

L ' AI – UN DOSSIER MALADE

COMMENT DES INCITATIONS NEGATIVES, UNE MULTITUDE D ' ACTEURS
ET DES AMBITIONS EXCESSIVES ONT DETERIORE LA SANTE DE L ' ASSURANCE
INVALIDITE

RÉSUMÉ

DU LIVRE D ' AVENIR SUISSE PARU SOUS LE MEME TITRE ET EDITE PAR VER-
LAG NZZ LIBRO EN DECEMBRE 2007

par Monika Bütler et Katja Gentinetta

Résumé

L'AI se trouve dans une situation financière catastrophique. Le déficit annuel s'est élevé, en 2006, à 1,6 milliards de francs, pour des rentrées s'élevant à 9,9 milliards de francs. Le total de la dette de l'AI s'élève à 9,3 milliards de francs ce qui correspond en gros aux rentrées annuelles. Le nombre des bénéficiaires de rentes AI qui était d'environ 165.000 en 1990 a augmenté jusqu'à atteindre 300.000 personnes en 2006. Cela est d'autant plus étonnant que dans les dernières décennies, les deux facteurs principaux d'invalidité, la santé de la population et son niveau de formation, se sont améliorés. Quant au vieillissement, il ne compte que pour un quart de l'augmentation des rentiers AI. Ce n'est que dans la période précédant la cinquième révision de l'AI qu'une diminution des nouveaux rentiers a pu être constatée.

Le livre qui a pour titre : *L'AI, un dossier malade*, cherche à repérer les causes profondes de cette situation. En corrélation avec l'évolution de cette institution sociale, autrefois d'avant-garde, il met systématiquement en lumière les causes qui ont été à l'œuvre dans cette dégradation et qui le sont encore aujourd'hui. Après avoir approfondi les faits et les fondements de l'AI, ce livre examine aussi le comportement des acteurs individuels et des institutions impliqués dans ce système d'assurance : médecins, employeurs, prestataires de moyens auxiliaires, directeurs de foyers et d'ateliers, organes d'exécution de l'AI, la justice, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) en tant qu'autorité de surveillance et le législateur ainsi que les décideurs politiques. Le comportement de tous ces acteurs dans le contexte législatif, économique et personnel est essentiellement influencé par leurs incitations et informations. En particulier, une mise en lumière de ces incitations fournit une explication possible pour la mauvaise situation financière de cette institution, ce qui suggère des réformes.

1. De l'aide d'urgence à un revenu de substitution

Jusqu'à la mise en place de l'AI en 1960, la prise en charge des conséquences d'une invalidité était décentralisée et du ressort du secteur privé : ceux qui se

chargeaient de ces conséquences étaient les personnes concernées elles-mêmes, leur famille, certaines organisations professionnelles et des institutions privées. Ce n'était qu'en dernière instance que l'assistance était assumée par les communes qui accordaient un minimum vital. Avec le lancement de l'AI en 1960, ces tâches furent dévolues à la Confédération. « La réinsertion prime sur la rente » : tel était le principe de cette assurance, une promesse qui n'a pourtant jamais été tenue. D'abord parce que les rentes de l'AI n'ont jamais cessé d'augmenter année après année. Ainsi, en 1964, elles ont augmenté de 33 % et, en 1973, de 80 %. En 1966, on assista à l'introduction de prestations complémentaires. En 1985, on vit apparaître la corrélation entre les rentes de l'AI et les rentes de la prévoyance professionnelle. Depuis 1984, les rentes AI sont adaptées selon l'index composite du salaire et des coûts. Et ce n'est qu'avec la cinquième révision que fut éliminé ce que l'on appelait un « supplément de carrière » pour les plus jeunes parmi les rentiers AI.

La Loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) définit l'invalidité comme « l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée » (art. 8 LPGA), « si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique » (art. 7 LPGA). C'est une assurance populaire. Pour des raisons évidentes, assurer les individus contre l'invalidité est un devoir de l'Etat. Des assurances privées et non obligatoires ne pourraient concerner que de « bons risques ». Du fait que l'Etat assure l'existence de chacun en dernier recours, quasiment personne ne contracterait une assurance contre ce risque incalculable de son plein gré. Quant à une assurance contre des infirmités congénitales ou contre une incapacité de travail, elle est un impératif de solidarité. Pour revenir maintenant à une assurance contre l'invalidité, la première difficulté qu'elle présente est qu'il est difficile d'estimer le degré d'invalidité : en règle générale, c'est le principal concerné qui peut se prononcer le mieux sur son état de santé. Dès lors, nous nous trouvons face à une asymétrie en termes d'information : les personnes concernées peuvent adopter une stratégie qui les conduira à aggraver leur état de santé dans le but d'obtenir une rente.

Les changements les plus frappants dans l'évolution de l'AI concernent deux catégories : premièrement, l'augmentation des rentes liées à des souffrances psychi-

ques et, deuxièmement, la part croissante des étrangers parmi les demandeurs. On observe, dans la première catégorie, un doublement des rentes. On trouve une augmentation semblable dans la catégorie des infirmités classée « os et organes de déplacement ». Toutes les autres sortes d'infirmités sont restées constantes ou ont diminué. La proportion d'étrangers ayant une rente AI à partir de 40 ans et dans les deux catégories d'infirmités que nous venons d'évoquer, est pratiquement deux fois plus élevée que la proportion de Suisses dans la même classe d'âge. Dans l'ensemble, il apparaît que la réinsertion se heurte à des obstacles considérables, allant de mesures insuffisantes pour les malades affectés de troubles psychiques à des instruments déficients lorsqu'il s'agit de rattraper des échecs ou encore mentionner des pertes financières. Enfin, il ne faut pas oublier que les rentes, versées dans la durée, offrent une plus grande sécurité que ce qu'accorde un libre marché du travail.

2. Les acteurs et leur histoire : une accumulation d'incitations négatives

Il serait simpliste et erroné de réduire les problèmes de l'AI à des abus. Les éventuels efforts fournis par les acteurs impliqués dans ce système pour éviter une rente ne sont pas considérés, alors que ces mêmes acteurs trouvent une gratification à se prononcer en faveur d'une rente.

Les médecins jouent un rôle significatif puisque la décision d'accorder une rente dépend fortement de leur diagnostic. Cependant, dans le cadre des exigences du marché du travail, on ne leur fait pas suffisamment confiance pour la raison suivante : en estimant que son patient est capable de travailler, un médecin peut se trouver en contradiction avec son rôle de défenseur d'un patient en souffrance. A partir de là, et étant donné un concept de santé qui n'a cessé de s'élargir, la pratique dans les procédures de l'AI s'est de plus en plus éloignée d'une réinsertion pour se fixer sur des problèmes de santé. Les employeurs qui, en principe, sont partenaires d'une réinsertion, ont été d'emblée insuffisamment impliqués dans ce processus. D'une part, ils doivent assumer divers coûts ainsi que, d'autre part, les risques d'une réinsertion. Mentionnons ces coûts : surplus de dépenses sur le plan de l'organisation et du financement – possibilité d'une augmentation des cotisations aux caisses de pension ainsi des primes à payer à l'assurance indemnités

journalières en cas de maladie. Dans le domaine examiné ici, des incitations gratifiantes, pour eux, n'existent quasiment pas.

Dans le secteur des prestataires de moyens auxiliaires, on observe des conditions qui ressemblent à celles d'un cartel. Cela tient à ce que l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) négocie avec toute la branche ce qui laisse la possibilité d'ententes sur les prix et les faits. A cela s'ajoute le constat que les personnes concernées ne peuvent guère choisir leur produit de manière autonome. On a relevé un manque de transparence dans les ateliers et les foyers d'handicapés. Dès lors, il est impossible d'évaluer l'efficacité des mesures prises selon un standard reconnu au niveau national. Les organes d'exécution font office d'orientation pour les dépôts de demandes de rente, pour des décisions et pour le versement des rentes. De plus, en raison de leurs attaches avec l'AVS, ces organes ne pouvaient, jusqu'il y a peu, guère agir de manière autonome. En outre, d'étroites limites financières ont eu pour effet que le chemin le plus simple et le plus rapide de la rente a été préféré à celui, plus exigeant, de la réinsertion. De longues procédures ont finalement contribué à ce que l'état de santé et la capacité d'intégration des demandeurs de rente se soient dégradés. En dernière analyse, on s'aperçoit que les instruments d'intégration sont jusqu'à ce jour à la traîne derrière des conditions cadre d'une société en mutation. Les tribunaux responsables d'un jugement final quant à l'octroi de rentes d'invalidité s'appuient en premier lieu sur l'expertise des médecins et ont considérablement déterminé ce qui se fait dans un large champ d'interprétation. Enfin, jusqu'en 2006, les possibilités de recours gratuit ont ouvert aux avocats et à leurs clients un domaine d'activité non négligeable.

Le système de sécurité sociale n'est pas orienté vers un objectif, mais vers les causes. Ceux qui sont concernés par ce système et qui ont besoin d'être réintégrés dans le marché du travail, ne sont pas orientés vers une institution, mais sont répartis dans différentes assurances sociales en fonction d'un système fondé sur la recherche de causes spécifiques. Au lieu d'une coopération étroite entre les assurances sociales, cette collaboration est déterminée par des incitations à transférer les personnes concernées. Par exemple, l'aide sociale est principalement fournie par les communes, celles-ci ont donc tout intérêt à transférer des cas en faveur de l'assurance-invalidité, elle financée par la Confédération, ainsi que les cotisations des employés et employeurs. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), épar-

gné des pressions politiques du Conseil fédéral, du Parlement et des groupes de pression, a longtemps négligé sa fonction d'autorité de surveillance. Quant aux instances politiques, elles ont réagi trop tard aux défauts du système ou, pour mieux dire, ont trop longtemps considéré ces défauts d'un point de vue exclusivement financier. C'est seulement sous la pression de la campagne sur les « faux » invalides que le monde politique a finalement réagi. Raison pour laquelle le but principal de la cinquième révision de la l'AI est de se fonder sur le principe de « la réinsertion prime sur la rente ».

3. Conclusions et propositions

L'histoire de l'AI met en évidence le fait que l'actuelle montagne de dettes accumulées par cette institution est le résultat d'une imbrication d'incitations négatives et de déficiences institutionnelles. En outre, il y a aujourd'hui des développements qui sont contreproductifs en regard du fonctionnement correct de l'AI. Enumérons quelques-uns de ces développements : la mondialisation avec ses effets sur le marché du travail – l'importance croissante de la santé – la médicalisation croissante de problèmes qui ne relèvent pas toujours de la santé – un individualisme galopant qui font de l'Etat un prestataire de services et une institution devant rendre des comptes à des clients. Tout cela n'a pas encore été vraiment pris en compte par le monde politique. Les taux de croissance, particulièrement depuis les années 1990, laissent supposer que l'AI est devenue un refuge pour des individus affectés de diverses souffrances qui, finalement, n'ont pas de rapport avec la santé et le monde du travail, mais sont liées aux effets produits par une société moderne et ouverte.

Ces développements rendent nécessaire un débat sur la finalité et la nature de l'équilibre social. C'est ainsi que la différence entre l'aide de l'Etat et un possible revenu devrait être telle que le désir de subvenir à soi-même reste intact. Corollairement, l'incitation exercée par un système qu'on peut exploiter pour obtenir une rente, devrait être réduite. Les contreparties – les obligations de présence et de collaboration – devraient être des conditions du soutien de l'Etat aux individus. Finalement, il faudrait se concentrer sur le principe suivant : « aider plutôt que subvenir ». C'est ainsi qu'on soutiendra une politique de réintégration.

La cinquième révision de l'AI, en introduisant les deux notions de détection et d'intervention précoces, a déjà commencé à corriger les incitations négatives en insistant sur les capacités d'activité partielles et sur des mesures d'économie. Cela dit, il y a encore beaucoup à faire. Par exemple, il faut éliminer les incitations négatives et corriger le niveau des rentes, particulièrement en ce qui concerne les automatismes avec les prestations complémentaires et la prévoyance professionnelle. Des mesures et des prestations financières mieux coordonnées entre l'AI, l'assurance-chômage et l'aide sociale pourraient être établies sur la base des institutions existantes – la Collaboration interinstitutionnelle (CII) et les MAMAC (de l'allemand Medizinisch-Arbeits Marktlche Assessments mit Case Management) – et permettre un échange d'expériences avec les Offices Régionaux de Placement (ORP). Le résultat d'une telle coopération renforcée apporterait une meilleure transparence, ce qui est nécessaire en regard des réformes à venir et des corrections à effectuer. Enfin, il faudrait vérifier si les trois institutions sociales ne devraient pas avoir un même guichet et si leur collaboration, visant un but commun, ne pourrait pas s'inscrire dans un meilleur contexte institutionnel.

Publication:

«Die IV – eine Krankengeschichte», Editions NZZ Libro, 248 pages, CHF 28.-, ISBN 978-3-03823-385-5; par Monika Bütler et Katja Gentinetta. Dès le 18 décembre dans les librairies.