

points de repère



Le nombre d'entrées en invalidité, pour le régime général de l'assurance maladie, est actuellement de près de 75 000 par an pour une population active estimée à 19,9 millions de personnes (3,7 pour mille). En 1998, le nombre d'entrées en invalidité était de 51 000 ; cette hausse s'expliquant par la conjonction de facteurs démographiques, épidémiologiques et sociaux.

Les affections psychiatriques (28,1%), les maladies du système ostéoarticulaire (23,8%) et les tumeurs (13,2%) représentent, en 2006, les principales causes médicales à l'origine des mises en invalidité (au total 65,1% de l'effectif). C'est également le cas dans la plupart des pays de la zone OCDE. En France, parmi les affections psychiatriques, les troubles dépressifs, réactionnels et névrotiques représentent la première cause de mise en invalidité : 12 902 personnes, soit 17,4% de l'effectif total. Parmi les affections ostéoarticulaires, les pathologies rachidiennes et discales sont au premier plan : 7 540 personnes, soit 10,1% de l'effectif total. Par ailleurs les maladies du système nerveux touchent 42,9% des invalides de troisième catégorie, dont l'état de santé nécessite l'aide d'une tierce personne en permanence.

Parmi les affections de longue durée, c'est la sclérose en plaques qui induit, après dix ans d'évolution, le risque le plus élevé de devoir bénéficier d'une pension d'invalidité.

● Anne Cuerq, Michel Païta, Philippe Ricordeau (CNAMTS)

Les causes médicales de l'invalidité en 2006

Dans tous les pays de l'OCDE, les dépenses publiques des régimes d'invalidité représentent une part croissante du PIB¹. En 2006, pour une population de près de 580 000 invalides relevant du régime général, le montant des pensions versées s'est élevé à environ 4 milliards d'euros, soit un montant proche de celui engendré par les arrêts de maladie (5,2 milliards d'euros en 2006). C'est dire l'enjeu que représente la connaissance de la dynamique des dépenses affectées à ce dispositif. Des actions visant à prévenir, en amont, la désinsertion professionnelle au décours de la survenue d'une maladie pourraient en effet contribuer à assurer l'équilibre financier des comptes de la sécurité sociale. Une première étude avait été publiée en 2001 par la CNAMTS et portait sur les causes médicales des pensions d'invalidité attribuées en 1998². L'objet du présent travail est d'actualiser ces informations de nature médico-administrative et de comparer la situation en 2006 à celle qui avait été observée en 1998.

Les invalides sont classés en trois catégories en fonction de l'état de santé et de la capacité professionnelle. Ce classement définit le niveau de leur protection financière. Les invalides de première catégorie sont capables d'exercer une acti-

¹ Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), 2003.

² Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), 2001.

vité rémunérée. Ils comptent pour 26% de l'effectif. Les invalides de deuxième catégorie sont incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque (71% de l'effectif). Les invalides de troisième catégorie ont besoin du concours permanent d'une tierce personne (3% de l'effectif).

Le plus souvent, le versement d'une pension d'invalidité intervient en prolongement d'un arrêt de maladie de longue durée dès lors que le médecin

conseil de la caisse estime, au vu d'un examen médical, que l'état de santé du salarié est stabilisé et ne lui permet pas de reprendre une activité professionnelle. En 2006, le régime général des salariés du secteur privé³ a versé des indemnités journalières à 4,5 millions de salariés. Pour 770 000 d'entre eux, l'arrêt de travail s'est prolongé au-delà de 60 jours et, parmi eux, 74 298 se sont vus attribuer une pension d'invalidité soit, rapporté à la population active⁴, un taux de 3,7 pour mille.

Dans les pays de l'OCDE, au début des années 2000, ce taux était en moyenne de 6 sur mille mais avec des définitions assez hétérogènes d'un pays à un autre et, d'une manière générale, moins restrictives que celle retenue en matière de sécurité sociale⁵. En 1998, le nombre de pensions attribuées avait été de 50 993, ce qui comparativement à 2006, correspond à une augmentation des effectifs de 45,7% en huit ans (+4,8% en taux de croissance annuel moyen - TCAM) (figure 1).

● En 2006, près de 75 000 pensions attribuées dont 52 000 en 2^{ème} catégorie

En 2006, sur un total de 74 298 pensions attribuées⁶, la deuxième catégorie, concerne 70,7% des pensions attribuées (Tableau I). Cette part était de 69,6% en 1998. Les pensions de troisième catégorie concernent 946 personnes en 2006. En 1998 ces personnes étaient 724. Toutes catégories confondues, c'est la tranche d'âge des 50 à 59 ans qui est la plus repré-

sentée (62,2%) dans la population des nouveaux pensionnés de l'année 2006. En 1998, cette tranche d'âge ne représentait que 54,9%. Par ailleurs, parmi les personnes bénéficiant d'une attribution d'invalidité en 2006, les femmes sont 50,6%. Elles ne représentaient que 41,9% en 1998. Au total, si la répartition par catégorie d'invalidité est peu différente en 2006 qu'elle ne

l'était en 1998, la structure âge/sexe s'est sensiblement modifiée : la population des nouveaux invalides est plus âgée et plus féminine en 2006 qu'en 1998.

Ces évolutions d'effectifs et de caractéristiques d'âge et de sexe de la population entrant en invalidité s'expliquent par la conjonction de plusieurs facteurs démo-

Encadré 1

Le cadre réglementaire

Les pensions d'invalidité sont personnelles et ne peuvent être attribuées qu'aux assurés (non pas à leurs ayants-droit). Elles ont pour objectif de compenser une perte de revenus liée à une réduction de la capacité de travail et résultant « *d'une maladie, d'un accident à caractère non professionnel ou d'une usure prématurée de l'organisme* ». Un assuré relevant du régime général peut y prétendre dès lors que son état de santé le met hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération habituellement perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie que lui, dans la profession qu'il exerçait antérieurement. Cette appréciation doit tenir compte de l'état général du salarié, de son âge, de ses facultés physiques et mentales, de sa formation ainsi que de ses aptitudes professionnelles. Les critères professionnels et sociaux sont donc au premier plan : ainsi, une pension d'invalidité attribuée à un maçon illettré âgé de 50 ans atteint de lombosciatique chronique pourra ne pas l'être à un expert-comptable souffrant de la même pathologie. La pension d'invalidité prend fin à 60 ans. Après 60 ans c'est la pension de vieillesse, calculée à taux plein, au titre de l'incapacité médicale au travail qui est versée.

Pour bénéficier d'une pension d'invalidité l'assuré doit remplir des conditions médicales, mais aussi certaines conditions administratives. L'instruction d'un dossier de pension d'invalidité se traduit ainsi à la fois par une évaluation de l'état de santé de l'assuré et par une enquête de la caisse qui permet de préciser si ces conditions administratives sont bien remplies.

Trois catégories d'invalidité sont définies selon les capacités résiduelles d'activité professionnelle. L'invalidité de première catégorie est accordée aux assurés sociaux qui, bien qu'invalides, sont tout de même « *capables d'exercer une activité rémunérée* ». Le montant correspond alors à 30 % du salaire annuel moyen. L'invalidité de deuxième catégorie est accordée aux assurés sociaux dont l'état de santé les rend « *absolument incapables d'exercer une activité quelconque* ». Dans ce cas, le montant de la pension représente 50 % du salaire annuel moyen. L'invalidité de troisième catégorie est accordée aux assurés 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* ». Le montant de la pension correspond alors à 50 % du salaire annuel moyen auxquels s'ajoute une majoration pour l'assistance d'un tiers.

³ Hors fonctionnaires d'Etat, personnels relevant des collectivités locales et territoriales (employés communaux,...) ou des autres régimes de sécurité sociale (mutualité sociale agricole notamment).

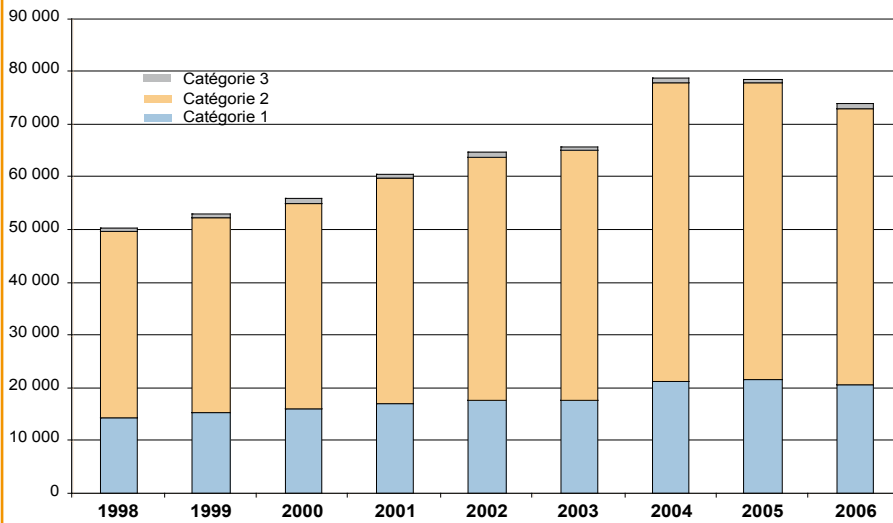
⁴ Cet effectif était estimé, au 1^{er} janvier 2006, à partir des fichiers de l'assurance maladie à 19,9 millions de personnes.

⁵ En France, le flux d'entrée était estimé à 4,8 pour mille mais en incluant d'autres prestations et notamment celles en rapport avec les accidents du travail et maladies professionnelles [Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), 2006].

⁶ Par souci de simplification, nous parlerons dans ce document de « pensions attribuées ». En réalité, les données de nature médicale dont dispose l'assurance maladie concernent les assurés pour lesquels le médecin conseil a émis un avis favorable au versement de la pension. Dans certains cas, toutefois, au terme d'une enquête administrative il s'avère que les conditions administratives de versement d'une pension ne sont pas remplies (lire l'encadré 1). C'était le cas, ainsi, de 4,3% des salariés déclarés invalides par le service du contrôle médical durant les cinq dernières années. Durant l'année 2006, cet écart est de 3,9% et, au total, 71 385 salariés se sont vus attribuer une pension d'invalidité après examen des conditions administratives de versement alors que 74 298 ont été déclarés invalides par le service du contrôle médical.

Figure 1

Nombre de salariés déclarés invalides par le service du contrôle médical, entre 1998 et 2006



Source : Applicatif Hippocrate ; Direction de la stratégie, des études et des statistiques - CNAMTS

Encadré 2

Les données médicales et administratives

Le versement d'une pension d'invalidité est soumis à l'avis médical préalable du médecin conseil de l'assurance maladie. Le médecin conseil se prononce sur l'appréciation médicale du degré d'invalidité, indépendamment de l'analyse administrative de la demande de l'assuré.

Aussi, dans certains cas, malgré l'avis favorable émis par le médecin conseil, la pension d'invalidité ne peut être attribuée. A l'issue de l'examen médical par le médecin conseil, les diagnostics des pathologies à l'origine de l'état invalidant sont enregistrés dans les bases de données (applicatif Hippocrate) du service du contrôle médical. L'exploitation statistique, au plan national, de ces bases de données anonymes fait l'objet de cette publication.

Tableau I

Répartition des salariés déclarés invalides par le service du contrôle médical, selon l'âge, le sexe et la catégorie d'invalidité, en 1998 et 2006*

| | Catégorie 1 | | Catégorie 2 | | Catégorie 3 | | Total | |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------|------------|---------------|---------------|
| | 1998 | 2006 | 1998 | 2006 | 1998 | 2006 | 1998 | 2006 |
| Hommes | | | | | | | | |
| < 30 ans | 244 | 262 | 484 | 555 | 46 | 44 | 774 | 861 |
| 30 à 39 ans | 1 100 | 1 006 | 1 840 | 1 923 | 89 | 94 | 3 029 | 3 023 |
| 40 à 49 ans | 2 579 | 2 775 | 5 764 | 6 094 | 151 | 157 | 8 494 | 9 026 |
| 50 à 59 ans | 3 294 | 4 252 | 13 555 | 19 103 | 217 | 332 | 17 066 | 23 687 |
| Total | 7 217 | 8 295 | 21 643 | 27 675 | 503 | 627 | 29 363 | 36 597 |
| Femmes | | | | | | | | |
| < 30 ans | 222 | 279 | 258 | 320 | 12 | 13 | 492 | 612 |
| 30 à 39 ans | 1 235 | 1 711 | 1 518 | 1 979 | 43 | 42 | 2 796 | 3 732 |
| 40 à 49 ans | 2 948 | 4 307 | 4 167 | 6 361 | 68 | 107 | 7 183 | 10 775 |
| 50 à 59 ans | 2 991 | 6 166 | 7 582 | 16 026 | 98 | 157 | 10 671 | 22 349 |
| Total | 7 396 | 12 463 | 13 525 | 24 686 | 221 | 319 | 21 142 | 37 468 |
| Ensemble | | | | | | | | |
| < 30 ans | 466 | 541 | 742 | 875 | 58 | 57 | 1 266 | 1 473 |
| 30 à 39 ans | 2 335 | 2 717 | 3 358 | 3 902 | 132 | 136 | 5 825 | 6 755 |
| 40 à 49 ans | 5 527 | 7 082 | 9 931 | 12 455 | 219 | 264 | 15 677 | 19 801 |
| 50 à 59 ans | 6 285 | 10 418 | 21 137 | 35 129 | 315 | 489 | 27 737 | 46 036 |
| Total | 14 613 | 20 758 | 35 168 | 52 361 | 724 | 946 | 50 505 | 74 065 |

* pour des raisons techniques, en 2006, pour 233 nouveaux pensionnés sur 74 298 (0,3%), l'âge et/ou la catégorie d'invalidité n'étaient pas renseignés sur les systèmes informatiques ; en 1998, ces données manquantes concernaient 488 personnes sur 50 993 (1,0%)

Source : Applicatif Hippocrate ; Direction de la stratégie, des études et des statistiques - CNAMTS

graphiques, épidémiologiques et sociaux. En premier lieu, entre 1998 et 2006, les effectifs et la structure d'âge de la population se sont modifiés. Sur une période un peu différente (1990-2004), la commission des comptes de la sécurité sociale estime que les deux tiers de l'évolution des dépenses d'invalidité s'expliquent par l'évolution de la structure d'âge de la

population⁷. Or, en matière d'entrées en invalidité, entre 1998 et 2006, le vieillissement de la population⁸ n'induit que 42% (environ 10 000) de la croissance des effectifs ce qui signifie, indirectement, que, sur la période la plus récente, d'autres facteurs explicatifs ont pris le pas sur celui du vieillissement de la population active. Ce résultat est d'ailleurs proche de celui qui

a été observé, sur la période 1997-2002, en matière d'arrêts de maladie : le vieillissement de la population active explique la moitié de la croissance du nombre d'indemnités journalières versées⁹. Sur les entrées en invalidité, les autres facteurs explicatifs concernent, pour l'année 2006, un peu plus de 13 000 pensions supplémentaires attribuées comparativement à

⁷ Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2006.

⁸ Elle consistait à appliquer à la structure d'âge de la population de 2006 les taux d'entrée en invalidité, par classe d'âge, de 1998.

⁹ Kusnik-Joinville O, Lamy C, Merlière Y, Polton D. CNAMTS. 2006.

1998. À 63% (environ 8 000 personnes), ces pensions supplémentaires attribuées le sont dans la tranche d'âge des 50-59 ans. Plusieurs hypothèses, sans doute complémentaires, peuvent être avancées pour expliquer ce recours plus fréquent au dispositif de l'invalidité particulièrement dans cette tranche d'âge. Dans la publication précédemment citée, l'hypothèse évoquée est celle d'un déport des indemnités journalières sur l'invalidité. Les médecins conseils peuvent avoir accéléré le passage en invalidité des personnes en arrêt de longue durée comme le préconisait, d'ailleurs, le rapport de 2003¹⁰ mené par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Finances (IGF). L'évolution des moyens de diagnostics et des thérapeutiques favorise en effet une stabilisation plus précoce de l'état de santé. La forte hausse du nombre de mises en invalidité en 2004 et 2005, dans le contexte connu de l'intensification très importante des contrôles d'arrêt de travail¹¹, plaide pour cette hypothèse. C'est également ce qu'affirme le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM)

à l'examen des calendriers de passage en invalidité dans la région Ile de France¹² : le pourcentage de pensions attribuées moins de deux ans après le début de l'arrêt maladie est passé de 44% en 2002 à 57% en 2007. Sur l'ensemble du territoire (données exhaustives, France entière) la proportion de pensions d'invalidité attribuées à l'issue de la durée maximale d'arrêt (trois ans) est passée de 29% en 2001 à 21% en 2005⁹.

D'autres facteurs peuvent avoir contribué à augmenter les effectifs de mise en invalidité sans qu'il soit possible de les quantifier. Il en est ainsi de la révision des conditions d'accès aux différents dispositifs de préretraite publiques¹³. Entre 1996 et 2005, le nombre de nouveaux bénéficiaires de ces dispositifs a été divisé par quatre pour atteindre 26 686 en fin de période¹⁴. Or on ne peut exclure, pour certains salariés, que les pensions d'invalidité aient partiellement pris le relais de ces dispositifs, majorant ainsi les effectifs des entrées en invalidité¹⁵. Il est également possible que le vécu professionnel de certaines catégories de salariés ait

engendré davantage de troubles psychiques et physiques avec, en conséquence, davantage de demandes à bénéficier d'une pension d'invalidité. Les femmes, plus nombreuses en 2006 qu'en 1998 à se voir attribuer une pension d'invalidité, semblent d'ailleurs plus exposées que les hommes aux troubles dépressifs dans le contexte d'une situation de travail qualifiée de pénible¹⁶. Or, si les longues journées de travail sont devenues plus rares et le travail répétitif moins répandu, les contraintes organisationnelles se sont globalement accrues, les pénibilités physiques également¹⁷.

Enfin, d'une manière générale, l'évolution, entre 1998 et 2006, des effectifs de patients admis en invalidité reflète aussi les évolutions déjà enregistrées en matière d'épidémiologie des affections de longue durée (ALD₃₀) ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur : augmentation régulière de la fréquence des affections cardiovasculaires (en effectifs d'attributions de pensions d'invalidité +3,2% en TCAM) et des tumeurs (+5,5% en TCAM)^{18,19}.

● Les affections psychiatriques, les maladies du système ostéoarticulaire et les tumeurs à l'origine des pensions d'invalidité dans deux tiers des cas

Les affections psychiatriques (28,1%), les maladies du système ostéoarticulaire (23,8%) et les tumeurs (13,2%) représentent, en 2006, les principales causes médicales à l'origine des mises en invalidité soit, au total, 65,1% de l'effectif (Tableau II). C'était également le cas, et dans cet ordre, en 1998 (respectivement 26,7%, 20,2% et 12,5%). Rapporté à la population active, le taux d'entrée en invalidité est, en 2006, de 0,9 pour mille pour les troubles ostéoarticulaires et de 1,0 pour mille pour les maladies mentales. Ce constat d'une prédominance, dans les motifs médicaux d'entrée en invalidité, des affections psychiatriques et des maladies du système

ostéoarticulaire n'est pas propre à la France. D'une manière générale, dans toute la zone OCDE, il semble que les maladies mentales et les troubles musculo-squelettiques soient devenus les deux principaux problèmes de santé publique à l'origine des prestations d'invalidité²⁰. L'explication souvent avancée à ce constat relève du marché du travail. Les exigences nouvelles, plus complexes, plus exigeantes, du monde de l'entreprise peuvent engendrer des pathologies mentales chez un plus grand nombre de personnes²⁰. En France, parmi les affections psychiatriques, les troubles dépressifs, réactionnels et névrotiques représentent,

en 2006, la première cause de mise en invalidité : 12 902 personnes, soit 17,4% de l'effectif total, pour 13,1% en 1998 (en effectifs d'attributions de pensions d'invalidité, +8,6% en TCAM). Parmi les affections ostéoarticulaires, les pathologies rachidiennes et discales sont au premier plan : 7 540 personnes, soit 10,1% de l'effectif total, pour 8,9% en 1998 (en effectifs d'attributions de pensions d'invalidité, +6,6% en TCAM). Les tumeurs concernent, en 2006, 9 791 personnes soit 13,2% de l'effectif total et le cancer du sein, à lui seul, à l'origine de 3 231 mises en invalidité pour 1 590 en 1998 (en effectifs d'attributions de pensions d'invalidité, +9,3% en

⁹ Kusnik-Joinville O, Lamy C, Merlière Y, Polton D. CNAMTS. 2006.

¹⁰ Gissler E, Roquel T, Lejeune D, Mercereau F. IGAS 2003.

¹¹ Le renforcement de la politique de contrôle date d'avril 2003 et a été amplifié en 2004 et 2005 avec la mise en place, en juin 2005, d'un contrôle systématique des arrêts de travail à 60 jours d'arrêt.

¹² Note et avis du HCAAM. février 2008

¹³ Allocation Spéciale du Fond National de l'Emploi (ASFNE), Préretraite progressive et Allocation de Remplacement Pour l'Emploi (ARPE).

¹⁴ Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques (DARES). 2006.

¹⁵ Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). 2003.

¹⁶ Debrand T, Lengagne P. IRDES. 2007.

¹⁷ Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques (DARES). 2004.

¹⁸ Païta M, Weill A. CNAMTS. 2007

¹⁹ Weill A, Vallier N, Salanave B, Bourrel R, Cayla M, Suarez C, Ricordeau P, Allemand H. 2006.

²⁰ Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). 2003.

Tableau II

**Répartition des salariés déclarés invalides par le service du contrôle médical,
toutes catégories d'invalidité confondues, selon les affections à l'origine de l'invalidité en 1998 et en 2006**

| | | 1998 | | | 2006 | | |
|--|--|---------------|----------------|------------------|---------------|----------------|------------------|
| | | N | âges moyens | sex ratio H/F | N | âges moyens | sex ratio H/F |
| Maladies infectieuses et parasitaires | | 1 249 | 43,0 | 2,9 | 1 145 | 47,1 | 2,1 |
| dont | Hépatites virales | 156 | 47,0 | 1,3 | 396 | 48,2 | 1,9 |
| | Infections à VIH | 897 | 40,9 | 4,0 | 514 | 45,4 | 3,1 |
| Tumeurs | | 6 397 | 50,0 | 1,1 | 9 791 | 51,3 | 0,7 |
| dont | Cancers lèvre, cavité buccale et pharynx | 821 | 50,8 | 10,6 | 811 | 52,5 | 5,9 |
| | Cancers du larynx | 285 | 51,5 | 18,0 | 265 | 52,5 | 13,7 |
| | Cancers de l'oesophage | 120 | 52,0 | 14,0 | 124 | 53,7 | 11,4 |
| | Cancers de l'estomac | 120 | 50,3 | 3,1 | 137 | 51,3 | 2,0 |
| | Cancers colo-rectaux | 497 | 52,0 | 1,6 | 805 | 52,8 | 1,2 |
| | Cancers broncho-pulmonaires et trachée | 533 | 52,1 | 5,3 | 680 | 53,2 | 2,9 |
| | Cancers du sein | 1 590 | 49,9 | 0,0 | 3 231 | 51,1 | 0,0 |
| | Autres cancers gynécologiques | 294 | 49,9 | 0,0 | 486 | 51,2 | 0,0 |
| | Cancers de la prostate | 94 | 56,3 | - | 261 | 56,3 | - |
| | Cancers de la vessie | 134 | 53,6 | 9,3 | 166 | 54,2 | 7,3 |
| | Cancers de l'encéphale et du SNC | 201 | 43,5 | 1,4 | 247 | 45,7 | 1,5 |
| | Cancers de la thyroïde | 78 | 48,2 | 0,4 | 139 | 49,3 | 0,2 |
| | Leucémies | 209 | 47,7 | 2,2 | 300 | 49,0 | 0,9 |
| | Hodgkin | 88 | 43,3 | 1,8 | 86 | 45,3 | 1,4 |
| | Lymphomes non hodgkinien | 237 | 49,0 | 1,7 | 345 | 50,9 | 1,5 |
| Maladies endocrines | | 2 336 | 50,9 | 2,1 | 2 760 | 51,6 | 1,5 |
| dont | Diabètes | 1 897 | 51,5 | 2,4 | 2 183 | 52,3 | 2,0 |
| | Obésités | 234 | 48,7 | 0,9 | 282 | 50,7 | 0,7 |
| Troubles psychiatriques | | 13 591 | 46,7 | 0,8 | 20 850 | 48,2 | 0,7 |
| dont | Schizophrénies et troubles délirants | 2 135 | 40,4 | 1,6 | 2 113 | 40,5 | 1,7 |
| | Psychoses maniaco-dépressives | 848 | 46,8 | 0,9 | 1 298 | 47,6 | 0,6 |
| | Dépressions, névroses, troubles réactionnels | 6 661 | 49,1 | 0,5 | 12 902 | 50,1 | 0,5 |
| | Troubles de personnalité | 2 495 | 45,9 | 1,0 | 2 695 | 45,7 | 0,9 |
| Maladies du système nerveux | | 3 879 | 45,9 | 1,5 | 5 171 | 46,7 | 1,1 |
| dont | Scléroses en plaques | 900 | 43,0 | 0,6 | 1 309 | 43,9 | 0,4 |
| | Hémiplégies | 712 | 48,7 | 2,7 | 679 | 48,9 | 1,9 |
| | Paraplégies et tétraplégies | 252 | 31,1 | 3,1 | 343 | 41,7 | 2,5 |
| Maladies de l'appareil circulatoire | | 6 712 | 51,5 | 4,2 | 8 651 | 52,2 | 3,3 |
| dont | Cardiopathies ischémiques | 2 509 | 52,4 | 8,7 | 3 151 | 53,0 | 6,5 |
| | Accidents vasculaires cérébraux | 810 | 49,4 | 2,4 | 1 590 | 50,3 | 1,7 |
| | Artérites des membres inférieurs | 656 | 52,3 | 19,5 | 648 | 53,1 | 8,5 |
| Maladies de l'appareil respiratoire | | 1 517 | 51,1 | 2,6 | 1 389 | 52,0 | 1,7 |
| Maladies de l'appareil digestif | | 1 409 | 48,3 | 2,2 | 1 690 | 49,2 | 1,6 |
| dont | Maladies de Crohn et RCUH | 245 | 42,5 | 0,8 | 421 | 44,6 | 0,7 |
| | Cirrhoses et pathologies alcooliques du foie | 808 | 49,5 | 3,6 | 707 | 50,8 | 3,6 |
| Maladies du système ostéoarticulaire | | 10 309 | 50,4 | 1,1 | 17 673 | 51,3 | 0,8 |
| dont | Polyarthrites rhumatoïdes et autres | 819 | 48,7 | 0,5 | 1 209 | 49,9 | 0,4 |
| | Arthroses (toutes localisations sauf rachis) | 2 408 | 53,3 | 1,2 | 3 640 | 53,9 | 0,7 |
| | Spondylarthrites | 309 | 46,2 | 1,7 | 589 | 46,7 | 1,0 |
| | Pathologies rachidiennes et discales | 4 525 | 50,0 | 1,3 | 7 540 | 51,0 | 1,0 |

Source : Applicatif Hippocrate ; Direction de la stratégie, des études et des statistiques – CNAMTS.

TCAM). Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), bronchopulmonaires et de la trachée²¹, favorisés par le tabagisme, sont, en 2006, à l'origine de 1 756 mises en invalidité pour 1 639 en 1998 avec un TCAM inférieur à 1%. Dans le même temps, d'autres affections sont en recul en 2006, comparativement à 1998. Les cardiopathies ischémiques touchent ainsi 3 151 personnes en 2006 soit 4,2% de l'effectif total pour 4,9% en 1998. Mais la baisse concerne également les maladies infectieuses et parasitaires à l'origine, en 2006, de 1 145 mises en invalidité, soit 1,5% de l'effectif total, pour 2,4% en 1998. C'est pour les infections à VIH que la diminution est la plus sensible, avec 514 personnes mises en invalidité en 2006, pour 897 en 1998 (soit, en effectifs, -42,7% sur la période et -6,7% en TCAM).

En 2006, mais c'était également le cas en 1998, les affections ostéoarticulaires constituent la première cause de mise en invalidité de première catégorie, à savoir 30,3% de l'effectif (Tableau III). Les affections psychiatriques sont au deuxième rang (24,1% de l'effectif). Les résultats portant sur les invalidités

Encadré 3

La CIM 10

Les dénominations et les regroupements proposés sont ceux de la Classification Internationale des Maladies (CIM), 10^{ème} édition, recouvrant l'ensemble des états morbides connus. Cette classification comprend environ 1 000 rubriques principales réparties en 21 chapitres rassemblant les affections portant une même fonction (maladies de l'appareil respiratoire, maladie de l'appareil digestif, etc.). Dans ce document, pour faciliter la lecture des tableaux, tous les chapitres de la CIM à l'origine de moins de 2 % des mises en invalidité ont été regroupés dans la catégorie « autres ». Cette catégorie rassemble notamment les affections de l'œil et de ses annexes, les maladies de l'appareil génito-urinaire ainsi que les symptômes et les états morbides mal définis. Les chapitres individualisés dans les résultats sont les suivants : maladies infectieuses ou parasitaires (Ch. I), les tumeurs (Ch. II), les maladies endocrines (Ch. IV), les troubles mentaux et du comportement (Ch. V), les maladies du système nerveux (Ch. VI), les maladies de l'appareil circulatoire (Ch. IX), les maladies de l'appareil respiratoire (Ch. X), les maladies de l'appareil digestif (Ch. XI), les maladies du système ostéo-articulaire (Ch. XIII), les lésions traumatiques et empoisonnements (Ch. XIX).

de deuxième catégorie sont assez proches, quoique dans un ordre différent : les affections ostéoarticulaires y sont en effet au deuxième rang (21,6% de l'effectif) alors que les affections psychiatriques touchent 30,0% des personnes. En revanche, la répartition des affections à l'origine des mises en invalidité de troisième catégorie est très éloignée. Les maladies du système nerveux (sclérose

en plaques, hémiplegies, para et tétraplégies) représentent 42,9% des effectifs et même 57,8% (546 personnes au total) en y ajoutant les séquelles neurologiques des accidents vasculaires cérébraux (comptabilisées dans les affections de l'appareil circulatoire). Les tumeurs sont, par ailleurs, davantage représentées que dans les invalidités de première et deuxième catégorie.

Tableau III

Répartition des salariés déclarés invalides par le service du contrôle médical, selon les catégories d'affections de la CIM 10 en 2006

| | Catégorie 1 | | Catégorie 2 | | Catégorie 3 | | Total | |
|------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Mal. infect. et parasitaires | 346 | 1,7 | 787 | 1,5 | 9 | 1,0 | 1 142 | 1,5 |
| Tumeurs | 2 478 | 11,9 | 7 120 | 13,6 | 173 | 18,3 | 9 771 | 13,2 |
| Maladies endocrines | 645 | 3,1 | 2 080 | 4,0 | 14 | 1,5 | 2 739 | 3,7 |
| Troubles psychiatriques | 5 010 | 24,1 | 15 692 | 30,0 | 76 | 8,0 | 20 778 | 28,1 |
| Système nerveux | 1 458 | 7,0 | 3 295 | 6,3 | 406 | 42,9 | 5 159 | 7,0 |
| Appareil circulatoire | 2 008 | 9,7 | 6 461 | 12,3 | 164 | 17,3 | 8 633 | 11,7 |
| Appareil respiratoire | 276 | 1,3 | 1 097 | 2,1 | 2 | 0,2 | 1 375 | 1,9 |
| Appareil digestif | 452 | 2,2 | 1 227 | 2,3 | 7 | 0,7 | 1 686 | 2,3 |
| Ostéoarticulaire | 6 298 | 30,3 | 11 320 | 21,6 | 11 | 1,2 | 17 629 | 23,8 |
| Lésions traumatiques | 805 | 3,9 | 1 405 | 2,7 | 52 | 5,5 | 2 262 | 3,1 |
| Autres | 982 | 4,7 | 1 877 | 3,6 | 32 | 3,4 | 2 891 | 3,9 |
| Total | 20 758 | 100,0 | 52 361 | 100,0 | 946 | 100,0 | 74 065 | 100,0 |

* pour des raisons techniques, en 2006, pour 233 nouveaux pensionnés sur 74 298 (0,3%), l'âge et/ou la catégorie d'invalidité n'étaient pas renseignés sur les systèmes informatiques ; en 1998, ces données manquantes concernaient 488 personnes sur 50 993 (1,0%)

Source : Applicatif Hippocrate ; Direction de la stratégie, des études et des statistiques – CNAMTS.

● Affections de longue durée et affections invalidantes

Une étude réalisée par l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), en collabo-

ration avec l'Institut National d'Études Démographiques (INED) a montré que le risque d'être exclu du marché du tra-

vail (chômage, invalidité) au bout de quatre ans, pour un actif, est multiplié par 4 pour une personne souffrant, un

²¹ Les localisations concernées sont les cancers de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, les cancers du larynx et les cancers broncho-pulmonaires et de la trachée.

jour donné, d'une affection de longue durée (ALD₃₀)²². Le plus souvent, l'exonération du ticket modérateur pour ALD₃₀ est accordée dès le début de la maladie (hospitalisation permettant le diagnostic et instauration du traitement). Il est ainsi possible, après un recul de quelques années, de déterminer les affections les plus invalidantes dans la

tranche d'âge de la population susceptible de bénéficier d'une pension. Ce travail a été fait en croisant les données d'invalidité de l'année 2006 et les dates d'entrée en ALD₃₀ (Tableau V). Il s'avère qu'après 10 ans d'évolution chez les assurés de moins de 60 ans 23,4% des malades souffrant de sclérose en plaques bénéficient d'une pension d'in-

validité. Ce taux est de 21,9% pour les patients atteints d'un accident vasculaire cérébral et de 15,1% pour les personnes souffrant de maladie coronaire. Pour les infections à VIH (sida), ce taux n'est que de 3,6% ce qui est à mettre en rapport avec les résultats favorables obtenus par les protocoles de traitements associant plusieurs antirétroviraux.

Tableau IV

Répartition des salariés de la classe d'âge des 50-59 ans déclarés invalides par le service du contrôle médical, selon les catégories d'affections de la classification internationale des maladies en 2006

| | Femmes | | Hommes | | Total | |
|-----------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Mal. infectieuses et parasitaires | 167 | 0,7 | 290 | 1,2 | 457 | 1,0 |
| Tumeurs | 3 825 | 17,0 | 2 925 | 12,3 | 6 750 | 14,6 |
| (dont cancers du sein) | (3 222) | (14,3) | - | - | (3 222) | (7,0) |
| Maladies endocrines | 737 | 3,3 | 1 269 | 5,4 | 2 006 | 4,3 |
| Troubles psychiatriques | 6 794 | 30,2 | 4 222 | 17,8 | 11 016 | 23,9 |
| Système nerveux | 989 | 4,4 | 1 411 | 6,0 | 2 400 | 5,2 |
| Appareil circulatoire | 1 331 | 5,9 | 5 193 | 21,9 | 6 524 | 14,1 |
| Appareil respiratoire | 339 | 1,5 | 687 | 2,9 | 1 026 | 2,2 |
| Appareil digestif | 328 | 1,5 | 657 | 2,8 | 985 | 2,1 |
| Appareil ostéoarticulaire | 6 648 | 29,6 | 5 581 | 23,6 | 12 229 | 26,5 |
| Lésions traumatiques | 167 | 0,7 | 220 | 0,9 | 387 | 0,8 |
| Autres | 1 155 | 5,1 | 1 238 | 5,2 | 2 393 | 5,2 |
| Total | 22 480 | 100,0 | 23 693 | 100,0 | 46 173 | 100,0 |

Source : Applicatif Hippocrate ; Direction de la stratégie, des études et des statistiques – CNAMTS

Tableau V

Taux de patients en invalidité, trois et dix ans après le début de l'affection de longue durée (ALD₃₀)

| | Taux (%) | |
|---|-------------|--------------|
| | 3 ans après | 10 ans après |
| Sclérose en plaques (ALD 25) | 14,0 | 23,4 |
| Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD 1) | 19,8 | 21,9 |
| Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave (ALD 22) | 10,1 | 17,1 |
| Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (ALD 3) | 10,6 | 17,0 |
| Maladie coronaire (ALD 13) | 9,9 | 15,1 |
| Insuffisance cardiaque, cardiopathies graves (ALD 5) | 9,6 | 14,3 |
| Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique (ALD 19) | 7,6 | 13,2 |
| Formes graves des affections neurologiques, épilepsie grave (ALD 9) | 8,8 | 13,0 |
| Affections psychiatriques de longue durée (ALD 23) | 9,9 | 13,0 |
| Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD 14) | 9,0 | 12,6 |
| Spondylarthrite ankylosante grave (ALD 27) | 8,0 | 12,5 |
| Tumeurs malignes (ALD 30) | 8,4 | 10,8 |
| Hypertension artérielle sévère (ALD 12) | 5,1 | 9,8 |
| Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD 6) | 5,9 | 8,6 |
| Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD 8) | 3,3 | 7,6 |
| Maladie de Crohn et Rectocolite hémorragique évolutive (ALD 24) | 2,2 | 4,7 |
| Déficit immunitaire primitif grave, sida (ALD 7) | 1,9 | 3,6 |

Source : SNIIR-AM et applicatif Hippocrate ; Direction de la stratégie, des études et des statistiques – CNAMTS

²² Jusot F, Khlat M, Rochereau T, Sermet C. IRDES. 2007.



Conclusion

En 2006, environ 4 milliards d'euros ont été versés par le régime général sous forme de pensions d'invalidité. Les nouveaux pensionnés étaient près de 75 000, alors qu'en 1998 ce chiffre n'était que de 51 000. Plusieurs facteurs, sociologiques et démographiques, expliquent cette progression (évolution de la structure d'âge de la population, limitation d'accès au dispositif des préretraites...). Les affections les plus souvent à l'origine d'une mise en invalidité sont, en 2006, en France, comme dans la plupart des pays européens, les affections psychiatriques et les troubles musculo-squelettiques ou ostéoarticulaires²³. Le coût économique et humain croissant de l'invalidité représente, pour les pays développés, un enjeu considérable qui plaide pour une implication précoce des différents acteurs (médecins traitants, médecins du travail, médecins conseils) dans la prise en charge ou le suivi des salariés souffrant de maladies susceptibles de conduire à l'exclusion sociale. Il

est en effet parfois possible de maintenir, le cas échéant à temps partiel, l'activité professionnelle de ces personnes pour peu que l'entreprise dispose d'un emploi adapté. Mais le maintien d'une activité professionnelle, dans une situation médicale difficile, suppose que le médecin du travail ait anticipé l'éventualité d'une entrée en invalidité.

Actuellement seule une minorité des pensionnés d'invalidité - pour l'essentiel en première catégorie - ont une activité professionnelle, ce que le HCAAM estime insuffisant alors qu'il faudrait faciliter la reprise du travail chaque fois que cela est possible. Or, les revenus de ces pensionnés sont souvent très modestes aggravant l'exclusion sociale de personnes déjà fragilisées par un mauvais état de santé. C'est pourquoi le Haut Conseil suggère également de développer la prévoyance en entreprise mais aussi de réfléchir, pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité, à la possibilité de « desserrer le pla-

fond de ressource » tout en « augmentant le montant de la pension minimale ». La situation des comptes publics ne permet toutefois pas d'envisager un alourdissement des charges du régime général. C'est dire que les marges de manœuvre sont étroites surtout si les conditions actuelles d'activité préalable devaient être élargies. Il se trouve qu'aujourd'hui, certains salariés ne peuvent bénéficier de pension d'invalidité faute d'activité professionnelle préalable suffisante. C'est en partie ce qui explique que dans le cas des cancers, par exemple, deux ans après le diagnostic, le taux de malades au chômage soit du même ordre que le taux de malades en invalidité²⁴.

Pour ces raisons et dans un souci de simplicité et d'équité, le Haut Conseil préconise d'ailleurs de réfléchir à la cohérence d'ensemble des dispositifs destinés à se substituer, pour des raisons médicales, d'invalidité ou de handicap, au revenu professionnel.



Bibliographie

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). *Les causes médicales des pensions d'invalidité nouvellement attribuées en 1998. Données du régime général de l'assurance maladie. Paris. 2001. Disponible sur <<http://www.ameli.fr/>>*

Commission des comptes de la sécurité sociale, rapport juin 2006.

Debrand T, Lengagne P. *Pénibilité du travail et santé des seniors en Europe. Questions d'économies de la santé. IRDES. 120-2007. Disponible sur <<http://www.irdes.fr/>>*

Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques (DARES). *Les dispositifs de préretraites publiques en 2005 : poursuite du repli. Premières Synthèses Informations. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. Décembre 2006. n°52.1*

Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques (DARES). *L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003 : Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003. Pre-*

mières informations et premières synthèses. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. Décembre 2004. 2004-52.1

Gissler E, Roquel T, Lejeune D, Mercereau F. *Les dépenses d'indemnités journalières, IGF 2003-M-049-01 et IGAS 2003-130, octobre 2003.*

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). *Note et avis sur les prestations en espèces hors maternité et accident du travail ; février 2008.*

Jusot F, Khlat M, Rochereau T, Sermet C. *Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif. Questions d'économie de la santé. 125. IRDES. 2007 Disponible sur <<http://www.irdes.fr/>>*

Kusnik-Joinville O, Lamy C, Merlière Y, Polton D. *Déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie. CNAMTS. Points de repère. 2006;5. Disponible sur <<http://www.ameli.fr/>>*

Malavolti L, Mermilliod C, Bataille P, Compagnon C, Moatti JP et le groupe d'étude ALD Cancer.

Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic. Etudes et Résultats. DREES. 487;2006.

Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). *Transformer le handicap en capacité. Promouvoir le travail et la sécurité des revenus des personnes handicapées. Paris 2003. Disponible sur <<http://www.oecd.org/>>*

Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles. Volume 1. Paris 2006. Disponible sur <<http://www.oecd.org/>>*

Païta M, Weill A. *Les bénéficiaires d'affections de longue durée au 31 décembre 2006. Points de repère. CNAMTS. Points de repère. 2007;9. Disponible sur <<http://www.ameli.fr/>>*

Weill A, Vallier N, Salanave B, Bourrel R, Cayla M, Suarez C, Ricordeau P, Allemand H. *Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie en 2004. Prat Organ Soins 2006;37(3):173-88.*

Contact : anne.cuerq@cnamts.fr

²³ Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). 2006.

²⁴ Malavolti L, Mermilliod C, Bataille P, Compagnon C, Moatti JP et le groupe d'étude ALD Cancer. 2006.