalidité et le handicap dans le régime des AT/MP</i>	125
2.2.1. Finalités et principes.....	125
2.2.2. Barème indicatif des accidents du travail 1939 – 1982 et des maladies professionnelles 1999	126
2.2.3. La jurisprudence récente ouvre la voie vers une réparation intégrale sur le modèle dur droit commun	129
2.2.4. Données de cadrage sur le régime ATMP.....	130
3. LES PROCESSUS OUVRANT DROIT A UN REVENU DE REMPLACEMENT	133
3.1. <i>L'invalidité chez les salariés du secteur privé</i>	133
3.1.1. Finalités et principes.....	133
3.1.2. Pas de référentiel d'évaluation médicale.....	134
3.1.3. Données de cadrage sur les pensionnés et sur les pensions d'invalidité	135
3.2. <i>L'invalidité chez les fonctionnaires civils</i>	139
3.2.1. Finalités et principes.....	139
3.2.2. Barème 1968 - 2001	142
3.2.3. La jurisprudence récente ouvre la voie vers une réparation intégrale en ATMP sur le modèle du droit commun	143
3.2.4. Données de cadrage.....	143
3.3. <i>Le régime de protection solidaire du handicap : l'allocation aux adultes handicapés (AAH)</i>	145
3.3.1. Finalités et principes.....	145
3.3.2. Barèmes et guides d'évaluation : Guide barème 1993-2007 et guide RSDAE (2011).....	146
3.3.3. Données de cadrage.....	151
4. LES PROCESSUS OUVRANT DROIT A REPARATION DE TOUS LES PREJUDICES	154
4.1. <i>Finalités et principes généraux</i>	154

4.2. Les barèmes de la réparation intégrale.....	156
4.2.1. Le barème dit du Concours médical 1980-2002.....	156
4.2.2. Le barème européen de 2003 et le concept d'AIPP.....	157
4.2.3. Les barèmes de l'ONIAM, clones du barème de droit commun.....	158
4.2.4. Le barème du FIVA, un hybride des barèmes ATMP et du droit commun.....	158
4.2.5. Le barème du comité d'indemnisation des victimes d'exposition nucléaire (CIVEN).....	159
4.3. Règles d'indemnisation.....	160
4.4. Données de cadrage.....	163
5. SYNTHÈSE.....	166
5.1. Barème et référentiel : de l'intérêt d'en séparer les usages.....	166
5.2. L'hétérogénéité des barèmes est connue voire dénoncée de longue date.....	167
5.3. Vers un barème universel de l'invalidité et du handicap ?.....	168
5.4. Le barème de l'invalidité pourrait s'inspirer de l'un ou l'autre barème dominants actuels.....	169
6. PIÈCES JOINTES.....	173
6.1. Règles de calcul en usage dans certains processus.....	173
6.1.1. La Formule de GABRIELLI.....	173
6.1.2. Règle de BALTHAZARD ou règle de la validité restante.....	173
6.1.3. Règle des suffixes (pensions militaires).....	174
6.1.4. Règle des degrés (pensions militaires).....	174
6.2. La complexité des règles des pensions militaires : Un exemple d'application cumulant les règles précédentes.....	175
6.2.1. Avis de la commission consultative médicale.....	175
6.2.2. Fiche explicative remise à la mission sur les calculs des Taux.....	177
6.2.3. Méthode de calcul du taux final.....	178
6.3. Prise en compte du préjudice professionnel pour la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (note DSS).....	179
6.4. CIF classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.....	181
6.5. Définitions de termes, figurant dans la CIF.....	182
6.6. Principales dispositions de la proposition de loi du député Guy LEFRAND.....	183

1. INTRODUCTION

[326] La question posée par le Parlement consiste à savoir si l'utilisation d'un barème pourrait être utile en matière d'invalidité et si oui, si ce barème pourrait s'inspirer de celui de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). L'absence de barème en matière d'invalidité fait contraste avec la profusion de barèmes existants par ailleurs. S'orienter dans le maquis des barèmes utilisés en France est tâche redoutable et l'objectif de la présente annexe est d'aider à repérer quelles sont les caractéristiques des différents régimes recourant à des barèmes et en quoi l'un d'eux pourrait ou pas être repris pour l'appréciation de l'invalidité.

1.1. *Le barème n'est qu'un outil au service d'une finalité*

[327] La description des outils de mesure de l'invalidité et du handicap utilisés en France ne peut s'abstraire des finalités assignées aux processus qu'elles servent : il n'est pas d'outil sans fin. Cet adage est constamment rappelé dans la littérature en matière de barème par les différents auteurs et par les personnes rencontrées par la mission.

[328] La principale finalité discriminante dépend du fait que l'on s'inscrit en **réparation** d'une faute d'un tiers dans une logique de responsabilité ou en **remplacement de revenu** dans une logique assurantielle ou solidaire.

[329] De ce premier axe découle la nature du préjudice qui devra être évalué : dans une logique assurantielle et *a fortiori* solidaire, il sera limité au préjudice de la perte de capacité de travail ou de gain, en réparation il sera beaucoup plus large voire « intégral » couvrant d'autres préjudices que la perte de capacité professionnelle ou de gains : préjudice physique, préjudice moral, esthétique ... Cette distinction a longtemps été discriminante, mais les évolutions récentes conduisent certains dispositifs d'indemnisation à converger comme on le montrera ici.

1.2. *Les outils s'inscrivent dans une chronologie historique* ⁴⁴

[330] La compréhension des outils de mesure de l'invalidité et du handicap ne peut non plus faire l'économie d'une analyse historique : les outils utilisés sont marqués par les concepts utilisés lors des périodes où ils ont été conçus ou révisés ; les influences réciproques des barèmes nationaux et internationaux existants sont constantes.

[331] Les premiers dispositifs connus sont des dispositifs de réparation qui remontent à l'antique Mésopotamie : à Sumer en 2050 avant notre ère, on proposait dix-huit sicles d'argent pour l'amputation d'un pied et quarante pour celle du nez ; un peu plus tard, la notion d'indemnisation pécuniaire du dommage corporel s'inscrit dans le Code dit d'Hammourabi, souverain qui régna à Babylone au dix-septième siècle avant notre ère.

[332] Le travail de codification ne cessera plus. La terminologie même de barème est largement utilisée à compter du dix-huitième siècle en référence au mathématicien français et expert auprès de la Chambre des comptes de Paris, Bertrand-François Barrême, qui avait publié en 1630, des tables de correspondance entre les unités de mesures alors utilisées dans les domaines financier et comptable.

⁴⁴ Le développement de ce paragraphes historique est tiré principalement de l'ouvrage de P LEGRAND et al. « Handicap et Dépendance : l'évaluation » ; Berger-Levrault, juin 2002, 448 p.

- [333] Beaucoup des barèmes utilisés aujourd'hui en France trouvent leur origine dans les travaux effectués conçus au XIXème et début du XXème siècle. Deux barèmes « source » les ont inspiré fortement : le barème des pensions militaires d'invalidité et le barème des accidents du travail.
- [334] Si le principe de droit à pension d'invalidité pour les soldats a été posé dès 1534 en France, les premiers principes encore appliqués aujourd'hui reposent sur la loi des 11 et 18 avril 1831 ; le code des pensions militaires d'invalidité (PMI) vise à créer un système cohérent qui mette bon ordre au dispositif antérieur d'attribution des pensions militaires attribuées sous l'ancien régime : selon le bon plaisir du roi et de ses ministres. Sa révision en mars 1919 constituera la seule référence jusqu'en 1945 pour les pensions d'invalidité civiles et jusqu'en 1993 pour le handicap et l'allocation aux adultes handicapés (AAH).
- [335] Le risque accidents du travail, plus récent, date de 1898 ; son barème date de 1939 et est conçu, comme le barème militaire, sur l'évaluation des lésions anatomiques, dont la valorisation du taux d'invalidité produit directement le montant de la rente via une valeur financière accordée à un point de ce taux.
- [336] Plus récemment, avec l'introduction des concepts de déficience, incapacité et désavantage, les travaux de l'OMS et sa classification internationale des handicaps publiée en 1980, vont influencer fortement la conception de certains barèmes français et notamment celui de l'AAH.

1.3. Les données quantitatives éclairent les enjeux de gestion

- [337] La valeur ajoutée d'un barème est dépendante des conditions de son utilisation au premier chef desquelles vient le volume de demandes à traiter par les experts et services administratifs qui en ont la charge. L'homogénéité attendue du barème est l'une des qualités attendues d'une bonne gestion ; le délai raisonnable de l'instruction en est une autre. De ce point de vue, le traitement « de masse » est facilité s'il s'appuie sur un outil simple, industriel. A l'inverse l'évaluation fine sur des cas en nombre plus réduit peut justifier un outil d'orfèvre.
- [338] L'objectif de la présente annexe est d'identifier les principaux régimes d'évaluation utilisés aujourd'hui en France. S'agissant des outils qui les servent, il s'agit d'identifier en quoi ils pourraient ou pas être utilisés pour l'appréciation de l'invalidité par les organismes de sécurité sociale.

2. LES PROCESSUS HISTORIQUES, SOURCES DES BAREMES ACTUELS, OUVRANT DROIT A UNE RENTE

2.1. *Le régime d'invalidité militaire & anciens combattants (PMI)*

2.1.1. Finalités et principes

[339] Le régime fortement révisé en 1919 vise à indemniser les anciens combattants de la grande Guerre : il s'agit de **réparer les infirmités contractées au service de Défense de la Nation**. Le régime est étendu à partir de 1945 aux anciens internés et déportés, et d'une manière générale, aux militaires ayant été en captivité.

[340] L'article L. 1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre définit la finalité première de ce **régime de réparation** « *La République française, reconnaissante envers les anciens combattants et victimes de la guerre qui ont assuré le salut de la patrie, s'incline devant eux et devant leurs familles. Elle proclame et détermine, conformément aux dispositions du présent code, le droit à réparation due : 1. Aux militaires des armées de terre, de mer et de l'air, aux membres des forces françaises de l'intérieur, aux membres de la Résistance, aux déportés et internés politiques et aux réfractaires affectés d'infirmités résultant de la guerre. 2. Aux veuves, aux orphelins et aux ascendants de ceux qui sont morts pour la France* ».

2.1.2. **Barème des pensions militaires d'invalidité (PMI) et Barèmes des anciens internés et déportés et militaires en captivité : 1919 – 2001**

2.1.2.1. Historique

[341] Le barème des anciens combattants est l'un des plus anciens barèmes d'évaluation des infirmités, utilisés aujourd'hui en France. La première quantification inscrite dans la législation des indemnisations date d'avril 1831. Le premier véritable barème d'invalidité militaire fait suite à la guerre de 1870 et aux campagnes coloniales, son échelle de gravité publiée en juillet 1887 reste une référence actuellement encore en vigueur bien que complétée depuis : une première fois en 1915 puis une seconde en 1919. Cette dernière partie du barème militaire constitue le socle principal du barème et a été régulièrement actualisée : elle a bénéficié de 25 révisions et compléments depuis 1919.

Extrait de la Présentation de l'Édition 1976 du guide barème des PMI

L'édition de 1976 du guide-barème des invalidités a été conçue de manière à présenter, ce que ne faisaient pas les éditions antérieures, la totalité des données des trois barèmes en vigueur en matière de pension militaire d'invalidité, à savoir l'échelle de gravité de 1887, le barème de 1915 et le barème de 1919.

Il convient avant tout de faire remarquer que les trois barèmes évoqués ci-dessus sont entièrement différents dans leur inspiration. C'est ce qui explique d'ailleurs les divergences d'appréciations qu'on peut y trouver à propos d'une même infirmité.

L'échelle de gravité de 1887 [décision ministérielle du 23 juillet 1887] (1) fut élaborée pour l'application des lois des 11 et 18 avril 1831 : elle visait exclusivement des infirmités incurables mettant le militaire de carrière à l'époque, soit hors d'état de rester en activité et lui ôtant toute possibilité d'y rentrer ultérieurement (officiers), soit hors d'état de servir et de pourvoir à sa subsistance (sous-officiers, caporaux, brigadiers et soldats). Elles entraînaient, alors, l'élimination de ces derniers de l'Armée. Les pourcentages qui étaient attribués aux infirmités tendaient ainsi à indemniser non seulement l'invalidité, mais également le préjudice subi par le militaire en cause du fait de l'interruption de sa carrière pour une infirmité due au service.

Il est à noter d'ailleurs qu'initialement cette échelle ne comportait pas à proprement parler de pourcentages d'invalidité, mais procédait simplement au classement de certaines infirmités en six catégories. L'introduction des pourcentages a été faite par décrets, dont la parution s'est échelonnée de 1906 à 1918, décrets codifiés dans l'article L. 12 du code.

Le barème de 1915 a été élaboré par les médecins de l'administration centrale du ministère de la guerre (commission consultative médicale) pour servir de guide aux experts qui, dans les divers centres de réforme, évaluaient une même infirmité, à des taux vraiment trop disparates. Il constitue plutôt une codification des pourcentages d'invalidité généralement admis à l'époque en matière d'accident du travail (loi du 9 avril 1898).

Contrairement à l'échelle de gravité de 1887, il ne tient pas compte d'un préjudice quelconque de carrière.

Le barème de 1919 (décret du 29 mai 1919), établi par application des dispositions de l'article 9, paragraphe 4, de la loi du 31 mars 1919 (4^e alinéa de l'art. L. 9-1 du code), fut dressé par une commission de médecins légistes éminents en tenant compte de la science médico-légale de l'époque. Il constitue une étude médico-légale sérieuse de l'évaluation applicable aux invalidités. Les pourcentages retenus comme ceux du barème de 1915, n'indemnisent que le dommage objectif.

Source : Direction des pensions - Service des expertises médicales INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 606/B relative aux expertises médicales du 20 juillet 1976

[342] Afin de tenir compte des spécificités liées aux infirmités et maladies contractées pendant un internement ou une déportation, un second guide barème spécifique a été créé en 1953, puis révisé régulièrement depuis (6 révisions).

[343] L'évaluation de l'invalidité résultant d'infirmités ou de maladies contractées par des militaires ou assimilés au cours de la captivité subie dans certains camps ou lieux de détention, repose sur un document spécifique.

2.1.2.2. Unité d'œuvre de l'évaluation

[344] Le découpage du guide barème des PMI repose principalement sur les différentes rubriques anatomiques et recouvre les champs des différentes disciplines médicales. L'évaluation est médicale et se fait principalement par l'étude des lésions ou pathologies. Un taux est affecté à chaque lésion ou pathologie selon sa gravité.

[345] Sont retenues comme point d'évaluation initiale les lésions ou pathologies contractées suite à des événements de guerre ou du fait du service. Les règles d'imputabilité relevant du code des P.M.I varient en fonction de facteurs multiples dont le lieu, les circonstances et le temps du service et le statut du requérant. Toute demande d'étude du droit à pension est recevable sans restriction de délais, quelle que soit la date des faits générateurs, et la preuve peut être apportée par tous moyens pour blessures et maladies même à « caractère professionnel ».

2.1.2.3. Règles d'ouverture des droits et de calcul du taux final

[346] Il faut pour ouvrir droit à pension un taux supérieur à 10 % pour une lésion sur blessure et à 30 % (infirmité unique) ou 40 % (infirmités multiples) en cas de maladie. En cas d'infirmités résultant de maladies associées à des blessures, la pension est accordée pour les maladies si le taux global d'invalidité atteint 30 %. En cas d'infirmités multiples la règle de la validité restreinte dite règle de Balthazard s'applique (cf. pièces jointes 5.1.2 pour le détail de cette règle).

[347] L'application de la règle de Balthazard conduit en théorie à ce que le taux maximum d'invalidité soit inférieur à 100 %. Mais ce taux global est arrondi aux 5 % supérieurs, un taux global calculé de 95,1 % peut donc être arrondi à 100 %. Une autre possibilité d'atteindre les 100 % est ouverte en cas d'infirmité d'une particulière gravité, notamment en cas de cumul d'infirmités graves comme peuvent en présenter les grands mutilés de guerre.

[348] Une seconde règle permet de dépasser les 100 %. Lorsque ce seuil est atteint, les infirmités supplémentaires sont alors décomptées en **surpension**. Si une infirmité atteint 100 %, les autres infirmités sont comptées en degrés, à raison de 1 degré par tranche de 10 % de taux d'invalidité supplémentaire.

[349] La règle de la surpension créée en 1919 à hauteur de 10 degrés a conduit à dépasser le « seuil théorique des 100 % de Balthazard » pour porter le taux maximal d'invalidité plafonné à 200 %. Les évolutions législatives ultérieures de déplafonnement - notamment celle de 1953-54 - combinées à l'application de la règle des suffixes (cf. 5.1.3) ont ouvert la voie à des évaluations de taux d'invalidité de plus de 1400 % en 2009 (cf. données de cadrage *infra*).

[350] Un exemple de calcul du taux d'incapacité combinant les règles de la validité restreinte, des suffixes, surcotes et surpension est présenté en pièce jointe 5.2 ; elle témoigne de la complexité des règles de calculs dans ce régime.

2.1.2.4. Règles de l'indemnisation

[351] La pension principale est directement reliée au taux global d'incapacité via la correspondance à un nombre de points d'indice qui reste de base lorsque le bénéficiaire est un militaire en activité ou une victime civile et qui varie en fonction du grade détenu en dernier lieu lorsque le militaire est en retraite.

[352] La dernière valeur du point d'indice de pension militaire d'invalidité et des victimes de guerre est fixée à 13,81 €, au 1^e juillet 2010⁴⁵. Cette valeur est établie en tenant compte de la variation de l'indice de l'ensemble des traitements bruts de la fonction publique de l'État⁴⁶.

[353] Le catalogue des grades du régime des pensions militaires d'invalidité ne reprend toutefois pas toutes les évolutions d'échelon prévues par les statuts particuliers des militaires. Un degré a une valeur forfaitaire de 16 points d'indice, indépendamment du grade.

⁴⁵ Arrêté du 23/12/2010 fixant la valeur du point d'indice de pension militaire d'invalidité au 1er juillet 2010 en application de l'article R. 1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, JO du 11 janvier 2011

⁴⁶ Indexation sur le coût de la vie comme toutes les pensions de retraite depuis le 1er janvier 2004

- [354] Cette pension principale peut-être complétée, pour les grands invalides, par des allocations spéciales correspondant à un nombre de points d'indice forfaitaire. Elles dépendent soit du pourcentage d'invalidité (au moins 85 % pour les allocations aux grands invalides), soit de la nature des infirmités (allocations aux grands mutilés), soit de l'incapacité d'exercer une profession (allocation aux « implaçables »), soit de la nécessité d'avoir besoin de l'assistance constante d'une tierce personne (majoration spéciale). Dans ce dernier cas cette majoration sera égale au quart de la pension. Elle est d'emblée acquise en cas d'invalidité égale à 100 % mais peut être obtenue dès 85 %.
- [355] Au total, ce régime est, du fait de son origine et des modalités de calcul de l'indemnisation, considéré comme particulièrement « avantageux et bienveillant ». Cette position est constamment rappelée depuis l'instruction n° 8311 CIN du 10 juillet 1919 qui définissait le rôle de l'expert qui « sera bienveillant et juste envers les victimes de la guerre... Les experts doivent, en toute circonstance, examiner minutieusement et complètement le candidat à pension qui se présente devant eux... Il doit abandonner toute tendance restrictive et se garder de sous-estimer les invalidités des candidats à pension... Enfin les experts seront à la fois consciencieux et rapides dans leurs expertises ; les infirmes attendent impatiemment la décision qui leur donnera l'indemnisation à laquelle ils ont droit et que la Nation a hâte de leur accorder »
- [356] L'objectif est donc de servir une réparation la plus généreuse possible mesurée principalement sur le préjudice anatomo-pathologique et son retentissement.

2.1.3. La réparation au-delà du forfait de pension militaire et le recours au barème de droit commun 2005

- [357] L'arrêt BRUGNOT rendu par le Conseil d'Etat en 2005 tend à remettre en cause cette orientation historique - un dommage, une réparation unique globalisée au sein du seul régime des pensions militaires d'invalidité - en élargissant le droit à réparation des autres préjudices par la voie du droit commun⁴⁷.
- [358] Cet arrêt affirme qu'un militaire, victime d'un accident de service, peut obtenir une indemnité complémentaire malgré un régime d'indemnisation plus favorable que celui des fonctionnaires civils. Cet arrêt étend également pour la première fois, la possibilité d'une indemnisation pour les ayants droits au titre d'un préjudice moral invoqué en raison du décès d'un militaire pendant le service. « Outre l'indemnité forfaitaire dont il bénéficie au titre de l'atteinte qu'il a subie dans son intégrité physique, le militaire victime d'un accident de service ou atteint d'une maladie professionnelle peut prétendre, alors même que le régime d'indemnisation des militaires serait plus favorable, et même en absence de faute de l'Etat, à une indemnité complémentaire réparant les souffrances physiques ou morales, ainsi que les préjudices esthétiques et d'agrément qu'il a endurés. Il en va de même du préjudice moral subi par ses ayants droit »⁴⁸.
- [359] Une autre voie d'indemnisation, proche de la voie de droit commun est donc aujourd'hui ouverte pour les militaires. Cette nouvelle voie s'appuie sur de nouveaux acteurs et outils : elle est gérée distinctement au sein de la Direction des affaires juridiques du ministère de la Défense et de son service du commissariat des armées ; elle s'appuie sur le barème de droit commun présenté *infra*.
- [360] Cette évolution fait aujourd'hui cohabiter deux voies d'indemnisation d'un même dommage qui reposent sur des principes et des barèmes distincts, ce qui ne peut que conduire à réinterroger l'économie globale de la réparation des invalidités contractées sous statut militaire.

⁴⁷ Arrêt Mme Brugnot (CE 1^{er} juillet 2005, n°258206 ; AJDA 2005, P : 1490)

⁴⁸ Note DEF/SGA/DAJ/CX4 055336 du 27 septembre 2005 Ministère de la Défense, Secrétariat général pour l'administration. Direction des affaires juridiques.

2.1.4. Données de cadrage sur les pensions militaires d'invalidité

[361] On comptait 393 700 pensionnés en 2005⁴⁹ et 308 940 en 2010. La tendance est à la décroissance du nombre de pensionnés entre 2005 et 2010 de 4 à 5 % par an. Les prévisions 2011-2012 sont identiques.

[362] Les données suivantes détaillent les principaux effectifs et montants versés au titre de l'année 2009.

Tableau 40 : Effectifs et montants des pensions militaires d'invalidité versées en 2009

	I - MILITAIRES		II - VICTIMES CIVILES		III - ENSEMBLE	
	Nombre	Montant	Nombre	Montant	Nombre	Montant
Guerre 1914-1918						
Invalides	-	-	43	503 127	43	503 127
Conjoints et orphelins	2 593	14 610 395	87	661 304	2 680	15 271 699
Ascendants (1)	-	-	5	14 385	5	14 385
Total	2 593	14 610 395	135	1 178 817	2 728	15 789 212
Guerre 1939-1945						
Invalides	49 348	364 679 584	17 682	169 618 696	67 030	534 298 280
Conjoints et orphelins	62 743	410 529 731	8 851	62 468 197	71 594	472 997 928
Ascendants	458	1 308 394	314	996 964	772	2 305 358
Total	112 549	776 517 709	26 847	233 083 856	139 396	1 009 601 565
Hors-guerre						
Invalides	162 215	489 690 155	1 791	9 115 280	164 006	498 805 435
Conjoints et orphelins	24 668	163 040 287	1 028	7 110 950	25 696	170 151 237
Ascendants	4 332	12 273 741	114	346 519	4 446	12 620 260
Total	191 215	665 004 183	2 933	16 572 749	194 148	681 576 931
TOTAL	306 357	1 456 132 286	29 915	250 835 422	336 272	1 706 967 709

(1) Pensions attribuées à des parents d'enfants victimes d'engins explosifs de la guerre 1914/1918

Montants bruts, incluant les accessoires de pension, exprimés en année pleine

Source : DGFIP et Service des retraites de l'Etat, base des PMIVG 2009. Toutes pensions versées au 31/12/2009 y compris pensions cristallisées

[363] On comptait 336 000 invalides ou ayants droits indemnisés au titre d'une pension militaire d'invalidité fin 2009. Le montant total des pensions servies était de 1,7 milliard d'euros.

⁴⁹ Total pensionnés + veuves et orphelins + ascendants

[364] Les allocations accessoires de pensions sont détaillées ci-dessous.

Tableau 41 : Accessoires des pensions

	I - MILITAIRES		II - VICTIMES CIVILES		III - ENSEMBLE	
	Nombre	Montant	Nombre	Montant	Nombre	Montant
Guerre 1914-1918						
- Allocations aux grands invalides	-	-	26	221 537	26	221 537
- Allocations aux grands mutilés	-	-	13	98 854	13	98 854
- Majorations pour assistance d'une tierce personne	-	-	5	16 958	5	16 958
Total	-	-	44	337 348	44	337 348
Guerre 1939-1945						
- Allocations aux grands invalides	13 962	85 208 337	6 929	46 137 215	20 891	131 345 553
- Allocations aux grands mutilés	8 477	80 490 793	4 824	42 198 651	13 301	122 689 444
- Majorations pour assistance d'une tierce personne	500	1 747 837	417	1 185 470	917	2 933 307
Total	22 939	167 448 968	12 170	89 521 336	35 108	258 968 304
Hors-guerre						
- Allocations aux grands invalides	14 327	88 603 121	354	2 472 248	14 681	91 075 369
- Allocations aux grands mutilés	3 878	27 008 129	219	1 457 277	4 097	28 465 405
- Majorations pour assistance d'une tierce personne	1 029	6 158 328	35	181 053	1 064	6 339 412
Total	19 234	121 769 678	608	4 110 578	19 842	125 880 186
TOTAL	42 173	289 218 646	12 822	93 989 293	54 950	383 186 838

Montants bruts des accessoires exprimés en année pleine

Source : DGFIP et Service des retraites de l'Etat, base des PMIVG 2009. Toutes pensions versées au 31/12/2009 y compris pensions cristallisées

[365] La répartition des montants en point d'indices attribuée est la suivante.

Tableau 42 : Répartition par tranche de point d'indice

Tranches de points d'indices au 31/12/2009	Invalides militaires		Victimes civiles		Ensemble	
	nombre	montants	nombre	montants	nombre	montants
moins de 1000 points	200 127	499 213 089	15 598	56 905 176	215 723	556 118 245
de 1 000 à 1 999 points	7 315	130 885 088	2 324	42 767 059	9 639	173 652 147
de 2 000 à 2 999 points	1 691	56 568 572	657	21 869 873	2 348	78 438 445
de 3 000 à 3 999 points	1 026	48 886 129	479	22 946 107	1 505	71 832 236
de 4 000 à 4 999 points	586	35 641 922	259	15 735 148	845	51 377 071
de 5 000 à 5 999 points	339	25 327 747	117	8 746 072	456	34 073 819
de 6 000 à 6 999 points	120	10 677 840	17	1 490 019	137	12 167 859
de 7 000 à 7 999 points	89	9 171 045	23	2 353 441	112	11 524 486
de 8 000 à 8 999 points	83	9 708 713	7	821 655	90	10 530 368
de 9 000 à 9 999 points	57	7 378 510	7	923 060	64	8 301 570
de 10 000 à 10 999 points	56	8 034 495	12	1 718 364	68	9 752 859
de 11 000 à 11 999 points	30	4 727 701	13	2 044 777	43	6 772 478
de 12 000 à 12 999 points	21	3 589 148	2	336 332	23	3 925 480
de 13 000 à 13 999 points	16	2 983 743	2	374 806	18	3 358 549
14 000 points et plus	7	1 576 016	1	205 213	8	1 781 229
TOTAL	211 563	854 369 739	19 516	179 237 103	231 079	1 033 606 842

Montants bruts, incluant les accessoires de pension, exprimés en année pleine

Source : DGFIP et Service des retraites de l'Etat, base des PMIVG 2009. Toutes pensions versées au 31/12/2009 y compris pensions cristallisées

Tableau 43 : Répartitions par taux d'invalidité

Tranches de montants	Effectifs d'invalides (militaires et victimes civiles)	Effectifs de conjoints survivants
moins de 1000 €	63 872	28
1000 à 1999 €	59 466	271
2000 à 2999 €	29 307	631
3000 à 3999 €	21 716	1 131
4000 à 4999 €	17 483	19 468
5000 à 5999 €	5 645	1 583
6000 à 6999 €	4 285	8 585
7000 à 7999 €	4 129	59 595
8000 à 8999 €	5 044	1 711
9000 à 9999 €	695	855
10000 à 10999 €	1 517	1 588
11000 à 11999 €	1 304	657
12000 à 12999 €	811	420
13000 à 13999 €	2 842	103
14000 à 14999 €	735	6
15000 à 15999 €	788	5
16000 à 16999 €	965	73
17000 à 17999 €	586	3
18000 à 18999 €	353	-
19000 à 19999 €	484	-
20000 à 29999 €	3 929	-
30000 à 39999 €	1 627	-
40000 à 49999 €	1 148	-
50000 € et plus	2 348	-
TOTAL	231 079	96 713

Source : DGFIP et Service des retraites de l'Etat, base des PMIVG 2009. Toutes pensions versées au 31/12/2009 y compris pensions cristallisées

[366] Plus de la moitié des effectifs est concentrée sur les montants les plus faibles, inférieurs à 2000 €/an et environ 1 % des pensionnés touchés des rentes de 50 000 €/an ou plus.

[367] Si l'on s'intéresse aux seuls invalides (hors ayants droits) la répartition est la suivante (données 2010) :

Tableau 44 : Répartition par taux d'invalidité pour les pensions militaires d'invalidité versées en 2010 (hors ayants droits)

Taux	Article L.16	Effectif	Montant annuel en euros
10		46 679	31 912 401
15		19 138	19 712 661
20		25 363	35 167 868
25		9 995	17 559 132
30		21 521	45 093 521
35		7 402	18 459 491
40		11 339	31 924 781
45		5 636	18 190 786
50		9 214	32 665 819
55		4 771	18 909 570
60		6 023	25 825 491
65		6 289	29 107 378
70		4 292	21 453 204
75		4 921	25 951 651
80		3 684	21 071 280
85		4 412	33 680 409
90		3 440	30 210 706
95		2 849	29 552 434
100		5 669	70 245 605
100	De 1 à 9 degrés	4 271	83 906 916
100	De 10 à 19	2 252	62 441 177
100	De 20 à 29	1 248	44 147 238
100	De 30 à 39	857	36 586 710
100	De 40 à 49	696	34 683 283
100	De 50 à 59	515	29 849 539
100	De 60 à 69	369	23 920 842
100	De 70 à 79	243	17 718 288
100	De 80 à 89	167	12 719 737
100	De 90 à 99	162	13 938 797
100	De 100 à 109	173	16 835 709
100	De 110 à 119	72	7 591 216
100	De 120 à 129	9	1 174 208
100	De 130 à 143	6	962 308
		213 677	943 170 156 €

Source : DGFIP et Service des retraites de l'Etat, base des PMIVG 2010. Toutes pensions versées au 31/12/2009 y compris pensions cristallisées

[368] Plus de la moitié des pensions militaires d'invalidité sont attribuées pour des taux inférieurs à 30 %. Les taux les plus élevés égaux à 100 % et jusqu'à 1434 % concernent 5,2 % des effectifs. Dans cette dernière catégorie, le montant moyen de la rente annuelle est de 160 385 €.

2.2. L'invalidité et le handicap dans le régime des AT/MP

2.2.1. Finalités et principes

[369] La révolution industrielle en France voit se multiplier un nombre croissant d'accidents survenus « au travail ». La base de la réparation reposait sur la notion de faute engageant la responsabilité de son auteur et une obligation d'indemnisation intégrale de droit commun. L'employeur pouvait être poursuivi au pénal comme au civil pour ses négligences si l'un de ses ouvriers était blessé. Mais ce système laissait sans indemnisation les victimes d'accidents dont elles pouvaient porter une part de responsabilité et surtout lorsqu'aucune faute d'aucune partie ne pouvait être retrouvée.

- [370] La loi du 9 avril 1898 introduit la présomption d'imputabilité pour les ouvriers victimes d'un accident de travail (AT) sans plus avoir à apporter la preuve de la faute de leur employeur pour prétendre à une indemnisation ; en contrepartie la réparation de leur dommage devient forfaitaire. Les délais, les aléas et les coûts d'une procédure judiciaire sont épargnés à la victime.
- [371] Pour l'employeur, le risque est mutualisé avec sa contribution obligatoire au régime d'assurance collectif ; il peut à ce prix et sauf exception⁵⁰ échapper à toute action en réparation que pourraient exercer à son encontre la victime ou ses ayants droits en application du droit commun de la responsabilité.
- [372] La loi du 25 octobre 1919 étend ce dispositif réglementaire aux maladies contractées du fait du travail et celle du 27 juillet 1919, aux accidents survenus durant le trajet entre domicile et lieu de travail.

Les définitions

Est considéré comme **accident du travail**, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.

L'accident de trajet "est également considéré comme accident de travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur, pendant le trajet aller et de retour entre :

- * sa résidence principale, une résidence secondaire ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu de travail.
- * le lieu de travail et le restaurant, la cantine ou d'une manière plus générale le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas.
- * et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi."

Est présumée **d'origine professionnelle toute maladie** désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractées dans les conditions mentionnées dans ce tableau.

2.2.2. Barème indicatif des accidents du travail 1939 – 1982 et des maladies professionnelles 1999

2.2.2.1. Historique

- [373] Ces évolutions vers une forfaitisation de la réparation posée dès 1898 conduisent à la construction d'un modèle d'évaluation mettant en correspondance les préjudices physique et professionnel et l'indemnisation. Un seul barème médical sert de référentiel pour ces deux dimensions dans chaque domaine AT et MP.
- [374] Chaque domaine dispose d'un barème spécifique :
- le barème indicatif d'invalidité pour les accidents du travail ne sera publié qu'en 1939 : auparavant, c'est le barème des pensions militaires qui sert de référence. Les deux barèmes « source » vont diverger progressivement à compter de cette date. Le barème ATMP, plus proche des problématiques civiles va dès lors et jusque dans les années 1980 servir de référence pour les autres régimes d'indemnisation du préjudice de perte de gain, et notamment en réparation de droit commun. Le barème actuel n°82-1135 en vigueur date du 23 décembre 1982 ; il modifie les décrets du 31 décembre 1946 et du 29 juin 1973 ; il a été

⁵⁰ Cas de la faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur

complété de façon limitée par le décret du 18 janvier 1993 sur le seul sujet de l'infection par le VIH ;

- il faudra attendre la fin du 20^{ème} siècle pour qu'un barème similaire soit établi pour les maladies professionnelles. Il est diffusé en 1989 par lettre ministérielle et officialisé par décret en 1999 : le barème indicatif d'invalidité pour les maladies professionnelles est annexé au décret n°99-323 du 27 avril 1999 relatif aux procédures de reconnaissance du caractère professionnel des accidents du travail et maladies professionnelles.

[375] Ces barèmes sont considérés comme obsolètes. Compte tenu de leur date de création en 1982 et 1989, l'actualisation des barèmes d'invalidité AT-MP est rendue nécessaire du point de vue médical, notamment pour les maladies professionnelles, l'évolution des connaissances scientifiques, rendant plusieurs dispositions du barème concerné insuffisantes, voire obsolètes⁵¹.

[376] Dans une note récente⁵², la DSS rappelle qu'un « groupe de travail avait été mis en place en 1992 pour réviser le barème des accidents du travail de manière à lui ôter son caractère de barème socio-économique pour n'en faire qu'un barème médical dont les taux ne seraient pas majorés pour tenir compte de la composante professionnelle de l'accident. L'objet de la révision devait s'effectuer dans un sens conforme aux taux proposés par le barème de droit commun qui est utilisé par les juridictions civiles pour les accidents non professionnels. Des travaux effectués, il était ressorti que l'avantage en matière de taux du barème des accidents du travail était de 33 %. En outre, l'actualisation du barème d'invalidité des maladies professionnelles avait été confiée au Haut comité médical de la sécurité sociale. La complexité de l'exercice avait conduit cette instance à étaler ses travaux sur plusieurs années. Cet organisme a été supprimé et, actuellement, aucune structure n'est prévue pour assurer la continuité de ces travaux ».

[377] Deux processus de relance de cette réforme sont aujourd'hui engagés :

- La rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente est inscrite dans la convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT-MP conclue entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2009-2012.
- Un groupe de travail présidé par Mme RUELLAN, ancienne présidente de la 6^{ème} chambre de la Cour des comptes a été constitué afin de proposer une réforme d'ici juin 2012.

2.2.2.2. Unité d'œuvre de l'évaluation

[378] Les principes généraux du barème AT sont rappelés en introduction du décret de décembre 1982 « *L'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale dispose, dans son 1er alinéa, que le taux de l'incapacité permanente est déterminé compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité. Le présent barème répond donc à la volonté du législateur. Il ne peut avoir qu'un caractère indicatif. Les taux d'incapacité proposés sont des taux moyens, et le médecin chargé de l'évaluation garde, lorsqu'il se trouve devant un cas dont le caractère lui paraît particulier, l'entière liberté de s'écarter des chiffres du barème ; il doit alors exposer clairement les raisons qui l'y ont conduit.*

[379] *Le présent barème indicatif a pour but de fournir les bases d'estimation du préjudice consécutif aux séquelles des accidents du travail et, éventuellement, des maladies professionnelles dans le cadre de l'article L. 434-2 applicable aux salariés du régime général et du régime agricole. Il ne saurait se référer en aucune manière aux règles d'évaluation suivies par les tribunaux dans l'appréciation des dommages au titre du droit commun.*

⁵¹ Le rapport DENIEL de 1997 avait rendu compte du décalage persistant dans ce domaine par rapport à la réalité des pathologies.

⁵² L'évaluation de l'incapacité permanente des victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle Annexe 7 d'un projet de note au ministre DSS/ASFAT/2C/MTR du 8-11-2011 transmise à la mission.

[380] L'article précité dispose que l'incapacité permanente est déterminée d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle.

[381] Les quatre premiers éléments de l'appréciation concernent donc l'état du sujet considéré, du strict point de vue médical. Le dernier élément concernant les aptitudes et la qualification professionnelle est un élément médico-social ; « il appartient au médecin chargé de l'évaluation, lorsque les séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle lui paraissent devoir entraîner une modification dans la situation professionnelle de l'intéressé, ou un changement d'emploi, de bien mettre en relief ce point susceptible d'influer sur l'estimation globale ».

[382] La caractéristique principale des deux barèmes repose sur le fait que la fixation des taux d'incapacité permanente s'appuie sur l'évaluation de lésions ou des pathologies, sur le même modèle que le barème militaire.

2.2.2.3. Règles d'ouverture des droits et de calcul du taux d'incapacité permanente

[383] Par contre les règles de calcul des taux sont beaucoup moins complexes :

- En cas de séquelles simples le taux d'IPP est attribué par application du barème pour les lésions imputables à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle, éventuellement après expertise de type L 141-1⁵³, à l'exclusion d'un état antérieur indépendant.
- En cas de séquelles complexes la formule de GABRIELLI est appliquée. La règle de BALTHAZARD est utilisée en cas d'infirmités multiples (cf. définitions en pièces jointes).

2.2.2.4. Règles d'indemnisation

[384] L'indemnisation en ATMP est une indemnisation automatique et forfaitaire⁵⁴. Le montant de la rente d'incapacité permanente ou de l'indemnité en capital est directement fonction du taux d'incapacité permanente partielle (IPP).

[385] Certaines caisses avaient pris pour habitude de majorer le taux « médical » d'un coefficient professionnel.

[386] En 1991, le rapport DORION⁵⁵ proposait pour indemniser plus équitablement les victimes, de rompre avec le principe de globalisation de la rente et adopter, un système de réparation du dommage corporel à deux volets, par exemple :

- *« la rente réparant le préjudice physiologique à partir d'un barème qui pourrait être proche du barème de droit commun ;*
- *une allocation compensatrice pour la perte de gains réparant le préjudice professionnel ».*

[387] M. LAROQUE reformulera une recommandation équivalente en 2004 qui visait à « une indemnisation distincte du préjudice physiologique ou fonctionnel et du préjudice professionnel (perte de capacité de gain) »⁵⁶.

⁵³ Article R. 431-1 du CSS « les contestations mentionnées à l'article L. 141-1 sont soumises à un médecin expert désigné, d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin conseil »

⁵⁴ Sauf en cas de faute inexcusable de l'employeur (FIE) ou en cas de faute intentionnelle

⁵⁵ George DORION, La modernisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, Paris, ministère des affaires sociales et de l'intégration, 1991, 167 p. Rapporteur D. LENOIR.

- [388] Ces propositions resteront lettre morte et certaines caisses corrigent toujours aujourd'hui le résultat de l'évaluation médicale avec un coefficient professionnel. Une note de la DSS en pièce jointe détaille l'utilisation de ce coefficient par certaines caisses primaires.
- [389] La Cour des comptes soulignait en 2002 que « *la plupart des caisses considèrent que la majoration pour incidence professionnelle ne doit pas permettre à la victime de percevoir une rente supérieure à son salaire antérieur, ce qui ne permet donc pas de tenir compte des possibilités d'amélioration de sa situation professionnelle dont aurait pu, ou même aurait dû bénéficier l'assuré en l'absence de cet événement. La majoration excède très rarement 5 %. Au demeurant, les vérifications effectuées montrent qu'il n'existe pas dans les caisses de statistiques fiables et actualisées sur les taux accordés, le nombre de dossiers concernés et les sommes en jeu* ».
- [390] La CNAMTS avait tenté dans un groupe de travail interne, d'élaborer un barème afin d'harmoniser la pratique des caisses pour déterminer le taux professionnel. Le groupe avait proposé une majoration comprise entre 5 et 10 % selon l'âge de la victime :

Tableau 45 : Projet d'harmonisation du coefficient professionnel en ATMP pour le régime général

Âge des victimes	Taux professionnel
-de 30 ans	5
De 30 à 39 ans	10
De 40 à 50 ans	15
De 51 à 55 ans	10
+de 55 ans	5

Source : CNAMTS/in note DSS/ASFAT/2C/MTR 08-11-2011

- [391] Ce « barème » n'a pas été appliqué de manière homogène dans le réseau des caisses. Dans une évaluation conduite au premier semestre 2007 par la CNAMTS à la demande de la DSS, il est apparu que 55,3 % des CPAM n'avaient pas attribué de taux professionnel⁵⁷. D'après cette enquête, la rente moyenne annuelle attribuée par victime sans ajout d'un taux professionnel était de 2 478 € et de 2 945 € après attribution de ce taux. Le coût moyen par victime était donc de 467 €.

2.2.3. La jurisprudence récente ouvre la voie vers une réparation intégrale sur le modèle dur droit commun⁵⁸

- [392] Trois jurisprudences récentes des années 2000 ouvrent la voie à une évolution de l'indemnisation des victimes d'ATMP vers un modèle de réparation intégrale.
- [393] La jurisprudence de la Cour de cassation de février 2002 sur la faute inexcusable fait peser sur l'employeur une obligation de sécurité de résultat et ouvre potentiellement largement l'accès à une réparation quasi- intégrale.

⁵⁶ M. LAROQUE, La rénovation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Rapport remis à M Fillon, Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et présenté par le comité technique de pilotage de la réforme des accidents du travail, sous la présidence de M Laroque, inspecteur général des affaires sociales. IGAS, rapport 2004 032, Mars 2004

⁵⁷ Etat descriptif des modalités pratiques d'attribution du coefficient professionnel adressé par la CNAMTS à la DSS le 10 septembre 2007 et la simulation effectuée pour évaluer le surcoût lié à la pratique généralisée de ce taux au niveau national (cf. note DSS en pièce jointe)

⁵⁸ Le développement de ce § est repris d'un projet de note de la DSS au Ministre de l'emploi, du travail et de la santé communiqué à la mission

- [394] La décision du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010 et sa réserve d'interprétation sur le caractère limitatif des préjudices indemnisables en cas de faute inexcusable de l'employeur (FIE), ouvre la possibilité pour la victime ou ses ayants droit de demander devant le tribunal des affaires de sécurité sociale l'indemnisation des préjudices non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale.
- [395] La troisième jurisprudence est l'arrêt du Conseil d'Etat (arrêt MOYA-CAVILLE 2003) concerne les fonctionnaires et est développée *infra*.
- [396] Ces évolutions fragilisent le principe de réparation forfaitaire au cœur du « compromis de 1898 ». Ils tendent à renforcer la demande de réparation intégrale liée à l'incapacité du système de réparation AT-MP à prendre en compte correctement le préjudice professionnel en raison du caractère monolithique de sa réparation.

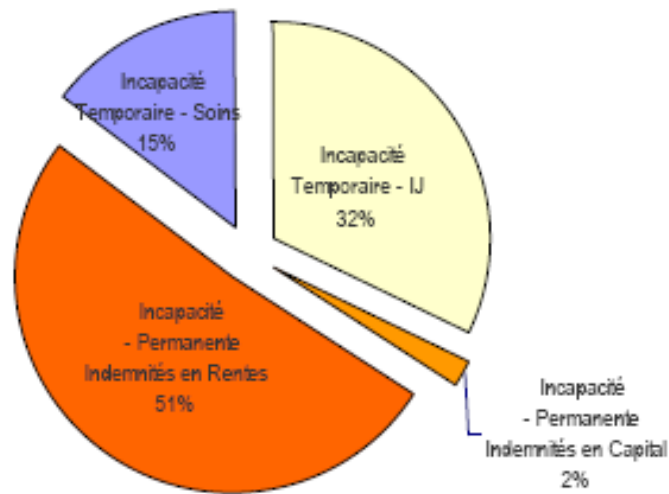
2.2.4. Données de cadrage sur le régime ATMP

- [397] Le rapport de la Cour des comptes de 2002 soulignait également la difficulté de suivre l'évolution des risques d'accidents du travail et surtout des maladies professionnelles, en raison de la défaillance des outils statistiques⁵⁹. Ce constat reste toujours valide ; les éléments présentés ci-dessous sont tirés des statistiques consolidées de l'annexe I du programme de qualité et d'efficience « Accidents du travail - Maladies professionnelles » du PLFSS 2012 et du site de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles (INRS)⁶⁰.
- [398] Les prestations ATMP représentaient 9,35 milliards d'euros en 2010 en croissance de 2,5 % par rapport à 2002 tous régimes confondus. Le régime général concentre 82,3 % de ces prestations. Trois d'entre eux se distinguent par leur part non négligeable dans le total de ces prestations : il s'agit des régimes des salariés et des exploitants agricoles (5,3 % des prestations dépensées en 2010), du régime des mines (4,2 % pour la Caisse autonome nationale de Sécurité sociale dans les mines - CANSSM) et de celui des fonctionnaires d'Etat (2,4 %).
- [399] Les données présentées ci-dessous ne concernent que les salariés du régime général. Il n'existe pas de données harmonisées et consolidées tous régimes de même nature sur la période récente.

⁵⁹ La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles, Cour des comptes, février 2002, 271

⁶⁰ <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=DW%2065>

Graphique 14 : Ventilation par poste des indemnités versées en 2009 par la CNAMTS au titre des ATMP (droits constatés)



Source : PLFSS 2011, Commission des comptes de la sécurité sociale 2010

[400] Les prestations ATMP représentaient 7,6 milliards d'euros, dont 6,4 hors soins en 2009 pour le régime général. Les prestations versées au titre de l'incapacité permanentes représentaient 51 % de l'ensemble, soit 4 milliards d'euros. Près de 97 % de ces indemnisations pour incapacité permanente, soit 3,86 Mds€, sont versées sous forme de rente, contre 3 % sous forme de capital (car inférieures à 10 % d'IPP).

Graphique 15 : Répartition des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles survenus en 2010 (champ régime général⁶¹)



Source : LFSS 2012/ PQE/ CNAMTS statistiques juin 2011

⁶¹ L'effectif salarié du régime général s'établit à 18,3 millions de salariés en 2010

[401] On relève environ 655 000 accidents du travail avec arrêt de travail chez les salariés du régime général et 40 000 incapacités permanentes. Les décès sont de l'ordre de 500 tant en accidents du travail que liés aux maladies professionnelles ; les décès liés aux accidents de trajet représentent 350 décès.

[402] La fréquence des accidents et du nombre d'accidents mortels a légèrement baissé. Parallèlement, l'augmentation du nombre de maladies professionnelles s'est poursuivie. Le BTP et l'agroalimentaire sont les secteurs d'activité où les accidents sont les plus fréquents. Les accidents mortels les plus fréquents sont toujours liés au risque routier.

Tableau 46 : Evolution du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles en 2010 dans le régime général

	2009	2010	évolution
Effectif salarié	18 108 823	18 299 717	+ 1,1 %
Accidents travail (AT)			
AT avec arrêt	651 453	658 847	+ 1,1 %
AT avec incapacité permanente (IP)	43 028	41 176	- 4,3 %
Décès	538	529	- 1,7 %
Jours d'incapacité temporaire (IT)	36 697 274	37 194 643	1,4 %
Durée moyenne de l'IT	56,3	56,5	-
Indice de Fréquence (IF)	36,0	36,0	-
Taux de Fréquence (TF)	23,4	23,3	- 0,4 %
Taux de Gravité (TG)	1,32	1,3	-
Indice de Gravité (IG)	16,2	15,7	-3,1 %
Maladies professionnelles (MP)			
MP réglées	49 341	50 688	+ 2,7 %
MP avec incapacité permanente (IP)	24 734	24 961	+ 0,9 %
Décès	564	533	- 5,5 %
Jours d'incapacité temporaire (IT)	9 328 041	9 771 667	+ 4,8 %
Accidents du trajet			
Accident avec arrêt	93 840	98 429	+ 4,9 %
Accident avec incapacité permanente (IP)	8 417	8 047	- 4,4 %
Décès	356	359	+ 0,8 %
Jours d'incapacité temporaire	6 070 556	6 310 459	+ 4,0 %
Durée de l'IT	64,7	64,1	

Source : INRS, données régime général 2010

Tableau 47 : Principales causes d'accidents du travail en 2010 dans le régime général

Cause	AT-arrêt	AT-IP	Décès	Jours IT
Accident de plain-pied	166 140	10 084	16	9 761 947
Chute de hauteur	74 936	6 725	58	6 175 907
Manutention manuelle	225 532	12 522	15	11 815 552
Masse en mouvement	30 745	1 627	14	1 261 350
Levage	21 272	1 366	20	1 291 181
Véhicules	21 383	1 923	105	1 498 591
Machines	20 684	1 910	12	914 145
Engins de terrassement	944	126	13	86 153
Outils	37 571	1 501	0	1 041 328
Électricité	713	74	5	44 662
Appareils divers	8 200	303	7	212 151
Autres	50 727	3 015	264	3 091 676
Total	658 847	41 176	529	37 194 643

Source : IRNS, données régime général 2010

3. LES PROCESSUS OUVRANT DROIT A UN REVENU DE REMPLACEMENT

3.1. L'invalidité chez les salariés du secteur privé

[403] L'analyse du dispositif des pensions d'invalidité constitue le cœur même du rapport. On se référera avec utilité aux annexes I et II pour en comprendre l'historique et les finalités. Les développements suivants sont principalement consacrés aux règles d'indemnisation et aux données de cadrage du régime.

3.1.1. Finalités et principes

[404] Il s'agit ici de compenser une perte supérieure aux deux tiers de la capacité de travail ou de gain. L'article L 341-1 du code de la sécurité sociale dispose que : « l'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant *dans la proportion des deux tiers*⁶² sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à *un tiers*⁶³ 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 ».

⁶² Disposition réglementaire

⁶³ Idem

3.1.2. Pas de référentiel d'évaluation médicale

3.1.2.1. Historique

- [405] L'évaluation de l'invalidité s'est référée jusqu'en 1945 au barème des pensions militaires d'invalidité. Cette référence n'a pas été maintenue lors de la refonte du dispositif et il n'existe plus de barème officiel depuis cette date (cf. annexe I historique).
- [406] Unité d'œuvre de l'évaluation
- [407] Les médecins du contrôle médical de la sécurité sociale n'attribuent pas de taux d'incapacité mais déterminent la **capacité de gain ou de travail restante**. "L'état s'apprécie en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge, et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle"⁶⁴.
- [408] Cette décision est le plus souvent prise à l'issue d'une période au décours de laquelle le médecin conseil a été amené à étudier la situation de la personne à plusieurs reprises (affection de longue durée, arrêts de travail prolongés et/ou cumulés) mais de façon croissante, l'avis peut être produit à la demande directe de l'assuré, auquel cas la situation de l'assuré sera évaluée sur un seul temps d'examen.

3.1.2.2. Règle de calcul du taux

- [409] L'évaluation de l'incapacité de travail et de gains est réalisée par rapport à une personne de même niveau professionnel. L'invalidité est estimée globalement, compte tenu de toutes les affections dont l'assuré est atteint y compris les autres infirmités ou blessures indemnisées au titre d'autres législations (ex : législation des pensions militaires, des accidents du travail)
- [410] L'appréciation du taux d'incapacité de gain est aujourd'hui globale, principalement dérivée de l'analyse médicale du taux d'incapacité permanente. Cette relation quasi homothétique incapacité physique ---> incapacité de gain a été fortement critiquée par de nombreux auteurs et constitue le cœur de la discussion du rapport principal auquel on renvoie. Il n'existe pas de règle de calcul dans ce modèle compte tenu de l'absence de référentiel médical.

3.1.2.3. Règles d'ouverture des droits et d'indemnisation

- [411] L'invalidité suit les règles générales de l'ouverture des droits aux indemnités journalières⁶⁵ : il faut avoir travaillé suffisamment dans l'année qui précède la première indemnité journalière qui enclenche le processus de longue maladie. Le seuil de cotisation se calcule soit par référence au SMIC, soit par un nombre d'heures de travail calculé par trimestre ou par semestre⁶⁶.

⁶⁴ Art L341-3 du code de la sécurité sociale

⁶⁵ Pour avoir droit aux indemnités journalières pendant les 6 premiers mois d'arrêt de travail, l'assuré doit avoir cotisé, pendant 6 mois pour une rémunération au moins égale à 1015 fois le SMIC horaire ou avoir travaillé 200 heures au cours des 90 jours précédant l'arrêt.

⁶⁶ Article R. 313-5 du CSS : avoir cotisé sur l'équivalent d'un salaire de 2 030 fois la valeur du SMIC sur l'année qui précède l'interruption de travail ou 1015 fois la même valeur sur les six premiers mois ; avoir travaillé 800 heures sur l'année qui précède dont 200 heures au moins au cours des trois premiers mois

[412] Le montant de la pension d'invalidité est égal, dans la limite du plafond de la sécurité sociale à :

- 50 % des salaires des dix meilleures années reportés au compte, lorsque l'invalidé est « absolument incapable d'exercer une profession quelconque », disposition de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale cohérente avec l'explicitation du seuil des deux tiers ;
- 30 % des salaires des dix meilleures années, lorsque l'invalidé « est capable d'exercer une activité rémunérée ».

[413] En 2006, un rapport d' l'IGAS relevait deux caractéristiques importantes du régime d'invalidité⁶⁷ :

- Ce dispositif est plus assuranciel que contributif puisqu'il n'apporte aucun avantage aux salariés qui ont longuement cotisé.
- Le choix d'une période de référence de 10 ans, se comprend au regard de la nature de l'assurance invalidité qui n'a pas vocation à couvrir des carrières longues.

3.1.3. Données de cadrage sur les pensionnés et sur les pensions d'invalidité

[414] Les données relatives au nombre de pensionnés et à leur évolution et les analyses suivantes sont extraites de l'Annexe PLFSS 2012 PQE CNSA Ces données comportent également les données des pensions de retraite pour invalidité versées avant 60 ans aux fonctionnaires.

3.1.3.1. Montants⁶⁸

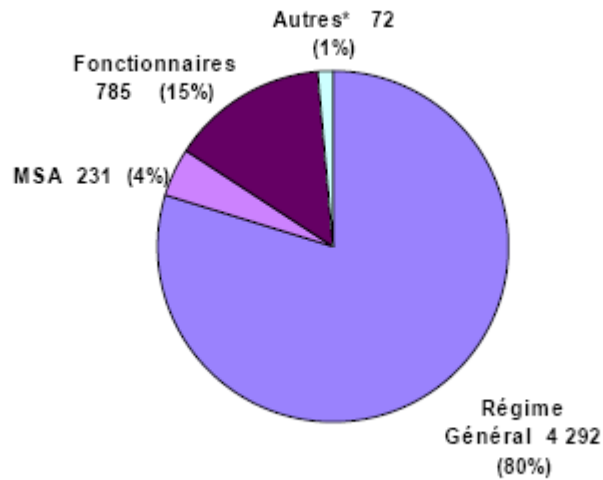
[415] En 2010, les dépenses totales d'invalidité tous régimes de base s'élèvent à 5,4 Md€⁶⁹ Les dépenses du régime général représentent 80 % du total, contre 15 % pour les régimes de la fonction publique et 5 % pour l'ensemble des autres régimes (MSA et autres régimes spéciaux).

⁶⁷ M. DURAFFOURG, A.JEANNET et M.VERNEREY Le risque invalidité du régime général. Rapport d'enquête IGAS Rapport n° RM2006-200P Décembre 2006

⁶⁸ Les montants correspondent à ceux du compte « prestations légales invalidité » (65116) de la branche maladie de l'ensemble des régimes étudiés. Ils concernent les dépenses d'invalidité : pensions et allocations supplémentaires sont ici agrégées. Ces montants sont identiques à ceux présentés dans les rapports de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (CCSS). Ils sont exprimés en droits constatés et en millions d'euros courants.

⁶⁹ Etudes et résultats n°677, « Le compte social du handicap en 2007 », février 2009. Selon cette publication, les dépenses au titre de pensions d'invalidité s'élèveraient à 8 341 M€. Ces dépenses se décomposeraient en 4 397 M€ pour la CNAMTS, 654 M€ pour les agents de l'Etat, 1 290 M€ au titre de la CNRACL (ce qui inclut des pensions versées aux plus de 60 ans), 240 M€ au titre de la MSA, 217 M€ au titre du RSI, 78 M€ au titre de la CNAVPL et 1 433 M€ pour les mutuelles et institutions de prévoyance. Seules les prestations de droit direct sont prises en compte, les prestations de droits dérivés étant rattachées dans les comptes de la protection sociale au risque « survie ». Si on remplace le chiffre de la CNRACL (1 290 M€) par celui du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2008 (406 M€ pour les moins de 60 ans), le montant total des dépenses au titre de pensions d'invalidité s'élèverait alors à 7,5 Md€. C'est ce dernier chiffre, plus global qui a été retenu par la Cour des comptes et qui est cité dans le rapport principal.

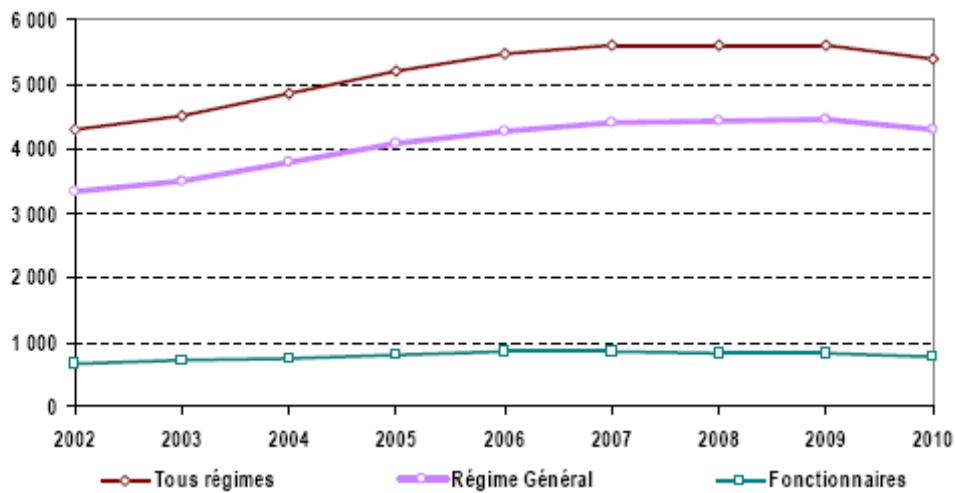
Schéma 5 : Répartition des dépenses d'invalidité par régime en 2010



Source : Annexe PLFSS 2012 PQE CNSA

[416] La croissance des dépenses est d'environ 2,8 % en moyenne annuelle entre 2003 et 2010. Elle est surtout marquée dans le régime général (+ 3,2 %). Pour le régime général, la croissance des effectifs contribue à 80 % dans l'évolution des dépenses sur la période 2000- 2007, hors revalorisation annuelle des pensions, et la progression des salaires est un facteur complémentaire de l'évolution des dépenses.

Schéma 6 : Evolution des dépenses d'invalidité entre 2003 et 2010, par régimes



Source : Annexe PLFSS 2012 PQE CNSA

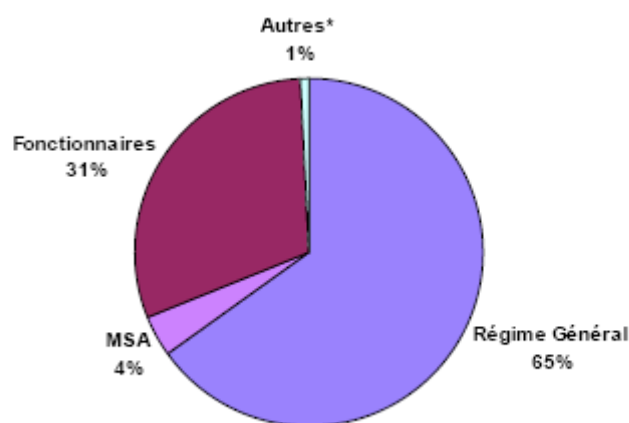
[417] Le niveau de la pension d'invalidité moyenne (France entière) s'élève en 2008 à 589 € dans le régime général :

- pour les invalides de 1^{ère} catégorie, il s'élève à 378 € ;
- pour les invalides de la 2^{ème} catégorie s'élève à 621 ;
- pour les invalides de la 3^{ème} à 1 466 € (y compris majoration pour tierce personne qui s'élève à 1029 € en 2009).

3.1.3.2. Stocks

[418] En 2010, on dénombre 928 300 pensionnés d'invalidité, tous régimes confondus. Ce nombre ne tient pas compte, pour l'ensemble des régimes, des bénéficiaires d'invalidité partis à la retraite. Le champ de cet indicateur est donc comparable au suivant qui retrace l'ensemble des dépenses d'invalidité comptabilisées dans la branche maladie des différents régimes.

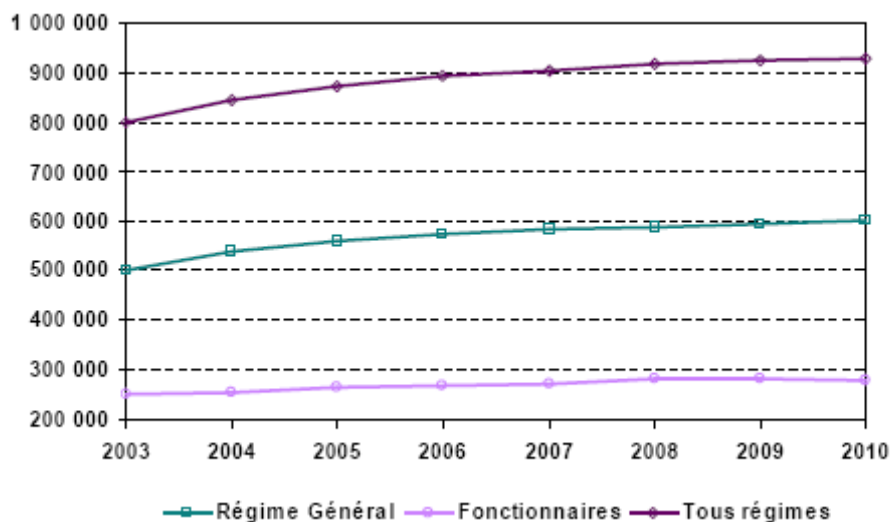
Graphique 16 : Répartition des pensionnés d'invalidité par régime



Source : Annexe PLFSS 2012 PQE CNSA

[419] Les effectifs de bénéficiaires de pensions d'invalidité, tous régimes confondus, ont progressé de 2,1 % par an, en moyenne, sur la période 2003 - 2010. Le nombre de pensionnés du régime général a augmenté plus rapidement que celui des autres régimes (+ 2,6 % par an en moyenne pour le champ CNAMTS). A contrario, les effectifs des régimes agricoles ont reculé de - 0,7 % par an en moyenne, sur la période 2003 - 2010.

Graphique 17 : Evolution des pensionnés d'invalidité par régime entre 2003 et 2010



Source : Annexe PLFSS 2012 PQE CNSA

3.1.3.3. Flux

[420] Les données de flux présentées ici ne concernent que les seuls salariés du régime général qui représentent 65 % de l'ensemble des pensionnés tous régimes (fonctionnaires inclus). Les données et les analyses sont détaillées en annexe III.

Tableau 48 : Evolution du nombre de demandes d'avis de pensions d'invalidité entre 2008 et 2011 rapportés à la population des personnes protégées du régime général en France (DOM inclus) pour les primodécisions

Nombre de demandes d'avis pour 100 000 personnes protégées					Evolution 2008-2011	TCAM
	2008	2009	2010	2011		
Toutes origines de demande d'avis	297	305	352	377	27,0 %	8,3 %
Population protégée de 20 à 59 ans	27 040 937	27 213 731	27 161 778	27 107 477	0,2 %	0,1 %

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

Tableau 49 : Evolution annuelle des Accords médicaux de pensions d'invalidité en primodécision rendus de 2008 à 2011 pour 100 000 personnes protégées de 20 à 59 ans

Années	2008	2009	2010	2011	Evolution 2008-2011	TCAM
Avis médicaux favorables	66 334	68 428	79 243	80 456	21 %	6,60 %
Nombre d'avis médicaux favorables pour 100 000 personnes protégées	245	251	292	297	21 %	6,60 %

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate. 2008- 2011.

Tableau 50 : Répartition du nombre annuel et des taux nationaux de pension d'invalidité en primodécision rendues de 2008 à 2011 par catégorie d'invalidités 1, 2 & 3

Avis favorables	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	total
2008	18 682	46 853	799	66 334
2009	19 674	47 997	757	68 428
2010	23 614	54 809	820	79 243
2011	26 057	53 644	755	80 456
Evolution 2008/2011	39 %	14 %	-6 %	21 %
TCAM	11,7 %	4,6 %	-1,9 %	6,6 %

Source : CNAMTS/Requête décisionnel Hippocrate. 2008- 2011, traitement IGAS

[421] Les principales causes médicales de l'invalidité d'entrée en invalidité (pour le régime général) en 2006 étaient les affections psychiatriques (28 %), les maladies du système ostéo-articulaire (24 %) et les tumeurs (13 %). En 2008, selon les chiffres issus de l'applicatif Hippocrate de la CNAMTS, ces chiffres évoluent peu : ils sont respectivement de **27 %** (troubles mentaux), **25 %** (maladies du système ostéo-articulaire) et **14 %** (tumeurs)⁷⁰.

3.2. L'invalidité chez les fonctionnaires civils⁷¹

3.2.1. Finalités et principes

[422] La pension civile d'invalidité est attribuée au **fonctionnaire titulaire**, qui est mis en retraite anticipée pour une invalidité :

- résultant d'une maladie, d'une blessure ou d'une infirmité survenue ou aggravée durant une période valable pour la retraite ;
- le mettant dans l'impossibilité définitive de continuer à exercer ses fonctions ;
- et sans pouvoir bénéficier d'un reclassement professionnel dans un emploi compatible avec son état de santé.

⁷⁰ Points de repère n°16, juillet 2008.

⁷¹ Cette partie est appuyée sur un document de travail de la DGAFP produit pour le Conseil d'Orientation des Retraites (COR) en mars 2011, sur le guide méthodologique d'expertise médico-administrative produit par le service des retraites de l'Etat (SRE, éditions 2010) et enfin sur le Guide pratique des pensions d'invalidité Bureau des pensions/ DRH/Ministère du travail de l'emploi et de la santé Mise à jour 3 juin 2011

- [423] La pension vise, comme dans le régime général de l'invalidité, **à compenser une perte de gain** liée à une maladie ou handicap contractée au cours d'une période ouvrant droit à pension.
- [424] **Il s'agit ici d'une pension de retraite et pas d'un régime transitoire d'invalidité** qui débouche par la suite sur une retraite comme dans les autres régimes. De ce fait, il n'existe pas à proprement parler d'un régime d'invalidité pour les fonctionnaires. La pension d'invalidité est chez les fonctionnaires, une modalité d'entrée dans le régime des retraites par l'invalidité et non par l'ancienneté.
- [425] Le régime d'invalidité de la fonction publique s'articule autour de **la notion d'incapacité permanente à exercer ses fonctions**, celle-ci conditionnant le dispositif applicable au fonctionnaire titulaire⁷².
- [426] La possibilité de reclassement dans un autre corps du fonctionnaire doit avoir été étudiée avant de le radier des cadres ; ainsi **l'inaptitude du fonctionnaire à ses fonctions s'étend à toutes fonctions**. Elle doit être définitive, qu'elle soit imputable ou non au service.
- [427] La reconnaissance d'un accident de service dans l'origine de l'invalidité va générer l'ouverture de droits différents, plus généreux en cas d'imputabilité reconnue. Cette particularité du régime des fonctionnaires conduit à la gestion dans un même cadre d'un régime d'invalidité simple et d'un régime d'accident du travail et de maladie professionnelle.
- [428] La radiation des cadres peut être faite à la demande du fonctionnaire. L'administration ne peut radier d'office le fonctionnaire que lorsqu'il a totalement épuisé ses droits à congés maladie soit 1 an pour un congé ordinaire, 3 ans pour un congé de longue maladie et 5 ans pour un congé de longue durée, 8 ans dans le cadre d'un CLD imputable au service.

Tableau 51 : Les trois types de congés maladies dans les fonctions publiques

	Durée maximale	Traitement
Congé de maladie ordinaire (1)	1 an	- 3 premiers mois à plein traitement - 9 mois à ½ traitement
Congé de longue maladie (2)	3 ans	- 1 an à plein traitement - 2 ans à ½ traitement
		Dans le cas d'un CLM pour invalidité imputable au service : 3 ans à plein traitement
Congé de longue durée (3)	5 ans	- 3 ans à plein traitement - 2 ans à ½ traitement
	8 ans	Dans le cas d'un CLD pour invalidité imputable au service : - 5 ans à plein traitement - 3 ans à ½ traitement

Source : Guide pratique des pensions d'invalidité Bureau des pensions/DRH/Ministère du travail de l'emploi et de la santé Mise à jour 3 juin 2011

⁷² Les contractuels sont soumis au régime général des salariés

- [429] A l'issue des droits statutaires à rémunération, soit à l'issue des congés maladie, longue maladie et longue durée⁷³, l'inaptitude définitive du fonctionnaire à exercer toutes fonctions est établie par une commission de réforme composée de représentants de l'administration et du corps d'appartenance de l'agent ainsi que de médecins (art R.45 du CPCMR)⁷⁴.
- [430] L'expertise repose d'abord sur un médecin agréé et est soumise à l'avis de la commission de réforme départementale. **L'appréciation du médecin agréé est ici uniquement basée sur les lésions constatées lors de l'examen médical.** Il ne doit pas être tenu compte de l'âge, de la nature de l'emploi ou de la durée de services, tous critères qui sont pris en compte ultérieurement dans le calcul même de la pension.
- [431] Le médecin agréé est, au-delà du taux d'incapacité, appelé à se prononcer sur l'aptitude du fonctionnaire à exercer ses fonctions, puis un éventuel emploi avec aménagement des conditions de travail et/ou après une mesure de reclassement. Au final, il lui est demandé de se prononcer sur l'inaptitude à toutes fonctions pour l'Etat.
- [432] Pour en juger, il lui est suggéré de se rapprocher du médecin de prévention⁷⁵. Il n'existe pas dans ce dispositif d'invalidité d'outil de mesure de l'employabilité spécifique ni de recours à un coefficient professionnel comme pour le régime d'ATMP.
- [433] La commission de réforme apprécie au vu du rapport du médecin agréé la réalité des infirmités ou de la maladie professionnelle ainsi que le taux d'invalidité qu'elles entraînent. Elle se prononce enfin sur l'aptitude du fonctionnaire.
- [434] Les taux fixés du barème sont des indications que le médecin agréé doit respecter. Sinon, il doit expressément motiver son appréciation. La commission de réforme jugera la valeur de la motivation justifiant le dépassement d'un taux qui serait fixé en dehors des limites prévues par le barème. Une nouvelle expertise peut être demandée par la commission de réforme et/ou l'administration et/ou le service des retraites de l'Etat (SRE) qui dispose depuis juillet 2011, d'un droit de regard sur les éléments justificatifs⁷⁶.
- [435] Le décret n°2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans la fonction publique d'Etat, la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière a conduit à un allègement des procédures dans la fonction publique en supprimant la saisine de la commission de réforme dès lors que l'administration reconnaît l'imputabilité de l'accident de service ou de la maladie professionnelle. Ces évolutions récentes s'inscrivent dans le cadre d'un rapprochement progressif des règles d'imputabilité et de réparation des accidents de service et des maladies professionnelles des fonctionnaires vers celles du régime général ; elles n'ont pas ou marginalement concerné l'invalidité.

⁷³ Cinq motifs recevables pour un CLD : tuberculose ; maladies mentales ; affections cancéreuses ; poliomyélite ; déficit immunitaire grave et acquis

⁷⁴ Dans un nombre de cas limité, une procédure dit simplifiée de retraite pour inaptitude peut être instruite uniquement par le comité médical départemental, second organisme en charge des questions de santé des fonctionnaires.

⁷⁵ Le médecin de prévention est le nom donné au médecin du travail dans l'administration

⁷⁶ Le décret n° 2011-421 du 18 avril 2011 relatif à la procédure d'admission à la retraite pour invalidité des fonctionnaires civils de l'Etat, subordonne la décision d'admission à la retraite pour invalidité d'une administration à l'avis conforme du ministre du budget

3.2.2. Barème 1968 - 2001

3.2.2.1. Historique

[436] **Un seul et même barème permet au médecin d'apprécier l'invalidité et les accidents et maladies professionnelles.** Cette situation est aujourd'hui unique en France où tous les autres régimes ont dissocié les procédures et les barèmes.

[437] L'appréciation du taux d'invalidité s'opère selon les indications du barème spécifique applicable aux fonctionnaires, prévu par le décret n° 68-756 du 13 août 1968 modifié par le décret n° 2001-99 du 31 janvier 2001 (J.O. du 4 février 2001) pris pour l'application de l'article L. 28 (3e alinéa) du code des pensions civiles et militaires de retraite.

3.2.2.2. Unité d'œuvre de l'évaluation

[438] Le barème relie une lésion anatomique à un taux d'incapacité qui permettra de calculer la compensation de perte de gain (sous forme de pension d'invalidité) et en cas d'imputabilité au service, la réparation du préjudice sous forme d'une rente viagère d'invalidité.

3.2.2.3. Règles de calcul du taux d'incapacité

[439] Les lésions anatomiques et déficiences fonctionnelles sont évaluées et cumulées l'une après l'autre. Le lien est direct entre taux de handicap médical et taux d'incapacité de gain. Il n'existe pas dans ce modèle d'approche globale du handicap fonctionnel.

[440] En cas d'infirmités multiples ou d'aggravations d'infirmités préexistantes, le taux global d'invalidité sera calculé conformément aux indications du chapitre préliminaire du barème annexé au décret n° 68-756 du 13 août 1968 (J.O. du 24 août 1968) : principe de la validité restante (voir en pièce jointe).

[441] Seules les lésions contractées pendant la période d'emploi en tant que fonctionnaire sont prises en compte. Les infirmités préexistantes doivent être précisément chiffrées et soustraites du calcul du taux. Elles pourront de ce fait faire l'objet d'une pension d'invalidité dans le cadre du régime général si le fonctionnaire a ouvert des droits lors d'une carrière antérieure.

3.2.2.4. Règles d'indemnisation

[442] Le taux de la pension dépend comme pour toutes les pensions de retraites du salaires indiciaires du dernier grade. Mais la pension d'invalidité se distingue des pensions de retraite car aucune durée de service n'est exigée (il faut 2 ans minimum de service pour les pensions civiles), aucune condition d'âge n'est requise (il faut atteindre l'âge légal des retraites pour les pensions civiles), enfin le droit à pension est ouvert quel que soit le taux d'invalidité reconnu.

[443] L'aptitude conditionne le dispositif qui sera appliqué au fonctionnaire :

- s'il est reconnu apte à reprendre ses fonctions, il se verra compensé financièrement son invalidité proportionnellement au degré de celle-ci ;
- si l'inaptitude est établie en raison d'une incapacité permanente à exercer ses fonctions, le fonctionnaire est placé en **retraite pour invalidité** quel que soit son âge ou son taux d'invalidité. Un taux d'invalidité supérieur ou égal à 60 % permet de voir un montant de pension placé d'emblée à 50 % du dernier traitement.

3.2.3. La jurisprudence récente ouvre la voie vers une réparation intégrale en ATMP sur le modèle du droit commun

[444] En cas d'accident chez les fonctionnaires la jurisprudence du Conseil d'Etat (arrêt MOYACAVILLE 2003) a reconnu la possibilité d'une réparation intégrale, dans le cadre d'un recours complémentaire devant le juge, des préjudices, revenant ainsi sur une jurisprudence ancienne qui limitait au forfait de pension la réparation possible.

3.2.4. Données de cadrage⁷⁷

3.2.4.1. Dans la FP Etat

Tableau 52 : Les agents en pension civile d'invalidité

I - Stock				
Année	Nb. pensions civiles	Nb. PCI sans RVI (= non imputables)	Nb. PCI avec RVI (=imputables)	Nb. Total PCI
2009	1 370 788	99 001	5 520	104 521
2010 (p)	1 413 114	99 556	5 561	105 117 (7,4%)
II - Flux - Premiers droits				
Année	Nb. pensions civiles	Nb. PCI sans RVI (= non imputables)	Nb. PCI avec RVI (=imputables)	Nb. Total PCI
2009	68 167	3 932	133	4 065
2010 (p)	70 095	3 759	138	3 897(5,5%)

Champ : Pensions civiles ayant droit entrées en paiement dans l'année
Source : DGFIP, Service des retraites de l'Etat, Base des pensions

[445] Le pourcentage des pensions civiles d'invalidité est de 7,7 % du total des pensions en stock et de 5,5 % en flux (2010).

Tableau 53 : Les agents en ATI

	Année	Taux 0%-20%	Taux 21%-40%	Taux 41%-60%	Taux 61% et +	Total
Stock	2010	49545 (79%)	11247(18%)	1404(2%)	341(1%)	62537
Flux l'ers droits	2010	1217(89%)	128 (9,5%)	15 (1%)	8 (0,5%)	1368

Source : DGFIP – Service des retraites de l'Etat

⁷⁷ Source IGAS/IGA Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé Décembre 2011

3.2.4.2. Dans la FP territoriale

Tableau 54 : Les titulaires de pensions issus de la FPT (flux 2009)

Nature de la pension	Hommes	Femmes	Total
droit direct	9051	13 083	22 134
invalidité	1216	1561	2777 (11,14%)

Source : rapport annuel CNRACL, année 2009.

Tableau 55 : Les titulaires de pensions issus de la FPT (Stock 2009)

Nature de la pension	Hommes	Femmes	Total
Total pensions	178 320	231 634	409 954
Dont invalidité	22 381	33 132	55 513 (13,34%)

Source : rapport annuel CNRACL, année 2009.

3.2.4.3. Dans la FP Hospitalière

[446] Les données sont quasi inexistantes. Une enquête partielle de la DGOS sur les données 2009 d'un échantillon de 27 653 fonctionnaires et 4035 contractuels dans 12 établissements de santé a identifié 69 agents mis à la retraite pour invalidité, soit 2 pour mille en flux. L'extrapolation à l'ensemble de la population des fonctionnaires titulaires hospitalier est d'environ 1400 pensions d'invalidité pour 2009.

[447] Les établissements publics de santé comptent environ 910 000 agents publics⁷⁸ (médecins non compris) dont 700 000 fonctionnaires, répartis dans 3 500 établissements⁷⁹. En stock, les données de l'invalidité sur l'ensemble de la FPH sont les suivantes.

Tableau 56 : Les bénéficiaires des pensions d'invalidité par type de structure dans la FPH

Collectivités	2008	2009	2010	2010/2008
centres hospitaliers régionaux	23765	23986	24227	2%
centres hospitaliers généraux	23653	24138	24816	5%
hôpitaux locaux	7308	7501	7617	4%
centres hospitaliers spécialisés	6365	6425	6474	2%
centres de soins avec/sans hébergement	1112	1115	1114	0%
ets publics à caractère sanitaire et social	946	993	1037	10%
centres d'hébergement personnes âgées	3541	3640	3757	6%
autres collectivités hospitalières	670	702	760	13%
TOTAL	67360	68500	69802	4%

Source : CNRACL recueil statistique 2010

⁷⁸ Source FHF. Les chiffres de la CNRACL diffèrent légèrement pour ce même périmètre : 903 756 en 2010 et 894 869 en 2009.

⁷⁹ Centres hospitaliers, maisons de retraite publiques, établissements publics d'aide à l'enfance, centre médico-éducatifs, centre d'adaptation ou de réadaptation sociale

3.3. *Le régime de protection solidaire du handicap : l'allocation aux adultes handicapés (AAH)*

3.3.1. Finalités et principes

- [448] Une part importante de la population présentant des incapacités ne peut être prise en charge par un régime d'assurance obligatoire : lorsque l'invalidité est congénitale ou acquise précocement, l'invalidité n'a pu de ce fait ouvrir des droits à pension de par son activité professionnelle. La solidarité nationale compense l'absence de revenu en versant une allocation⁸⁰. Cette allocation aux infirmes, aveugles et grands infirmes deviendra en 1975 avec la première grande loi d'orientation en faveur des personnes handicapées⁸¹, l'allocation aux adultes handicapés (AAH).
- [449] La séparation des termes de l'invalidité (pension d'invalidité) et du handicap (AAH) concrétise la distinction des logiques contributives et solidaires. La pension est assise sur les salaires perçus antérieurement, l'allocation est un minimum social.
- [450] L'article 1 de la loi d'orientation de 1975 consacre, parmi les obligations que la Nation se donne d'offrir aux personnes handicapées, la garantie d'un minimum de ressources. L'AAH est donc un minimum social spécifique, attribué sous conditions de ressources aux personnes âgées de vingt à cinquante-neuf ans, résidant de façon régulière en France, et reconnues handicapées par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). Sa gestion est clairement isolée de la gestion des prestations sociales.
- [451] La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, réaffirme cette finalité de garantie d'un revenu d'existence. Elle transfère l'évaluation des conditions d'attribution aux conseils généraux, avec la création en 2006 des maisons départementales des personnes handicapées et leur commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui se substitue à la COTOREP.
- [452] Alors que l'incapacité et les difficultés d'accès à l'emploi sont appréciées par la CDAPH, les conditions d'âge, de résidence, de nationalité et de ressources le sont par la caisse locale d'allocation familiale (CAF) ou la caisse de mutualité sociale agricole (MSA). Il y a dans ce modèle une dissociation institutionnelle entre l'évaluateur et le régulateur de la prestation.

⁸⁰ Le terme pension est lié à l'existence d'un travail dont la pension est dérivée

⁸¹ Loi d'orientation n° 75-534 du 30 juin 1975

3.3.2. Barèmes et guides d'évaluation : Guide barème 1993-2007 et guide RSDAE (2011)⁸²

3.3.2.1. Historique

[453] A la création de l'AAH en 1975, le taux d'incapacité est évalué en se basant sur le barème des pensions militaires d'invalidité. Très rapidement, plusieurs rapports du Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI) remettent en cause ce barème militaire, notamment lorsqu'il s'agit d'évaluer les handicaps d'origine congénitale ou les affections psychiatriques. Un groupe de travail présidé par le Pr Jean Charles SOURNIA⁸³ préconise en 1986 une évaluation :

- globale et homogène applicable à tous les handicaps ;
- compatible avec les différentes finalités (compensation, indemnisation, réadaptation sociale et professionnelle, prévention) ;
- quantitative pour apprécier les seuils d'accès à compensation et pour permettre l'indemnisation ;
- aussi simple que possible.

[454] La nécessité de changer de référentiel pour l'AAH est abondé par la Cour des comptes en 1987 qui souligne les faiblesses du barème militaire pour certaines affections ; ceci conduit, souligne-t-elle déjà, à d'importantes disparités entre départements.

[455] Un groupe de travail présidé par l'inspecteur général des affaires sociales, le Dr Jean-Pierre Talon, est chargé d'une part d'élaborer un nouveau barème orienté vers les déficiences, pour les médecins des COTOREP⁸⁴ et d'autre part d'harmoniser les différents barèmes existants. Seule la première partie de la mission sera réalisée avec la publication d'un guide barème pour l'évaluation du handicap en 1993. Très vite, le groupe de travail abandonnera le second objectif en considérant qu'une harmonisation des seuls barèmes est impossible, chaque barème obéissant à sa logique propre : finalités différentes ouvrant vers des prestations différentes.

[456] Le guide barème est publié en 1993 s'inspire fortement de la classification internationale des handicaps publiée par l'OMS en 1980 à la suite des travaux du Pr Philip WOOD : le **guide barème pour l'appréciation du taux d'incapacité** constitue l'annexe 2.4 du code de l'action sociale et des familles.

[457] Le guide barème de 1993 sera révisé une fois, principalement sur son chapitre VI consacré aux déficiences viscérales et générales. Le groupe de travail en charge de cette révision formalisera ses recommandations en 1999-2000 mais ce n'est qu'après une période de test et après la nouvelle loi d'orientation de 2005, que cette révision sera finalement publiée en 2007⁸⁵.

82 Les sources utilisées pour ce paragraphes sont notamment le CASF, et les documents DGAS/DGCS Formation au guide barème Action d'initiative nationale 2004 actualisée 2010 ; enfin le GEVA et la circulaire RSDAE de 2011.

⁸³ Le Pr JC SOURNIA, professeur des universités et chirurgien des hôpitaux, avait commencé sa carrière au service de santé des armées comme médecin militaire. Il fut médecin conseil national à la CNAMTS de 1969 à 1978 puis directeur général de la santé de 1978 à 1980.

⁸⁴ COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel ; Les COTOREP créées par la loi d'orientation n° 75-534 du 30 juin 1975 ont laissé la place aux CDAPH en janvier 2006 créées la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁸⁵ Décret n°93-1 216 du 4 novembre 1993 modifié par le décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007

3.3.2.2. Unité d'œuvre de l'évaluation et calcul du taux d'incapacité final

[458] L'introduction générale à la révision de 2007 du guide barème précise que « Ce guide-barème vise à permettre aux utilisateurs de fixer le taux d'incapacité d'une personne quel que soit son âge à partir de l'analyse de ses déficiences et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine.

La détermination du taux d'incapacité s'appuie sur une analyse des interactions entre trois dimensions :

Déficiences : c'est-à-dire toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. La déficience correspond à l'aspect lésionnel et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion d'altération de fonction.

Incapacité : c'est-à-dire toute réduction résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. L'incapacité correspond à l'aspect fonctionnel dans toutes ses composantes physiques ou psychiques et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion de limitation d'activité,

Désavantage : c'est-à-dire les limitations (voire l'impossibilité) de l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels. Le désavantage (et donc la situation concrète de handicap) résulte de l'interaction entre la personne porteuse de déficiences et/ou d'incapacités et son environnement.

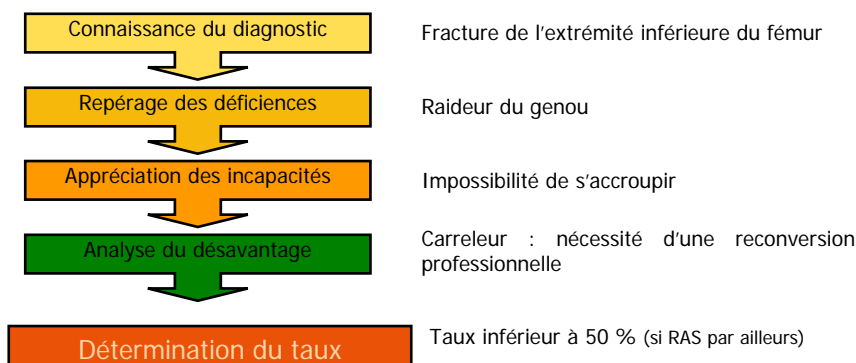
Ces trois dimensions sont étroitement liées, mais, pour autant, leur intensité respective n'est pas nécessairement comparable et peut varier considérablement d'une personne à l'autre, y compris lorsque le handicap est lié à une même origine ou une même pathologie. De même, elles peuvent évoluer différemment dans le temps.

En effet, le diagnostic ne permet pas, à lui seul, une évaluation du handicap, celui-ci variant avec le stade évolutif, les thérapeutiques mises en œuvre, en fonction de l'interaction de la personne avec son environnement.

Toutefois, les éléments de diagnostic, bien qu'insuffisants à eux seuls pour rendre compte des conséquences de l'état de santé dans la vie quotidienne de la personne, sont néanmoins utiles pour la connaissance de la situation et permettent notamment d'apporter des indications sur l'évolutivité et le pronostic de l'état de la personne ».

[459] Le cheminement proposé à l'évaluateur part du diagnostic, principalement pour en inférer des informations sur l'évolutivité, puis déroule comme suit.

Schéma 7 : Le cheminement de l'évaluation



Source : DGCS

- [460] Le guide-barème ne fixe pas de taux d'incapacité précis. Les seuils de 50 % et de 80 %, s'ils sont atteints, peuvent ouvrir droit à divers avantages ou prestations. Les principaux points clefs d'utilisation du guide barème sont résumés dans son introduction, figurant dans l'encadré ci-dessous :

Introduction du Guide barème destiné aux médecins évaluateurs. 2004. Les points clefs

La porte d'entrée dans le guide barème est la ou les déficiences. Sauf exceptions, le diagnostic n'est qu'un repère qui renseigne sur la nature des lésions et l'évolutivité.

Le principe est celui d'une évaluation globale et pluridisciplinaire du handicap. Le retentissement sur la vie sociale, professionnelle et domestique doit être recherché

L'évaluation du taux se fait sur la base des incapacités⁸⁶ sauf pour les handicaps sensoriels. Les incapacités concernent notamment le comportement, la communication, la locomotion, les manipulations, l'utilisation du corps dans certaines tâches, les soins corporels...

Les incapacités doivent avoir une certaine permanence : au moins un an.

Des degrés de sévérité sont fixés (de 3 à 5, en général 4) : Forme légère : taux de 1 à 15 p. 100 ; Forme modérée : taux de 20 à 45 p. 100 ; Forme importante : taux de 50 à 75 p. 100 ; Forme sévère ou majeur : taux de 80 à 95 p. 100. Le taux de 100 % est réservé aux incapacités totales (état végétatif, coma).

Deux seuils sont prévus par la réglementation : 50 % et 80 %. Le taux doit être déterminé avec soin lorsqu'il avoisine l'un de ces deux seuils. **Le taux de 50 % correspond à une entrave de la vie sociale de la personne**, entrave qui peut être compensée au prix d'efforts importants ou d'une compensation spécifique. **Le taux de 80 % correspond à l'atteinte de l'autonomie individuelle**, dès lors que pour les actes de la vie quotidienne qualifiés d'essentiels, elle doit être aidée totalement ou partiellement ou surveillée.

En présence de plusieurs déficiences, on commence par une estimation analytique puis une évaluation globale (et éventuellement pour apprécier la concordance avec l'évaluation globale on peut appliquer la règle de Balthazar, dite "des capacités restantes").

- [461] Le seuil des 80 % est particulièrement dépendant de l'impact du handicap sur les actes de la vie quotidienne. Les principaux actes évalués, cohérents avec les autres référentiels utilisés en réparation de droit commun ou dans le champ de la dépendance (APA) sont les suivants :

- se comporter de façon logique et sensée ;
- se repérer dans le temps et les lieux ;
- s'assurer son hygiène corporelle ;
- s'habiller et se déshabiller de façon adaptée ;
- manger des aliments préparés ;
- assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ;
- effectuer les mouvements (se lever, s'asseoir, se coucher) et les déplacements (au moins à l'intérieur d'un logement).

- [462] Pour être reconnue handicapée, la personne doit présenter :

- soit un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % (article L. 821-1 du CSS) ;
- soit un taux d'incapacité permanente compris entre 50 % et 79 % et connaître une « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi » (article L. 821-2 du CSS).

⁸⁶ Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité de façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

[463] Dans le premier cas, la personne est présumée être incapable de travailler ou connaître des difficultés substantielles et durables d'accès à l'emploi (RSDAE) étant donnée la lourdeur de son handicap. Dans le second cas, elle doit en apporter la preuve (cf. *infra*).

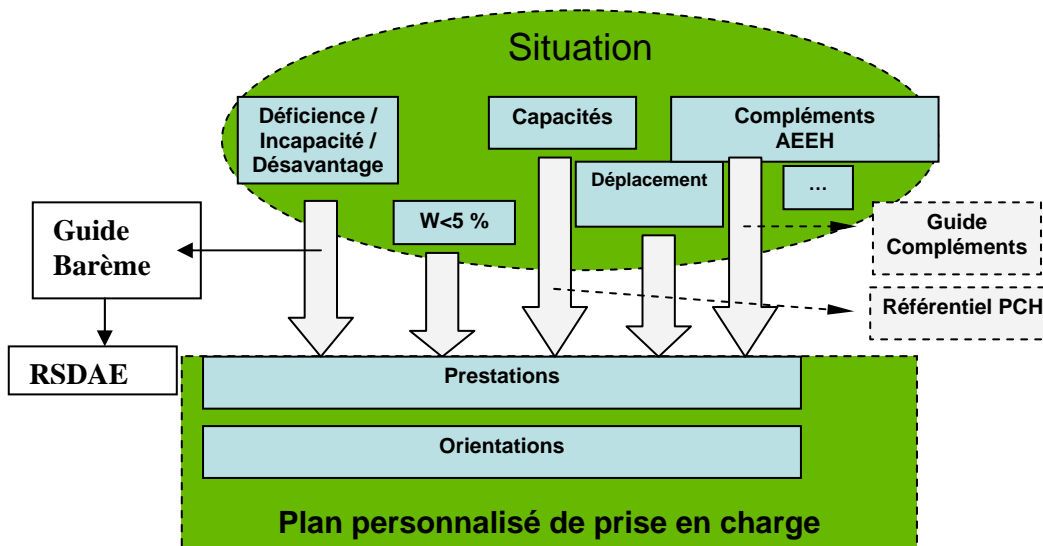
[464] L'approche globale par les déficiences conduit le médecin évaluateur à identifier rapidement la tranche de taux où se situe le demandeur. Il n'est nul besoin dans ce modèle de recours à des calculs complexes de sommation des différentes infirmités, comme cela est fait dans le modèle militaire ; tout au plus, en cas de déficiences multiples, toutes inférieures au seuil des 50 %, l'évaluateur procédera à une rapide sommation à partir de la règle de la capacité restante.

[465] Les MDPH ont en charge l'évaluation d'une vingtaine de types de demandes distinctes, dont celle de l'AAH. Le guide barème n'est aujourd'hui que l'un des outils et guides d'évaluation mis à la disposition des équipes d'évaluation :

- Le **référentiel pour l'accès à la prestation de compensation (PCH)** (annexe 2.5 du Code de l'action sociale et des familles, introduit par le décret n°2005-1591 du 19 décembre 2005 relatif à la prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées).
- Le **référentiel d'aide à la décision pour l'attribution de la carte de stationnement** (annexé à un arrêté pris en application de l'article R. 241-17 du code de l'action sociale et des familles).
- La **définition de la capacité de travail inférieure à 5 %** requise pour le complément de ressources (circulaire DGAS/1C no 2006-37 du 26 janvier 2006).

[466] Le schéma suivant positionne le guide barème dans le processus d'évaluation actuel des MDPH.

Schéma 8 : Guide barème et processus d'évaluation dans une MDPH



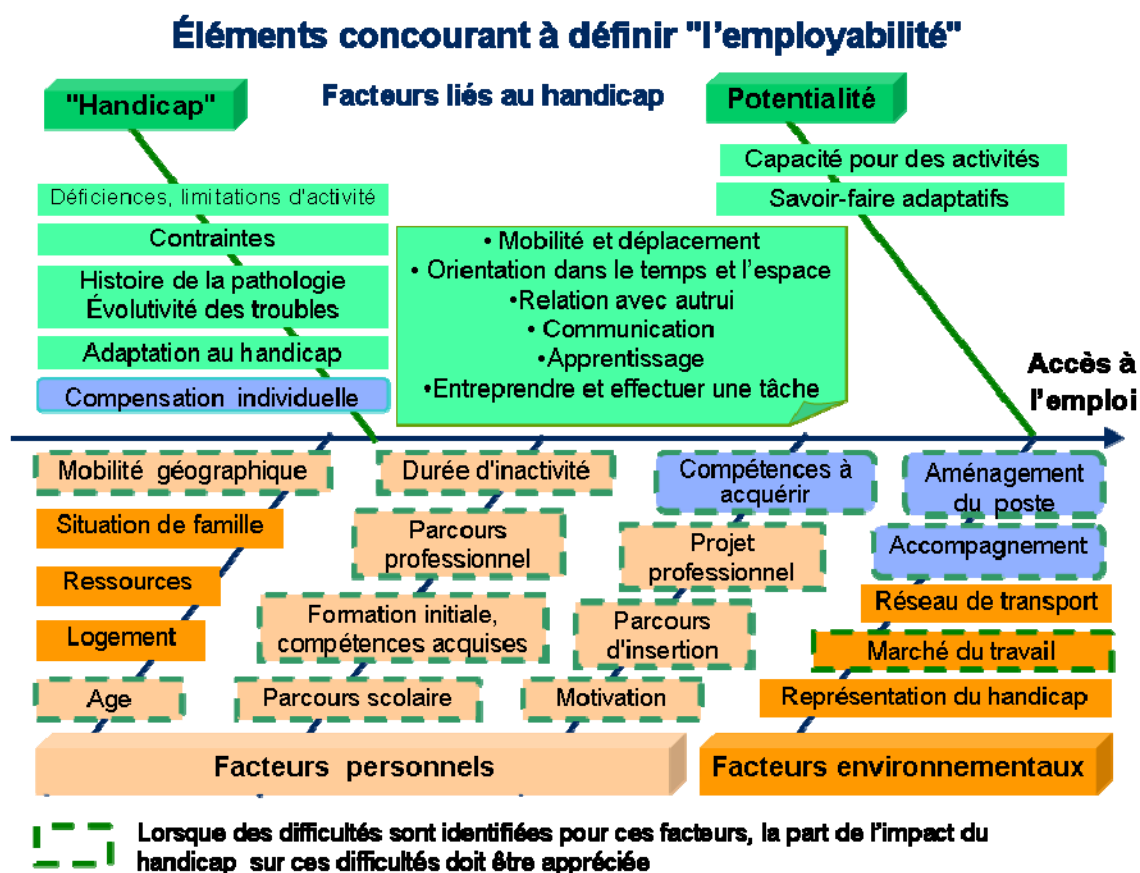
Source : D'après CNSA 2008 / Formation à l'utilisation du guide barème à l'usage des équipes pluridisciplinaires des MDPH ; traitement IGAS

[467] Le dernier de ces outils nécessite une présentation plus détaillée, car il traite de l'évaluation de l'employabilité en précisant le cheminement qui conduit à reconnaître une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE).

[468] Pour les personnes dont le dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 50 % et inférieur à 80 % (article L. 821-2 du code de la sécurité sociale (CSS)), l'AAH est attribuée si la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées reconnaît, compte tenu de son handicap, une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi. Ce critère, inscrit dans la loi de finances pour 2007 a remplacé la notion d'impossibilité de se procurer un emploi. La définition précise de son contenu a fait l'objet d'un groupe de travail piloté par la DGCS et la CNSA. Son examen constitue une étape nécessaire pour l'accès à l'AAH au titre de l'article L.821-2.

[469] Un second filtre relatif à l'employabilité s'est donc ajouté à l'évaluation fondée sur le guide barème, principalement sur des critères médicaux. Les éléments concourant à définir l'employabilité, englobent et dépassent l'analyse médicale et sont réunis ci-dessous.

Schéma 9 : Eléments concourant à définir l'employabilité



Source : DGCS/CNSA Formation aux critères d'attribution de l'AAH au titre de l'article L821.2 du CSS

[470] La démarche RSDAE consiste à évaluer les capacités d'accès à l'emploi, ou de maintien dans l'emploi, pour la personne handicapée en tenant compte des différents éléments de sa situation et de leurs interactions : des facteurs liés au handicap sur les possibilités d'accès à l'emploi ; des autres facteurs personnels et de l'environnement

[471] Pour la prise en compte de ces facteurs dans la reconnaissance d'une RSDAE, la DGCS recommande de « *comparer la situation de la personne handicapée à celle d'une personne valide présentant des caractéristiques similaires par rapport à l'emploi (âge, formation, expérience, profil professionnel...)* pour vérifier dans quelle mesure la restriction d'accès à l'emploi résulte du seul handicap. Cette approche est à effectuer pour chaque facteur identifié comme une difficulté pour l'accès à l'emploi ».

- S'agissant de l'emploi, il s'agit de l'accès, et du maintien dans un emploi, conférant le statut de travailleur (cotisation). L'emploi de référence doit être un emploi en milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée). Toutefois la reconnaissance d'une RSDAE est compatible avec : une activité en établissement et service d'aide par le travail (ESAT), une durée de travail inférieure à un mi-temps si cette limitation résulte exclusivement des effets du handicap ; le suivi d'une formation quelque soit sa durée, spécifique ou non, y compris rémunérée, sous réserve de l'analyse globale du cas d'espèce.
- S'agissant de la notion de caractère « durable » de la restriction : la démarche RSDAE peut être réalisée dès lors que la durée prévisible de restriction est d'au moins 1 an à compter du dépôt de la demande ; ceci ne nécessite donc pas d'attendre que la situation médicale soit stabilisée.

[472] La conduite et la hiérarchisation de ces critères reposent pleinement sur l'analyse de l'équipe pluridisciplinaire. Leur articulation est complexe. La DGCS a été conduite à en préciser les critères dans une circulaire d'application⁸⁷ d'octobre 2011. Le cheminement de l'évaluation RSDAE est rassemblé dans un arbre de décision qui constitue l'annexe VII du présent rapport.

[473] La DGCS a par ailleurs développé avec l'aide de la CNSA, comme à l'occasion de la diffusion du guide barème 2007, un programme de formation sur la démarche RSDAE de l'ensemble des équipes MDPH, achevé au premier trimestre 2012.

3.3.3. Données de cadrage

[474] L'allocation aux adultes handicapés (AAH) concerne 915 000 bénéficiaires en 2010 soit 3,02 personnes pour mille habitants de 20 à 59 ans.

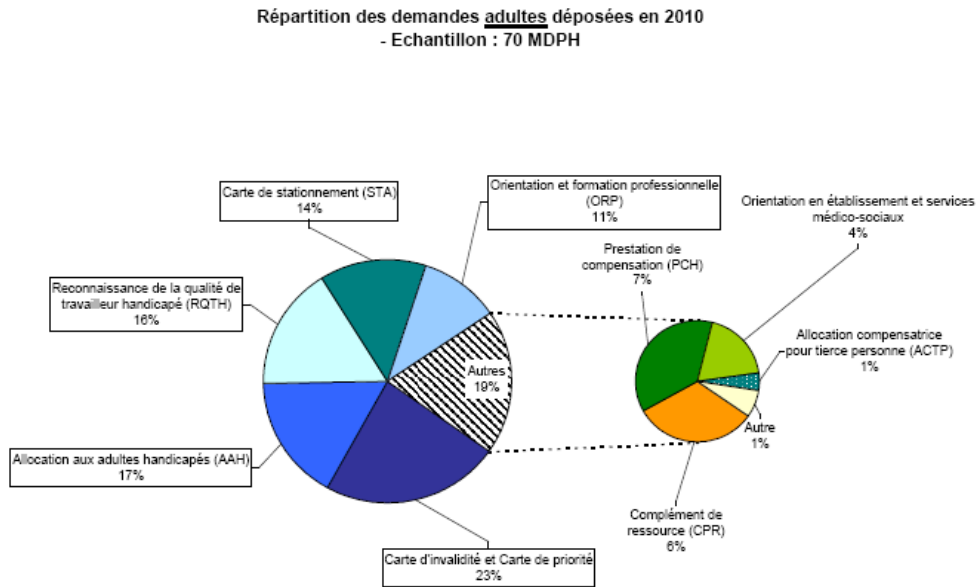
[475] La dépense représente 7,5 milliards d'euros pour le budget de l'Etat. Les dépenses d'AAH au titre de l'article L.821-1 représentant 2/3 de la dépense totale (compléments inclus) et celles au titre de l'article L.821-2 1/3 de la dépense totale.

[476] La croissance globale des dépenses était de 7,6 % en 2010. Celle des dépenses au titre de l'article L.821-2 est deux fois supérieure à celles de l'AAH L.821-1 sur 3 ans, principalement induite par l'augmentation du nombre des bénéficiaires.

[477] Les demandes d'AAH représentent 17 % des différentes demandes déposées dans une MDPH.

⁸⁷ CIRCULAIRE N° DGCS/SD1/2011/413 du 27 octobre 2011 relative à l'application du décret n°2011-974 du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi et à certaines modalités d'attribution de cette allocation

Graphique 18 : Typologies des demandes reçues en MDPH et part des demandes d'AAH



Source : CNSA

[478] Les principales caractéristiques des bénéficiaires de l'AAH sont détaillées dans les deux tableaux suivants :

Tableau 57 : Caractéristiques des bénéficiaires de l'AAH en 2010

BET80	AAH	CAAH (*) sans AAH
Répartition par sexe		
Hommes	448 754	509
Femmes	434 522	456
Répartition par âge		
moins de 20 ans (1)	645	0
de 20 à 29 ans	123 577	10
de 30 à 39 ans	172 709	94
de 40 à 49 ans	253 774	303
de 50 à 59 ans	271 708	530
de 60 ans et plus	60 772	28
Age non connu	91	0
Répartition par taille de la famille		
isolés sans enfant	622 300	689
isolés avec enfant	48 495	48
couples sans enfant	125 982	127
couples avec enfant	86 499	101
dont couples avec 2 AAH (2)	20 327	0
Répartition suivant le taux de handicap		
50 à 79 %	305 976	0
80 % et plus	575 852	965
autres cas	1 448	0
Répartition suivant le taux de perception		
taux plein	546 016	965
taux réduit	337 260	0
Compléments d'AAH		
ancien complément (APH)	1 158	0
Majoration pour la Vie Autonome (MVA)	133 121	272
Garantie de Ressources Pour Handicapés (GRPH)	57 251	693
Bénéficiaires	883 276	965
Situation par rapport à l'insertion professionnelle		
travaillant en milieu protégé avec abatement	96 761	0
travaillant en milieu ordinaire ou ne travaillant pas	786 515	0

Source : CNAF, fichier FILEAS

[479] En 2009, la DREES relevait qu'en moyenne « entre 2001 et 2005, le taux d'accord suite à une première demande [d'AAH] variait de 1,1 à 4 pour mille habitants de 20 à 59 ans. Entre 2006 et 2008, et dans un contexte institutionnel sensiblement différent, puisque ces accords sont désormais délivrés par les MDPH, le taux moyen de premiers accords varie entre 0,9 et 3,2 pour mille, avec une valeur médiane de 1,9 pour mille, pour les 57 départements où cette information est disponible les trois années. L'analyse des taux d'accord départementaux et de l'hétérogénéité en résultant est détaillée en annexe IV.

[480] On ne dispose pas encore du recul nécessaire pour mesurer un impact potentiel de la formalisation de l'évaluation RDSAE. Ce sujet fait l'objet d'une attention particulière de la DGCS qui en fait objectif de pilotage dans le tableau de bord national et départemental 2012.

Tableau 58 : Typologie des personnes ayant eu un accord d'AAH selon la catégorie L. 821-1 et L. 821-2

	AAH accordée			Refus AAH	Ensemble des demandeurs
	Accords AAH L.821-1	Accords AAH L.821-2	Ensemble accords		
Déficience motrice	24%	19%	22%	45%	29%
Déficience du psychisme	20%	42%	28%	19%	25%
Déficience viscérale, du langage ou autre déficience (esthétique...)	15%	15%	15%	20%	17%
Déficience intellectuelle	20%	13%	17%	4%	13%
Déficience sensorielle (auditive ou visuelle)	7%	2%	5%	5%	5%
Surhandicap et Plurihandicap	10%	9%	10%	6%	8%
Polyhandicap ou état végétatif	4%	1%	3%	0%	2%
Non renseigné au dossier	1%	0%	0%	1%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Source : DREES Etudes et résultats n° 640 juin 2008 : Les demandeurs de l'AAH ; étude DREES réalisée entre Juillet 2005 et juin 2006

4. LES PROCESSUS OUVRANT DROIT A REPARATION DE TOUS LES PREJUDICES⁸⁸

[481] La mission n'a pu disposer d'une vision exhaustive de l'ensemble des barèmes médicaux aujourd'hui utilisés dans le secteur du droit privé. En effet, la réparation du dommage corporel qui s'inscrit dans le champ de l'assurance de personnes s'inscrit globalement dans un périmètre bien balisé et ses outils sont en nombre réduit ; mais il existe aussi des barèmes utilisés en assurance de prêt bancaire d'une part et en assurance et prévoyance complémentaire et d'autre part⁸⁹ qui soit s'appuient sur les barèmes existants soit ont recréés des barèmes propres. Ces barèmes évaluent des séquelles particulières et déterminent des taux d'IPP spéciaux correspondant à des gênes fonctionnelles précises pour lesquelles les assurés sont désireux de se prémunir spécifiquement⁹⁰. Il n'entrait pas dans le champ de ce travail de dénombrer et détailler ces particularités.

[482] On reprendra seulement ici la description rapide de trois barèmes qui ne concernent que le seul secteur de l'assurance des personnes, car leur formalisation et évolution récente en font des modèles intéressants pour l'invalidité.

4.1. Finalités et principes généraux

[483] La réparation d'un préjudice physique causé par un tiers est le premier et le plus ancien modèle existant : on a vu en introduction qu'on en trouvait trace dans le code d'Hammourabi au dix-septième siècle avant notre ère.

[484] Notre droit commun de la responsabilité dont la base est le code civil, reprend le principe d'Hammourabi : « toute fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer »⁹¹. Ce principe est également repris dans des circonstances particulières : on a vu *supra* qu'il prévalait jusqu'en 1898 en matière d'accident du travail.

[485] Ce modèle de la réparation repose sur la mise en cause du tiers comme indemnisateur, la puissance publique ayant à mettre en place un processus d'évaluation du préjudice le plus équitable possible et, si les deux parties n'arrivent pas à s'entendre à l'amiable, une administration judiciaire pour instruire et trancher le contentieux.

[486] La recherche de l'imputabilité, qui prend en compte des lésions fixées ainsi que d'autres éléments en rapport avec le préjudice est essentielle en réparation, alors qu'elle est secondaire en ATMP ou inutile en invalidité ou pour l'AAH décrits *supra*.

[487] L'imputabilité impose de mettre en relation les circonstances de survenue d'un fait et le(s) dommage(s) en résultants. Cette distinction entre le fait dommageable et le préjudice (qui est le versant indemnitaire du dommage) constitue le premier pilier de toute évaluation en la matière.

⁸⁸ La rédaction de cette partie s'est beaucoup appuyée sur l'ouvrage du Dr. Hélène BEJUI-HUGUES et de Mme Isabelle BESSIERES-ROQUES, Précis d'évaluation du dommage corporel, L'argus de l'assurance 2009, 4^{ème} édition, 429 p

⁸⁹ Il s'agit de la garantie demandée sur la santé des emprunteurs par les banques émettrice du prêt bancaire

⁹⁰ Par exemple : assurance spéciale sur le risque d'invalidité pour un violoniste professionnel

⁹¹ Article 1382 du Code civil

- [488] Le second pilier est l'identification exacte du/des préjudices. « *Le propre de la responsabilité civile est de rétablir aussi exactement que possible l'équilibre produit par le dommage et de replacer la victime dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable n'avait pas eu lieu* »⁹² Le second principe est parfois considéré comme la base de la réparation intégrale « tout le préjudice, rien que le préjudice ».
- [489] Ceci impose de pouvoir isoler correctement tout état antérieur dans la part de l'invalidité constatée mais aussi de bien identifier l'ensemble des préjudices qui pourraient donner lieu à indemnisation.
- [490] Deux groupes de travail récents, installés pour des motifs différents ont fortement contribué à éclaircir la qualification et la nature des préjudices indemnisables :
- en juillet 2003, le groupe de travail du Conseil national d'aide aux victimes présidé par Mme le Pr Yvonne LAMBERT-FAIVRE a remis un rapport au garde des Sceaux proposant notamment : une distinction claire entre préjudices économiques et non économiques⁹³ ; l'adoption d'une nomenclature non limitative des préjudices ; l'élaboration d'une table de concordance entre les chefs de prestations servies... ;
 - en juillet 2005, un groupe de travail présidé par M. Jean Pierre DINTILHAC, président de la 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation, a été chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices⁹⁴. La nomenclature proposée figure en pièce jointe de cette annexe. Le groupe de travail, comme le précédent, a recommandé que les postes de préjudice soient indemnisés poste par poste et non plus globalement.
- [491] Le troisième pilier du modèle de la réparation en droit commun repose sur la liberté d'appréciation du juge qui sera saisi si les parties ne parviennent pas à une transaction amiable. Toute appréciation judiciaire en matière d'indemnisation d'un préjudice doit être faite *in concreto* et donc individualisée. Ceci conduit à rejeter de principe toute tentative de normalisation des indemnisations. La Cour de cassation a condamné l'utilisation par les juges de « barème » dans l'appréciation d'un préjudice concret et particulier⁹⁵. Cette posture est à la base de nombreux constats dénonçant la grande hétérogénéité de l'indemnisation des préjudices selon les tribunaux. Les tribunaux ont longtemps rejeté toute évaluation basée explicitement sur un barème. Puis, par manque d'une autre référence valable, l'application s'est petit à petit généralisée et beaucoup de tribunaux se réfèrent maintenant à des référentiels dans le mandatement de leurs experts : celui dit du Concours médical tend à devenir le standard en la matière (*cf. infra*)
- [492] Au total, l'imputabilité, l'indemnisation poste à poste des différents préjudices et le pouvoir souverain du juge du fond constituent des caractéristiques fondamentales du modèle de la réparation. Les référentiels ou barèmes destinés à en faciliter l'évaluation sont modelés par ces caractéristiques qui doivent être pour cela bien conservées à l'esprit.

⁹² Civ. II, 28 octobre 1954, JCP 1955, II, 8787

⁹³ L'indemnisation du dommage corporel Rapport de Mme Yvonne Joint-Lambert remis à M Dominique Perben, garde des Sceaux, Ministre de la Justice, mardi 22 juillet 2003 14 p

⁹⁴ JP DINTILHAC. Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels, juillet 2005, 64 p.

⁹⁵ Cour de cassation, chambre mixte, 29 mai 1970

4.2. Les barèmes de la réparation intégrale

4.2.1. Le barème dit du Concours médical 1980-2002

- [493] On s'attendrait dans cette situation à ce que les acteurs œuvrant en réparation du dommage corporel aient construit de longue date les référentiels nécessaires à leur activité. Il n'en est rien : la construction de ces outils est récente en France, depuis le début des années 1980 soit une trentaine d'années.
- [494] Il n'a existé jusque dans les années 1950 aucun référentiel médical permettant de mesurer l'intensité du préjudice corporel et les experts se référaient principalement au barème des accidents du travail (AT).
- [495] Le barème AT va être progressivement abandonné alors que les conditions de création d'un barème spécifique pour le droit commun émergent, notamment en raison de la persistance de la double finalité confirmée dans la réédition de 1982, du « préjudice fonctionnel et du préjudice professionnel » ; beaucoup considèrent alors que cette structure mixte et le maintien fort d'un cadre conceptuel rattaché à la lésion anatomique sont datées et de moins en moins adaptés à la barémologie moderne.
- [496] Depuis 1959, la revue « Le concours médical » publie un barème des incapacités en droit commun qui vise à homogénéiser les règles de l'évaluation du dommage corporel. Une réédition sera réalisée en 1971.
- [497] En 1971 toujours, à la suite des travaux de la commission pluridisciplinaire présidée par M J VASSOGNE, la Chancellerie met à la disposition des tribunaux et Cours d'appel un format détaillé de mission médicale tenant compte de la jurisprudence (i.e. il s'agit d'un format type de mandatement d'expert médical)⁹⁶. Au point 5 de cette mission, il est demandé à l'expert de « *chiffrer le taux du déficit physiologique résultant, au jour de l'examen, de la différence entre la capacité antérieure, dont le cas échéant les anomalies devront être discutées et évaluées, et la capacité actuelle* » Cette demande conduit à distinguer de manière claire le déficit physiologique et son taux d'incapacité, du retentissement professionnel et appelle à refonder la doctrine en matière d'évaluation.
- [498] En 1974 un texte de loi, relatif à l'indexation des rentes, fait allusion à l'évaluation d'un pourcentage d'invalidité partielle permanente pour l'évaluation du dommage en droit commun. Mais c'est surtout sur l'impulsion de la loi de juillet 1985⁹⁷ que les groupes de travail vont se multiplier. Ils vont produire plusieurs cadres de référence dans les années 1980 et 1990 :
- Le premier barème est celui proposé par un groupe de médecins experts auprès des assurances conduit par le Dr Claude Rousseau en 1980. Ce dernier cédera ses droits à la revue « le Concours Médical » qui en assurera l'édition à compter de juin 1982 sous le nom de « Barème fonctionnel indicatif des incapacités en droit commun ». Ce barème sera réédité en 1993 puis en 2002. Il va s'imposer progressivement⁹⁸.
 - Un deuxième référentiel est proposé par le Dr Louis Mélenec qui propose en 1991 un barème international des invalidités⁹⁹. L'intérêt de cet ouvrage collectif est notamment la

⁹⁶ M Olivier & C Rousseau, L'expertise médicale pour l'évaluation du dommage corporel en droit commun : sa méthodologie, Gazette du Palais, 1979 234-239

⁹⁷ Loi n°85-677 du 5 juillet 1985, tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation souvent citée sous le nom de son promoteur : la « Loi BADINTER »

⁹⁸ Hélène HUGUES Le barème français. Evolution et situation actuelle. Rev. Franç. Dommage corp, 1998-1, 53-58

⁹⁹ Louis MELENNEC Evaluation du handicap et du dommage corporel, barème international des invalidités, Masson, 1991, 340 pages.

proposition d'une théorie unifiée de l'incapacité et du handicap. Il est rappelé qu'un barème est un outil au service d'une finalité. Il rassemble également les « principales lois » qui doivent conduire à la mesure d'un taux final d'IPP : pas d'IPP supérieure à 100 % ; règle de cumul basée sur la capacité restante ; prise en compte de l'état antérieur ; hiérarchisation des infirmités selon leur gravité ; séparation claire de la mesure du handicap personnel (incapacité physiologique permanent ou IPP) de celle de l'incapacité de travail. Enfin, il propose un regroupement en cinq grandes classes de troubles qui vont du trouble léger (5 %), à modéré (5 à 15 %), puis moyen (15 à 30 %), important (30 à 60 %) et enfin très important (plus de 60 %).

- Un troisième barème est proposé parallèlement par la Société de médecine légale et de criminologie de France en 1993 et sera réédité en 2001.

[499] Toutes ces initiatives consacrent une évaluation médicale qui repose de moins en moins sur la lésion anatomique et la pathologie pour s'intéresser à l'impact fonctionnel. La compétition entre promoteurs des barèmes s'intensifie au point qu'un auteur évoque en 2000 une « guerre des barèmes » et appelle les pouvoirs publics à choisir le référentiel de référence qui doit s'appliquer¹⁰⁰. Ce conflit semble aujourd'hui apaisé : la société française de médecine légale et la fédération française des associations des médecins conseil experts se sont rapprochées : des publications communes sur les souffrances endurées et sur les gênes temporaires (classification post « DINTILHAC ») ont été produites. Par ailleurs les pouvoirs publics ont choisi clairement en 2003 le barème du Concours médical à l'occasion de l'indemnisation des accidents médicaux (cf. *Infra*)

4.2.2. Le barème européen de 2003 et le concept d'AIPP

[500] L'édition de 2002 du barème du Concours médical, dernière en date s'inspire beaucoup des réflexions conduites par des groupes de travail constitués à l'initiative de Willi ROTHLEY, vice président de la commission juridique du Parlement européen. Il existait au niveau européen une très forte hétérogénéité en matière d'évaluation du dommage corporel et des modalités d'indemnisation. Les travaux d'harmonisation européens conduiront à produire tout d'abord un cadre conceptuel commun destiné à faire converger les cadres conceptuels nationaux. L'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) sera définie à la suite du colloque de Trèves au début des années 2000 comme « *la réduction définitive du potentiel physique et/ou psychique médicalement constatable ou médicalement explicable, à laquelle s'ajoutent les douleurs et les répercussions psychiques que le médecin sait normalement liées à la séquelle ainsi que les conséquences dans la vie de tous les jours habituellement et objectivement liées à cette séquelle* ». Son intensité mesurée de 1 à 100 pour garder une référence à l'ancien système de taux d'incapacité, est une unité synthétique d'appréciation du préjudice fonctionnel. La perte est mesurée en fonction de son impact dans la vie quotidienne. L'impact professionnel et les autres préjudices sont, conformément à la volonté de traiter distinctement chaque poste de préjudice, évalués et traités à part. Le guide barème européen est publié en français en mai 2003 par la CEREDOC¹⁰¹. Il sera adopté en 2006 comme référence dans le cadre de la réglementation commune relative à la couverture des risques d'accidents et de maladies professionnelles des fonctionnaires des communautés européennes.

[501] En France, ces nouveaux concepts seront au cœur de la refonte du « barème du Concours médical » de 2002 actuellement en vigueur et conduira à l'abandon progressif du concept d'Incapacité partielle permanente (IPP). Pour autant, s'agissant des travaux d'harmonisation européen, force est de constater que les outils communs de convergence sont aujourd'hui disponibles ; un travail similaire reste à faire pour la convergence des approches en matière d'indemnisation.

¹⁰⁰ B Dreyfus La Gazette du Palais Juillet 2001

¹⁰¹ La confédération européenne d'experts en évaluation et réparation du dommage corporel a édité en 2010 ce barème : Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique. Editions Anthémis LGDJ, 114 p.

4.2.3. Les barèmes de l'ONIAM, clones du barème de droit commun

- [502] La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a créé, dans le code de la santé publique, un dispositif qui répond au souci de permettre aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales ou à leurs ayants droit d'obtenir, dans le cadre d'une procédure amiable, la réparation intégrale des dommages qui en ont résulté.
- [503] La demande est jugée recevable lorsque les dommages présentent un caractère de gravité apprécié notamment par l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) ou des conséquences sur la vie privée et professionnelle.
- [504] La référence à l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique se substitue depuis 2009 à celle d'incapacité permanente partielle (IPP) retenue à la création de l'ONIAM en 2003. Cette modification, introduite par la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures, fait entrer dans le dispositif législatif les concepts conçus pour la réparation en droit commun au début des années 2000.
- [505] La gestion du dispositif repose sur l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et les commissions régionales d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI).

4.2.4. Le barème du FIVA, un hybride des barèmes ATMP et du droit commun

- [506] L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 crée un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) qui permet à l'ensemble des victimes d'obtenir, sous le contrôle des juridictions, une indemnisation intégrale du préjudice né d'une exposition à l'amiante. Les termes « réparation intégrale » apparaissent ainsi pour la première fois dans le système de protection sociale.
- [507] Le projet du législateur vise à réparer rapidement et largement une pathologie trop longtemps négligée *« Nous connaissons tous, en effet, les souffrances qu'endurent les victimes de l'amiante et le drame que vivent ceux qui leur sont proches ; (...) au nom de la solidarité nationale, il nous paraît en effet fondamental que la collectivité accorde aux victimes de l'amiante une juste réparation ; (...) le drame de l'amiante a montré les limites de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles en matière d'indemnisation, ainsi que la lourdeur des procédures »*¹⁰²
- [508] Le barème du FIVA est un barème spécifique, centré sur les pathologies associées à l'amiante. Les principales pathologies peuvent être malignes (cancer broncho-pulmonaire primitif et mésothéliome pleural) ou bénignes (plaques pleurales, épaissements pleuraux, pleurésies exsudative isolée, asbestose ou fibrose pulmonaire). Ces dernières sont les plus fréquentes : elles représentent environ 70 % des dossiers traités par le FIVA.
- [509] En 2003, plusieurs groupes de travail pilotés par la DSS ont construit le barème. Celui-ci s'est fortement inspiré du barème ATMP et du référentiel du Haut comité médical de la sécurité sociale (HCMSS) pour la mesure de l'insuffisance respiratoire¹⁰³.

¹⁰² Discours devant le Sénat de Mme Elisabeth GUIGOU, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, séance du 14 novembre 2000.

¹⁰³ Les valeurs de référence du déficit fonctionnel respiratoire et les méthodes de mesure sont celles recommandées par l'European Respiratory Society en 1993.

- [510] Inspiré du barème ATMP, le barème du FIVA s'en écarte toutefois car il isole les préjudices personnels du préjudice professionnel. Construit par ailleurs sur une logique de réparation intégrale, il évalue d'autres préjudices personnels que la seule incapacité fonctionnelle respiratoire (préjudices : moral, physique, d'agrément et esthétique) ; enfin il peut indemniser également les frais de santé restant à la charge de la victime. Chacun des préjudices est évalué selon un référentiel propre dont l'ensemble constitue le « barème du FIVA ».
- [511] La recevabilité des demandes repose sur une double approche : par les pathologies et/ou par le contexte d'exposition. Les maladies reconnues comme professionnelles car liées à une exposition à l'amiante dans le travail sont listées dans les tableaux 30 et 30 bis des maladies professionnelles. Certaines pathologies « spécifiques » comme l'existence d'un mésothéliome malin valent constat d'exposition à l'amiante. On remarque également que la seule existence d'une pathologie comme une plaque pleurale ouvre droit à réparation¹⁰⁴, même s'il n'existe aucun retentissement fonctionnel. Une troisième et dernière catégorie de victimes qui ne présentent ni pathologie spécifique de l'amiante, ni notion d'exposition professionnelle, peut également être prise en charge au titre d'une exposition dite environnementale (ex à leur domicile, lors de travaux de bricolage avec des produits amiantés, voire simplement par contact avec des vêtements professionnels contaminés...)
- [512] Le régime du FIVA apparaît comme un régime hybride qui emprunte à différentes logiques. Inscrit clairement comme un régime de réparation, il indemnise les préjudices tant patrimoniaux qu'extrapatrimoniaux à l'image du droit commun. Mais il se rattache également à la logique des maladies professionnelles dont il s'est inspiré. La construction des règles de recevabilité du FIVA apparaît favorable, construite dans un esprit de réparation large d'un danger trop longtemps négligé par les pouvoirs publics. Cette caractéristique la rapproche de la logique du modèle de l'invalidité des militaires qui a prévalu pour le barème de 1919.

4.2.5. Le barème du comité d'indemnisation des victimes d'exposition nucléaire (CIVEN)

- [513] La loi du 5 janvier 2010 prévoit une procédure d'indemnisation pour les personnes atteintes de maladies résultant d'une exposition aux rayonnements des essais nucléaires français.
- [514] On estime que 150 000 personnes ont participé aux 210 essais nucléaires français entre 1960 et 1998, auxquels il convient d'ajouter la population locale exposée. Les personnes se déclarant atteintes de maladies radio-induites peuvent obtenir réparation sur le fondement des dispositions du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, du code de la sécurité sociale ou dans le cadre de contentieux administratifs.
- [515] La démarche d'indemnisation s'inscrit dans une réparation intégrale. La liste des préjudices est la liste du groupe de JP DINTILHAC.
- [516] La recevabilité est liée à l'existence d'une maladie radio-induite et à des critères de présomption d'exposition aux rayonnements ionisants (séjour dans les zones de tir). Selon l'estimation de la dose de rayonnement absorbée, un calcul de probabilité de causalité est réalisé, exprimé en pourcentage. Inférieur à 1 %, il conduit à rejeter la demande.
- [517] A noter que s'agissant des personnels sous statut militaire, les victimes peuvent en théorie aller devant les deux dispositifs : pension militaire d'invalidité et CIVEN. Mais s'agissant du premier dispositif il faut pouvoir démontrer l'exposition (avec dosimétrie) alors qu'elle peut-être présumée avec le CIVEN.

¹⁰⁴ Le taux de base alloué pour les plaques pleurales est de 5 % ; il est de 8 % pour les épaississements pleuraux et de 10 pour l'asbestose. Ces taux de base peuvent être majorés selon les symptômes et l'insuffisance respiratoire, auquel cas des taux supérieurs sont substitués au taux de base.

4.3. Règles d'indemnisation

[518] Dans les trois régimes décrits ci-dessus, l'indemnisation est construite préjudice par préjudice. Des barèmes spécifiques d'indemnisation pour l'ONIAM et le FIVA. Le CIVEN reprend le barème de l'ONIAM. Aucun barème officiel n'existe pour le droit commun.

4.3.1.1. En droit commun

[519] Les constats d'hétérogénéité des tribunaux en matière d'indemnisation sont régulièrement dénoncés, notamment par les sociétés d'assurance, la prévisibilité étant à la base de leur gestion, mais aussi par les associations de victimes.

[520] On a vu que l'un des piliers du régime de réparation reste l'appréciation souveraine du juge. Si ceux-ci se réfèrent de plus en plus souvent au barème médical de droit commun, il n'existe pas de table de correspondance nationale avec un montant d'indemnisation indicatif des différents préjudices.

[521] Un tel référentiel existe cependant au niveau régional et est partagé par huit Cours d'appel d'Orléans, Toulouse, Angers, Poitiers, Limoges, Agen, Bordeaux et Pau : « le référentiel indicatif régional de l'indemnisation du dommage corporel ». Les promoteurs appellent à l'extension de l'outil à l'ensemble du territoire¹⁰⁵.

[522] Une récente proposition de loi, déposée par le député Guy LEFRAND a porté des évolutions significatives en ce sens, mais pour les seuls accidents de la route¹⁰⁶. Outre un barème médical unique d'une nomenclature non limitative de postes de préjudices sur le modèle proposé par JP DINTHILHAC qui seraient fixés par décret, la proposition proposait l'adoption de définitions type des missions d'expertise médicale, mais aussi, la réactualisation du barème de capitalisation avec recours à une table unique pour le calcul des préjudices futurs et pour la conversion des rentes. Enfin le législateur proposait la création d'une base de données recensant toutes les transactions entre assureurs et victimes et toutes les décisions des Cours d'appel¹⁰⁷. Ces propositions reprennent en grande partie celles formulées par le groupe de travail dirigé par Mme le Pr. JOIN-LAMBERT en juillet 2003.

[523] La proposition de loi votée à l'Assemblée nationale n'a toutefois pas été inscrite à l'ordre du jour du Sénat. Certains des éléments généraux de la proposition ont été repris dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)¹⁰⁸. Mais le Conseil constitutionnel les a censurés considérant qu'ils n'avaient pas de lien, même indirect, avec le projet de loi HPST¹⁰⁹. Il n'existe donc toujours pas d'avancée significative en matière de référentiel d'indemnisation pour le droit commun.

¹⁰⁵ B MORNET Pour un référentiel national d'indemnisation du dommage corporel, Gazette du Palais – Recueil mai-juin 2010 1388-1392

¹⁰⁶ Proposition de loi de M. Guy LEFRAND, Mme Geneviève LEVY, M. Jean-François CHOSSY et Mme Marie-Anne MONTCHAMP et plusieurs de leurs collègues visant à améliorer l'indemnisation des victimes de dommages corporels à la suite d'un accident de la circulation, n° 2055, déposée le 5 novembre 2009

¹⁰⁷ Voir en pièce jointe, le détail des principales dispositions proposées

¹⁰⁸ Dispositions relatives à la définition de missions-types d'expertises médicales, création d'un barème médical unique, consécration d'une nomenclature des chefs de préjudices, réflexion sur l'opportunité de créer une base de données jurisprudentielles et transactionnelles

¹⁰⁹ Décision n° 2011-640 DC du 4 août 2011

4.3.1.2. A l'ONIAM

[524] L'ONIAM dispose de deux barèmes distincts d'indemnisation : l'un, général, couvre l'ensemble des risques liés aux activités médicales¹¹⁰, le second ne concerne que les seules victimes d'une contamination d'origine transfusionnelle par le virus de l'hépatite C¹¹¹. Tous deux, on l'a vu, s'inscrivent dans le cadre d'une réparation intégrale.

BAREME GENERAL DE L'ONIAM

[525] Le premier référentiel de l'établissement a été adopté par le conseil d'administration de l'ONIAM le 25 janvier 2005. Il a été modifié le 13 février 2008, par l'adoption d'une nouvelle liste de postes de nomenclature (nomenclature JP DINTILHAC). Il a par ailleurs été actualisé au 1er juillet 2009, puis au 1er septembre 2011.

[526] Les tables de références sont récentes : la transformation d'une rente (ou d'un salaire) en capital est calculée sur la base de l'espérance de vie issue des données INSEE pour 2008, avec un taux d'intérêt établi sur la base de la moyenne du Taux de l'Echéance Constante (TEC 10)¹¹², soit 2,94 % fin avril 2012.

[527] L'indemnisation du déficit fonctionnel permanent (DFP) mesuré par un taux (de 1 à 100 %) d'incapacité permanente partielle (IPP) ou d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (AIPP) versée tient donc compte, d'une part, du pourcentage du déficit fonctionnel permanent, donc de la gravité, et, d'autre part, de l'âge (au moment de la consolidation), afin de prendre en compte l'espérance de vie moyenne à un âge donné.

Tableau 59 : Exemple d'une table d'indemnisation de l'ONIAM pour une femme selon le taux de DFP et l'âge (en euros)

FEMMES										
DFP %	5	15	25	35	45	55	65	75	85	95
âge										
10	5418	23409	50942	88016	134631	190788	256486	331726	416507	510829
20	5257	21963	46924	80141	121613	171341	229325	295564	370059	452810
30	5097	20526	42934	72321	108687	152032	202357	259660	323942	395203
40	4940	19111	39002	64614	95947	133000	175774	224268	278483	338419
50	4788	17742	35200	57162	83628	114598	150072	190050	234533	283519
60	4641	16422	31533	49974	71745	96848	125280	157043	192136	230560
70	4502	15169	28053	43153	60470	80004	101755	125723	151907	180308
80	4381	14079	25025	37219	50660	65350	81287	98473	116906	136588
90	4299	13340	22971	33193	44006	55410	67404	79989	93164	106931
100	4261	13002	22034	31356	40969	50873	61068	71554	82330	93397

Source : ONIAM

[528] Pour un âge et un taux donnés, l'indemnisation proposée à une femme sera un peu supérieure à celle proposée à un homme, en raison de la différence statistique d'espérance de vie.

¹¹⁰ Référentiel indicatif d'indemnisation par l'ONIAM 1er septembre 2009 21 pages

¹¹¹ Référentiel indicatif d'indemnisation par l'ONIAM des dommages imputables à la contamination par le virus de l'hépatite C 1er septembre 2009 29 pages

¹¹² Le TEC 10 est un indice quotidien des rendements des emprunts d'État à long terme correspondant au taux de rendement actuariel d'une obligation du Trésor fictive dont la durée serait de 10 ans.

- [529] L'indemnisation des préjudices professionnels porte sur les préjudices actuels et futurs ; elle est détaillée ci-dessous :

L'indemnisation des préjudices professionnels par l'ONIAM

- Pertes de gains professionnels futurs

L'indemnisation des préjudices économiques à venir (préjudices professionnels) est évaluée à partir des éléments de faits.

- Incidence professionnelle

Il s'agit du préjudice subi en raison de la dévalorisation sur le marché du travail : perte d'une chance professionnelle, augmentation de la pénibilité de l'emploi occupé, frais de reclassement professionnel ou formation de reconversion ou encore nécessité de devoir abandonner la profession exercée avant le dommage.

Ce poste de préjudice inclut également la perte de retraite, en fonction de l'incidence sur le montant de la pension auquel pourra prétendre la victime au moment de sa prise de retraite, et qui est calculé à partir des données fournies par le demandeur. Il inclut aussi la perte de chance de retrouver un emploi, qui doit être évaluée au cas par cas. En l'absence d'éléments de faits, l'indemnisation est calculée à partir d'une évaluation fondée sur tout indice permettant une estimation.

Source : ONIAM

HEPATITE C D'ORIGINE TRANSFUSIONNELLE

- [530] Dans le cadre du dispositif de règlement amiable, le Conseil d'administration de l'ONIAM a, par délibération n°2010/16 du 25 novembre 2010, adopté le principe d'une appréciation distincte du DFP et d'une appréciation globalisée pour les autres préjudices afin de réduire le délai de traitement des demandes « *Dans un souci d'efficience du dispositif face au nombre important de demandes attendues, le conseil d'orientation fait le choix d'une globalisation intermédiaire de certains chefs de préjudice à la condition que celle-ci soit transparente et que, toutes les fois où le dossier le justifie, cette modalité indemnitaire permette une individualisation des situations. Pour ce faire, constatant que la compétence d'attribution pour connaître du contentieux relatif à l'hépatite C est confiée aux juridictions administratives, le conseil d'orientation fait le choix de retenir la terminologie des "troubles de toute nature dans les conditions d'existence" en observant cependant que la jurisprudence administrative récente, rejoignant sur ce point la jurisprudence judiciaire, exclut de ce chef de préjudice global le déficit fonctionnel permanent qui doit être apprécié *in concreto* (DFP) ».*

4.3.1.3. Au FIVA

- [531] L'indemnisation de l'incapacité fonctionnelle mesurée en pourcentage de 1 à 100 % est directement valorisée en valeur de rente à partir d'une valeur du point. Cette valeur est croissante (facteur de 1 à 2 entre 5 % et 100 %) : elle est de 80 € à 5 % et de 160 € à 100 %.
- [532] Le préjudice professionnel est estimé par la différence entre le revenu antérieur et le revenu qui fait suite à la survenue de la pathologie. Il se cumule avec l'indemnisation de l'incapacité. L'indemnisation professionnelle ne peut dépasser 100 % du revenu antérieur.
- [533] Les préjudices extrapatrimoniaux autres que fonctionnel sont tous estimés par les médecins avec au final une valeur basse, moyenne ou haute¹¹³. Un juriste fait la synthèse et les valorise en fonction de l'âge. Le total se fait par sommation des valeurs attribuées pour chaque préjudice. La table d'indemnisation a été revalorisée en 2008.

¹¹³ A noter que le préjudice moral est standardisé, en fonction de l'âge et du taux d'incapacité fonctionnelle. Il ne fait donc pas l'objet d'une évaluation au cas par cas.

4.4. Données de cadrage

4.4.1.1. Droit commun

[534] Les transactions entre assureur et victime rassembleraient 95 % des dossiers de dommage corporel mais seulement 55 % des indemnités payées. La justice n'interviendrait que dans 5 % des cas mais donc pour 45 % des indemnités payées, principalement les plus gros préjudices¹¹⁴. Cette situation est stable¹¹⁵.

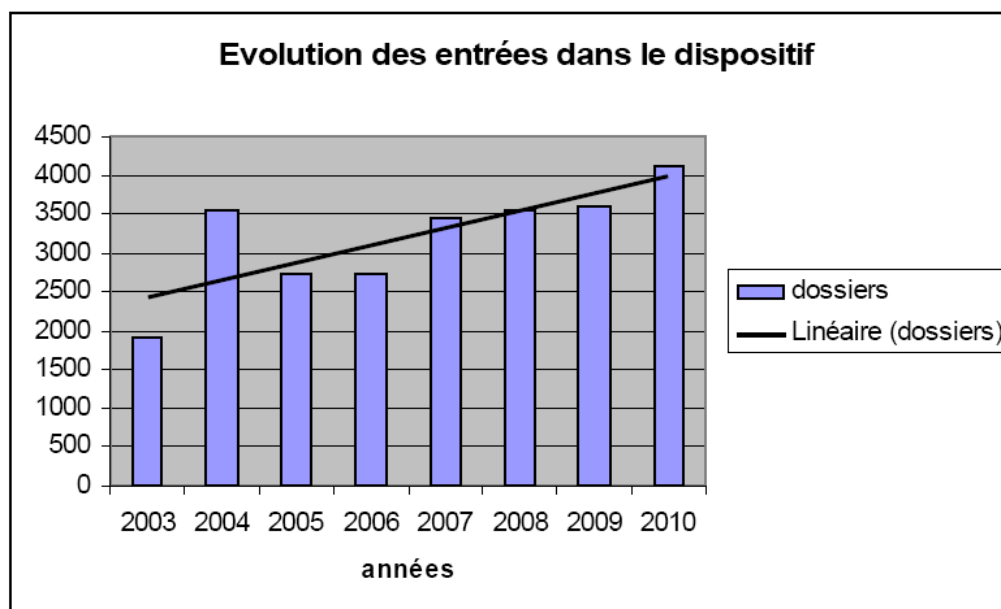
[535] Outre la base de données régionale développée par les huit Cours d'appel (cf. *supra*) il existe également une base de données développée par les sociétés d'assurance pour les accidents de la route : la base des règlements transactionnels sur les accidents de la circulation de l'Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance (AGIRA). Cette base recense à ce jour 50 603 cas de victimes indemnisées entre le 1er juillet 2009 et le 30 juin 2011, dont 49 871 cas de personnes blessées avec incapacité et 732 cas de personnes décédées. Le flux pour les seuls accidents de la circulation est donc d'environ 25 000 transactions enregistrées par an.

4.4.1.2. ONIAM

[536] L'activité d'évaluation de l'ONIAM repose pour partie sur les CRCI et est instruite pour l'autre partie en totalité (évaluation et indemnisation) par le personnel de l'office.

[537] S'agissant des CRCI, l'ONIAM relève une augmentation du nombre de dossiers traités : entre 3500 à 4000 dossiers/ an reçus en moyenne par les CRCI.

Graphique 19 : Evolution des demandes d'indemnisation auprès des CRCI



Source : ONIAM, Rapport d'activité 2010

¹¹⁴ B MORNET *ibid. cit.*

¹¹⁵ Hélène HUGUES *ibid. cit.*

[538] Le montant moyen proposé par dossier est de 87 000 €¹¹⁶ vs 83 000 en 2010 et 79 000 en 2009¹¹⁷. Parmi les 4 000 dossiers d'accidents médicaux en 2011, 7 % des avis émis et 21 % des avis d'indemnisation concernent les infections nosocomiales.

[539] S'agissant des dossiers reçus directement par l'ONIAM, le principal poste concerne l'Hépatite C (1869 demandes amiables reçues depuis le 1/06/2010, 403 décisions, 50 % de propositions d'indemnisations), puis viennent les demandes relatives au VIH (171 demandes examinées, 161 offres et 12 rejets), à la vaccination (50 dossiers en cours d'instruction, 40 rejets sur 52 dossiers examinés en 2011, et 12 offres) et enfin la grippe A (30 demandes depuis la campagne vaccinale hiver 2010, 17 examinés, 5 offres et 12 rejets).

4.4.1.3. FIVA

[540] Depuis la création du FIVA, 66 418 victimes ont déposé un dossier de demande d'indemnisation et 66 556 autres demandes (ayants droit, indemnisations complémentaires suite à une aggravation) ont été enregistrées. Les dépenses d'indemnisation cumulées depuis 2002 atteignent un montant total de 2,782 milliards d'euros. Au titre de l'année 2010, les dépenses d'indemnisation s'élèvent à 385,72 millions d'euros ; elles sont plus élevées qu'en 2009 et proches des dépenses de l'année 2008 (394,6 millions d'euros)

[541] L'activité de l'année 2010 se caractérise par une nouvelle baisse du nombre de dossiers déposés pour de nouvelles victimes par rapport à l'année 2009 (6 010 en 2010, 6 645 en 2009). Cette baisse est nettement plus marquée au regard du pic observé en 2007.

Tableau 60 : Evolution du nombre de dossiers enregistrés au FIVA de 2002 à 2010

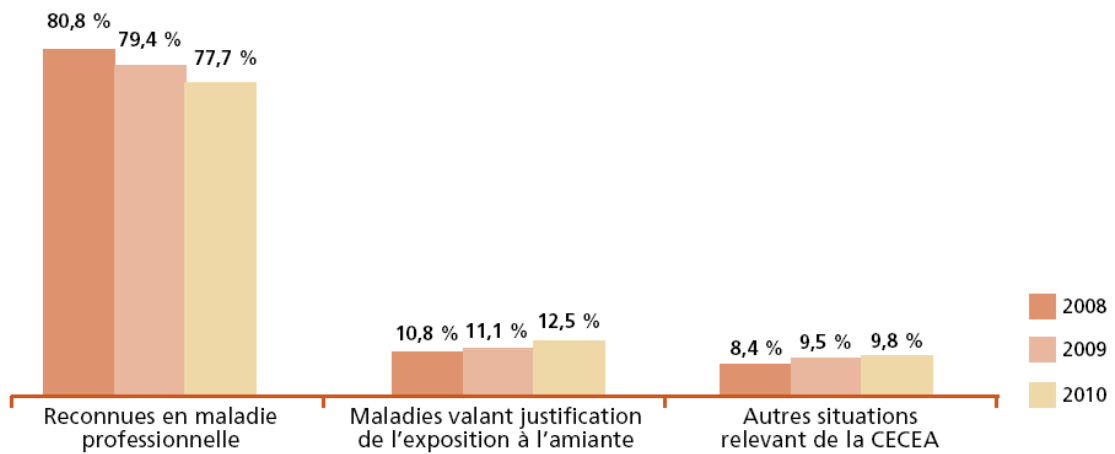
Année	Total annuel	Moyenne mensuelle	Evolution
2002	3 229	538	
2003	7 774	648	20,4 %
2004	8 040	670	3,4 %
2005	8 467	706	5,3 %
2006	8 929	744	5,5 %
2007	10 771	898	20,6 %
2008	6 563	547	- 39,1 %
2009	6 645	554	1,2 %
2010	6 010	501	- 9,6 %
Total	66 418		

Source : Rapport annuel FIVA 2010

¹¹⁶ Croissance liée à un seul dossier à 3,8 M€

¹¹⁷ Sur la période 2006-2009, les dossiers de plus d'un million d'euros représentaient 33 % des montants pour 3,5 % des effectifs

Tableau 61 : Evolution 2008-2010 des victimes selon le type de prise en charge



Source : Rapport annuel FIVA 2010¹¹⁸

[542] 70 % des victimes connues du FIVA ont des pathologies bénignes qui **consistent le plus souvent en des plaques pleurales**. Les personnes atteintes de maladies malignes souffrent le plus souvent de cancers : mésothéliome (5,4 % des victimes en 2008) ou cancers broncho-pulmonaires primitifs (17,8 % en 2008).

4.4.1.4. CIVEN

[543] La procédure est récente. Il y avait au 14 octobre 2011: 632 dossiers de demandes reçues ; 6 indemnisations accordées.

¹¹⁸ Commission d'Examen des Circonstances de l'Exposition à l'Amiante (CECEA)

5. SYNTHÈSE

5.1. *Barème et référentiel : de l'intérêt d'en séparer les usages*

[544] « Les Comptes-Faits du grand commerce » publiés en 1670 par Bertrand François de Barrême, mathématicien, expert de la Chambre des comptes à Paris, comprennent des tables de correspondance : ces tables concernent toutes sortes de calculs de banque, pour la conversion des monnaies, etc., et sont adoptées de son vivant même par le public, au point qu'on avait pris l'habitude de les appeler, comme on les appelle encore aujourd'hui, des « barèmes »¹¹⁹.

[545] Un barème est donc la mise en relation d'unités d'un ensemble avec celles d'un autre ensemble ; la relation est bijective : pour une unité de l'ensemble de départ correspond une unité et une seule de l'ensemble d'arrivée ; pour une unité de l'ensemble d'arrivée correspond une unité et une seule de l'ensemble de départ.

[546] Cette idée de correspondance est centrale dans la notion même de barème d'invalidité et s'applique à deux étapes du processus : lors de la fixation d'un taux d'incapacité et lors de sa conversion en rente ou en capital.

- lors de la première étape, l'évaluation médicale de l'invalidité s'applique à faire correspondre l'évaluation d'un état constaté médicalement à un taux global d'incapacité. Un même taux peut correspondre à des infirmités de nature très différentes qui sont, de par le barème, jugées équivalentes ;
- à un taux d'incapacité médicale donné correspond un montant de rente donné, la relation est bien bijective.

[547] Or plusieurs mécanismes vont contribuer à s'écarter de ce schéma. :

- Les barèmes conçus par des médecins pour s'appliquer à l'évaluation d'une situation singulière sont à juste titre indicatifs afin de laisser une marge d'appréciation à l'évaluateur¹²⁰. Accoler les deux termes peut apparaître paradoxal au linguiste car les tables de correspondance construites par M. Barrême ne laissaient aucun choix en la matière : un « barème indicatif » s'apparente donc à une forme d'oxymore. Le terme de référentiel apparaît plus proche de l'usage qui en est fait par les médecins et il serait plus clair de le réserver au document guidant l'évaluation ; mais barème est installé dans l'usage et continue d'être utilisé.
- Les règles de calcul vont se complexifier très rapidement : l'évaluation de lésions multiples conduit à construire des règles de sommation arithmétiques qui pondèrent le calcul à partir de la capacité restante. Surtout, des règles de sur cotation vont conduire le barème militaire à dépasser dans une logique de réparation généreuse, le taux des 100 %. La bijection disparaît dans la complexité des règles de calcul surajoutées.
- Enfin et surtout, l'évaluateur est conduit dans plusieurs de ces processus à superposer en une seule démarche des évaluations de nature différentes, notamment médicale et professionnelle. Ceci est vrai en matière d'ATMP mais aussi en matière d'invalidité où, peu ou prou, un taux d'incapacité « médicale » sera converti en incapacité médico-professionnelle et valorisée directement comme taux de perte de gain lui-même converti en rente. Dès lors, deux types d'éléments coexistent dans l'ensemble d'évaluation du départ et sont mis en relation avec un élément de l'ensemble d'arrivée : la rente ou la pension.

¹¹⁹ Source : Institut Français de l'Éducation

¹²⁰ A l'exception notable du plus ancien d'entre eux, le barème des pensions militaires dont les taux s'imposent pour une partie limitée de son champ

[548] Les tables de correspondances de M de Barrême se superposent et ont perdu toute cohérence. Ce mécanisme contribue à l'hétérogénéité observée entre barèmes et il serait utile de revenir à un cadre réservant le terme de référentiel à l'outil d'évaluation destiné principalement au médecin de celui de barème, table de correspondance entre la mesure médicale et l'indemnisation qui est l'outil du régleur.

5.2. *L'hétérogénéité des barèmes est connue voire dénoncée de longue date*

[549] Cette hétérogénéité des pratiques est aussi ancienne que les barèmes. L'introduction de la circulaire d'application du guide barème AAH de novembre 1993¹²¹ rappelle déjà que l'hétérogénéité constatée entre les différents barèmes provient que **chacun des barèmes existants obéit à sa logique propre** :

« 1) Selon les cas, le barème permet d'attribuer un taux à la perte de la capacité de travail (barème indicatif d'invalidité des accidents du travail, barème indicatif d'invalidité des maladies professionnelles), ou bien à la valeur de chacune des déficiences des différentes parties du corps (barème du code des pensions militaires d'invalidité des anciens combattants et des victimes de guerre, régimes de droit commun).

2) Les prestations sont fondées sur des systèmes différents :

pour certaines, on enregistre un " effet seuil " à des niveaux d'ailleurs variables : 50 % et 80 % pour la loi de 1975¹²², perte des deux tiers de la capacité de travail dans le régime d'invalidité de la sécurité sociale ;

pour d'autres, les prestations font l'objet d'une indemnisation dont " l'effet seuil " est moindre :

soit sous forme de rente (pour les accidents du travail) ;

soit sous forme de capitalisation (pour les petits risques en accident du travail, ou en droit commun).

3) Les différents régimes n'ont pas la même finalité :

pour les anciens combattants et pour le droit commun, il s'agit de prendre en compte non seulement la perte de revenu que peuvent induire les lésions, mais également les différents préjudices que la collectivité s'engage à réparer ;

en matière d'invalidité, il s'agit en fait de compenser une perte de travail et de gain ou de garantir un minimum financier ;

en matière d'accident du travail et de maladies professionnelles, il s'agit de compenser un préjudice physiologique et un préjudice professionnel ;

selon la loi de 1975, il s'agit de compenser une perte de capacité et de garantir un minimum financier.

La correction de ces discordances entre barèmes a sans cesse été recherchée sans pouvoir toutefois aboutir à la rédaction d'un barème unique quel que soit le régime. »

¹²¹ CIRCULAIRE n° 93/36-B du 23 novembre 1993 d'application du décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993, relative au guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

¹²² Aujourd'hui loi de 2005

[550] En 1997, le Dr Louis MELENNEC dans sa thèse de droit consacrée à l'indemnisation du handicap¹²³, reprend et développe ces constats. Il relève qu'il existe plusieurs systèmes étanches qui cohabitent en France et qui sont générateurs d'inégalités, selon les circonstances de survenue :

- en responsabilité civile et accidents de voie publique, il convient à la victime de faire la preuve de la relation de cause à effet entre le fait générateur (le plus souvent l'accident) et les troubles qu'elle présente. Le bénéfice du doute ne lui est pas reconnu et son débiteur peut se libérer aisément de ses charges ;
- en Accidents du travail, la charge de la preuve est inversée et une présomption d'imputabilité large existe, pourvu que le trouble survienne soudainement, lors du travail ou dans le trajet vers ce lieu. Le doute bénéficie à l'assuré ;
- le troisième système, le régime d'indemnisation militaire, élargit encore la présomption d'imputabilité, puisqu'elle supprime la condition de délai de survenue entre le constat du trouble et « l'exposition professionnelle » au traumatisme ou à la maladie. Elle procède également d'un examen particulièrement bienveillant des médecins experts, compte tenu de la circonstance d'exposition militaire et du devoir de réparation large de la Nation : l'introduction de surcotes et de suspensions qui conduisent à pouvoir dépasser les 100 % de taux final d'incapacité pour atteindre aujourd'hui plus de 2500 % pour les plus élevées.

[551] Les barèmes médicaux appliqués dans ces différents systèmes et souvent, notamment en contentieux par les mêmes experts médicaux, divergent fortement : leur construction historique (le plus ancien, le barème militaire date à 1919, le barème ATMP s'en est séparé en 1939, celui de l'AHH en 1993 ; le dernier né, celui de l'amiante date de 2003 et leurs logiques divergentes, ont produit une hétérogénéité forte, source d'inégalités souvent dénoncées et pas ou peu corrigées.

5.3. *Vers un barème universel de l'invalidité et du handicap ?*

[552] Ces constats conduisent L MELENNEC à prôner l'instauration d'un régime unique de l'invalidité et de la dépendance. Conscient de la difficulté d'une réforme globale qu'il qualifie de révolution, L.MELENNEC dessine un chemin de convergence par étapes, dont la première consisterait en la suppression du régime des AT/MP et sa fusion avec le régime de l'invalidité, destiné à devenir le paradigme auquel s'agrégeront toutes les autres évolutions.

[553] Cette proposition visant à la création d'un barème universel rejoint celle des parlementaires lors des débats sur la loi relative à la réforme des retraites de 2010, dont l'article 80 est à l'origine de l'actuelle mission de l'IGAS.

[554] A la même période, M. le député Guy LEFRAND¹²⁴ dans sa proposition visant à améliorer l'indemnisation des victimes de dommages corporels, adopte le principe d'un « barème unique d'évaluation » pour les dommages corporels applicable à tout régime d'indemnisation intégrale au titre de la responsabilité civile.

[555] Il semble que le mouvement d'expansion de barèmes distincts pour chaque régime soit aujourd'hui entré dans une phase inverse de réduction du nombre de barèmes centrés sur le seul déficit fonctionnel permanent (ex IPP rénové). Parallèlement, le nombre de préjudices indemnifiables a crû et d'autres modalités d'évaluation, non médicales sont mises en regard. La règle pourrait être énoncée comme suit « un préjudice – un référentiel ». Le mouvement à venir est donc une concentration des référentiels médicaux recentrés sur le déficit fonctionnel permanent et le développement des autres référentiels.

¹²³ L. MENNEC L'indemnisation du Handicap. Pour l'instauration d'un régime unique de l'invalidité et de la dépendance. HANDICAPS Ed. Desclée de Brouwer, 1997 : 258 pages

¹²⁴ Proposition de loi n° 301 du Député Guy LEFRAND adoptée en 1^{ère} lecture par l'Assemblée nationale le 16 février 2010 et renvoyée au Sénat.

5.4. *Le barème de l'invalidité pourrait s'inspirer de l'un ou l'autre barème dominants actuels*

- [556] L'harmonisation de l'évaluation médicale gagne à s'appuyer sur des référentiels régulièrement actualisés. En leur absence, la décision s'apparente à une décision discrétionnaire et les pratiques médicales sont moins susceptibles de converger autrement que sur des bases géographiques restreintes « par consensus local ». Les praticiens conseils ne sont toutefois pas sans absence totale de référentiel en matière d'invalidité :
- ils recourent parfois à deux barèmes qu'ils pratiquent dans leur autres missions : le barème AT-MP et le barème dit du droit commun pour tous les recours contre tiers ;
 - certaines directions régionales du service médical développent leurs propres référentiels pour guider les avis en matière d'invalidité.
- [557] Pour ces raisons, la situation ne peut rester en l'état et un référentiel national devrait être proposé à tous les praticiens conseil en la matière. Faut-il créer de toute pièce ce référentiel ou peut-on s'appuyer sur un référentiel existant comme cela est *de facto* réalisé dans certaines régions ?
- [558] On rappellera tout d'abord que l'évaluation de l'invalidité a disposé d'un référentiel officiel entre 1933 et 1945 : le barème des pensions militaires de 1919 (cf. annexes II). Ce barème a également servi de référence pour l'attribution de l'AAH jusqu'en 1993 où un barème spécifique a été créé. Mais cette démarche n'a pas été réalisée pour l'invalidité à l'exception d'une population particulière : les fonctionnaires.
- [559] On pourrait en théorie discuter l'intérêt de la création *ex nihilo* d'un nouveau référentiel médical.
- [560] Cette question s'est posée s'agissant des nouveaux dispositifs d'indemnisation créés au début des années 2000 en matière de réparation des accidents médicaux (dispositifs ONIAM) et d'exposition à l'amiante (dispositif FIVA). Dans les deux cas, les barèmes médicaux se sont inspirés du barème de droit commun dont la finalité est similaire : permettre l'évaluation des préjudices extrapatrimoniaux en vue d'une réparation intégrale. Pour le référentiel ONIAM, la version éditée par le Concours médical en 2001 du barème de droit commun a été reprise en l'état et publiée au JO le 4 avril 2003. Le FIVA s'est également inspiré du barème ATMP et du barème de droit commun, tout en renforçant ses critères de cotation de la sévérité des pathologies spécifiques de l'appareil respiratoire, le plus concerné par l'exposition à l'amiante.
- [561] On remarque que ce même mouvement d'adossement à des barèmes existants est par ailleurs celui réalisé historiquement. On privilégiera cette approche pour l'invalidité : le mouvement à conduire aujourd'hui doit privilégier un rapprochement des référentiels médicaux existants voire leur fusion, plutôt qu'un morcellement supplémentaire.
- [562] Quel pourrait-être le référentiel médical le plus approprié pour l'invalidité parmi les barèmes existants ? Les critères de choix devraient reposer sur les cinq points suivants :
1. Proximité des finalités de l'invalidité visant à faciliter l'ouverture de droits à compensation forfaitaire versus une réparation fine d'un préjudice ;
 2. Capacité des barèmes actuels à isoler l'évaluation médicale de tout autre approche, la partie « professionnelle » étant traitée par ailleurs en parallèle ou dans un second temps ;
 3. Adaptabilité aux connaissances médicales et conditions actuelles de prise en charge des principales pathologies et traumatismes rencontrés dans le champ de l'invalidité et donc facilité de révision ; proximité des évolutions conceptuelles internationales modernes du handicap (CIDIH et CIF) ;

4. Adéquation avec les exigences d'un traitement de demandes en grands volumes qui nécessitent facilité d'usage et délais d'instruction individuels maîtrisés ;
5. « Appropriabilité » facile par les utilisateurs : clarté des définitions, simplicité d'usage et proximité des référentiels déjà utilisés par les médecins conseil.

[563] Depuis 2005 et l'individualisation des différents facteurs de préjudice par le groupe de travail piloté par JP DINTILHAC, les concepts de déficits fonctionnels permanents (DFP) et d'atteinte à l'intégrité physique et psychique (AIPP) se sont imposés qui isolent l'évaluation médicale de tout autre préjudice qu'il conviendrait de réparer et notamment professionnel. Ce barème est par ailleurs régulièrement révisé. Conçu dans une perspective de réparation des accidents de la route en 1985, il a su s'enrichir progressivement à l'ensemble des pathologies notamment médicales. Son point de faiblesse, serait peut-être encore les pathologies mentales, fortement croissantes en invalidité. Par ailleurs, il relève d'une finesse d'expertise élevée qui induit deux conséquences :

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

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

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

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

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

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

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

- [570] Le rapport du groupe de travail présidé par l'inspecteur général des affaires sociales DORION proposait en 1991 de séparer les deux évaluations, leurs outils et les indemnisations en résultant¹²⁵. Le même groupe s'interrogeait également déjà sur l'intérêt d'une évolution-refonte des régimes ATMP vers un modèle de réparation intégrale de type droit commun ; cette question posée de manière récurrente depuis plus de 20 ans reste pendante¹²⁶.
- [571] Le barème des pensions civiles et militaires de retraite des fonctionnaires est conjoint pour l'invalidité et pour les ATMP. Il s'agit de la seule exception en la matière. Publié en 1968 et révisé en 2001, le concept de base est resté inchangé. Il porte sur l'appréciation de la lésion anatomique et de l'incapacité fonctionnelle en résultant. Le calcul de la pension est directement issu de cette appréciation uniquement médicale. Concepts anciens et valorisation ne séparant pas le médical du professionnel conduisent à rejeter un alignement sur ce barème. L'idée serait plutôt de faire évoluer l'évaluation concernant les fonctionnaires vers un barème et processus commun à celui des autres salariés du privé.
- [572] Le barème de l'AAH date de 1993 et sa révision de 2007 porte spécifiquement sur les maladies chroniques¹²⁷. La première version intègre les concepts internationaux récents, notamment la classification du handicap de l'OMS de 1980 ; la révision de 2007 a renforcé la place de ces concepts internationaux et de leur évolution dans la nouvelle classification internationale de 2001. Le barème nécessiterait d'évoluer encore et reste faible sur la dimension évaluation psychiatrique d'après ses derniers « réviseurs ». L'évaluation médicale porte, sauf exceptions, directement sur la déficience fonctionnelle et l'incapacité en résultant, plus rarement sur le désavantage.
- [573] Le processus est adapté au traitement de grands volumes de demandes. L'évaluation médicale vise à construire une ouverture de droit à compensation en trois catégories, comme dans le dispositif invalidité.
- [574] Elle s'est renforcée d'une nouvelle approche par l'employabilité, critère qui s'ajoute aux critères d'éligibilité « médicaux » pour les personnes dont le taux global d'incapacité est compris entre 50 et 80 %.
- [575] Cette démarche d'évaluation de l'employabilité est aujourd'hui dissociée de l'évaluation principalement médicale. Les deux outils diffèrent également par le fait que le guide barème est construit comme un référentiel global guidant le jugement de l'évaluateur, alors que l'évaluation de l'employabilité reste à ce stade une trame de questionnements, un faisceau d'indices, sur les facteurs clefs d'éligibilité, sans donner de combinatoire pondérant ces différents facteurs entre eux ni a fortiori de score d'employabilité de synthèse.
- [576] Au total, deux options apparaissent possibles pour le choix d'un référentiel médical pour l'évaluation de l'invalidité : soit celui dit de droit commun, soit celui de l'AAH.
- [577] L'option « droit commun » présente l'avantage d'être déjà connue et pratiquée par les médecins conseils ; par ailleurs l'évolution du barème AT-MP vers celui du droit commun permettrait de ne plus disposer que d'un seul et même référentiel médical, lui conférant un avantage supplémentaire. Elle possède deux inconvénients : sa proximité conceptuelle avec la réparation d'un préjudice circonscrit et son aptitude à être utilisée pour un traitement de grands volumes doit être démontrée. Cette dernière contrainte pourrait toutefois être surmontée avec le regroupement des déficiences fonctionnelles permanentes par stade de sévérité, comme le Dr Louis Mélenec l'avait proposé en 1991 et comme cela a finalement été réalisé pour l'AAH.

¹²⁵ George DORION, *ibid cit.*

¹²⁶ Deux rapports de l'IGAS porteront en 2003 et 2004 sur ce sujet non tranché à ce jour. L'objet de la mission qui vient d'être confiée au groupe de travail piloté par Mme Rolande RUELLAN dont les conclusions sont attendues en juin 2012, concerne la reprise de l'étude visant à disjoindre le préjudice physiologique du préjudice professionnel

¹²⁷ Refonte du chapitre 6 : déficiences viscérales et générales

[578] La seconde option « AAH » a à ce stade les faveurs de la mission en raison de sa proximité conceptuelle avec une logique d'appréciation d'un état de santé global et de sa capacité démontrée à permettre le traitement de flux importants.

6. PIECES JOINTES

6.1. Règles de calcul en usage dans certains processus

6.1.1. La Formule de GABRIELLI

[579] Elle est utilisée en cas d'accident du travail aggravant un état antérieur ou de séquelles d'infirmité "aggravées par l'état antérieur" (exemple du monophthalme perdant son seul œil fonctionnel lors d'un AT).

[580] Cette formule tient compte de la capacité de gains de la victime avant survenue de l'infirmité :
Taux d'IPP = $100 - |(C1 - C2) / C1|$

C1 = capacité de gain avant l'accident (= 100 - 1^{er} taux d'IPP)

C2 = capacité de gain après l'accident (= 100 - 2^{ème} taux d'IPP)

|| = valeur absolue

6.1.2. Règle de BALTHAZARD ou règle de la validité restante¹²⁸

[581] Au 19^{ème} siècle, le Professeur de médecine légale BALTHAZARD inventa une règle relative au calcul des infirmités multiples permettant d'obtenir un pourcentage d'invalidité toujours inférieur à 100 %, mais néanmoins proportionnel au nombre et à la gravité des infirmités en cause. Cette règle est fondée sur le principe selon lequel l'invalidité d'une infirmité venant au rang N, après classement de l'ensemble des infirmités par ordre décroissant de taux, doit être appréciée par rapport à la validité restante résultant de la prise en compte des invalidités entraînées par les infirmités classées au rang N-1.

[582] Exemple :

Infirmités	Taux absolus	Taux relatifs
1ère infirmité	60 %	60 % x 100 % = 60 %
	(validité restante : 100 % - 60 % = 40 %)	
2e infirmité	20 %	20 % x 40 = 8 %
	(validité restante : 40 % - 8 % = 32 %)	
3e infirmité	10 %	10 % x 32 = 3,2 %
Total arithmétique : 90 %		Total relatif : 71,2 % arrondi à : 72 %

[583] Exceptions :

- Augmentation de taux par aggravation d'infirmités.
- Majoration de taux sur certaines infirmités (ex: troubles névritiques sur amputations).
- Regroupement des infirmités sur un membre.

¹²⁸ Source : Site du régime de retraite des fonctionnaires de l'Etat <http://www.pensions.bercy.gouv.fr/node/612>

6.1.3. Règle des suffixes (pensions militaires)

[584] Lorsque l'infirmité principale est d'un taux au moins égal à 20 % (cas de l'exemple précédent), chaque infirmité supplémentaire est affectée d'un suffixe croissant de 5 en 5.

[585] Reprise de l'exemple précédent :

Infirmités	Taux + suffixes	Taux relatifs
1ère infirmité	60 %	60 % x 100 % = 60 %
	(validité restante : 100 % - 60 % = 40 %)	
2e infirmité	20 % + 5 = 25 %	25 % x 40 = 10 %
	(validité restante : 40 % - 10 % = 30 %)	
3e infirmité	10 % + 10 % = 20 %	20 % x 30 = 6 %
Taux global d'invalidité à retenir : 76 % arrondi à 80 %		

[586] Pour obtenir le montant annuel de la pension, il suffit de multiplier le nombre de points d'indice correspondant au taux global d'invalidité afférent au grade du bénéficiaire par la valeur annuelle du point d'indice.

[587] Les indices appliqués aux victimes civiles sont ceux du grade de soldat.

6.1.4. Règle des degrés (pensions militaires)

[588] Il peut arriver que l'infirmité principale atteigne le taux de 100 % pour trois raisons : soit le taux de certaines infirmités très graves est de 100 % ; soit la majoration d'une infirmité porte le taux de cette infirmité à 100 % ; soit le pensionné est atteint d'au moins une infirmité ouvrant droit au statut des grands mutilés et d'une autre infirmité imputable dans les mêmes conditions d'un taux au moins égal à 60 % (sous-total : 100 % + 1°).

[589] Les infirmités supplémentaires sont calculées sur la base de la somme arithmétique des taux assortis des suffixes et ouvrent droit à un degré par tranche de 10 % de taux d'invalidité.

[590] Exemple :

Infirmités	Calcul des degrés		Taux
1ère infirmité	100 %		100 %
2e infirmité	20 % + 5 =	25 %	
3e infirmité	10 % + 10 =	20 %	
		= 45 %	
	arrondi à	50 %, soit	5°
Taux global d'invalidité à retenir : 100 % + 5°			

[591] Il est précisé que **chaque degré vaut 16 points d'indice**, indépendamment du grade du bénéficiaire.

6.2. La complexité des règles des pensions militaires : Un exemple d'application cumulant les règles précédentes

[592] L'exemple donné ici est issu d'une étude de dossiers réalisée avec l'aide de la Commission consultative médicale du service des pensions du secrétariat général du ministère de la Défense. Elle comporte deux parties :

- l'énumération des lésions anatomiques et du chiffrage des taux d'invalidité unitaire telle que figurant sur le compte rendu de la commission consultative ;
- le fichier de calcul du taux final après application des principales règles.

6.2.1. Avis de la commission consultative médicale

Hors-guerre		Dossier n°	
NOM		Origine :	
Adresse		Date d'ouverture de l'instance :	
Né(e) le		Nature de l'instance : Infirmité nouvelle	
Grade		Date d'établissement du présent avis :	
N°	CODIFICATION DES INFIRMITES	DIAGNOSTIC, ORIGINE ET CURABILITE DES INFIRMITES POINT DE DEPART DU DROIT	POURCENTAGE D'INVALIDITE
Séquelles de fracture de D9			
1	7901	Séquelles de fracture de D9. Paralyse complète sensitivo-motrice du membre inférieur droit.....	90% déjà définitive non revue
2	6299	Cicatrice d'escarre trochantérienne droite ayant nécessité une trochantérectomie et des plasties cutanéomusculo-aponévrotiques. Perte de substance musculaire importante. Cicatrisation épidermique très fragile.....	40% + 5 déjà définitive non revue
3	1145	Para-ostéo-arthropathie de la hanche droite.....	10% + 10 déjà définitive non revue
			95,6%
4	5017	Troubles tropho circulatoires et névritiques.....	10% majoration déjà définitive non revue
105,6% ramenés à			100%
5		Paralyse complète sensitivo-motrice du membre inférieur gauche	90% + 5 déjà définitive non revue
6	1031	Limitation du jeu de la coxo fémorale gauche : cicatrice opératoire verticale de 19 cm sous l'arcade crurale et cicatrice opératoire postérieure de 24 cm rétro-trochantérienne.....	40% + 15 déjà définitive non revue

7	5083	Troubles tropho circulatoires et névritiques	10%+ 45 déjà définitive	non revue
		205% ramenés à	100%+ 5	
8	3407	Troubles sphinctériens urinaires, rétentions et épisodes infectieux fréquents, lithiase rénale gauche traitée par lithotripsie extra-corporelle	85%+ 10 déjà définitive	non revue
9	5164	Troubles génitaux : abolition des érections agénésie, aspermie. Échec de chirurgie plastique d'allongement de la verge par pose de prothèses. Rétraction complète de la verge à l'intérieur du scrotum. Appareillage impossible du pénilex	50%+ 15 déjà définitive aggravation de 25%	
10	3252	Troubles sphinctériens rectaux : incontinence, constipation	40%+ 20 déjà définitive	non revue
11		Infirmité nouvelle : Syndrome d'hyper-réflexivité autonome des blessés médullaires de la région dorsale moyenne. Trémulations cloniques de tout le corps s'accompagnant de poussées hypertensives	30%+ 25 hors guerre	
12	5420	Syndrome subjectif des traumatisés crâniens : céphalées, vertiges, troubles de l'équilibre et de la mémoire	25%+ 30 déjà définitive	non revue
13	2141	Cyphose dorsale exagérée en rapport avec une consolidation en coin de D9	20%+ 35 déjà définitive	non revue
14	5910	Infirmité nouvelle : État dépressif	20%+ 40 hors guerre	
15	2145	Cicatrice de laminectomie	15%+ 45 déjà définitive	non revue
16	3106	Insuffisance respiratoire : légère dyspnée, auscultation normale, cœur normal à l'oreille	10%+ 50 déjà définitive	non revue
17	3307	Troubles neuro-végétatifs à type d'hypersudation de l'hémicorps gauche	10%+ 55 déjà définitive	non revue
18	1965	Cicatrice ischiatique gauche adhérente	10%+ 60 déjà définitive	non revue

Taux précédent : 100% + 62° définitif / Allocation G.M. article L37a /
Double article L18 définitif

Taux proposé et droits du pensionné : 100% + 81° temporaire / Allocation G.M. article L37a /
Double article L18 définitif

Période de validité : du 22-08-2011 au 21-08-2014

AVIS RENDU PAR LA COMMISSION CONSULTATIVE MEDICALE

X Avis Conforme au projet de constat provisoire des droits à pension de la SDP Bureau P2	# Avis Non Conforme au projet de constat provisoire des droits à pension en date du #
--	---

Observations :

La 9^{ème} infirmité, déjà pensionnée et définitive est aggravée de 25% et devient indemnisable au taux de 50% (avis de l'expert).

Les 11^{ème} et 14^{ème} infirmités, vues en première instance sont en relation médicale directe et déterminante avec les 1^{ère} et 5^{ème} infirmités.

Syndrome d'hyper-réflexivité autonome et état dépressif en relation médicale directe et déterminante avec les séquelles de fracture de D9.

Blessures non incurables, hors guerre, imputables par preuve évaluées à 30% et 20% (avis de l'expert).

Les 1^{ère} à 8^{ème}, 10^{ème}, 12^{ème}, 13^{ème}, 15^{ème} à 18^{ème} infirmités, sont non revues.

6.2.2. Fiche explicative remise à la mission sur les calculs des Taux

(réf. pages 111 à 117 du manuel à l'usage de la C.C.M)

1^{ère} à 3^{ème} infirmités : regroupement sur le membre inférieur droit en deçà de 100% en article L.14.

4^{ème} infirmité : majoration (sans suffixe) en deçà des 100%.

$1^{ère} + 2^{ème} + 3^{ème} + 4^{ème} = 105,6\%$ ramenés à 100% (règle du regroupement obligatoire sur 1 membre qui ne peut dépasser 100% - avec troubles névritiques).

100% ; on passe en suspension (article L.16)

5^{ème} à 7^{ème} infirmités : regroupement sur le membre inférieur gauche au-delà du 100% en article L16.

Ici la règle est complexe et les suffixes des infirmités regroupées sur le membre sont issus d'un premier classement et ne se suivent pas de 5 en 5. De même, les troubles névritiques (7^{ème} infirmité) sont affectés d'un suffixe en L16).

N.B : une erreur « de plume » s'est sûrement glissée sur la 7^{ème} infirmité qui doit être en fait évaluée à 10% + 50 mais cela ne change rien au calcul global.

Total calculé : 100% + 805 - 805 arrondi à 810 soit 81°.

6.2.3. Méthode de calcul du taux final

Tableau 62 : Exemple des principaux éléments de calcul d'une situation d'infirmités multiples

Infirmités n°	taux	suffixe	taux relatifs	validité restante	taux cumulé	taux de surpension	Principale règle appliquée
0	0 %			100,00 %	0 %		
1	90 %			10,00 %	90,00 %		
2	40 %	5 %	4,50 %	5,50 %	94,50 %		règle Balthazard
3	10 %	10 %	1,10 %	4,40 %	95,60 %		règle Balthazard
4	10 %				105,60 %		règle de la majoration en deçà de 100 % (sans suffixe)
ramenés à			taux + suffixes		100,0 %	100,00 %	règle de regroupement sur un membre
Passage en surpension							
5	90,00 %	5,00 %	95,00 %		95,00 %		règle de la surpension
6	40,00 %	15,00 %	55,00 %		150,00 %		règle de la surpension
7	10,00 %	45,00 %	55,00 %		205,00 %		règle de la surpension
ramenés à	100,00 %	5,00 %			100 %	105 %	règle de regroupement sur un membre Règle du suffixe sur ce second regroupement
			taux + suffixes				
8	85 %	10 %	95,00 %		95,00 %		règle de la surpension
9	50 %	15 %	65,00 %		160,00 %		règle de la surpension
10	40 %	20 %	60,00 %		220,00 %		règle de la surpension
11	30 %	25 %	55,00 %		275,00 %		règle de la surpension
12	25 %	30 %	55,00 %		330,00 %		règle de la surpension
13	20 %	35 %	55,00 %		385,00 %		règle de la surpension
14	20 %	40 %	60,00 %		445,00 %		règle de la surpension
15	15 %	45 %	60,00 %		505,00 %		règle de la surpension
16	10 %	50 %	60,00 %		565,00 %		règle de la surpension
17	10 %	55 %	65,00 %		630,00 %		règle de la surpension
18	10 %	60 %	70,00 %		700,00 %	700,00 %	règle de la surpension
Total taux final de surpension						805,00 %	
soit soit						810 % 81	règle de l'arrondi à dizaine supérieure degrés

Tableau 63 : dans le régime des pensions militaires.

La pension finale sera évaluée sur la base de	
de taux d'invalidité	100 %
+	degrés
	81

6.3. *Prise en compte du préjudice professionnel pour la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (note DSS)*

DSS/ASFAT/2C/MTR 08-11-2011

1) Eléments de contexte

La Cour de cassation a admis la prise en compte d'un coefficient professionnel dans l'évaluation de l'incapacité de la victime. Par exemple :

- incapacité de la victime risquant de lui faire perdre son emploi et rendant son reclassement difficile (Cass. soc 10 mars 1955) ;
- victime ne pouvant plus conduire de véhicules poids lourds alors qu'elle exerçait antérieurement la profession de chauffeur-routier avant l'accident, d'où il en résultait une perte rémunération supplémentaire liée à cette activité (Cass.soc 17 mai 1982).

Une circulaire de la CNAMTS du 25 avril 1986 précise qu'un coefficient professionnel peut être ajouté au taux purement médical, parfois sur proposition du médecin conseil. L'absence de barème pour calculer ce coefficient a rendu l'application de ce dernier aléatoire et non uniforme, certaines CPAM mettant en place une procédure pour tenter d'évaluer ce préjudice (envoi de questionnaires aux victimes si le médecin conseil signale un risque de déclassement ou de licenciement), d'autres caisses s'en tenant à l'appréciation du taux d'incapacité tel qu'il est prévu à l'article L. 434-1 du CSS.

De nombreux rapports (DORION 1991, MASSE 2001, YAHIEL 2002, Cour des comptes 2002) ont mis en évidence les problèmes posés par la non prise en compte du préjudice professionnel. Ainsi, le rapport DORION signalait : « le barème indicatif d'invalidité annexé au livre IV du CSS ne permet pas d'évaluer correctement l'incidence professionnelle » et précise que c'est pour résoudre ces difficultés que s'est dégagée la pratique du coefficient professionnel dont « la fixation relève pour l'essentiel du contentieux et n'intervient qu'en complément à la fixation d'un taux d'incapacité permanente, au cas par cas, sans doctrine de la part des juridictions. »

1) Evaluation actuelle de l'incapacité permanente

a) Procédure mentionnée dans la charte des AT/MP

Le médecin conseil de l'échelon local du service médical (ELSM) :

- 1) Convoque le patient et apprécie les séquelles à la date de la consolidation ;
- 2) évalue les éléments médicaux ;
- 3) transmet le dossier complet à l'ELSM ;
- 4) Rédige un rapport qui fait la synthèse de l'évolution et des conséquences de l'AT ou de la MP et qui doit contenir uniquement les éléments en rapport avec les séquelles de l'AT/MP ;
- 5) Attribue un taux médical d'incapacité permanente conformément au barème (indicatif) ;
- 6) Interroge la victime sur l'existence d'un préjudice professionnel (diminution de salaire, licenciement,...) ;
- 7) Transmet le taux médical et ses conclusions à la CPAM ;
- 8) Signale, le cas échéant, à la CPAM la présomption de préjudice professionnel sur un document séparé.

Dans ce dernier cas, la CPAM :

- 2) évalue le taux professionnel (cette attribution doit être supervisée par le responsable de service) ;
- 3) notifie le taux d'IM global avec la mention « dont x % pour le taux professionnel » ;
- 4) informe le service du contrôle médical du coefficient professionnel attribué.

b) Mode de calcul du taux professionnel

Barème :

Ce taux, calculé par les services de la CPAM en fonction de l'âge de la victime, vient s'ajouter au taux médical défini par le service du contrôle médical de la caisse. La CNAMTS avait réuni un groupe de travail interne, afin d'élaborer un barème afin d'harmoniser la pratique des caisses pour déterminer le taux professionnel qui est le suivant :

Âge des victimes	Taux professionnel
- de 30 ans	5
De 30 à 39 ans	10
De 40 à 50 ans	15
De 51 à 55 ans	10
+ de 55 ans	5

Formule de calcul :

A = salaire avant l'accident ;

B = salaire après l'AT ;

D = montant de la perte de salaire (A-B) ;

E = coefficient de perte de salaire D/A ;

Pour un salarié âgé de 52 ans, le calcul du taux professionnel est le suivant :

Exemple 1 :

A = 2000, B = 0, D = 2000, E = 2000/2000 = 1 ;

Taux professionnel $1 \times 10 \% = 10 \%$

Exemple 2 :

A = 2000, B = 1700, D = 300, E = 300/2000 = 0,15 ;

Taux professionnel = $0,15 \times 10 = 1,5 \%$

c) Pratique des CPAM

Selon l'état descriptif des modalités pratiques d'attribution du coefficient professionnel adressé par la CNAMTS à la DSS le 10 septembre 2007 et selon la simulation effectuée pour évaluer le surcoût lié à la pratique généralisée de ce taux au niveau national, il est apparu que 55,3 % des CPAM n'ont pas attribué de taux professionnel. Parmi celles qui ont recours à ce dispositif, les pratiques sont les suivantes :

- soit c'est le médecin conseil qui signale la perte de salaire déclarée par la victime (sur un support informel, sur le rapport d'IP, sur le résumé des séquelles, sur une fiche de liaison SA-SM ou sur un imprimé type ;
- soit, dans d'autres cas, le médecin conseil signale la perte de salaire et fait des propositions d'ajout de taux professionnel ou ajoute lui-même le taux professionnel au taux d'IP.

La plupart des CPAM qui ont recours au taux professionnel n'informent pas le médecin conseil en retour lorsqu'elles attribuent ce taux et même s'il existe une proposition du médecin conseil ; elles évaluent le taux professionnel sans que les critères d'attribution soient connus et identiques dans la procédure d'attribution.

L'enquête CNAMTS précitée permet d'avoir une estimation du surcoût moyen par victime de l'attribution d'un taux professionnel. L'objectif de l'enquête qui porte sur une période de six mois (du 1^{er} janvier au 30 juin 2007) est de déterminer un montant moyen établi sur la base des pratiques réelles et de l'attribution d'un taux de rente avant et après l'application du taux professionnel afin d'extrapoler l'effet au niveau national.

D'après cette enquête, la rente moyenne annuelle attribuée par victime sans ajout d'un taux professionnel est de 2 478 € et de 2 945 € après attribution de ce taux. Le coût moyen par victime est donc de 467 €.

6.4. CIF classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé¹²⁹

La CIF est issue du processus de révision de la CIH (Classification internationale du handicap), engagé par l'OMS dès 1993, pour répondre aux critiques formulées à son encontre. Celles-ci portent notamment sur un centrage considéré comme excessif sur la personne, un abord principalement biomédical, une conception trop statique du handicap et une prise en compte jugée insuffisante du rôle de l'environnement.

Ce processus a abouti, au terme de longs travaux et après plusieurs versions et modèles successifs, à son adoption en mai 2001, par l'assemblée Mondiale de la Santé.

Les principaux apports de la CIF sont d'utiliser des termes neutres de préférence aux termes négatifs stigmatisant de la CIH et d'introduire une nomenclature permettant de décrire l'environnement en qualifiant son impact sur la situation de la personne.

Elle comporte 4 chapitres :

- fonctions organiques,
- structures anatomiques,
- activités et participations
- facteurs environnementaux.

Le handicap est décrit selon deux axes principaux :

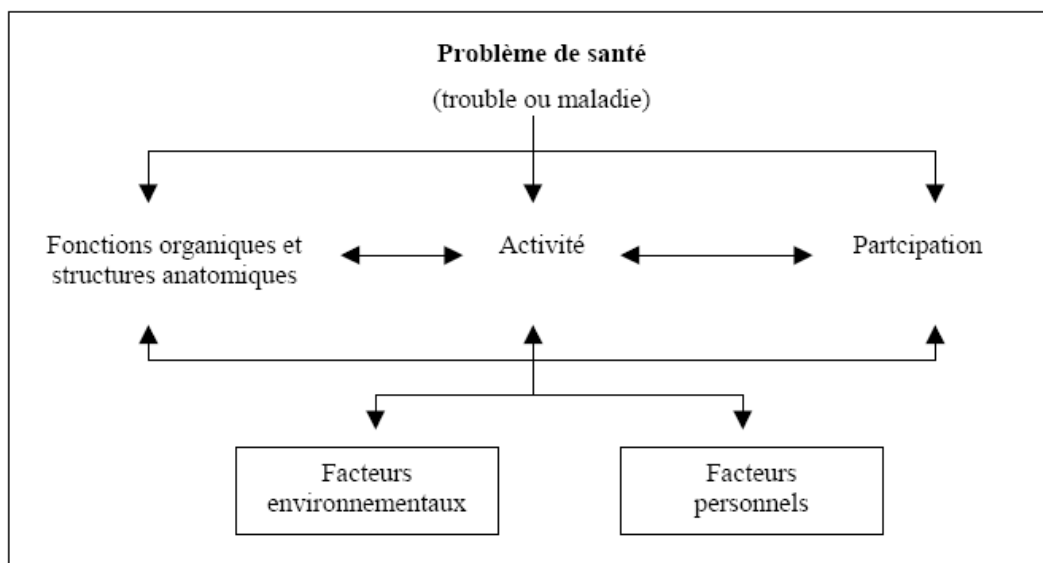
- celui des structures anatomiques et des fonctions des systèmes organiques.
- celui des activités et de la participation visant à décrire le fonctionnement de la personne en tant qu'individu et en tant qu'être social.

Ces différentes composantes peuvent, grâce à un système de cotation, être utilisées de 3 façons :

- **négative** pour indiquer un problème (limitation d'activité ≈ déficience, limitation pour une activité ≈ incapacité),
- **neutre** pour indiquer les aspects ne posant pas de problème,
- **positive** pour identifier des compétences particulières de la personne ou des aspects facilitateurs de son environnement.

¹²⁹ Cette pièce jointe est extraite du guide du formateur Guide Barème AAH DGAS/DGCS édition 2008

Le schéma proposé pour illustrer les relations entre ces différentes composantes et analyser le processus de handicap devient plus complexe (dans la CIH, le processus apparaissait plus linéaire).



Il est probable qu'à l'avenir cette nouvelle classification servira de plus en plus de référence conceptuelle aux outils d'évaluations développés dans le cadre des futures dispositions législatives concernant le champ du handicap¹³⁰.

6.5. Définitions de termes, figurant dans la CIF

Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).

Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps, telle que les organes, les membres et leurs composantes.

Déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels un écart ou une perte importante. Les fonctions psychologiques incluent les fonctions mentales. Dans ce contexte, le terme d'anomalie est strictement utilisé pour désigner un écart important par rapport à des normes statistiques établies".

Activité désigne l'exécution d'une tâche par une personne. (Perspective individuelle du fonctionnement).

Participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.

Les limitations d'activité désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités. (Correspond aux incapacités définies dans la CIH).

Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle. (Perspective sociétale du fonctionnement).

Les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

¹³⁰ La Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, y fait référence

6.6. Principales dispositions de la proposition de loi du député Guy LEFRAND

Article 1er

Création, sous contrôle de l'État, d'une base de données accessible au public sur internet, recensant les transactions et les décisions judiciaires et administratives en matière de réparation du dommage corporel de personnes victimes d'un accident de la circulation.

Article 2

Établissement par décret, d'ici à deux ans, d'un barème médical unique d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique.

Article 3

Établissement par décret en Conseil d'État d'une nomenclature unique non limitative des chefs de préjudices indemnisables.

Article 5

Obligation, pour l'assureur, d'envoyer à la victime d'un accident de la circulation une notice d'information sur ses droits.

Article 7

Interdiction, pour un médecin d'être conseil de la victime d'un accident de la circulation vis-à-vis d'une compagnie d'assurance dont il est aussi habituellement médecin conseil. Obligation, pour les médecins de déclarer auprès des conseils départementaux de l'ordre des médecins, les noms des compagnies d'assurance pour lesquels ils travaillent.

Article 8

Obligation, pour l'assureur, de verser une provision à la victime dès lors qu'il est probable que des aménagements dans son appartement, ou sa voiture ou que la présence d'une tierce personne seront nécessaires.

Article 9

Allongement de 15 à 30 jours du délai de dénonciation de la transaction concluant la procédure amiable entre la victime et l'assureur.

Annexe VI : Etude comparative dans le département de la Vienne de l'évaluation de l'invalidité par l'ELSM et la MDPH

- Auteurs -

Dr. ABALLEA IGAS ; Dr. GAUTIER et E LEGARS MDPH 86 ; Dr. DEMONDION et LAMBERT ELSM 86 ; Dr. DUROUX, DRSM Limousin Poitou-Charentes

1. ORIGINE ET CONTEXTE DE L'ETUDE.....	187
2. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	188
3. MATERIEL ET METHODE.....	189
3.1. <i>Retraitement de données dossiers réels enregistrés dans les systèmes d'information des deux organismes de la Vienne</i>	189
3.2. <i>Fichiers sources</i>	189
3.3. <i>Fichier d'analyse par appariement des fichiers sources MDPH et ELSM</i>	190
3.4. <i>Déclaration CNIL</i>	191
3.5. <i>Agenda de l'étude</i>	191
4. RESULTATS.....	192
5. SYNTHÈSE ET CONCLUSION.....	196
6. DONNÉES COMPLÉMENTAIRES.....	197
6.1. <i>Structure des données du fichier source MDPH</i>	197
6.2. <i>Structure des données du fichier source ELSM</i>	198

1. ORIGINE ET CONTEXTE DE L'ETUDE

- [593] L'article 80 de la loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites prévoit dans son chapitre relatif aux mesures de compensation de la pénibilité que « *le Gouvernement dépose au Parlement avant le 1er janvier 2012 un rapport visant à étudier un barème d'attribution des pensions d'invalidité cohérent avec le barème d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés et à mieux encadrer la définition de l'inaptitude ; ce rapport propose des indications pertinentes de pratique pour les échelons locaux du service médical de l'assurance maladie en vue d'une réduction de l'hétérogénéité des décisions* ».
- [594] L'IGAS a été chargée en décembre 2011 de préparer les éléments de ce rapport.
- [595] Tant l'allocation adulte handicapé (AAH) que la pension d'invalidité sont des revenus de substitution que la collectivité alloue à une personne privée totalement ou partiellement de sa capacité de travail du fait d'un handicap. Lorsque des droits à pension d'invalidité ont été ouverts du fait d'une activité professionnelle exercée sur une durée suffisante, le premier revenu de substitution mobilisé est – et doit être – la pension d'invalidité. Ce droit est contributif, proportionnel aux revenus. L'AAH n'intervient qu'en second recours, comme un minima social versé au titre de la solidarité nationale. Il peut être déclenché en complément d'une pension d'invalidité, lorsque le montant de celle-ci est inférieur au montant de l'AAH.
- [596] Les évaluations conduites en matière d'AAH et de pension d'invalidité visent à fonder la décision de fournir ce revenu de substitution et son niveau. Dans les deux cas l'évaluation se doit, après avoir qualifié et quantifié l'importance du handicap au sens médico-social, d'apprécier la distance à l'emploi à travers la notion de « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi » (RSDAE) pour l'AAH et à travers la mesure de la perte de gains ou d'une incapacité de travail supérieure aux 2/3 pour la pension d'invalidité. L'évaluation est donc mixte : médicale et professionnelle.
- [597] La décision d'attribution d'une pension d'invalidité relève principalement d'une évaluation médicale, conduite par les médecins conseils auprès des organismes d'assurance maladie. La décision intervient dans les deux tiers des cas dans un contexte d'arrêt de travail de longue durée (jusqu'à 36 mois maximum) qui a été suivi par le médecin conseil. Souvent les travailleurs sociaux de l'organisme d'assurance maladie sont intervenus dans cette phase, en lien avec les médecins conseils, en vue de prévenir autant que faire se peut la désinsertion professionnelle. Lorsque cette prévention échoue ou qu'elle n'a pas été tentée compte tenu de la gravité et de la stabilité prévisible du handicap initial, la décision de passage en invalidité revient vers le médecin conseil. Il n'existe pas ou de façon marginale de travailleur social ou spécialiste de l'emploi associé à cette phase. Il n'existe par ailleurs aucun référentiel médical ni professionnel permettant de standardiser la mesure. C'est l'objet de l'article de loi, à l'origine de la mission confiée à l'IGAS.

- [598] La décision d'AAH relève des équipes pluridisciplinaires des MDPH. Le dossier de demande est examiné et discuté par une équipe mixte comprenant outre les professionnels de la MDPH (médecin, cadre administratif et travailleur social) des professionnels de l'emploi et de la réinsertion professionnelle Pôle Emploi (référénts handicap et psychologue du travail), AGEFIPH, CARSAT, RSA ...Le demandeur d'AAH n'est pas souvent connu des équipes (surtout quand il s'agit d'une première demande). Les évaluateurs disposent de référentiels médico-sociaux standardisés de recueil des données (GEVA¹³¹) et d'évaluation (guide barème, cheminement pour évaluer la «restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi» (RSDAE)¹³².
- [599] Rapprocher les barèmes d'attribution des pensions d'invalidité et de l'AAH implique de comparer les deux processus d'évaluation médico-social et professionnel et leurs outils. Les deux processus sont dissociés dans le temps (l'AAH ne peut être déclenchée qu'après avoir fait jouer les droits éventuels à pension d'invalidité). Les outils et méthode d'évaluation sont également disjoints.
- [600] Dans ce contexte, implanter des nouveaux outils formalisés, soit un barème médical et un référentiel de mesure d'employabilité, dans la construction de la décision des pensions d'invalidité apparaissent *a priori* intéressant.

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

- [601] La présente étude s'intéresse aux outils de la décision utilisés dans les deux processus AAH et pension d'invalidité. Elle ne porte pas sur le processus lui-même, dont a tenu naturellement compte pour construire le protocole.
- [602] La présente étude a pour objectif de mesurer les différences en termes d'avis donnés pour un même demandeur pour l'AAH par les équipes pluridisciplinaires des MDPH et pour une pension d'invalidité par les médecins conseils d'un échelon local du service médical (ELSM) auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Vienne.
- [603] La question posée ici est de savoir si les outils de l'AAH étaient mobilisés pour l'évaluation des pensions d'invalidité, quels en seraient les principaux effets ?

¹³¹ Le guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne est l'outil prévu par l'article L.146-8 du Code de l'action sociale et des familles. Il est défini par le décret no 2008-110 du 6 février 2008 et l'arrêté du 6 février 2008 paru au Journal Officiel du 6 mai 2008.

¹³² Décret « relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés aux personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi et à certaines modalités d'attribution de cette allocation » paru le 16 août 2011.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. *Retraitement de données dossiers réels enregistrés dans les systèmes d'information des deux organismes de la Vienne*

- [604] La comparaison a porté à partir d'un échantillon de dossiers communs sur les conditions d'évaluation en mode invalidité et en mode AAH. Le « gold standard » est ici le référentiel barème AAH associé à la démarche RSDAE.
- [605] Une base de données a été constituée de dossiers de demande d'AAH évaluée en MDPH et ayant été soumis pour une pension d'invalidité à l'ELSM (recoupement des fichiers des deux structures MDPH et ELSM).
- [606] Les données sur l'AAH sont par construction produites au niveau des départements ; dans la Vienne, ces données sont saisies dans le SI IODAS. IODAS est un ensemble d'outils progiciels, pour gérer le (les) système(s) d'information destiné (s) aux professionnels de l'action sociale dans les départements et les MDPH
- [607] Les données ELSM sont produites par les équipes des médecins conseils de la Vienne et saisies dans le SI HIPPOCRATE. Il permet un traitement automatisé de données nominatives et la gestion informatisée d'une partie des tâches des ELSM dont la gestion des pensions d'invalidité.

3.2. *Fichiers sources*

3.2.1.1. Constitution du fichier source MDPH

- [608] Critères d'inclusion du fichier MDPH 86 : **requête sur IODAS** pour constituer un fichier
- tous les dossiers de **demande d'AAH instruits du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2011 en CDAPH** ;
 - **dossiers de primo décision** (pas de dossier en renouvellement) ; le taux de primodécision est de 48 % en 2010 en France¹³³.
- [609] Variables du Fichier source MDPH : données noms/prénom¹³⁴/ DDN/date de décision CDAPH/ décision AAH : accord refus, décision Complément de ressources : accord refus / Si accord AAH, typologie : L821-2/ L821-1/ L821-1 + Complément de ressources
- [610] La prise en compte de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi est appliquée depuis 2007-2008 en France¹³⁵. Elle n'est l'objet d'une approche systématisée que depuis septembre 2011¹³⁶ dans la Vienne où la mission a rencontré les différents acteurs entre le 30/01 et le 2/02/2012. Les avis émis sur la période récente 2010 – 2011 reposent donc sur une approche mixte, principalement non formalisée du critère RSDAE.

¹³³ Source CNSA

¹³⁴ Le recours au Numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) plus fiable pour l'appariement n'est pas possible car non systématiquement documenté dans le fichier AAH de la Vienne pour les premières demandes et/ou incomplètement documenté car les demandeurs ne saisissent pas la clé associée au NIR qui permet le contrôle de cohérence lors de la saisie dans IODAS. Le NIR n'est donc pas utilisable pour cette requête.

¹³⁵ La loi de finances pour 2007 a remplacé la notion d'« impossibilité de se procurer un emploi » par celle de « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ».

¹³⁶ Le logigramme d'aide à la décision a été publié dans le décret du 16 août 2011

[611] Fichier initial : 2 578 enregistrements réduit à 2576 après suppression de doublon.

3.2.1.2. Constitution du fichier source ELSM

[612] Un fichier constitué via HIPPOCRATE sur :

- **l'ensemble des dossiers de pensions d'invalidité traités du 1^{er} juillet 2009 au 31 janvier 2012 par l'ELSM 86**, quel que soit le facteur d'entrée de cet examen : demande de l'assuré ou à l'initiative de la caisse (à l'exception des demandes des conjoints survivants) ;
- sur les seuls avis donnés par les médecins conseils : favorables (AF) ou défavorables (ADM) ; les avis défavorables administratifs (ADA) et les avis techniques impossibles (ATI) ne seront pas retenus.

[613] Les variables du fichier source ELSM : nom/prénom/DDN/origine de la demande d'avis¹³⁷/date d'avis de l'ELSM¹³⁸/ décision pension d'invalidité avis favorable (AF) /avis défavorable (ADM)/ Précision de décision/ Si AF Catégorie d'invalidité 1/ Catégorie 2 /ou Catégorie 3 (MTP) /pour ADM : existence d'une pension au titre AT/MP ; dans un second temps si nécessaire Taux IPP sera recherché¹³⁹.

3.3. Fichier d'analyse par appariement des fichiers sources MDPH et ELSM

[614] Le fichier d'analyse a été anonymisé après l'appariement : il ne comporte aucune variable nominative noms ou prénoms. Les résultats sont agrégés.

[615] Critères de constitution du fichier d'analyse :

- Appariement sur DDN/Nom/Prénom.
- Valeur absolue du délai entre les décisions CDAPH – ELSM < 6 mois.
- Primodécisions ELSM. Si plusieurs décisions pour une même personne apparaissent dans le fichier MDPH, on retiendra celle qui, dans l'intervalle des six mois correspond à la décision ELSM antérieure la plus proche.

[616] Structure du fichier : Variables MDPH (DDN/date de décision CDAPH/ décision AAH : accord refus, décision Complément de ressources : accord refus / Si accord AAH: L821-2/ L821-1/ L821-1 + Complément de ressources) et variables ELSM décision pension d'invalidité accord/refus Si accord Catégorie 1/ Catégorie 2 /ou Catégorie 3 (MTP), existence d'une pension au titre AT/MP et si oui Taux IPP.

[617] Estimation taille échantillon final : 6 % des demandes de primo décision d'AAH à la MDPH pourraient avoir été soumis à décision de pension d'invalidité¹⁴⁰. Taille de l'échantillon attendue : une centaine de dossiers.

¹³⁷ Valeurs : Initiative Caisse ; initiative assuré (hors conjoint survivant)/[la valeur : conjoint survivant est en principe exclue de la requête]

¹³⁸ Il ne s'agit pas de la date de décision CPAM de notification des droits, mais de la date de production de l'avis ELSM

¹³⁹ Cette donnée est intéressante pour analyser les causes de refus des médecins conseil, liées à l'existence d'une autre pension déjà versée pour un handicap reconnu ATMP et qui conduirait à récuser une pension d'invalidité sur ce même handicap (pas de double prise en compte d'un même préjudice).

¹⁴⁰ Il s'agit du taux donné par les CAF sur les personnes percevant à la fois une pension d'invalidité et une AAH différentielle à un moment t. Le taux de patients évalué est au minimum double

- [618] Fichier source MDPH : 2576 enregistrements & Fichier source ELSM: 1021 enregistrements. Méthode d'appariement sur nom et la date de naissance concaténés puis sur la 1ère lettre du nom, la 1ère lettre du prénom et la date de naissance. Fichier d'appariement constitué de 169 individus avec une décision MDPH et ELSM, duquel subsiste un **fichier d'analyse de 90 enregistrements** après suppression des doublons et des décisions survenues dans une période supérieure à 6 mois.

3.4. Déclaration CNIL

- [619] Une déclaration d'étude statistique a été réalisée auprès de la CNIL par l'IGAS en tant que promoteur de l'étude et garant du respect des procédures de protection des données (procédure déclaration CNIL selon la norme simplifiée NS n°26¹⁴¹).

3.5. Agenda de l'étude

- [620] Finalisation protocole 9 - 14 février 2012 ;
- [621] Déclaration simplifiée CNIL le 14 février ;
- [622] Requêtes et constitution des fichiers sources : semaine du 13 au 18/02 ;
- [623] Constitution du fichier d'analyse : semaine du 20 au 25/02 ;
- [624] Analyse et rédaction. Semaine du 27/02 au 30/03.

¹⁴¹ La norme N°26 Délibération n° 84-038 du 13 novembre 1984 concerne les traitements automatisés à caractère statistique effectués, à partir de documents ou de fichiers de gestion contenant des informations nominatives sur des personnes physiques, par les services producteurs d'informations statistiques au sens du décret n° 84-628 du 17 juillet 1984.

4. RESULTATS

4.1.1. Age de l'assuré ou du demandeur

Tableau 64 : Indicateurs de structure d'âge

Age	Total
Moyenne	47
Écart type	9
Maximum	60
Minimum	23

Source : MDPH et ELSM 86, traitement IGAS

4.1.2. Origine du premier avis ELSM ou MDPH

Tableau 65 : Organismes ayant donné le premier avis

	Nombre	%
avis CDAPH premier	44	48,9 %
avis ELSM premier	46	51,1 %
Total	90	

Source : MDPH et ELSM 86, traitement IGAS

[625] Bien qu'il faille en théorie disposer d'un avis de l'assurance maladie (positif ou négatif) pour pouvoir reconnaître des droits par la CAF, l'ordre de passage est partagé entre les deux structures s'agissant du premier avis rendu : autant d'avis sont passés d'abord devant la CDAPH que devant l'ELSM.

4.1.3. Délais moyens et écart type en jours entre les 2 avis ELSM et MDPH

Tableau 66 : Délais moyens entre les deux avis

Ecart entre décisions ELSM et MDPH		
Délai entre dates avis ELSM – CDAPH (en jours)	Moyenne	Écart type
avis CDAPH premier	-77,4	53,1
avis ELSM premier	93,7	47,0

Source : MDPH et ELSM 86, traitement IGAS

[626] Le protocole visait un délai maximum de 6 mois. Les décisions sont suffisamment rapprochées pour que la comparaison porte sur une situation évaluée, globalement comparable entre les deux instances.

4.1.4. Origine de la demande ELSM

Tableau 67 : Origine de la demande ELSM

Origine de la demande d'avis à l'ELSM	Total	
Demande formulée par assuré	50	56 %
Invalidité à l'initiative de la caisse	40	44 %
Total	90	

Source : MDPH et ELSM 86, traitement IGAS

[627] Il existe davantage de demandes issues de l'assuré dans cet échantillon que dans la population générale des avis ELSM : 38 % sur 2010 et 2011 (cf. données complémentaires jointe infra).

4.1.5. Accords et refus globaux

Tableau 68 : Distribution des avis CDAPH et ELSM

Avis CDAPH	AVIS ELSM		Total
	Accords	Refus	
Accord	35	4	39
	39 %	4 %	
Refus	26	25	51
	29 %	28 %	
Total	61	29	90

Source : MDPH et ELSM 86, traitement IGAS

[628] Lecture : CDAPH et ELSM s'accordent dans 39 % des cas et pour 28 % des refus (taux de concordance globale de 67 %) ; la MDPH refuse davantage les dossiers accordés par l'ELSM (29 %) que l'inverse (4 %).

[629] Il existe 68 % d'accord ELSM et 43 % d'accord MDPH sur le fichier complet des 90 dossiers. **Il y a concordance des accords et refus en CDAPH et médecins conseils dans 67 % des cas (39 +28 %) et discordance dans 33 %.**

4.1.6. Accords et refus sur les seuls avis émis à la demande des assurés ; test concordance des avis si le gold standard est l'avis CDAPH

[630] Si l'on ne s'intéresse plus qu'à la seule situation où la demande d'invalidité provient de l'assuré qui est celle qui concorde le plus avec les conditions d'évaluation dans les deux organismes, elle ne concerne que 50 dossiers sur les 90.

Tableau 69 : Accords et refus à la demande des ASSURES

Avis CDAPH	AVIS ELSM		Total	% accords CDAPH
	Accords	refus		
Accord	10	4	14	28 %
	20 %	8 %		
Refus	11	25	36	
	22 %	50 %		
Total	21	29	50	
% Accords ELSM	42 %			

Source : MDPH et ELSM 86, traitement IGAS

- [631] Pour 42 % des cas il y a accord sur la demande de pension d'invalidité par l'ELSM et seulement dans 28 % des cas accord de la CDAPH sur la demande d'AAH. **La CDAPH de la Vienne apparaît plus sélective que l'ELSM.**
- [632] En cas de demande formulée par un assuré à l'ELSM : CDAPH et ELSM donnent conjointement un accord dans 20 % des cas et donnent conjointement un refus dans 50 % des cas : **Le taux de concordance globale des avis entre CDAPH et ELSM est donc de 70 %.**
- [633] Si l'on considère que l'avis de référence devait être celui de la CDAPH, dans l'optique d'une utilisation « telle quelle » du guide barème et de la démarche RSDAE par les médecins conseils, les avis des médecins conseils diffèrent-ils significativement de ceux rendus par la CDAPH ?

Tableau 70 : Test de concordance des avis MDPH et ELSM

	TEST	valeur théorique	valeur observée	Xi 2	table Xi2 1ddl pour risque α à 5 %
		CDPAH	ELSM		
Accords CDAPH	accord	14	21	3,50	
	refus	36	29	1,36	
				4,86	3,84

Source : MDPH et ELSM 86, traitement IGAS

- [634] **Les deux distributions d'avis MDPH et ELSM ne peuvent être considérées comme comparables au risque α à 5 %.** Les avis diffèrent significativement entre les deux organismes.

4.1.7. Motifs des refus. Analyse des divergences

- [635] Si l'on s'intéresse aux seuls refus rendus par l'ELSM et à leur motivation : quels sont les avis rendus par la CDAPH en regard ?

Tableau 71 : Avis de la CDAPH en regard des motifs de refus de l'ELSM

Motif du refus de l'ELSM	Avis CDAPH		Total
	Accord	Refus	
Etat non stabilisé ou non consolidé	2	4	6
	7 %	14 %	21 %
Réduction capacité de gain < 2/3	2	21	23
	7 %	72 %	79 %
Total	4	25	29
	14 %	86 %	100 %

Source : MDPH et ELSM 86, traitement IGAS

- [636] Si l'on croise les causes de refus donnés l'ELSM avec les avis MPDH, dans 7 % des causes de refus la divergence repose sur un constat d'état non stabilisé ou consolidé. Ce constat ne présage donc pas de la décision qui pourrait être donnée ultérieurement.
- [637] Inversement la CDAPH peut donner un accord pour une durée limitée alors qu'il y a eu un refus ELSM (7 % des cas également). Lors du renouvellement à un an, la situation peut être réévaluée dans un sens ou dans l'autre.
- [638] **Ces premières analyses laissent à penser qu'une divergence « instantanée » d'avis entre les deux organismes peut se combler dans le temps.**

5. SYNTHÈSE ET CONCLUSION

- [639] La question posée ici était de savoir si les outils de l'AAH étaient mobilisés pour l'évaluation des pensions d'invalidité, quels en seraient les principaux effets ?
- [640] L'étude a porté sur une période de 2 ans sur les dossiers de demande communs aux deux organismes de la Vienne: la MDPH et l'échelon local du service médical qui, au titre du régime général d'assurance maladie, traite l'essentiel de la population de la Vienne. Elle ne présage pas des divergences qui pourraient être constatées en agréant les autres régimes MSA et RSI.
- [641] Sur les dossiers communs examinés d'un côté et de l'autre, dans un intervalle moyen d'environ trois \pm un mois, il apparaît que les avis divergent de manière statistiquement significative et les taux de concordance ne sont que de 67 % entre les deux organismes.
- [642] Lorsque l'on s'intéresse aux avis rendus dans les conditions les plus proches entre les deux organismes, soit à la seule demande des assurés, le taux de concordance est de 70 %. **La CDAPH de la Vienne accorde moins d'avis positifs que l'ELSM.**
- [643] Cette mesure, instantanée, n'est pas une donnée intangible : elle est susceptible d'évoluer dans le temps, car une partie des motifs de refus sont liés à un constat divergent sur la période de stabilisation ou consolidation.
- [644] Ces résultats ne sont naturellement valides que pour le département de la Vienne. Une telle étude sur une base plus large pourrait être réalisée dans les départements qui, comme la Vienne, disposent d'un système d'information opérationnel sur la période 2009-2011 afin de pouvoir recruter suffisamment de dossiers.

6. DONNEES COMPLEMENTAIRES

6.1. Structure des données du fichier source MDPH

6.1.1. Structure générale du fichier reçu

[645] 2 578 enregistrements.

6.1.2. Données en vue d'appariement

[646] Il y a 40 doublons sur les homonymies noms et DDN. Il s'agit a priori d'une même personne qui a été vue à 2 dates distinctes en CDAPH. Ce qui en soi ne pose pas de problème et doit être traité lors de l'appariement avec le fichier Assurance Maladie.

Il y a juste un problème d'homonymie nom et prénom d'une personne née le 17/10/54 ou le 4/10/1954 et vue respectivement le 20/05/2010 et le 01/09/2011 en CDAPH. Le plus vraisemblable est qu'il s'agit de la même personne avec une erreur de saisie d'une des deux DDN. Mais quelle est la bonne DDN ? Dans le doute, ces deux fiches sont supprimées de la base de travail de constitution du fichier final.

[647] **Fichier source MDPH final = 2 576 enregistrements.**

6.1.3. Données de tris à plat

6.1.3.1. Age (à la date de signature de l'avis)

Tableau 72 : Indicateurs de structure d'âge du fichier source MDPH

	(années)
Moyenne	43,8
Ecart-type	13,1
minimum	17,0
maximum	92,0

Source : MDPH 86. Données AAH 2010-201. Traitement IGAS

[648] Existence de primo-demandeurs de plus de plus de 75 ans (jusqu'à 92 ans). Les AAH catégorie de plus de 80 % peuvent continuer à en bénéficier. Les catégories < 80 % basculent en pension de retraite à compter de l'âge légal.

6.1.3.2. Taux d'incapacité

Tableau 73 : Répartition des taux d'incapacité du fichier source MDPH

Taux d'invalidité	nombre	%
50 % <= TI < 80 %	1281	50 %
Sans objet	24	1 %
TI < 50 %	784	30 %
TI >= 80 %	487	19 %
Total	2576	100 %

Source : MDPH 86. Données AAH 2010-201. Traitement IGAS

[649] Les « sans objet » sont souvent des demandes ayant déjà eu un accord AAH auparavant (données historiques) ou d'une autre COTOREP ou MDPH.

6.1.3.3. Refus et accord de la CDAPH

Tableau 74 : Répartition des refus et accords par catégorie du fichier source MDPH

Décision CDAPH	nombre	%
Accord AAH-50 % =< TI < 80 %	794	30,8 %
Accord AAH-TI >= 80 %	476	18,5 %
Refus (MDPH)	53	2,1 %
Refus AAH atteint limite d'âge	32	1,2 %
Refus AAH taux médical de 0 %	3	0,1 %
Refus AAH-50 % =< TI < 80 %	438	17,0 %
Refus AAH-TI < 50 %	780	30,3 %
Total	2576	100,0 %

Source : MDPH 86. Données AAH 2010-201. Traitement IGAS

[650] Remarques :

- La rubrique Refus (MDPH) : cette précision « MDPH » correspond à un « rejet administratif » en raison de pièces manquantes (certificat médical ou autre...) ; cette rubrique est équivalente à celle cotée avis techniques impossibles dans les ELSM.
- Refus taux de 0 % est individualisé lorsqu'il n'y a pas d'incapacité, ni même une déficience : on peut ne coder que 0. Mais cette logique de codage n'est pas respectée pour tous les cas et ce codage est donc inhomogène.

6.2. Structure des données du fichier source ELSM

6.2.1. Structure générale du fichier reçu

[651] Fichier ELSM 86 : 1021 enregistrements entre le 1^{er} juillet 2009 et le 31 janvier 2012.

6.2.2. Données de tris à plat

6.2.2.1. Age (à la date de signature de l'avis)

Tableau 75 : Indicateurs de structure d'âge du fichier source ELSM

Moyenne	50
Écart type	8
Minimum	23
Maximum	60

Source : ELSM86, DRSM. Données HIPPOCRATE 07/2009- 01/2012. Traitement IGAS

6.2.2.2. Répartition des refus et accords

Tableau 76 : Distribution des refus et accords selon l'origine de la demande

	Défavorable	Favorable	Total	% Défavorable	% Favorable
Demande formulée par assuré	237	140	377	62,9 %	37,1 %
Invalité à l'initiative de la caisse	19	625	644	3,0 %	97,0 %
Total	256	765	1021	25,1 %	74,9 %

Source : ELSM86, DRSM. Données HIPPOCRATE 07/2009- 01/2012. Traitement IGAS

6.2.2.3. Répartition des refus et accords médicaux selon l'origine de l'avis

Tableau 77 : Répartition des refus et accords médicaux selon l'origine de l'avis

Année AVIS	Origine de l'avis	Défavorable	Favorable	Total	% avis demandés par assurés	
2010	Demande formulée par assuré	82	55	137	35 %	en 2010
	Invalité à l'initiative de la caisse	8	248	256		
Total 2010		90	303	393		
2011	Demande formulée par assuré	117	68	185	41 %	en 2011
	Invalité à l'initiative de la caisse	6	255	261		
Total 2011		123	323	446	38 %	en 2010 et 2011

Source : ELSM86, DRSM. Données HIPPOCRATE 2010 et 2011

6.2.2.4. Catégories d'invalidité proposées selon origine de l'avis

Tableau 78 : Catégories d'invalidité proposées selon origine de l'avis

Catégorie invalidité	Demande formulée par assuré	Invalidité à l'initiative de la caisse	TOTAL	Demande formulée par assuré
1	65	141	206	46,4 %
2	72	476	548	51,4 %
3	3	8	11	2,1 %
Total	140	625	765	100,0 %
	18 %	82 %	100 %	

Source : ELSM86, DRSM. Données HIPPOCRATE 07/2009- 01/2012. Traitement IGAS

6.2.2.5. Motifs des refus et accords

Tableau 79 : Motifs des refus et accords lorsque l'avis est demandé par l'assuré

Demande formulée par assuré	DECISION		TOTAL
	Défavorable	Favorable	
PRECISION DECISION			
Affection(s) antérieure(s) à immatriculation sans aggravation ni affection nouvelle ¹⁴²	1		1
Etat non stabilisé ou non consolidé ¹⁴³	90		90
Pas d'autre(s) affection(s) que celle(s) déjà indemnisée(s) par autre risque ou régime ¹⁴⁴	8		8
Réduction capacité de gain < 2/3	138		138
Réduction capacité de gain >= 2/3		118	118
Réduction capacité gain >= 2/3 par usure prématurée organisme		22	22
Total	237	140	377

Source : ELSM86, DRSM. Données HIPPOCRATE 07/2009- 01/2012. Traitement IGAS

[652] Remarque s'agissant de la catégorie « Réduction capacité gain >= 2/3 par usure prématurée » : cette notion a été historiquement créée pour les anciens prisonniers de guerre, qui n'avaient aucun droit ouverts, sans arrêt de travail préalable. Puis elle a été restreinte au seul fait de n'avoir eu aucun arrêt de travail auparavant. Les médecins conseils sont partagés sur l'utilisation de cette motivation. Le système d'information accepte aujourd'hui de passer aussi ces patients lorsqu'ils sont considérés comme stabilisés.

¹⁴² ex : poliomyélite contactée avant les 18 ans (avant l'immatriculation)

¹⁴³ ex : K diagnostic récent et traitement actif en cours, pas consolidé.

¹⁴⁴ ex : indemnisation par MP ou AT le plus souvent.

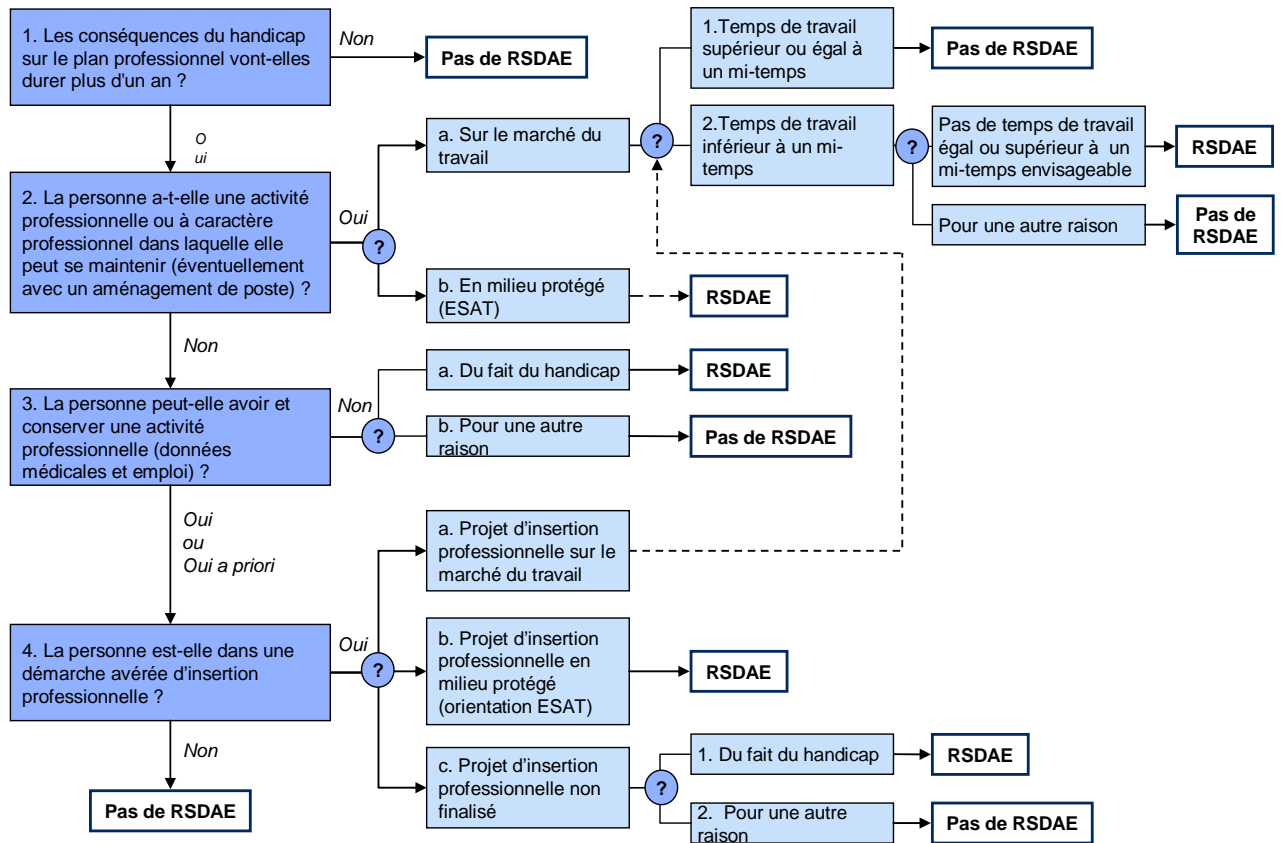
Tableau 80 : Motifs des refus et accords lorsque initiative vient de la CPAM ou de l'ELSM

Invalidité à l'initiative de la caisse	DECISION		TOTAL
	Défavorable	Favorable	
Affection(s) antérieure(s) à immatriculation sans aggravation ni affection nouvelle	1		1
Pas d'autre(s) affection(s) que celle(s) déjà indemnisée(s) par autre risque ou régime	1		1
Réduction capacité de gain < 2/3	17		17
Réduction capacité de gain >= 2/3		477	477
Réduction capacité gain >= 2/3 à forclusion		148	148
Total	19	625	644

Source : ELSM86, DRSM. Données HIPPOCRATE 07/2009- 01/2012. Traitement IGAS

Annexe VII : L'arbre de décision relatif à la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi

Schéma de l'arbre de décision RSDAE



Source : DGCS

Annexe VIII : Nomenclature des préjudices de 2005 : La nomenclature DINTILHAC

Préjudices corporels de la victime directe

A – LES PREJUDICES PATRIMONIAUX

1°) PREJUDICES PATRIMONIAUX TEMPORAIRES (AVANT CONSOLIDATION)

dépenses de santé actuelles

frais divers (assistance d'un médecin expert, transport...)

assistance tierce personne

pertes de gains professionnels

2°) PREJUDICES PATRIMONIAUX PERMANENTS (APRES CONSOLIDATION)

dépensés de santé futures

frais de logement adapté

frais de véhicule adapté

assistance tierce personne

incidence professionnelle

préjudice scolaire, universitaire ou de formation

pertes de gains professionnels

B – LES PREJUDICES EXTRAPATRIMONIAUX

1°) PREJUDICES EXTRAPATRIMONIAUX TEMPORAIRES

déficit fonctionnel temporaire (ancienne gêne dans la vie courante)

préjudice esthétique temporaire

souffrances endurées

préjudice d'agrément

2°) PREJUDICES EXTRAPATRIMONIAUX PERMANENTS

déficit fonctionnel permanent (ancienne IPP)

préjudice d'agrément

préjudice esthétique permanent

préjudice sexuel

préjudice d'établissement

préjudices permanents exceptionnels (atypiques : en cas d'attentats ou catastrophes naturelles, hépatite...).