

Les causes médicales d'entrée en invalidité en 2007



L'année 2007 est la première année de plein exercice du contrôle médical du RSI sur l'ensemble des prestations d'invalidité.

Avant 2002 les contrôles médicaux relevaient, pour l'essentiel, de médecins d'exercice libéral et diligentés par les caisses vieillesse de l'AVA et de l'ORGANIC. Dès 2002 des conventions entre ces caisses et l'AMPI prévoyaient une délégation du contrôle médical en tout ou partie aux médecins conseils de l'AMPI.

Avec la création du RSI en juillet 2006, l'ensemble des prestations d'invalidité ont été soumises au contrôle médical du RSI. Dès lors chaque décision fait l'objet de saisie de données médicales codées dans l'application ARCHIMED des services médicaux. La présente étude est issue de l'analyse de ces données.

DONNEES DE POPULATION

En 2007, 5243 états d'invalidité ont été reconnus (Tab 1) par les services médicaux pour une population de 1,4 millions de cotisants (3.7 %). Pour 1647 (31.4 %) d'entre eux il s'agissait d'un état d'invalidité totale et définitive (ITD).

Ces données diffèrent fortement des constats faits dans les pays de l'OCDE (1), pour lesquels deux tiers des invalidités relèvent habituellement de l'invalidité totale.

Une majoration pour tierce personne (MTP) a été accordée à 117 assurés (2.2 %).

Cadre réglementaire

Définis par les règlements Invalidité-Décès, les critères médicaux de reconnaissance de l'invalidité diffèrent selon les types de pension et les catégories professionnelles.

Pour l'invalidité totale et définitive : l'état de santé des assurés ne doit plus leur permettre d'exercer une quelconque activité rémunératrice.

Pour l'incapacité au métier des artisans : ceux-ci doivent présenter une incapacité totale à exercer leur métier.

Pour l'invalidité partielle des commerçants : ceux-ci doivent présenter une incapacité acquise stabilisée ou une usure prématurée de l'organisme entraînant une perte de capacité de travail de plus des 2/3, appréciée en fonction de l'activité exercée dans la même branche professionnelle.

Enfin pour la majoration pour tierce personne : elle est accordée aux assurés dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

A l'exception de la majoration pour tierce personne (sous certaines conditions), l'invalidité ne peut être reconnue au-delà de 60 ans.

Tableau 1 : répartition des états d'invalidité reconnus en 2007 par les services médicaux du RSI.

Catégorie d'invalidité	Assurés	%
Invalidité totale et définitive (ITD)	1 647	31,4%
<i>Dont ITD avec Majo Tierce Personne.</i>	114	2.2 %
Invalidité partielle commerçants	1 393	26,6%
Incapacité totale au métier (ITM)	2 203	42,0%
<i>Dont ITM avec Majo Tierce Personne</i>	3	0.0 %
Total	5 243	100,0%

En 2007 l'âge moyen d'entrée en invalidité était de 53 ans, tous types d'invalidités confondus.

Dans trois quarts des cas un assuré nouvellement reconnu en invalidité avait entre 50-59 ans (Tab. 2). Cette proportion n'est que de 47 % dans les pays de l'OCDEⁱ, alors même que certains d'entre eux ouvrent le droit à l'invalidité jusqu'à 65 ans. Un des facteurs explicatifs pourrait être la surreprésentation des populations actives du RSI de tranches d'âge élevées par rapport à la population active en général.

Tableau 2 : Répartition des assurés reconnus en invalidité selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Assurés	%
< 30 ANS	23	0,4%
30-39 ANS	245	4,7%
40-49 ANS	1 004	19,1%
50-59 ANS	3 971	75,7%
Total	5 243	100,0%

Les hommes représentaient près de 75 % de l'effectif d'entrée en invalidité (Tab. 3). Ceci correspondait à leur représentation dans l'effectif des cotisants au régime vieillesse.

Tableau 3 : Répartition des assurés reconnus en invalidité selon le sexe.

Sexe	Assurés	%
Femmes	1 331	25,4%
Hommes	3 912	74,6%
Total	5 243	100,0%

Les artisans représentaient plus de 57 % des cas d'entrée en invalidité (Tab. 4), alors qu'ils ne constituaient qu'environ 45 % de l'effectif des cotisants dans le régime vieillesse.

Tableau 4 : Répartition des assurés reconnus en invalidité selon la catégorie professionnelle.

Profession	Assurés	%
Artisans	2 992	57,1%
Commerçants	2 251	42,9%
Total	5 243	100,0%

LES CAUSES MEDICALES

En 2007, toutes catégories d'invalidité confondues, quatre classes de pathologies réunies représentaient près de 80% des cas de reconnaissance d'invalidité par les médecins conseils du RSI. Il s'agissait des maladies du système ostéoarticulaire, des maladies de l'appareil circulatoire, des affections tumorales et des troubles psychiatriques (Tab. 5).

Les maladies du système-ostéoarticulaire et les lésions traumatiques étaient plus fréquemment à l'origine d'une invalidité (toutes catégories confondues) chez les artisans (32.8 %) que chez les commerçants (24.9 %). Les contraintes professionnelles des artisans sont sans doute un facteur d'explication. Les pathologies tumorales et les affections psychiatriques étaient, quant à elles, plus fréquentes chez les commerçants (Tab. 5).

La CIM 10

Il s'agit de la Classification Internationale des Maladies dans sa dixième version. Cette classification est établie sous l'égide l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle est internationalement reconnue et utilisée. Les maladies sont classées dans 21 chapitres différents. Ainsi le chapitre I comprend les maladies infectieuses, le chapitre II les affections tumorales etc.. Au sein de chaque chapitre les maladies sont codées. Chaque code comporte une lettre suivie de trois chiffres. Une sciatique est codée M54.3.

C'est cette classification qui est utilisée par les médecins conseils du RSI pour coder les maladies à l'origine de l'invalidité d'un assuré. Ce code est saisi dans l'application gestionnaire du dossier médical des assurés ARCHIMED®.

L'utilisation de cette classification permet de comparer la morbidité de nos assurés à celle des assurés des autres régimes et des publications médicales

Tableau 5 : Répartition des assurés reconnus en invalidité selon la catégorie professionnelle et les causes médicales de l'invalidité (CIM10).

Libellé chapitre CIM10	Artisans	%	Commerçants	%	Total	%
Maladie du système ostéo articulaire	981	32,8%	560	24,9%	1 541	29,4%
Maladies de l'appareil circulatoire	426	14,2%	311	13,8%	737	14,1%
Tumeurs	345	11,5%	341	15,1%	686	13,1%
Troubles psychiatriques	312	10,4%	340	15,1%	652	12,4%
Lésions traumatiques	326	10,9%	164	7,3%	490	9,3%
Maladies du système nerveux	182	6,1%	140	6,2%	322	6,1%
Maladies endocriniennes	95	3,2%	125	5,6%	220	4,2%
Autres affections	325	10,9%	270	12,0%	595	11,3%
Total	2 992	100,0%	2 251	100,0%	5 243	100,0%

Les cancers : première cause d'invalidité totale et définitive.

Les cancers représentaient la première cause d'invalidité totale et définitive (20%), suivis par les affections cardiovasculaires (18%) (Tab. 6). En comparaison en 2006, les premières causes d'invalidité de catégorie 2 du régime général étaient les affections psychiatriques (30 %) puis les affections ostéo-articulaires (21.6%). La prépondérance masculine dans notre population

pourrait être un facteur explicatif pour le rang des affections cardiovasculaires. Ces pathologies sont plus fréquentes chez les hommes dans la tranche d'âge des moins de 60 ans. En revanche le retentissement des pathologies tumorales et de leurs traitements pourrait être moins compatible avec l'exercice, souvent individuel, d'une profession artisanale ou commerciale. Ceci favoriserait alors les demandes de pensions d'invalidité.

Tableau 6 : Invalidité totale et définitive Répartition des assurés selon le sexe et les causes médicales (CIM10).

Libellé chapitre CIM10	Femmes	%	Hommes	%	Total	%
Tumeurs	98	25,5%	232	18,4%	330	20,0%
Maladies de l'appareil circulatoire	29	7,5%	267	21,2%	296	18,0%
Maladie du système ostéo articulaire	86	22,3%	169	13,4%	255	15,5%
Troubles psychiatriques	81	21,0%	159	12,6%	240	14,6%
Maladies du système nerveux	41	10,6%	122	9,7%	163	9,9%
Autres	50	13,0%	313	24,8%	363	22,0%
Total	385	100,0%	1 262	100,0%	1 647	100,0%

L'étude des motifs selon les professions (Tab 7, 8) montre des disparités. Ainsi pour les commerçants les tumeurs restent au premier rang des causes d'invalidité totale et définitives, alors qu'il n'en va pas de même pour les artisans. Les maladies de l'appareil circulatoire y figurent au premier rang. Le faible nombre d'individus concernés ne permet pas de porter de conclusions sur ces constats. Les commerçants sont ils plus souvent atteints de pathologies cancéreuses ? Existe-t-il des facteurs d'exposition au cancer plus fréquents ? A l'inverse les artisans sont ils plus particulièrement exposés au risque d'affections cardio-vasculaires ? Les données d'incidence 2006 d'entrée en ALD 30 ne montraient pas de différence entre les groupes professionnels pour ces affections.

Tableau 7 : Invalidité totale et définitive – commerçants Répartition des assurés selon les chapitres de la (CIM10).

Libellé chapitre CIM10	Commerçants	%
Tumeurs	196	22,84%
Maladies de l'appareil circulatoire	141	16,43%
Troubles psychiatriques	128	14,92%
Maladie du système ostéo articulaire	123	14,34%
Maladies du système nerveux	88	10,26%
Autres affections	182	21,21%
Total	858	100,00%

Tableau 8 : Invalidité totale et définitive - artisans Répartition des assurés selon les chapitres de la (CIM10).

Libellé chapitre CIM10	Artisans	%
Maladies de l'appareil circulatoire	155	19,65%
Tumeurs	134	16,98%
Maladie du système ostéo articulaire	132	16,73%
Troubles psychiatriques	112	14,20%
Maladies du système nerveux	75	9,51%
Autres affections	181	22,94%
Total	789	100,00%

Les maladies ostéo-articulaires, principale cause d'invalidité partielle et d'incapacité au métier.

Les affections osteo-articulaires dominaient les causes d'invalidité partielle (31 %) et d'incapacité au métier (38,5 %) (Tab. 9, 10).

Aux rangs suivants les causes étaient différentes selon qu'il s'agissait d'artisans ou de commerçants.

Pour les artisans les causes traumatiques figuraient au second rang (13 %). Cette différence peut être expliquée par une surexposition au risque traumatique liée à la profession d'artisan (travail sur machines dangereuses, en situation élevée etc.).

Pour chaque avis médical reconnaissant une invalidité, les médecins conseils apprécient dans quelle mesure celle-ci à une origine professionnelle. C'était le cas une fois sur deux pour ces lésions traumatiques

Tab 9 : Répartition des causes médicales d'entrée en invalidité partielle pour les commerçants.

Libellé chapitre CIM10	Assurés	%
Maladie du système ostéo articulaire	437	31,4%
Maladies de l'appareil circulatoire	212	15,2%
Troubles psychiatriques	170	12,2%
Tumeurs	145	10,4%
Lésions traumatiques	131	9,4%
Autres	298	21,4%
Total	1 393	100,0%

Tab 10 : Répartition des causes médicales d'entrée en incapacité totale au métier pour les artisans

Libellé chapitre CIM10	Assurés	%
Maladie du système ostéo articulaire	849	38,5%
Lésions traumatiques	294	13,3%
Maladies de l'appareil circulatoire	271	12,3%
Tumeurs	211	9,6%
Troubles psychiatriques	200	9,1%
Autres	378	17,2%
Total	2 203	100,0%

Les affections à l'origine de l'invalidité : des disparités liées au sexe et à l'âge.

Le sex ratio pondéré des pathologies tumorales (0.7) montre que pour les femmes ces pathologies étaient plus souvent à l'origine d'une invalidité (tab.11). Ceci est en grande partie dû à la fréquence des cancers du sein (20% du total). S'il en était besoin ces résultats renforcent la nécessité des campagnes de dépistage du cancer du sein. Un dépistage précoce autorise des traitements moins lourds qui permettraient de restreindre l'importance des invalidités consécutives. Dans la population de l'étude les hommes payaient un lourd tribut aux tumeurs des voies aéro-digestives supérieures (H/Fp = 7.1). Ces pathologies sont fortement liées à la consommation d'alcool et de tabac. Ces derniers, identifiés comme cause de mortalité prématurée, sont également des facteurs de risques importants de perte de capacité de travail.

Principales causes d'entrée en invalidité, les maladies du système ostéo-articulaire étaient un peu plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes (H/Fp = 0.8) (Tab 11). Les affections rachidiennes (dorsalgies, lombalgies, sciatiques, etc.) représentaient près de la moitié (47 %) de cette catégorie de motifs, avec une légère prépondérance masculine. Les affections rachidiennes et discales ont ainsi un impact fort, aussi bien en assurance maladie qu'en assurance invalidité. Une prise en charge précoce, doublée d'une aide à la réinsertion en situation professionnelle pourraient permettre d'éviter la chronicisation de ces pathologies et leur évolution vers l'invalidité.

Les maladies de l'appareil circulatoire étaient trois fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Les cardiopathies ischémiques étaient huit fois plus fréquentes. Cette fréquence est plus importante que celle des données d'incidence des registres français des cardiopathies ischémiques². Ces registres font état d'une moindre atteinte des femmes et lorsque celles-ci sont touchées, d'une surmortalité. Ceci pourrait expliquer une incidence moindre en invalidité observée dans notre population.

Une autre explication qui rejoindrait celle exposée plus haut en matière de pathologie cancéreuse serait une exposition plus importante des populations du RSI à des facteurs de risques comme le tabac.

Enfin les pathologies psychiatriques à l'origine d'une invalidité étaient deux fois plus fréquentes chez les femmes. Les dépressions et les névroses en constituaient l'essentiel des causes (63.9 %).

Ces données sont très voisines de celles de la population assurée du régime général entrant en invalidité en 2006³.

Sex-ratio pondéré (H/Fp): Afin de pouvoir comparer aux données de population générale, l'importance respective des morbidités observées selon le sexe, nous avons corrigé le sex ratio de la population observée du RSI pour le ramener au sex ratio de 1. Le sex ratio ainsi obtenu est appelé sex ratio pondéré.

Selon les tranches d'âge la fréquence des motifs d'entrée en invalidité variait (graphe 1).

De 30 à 39 ans les lésions traumatiques représentaient 18 % des motifs d'invalidité, pour 8 % de 50 à 59 ans et respectivement 22 et 11 % pour les affections psychiatriques.

A l'inverse les affections tumorales et les maladies de l'appareil circulatoire sont plus fréquemment rencontrées pour les tranches d'âge élevées, respectivement 14 et 16 % de 50 à 59 ans pour 4 et 7 % de 30 à 39 ans.

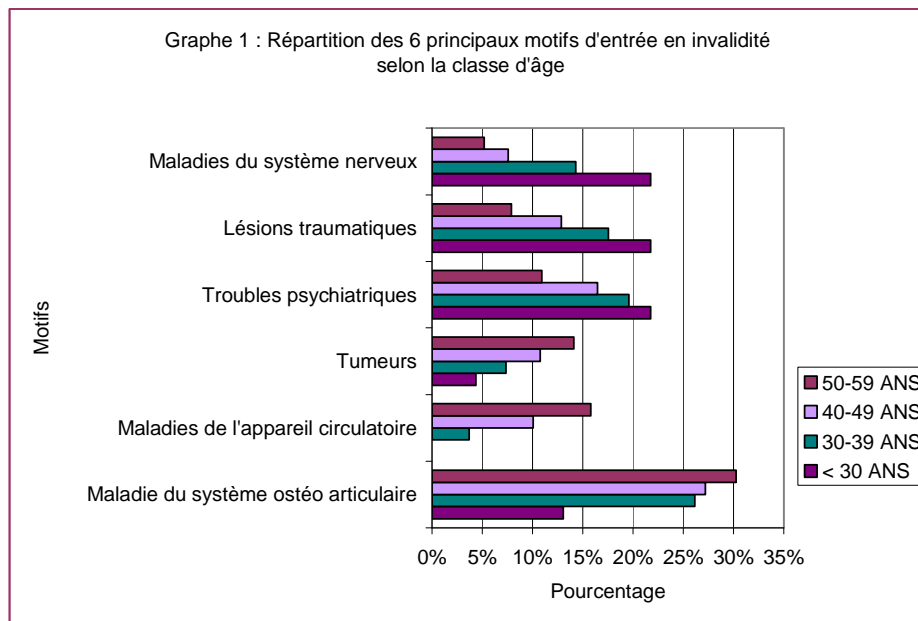
Le faible nombre d'assurés entrant en invalidité dans les tranches d'âge inférieures à 40 ans limite la pertinence d'une mise en œuvre d'une politique de prévention du risque notamment pour les lésions traumatiques en milieu professionnel.

Tableau 11 : Répartition, sex ratio, moyenne d'âge des assurés reconnus en invalidité en 2007 par le service de contrôle médical, tous types d'invalidité confondus et selon les affections à l'origine de l'invalidité

Motif	Nombre d'assurés	Sex ratio H/F ¹	Sex ratio H/Fp ²	Age moyen
Maladies infectieuses et parasitaires	48	3,8	1,3	52
<i>dont Hépatites virales</i>	16	1,7	0,6	52
<i>Infections à VIH</i>	23	6,7	2,3	51
Tumeurs	686	2,0	0,7	54
<i>dont Cancers lèvre, cavité buccale et pharynx</i>	45	14,0	4,8	54
<i>Cancers du larynx</i>	27	26,0	8,9	55
<i>Cancers de l'oesophage</i>	16	ND	ND	56
<i>Cancers de l'estomac</i>	19	18,0	6,1	54
<i>Cancers colo-rectaux</i>	71	4,9	1,7	55
<i>Cancers broncho-pulmonaires et trachée</i>	67	5,7	1,9	55
<i>Cancers du sein</i>	131	0,0	0,0	53
<i>Autres cancers gynécologiques</i>	20	0,0	0,0	55
<i>Cancers de la prostate</i>	31	NC	NC	57
<i>Cancers de la vessie</i>	18	8,0	2,7	56
<i>Cancers de l'encéphale et du SNC</i>	26	2,3	0,8	50
<i>Cancers de la thyroïde</i>	7	0,8	0,3	53
<i>Leucémies</i>	25	4,0	1,4	53
<i>Hodgkin</i>	6	2,0	0,7	55
<i>Lymphomes non hodgkinien</i>	31	2,1	0,7	54
Maladies endocrines	220	5,1	1,7	55
<i>dont Diabètes</i>	195	6,5	2,2	55
<i>Obésités</i>	14	1,0	0,3	56
Troubles psychiatriques	652	1,6	0,5	51
<i>dont Schizophrénies et troubles délirants</i>	48	3,0	1,0	47
<i>Psychoses maniaco-dépressives</i>	62	2,4	0,8	50
<i>Dépressions, névroses, troubles réactionnels</i>	412	1,3	0,4	52
<i>Troubles de personnalité</i>	45	1,0	0,3	50
Maladies du système nerveux	322	2,6	0,9	50
<i>dont Scléroses en plaques</i>	60	1,2	0,4	47
<i>Hémiplégies</i>	12	3,0	1,0	51
<i>Paraplégies et tétraplégies</i>	33	7,3	2,5	47
<i>Maladie de Parkinson</i>	34	7,5	2,6	55
Maladies de l'appareil circulatoire	737	8,8	3,0	54
<i>dont Cardiopathies ischémiques</i>	223	23,8	8,1	55
<i>Accidents vasculaires cérébraux</i>	176	8,8	3,0	53
<i>Insuffisance cardiaque</i>	94	17,8	6,1	54
Maladies de l'appareil respiratoire	118	5,2	1,8	53
Maladies de l'appareil digestif	107	4,9	1,7	52
<i>dont Maladies de Crohn et RCUH</i>	12	1,4	0,5	52
<i>Cirrhoses et pathologies alcooliques du foie</i>	30	9,0	3,1	51
Maladies du système ostéo-articulaire	1541	2,4	0,8	53
<i>dont Polyarthrites rhumatoïdes et autres</i>	73	0,8	0,3	52
<i>Arthroses (toutes localisations sauf rachis)</i>	278	1,9	0,7	55
<i>Spondylarthrites</i>	38	2,5	0,8	49
<i>Pathologies rachidiennes et discales</i>	724	3,1	1,1	52

¹ Sex ratio H/F : résultat pour la population de l'étude.

² Sex ratio H/Fp : résultat pondéré d'un coefficient 1/2.93, sex ratio de population ramené à 1.



Les affections neurologiques : principale cause d'attribution de majoration pour tierce personne (MTP).

Les MTP étaient associées à 2.2 % des entrées en invalidité en 2007. A titre de comparaison ce taux était de 1.3 % en 2006 pour les salariés².

Prévue par la réglementation, l'attribution d'une MTP aux artisans atteints d'une incapacité au métier était rare (1.3‰). Le degré d'invalidité des assurés atteints ne conduit généralement pas au degré de dépendance nécessitant l'aide constante d'une tierce personne.

Dans 89.7 % des cas la majoration de tierce personne était attribuée à un assuré masculin. Les hommes ne représentaient que 76.6 % des reconnaissances d'invalidité totale et définitive en 2007. A la réserve du faible nombre de MTP accordées, il semble exister une plus grande fréquence de dépendance justifiant d'une MTP chez les hommes invalides que chez les femmes.

Les maladies neurologiques étaient les principales raisons de l'attribution de ces majorations pour tierce personne.

Parmi les 37 assurés (Tab. 12) qui présentaient une maladie de l'appareil circulatoire, 29 étaient en fait atteints d'accidents vasculaires cérébraux (les hémipariés sont regroupées par la CIM 10 sous le chapitre des maladies de l'appareil circulatoire). Leur regroupement avec les 33 assurés atteints de maladies du système nerveux (total=62) fait que dans plus de la moitié des cas (53 %) la MTP était accordée pour une affection neurologique.

Tableau 12 : Répartition des causes médicales d'accord de MTP en fonction des chapitres de la CIM 10.

Libellé chapitre CIM10	Assurés	%
Maladies de l'appareil circulatoire	37	31,6%
Maladies du système nerveux	33	28,2%
Tumeurs	21	17,9%
Troubles psychiatriques	9	7,7%
Lésions traumatiques	7	6,0%
Autres	10	8,5%
Total	117	100,0%

Une origine professionnelle de l'affection médicale à l'origine de l'invalidité dans 16 % des cas.

Les médecins conseils statuent également sur l'origine professionnelle de l'affection médicale à l'origine de l'invalidité.

Cette donnée est codée selon quatre modalités (certaine, possible, sans rapport et indéterminée). Dans le tableau 13 nous avons regroupé les codes en deux groupes, un groupe comprenant les origines certaines ou possibles, et

un groupe comportant les origines indéterminées ou sans lien avec l'activité professionnelle.

Selon les médecins conseils du RSI et en 2007 tous types confondus, l'invalidité avait une origine professionnelle dans 16 % des cas.

Pour l'incapacité au métier des artisans cette proportion était plus élevée, 23 % des cas. En revanche les invalidités totales et définitives étaient rarement d'origine professionnelle (8 %).

Tableau 13 : Origine professionnelle des invalidités en 2007 selon les médecins conseils du RSI.

Origine professionnelle	ITD		IPI		ITI		Total assurés	%
	Assurés	%	Assurés	%	Assurés	%		
Certaine ou possible	136	8,3%	210	15,1%	504	22,9%	850	16,2%
Non ou indéterminée	1511	91,7%	1183	84,9%	1699	77,1%	4393	83,8%
Total	1647	100,0%	1393	100,0%	2203	100,0%	5243	100,0%

CONCLUSION

Cette étude établie à partir des données médicales du système d'information du RSI montre des différences dans les motifs médicaux de reconnaissance d'invalidité et dans la typologie des invalidités reconnues par rapport aux données de la CNAMTS et des pays de l'OCDE.

Les affections ostéo-articulaires sont prépondérantes au RSI alors que les affections psychiatriques dominent ailleurs.

Plus des deux tiers des invalidités reconnues par les services médicaux du RSI sont des invalidités « partielles ». Pour les salariés, la proportion est inverse, les invalidités totales sont les plus fréquentes.

Les assurés invalides du RSI se voient donc reconnaître plus souvent une capacité de travail restante. Comme le suggère le HCAAM⁴ dans son récent rapport, la priorité reste donc pour le RSI, comme pour les autres régimes, de favoriser une reprise de travail pour ces assurés. C'est un enjeu à la fois humain et économique.

Références

¹ Organisation de la Coopération et de Développement Economiques. *Transformer le handicap en capacité. Promouvoir le travail et la sécurité de revenus des personnes handicapées.*

² Montaye M ; Ducimetière P, Ruidavets J.B, Arveiler D., Dallongeville , Bingham A., Ferrières J, Wagner A, Amouyel P. *Le gradient Nord-Sud de la morbidité et de la mortalité coronaires en France : données récentes des registres français des cardiopathies ischémiques, 1997-2002.* BEH 2006 ;8-9 ;

³ Cuerq A., Païta M., Ricordeau P. *Les causes médicales de l'invalidité en 2006. Points de repère. CNAMTS 2008 ;16.*

⁴ Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, *Avis sur les prestations en espèces- hors maternité et accident du travail ; février 2008.*