

Évolution des départs en invalidité des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers

Pierrick Joubert et Gabin Langevin

Les flux de départ en invalidité des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, d'environ 5 500 personnes par an au début des années 2010, ont beaucoup augmenté au cours de la décennie jusqu'à atteindre le chiffre de 8 300 départs en 2019, avant de se stabiliser entre 2020 et 2023 à un niveau légèrement supérieur à 7 000 départs par an. Ces évolutions doivent beaucoup au vieillissement moyen de ces fonctionnaires en activité puisque la probabilité de partir en invalidité augmente sensiblement avec l'âge. Par ailleurs, les réformes successives des retraites, en relevant l'âge d'ouverture des droits (AOD) et en durcissant les conditions d'accès à une retraite à taux plein, ont pu contribuer à générer des départs plus nombreux en invalidité chez les personnes dont l'état de santé ne leur permettait pas de se maintenir plus longtemps en activité.

Si l'on privilégie une approche par année de naissance, prise globalement, la prévalence de l'invalidité (*i.e.* la part d'agents concernés) ne semble pas drastiquement se modifier entre les générations 1946 et 1956. Toutefois l'analyse par sexe, catégorie hiérarchique et versant de la fonction publique laisse apparaître des dynamiques nettement plus contrastées, voire opposées. Dans la Fonction publique hospitalière (FPH), la part des départs en invalidité des femmes recule au fil de ces générations pour toutes les catégories. À l'inverse, chez les femmes de la Fonction publique territoriale (FPT), la prévalence de l'invalidité progresse à partir de la génération 1951, première génération concernée par le décalage de l'AOD induit par la réforme de 2010, en particulier pour les agents de

catégorie C dont la part des départs en invalidité passe de 12,3 % à 15,2 % entre les générations 1951 et 1956. La part des départs en invalidité des hommes augmente également pour ces générations mais de manière beaucoup moins marquée.

Ces évolutions divergentes selon le versant et le sexe semblent être en partie expliquées par des différences en matière d'éligibilité aux dispositifs de départs avant l'AOD : plus la possibilité de recourir à des dispositifs de départs anticipés (au titre de la catégorie active, pour motifs familiaux ou carrière longue, notamment) est importante et moins le décalage de l'AOD est susceptible d'entraîner une hausse de l'invalidité. À titre d'illustration, dans la FPH, près de huit femmes de catégorie C sur dix nées en 1956 partent à la retraite au titre de l'un de ces dispositifs de départ anticipé, contre seulement quatre sur dix au sein de la FPT. Sur ces générations, les conséquences du relèvement de l'AOD ont donc été moindres pour les fonctionnaires hospitaliers que pour les fonctionnaires territoriaux, ce qui peut expliquer des expositions au risque d'invalidité différentes. Enfin, si les prévalences de l'invalidité se modifient aux alentours de l'AOD, c'est aussi le cas aux âges plus élevés ce qui suggère que le relèvement de l'âge d'annulation de la décote et l'allongement de la durée d'assurance requise pour le taux plein ont également pu augmenter le risque d'invalidité : dans la FPT, la part des départs au-delà de 62 ans chez les invalides augmente ainsi de 12 points entre la génération 1950 et la génération 1956.

Thématique : Fonction publique ; départ à la retraite ; invalidité.

L'invalidité caractérise la situation de personnes souffrant d'une altération grave de leur état de santé entraînant des répercussions sur leur capacité à exercer une activité professionnelle rémunérée. L'invalidité peut être de nature temporaire ou permanente. Lorsque leur état de santé les rend de manière absolue et définitive incapables à exercer une activité professionnelle, les personnes invalides sont exposées à un risque de perte totale de salaire jusqu'à ce qu'elles puissent liquider leur pension de retraite. L'invalidité constitue à ce titre un risque social à part entière : dans le secteur privé, la Sécurité sociale indemnise la perte de salaire consécutive à la survenue de l'invalidité (dès lors qu'elle est médicalement attestée) sous la forme d'une pension d'invalidité versée jusqu'à l'âge d'ouverture des droits (AOD) à la retraite (62 ans avant la réforme entrée en vigueur en 2023).

Chez les fonctionnaires, la situation est quelque peu différente (Belliard et Bridenne, 2017). La reconnaissance de l'invalidité ne se traduit pas par une indemnité compensant la perte de salaire jusqu'à l'AOD (pour les salariés du privé, cette indemnité permet ainsi de continuer à valider des trimestres au titre de la retraite) mais par une liquidation anticipée de la pension au titre de l'invalidité sur la base des droits à pension accumulés

jusqu'au départ¹. La pension liquidée au titre de l'invalidité est versée jusqu'au décès du fonctionnaire (voir encadré 1 pour une présentation détaillée du dispositif). La mise à la retraite pour invalidité peut être demandée par le fonctionnaire, mais elle peut également lui être imposée par l'employeur si l'agent a épuisé ses droits à congés, y compris maladie. Pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, objets de cette étude, la reconnaissance de l'invalidité doit se faire auprès de leur régime de retraite d'affiliation, la CNRACL (Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales).

Forte hausse du nombre de départs annuels en invalidité depuis 2010

Le nombre de fonctionnaires territoriaux et hospitaliers liquidant une pension au titre de l'invalidité augmente de plus de 50 % entre 2010 et 2019 passant de 5 400 à 8 300 individus par an (graphique 1). Si la hausse est régulière entre 2010 et 2017, la forte accélération des départs en invalidité en 2018 puis 2019 (+20 % en deux ans) semble d'abord imputable à une réduction du stock des dossiers de demande en attente de traitement (CNRACL, 2021) : la date d'effet de la pension ne pouvant être antérieure à l'avis de la commission de

¹ Les pensions d'invalidité sont par ailleurs exonérées de décote.

Encadré 1

Invalidité des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers : la législation

Contrairement à la liquidation de pension vieillesse qui procède d'une démarche volontaire de l'agent (la retraite étant un droit quérable), le départ en invalidité obéit à des règles très spécifiques et peut être imposé à l'agent.

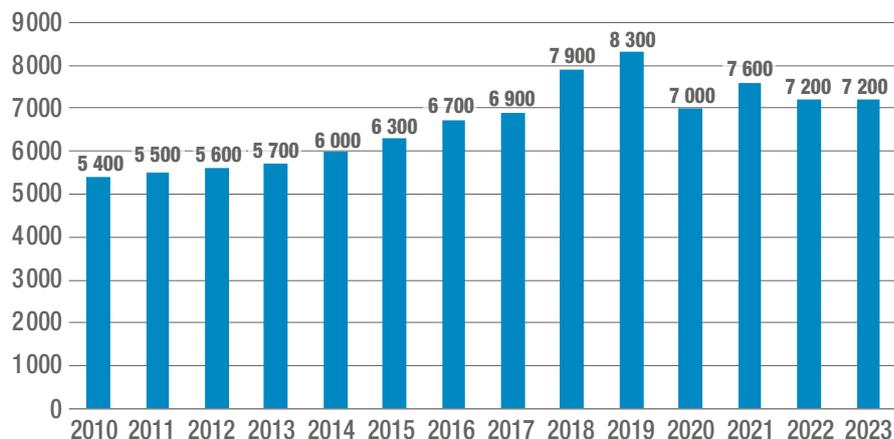
Le point de départ en est nécessairement un arrêt maladie, généralement long : si l'arrêt est d'une durée supérieure ou égale à 6 mois, l'employeur saisit le conseil médical qui statue sur la nature du congé à octroyer (congé longue maladie par exemple). Si le congé maladie est imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, l'agent peut demander à bénéficier d'un congé d'invalidité temporaire imputable au service (CITIS). Si le retour en activité paraît compromis, une procédure de mise à la retraite pour invalidité peut être lancée soit à la demande de l'agent, soit à la demande de l'employeur dès lors que l'agent a épuisé ses droits à congé maladie. Un médecin agréé est alors missionné pour évaluer si l'agent est ou non en mesure de reprendre ses fonctions. Le diagnostic du médecin est transmis à la commission départementale de réforme ou au conseil médical. Si l'agent n'est pas jugé inapte à tout emploi, l'employeur envisage la possibilité d'un reclassement. Si la commission ou le conseil médical conclut à l'incapacité absolue et définitive de l'agent à l'exercice de ses fonctions sans possibilité de

bénéficier d'un reclassement dans un emploi compatible avec son état de santé, l'employeur constitue le dossier de liquidation et maintient dans l'attente la rémunération de l'agent (même si les droits à congés maladie sont épuisés).

Comme pour une pension vieillesse classique, la pension d'invalidité est calculée sur la base du dernier traitement indiciaire perçu pendant au moins 6 mois et est proportionnelle à la durée cotisée dans le régime (la condition des 6 mois n'est toutefois pas exigée en cas d'invalidité imputable au service). En revanche, la mise à la retraite pour invalidité n'est soumise à aucune condition d'âge, et aucune décote n'est appliquée à la pension dans la mesure où la bascule en invalidité résulte d'une incapacité subie par l'agent et non d'un véritable choix. Par ailleurs, lorsque le taux d'invalidité est d'au moins 60 %, la pension ne peut être inférieure à 50 % du traitement indiciaire retenu pour le calcul de la pension, ce qui est avantageux lorsque la durée de service est inférieure aux 2/3 de la durée d'assurance requise pour obtenir une pension à taux plein. Enfin, le bénéfice de la pension d'invalidité peut être assorti le cas échéant de celui de la majoration pour tierce personne lorsque le pensionné a besoin de l'assistance constante d'un tiers, ou d'une rente viagère d'invalidité lorsque l'invalidité est imputable au service.

Graphique 1

Départs en invalidité selon l'année



Source : Caisse des Dépôts.
Champ : fonctionnaires territoriaux et hospitaliers partis au titre de l'invalidité selon la date d'effet de la pension.

Lecture : en 2023, 7 200 fonctionnaires territoriaux et hospitaliers sont partis en invalidité.

réforme ou du conseil médical, le rattrapage en 2018 et 2019 a mécaniquement un impact sur les flux des départs en invalidité. De 2020 à 2023, les départs en invalidité se stabilisent à un niveau intermédiaire, nettement supérieur aux niveaux enregistrés au début des années 2010 mais en-deçà du pic de 2019. À ce titre, la crise sanitaire a sans aucun doute affecté les demandes de prise en charge pour invalidité : la Covid 19 a pu être la cause de pertes de capacité menant à l'invalidité alors qu'à l'inverse le ralentissement, voire l'arrêt total, de l'activité professionnelle lié aux mesures de distanciation ou de confinement a pu réduire temporairement l'exposition aux risques professionnels. Pour des raisons similaires, la crise sanitaire a également pu entraver le traitement administratif des demandes en limitant, par exemple, la capacité des commissions de réforme à se réunir ou en réduisant la disponibilité des services de gestion.

Entre 2010 et 2023, la sinistralité augmente pour les 62 ans et plus

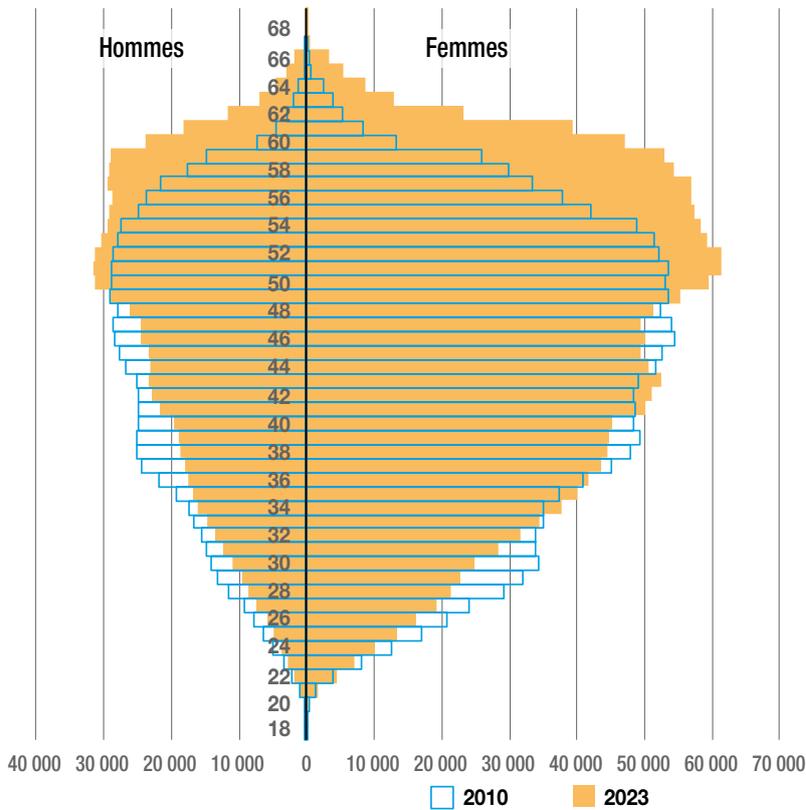
Pour remarquable qu'elle soit, la hausse du nombre de départs en invalidité constatée au cours des années 2010 intervient dans un contexte de vieillissement marqué de la population des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers n'ayant pas encore liquidé leurs droits à pension (graphique 2) : entre 2010 et 2023, l'âge médian des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers non retraités – cotisant ou non dans l'année – est passé de 43 ans à 46 ans chez les femmes et de 44 ans à plus de 48 ans chez les hommes. Les effectifs d'affiliés de plus de 50 ans ont particulièrement augmenté

sur la période, passant de 30 % à 42 % pour les femmes et de 33 % à 46 % pour les hommes. Ce vieillissement de la population des fonctionnaires disposant de droits non encore liquidés a mécaniquement un impact à la hausse sur le nombre de départs en invalidité puisque la sinistralité (définie comme le rapport entre le nombre d'agents mis à la retraite pour invalidité au cours d'une année et le nombre d'agents disposant de droits non encore liquidés au 1^{er} janvier de la même année) croît fortement avec l'âge : en 2020, alors qu'elle s'établissait à seulement 0,17 % chez les 45-51 ans, elle s'élevait jusqu'à 1,8 % chez les 62 ans et plus (Bakhti, 2022).

Il convient donc de s'intéresser plus précisément à l'évolution de la sinistralité pour déterminer si la hausse marquée des départs en invalidité entre 2010 et 2023 est essentiellement attribuable au vieillissement de la population des fonctionnaires en activité (à sinistralité par âge constante), ou si la sinistralité à âge donné a évolué significativement au cours de cette période. Le graphique 3 présente à cet égard des évolutions contrastées : avant l'âge de 62 ans la sinistralité reste globalement basse bien qu'elle augmente dans la seconde partie des années 2010 pour atteindre un maximum de 0,29 % en 2019 (soit la même année que le pic de départs en invalidité) puis retombe ensuite à un niveau proche de celui de 2010 (0,22 %). La sinistralité après 62 ans atteint également un pic en 2019, de 2,17 % contre seulement 1,43 % en 2010, et conserve un niveau élevé en 2022 (identique à celui de 2019) et 2023 après une chute temporaire en 2020.

Graphique 2

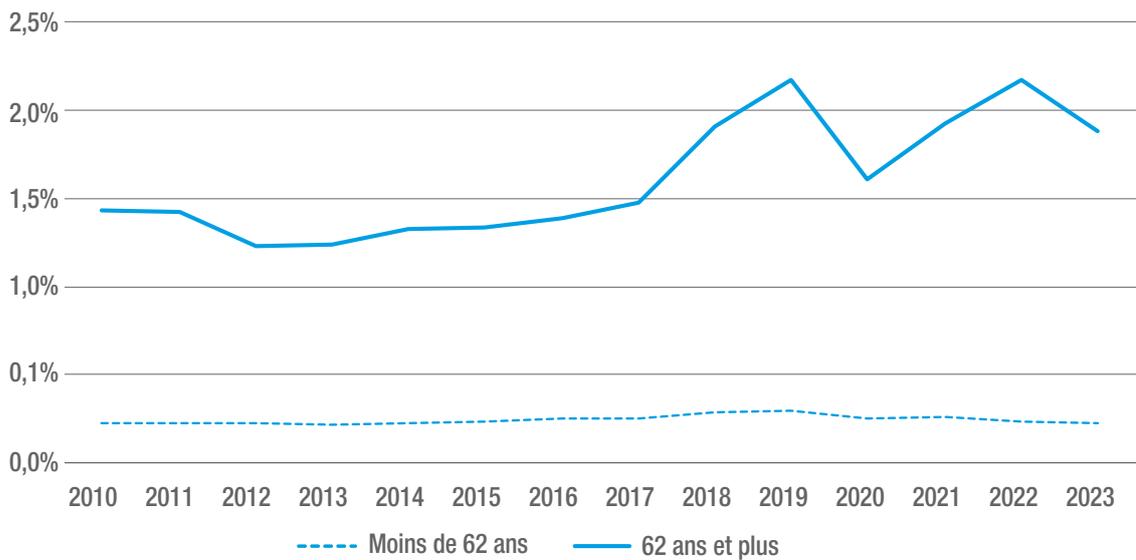
Pyramide des âges des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers



Source : Caisse des Dépôts.
Champ : fonctionnaires territoriaux et hospitaliers non retraités.
Lecture : en 2023, parmi les agents âgés de 60 ans, 47 000 sont des femmes et 23 700 sont des hommes.

Graphique 3

Taux de sinistralité



Source : Caisse des Dépôts.
Champ : fonctionnaires territoriaux et hospitaliers non retraités en début d'année.
Lecture : le taux de sinistralité rapporte le nombre de personnes admises en retraite pour invalidité au cours d'une année au nombre de non retraités en début d'année. 1,88 % des non retraités en début d'année, âgés de 62 ans et plus sont partis au titre de l'invalidité en 2023.

L'évolution générale de l'état de santé ne semble pas à même d'expliquer celle de la sinistralité

L'évolution de la sinistralité obéit probablement à des déterminants multiples, certains propres à la population des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, d'autres traduisant des phénomènes à l'œuvre sur l'ensemble de la population française. Les gains importants d'espérance de vie enregistrés au cours des dernières décennies, s'ils ne sont pas propres aux fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, ont pu permettre aux générations les plus récentes d'arriver en meilleur état de santé à l'âge de la retraite, les rendant moins susceptibles que leurs devancières de basculer dans l'invalidité à un âge donné.

Il n'existe pas de mesure de la prévalence de l'invalidité indépendamment de sa prise en charge institutionnelle par les régimes de protection sociale. Malgré tout, les enquêtes annuelles, comme celle réalisée par l'Insee « Statistiques sur les ressources et les conditions de vie » (SRCV), apportent un éclairage sur l'évolution de l'incapacité par tranche d'âges, l'incapacité s'entendant comme le fait d'être « limité, depuis au moins 6 mois, à cause de problèmes de santé, dans les activités que les gens font habituellement »².

² Sont considérées comme étant en incapacité les personnes qui répondent « Oui, fortement » ou « Oui, mais pas fortement » à cette question (Deroyon, 2023).

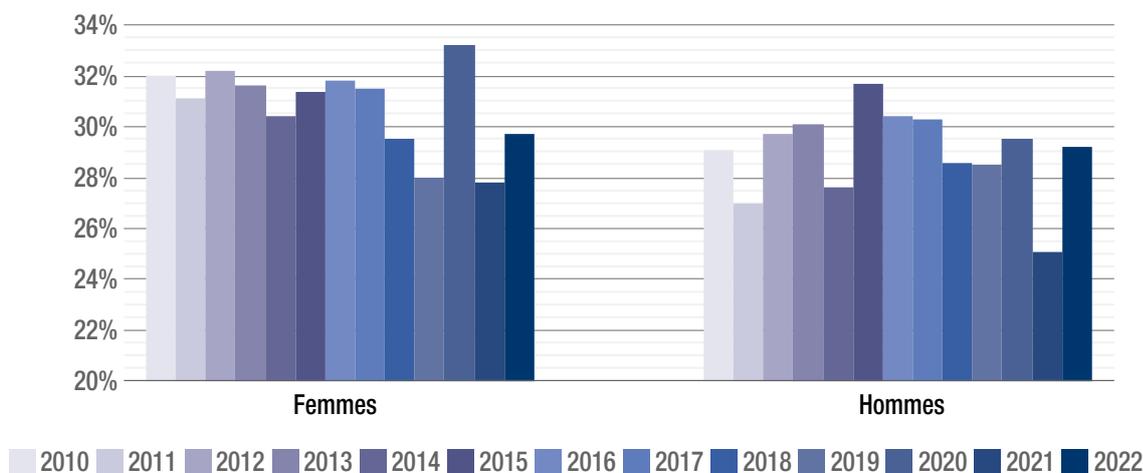
L'évolution de la prévalence de l'incapacité chez les 60-64 ans entre 2010 et 2022 est ainsi retracée par le graphique 4. Les années 2020 et 2021 sont très particulières du fait, d'une part, d'un changement du mode de collecte lié aux contraintes de distanciation et, d'autre part, de ce que les restrictions apportées aux activités de l'ensemble de la population ont pu altérer la perception des répondants subissant des restrictions imputables à leur état de santé. Abstraction faite de ces deux années, la prévalence de l'incapacité ne présente pas d'évolution significative chez les hommes. Chez les femmes, en revanche, on observe une tendance baissière mais de faible ampleur³.

Ces résultats suggèrent que la légère réduction de l'invalidité observée chez les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers avant 62 ans pourrait refléter la baisse, plus générale, de la prévalence de l'incapacité dans l'ensemble de la population. Cela n'éclaire en revanche en rien la nette hausse de la sinistralité après 62 ans et invite donc à envisager le rôle d'autres déterminants, plus spécifiques aux agents des versants territorial et hospitalier de la fonction publique.

³ Les évolutions annuelles ne doivent pas être surinterprétées dans la mesure où seulement 17 000 ménages au total sont interrogés : les répondants âgés de 60 à 64 ans ne sont donc pas suffisamment nombreux pour que les évolutions annuelles sur cette tranche d'âge constituent une mesure précise.

Graphique 4

Prévalence de l'incapacité entre 60 et 64 ans, population française



Source : Drees, SRCV 2022.

Champ : France entière, personnes âgées de 60 à 64 ans.

Lecture : en 2022, 29 % des hommes de 60-64 ans se déclarent limités, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement.

Les réformes des retraites allongent la durée d'exposition au risque d'invalidité

Parmi les événements susceptibles d'influer sur les départs en invalidité, les réformes successives des retraites ont notamment eu pour conséquence d'allonger la période durant laquelle les agents sont soumis au risque d'invalidité, en reculant l'âge d'ouverture des droits (passage de 60 à 62 ans de l'AOD en vertu de la réforme de 2010) mais aussi en introduisant progressivement une décote pour les personnes ne réunissant pas une durée d'assurance suffisante pour liquider à taux plein dès l'AOD (la réforme de 2003 étendant à la fonction publique la décote déjà applicable au régime général). Le graphique 5 illustre l'évolution au fil des générations des principaux paramètres que sont l'AOD selon le motif de départ, l'âge d'annulation de la décote (AAD) et la durée d'assurance requise pour le taux plein.

Les réformes successives ont donc pu amener à accroître les bascules vers l'invalidité non seulement avant l'AOD, pour les personnes dont l'évolution de l'état de santé entre 60 et 62 ans ne permettait pas un maintien en activité deux années supplémentaires, mais aussi après l'AOD pour les personnes ne

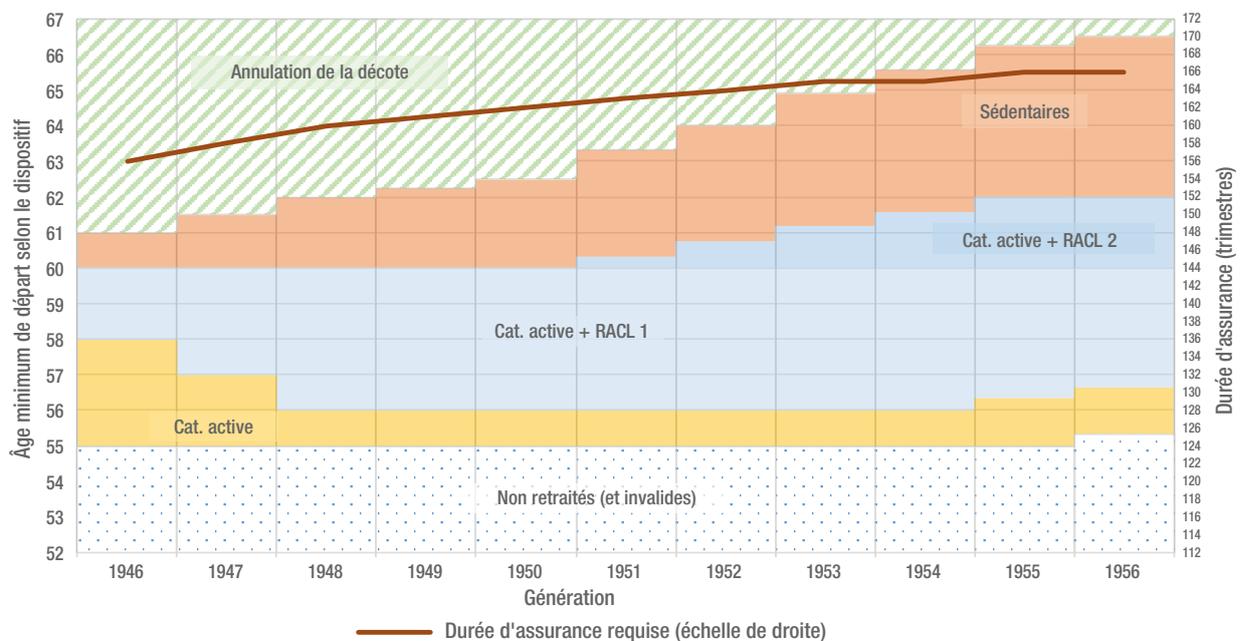
pouvant pas se permettre financièrement de partir avec une forte décote dès l'AOD mais dont l'état de santé ne permettait pas le maintien en activité jusqu'à l'AAD (67 ans pour les générations les plus récentes).

L'évolution de l'invalidité : une analyse à mener par génération

Le fait que les paramètres retraite dépendent essentiellement de la date de naissance et non de l'année de départ conduit par la suite à privilégier une analyse des évolutions entre générations successives plutôt que par année : deux individus liquidant une même année mais ayant des dates de naissance différentes ne sont pas nécessairement soumis à la même législation retraite de sorte qu'une analyse des liquidations annuelles ne permet pas de visualiser clairement l'impact éventuel des réformes des retraites. Raisonner par génération permet aussi d'atténuer les effets de la crise sanitaire sur le traitement des dossiers et plus généralement les à-coups liés à la variabilité des délais d'examen des demandes de mise à la retraite pour invalidité, qui sont pour partie susceptibles d'induire le pic de départs en invalidité de 2018 et 2019. En effet, les délais variables

Graphique 5

Paramètres applicables aux fonctionnaires territoriaux et hospitaliers selon la génération



Note : paramètres applicables aux fonctionnaires nés en fin d'année.

Champ : fonctionnaires des trois versants de la fonction publique, motifs de départ non exhaustifs.

Lecture : les agents publics nés en 1950 peuvent partir à la retraite, sous conditions, au titre de la catégorie active (Cat. active) à partir de 55 ans, au titre du dispositif de retraite anticipé pour carrière longue au plus tôt à partir de 56 ans (RA CL 1) et à partir de 60 ans (RA CL 2) sinon. Pour un départ à partir de 62 ans et 6 mois, leur décote sera annulée. Enfin, la durée d'assurance requise pour leur génération afin de bénéficier du taux plein avant l'âge d'annulation de la décote est de 162 trimestres.

d'examen des demandes peuvent jouer sur l'âge des bénéficiaires à la date d'attribution de la pension d'invalidité, mais très peu sur le nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité au sein d'une génération donnée.

Raisonnement par génération nécessite néanmoins quelques précautions complémentaires. Tout d'abord, il est essentiel d'inclure dans le champ de l'étude les pensionnés décédés car l'espérance de vie des personnes invalides est significativement inférieure à celle des autres affiliés⁴ : ne raisonner que sur les personnes encore en vie à la date de l'étude conduirait donc à minorer à tort la part des personnes parties en invalidité. Ensuite, l'analyse par génération ne peut se faire que pour des cohortes ayant entièrement atteint l'âge d'annulation de la décote puisque, pour celles dont le nombre de non retraités est encore important, il n'est pas possible de déterminer la part de ceux qui partiront au titre de l'invalidité (graphique 6). En l'occurrence cela conduit à exclure les générations nées après 1956⁵. Enfin, pour ne pas fausser la comparaison entre générations par l'arrivée progressive de pensionnés justifiant de moins de 15 années de service (en vertu de la réforme de 2010) et dont l'exposition au risque

d'invalidité est potentiellement spécifique, l'analyse se concentre sur les pensionnés justifiant d'au moins 15 ans de service (voir encadré 2).

Encadré 2

Gestion des affiliations de moins de 15 ans

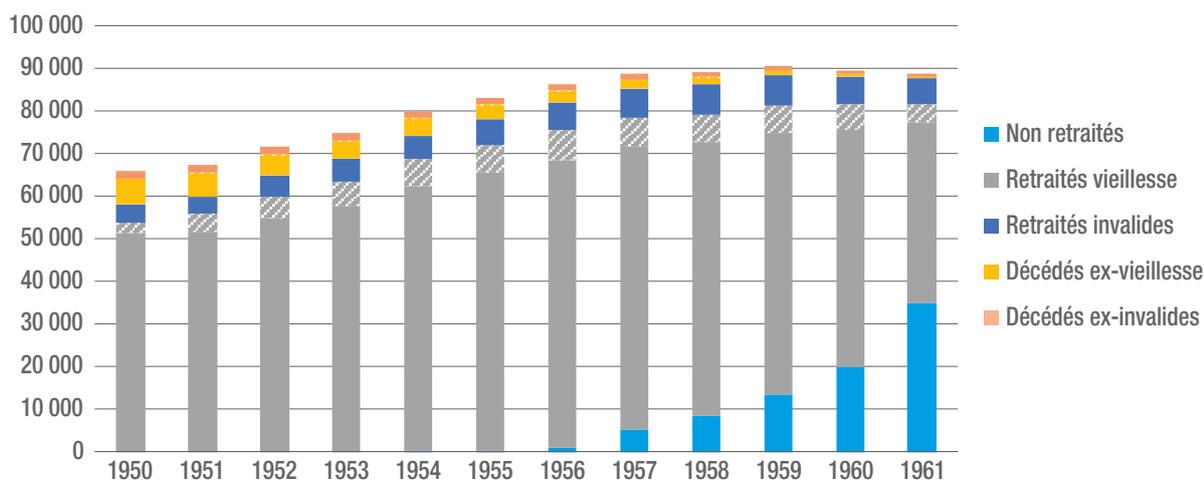
Avant le 1^{er} janvier 2011, un fonctionnaire territorial ou hospitalier devait réunir un minimum de 15 ans de services pour pouvoir prétendre à une pension délivrée par son régime de retraite de base, la CNRACL (décret n°2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la CNRACL modifié par le décret n°2010-1740 du 30 décembre 2010)*. À défaut, ses droits étaient rétrocedés au régime général et à l'Ircantec. Depuis, la durée de services exigée n'est plus que de 2 ans. À noter que seules les pensions vieillesse sont concernées par cette durée d'affiliation minimale. Compte-tenu de cette évolution législative, les fonctionnaires dont la durée de services est inférieure à 15 ans et partis depuis 2011 ont intégré les pensionnés du régime. En moyenne, ces derniers ont mécaniquement des durées de carrière dans le régime ainsi que des montants de pension plus faibles que les autres pensionnés. Pour rester à périmètre constant et pouvoir faire des comparaisons entre les générations, il est préférable d'exclure cette nouvelle population du champ des études quand cela est possible. Pour ce qui concerne le champ de cette étude, la présence des pensionnés avec une faible durée d'affiliation viendrait biaiser les résultats, en augmentant artificiellement, par rapport au reste de la population étudiée, la taille de la population soumise au risque d'invalidité.

Néanmoins, l'entrée en invalidité n'étant pas soumise au critère de durée passée dans la fonction publique, les invalides ayant passé moins de 15 ans dans la fonction publique sont conservés dans le champ de l'étude.

4 L'espérance de vie à 65 ans des invalides est de 20,1 ans pour les femmes (resp. 14,2 ans pour les hommes) contre 23,7 ans pour les départs en retraite vieillesse (resp. 19,2 ans), voir Bulcourt, Lemonnier et Soulat (2022).
5 Une infime partie des affiliés des générations 1954, 1955 et 1956 est encore en activité fin 2023 (au maximum 1 % pour la génération 1956) mais ceux-ci ont tous atteint l'âge d'annulation de la décote et la probabilité de les voir partir en invalidité est négligeable.

Graphique 6

Situation face à la retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers des générations 1950 à 1961 fin 2023



Note : les parties hachurées correspondent aux pensionnés ou ex-pensionnés dont la pension a été calculée avec une durée de cotisations comprise entre 2 et 15 années. Ces fonctionnaires sont exclus dans la suite de l'analyse (cf. encadré 2).

Source : Caisse des Dépôts.

Champ : fonctionnaires territoriaux et hospitaliers retraités et non retraités, vivants ou décédés, au 31/12/2023, hors décès en activité.

Lecture : parmi les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers nés en 1960, 20 000 sont non retraités fin 2023, 67 800 sont retraités dont 6 400 sont invalides. 1 600 sont décédés.

L'invalidité apparaît globalement stable entre les générations mais pas selon la catégorie hiérarchique

L'analyse par année de naissance montre une stabilité globale de la proportion d'invalides au sein des générations nées entre 1946 et 1956 comprise entre 9,2 % et 9,8 %. Les taux d'invalidité obéissent toutefois à un très fort gradient hiérarchique puisqu'ils sont schématiquement 2 à 2,5 fois plus élevés en catégorie C qu'en catégorie B, et 4 à 5 fois plus élevés en catégorie C qu'en catégorie A (graphique 7). Si traditionnellement les agents relevant de la catégorie C sont prépondérants dans le versant hospitalier et plus encore dans le versant territorial de la fonction publique, leur poids s'érode progressivement. La part des agents de la FPT et de la FPH terminant leur carrière en catégorie C passe ainsi de 66,3 % pour la génération 1946 à 61,9 % pour la génération 1956. La baisse de la part des catégories C est donc de nature à jouer à la baisse sur la prévalence globale de l'invalidité.

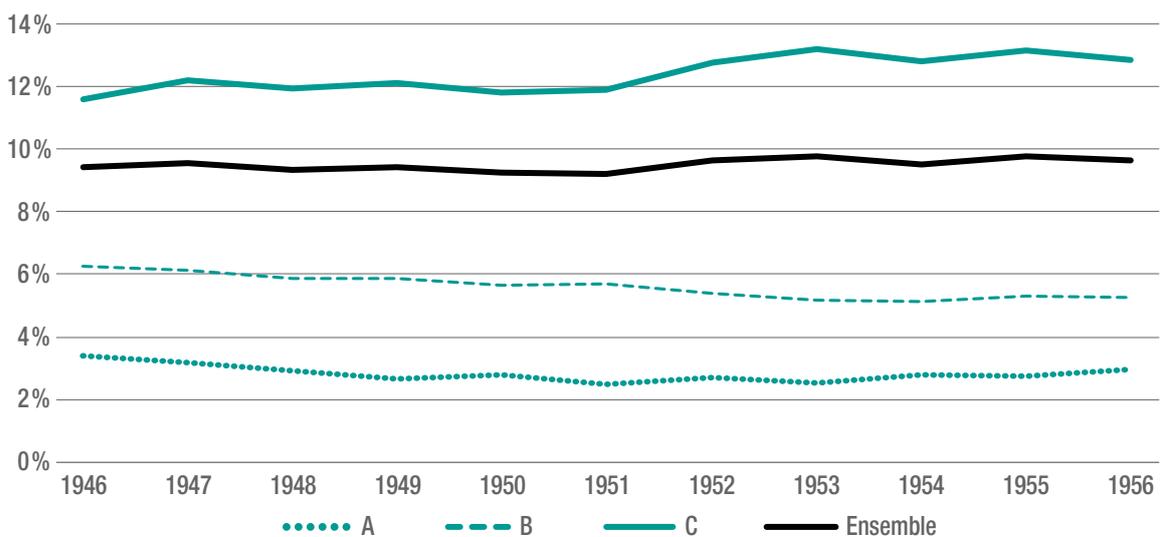
Les évolutions par catégorie hiérarchique laissent cependant entrevoir des dynamiques légèrement différentes : le taux d'invalidité des fonctionnaires de catégorie A diminue jusqu'à la génération 1951, puis remonte très

légèrement ; celui des agents de catégorie B diminue de manière continue entre les générations 1946 et 1956 (-1 point au total) ; enfin, l'invalidité des agents de catégorie C, qui semblait stable jusqu'à la génération 1951, remonte assez brusquement pour les deux générations qui suivent (+1,3 point en seulement deux générations) avant de se stabiliser à un niveau élevé. La stabilité de la prévalence de l'invalidité des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers semble donc cacher des évolutions sous-jacentes plus différenciées.

Des trajectoires de prévalence d'invalidité opposées dans les versants hospitalier et territorial

Il apparaît que la stabilité de la prévalence de l'invalidité relève d'un effet de composition important. L'analyse par versant montre ainsi que la hausse de l'invalidité dans la fonction publique territoriale entre les générations 1946 et 1956 (de 9,8 % à 11,2 %) est presque entièrement compensée par une baisse du même ordre dans la fonction publique hospitalière (de 9,0 % à 7,7 %). Cette trajectoire différente de l'invalidité selon le versant n'est cependant pas uniforme selon le sexe et la catégorie hiérarchique (graphique 8).

Graphique 7
Part d'invalides par génération selon la catégorie hiérarchique



Source : Caisse des Dépôts.

Champ : fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, hors affiliations de moins de 15 ans.

Lecture : 9,6 % des affiliés nés en 1956 sont partis en retraite pour invalidité.

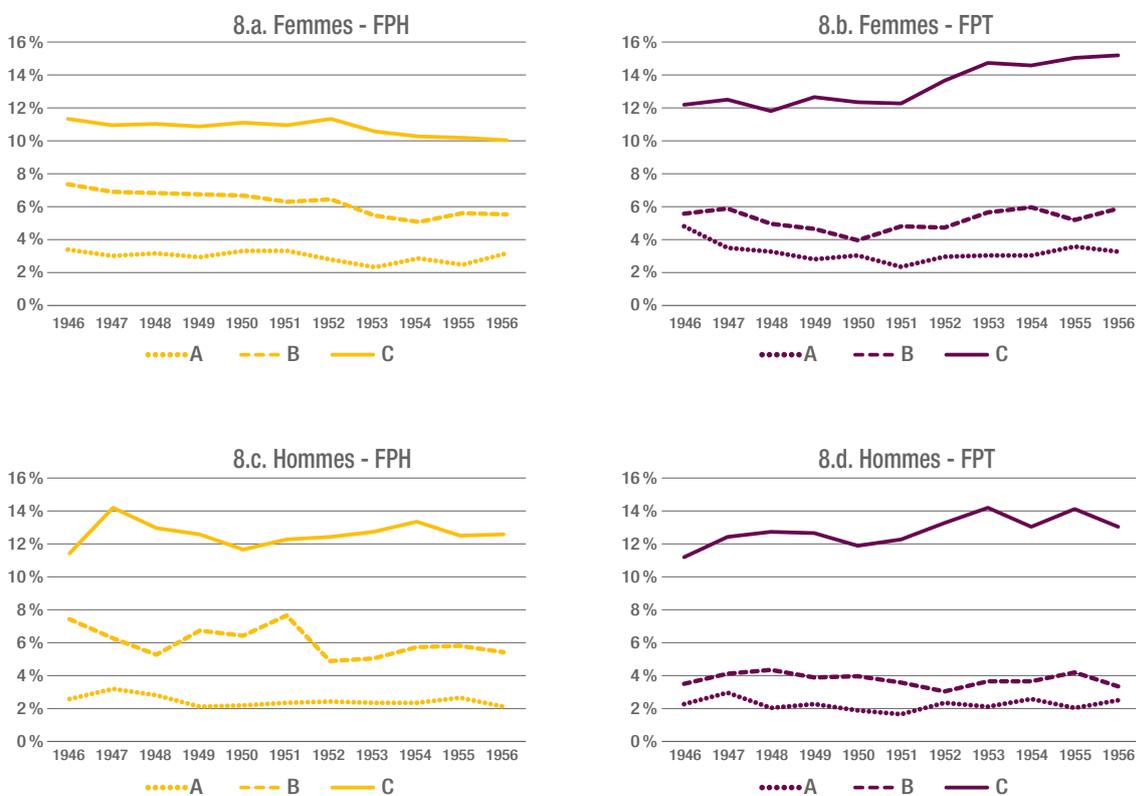
Dans la fonction publique hospitalière, la proportion de départs en invalidité a diminué pour les femmes, quelle que soit la catégorie hiérarchique (graphique 8.a). Cette baisse est continue entre les générations 1946 et 1956 mais semble légèrement s'accélérer à partir de la génération 1953, au moins pour les agents de catégorie B et C. Chez les hommes de la FPH, les évolutions de départs en invalidité sont plus erratiques et le poids relativement faible de cette population dans les effectifs (ils sont quatre fois moins nombreux que les femmes) rend plus délicate l'interprétation (graphique 8.c). Il ne semble toutefois pas se dégager de tendance claire à la baisse de la prévalence de l'invalidité contrairement à celle de leurs homologues féminines. Ce constat d'évolutions quelque peu divergentes de la prévalence de l'invalidité entre hommes et femmes dans la FPH peut être rapproché des résultats sur la prévalence de l'incapacité chez les 60-64 ans en population générale, qui faisaient état d'une légère réduction chez les femmes, sans

équivalent chez les hommes (graphique 4).

Dans la fonction publique territoriale, la dynamique des départs en invalidité est, elle aussi, différente selon le sexe et la catégorie hiérarchique. À ce titre, la trajectoire de la part des départs en invalidité chez les femmes de catégorie C est particulièrement remarquable : alors que la part des invalides dans l'ensemble des départs est globalement stable entre les générations 1946 et 1951, elle augmente ensuite rapidement pour les générations suivantes et atteint 15,2 % pour la génération 1956, soit 3 points de plus que la génération 1951 (graphique 8.b). En valeur absolue, cette proportion de départs en invalidité paraît particulièrement élevée par rapport aux autres fonctionnaires de catégorie C nés la même année, que ce soit vis-à-vis des hommes de la FPT (13,0 %) ou des femmes de la FPH (10,0 %). Le constat d'une prévalence de l'invalidité en hausse à partir de la génération 1952 n'est pas anodin puisque celle-ci est la première à être entièrement concernée par le relèvement

Graphique 8

Part d'invalides selon le versant, le sexe et la catégorie hiérarchique



Source : Caisse des Dépôts.

Champ : fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, hors affiliations de moins de 15 ans.

Lecture : parmi les femmes nées en 1956 et parties à la retraite en catégorie C dans la fonction publique territoriale, 15,2% ont liquidé au titre de l'invalidité.

de l'AOD instauré par la réforme 2010. En outre, si ce sont les femmes de catégorie C de la FPT qui subissent l'augmentation la plus marquée de la prévalence de l'invalidité, celle-ci progresse également pour les femmes de catégorie A et B de ce versant : la part des départs en invalidité de ces populations augmente de l'ordre de 1 point entre les générations 1951 et 1956. Ces hausses sont certes plus mesurées mais elles sont d'autant plus éloquentes qu'elles interviennent alors que la prévalence de l'invalidité diminuait régulièrement depuis la génération 1946 pour ces catégories. Enfin, parmi les hommes de catégorie C de la FPT, l'invalidité est également plus fréquente à partir des générations concernées par le décalage de l'AOD.

En tout état de cause, la mise en œuvre de la réforme de 2010 coïncide avec une rupture dans l'évolution de l'invalidité dans la fonction publique territoriale. Dès lors, l'absence d'effet observable de cette même réforme sur l'évolution de l'invalidité dans la fonction publique hospitalière paraît paradoxale.

Chez les femmes de la FPH, le risque d'invalidité peut être atténué par un recours important aux différents dispositifs de départs anticipés

Une différence majeure entre les versants hospitalier et territorial repose sur l'éligibilité, et a fortiori le recours, aux dispositifs de départs anticipés (catégorie active, motifs familiaux, retraite anticipée pour carrière longue). Le graphique 9 suggère ainsi que plus la possibilité de recourir à des dispositifs de départs anticipés est importante et moins le décalage de l'AOD est susceptible d'entraîner une hausse de l'invalidité.

Les femmes de la FPH de catégorie B et C, pour qui la part des départs en invalidité a le plus reculé au fil des générations, sont également celles qui partent le moins souvent au titre d'un départ normal (c'est-à-dire à partir de l'AOD sédentaire, graphique 5). Cette proportion s'est même réduite entre les générations 1946 et 1956 : près d'une femme sur trois de catégorie B ou C de la génération 1946 partait au titre d'un départ normal contre à peine plus d'une sur dix pour la génération 1956 (graphique 9.a). De l'ordre de 45 % des départs se font en effet au titre de la catégorie active, qui permet un départ à la retraite 5 ans avant l'AOD de droit commun, soit entre 55 ans et 55 ans et 4 mois pour les générations

1946 à 1956⁶, sous réserve de justifier de 15 à 17 années, selon les générations, sur des emplois relevant de la catégorie active. Si la part des agents occupant des emplois relevant de la catégorie active tend à diminuer au fil du temps⁷ (Henry et Soulat, 2018), réduisant ainsi la proportion des agents en mesure de prétendre à un départ avant l'AOD de droit commun, les générations étudiées ici ne sont *a priori* pas ou très peu concernées par ces décalages. Néanmoins, il est probable que le rôle d'amortisseur qu'a pu avoir la catégorie active vis-à-vis du risque d'invalidité diminuera à mesure que les décalages d'AOD s'appliqueront et que les effectifs de fonctionnaires éligibles à un départ anticipé pour catégorie active se réduiront.

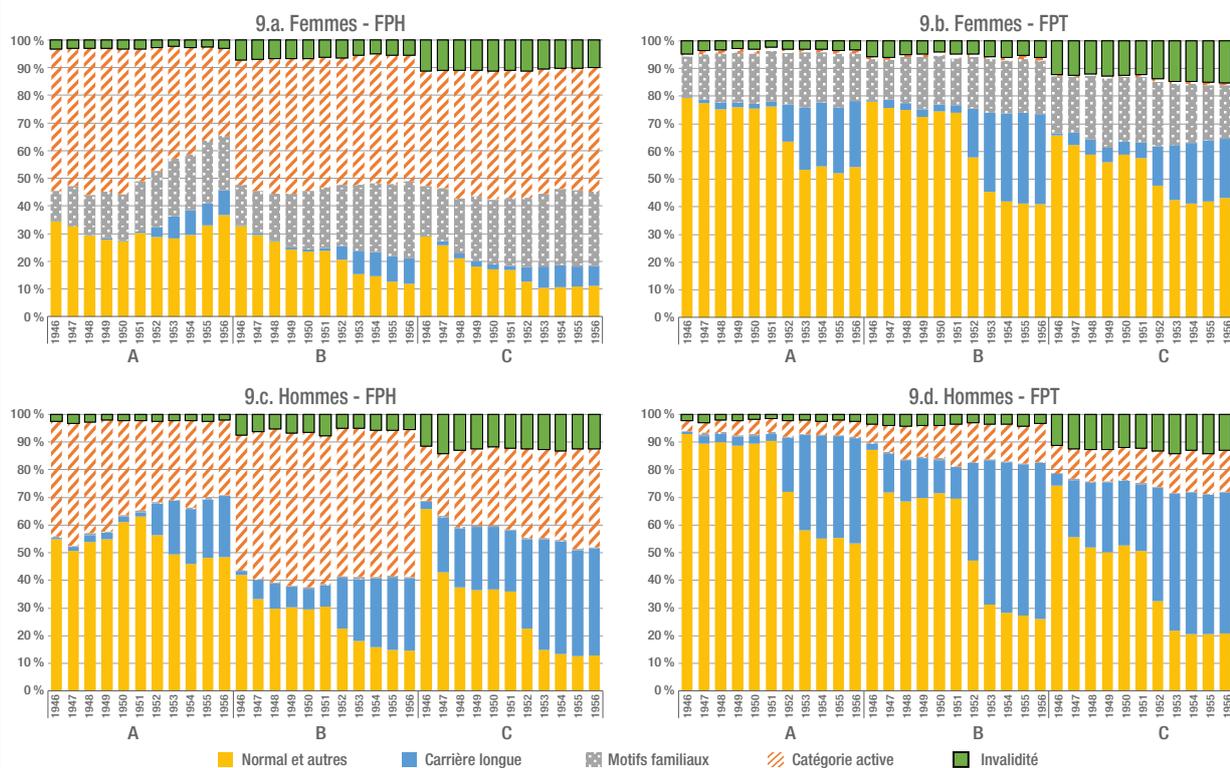
Les femmes des générations étudiées ont également pu bénéficier de départs à la retraite anticipés pour motifs familiaux, principalement au titre du dispositif « parent de trois enfants » qui permettait aux fonctionnaires ayant accompli 15 années de service effectif et parents d'au moins trois enfants de partir à la retraite de manière anticipée sous réserve d'avoir interrompu ou réduit leur activité pour chaque enfant. Ils bénéficiaient alors des règles de liquidation en vigueur l'année où ils réunissaient les conditions mentionnées ci-dessus. Si le dispositif a été abrogé au 1^{er} janvier 2012, sauf pour les parents qui remplissaient ces conditions avant cette date, les générations étudiées ici n'ont pas été massivement concernées par cette abrogation. Ainsi, ce dispositif concerne encore une femme sur quatre dans la FPH et une femme sur cinq dans la FPT. L'attrition de ce dispositif ne permettra plus à un nombre important de femmes des générations suivantes de partir à la retraite de manière anticipée, notamment celles qui ne réunissent pas les conditions pour partir en catégorie active ou en carrière longue. Ces dernières seront donc à l'avenir soumises plus longtemps au

6 La montée en charge de la réforme 2010 pour l'AOD des agents en catégorie active se termine à la génération 1960, pour laquelle l'AOD atteint alors 57 ans (Soulat, 2015).

7 Certains corps ont connu des évolutions statutaires emportant notamment la perte du bénéfice de la catégorie active. C'est le cas notamment des personnels infirmiers à la suite de la réforme du statut intervenue en 2010 : ainsi, les infirmiers de soins généraux déjà en activité en 2010 ont eu le choix entre passer en catégorie A et perdre le bénéfice de la catégorie active mais avec un AOD de 60 ans (contre 62 pour les sédentaires), ou bien opter pour le maintien en catégorie B et conserver la faculté de partir dès 57 ans au titre de la catégorie active. Les infirmiers entrés en activité à partir du 1^{er} décembre 2010 ont en revanche l'AOD des sédentaires soit 62 ans (avant la réforme de 2023). Pour plus de détails, voir notamment Dorin et al. (2021).

Graphique 9

Motifs de départs selon la génération et la catégorie hiérarchique



Source : Caisse des Dépôts.

Champ : fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, hors affiliations de moins de 15 ans.

Lecture : parmi les femmes retraitées anciennes fonctionnaires territoriales de catégorie C de la génération 1956, 21 % sont parties au titre d'une carrière longue et 19 % pour motifs familiaux.

risque d'invalidité – celui-ci augmentant a fortiori avec l'âge – avant l'atteinte de l'AOD correspondant à un départ normal (AOD sédentaire). Ainsi, la diminution continue de l'invalidité dans la FPH observée dans cette étude pour les femmes nées entre 1946 et 1956 ne présume en rien de son évolution ultérieure.

Chez les hommes de la FPH, un rôle d'amortisseur de la retraite anticipée pour carrière longue

Le relèvement de l'AOD s'est par ailleurs accompagné pour les générations concernées d'assouplissements successifs des conditions d'accès aux départs anticipés pour carrière longue. En particulier, à compter du 1^{er} novembre 2012, les affiliés justifiant de la durée d'assurance requise pour leur génération pour le bénéfice du taux plein et de cinq trimestres cotisés avant 20 ans (quatre trimestres pour les affiliés nés au 4^e trimestre) peuvent prétendre à un départ anticipé à 60 ans. La génération 1952, qui est la première à

bénéficier de cet assouplissement, était déjà la première à être concernée par l'extension de la condition de début d'activité à l'année des 18 ans (réforme de 2010⁸) puis par l'élargissement des trimestres considérés comme cotisés à une partie des périodes de chômage et de maternité (décret du 2 juillet 2012, élargissement encore étendu avec la réforme de 2014). Si les départs pour le motif carrière longue chez les femmes de la FPH ne représentent pas plus de 7 % à 9 % (selon la catégorie) de l'ensemble des liquidations de la génération 1956, leur apparition à partir de la génération 1952 explique probablement – au moins en partie – l'inflexion à la baisse de la part des départs en invalidité constatée dans le graphique 8.

Les hommes de la FPH bénéficient eux aussi massivement de départs anticipés au titre de la catégorie active (jusqu'à plus de la moitié des départs pour les agents de catégorie B, graphique 9.c). En revanche, contrairement aux femmes, le poids des départs au titre

⁸ Il existait déjà deux conditions de début d'activité, à 16 et 17 ans, permettant des départs à 56 et 59 ans respectivement.

de motifs familiaux est anecdotique. Ces départs sont, en proportion et relativement aux femmes, compensés par des départs anticipés au titre de la carrière longue plus nombreux, en particulier à partir de la génération 1952 : ils représentent près de 40 % de l'ensemble des départs des fonctionnaires hospitaliers masculins de catégorie C, de l'ordre d'un quart des départs des agents de catégorie B et un cinquième des départs des agents de catégorie A.

Finalement, dans la fonction publique hospitalière, quels que soient le sexe ou la catégorie hiérarchique, le recul de l'AOD et l'allongement de la durée d'assurance requise pour le taux plein ont été en grande partie absorbés par les dispositifs de retraite anticipée : catégorie active, motifs familiaux et carrière longue. Ils ont ainsi probablement limité l'accroissement de la population soumise au risque d'invalidité puisqu'une part importante des agents qui auraient eu du mal à se maintenir en activité jusqu'à l'AOD de leur génération (au risque de basculer en invalidité) ont pu bénéficier de départs anticipés.

Pour les femmes de la FPT, les possibilités de départ en retraite anticipé sont trop faibles pour empêcher la progression des départs en invalidité

L'élégibilité des fonctionnaires de la FPT aux dispositifs de départ anticipé est sensiblement différente de celle de leurs homologues du versant hospitalier. Elle varie également selon le sexe. Tout d'abord, les emplois de catégorie active sont nettement moins répandus dans la FPT que dans la FPH et sont majoritairement occupés par des hommes : près de 15 % de ces derniers partent à la retraite de manière anticipée au titre de la catégorie active dans la catégorie hiérarchique B et C (graphique 9.d) contre à peine 1 % des femmes (graphique 9.b). En revanche, les départs pour motifs familiaux représentent toujours environ un départ sur cinq pour les femmes, quelle que soit la catégorie hiérarchique.

Ce sont les départs anticipés pour carrière longue qui différencient le plus les hommes et les femmes de la FPT. Tout d'abord, comme dans la FPH, la part de ces départs explose à partir de la génération 1952 : par rapport à la génération 1951, tous sexes confondus, elle double pour la catégorie C, quadruple pour la catégorie B et décuple presque pour la

catégorie A. Néanmoins, les niveaux atteints diffèrent nettement selon le sexe : pour les hommes nés après 1952, les retraites pour carrière longue représentent plus de la moitié des départs de la catégorie B et C et près de 40 % de ceux de la catégorie A ; pour les femmes des mêmes générations, cette proportion n'est que d'un peu plus d'un cinquième pour la catégorie C, un tiers pour la catégorie B et à peine un quart pour la catégorie A. En effet, l'éligibilité au dispositif de carrière longue exige un nombre minimum de trimestres validés avant un âge donné. Or, en population générale, les femmes ont un âge moyen de début de carrière supérieur à celui des hommes et vérifient donc moins souvent cette condition : 19,3 ans contre 18,8 ans pour la génération 1950 et 19,9 ans contre 19,5 ans pour la génération 1956 (Drees, 2023). Elles ont en outre des durées d'assurance inférieures en moyenne à celles des hommes, en particulier chez les fonctionnaires territoriaux (Bridenne et Mariama, 2014). Ces éléments expliquent pourquoi les femmes vérifient moins souvent que les hommes les conditions d'éligibilité à la retraite anticipée pour carrière longue et sont donc davantage qu'eux tributaires de l'AOD (voire de l'AAD) sédentaire.

La progression de la part des départs en invalidité des femmes fonctionnaires territoriales après l'entrée en vigueur de la réforme de 2010 pourrait donc s'expliquer en grande partie par de plus faibles possibilités de recours aux dispositifs de départs anticipés que leurs homologues masculins de la FPT ou que la majorité des fonctionnaires de la FPH. Toutefois, ces écarts de prévalence de l'invalidité entre versants et sexes devraient encore évoluer à l'avenir. L'assouplissement des règles d'éligibilité au dispositif de carrière longue, pour les périodes d'affiliation au régime général (détailé plus haut), mais aussi la création d'une nouvelle borne d'âge de départ à 63 ans pour un début de carrière avant 21 ans (introduit par la réforme 2023) pourraient améliorer l'éligibilité des femmes aux départs à ce titre. Néanmoins, l'abrogation du dispositif « parent de trois enfants », auquel les femmes des générations 1946-1956 ont fréquemment recouru, réduit nettement les possibilités de départs anticipés des générations suivantes et devrait augmenter leur exposition au risque d'invalidité. Ensuite, le recul des emplois en catégorie active, plus marqué dans la fonction publique hospitalière, devrait

également réduire les possibilités de départs anticipés dans ce versant alors qu'ils avaient jusqu'à maintenant contribué au maintien de la tendance à la baisse des taux d'invalidité des femmes et à la relative stabilité de celui des hommes. Enfin, la réforme des retraites de 2023 repoussant, à terme, de deux ans l'AOD des sédentaires (de 62 à 64 ans) et d'autant ceux des carrières longues⁹ et de la catégorie active, pourrait encore accroître les effectifs de départs en invalidité des générations concernées à des âges plus avancés.

Les départs en invalidité interviennent à des âges plus élevés

Les générations 1946 à 1956 sont celles pour lesquelles la montée en charge des réformes des retraites successives est la plus rapide pour les sédentaires : entre les fonctionnaires nés entre 1946 et ceux nés en 1956, l'AOD augmente de 2 ans, la durée d'assurance requise pour partir à taux plein s'accroît de 10 trimestres et, surtout, l'AAD (qui ne concerne pas les générations antérieures à 1946 dans la fonction publique) se décale de 5,5 années (graphique 5). Bien que l'analyse montre que pour certaines populations l'augmentation de la prévalence de l'invalidité coïncide avec le décalage de

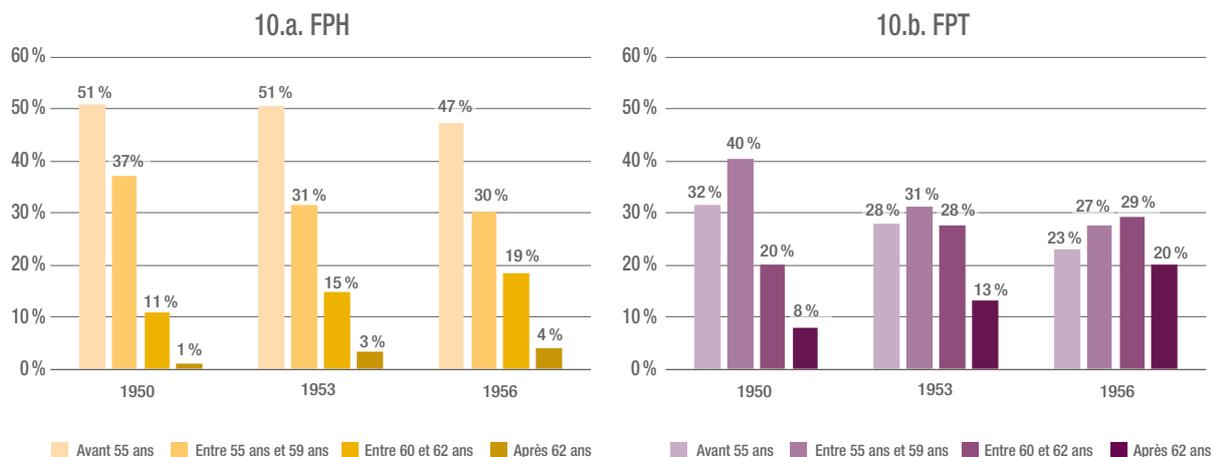
l'AOD, il n'est pas possible de quantifier précisément la part attribuable à chacune de ces mesures. Ainsi, au-delà de la fréquence de l'invalidité présentée dans le graphique 8, c'est l'analyse de l'âge auquel elle survient qui peut éclairer les éventuelles relations entre son évolution et les mesures législatives spécifiques sur la retraite.

Si l'invalidité peut survenir à tout moment, sa prévalence augmente avec l'âge et la majeure partie des départs en invalidité a lieu avant l'AOD. Toutefois, la répartition par âge diffère selon les générations et le versant. Dans la fonction publique hospitalière, la moitié environ des départs en invalidité a lieu avant 55 ans (graphique 10.a). Cette proportion reste relativement stable entre les générations 1950, 1953 et 1956. En revanche, la part des départs en invalidité au-delà de 60 ans double presque entre la génération 1950, dernière génération pour laquelle l'AOD sédentaire est de 60 ans (12 % des départs en invalidité de la génération) et la génération 1956, dont l'AOD est fixé à 62 ans (23 %). Malgré tout, la prévalence de l'invalidité dans la FPH recule à tous les âges pour les générations 1950, 1953 et 1956 (graphique 11) et il est difficile d'isoler les effets spécifiques de chaque réforme. Les précédentes parties montrent d'ailleurs que la FPH ne semble pas lourdement touchée par les réformes d'âges s'appliquant aux générations 1950 à 1956.

⁹ La réforme introduit toutefois la possibilité de partir à 63 ans en cas de cotisation suffisante avant 21 ans et sous condition de durée d'assurance minimum sur l'ensemble de la carrière.

Graphique 10

Répartition par tranches d'âge de départ en invalidité à la FPT et FPH



Source : Caisse des Dépôts.

Champ : fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, hors affiliations de moins de 15 ans.

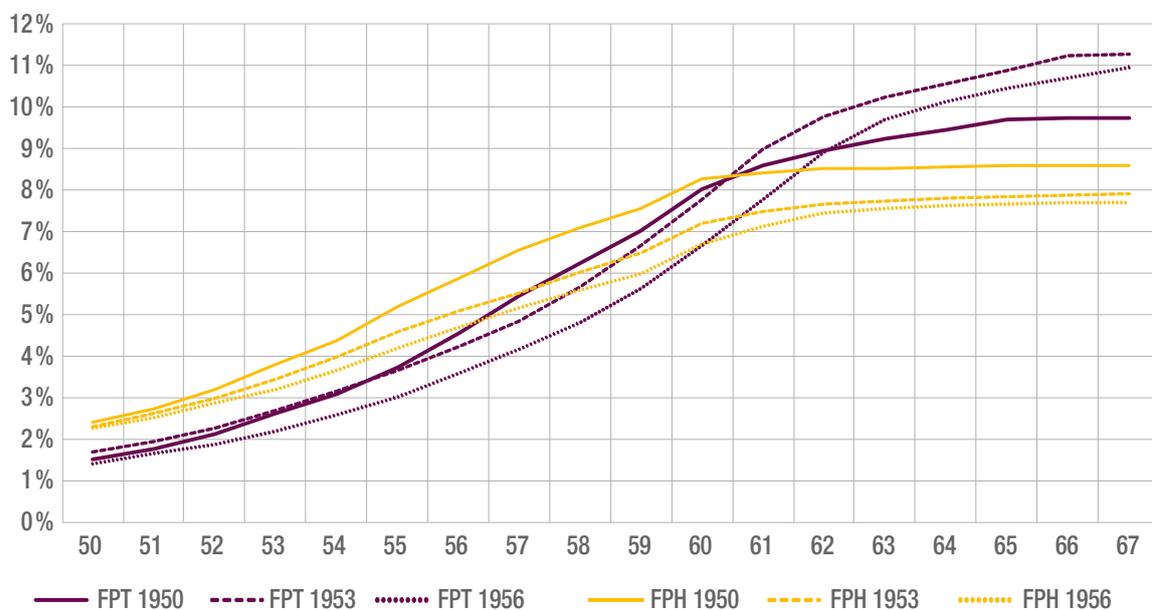
Lecture : dans la FPT pour la génération 1956, 20% des départs pour invalidité interviennent après 62 ans.

À l’opposé, la répartition des départs en invalidité s’est davantage modifiée au fil des générations pour la fonction publique territoriale. Si seulement 28 % des départs en invalidité ont lieu à 60 ans ou plus pour la génération 1950, c’est le cas de 41 % des départs en invalidité de la génération 1953 et près de la moitié de ceux de la génération 1956 (graphique 10.b). Dans le détail, le poids des départs en invalidité entre 60 ans et 62 ans progresse entre ces trois générations (+9 points) mais celui des départs au-delà de 62 ans augmente plus rapidement encore

(+12 points). Si la hausse des départs entre 60 ans et 62 ans semble naturellement pouvoir être imputée, en partie au moins, au décalage de l’AOD, c’est probablement la hausse de la durée d’assurance requise pour le taux plein et le décalage conséquent de l’AAD qui poussent une partie des fonctionnaires territoriaux à décaler leur départ à la retraite de manière à atteindre le taux plein ou annuler leur décote. En repoussant leur départ, ces affiliés s’exposent donc plus longtemps à un risque d’invalidité d’autant plus important qu’ils atteignent des âges élevés.

Graphique 11

Passage en invalidité selon l’âge, la génération et le versant



Source : Caisse des Dépôts.

Champ : fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, hors affiliations de moins de 15 ans.

Lecture : à l’âge de 60 ans, 8,0 % des fonctionnaires territoriaux nés en 1950 sont invalides.

Bibliographie

Bakhti, S. (2022), « Les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers bénéficiaires d'une pension d'invalidité : qui sont-ils ? », *Questions politiques sociales - Les brèves*, n°12, janvier, <https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/qps-les-breves-ndeg12>

Belliard, K. et I. Bridenne (2017), « La couverture invalidité des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers », *Questions politiques sociales - Les études*, n°18, avril, <https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/qps-les-etudes-ndeg18>

Bulcourt, M., A. Lemonnier et L. Soulat (2022), « Espérance de vie des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers : un regard sur des emplois spécifiques », *Questions politiques sociales - Les études*, n°39, décembre, <https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/qps-les-etudes-ndeg39>

Bridenne, I. et Y. Mariama (2014), « Éclairage sur les écarts de pension entre les hommes et les femmes à la CNRACL », *Question politiques sociales - Les études*, n°06, janvier, <https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/qps-les-etudes-ndeg6>

CNRACL (2021), « Étude de l'invalidité CNRACL 2020 », <https://www.cnracl.retraites.fr/sites/default/files/2022-04/Etude%20de%20l%27invalidit%C3%A9%20CNRACL%20flux%202020%20VF.pdf>

Deroyon, T. (2023), « L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,6 ans pour les femmes et 11,3 pour les hommes, en 2021 », *Études et Résultats*, Drees, n°258, février, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-03/ER1258MAJ240223.pdf>

Dorin, C., A. Marino, S. Rabaté et L. Soulat (2021), « Évaluation de la réforme des infirmiers diplômés d'État sur les dynamiques de carrière et la retraite : une approche par microsimulation », *Économie & prévision*, 2021/1 (n°218), p. 23-43, <https://www.cairn.info/revue-economie-et-prevision-2021-1-page-23.htm>

Drees (2023), *Les retraités et la retraite*, Édition 2023, fiche 12, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/les-retraites-et-0>

Henry, M. et L. Soulat (2018), « Les fonctionnaires relevant de la catégorie active, une population en baisse », *Questions politiques sociales - Les études*, n°21, janvier, <https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/qps-les-etudes-ndeg21>

Solard, G. (2016), « L'effet de la réforme des retraites de 2010 sur les pensions d'invalidité », *Les dossiers de la Drees*, n°6, p. 8-43, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd06.pdf>

Soulat, L. (2015), « Évolution de la distribution des âges de départ des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux en catégorie active », *Questions politiques sociales - Les cahiers*, n°4, mai, <https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/qps-les-cahiers-ndeg4>

Les collections Questions Politiques Sociales : QPS – Les études, QPS – Les cahiers, QPS – Les brèves

QPS – Les études est une publication de la direction des politiques sociales de la Caisse des Dépôts. Elle a vocation à faire connaître les résultats des travaux d'études dans l'ensemble des domaines de la protection sociale (retraite, vieillissement, handicap...) et de la formation professionnelle. Elle est complétée par **QPS - Les cahiers** qui est une série de documents de travail diffusant des études approfondies et **QPS – Les brèves** qui propose des éclairages statistiques. L'ensemble des numéros est disponible sur le site <https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/> à la rubrique **Publications et statistiques**.

politiques-sociales.caissedesdepots.fr

Consultez les publications ou abonnez-vous à leur diffusion sur le site :
politiques-sociales.caissedesdepots.fr à la rubrique Publications et statistiques

Une publication de la direction des politiques sociales de la Caisse des Dépôts
Directrice de la publication : Marianne Kermaol-Berthomé – Rédacteur en chef : Laurent Soulat
Réalisation : direction de la Communication - Politiques sociales
Impression : Imprimerie CDC (75) – Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2025 – ISSN : 2803-1474
Contact : etudesdps@caissedesdepots.fr – 12, avenue Pierre Mendès-France – 75914 Paris cedex 13

**Ensemble,
faisons grandir
la France**

caissedesdepots.fr

