

La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente

Par Marion Del Sol, professeur de droit à l'Université de Rennes 1 et directrice du laboratoire IODE



Marion DEL SOL est professeur de droit à l'Université de Rennes 1 et directrice du laboratoire IODE (UMR CNRS 6262). Spécialiste de droit de la protection sociale, elle codirige la chronique Protection sociale complémentaire dans la revue Droit social (éd. Dalloz).

En droit français de la sécurité sociale, l'invalidité renvoie à une incapacité de travail – définitive ou « stabilisée » – d'origine non professionnelle ou, plus exactement, non susceptible d'être prise en charge par la branche « accidents du travail – maladies professionnelles » (ci-après ATMP), mais également non congénitale. L'incapacité permanente est quant à elle une notion qui s'inscrit dans le champ des ATMP.

On le voit, le droit de la sécurité sociale développe une approche causaliste des altérations définitives ou stabilisées de la santé susceptibles d'emporter une prise en charge de la victime. Cela se traduit par la coexistence d'une voie dédiée aux problèmes de santé dont un accident du travail ou une maladie professionnelle est la cause, celle de l'incapacité permanente, et d'une voie « générale », celle de l'invalidité. Cela emporte également coexistence de deux régimes de prise en charge très contrastés. Pourtant, on s'interroge rarement sur les différences notionnelles entre invalidité et incapacité permanente. Or, des différences substantielles méritent attention qui concernent la finalité, l'objet mais également les pratiques d'évaluation.


I- Finalité de l'évaluation

Sur un plan organique, les régimes de l'invalidité et des ATMP font partie intégrante de la Sécurité sociale. Cependant, leurs différences conceptuelles marquées expliquent que l'évaluation de l'invalidité ne poursuit pas la même finalité que l'évaluation de l'incapacité permanente. Il ne s'agit pas de deux versants d'un même système de prise en charge.

I-1/ Des inscriptions systémiques différentes

Au sein du régime général de la sécurité sociale, l'assurance invalidité figure au rang des *assurances sociales* au même titre que les assurances maladie, vieillesse, décès, veuvage, maternité et paternité (CSS, art. L. 311-1). Le risque social y est pensé au regard de ses conséquences économiques dommageables sur l'individu et/ou sa famille¹, sa réalisation

¹ J.-P. Laborde, *La notion de risque en droit des assurances et en droit de la sécurité sociale*, in *Études offertes à Hubert Groutel*, « Responsabilité civile et assurances », Lexis Nexis, coll. Litec, 2006, pp.237-245



affectant la capacité de gain ou emportant un surcroît de dépenses (par exemple les charges de famille). Sur un plan conceptuel, cela révèle une sécurité sociale de type salarial dont l'objectif est de compenser, par le versement de prestations, la perte de revenus professionnels ou l'impossibilité de se procurer de tels revenus consécutivement à la survenance d'un risque social tel que la maladie. Ces prestations constituent alors des revenus de remplacement pour l'assuré social. La cause étant indifférente, ces dispositifs dits d'assurances sociales reposent sur une socialisation étendue du risque faisant appel à une logique contributive.

Dans le système français de sécurité sociale, le régime ATMP ne relève pas quant à lui du champ des assurances sociales. Il s'apparente davantage à un dispositif d'assurance de responsabilité. Le risque y est pensé d'abord au regard du fait qui l'a généré. Cela ne signifie pas que les conséquences économiques sont indifférentes ; mais elles ne sont ni la clé de compréhension ni l'entrée conceptuelle du dispositif institué. En effet, dans le cadre du régime ATMP, la prise en charge n'intervient qu'après caractérisation d'un fait générateur particulier auquel on peut imputer le dommage survenu : un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail (CSS, art. L. 411-1) ou encore une maladie dont l'origine professionnelle est présumée ou établie dans les conditions posées à l'article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale. Par voie de conséquence, la cause de l'atteinte corporelle est alors doublement déterminante : elle conditionne l'entrée dans le régime de prise en charge pour la victime (ou ses ayants droit) ; elle justifie également les modalités particulières du financement qui reposent quasi exclusivement sur des cotisations patronales, le risque étant potentiellement créé par l'activité des entreprises et donc théoriquement imputable à celle-ci².

I.2/ Des évaluations ayant des finalités différentes

En matière d'invalidité, l'évaluation vise *in fine* à l'octroi d'un revenu de remplacement sous forme de pension. Il s'agit d'évaluer les effets de l'altération de l'état de santé sur la capacité à venir de travail ou de gain en vue d'une compensation financière. Il ne s'agit donc ni d'évaluer l'altération elle-même, ni de réparer la perte de gains occasionnée mais bien de prendre en considération, pour l'avenir, les effets que l'altération grave et stabilisée de l'état de santé emporte sur la capacité de travail ou de gain de l'assuré. De ce point de vue, l'article L. 341-1 du Code de la sécurité sociale est explicite qui précise que « *l'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées [au moins les deux tiers], sa capacité de travail ou gain...* ». L'inscription de l'invalidité dans le registre des assurances sociales est sans ambiguïté : l'évaluation porte sur les conséquences économiques négatives que l'état de santé invalidant de la personne aura pour l'avenir. Lorsque ces conséquences atteignent un certain niveau³, le bénéfice d'une garantie économique est accordé, sous conditions contributive et d'affiliation préalables.

2 Si la qualification d'assurance de responsabilité est assez répandue, elle n'est pas unanimement partagée ni totalement satisfaisante. Pour une proposition affinée de régime de responsabilité à caractère social, v. J.-A. Morin, *Le régime d'indemnisation des ATMP et la responsabilité civile*, thèse Paris 1, 2016, 743 p., spéc. p. 235 et s.

3 La générosité d'un régime d'invalidité se mesure tout autant au montant de la pension qu'au niveau à partir duquel la compensation peut se déclencher.

Dans le champ des ATMP, on se situe dans un registre indemnitaire dont la mobilisation vise à réparer divers préjudices. Ce sont donc les dommages qui donnent lieu à évaluation, notamment l'atteinte à l'intégrité de la personne. Dès lors, l'évaluation de l'incapacité permanente consiste en une mesure de l'altération stabilisée de l'état de santé d'une personne consécutivement à un accident du travail ou une maladie professionnelle dont elle a été victime. Le régime ATMP reposant sur une logique d'assurance de responsabilité, l'évaluation de l'incapacité permanente doit permettre de réparer les préjudices afin de rétablir – en tout ou partie – la victime dans la situation où elle se trouvait avant la réalisation du dommage.

Le régime ATMP ignore totalement le retentissement professionnel que peut avoir une maladie qui est stabilisée sans séquelles, voire guérie. En effet, la victime de la maladie professionnelle ne subit alors aucune incapacité permanente, ce qui exclut toute réparation alors même que son employabilité peut être sérieusement gagée. Il peut dès lors s'avérer plus « stratégique » pour la prise en charge de la victime de ne pas mobiliser le régime ATMP et de lui préférer la voie de l'invalidité. Une situation, décrite par F. Bardot et A. Touranchet dans un article de 2006, illustre bien cette incohérence systémique. « *Dans le cas des dermatoses allergiques, par exemple, le salarié qui a quitté son travail est guéri. Il se retrouve donc au chômage sans rente ou au mieux avec une rente extrêmement faible. Après 50 ans, il est donc préférable d'opter pour l'invalidité, plus avantageuse compte tenu de l'âge et de l'ancienneté, que pour une reconnaissance au titre des maladies professionnelles* »⁴. Si une telle orientation est la meilleure solution pour la victime, elle contribue à occulter l'origine professionnelle de la pathologie qu'avait contractée le salarié, ce qui est dommageable du point de vue de la prévention en entreprise.

II- Objet et pratique d'évaluation

Les différences de finalité rejaillissent sur la détermination de l'objet d'évaluation. Toutefois, l'affirmation de différences d'objet entre invalidité et incapacité permanente doit être nuancée. Cela rend sans doute quelque peu surprenants les contrastes importants qui sont constatés dans les pratiques d'évaluation ; cela légitime sans doute également de repenser l'évaluation du retentissement professionnel de l'altération de l'état de santé de la victime, que l'on soit dans le champ de l'invalidité ou dans celui du régime ATMP.

II.1/ Des différences relatives d'objet

En application de l'article L. 341-3 du Code de la sécurité sociale, l'état d'invalidité « *est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que [des] aptitudes et de [la] formation professionnelle* »⁵. Il emporte octroi d'une pension à la condition que l'invalidité réduise au moins des deux tiers la capacité de travail ou de gain de l'assuré. Au terme de l'article L. 341-1 du Code de la

⁴ F. Bardot et A. Touranchet, Partir plus tôt pour raisons de santé : le dilemme des médecins de travail, Retraite et société, 2006, p. 67

⁵ L'appréciation se fait soit après consolidation de la blessure en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents du travail ; soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces prévues au 4° de l'article L. 321-1 (indemnités journalières pendant 3 ans) ; soit après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration du délai susmentionné ; soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme. Sur la notion de consolidation, v. T. Tauran, *La consolidation en droit de la sécurité sociale*, RDSS 2012, pp. 1097-1108.



sécurité sociale, cela signifie que l'assuré doit se trouver dans l'impossibilité de se procurer une rémunération supérieure au tiers du salaire normal que perçoivent les travailleurs de sa catégorie professionnelle⁶. Il s'agit de compenser financièrement, quoiqu'imparfaitement, la « distance à l'emploi » de l'assuré, donc l'incidence professionnelle de son état de santé en termes d'employabilité.

Dans le champ de l'incapacité ATMP, l'article L. 434-2 du Code de la sécurité sociale dispose que le taux d'incapacité (réelle) est déterminé « *d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques ou mentales, les aptitudes, la qualification professionnelle de la victime, en tenant compte d'un barème indicatif d'invalidité* ». Il est fait place à des critères médicaux reposant sur l'appréciation de l'état de la personne, notamment la nature de son infirmité, ainsi qu'à des considérations médico-sociales, en particulier les aptitudes et la qualification professionnelle. Certes, selon les propres termes du barème indicatif d'invalidité pris en application de l'article R. 434-35 du code de la sécurité sociale, « *la donnée de base* » est la nature de l'infirmité, c'est-à-dire l'atteinte physique ou mentale de la victime, la diminution de validité qui résulte de la perte ou de l'altération des organes ou des fonctions du corps humain. Cependant, le barème précise également qu'il appartient au médecin évaluateur, « *lorsque les séquelles de l'accident ou de la maladie lui paraissent devoir entraîner une modification dans la situation professionnelle de l'intéressé, ou un changement d'emploi, de bien mettre en relief ce point susceptible d'influer sur l'estimation globale* ». Ainsi, le médecin-conseil est-il invité à majorer le taux théorique en raison, par exemple, des obstacles que les conséquences de l'âge peuvent emporter sur reclassement professionnel. Il doit également prendre en considération les aptitudes de la victime, à savoir ses facultés à se reclasser ou à réapprendre un métier compatible avec son état de santé ou encore sa qualification professionnelle qui se rapporte aux possibilités d'exercice d'une profession déterminée. Le taux médical d'incapacité doit en principe être modulé en considération des conséquences fonctionnelles emportées par l'accident (ou la maladie) sur l'employabilité de la victime, ce qui peut se traduire par l'attribution d'un coefficient professionnel. Celui-ci a vocation à prendre en compte la perte d'emploi consécutive à l'accident mais également les difficultés, parfois même l'impossibilité, de retrouver un emploi en raison de séquelles persistantes qui s'avèrent fortement handicapantes dans la perspective d'une reprise d'activité professionnelle.

Une analogie peut alors être envisagée avec le régime de l'invalidité dont il convient de rappeler qu'il tend à évaluer les effets de l'altération de l'état de santé sur la capacité à venir de travail ou de gain. Dans ce champ, il est intéressant de se reporter aux principes – toujours « opérationnels » – posés par le Conseil supérieur des assurances sociales et explicités par une circulaire ministérielle

6 Situation où l'assuré est « *hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme* ».

142 SS du 29 juillet 1946 : « *l'invalidité susceptible d'ouvrir droit à pension est... l'incapacité générale de gain qui est déterminée par les différents facteurs susceptibles de conditionner le reclassement de l'individu dans le monde du travail, c'est-à-dire par la nature et la gravité des affections ou infirmités constatées, par l'âge du sujet, ses aptitudes physiques et mentales, sa formation professionnelle et les activités antérieurement exercées* ». Même si la circulaire précise qu'il s'agit d'apprécier l'incapacité générale et « *non l'incapacité physique, ni l'incapacité par rapport à une profession donnée* », il n'en est pas moins vrai qu'elle indique la nécessité de tenir compte, notamment, de la formation professionnelle et des activités antérieurement exercées.

II.2/ Des différences marquées de pratique d'évaluation


Dans le champ du droit de la sécurité sociale, les pratiques d'évaluation font débat que l'on se situe dans le cadre de l'invalidité ou de l'incapacité permanente.

En matière d'invalidité, l'appréciation de l'état s'opère en principe « *en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle* ». Cette caractérisation repose donc sur une hybridation de critères de nature différente visant à déterminer la capacité de travail ou de gain restante : des critères médicaux *lato sensu* (état général, facultés physiques et mentales et, à un moindre degré, âge) et des critères socio-professionnels (aptitudes et formation professionnelle). Aucun barème officiel n'existe ici. En réalité, les médecins-conseils des organismes de sécurité sociale qui doivent apprécier l'invalidité combinent les principaux paramètres que sont l'état de santé dont l'altération est souvent multifactorielle, l'âge et la capacité de la personne à se former. À défaut de référentiel commun, est constatée une grande diversité d'appréciation. À plusieurs reprises ces dernières années, a été pointée du doigt la très grande hétérogénéité des appréciations, source d'inégalités importantes pour les assurés selon la région de résidence⁷.

En matière d'incapacité permanente, l'article L. 434-2 du Code de la sécurité sociale dispose que le taux d'incapacité réelle est déterminé « *d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques ou mentales, les aptitudes, la qualification professionnelle de la victime, en tenant compte d'un barème indicatif d'invalidité* ». En raison des modalités de recours au barème issu d'un décret du 17 juillet 1985, l'appréciation de l'incapacité permanente est sujette à beaucoup moins de variabilité que celle de l'invalidité. En effet, la fixation du taux médical se fait quasi exclusivement *in abstracto* à partir du barème dont les médecins-conseils font en réalité un usage systématique alors même qu'il est présenté comme étant indicatif. Si la nature de l'infirmité est la « *donnée de base* », le barème est quant à lui la clé de voûte de la détermination du taux médical ; dès lors, le recours généralisé qui y est fait objective l'appréciation de l'incapacité.

Mais, au cas présent, l'objectivité de l'appréciation conduit à une appréciation très (trop) peu personnalisée des préjudices. Dans un système de nature indemnitaire, cette faible personnalisation s'avère inadéquate, en décalage avec la logique induite par la nature même

⁷ Cour des comptes (2010), Rapport sur la Sécurité sociale, p. 415 et s ; IGAS (2012), L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque



du système institué⁸. Elle est également insatisfaisante puisqu'elle ne permet pas l'évaluation de l'ensemble des préjudices. En effet, de par ses caractéristiques et ses lacunes⁹, le barème « traduit plus l'incapacité physiologique que l'incapacité de travail »¹⁰. Il n'appréhende pas réellement les conséquences professionnelles du dommage¹¹. Or, le constat est fait que « la notification d'un coefficient professionnel spécifique par la Caisse est loin d'être une pratique courante »¹². Ainsi, un médecin conseillant les victimes dans le cadre de recours devant le tribunal du contentieux de l'incapacité relève que le compte rendu médical d'attribution du taux d'incapacité permanente ne fait souvent part que du taux médical¹³. Et, lorsqu'un taux professionnel est retenu, il est très généralement peu élevé et même le plus souvent très faible. « L'approche médicale [prend] le dessus et l'évaluation de la perte de capacité de gain [est] négligée au profit d'une estimation de la perte fonctionnelle, sans référence à l'activité exercée avant l'accident. Le lien entre perte de capacité professionnelle et niveau du revenu de remplacement est dès lors perdu de vue. En réalité, le régime de réparation repose sur une représentation du travailleur handicapé et des conséquences de son état sur sa capacité de travail fondamentalement biaisées »¹⁴.

Au regard de ces pratiques, il peut être plus intéressant dans certaines situations d'orienter la victime d'une maladie dont la reconnaissance du caractère professionnel est quasi certaine vers le régime de l'invalidité plutôt que vers celui des ATMP. La raison principale réside dans le fait qu'en matière de maladies professionnelles, les taux d'incapacité permanente sont souvent faibles parce que déterminés presque exclusivement sur la base des séquelles physiques et emportent un niveau de réparation peu élevé. Or, en fonction de la nature des séquelles, le salarié peut être confronté à un licenciement pour inaptitude à son poste antérieur qu'il n'est plus en capacité d'occuper. Pour un salarié âgé, les perspectives de retour à l'emploi se trouvent fortement diminuées, *a fortiori* s'il a une faible qualification. Et le niveau de prise en charge par la branche ATMP ne lui accorde pas une réparation en rapport avec la perte d'employabilité qui est la sienne. Il peut donc être plus judicieux de ne pas solliciter la reconnaissance de la maladie professionnelle pour se placer dans le champ de l'invalidité. Mais encore faut-il être orienté en ce sens.

8 D'une certaine façon, cette non-personnalisation est encouragée par la ligne jurisprudentielle de la Cour de cassation concernant la nature de la rente ATMP. Les juges font une approche globalisante des préjudices indemnisés par la rente, dispensant en quelque sorte les CPAM de démontrer, poste par poste, les préjudices qu'elles indemnisent. En effet, sans le justifier, la Cour de cassation affirme que « la rente... indemnise, d'une part, les pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité, d'autre part, le déficit fonctionnel permanent ; en l'absence de perte de gains professionnels ou d'incidence professionnelle, cette rente indemnise nécessairement le poste de préjudice personnel de déficit fonctionnel permanent » (Civ. 2e, 11 juin 2009).

9 Ces lacunes du barème ont été soulignées, notamment, dans un rapport de l'IGAS datant de 1991. Voir IGAS (1991), La modernisation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles

10 Cour des comptes (2002), La gestion des risques accidents du travail et maladies professionnelles, p. 155

11 Ne sont pas non plus appréhendés les préjudices extra-patrimoniaux tels que les souffrances physiques et morales.

12 T. Garat et F. Meyer, Réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : la prise en compte de l'incidence professionnelle dans la détermination du taux d'incapacité permanente partielle, Dr. ouvrier 2008, p. 418.
M. Del Sol, La prise en considération du retentissement professionnel, parent pauvre de la réparation ATMP, Dr. social 2015, p. 300

13 P. Donnou, L'incidence professionnelle dans divers contentieux, Dr. soc. 2015, p. 308

14 F. Meyer, Les victimes face à la redéfinition jurisprudentielle de la nature juridique de la rente, Dr. soc. 2015, p. 295

II.3/ Une même nécessité de revoir l'évaluation du retentissement professionnel

A minima, en matière ATMP conviendrait-il de donner une réalité « augmentée » à la coopération de diverses autorités médicales¹⁵. En effet, le barème indicatif d'invalidité utilisé par les médecins-conseils pour déterminer le taux d'incapacité permanente précise que, « lorsqu'un accident du travail ou une maladie professionnelle paraît avoir des répercussions particulières sur la pratique du métier, et, à plus forte raison, lorsque l'assuré ne paraît pas en mesure de reprendre son activité professionnelle antérieure, le médecin conseil peut demander, en accord avec l'intéressé, des renseignements complémentaires au médecin du travail ». Il s'agit alors d'apprécier si le salarié a la possibilité de continuer à occuper son poste de travail ou si un changement d'emploi ou de profession semble inéluctable.

Le Code de la sécurité sociale lui-même invite à cette coopération. Son article R. 434-31 dispose que, « sur proposition [du service médical de la caisse¹⁶], lorsqu'il estime que l'incapacité permanente présentée par la victime est susceptible de rendre celle-ci inapte à l'exercice de sa profession ou à la demande de la victime ou de son médecin traitant et si cette victime relève de la médecine du travail, la caisse... recueille l'avis du médecin du travail compétent en raison du contrat de travail liant ladite victime à son employeur ». Cela se traduit en principe par l'envoi au médecin du travail d'une fiche, à charge pour celui-ci d'y mentionner « les constatations et observations... faites lors de la visite [de reprise] et qui sont relatives à l'aptitude de la victime à reprendre son ancien emploi ou à la nécessité d'une réadaptation ». En principe, les éléments figurant sur cette fiche doivent aider le médecin-conseil à évaluer l'incapacité permanente au regard, notamment, des possibilités ou perspectives de retour à l'emploi du salarié dans son poste antérieur, voire dans un autre poste dans l'entreprise.


Mais l'ambition gagnerait à être toute autre. En 2010, la Cour des comptes établissait le constat d'« une ambiguïté non tranchée » entre invalidité et emploi. Autrement dit, en matière d'invalidité, la situation d'emploi et les perspectives de retour à l'emploi ne sont pas à proprement parler prises en compte ; elles ne le sont qu'indirectement et à la marge au travers des problèmes de reconversion auxquels l'assuré a de forts risques d'être confronté, notamment en raison de son âge et de sa formation. D'après l'analyse effectuée, la contradiction résulterait principalement de la mobilisation d'un modèle médical, modèle qui empêche, selon une étude réalisée par l'OCDE¹⁷, que les droits soient déterminés « selon une évaluation fiable et valable de la compétitivité d'une personne sur le marché du travail », les praticiens de santé n'étant pas formés – et sans doute n'ayant pas les outils nécessaires – « à la tâche complexe de l'évaluation de la manière dont les diverses maladies ou incapacités réduisent la compétitivité sur le marché du travail ».

Le rapport précité établi en 2012 par l'IGAS met en lumière les « failles » des règles et des pratiques en matière d'invalidité. Il y est souligné que, « si l'altération grave de la santé peut être évaluée par des barèmes médicaux, ses conséquences en termes d'employabilité nécessitent des barèmes ou des processus d'examen particuliers... et une expertise en matière d'emploi ». Ces conclusions sont pour partie transposables au champ de l'incapacité permanente. En

15 En matière d'invalidité, la Cour des comptes insiste sur la nécessité pour la sécurité sociale de développer des partenariats entre les réseaux, notamment avec ceux en charge du handicap ou avec les services de santé au travail.

16 Autrement dit, du médecin-conseil.

17 OCDE (2010), Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles – Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE



effet, l'omniprésence du barème indicatif d'invalidité pour évaluer l'état et le degré d'incapacité permanente souligne le caractère daté des pratiques et de la méthode d'évaluation existant dans le champ des ATMP. L'attribution d'un coefficient professionnel suppose que le médecin-conseil fournisse des éléments et des justificatifs à la CPAM. Or, contrairement à un médecin du travail, le médecin-conseil connaît peu les exigences physiologiques des métiers exercés par les victimes et, par conséquent, est mal outillé pour apprécier l'incidence professionnelle. Faute de grille d'analyse détaillant les chefs de préjudice, il se trouve relativement démuné.

Dès lors, la nécessité d'une approche pluridisciplinaire, à l'instar de celle utilisée pour l'appréciation des situations de handicap¹⁸, aurait sans doute tout son sens. En effet, en matière de handicap, les dispositions apparues en 2005 traduisent à la fois « *une posture juridique renouvelée* » et « *une conception médicalement remodelée de la personne handicapée* »¹⁹. L'angle de vue est inversé puisqu'il s'agit finalement non pas seulement d'évaluer médicalement le handicap, mais bien plus d'appréhender et d'apprécier les conséquences des déficiences fonctionnelles sur la participation de la personne à la vie en société, dont son insertion professionnelle, afin de mettre en place des mesures de compensation adaptées²⁰.

18 « Handicap et aptitude à l'emploi », dossier spécial de la Revue de droit sanitaire et social 2011, n° 5, pp. 789-880

19 P. Leroy, Logique d'assistance et aptitude à l'emploi, Revue de droit sanitaire et social, 2011, 5, p. 840

20 Voir notamment le guide-barème d'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (GEVA) que l'on trouve à l'annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles depuis un décret du 6 novembre 2007. Ce guide « vise à permettre aux utilisateurs de fixer le taux d'incapacité d'une personne quel que soit son âge à partir de l'analyse de ses déficiences et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine ».