

ASPECTS DE LA SECURITE SOCIALE

*Rapport dans le cadre du deuxième
Programme de recherche pluriannuel sur l'assurance invalidité (PR-AI2)*

Rapport de synthèse du deuxième programme de recherche AI (2010 – 2015)

Rapport de recherche n°16/15f



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédérale des assurances sociales OFAS

L'Office fédéral des assurances sociales publie dans sa série « Aspects de la sécurité sociale » des travaux conceptuels et des rapports de recherche ou d'évaluation sur des sujets d'actualité dans le domaine de la sécurité sociale pour les rendre accessibles au grand public et stimuler la discussion. Les conclusions et les recommandations présentées par les auteurs ne reflètent pas forcément l'opinion de l'Office fédéral des assurances sociales.

Auteurs: Office fédéral des assurances sociales
Rédaction : Cyrielle Champion, Christina Eggenberger, Martin Wicki, Frédéric Widmer (OFAS)
En collaboration avec Eric Patry

Renseignements: Martin Wicki
Recherche et Evaluation
Office fédéral des assurances sociales
Effingerstrasse 20
CH-3003 Berne
Tel. +41 (0) 58 462 90 02
E-mail : martin.wicki@bsv.admin.ch

ISSN: 1663-4659 (rapport électronique)
1663-4667 (version imprimée)

Copyright: Office fédéral des assurances sociales, CH-3003 Berne
Reproduction d'extraits autorisée – excepté à des fins commerciales – avec mention de la source ; copie à l'Office fédéral des assurances sociales.

Diffusion: OFCL, vente des publications fédérales, CH-3003 Berne
www.bundespublikationen.admin.ch

Numéro de commande: 318.010.16/15f

Table des matières

Résumé	V
Zusammenfassung	XV
Riassunto	XXV
Summary	XXXIII
1. Introduction.....	1
2. La procédure d’instruction dans l’assurance-invalidité	3
2.1 Introduction.....	3
2.2 De l’assurance de rente à l’assurance de réadaptation : enjeux pour la procédure d’instruction.....	3
2.3 Le déroulement de la procédure d’instruction	4
2.3.1 La procédure d’instruction pour les nouveaux cas	4
2.3.2 La procédure d’instruction dans le cas des révisions de rente	7
2.4 Les acteurs de la procédure d’instruction.....	9
2.4.1 Les services médicaux régionaux (SMR).....	9
2.4.2 Les expertises médicales.....	10
2.4.3 Les médecins traitants	11
2.4.4 Les assurés : évolution du profil et défis pour la procédure d’instruction.....	13
2.5 Conclusions et recommandations	15
2.5.1 Conclusions	15
2.5.2 Recommandations.....	15
2.6 Position de l’OFAS.....	16
2.6.1 Mesures prises jusqu’ici.....	16
2.6.2 Mesures envisagées.....	17
3. La réadaptation professionnelle dans l’assurance-invalidité.....	19
3.1 Introduction.....	19
3.2 « La réadaptation prime la rente » : mise en œuvre et impact des instruments de la 5 ^e révision	20
3.2.1 Détection précoce.....	21
3.2.2 Mesures d’intervention précoce	22
3.2.3 Mesures de réinsertion	24
3.2.4 Mesures d’ordre professionnel.....	25
3.3 Réadaptation des bénéficiaires de rente AI : mise en œuvre et effets de la révision 6a	25
3.3.1 Processus de nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rente : facteurs de réussite et obstacles	26
3.3.2 Révisions des rentes en vertu des dispositions finales	28

3.4	Autres acteurs du processus de réinsertion	29
3.4.1	Médecins traitants	29
3.4.2	Employeurs	29
3.5	Conclusions et recommandations	30
3.5.1	Conclusions	30
3.5.2	Recommandations	31
3.6	Position de l'OFAS	32
3.6.1	Mesures prises jusqu'ici	32
3.6.2	Mesures envisagées	33
4.	Maladies psychiques et assurance-invalidité	35
4.1	Introduction	35
4.2	Diagnostic et traitement des troubles psychiques dans l'instruction AI	36
4.2.1	L'instruction par l'AI des cas d'invalidité pour raisons psychiques	36
4.2.2	Expertises relatives à des maladies psychiques	37
4.3	Réadaptation sociale et professionnelle dans les maladies psychiques	39
4.3.1	Particularités de la situation sociale des personnes atteintes de maladies psychiques	39
4.3.2	Mesures pour la réadaptation professionnelle des personnes souffrant de problèmes psychiques	40
4.3.3	Problèmes psychiques au travail	42
4.4	Enfants, adolescents et jeunes adultes face à l'invalidité	43
4.4.1	Instruction des cas de jeunes assurés atteints dans leur santé psychique	43
4.4.2	Facteurs aggravants	44
4.4.3	Troubles précoces du développement	45
4.5	Le handicap psychique, défi interinstitutionnel	46
4.6	Conclusions et recommandations	46
4.6.1	Conclusions	46
4.6.2	Recommandations	47
4.7	Position de l'OFAS	48
4.7.1	Mesures prises jusqu'ici	48
4.7.2	Mesures envisagées	48
5.	Prestations financières de l'assurance-invalidité	51
5.1	Introduction	51
5.2	Rentes	51
5.2.1	Bases	51
5.2.2	Situation financière des bénéficiaires de rente AI et incitations à exercer une activité	51

5.3	Allocation pour impotent et contribution d'assistance.....	53
5.3.1	Situation des bénéficiaires d'une allocation pour impotent en matière de logement et d'assistance	54
5.3.2	Contribution d'assistance.....	55
5.4	Moyens auxiliaires	57
5.4.1	Evaluation de la qualité des appareils auditifs proposés	57
5.4.2	Analyse de l'évolution des prix des appareils auditifs.....	58
5.5	Conclusions et recommandations	59
5.5.1	Conclusions	59
5.5.2	Recommandations.....	61
5.6	Position de l'OFAS.....	61
5.6.1	Mesures prises jusqu'ici.....	61
5.6.2	Mesures envisagées.....	61
6.	Interfaces entre l'assurance-invalidité et d'autres acteurs.....	63
6.1	Introduction.....	63
6.2	Passages entre les systèmes AS-AI-AC et collaboration interinstitutionnelle.....	63
6.2.1	Quantification des passages.....	63
6.2.2	La collaboration interinstitutionnelle	65
6.3	Collaborations dans le domaine de la détection et de l'intervention précoces.....	66
6.4	Interfaces concernant les enfants et jeunes atteints dans leur santé.....	68
6.5	Conclusions et recommandations	70
6.6	Position de l'OFAS.....	71
6.6.1	Mesures prises jusqu'ici.....	71
6.6.2	Mesures envisagées.....	72
7.	Perspectives	73
	Bibliographie.....	75

Résumé

Mené de 2010 à 2015, le deuxième programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI 2) avait pour but d'évaluer les nouvelles mesures introduites dans l'AI, notamment celles des 4^e et 5^e révisions. Il a en outre permis d'approfondir les travaux de recherche menés dans le cadre du premier programme (PR-AI, 2006-2009) sur les interfaces entre les différents acteurs de la sécurité sociale et sur la mise en invalidité pour raisons psychiques. En six ans, le PR-AI 2 a donné lieu à 20 études, qui ont débouché sur la publication de 18 rapports dans la série de l'OFAS consacrée à la recherche et de 3 rapports électroniques.

Le présent rapport de synthèse résume les principaux résultats de ces études dans cinq domaines : la procédure d'instruction, la réadaptation professionnelle, les maladies psychiques, les prestations financières et les interfaces entre l'AI et d'autres acteurs. Les différents chapitres présentent les conclusions et les recommandations formulées par les auteurs des études ; ils se terminent par une prise de position de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) exposant les recommandations mises en œuvre depuis la fin des études et les étapes envisagées pour l'avenir.

Procédure d'instruction

Sauf pour les prestations facilement accessibles de détection et d'intervention précoces, l'octroi d'une prestation de l'assurance-invalidité – conseil, mesure de réadaptation, remise de moyens auxiliaires ou rente – est précédé d'une *instruction approfondie* de la situation et du potentiel de l'assuré. La forte croissance des dépenses de l'AI dans les années 1990, due à une augmentation rapide de l'effectif des rentes, a suscité des critiques accusant l'AI de ne pas être suffisamment compétente dans les expertises médicales. Au fil des 4^e, 5^e et 6^e révisions, l'AI s'est progressivement transformée en assurance de réadaptation. Etant donné ce changement d'orientation, les exigences en matière de procédure d'instruction ont évolué, imposant la mise en place de ressources et d'instruments adaptés à la nouvelle donne. Le PR-AI 2 avait pour objectif de reconstituer cette évolution, d'analyser la mise en œuvre des révisions successives et d'évaluer leurs effets. Il en ressort que les trois révisions ont considérablement modifié la procédure d'instruction : l'instauration des services médicaux régionaux (SMR) a renforcé l'indépendance et l'uniformité des expertises médicales ; les mesures de détection et d'intervention précoces ont accéléré la prise en charge orientée vers la réadaptation ; et les procédures d'instruction prennent davantage en considération le potentiel de réadaptation. La procédure d'instruction débute au moment où le cas d'une personne souffrant de problèmes de santé est communiqué à l'AI. Elle se poursuit par différentes mesures d'instruction et de réadaptation. Enfin, après la décision de principe et le préavis, elle débouche sur une décision concernant le droit à une rente.

D'après les résultats des études, l'orientation de la procédure d'instruction est l'une des causes expliquant le fort accroissement de l'effectif des rentes jusqu'en 2005. En effet, l'instruction se concentrait essentiellement sur les déficits des assurés et ne tenait pas compte, ou pas suffisamment, de leurs ressources. Ce phénomène s'est par ailleurs accentué avec l'augmentation relative des cas de troubles psychiques, pour lesquels la procédure d'instruction de l'AI n'était pas suffisamment adaptée. Qui plus est, les études ont constaté chez les médecins traitants des lacunes en matière de médecine des assurances. Pendant longtemps, les expertises médicales n'ont donc pas satisfait à un standard de qualité suffisant, ce qui, selon les études, favorisait le développement d'affections chroniques. Les SMR, instaurés dans le cadre de la 4^e révision de l'AI, ont étendu les compétences en médecine des assurances des offices AI et peuvent, en cas de besoin, mener leurs propres examens. La détection et l'intervention précoces, fruits de la 5^e révision, répondent au principe de « la rapidité avant la précision » et visent à éviter de longues périodes d'attente démotivantes ou à réduire la durée de ces périodes. Quant à la révision 6a, elle a encore renforcé la logique de la réadaptation, en l'élargissant au groupe des bénéficiaires de rente.

Malgré ces innovations, la durée des procédures reste relativement longue à cause de la complexité de la tâche et du nombre important d'acteurs impliqués, ce qui met notamment en évidence la nécessité d'améliorer la coordination entre les acteurs. Les études ont également relevé d'importantes différences entre les cantons dans la mise en œuvre des réformes. Alors que la plupart des offices AI mettent en œuvre toutes les mesures de réadaptation possibles avant de procéder à un examen du droit à la rente, une minorité d'offices AI n'envisagent de telles mesures que si l'assuré risque manifestement de perdre son emploi. La forte hétérogénéité des pratiques d'instruction concerne aussi le recours à des expertises monodisciplinaires, bidisciplinaires ou pluridisciplinaires, le type de collaboration avec le SMR et l'organisation interne du personnel. Les analyses multivariées montrent que le taux de nouvelles rentes est plus bas dans les offices AI qui, suivant l'esprit de la 5^e révision, renoncent à recueillir des informations médicales écrites très détaillées en début de procédure et octroient rapidement des mesures de réadaptation, notamment des mesures d'intervention précoce. Pour évaluer le potentiel de réadaptation, il vaut la peine de mobiliser le savoir-faire du SMR. Par contre, l'intensité des mesures d'instruction médicale n'a pas d'influence significative sur le taux de nouvelles rentes.

La procédure d'instruction peut certes déboucher sur une décision négative, mais celle-ci peut être contestée. Le nombre de recours a fortement augmenté de 2004 à 2009, avant de repartir légèrement à la baisse. Si les offices AI n'ont bien entendu aucune influence directe sur les décisions des tribunaux, il faut relever que de nombreuses décisions de justice contraires aux offices AI s'expliquent par la qualité (jugée insuffisante) des expertises médicales. Les avis des SMR concernant l'octroi des rentes sont diversement acceptés dans les procédures judiciaires selon les cantons. Dans la majorité des cas, tous les types d'expertises externes sont reconnus comme preuve, mais ce sont les expertises pluridisciplinaires qui sont le mieux acceptées par les tribunaux.

L'évaluation des effets de la révision 6a est limitée notamment par différents problèmes d'ordre méthodique (qualité des données et manque de recul). Les premières comparaisons entre cohortes permettent cependant d'identifier certaines tendances, peu réjouissantes, quant aux effets de cette révision. Même si le nombre de mesures de réadaptation octroyées a légèrement augmenté, il se maintient à un faible niveau et les réductions de rentes associées à ces mesures de réadaptation restent peu fréquentes.

Pour améliorer la procédure d'instruction, les offices AI devraient collaborer plus étroitement avec les médecins traitants et les informer des décisions et des étapes importantes. Une étude recommande d'instaurer un réseau de contacts avec les médecins traitants, indépendamment de la gestion de cas concrets.

Réadaptation professionnelle

Depuis l'entrée en vigueur de la 5^e révision, la *réadaptation professionnelle* est un des principaux objectifs de l'AI, qui doit évoluer d'une « assurance de rentes » en une « assurance de réadaptation ». Avant 2008, les principales mesures de réadaptation proposées étaient les mesures d'ordre professionnel, au rang desquelles figurent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement et le placement. Mais comme l'AI était impliquée trop tard et que la procédure durait trop longtemps, les offices AI se sont vu doter de nouveaux instruments et de personnel supplémentaire. Le but de ces instruments est d'assurer un suivi rapide et sans tracasseries administratives des personnes atteintes dans leur santé, afin qu'elles puissent, dans la mesure du possible, continuer à exercer une activité lucrative. La révision 6a a étendu ce principe de réadaptation aux bénéficiaires de rente. La rente devient dès lors une passerelle vers la réadaptation.

La détection précoce, instaurée dans le cadre de la 5^e révision, intervient alors qu'il existe encore un rapport de travail, ce qui permet à l'AI d'agir plus rapidement. Les mesures d'intervention précoce ont encore considérablement étendu l'offre. A cette palette se sont aussi

ajoutées les mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, qui s'adressent essentiellement aux personnes souffrant de troubles psychiques. Dès lors, le processus de réadaptation s'inscrit encore davantage dans la logique du case management : le dialogue avec l'assuré et les acteurs concernés ainsi que la réactivité doivent primer sur l'étude des dossiers et les procédures administratives. La réinsertion sur le marché primaire du travail doit intervenir rapidement, selon le principe « *first place, then train* », et avec le soutien de job coaches.

Une fois sur quatre, le premier contact avec l'AI a lieu dans le cadre de la détection précoce. Dans trois quarts de ces cas-là, l'assuré dépose ensuite une demande de prestations à l'AI. Les chercheurs en ont tiré deux conclusions : d'une part, la détection précoce permet de procéder à un tri très ciblé et d'autre part, l'AI peut la plupart du temps intervenir avant la perte d'emploi. La détection précoce a donc fait ses preuves, même si son plein potentiel n'est pas encore exploité ; il faut notamment encourager les employeurs à en tirer meilleur parti. Les mesures d'intervention précoce ont contribué à accélérer la mise en œuvre des mesures de réadaptation. Le recours à ces mesures a presque doublé entre 2004 et 2011 et, dans plus d'un tiers des cas, les mesures sont désormais octroyées dans les trois mois suivant le premier contact avec l'AI. Cela est d'autant plus important que les études ont montré que plus les mesures d'intervention précoce sont octroyées rapidement, plus le taux de nouvelles rentes est faible. L'efficacité de ces mesures dépend largement de la situation individuelle de l'assuré : elle est très marquée chez les personnes sans formation post-obligatoire. Or c'est justement ce groupe de personnes qui bénéficie le moins de mesures d'intervention précoce. S'agissant du type et du nombre de mesures d'intervention précoce octroyées, la pratique des offices AI est dans l'ensemble plutôt hétérogène, ce qui laisse présager une marge de progression en termes d'utilisation et d'efficacité. Les études recommandent d'exploiter davantage ces mesures, notamment pour les personnes atteintes dans leur santé psychique. L'utilisation des mesures de réinsertion est marginale, alors même qu'elles permettent selon une analyse d'augmenter les chances de réadaptation. Ici aussi, la situation est très différente d'un canton à l'autre. Quant aux mesures d'ordre professionnel, elles ne dérogent pas à la règle énoncée pour l'intervention précoce : plus elles sont prises tôt, plus elles sont efficaces. Il est donc recommandé de les appliquer rapidement et de manière encore plus ciblée, et de prévoir des moyens suffisants.

Les mesures de nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rente créées dans le cadre de la révision 6a soulèvent passablement de difficultés au niveau de la mise en œuvre. Si les offices AI ont amélioré leurs compétences et gagné en expérience au niveau du « tri intuitif », certains ne sont pas encore au clair sur les critères à prendre en compte. Manifestement, les conditions individuelles des assurés, notamment leurs ressources psychosociales, jouent un rôle déterminant. Vu le temps important qu'ils consacrent au tri, les offices AI sont déçus du faible nombre de personnes qui recourent effectivement aux mesures de nouvelle réadaptation. Ils se félicitent néanmoins du large éventail d'outils à leur disposition et soulignent qu'il est déterminant de pouvoir opter pour un dispositif taillé sur mesure. Par contre, ils considèrent qu'il y a encore beaucoup à faire pour que des emplois appropriés soient disponibles pour la nouvelle réadaptation, en particulier dans le secteur des bas revenus.

Maladies psychiques et assurance-invalidité

Les troubles psychiques sont devenus une des premières causes d'octroi de rente d'invalidité. Par rapport aux troubles somatiques, il a fallu plus de temps pour freiner l'évolution des mises en invalidité pour raisons psychiques, et ce ralentissement reste modéré, sans compter que la courbe des jeunes et des jeunes adultes ne suit pas encore cette tendance à la baisse. Cela explique pourquoi le taux de nouvelles rentes a fortement augmenté dans les années 1990, alors même que les spécialistes estiment que la prévalence des maladies psychiques est globalement stable. En d'autres termes, ce ne sont pas les cas de maladie

psychique qui ont augmenté, mais ce sont les conséquences de ces troubles sur la capacité de gain d'une personne sur le marché du travail qui se sont aggravées. Pour comprendre ce phénomène, le PR-AI 2 s'est penché sur les procédures d'instruction et de réadaptation des offices AI. L'analyse a permis de dégager les tendances générales suivantes : la qualité des dossiers et le relevé des informations sont insatisfaisants ; les médecins ne remplissent pas correctement les formulaires et les données qu'ils fournissent sur la capacité de gain sont de piètre qualité ; les contacts entre les offices AI et les médecins sont conflictuels. Par ailleurs, les psychiatres s'appuient rarement sur des directives pour les diagnostics et les traitements, et les éléments scientifiques attestant l'efficacité clinique des interventions dans le traitement des différentes pathologies sont lacunaires, de même que les analyses des effets psychosociaux. Pour corriger le tir, il faudrait systématiquement axer l'instruction sur les troubles fonctionnels et les ressources, contraindre les sociétés médicales à élaborer des directives relatives à l'instruction et au traitement des maladies psychiques et combler les lacunes en matière de preuves scientifiques.

Sur le plan social, la situation des bénéficiaires de rente atteints de maladies psychiques est moins bonne que la moyenne, et bien pire que celle des personnes qui ne touchent pas de rente. Les bénéficiaires souffrant de troubles psychiques sont plus touchés par le chômage, ils ont le revenu le plus faible parmi tous les bénéficiaires de rente et ils subissent plus souvent une phase de désinsertion professionnelle plus longue. En outre, l'instruction des cas de troubles psychiques prend nettement plus de temps que celle des autres types d'infirmités. Enfin, les bénéficiaires de rente pour raisons psychiques ont une probabilité nettement plus élevée d'avoir eu recours à d'autres prestations avant de toucher une rente AI.

Depuis 2008, les assurés atteints de troubles psychiques sont de plus en plus nombreux à profiter de mesures d'intervention précoce. Comme indiqué précédemment, les mesures de réinsertion, conçues spécialement pour ces personnes, sont rarement octroyées. Cela dit, environ trois quarts de ces mesures sont octroyées à des personnes atteintes de troubles psychiques.

Le type de mesures octroyées diffère sensiblement selon le diagnostic. Ainsi, ce sont principalement les personnes atteintes de schizophrénie et de troubles psychogènes ou réactifs du milieu qui obtiennent directement une rente, alors que les assurés souffrant de troubles de la personnalité bénéficient le plus souvent de mesures de réadaptation. Une des études critique le peu de tentatives de réadaptation effectuées chez les personnes porteuses du diagnostic de schizophrénie. En outre, le pronostic pour les jeunes qui interrompent leur formation est souvent trop vite pessimiste, ce qui explique que ce groupe obtient peu de mesures de réadaptation. Etant donné ces résultats, les études recommandent d'optimiser les mesures d'intervention précoce et les mesures d'ordre professionnel, si possible en se fondant sur des approches ayant fait leurs preuves, et de ne pas émettre de pronostic hâtif ni d'accorder une rente trop vite à des groupes ayant des perspectives de formation relativement bonnes. Les chercheurs incitent même à examiner l'opportunité de supprimer tout bonnement le versement de rentes aux assurés de moins de 30 ans.

Les offices AI et les médecins ne sont pas les seuls à rencontrer des difficultés lorsqu'il s'agit de réinsérer des personnes atteintes de troubles psychiques sur le marché primaire du travail. De nombreux employeurs se trouvent démunis lorsqu'un de leurs collaborateurs est confronté à des problèmes psychiques. Souvent, ils ne réagissent pas du tout, trop tard, ou de manière inappropriée, de sorte que le problème débouche dans de nombreux cas sur la résiliation des rapports de travail. Les chercheurs recommandent aux offices AI de mettre en place des mesures de sensibilisation et de soutien pour aider les employeurs et les collègues concernés à gérer le processus de réadaptation.

Enfin, des études se sont intéressées aux offres disponibles aux niveaux fédéral et cantonal pour les troubles précoces du développement. Elles sont arrivées à la conclusion que la

Suisse est bien dotée en centres de diagnostic compétents. L'offre s'est même nettement accrue ces quinze dernières années, plus ou moins fortement selon les régions. Cependant, de nombreux experts soulignent le manque de mesures d'éducation précoce intensive, aussi bien sous la forme de programmes de thérapie comportementale spécifiques que de mesures interdisciplinaires ou de pédagogie spécialisée. La scolarité intégrative est particulièrement difficile à mettre en place pour les enfants et les adolescents présentant un trouble du spectre autistique, et l'insertion professionnelle de ce groupe cible n'est pas aisée.

Pour gérer les cas de troubles psychiques, il est particulièrement urgent que l'AI puisse compter sur la coopération interinstitutionnelle et la coordination avec les écoles, les pédopsychiatres et les services de psychiatrie, ainsi qu'avec les employeurs, les autorités du marché du travail et les autres assurances.

Prestations financières

En plus des prestations déjà évoquées ci-dessus (mesures d'instruction et de réadaptation, rentes), l'AI octroie aussi des mesures médicales, des moyens auxiliaires, des allocations pour impotent et des contributions d'assistance. Un chapitre du rapport de synthèse résume les caractéristiques et les problématiques de ces prestations financières, telles qu'elles ressortent des études menées dans le cadre du PR-AI 2.

Les études montrent tout d'abord que la situation financière des ménages comprenant des bénéficiaires de rente est relativement mauvaise : ils sont près d'un sur six à devoir s'en sortir avec des moyens très faibles – soit un revenu inférieur à 50 % de la médiane –, contre un sur dix dans les autres ménages. Il est vrai que l'octroi de la rente sort de nombreux ménages d'une situation difficile et améliore parfois substantiellement la situation économique des ménages disposant de très faibles revenus ou ayant des enfants. Il n'en reste pas moins que la part des personnes disposant de faibles revenus est plus importante chez les bénéficiaires de rente que dans l'ensemble de la population, du fait que les bénéficiaires d'une rente AI sont moins formés que la moyenne et plus nombreux à avoir exercé, avant la survenance de l'invalidité, des professions moins bien rémunérées. Cela dit, la situation varie d'une personne à l'autre, tout spécialement chez les personnes percevant une rente partielle : certaines sont bien intégrées sur le marché du travail et réalisent un revenu élevé, tandis que d'autres vivent dans des conditions modestes. Quant à la question de savoir si le système de rentes en vigueur incite à exercer une activité lucrative, les chercheurs ont constaté des effets de seuil qui réduisent les incitations. Ils recommandent en conséquence l'instauration d'un système de rentes linéaire tel qu'il avait été proposé dans le projet de révision 6b, et qui a été rejeté lors du vote final au Parlement.

La 4^e révision de l'AI a doublé le montant de l'allocation pour impotent pour les personnes handicapées qui vivent à domicile et introduit un supplément pour soins intenses pour les mineurs vivant à domicile et nécessitant une assistance particulière. Quant à la révision 6a, elle a introduit la contribution d'assistance. Ces réformes avaient pour but de renforcer l'autonomie des personnes concernées. Depuis leur entrée en vigueur, le nombre de bénéficiaires d'une allocation pour impotent a fortement augmenté, ce qui s'explique d'un côté par l'accès facilité à cette prestation du fait de l'introduction de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et, de l'autre, pour des raisons démographiques. L'évaluation des nouveautés introduites avec la 4^e révision indique également que la part des bénéficiaires d'une allocation pour impotent vivant à domicile est passée de 50 % en 2004 à 59 % en 2011. De même, on constate une progression des personnes souffrant d'une maladie psychique parmi les bénéficiaires d'une allocation pour impotent, ce qui correspond à la volonté de la réforme. Pour ce qui est du logement de ce groupe de bénéficiaires, quatre adultes sur cinq sont satisfaits de leur situation, et ce qu'ils habitent à domicile ou dans une institution. Par ailleurs, une grande majorité des personnes ayant un enfant lourdement handicapé estiment que les

prestations de l'AI apportent un soutien déterminant pour surmonter les difficultés supplémentaires qui découlent du handicap. De manière générale, l'allocation pour impotent représente un allègement financier important pour les adultes vivant à domicile et pour les mineurs. Introduite début 2012, la contribution d'assistance vise à renforcer encore l'autonomie et la responsabilité des bénéficiaires, et à créer de nouvelles possibilités de décharger les proches. L'évaluation est en cours, mais les résultats intermédiaires indiquent qu'elle gagne petit à petit en importance. Les personnes ayant droit à une allocation pour impotence grave sont (pour le moment) surreprésentées parmi les bénéficiaires d'une contribution d'assistance. Les résultats pour l'année 2015 semblent confirmer l'hypothèse que le besoin d'une contribution d'assistance est plus aigu chez les personnes bénéficiant d'une allocation pour impotence grave que chez les assurés percevant une allocation pour impotence faible ou moyenne. Cette surreprésentation recule lentement.

Les recherches ont également porté sur une autre prestation de l'AI, à savoir les moyens auxiliaires. Le 1^{er} juillet 2011, l'AI a modifié le système de remboursement des appareils auditifs, abandonnant le système tarifaire appliqué jusqu'alors pour passer à un système de remboursement forfaitaire. Si le système tarifaire était considéré comme de bonne qualité, il était jugé très onéreux par rapport à l'étranger, tant pour les assurés que pour les assurances. En effet, les audioprothésistes exploitaient pratiquement toute la marge de manœuvre offerte par les tarifs, ce qui avait pour effet d'éliminer la concurrence. Le nouveau système forfaitaire vise à renforcer la concurrence, et par là même à faire baisser les prix, ainsi qu'à renforcer le pouvoir de décision de l'assuré en lui versant directement le montant. Deux études menées dans le cadre du PR-AI 2 se sont intéressées à la satisfaction des utilisateurs par rapport à la qualité des appareils proposés depuis l'introduction du nouveau système et aux changements intervenus dans le jeu de la concurrence. La première étude, portant sur la qualité de la fourniture, montre que la majorité des appareils achetés dans le nouveau système sont du même type que ceux achetés avec l'ancien système et que les équipements de ces appareils n'ont pas davantage changé de façon substantielle. Le passage au système forfaitaire n'a pour l'instant pas renforcé le pouvoir de décision des porteurs d'appareils auditifs. En effet, il ne les a pas incités à comparer davantage les offres des audioprothésistes ; quant aux autres fournisseurs, tels que les pharmacies ou les drogueries, ils n'ont guère réussi à s'affirmer sur le marché. Le passage au système forfaitaire a conduit à une réduction du nombre de prestations proposées (les forfaits sont nettement inférieurs aux montants remboursés avec le système tarifaire). Toutefois, la satisfaction des utilisateurs à l'égard des prestations de service et d'adaptation demeure élevée, alors qu'un léger recul a été enregistré pour ce qui concerne les prestations de suivi. Quant à la deuxième étude, qui a analysé l'évolution des prix, elle montre que l'offre d'appareils auditifs s'est élargie : de plus en plus de modèles ont été mis sur le marché, proposés par un nombre croissant de fournisseurs. Cette diversification des produits est allée de pair avec un recul des parts de marché des principaux fabricants ; les auteurs de l'étude interprètent ce fait comme le signe d'un renforcement de la concurrence. Le marché a donc légèrement évolué depuis le passage au système forfaitaire et les prix ont quelque peu reculé, toutes choses égales par ailleurs. Toutefois, la baisse de prix est nettement moindre que ce qui avait été initialement espéré. Les auteurs estiment que les changements sur le marché mettent du temps à s'imposer et qu'il faudra donc procéder à de nouvelles observations ultérieurement, soit vers 2017.

Interfaces entre les offices AI et d'autres acteurs

Plusieurs études réalisées dans le cadre du PR-AI 2 se sont intéressées aux principales interfaces entre l'AI et d'autres acteurs, notamment des domaines de la santé, de la sécurité sociale, du marché du travail et de la formation. Elles ont abordé la question des interfaces sous deux angles différents : celui des passages entre les systèmes et celui de la collaboration interinstitutionnelle (CII) entre les acteurs.

Une étude a reconstitué le parcours des nouveaux bénéficiaires de rente AI en 2010. Elle constate que plus de la moitié d'entre eux n'a perçu aucune prestation de l'assurance-chômage ni de l'aide sociale avant l'octroi de la rente AI. De même, le parcours assurance-chômage → aide sociale → assurance-invalidité, souvent considéré comme problématique, correspond à moins de 10 % des cas de nouvelles rentes AI en 2010. Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, il ne s'agit donc pas d'un parcours « type ». Comme le montre une étude sur l'évaluation de la réadaptation professionnelle, une large majorité des personnes qui ont déposé une demande de prestations AI étaient encore en emploi au moment de la demande. Cette proportion est passée de 64 % en 2004 à 74 % en 2011. L'étude sur les parcours des nouveaux bénéficiaires de rente en 2010 révèle que l'octroi de prestations de l'AI est souvent précédé d'une baisse du revenu et d'une dégradation du parcours professionnel. Elle indique également que les personnes souffrant de troubles psychiques présentent des parcours plus complexes et ont plus fréquemment recours à d'autres branches de la sécurité sociale avant de déposer une demande à l'AI. Les révisions de l'AI n'ont eu que de très faibles conséquences sur l'aide sociale et sur l'assurance-chômage.

La CII a vu le jour au début des années 2000 en réponse aux problèmes croissants survenant aux interfaces entre les différentes branches de la sécurité sociale ; son objectif est la coordination optimale de ces branches dans l'optique de la réadaptation des personnes soutenues. Bien qu'encouragée au niveau fédéral, la mise en œuvre de la CII reste avant tout de la compétence des cantons. Un état des lieux réalisé après dix ans d'existence de la CII dans les cantons met en évidence la très grande diversité des formes qu'elle prend dans les cantons et les communes. Ces formes peuvent être regroupées en quatre types de collaboration : la collaboration multilatérale pour les jeunes, la collaboration multilatérale pour les adultes, la collaboration bilatérale et la coordination relative aux structures, indépendamment de toute gestion de cas. Toutefois, un résultat majeur de ce rapport est que l'essentiel de la collaboration a lieu de manière totalement informelle. La CII est un instrument généralement évalué de manière positive par les acteurs de terrain, notamment par les collaborateurs de l'AI. Les avantages perçus se situent notamment au niveau de l'échange d'informations, de la clarification des responsabilités, ainsi que de la coordination des prestations financières et de réadaptation. L'étude relève cependant aussi les nombreuses limites de la CII et les obstacles auxquels elle est confrontée : caractère décentralisé et facultatif, insuffisance des ressources à disposition, absence d'incitations structurelles, dépendance face au cadre légal existant et risque d'une charge de travail supplémentaire pour les spécialistes du terrain. Les bases statistiques, encore lacunaires et extrêmement hétérogènes, limitent fortement les possibilités d'évaluation de la CII. Les auteurs recommandent de développer une définition commune de la CII incluant aussi le système de santé et les employeurs, et de renforcer les incitations financières à l'appui d'une coopération plus étroite.

La collaboration avec les acteurs du marché du travail et de la santé impliqués en amont constitue un autre défi pour l'AI. Durant la période couverte par le PR-AI 2, deux projets pilotes ont été consacrés à ce thème : les projets « Détection précoce et réinsertion professionnelle (DPR) » et « ConCerto ». Les évaluations montrent que ces deux projets ont sensiblement renforcé la collaboration entre les acteurs impliqués et amélioré la détection précoce et la gestion des cas de maladie et d'accident de personnes encore en emploi. S'il est indéniable que les avantages à court terme de ce type d'initiatives doivent être régulièrement reconsidérés, les projets dont il est question ici se sont révélés globalement aptes à soutenir le maintien en emploi et à éviter, à long terme, le versement d'une rente. Les évaluations soulignent néanmoins que les modèles de collaboration en question sont peu adaptés aux besoins et aux capacités des petites entreprises.

Une dernière forme de collaboration a été étudiée dans le cadre du PR-AI 2 : celle entre l'AI et les acteurs engagés dans la formation des jeunes. En comparaison internationale, la Suisse dispose d'une palette relativement bien développée de services destinés aux jeunes

atteints dans leur santé. Toutefois, plusieurs lacunes sont relevées : les jeunes atteints dans leur santé ont rarement accès aux mesures cantonales de transition I, les moyens pour détecter et accompagner les jeunes en rupture d'apprentissage sont rudimentaires, et les institutions scolaires et de formation professionnelle sont encore très peu adaptées aux besoins spécifiques des enfants et des jeunes atteints dans leur santé psychique et de ceux présentant des troubles du spectre de l'autisme.

Prises de position de l'OFAS

A la fin de chaque chapitre, l'OFAS prend position sur les conclusions et les recommandations formulées dans les rapports du PR-AI 2. Ces prises de position relèvent les changements intervenus depuis la conclusion des études ainsi que les mesures prises jusqu'ici et celles envisagées pour la suite ou proposées dans le cadre du projet de développement continu de l'AI.

De 2002 à 2014, le rapport entre les personnes touchant de nouvelles rentes et celles bénéficiant de mesures de réadaptation professionnelle s'est plus qu'inversé (de 2 :1 à 1 :2). Ce constat tend à démontrer que la transformation de l'AI d'une assurance de rente en une assurance de réadaptation est en marche. Concernant la procédure d'instruction, l'AI entend introduire à l'avenir davantage d'instruments standardisés, principalement axés sur les ressources. Les relations entre les médecins traitants et l'AI doivent être améliorées, et ce grâce à des manifestations, à des entretiens réguliers et à la plateforme Internet ai-pro-medico.ch, exploitée conjointement par la FMH, la Conférence des offices AI et l'OFAS. Un groupe de travail composé de représentants du domaine AI (OFAS) et des services compétents de l'OFSP a été constitué pour encourager la formation initiale, postgrade et continue des médecins traitants dans les domaines du droit des assurances sociales en général et du droit de l'AI en particulier. Actuellement, l'accent est mis sur la formation continue des médecins étrangers pratiquant en Suisse, ainsi que sur la formation postgrade en matière de droit de l'AI des médecins travaillant dans de grands hôpitaux.

En 2015, le Tribunal fédéral a appuyé dans un arrêt de principe (ATF 141 V 281) une demande formulée depuis longtemps par l'OFAS, qui estime indispensable que les sociétés médicales élaborent des directives spécifiques concernant les expertises médico-assurantielles en fonction des divers tableaux cliniques. Les offices AI peuvent certes émettre, avec le concours des centres d'expertises, des règles relatives à la qualité de la structure et du déroulement des expertises, mais l'assurance n'est pas compétente en ce qui concerne les exigences de qualité qui relèvent des disciplines médicales. Diverses circulaires précisent désormais que la rente ne doit être octroyée que si l'office AI a vérifié et documenté pour chaque cas particulier que tous les traitements médicaux raisonnablement exigibles ont été tentés.

Les modifications apportées au règlement sur l'assurance-invalidité, entrées en vigueur début 2015, ont permis d'introduire de nouvelles mesures dans le domaine de la réadaptation professionnelle : assouplissement des mesures de réinsertion, offres de conseils, d'accompagnement et de formation proposées aux employeurs indépendamment de la gestion d'un cas concret et fourniture d'informations et de conseils aux spécialistes des domaines de l'école et de la formation. Afin de sensibiliser davantage les employeurs, le corps médical et les spécialistes des domaines de l'école et de la formation, des moyens sont mis à disposition pour les activités de communication des offices AI pour qu'elles atteignent un plus large public. Le portail d'information Compasso, destiné à l'ensemble des employeurs, sera étoffé et pérennisé.

Par ailleurs, l'OFAS est membre du Réseau santé psychique Suisse qui regroupe plus d'une centaine d'organisations actives dans le domaine de la santé psychique. Ce réseau s'efforce de sensibiliser et d'intégrer d'autres acteurs aux niveaux fédéral et cantonal, notamment en organisant des manifestations et en publiant une newsletter.

Diverses optimisations des mesures de réadaptation existantes sont proposées dans le cadre du projet de développement continu de l'AI mis en consultation. Le projet prévoit des mesures pour intensifier la collaboration entre l'AI et les instances cantonales responsables de la transition I (case management Formation professionnelle, offres transitoires). Dans le domaine des rentes, il y a lieu d'observer les effets pervers qui peuvent découler, sur le plan financier, des critères déterminant le droit à une rente AI, et ce de manière globale, c'est-à-dire en tenant compte des prestations du 2^e pilier et des PC. Toujours dans le cadre du développement continu de l'AI, l'OFAS a repris l'idée d'un système de rentes linéaire. L'objectif est d'éviter que les assurés qui reprennent une activité ou augmentent leur taux d'occupation ne soient pénalisés financièrement.

Zusammenfassung

Das zweite Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung FoP2-IV mit einer Laufdauer von 2010-2015 legt einen gewichtigen Schwerpunkt auf die Evaluation der eingeleiteten Massnahmen, insbesondere der 4. und 5. IVG-Revision. Zudem wurden – wie bereits im ersten Programm (FoP-IV 2006-2009) – die Schnittstellen zwischen verschiedenen Akteuren der Sozialen Sicherheit analysiert und das Wissen über psychisch bedingte Invalidisierungen weiter vertieft. Während der sechsjährigen Laufzeit wurden 20 Projekte durchgeführt, die zu 18 Publikationen in der Forschungsreihe sowie zu drei e-Publikationen führten.

Der Synthesebericht fasst die wichtigsten Erkenntnisse aus den verschiedenen Studien zusammen. Er gliedert sie nach den Bereichen Abklärungsprozess, Berufliche Eingliederung, Psychische Erkrankung, Finanzielle Leistungen und Schnittstellen zu andern Akteuren. In den Kapiteln werden die Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Autorinnen und Autoren der Studien wiedergegeben. Diese werden abschliessend in jedem Kapitel vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) kommentiert. Dabei wird aufgezeigt, welche Empfehlungen in der Zwischenzeit umgesetzt worden sind und welche weiteren Schritte noch vorgesehen sind.

Abklärung

Abgesehen von den niederschweligen Leistungen der FEFI, setzt jede Leistung der Invalidenversicherung, sei es eine Beratung, seien es Eingliederungsmassnahmen, sei es die Abgabe von Hilfsmitteln oder die Ausrichtung einer Invalidenrente, die *fundierte Abklärung* der Sachlage und der Potenziale voraus. Das starke Ausgabenwachstum der IV in den 1990er Jahren aufgrund schnell steigender Rentenzahlen hatte der IV die Kritik eingebracht, nicht ausreichend kompetent medizinisch abzuklären. Mit der vermehrten Eingliederungsorientierung der IV im Zuge der 4., 5. und 6. IVG-Revision haben sich die Ansprüche an die Abklärung aber auch die zur Verfügung gestellten Ressourcen und Instrumente verändert. Im Forschungsprogramm galt es daher, die Entwicklung nachzuzeichnen, die Umsetzung der Reformschritte zu analysieren und deren Wirkungen zu beurteilen. Die Studien zeigen, dass die drei Revisionen den Abklärungsprozess wesentlich verändert haben: Die Einführung der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) hat die Unabhängigkeit und Einheitlichkeit der medizinischen Abklärung gestärkt; die Massnahmen der Früherfassung und Frühintervention führen eingliederungsorientiert zu einer Beschleunigung; und die Abklärungsprozesse wurden vermehrt auf das Eingliederungspotenzial hin ausgerichtet. Der Abklärungsprozess reicht von der Meldung einer gesundheitlich eingeschränkten Person über verschiedene Schritte der Eingliederungsabklärung, den Grundsatzentscheid und den Vorbescheid bis zum Entscheid über einen Rentenanspruch.

Studienresultate zeigen, dass der Abklärungsprozess mit ein Grund für das starke Wachstum der Rentenansprüche bis 2005 war. Denn er fokussierte nicht oder viel zu wenig auf bestehende Ressourcen der versicherten Person, sondern konzentrierte sich auf vorhandene Defizite. Dies akzentuierte sich mit der relativen Zunahme psychischer Leiden im Abklärungsprozess, auf deren Einschätzung die IV zu wenig vorbereitet war. Gleichzeitig wird bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ein Mangel an versicherungsmedizinischem Wissen konstatiert. Die deshalb lange ungenügend qualifizierte durchgeführte medizinische Abklärung wurde auch als eine Quelle von Chronifizierungen angesehen. Die mit der 4. IVG-Revision eingeführten RAD haben versicherungsmedizinische Kompetenzen bei den IV-Stellen aufgebaut und können neu nach Bedarf auch selbst Untersuchungen durchführen. Mit der Einführung von Früherfassung und Frühintervention in der 5. IVG-Revision wurde der Grundsatz „Geschwindigkeit vor Präzision“ formuliert, was lange, demotivierende Wartezeiten verhindern oder abbauen soll. Und die IVG-Revision 6a erweiterte die verstärkte Eingliederungslogik auf versicherte Personen, die bereits eine Rente beziehen.

Die Evaluation zeigt allerdings, dass die Abklärungsprozesse aufgrund der Aufgabenkomplexität und der vielen involvierten Akteure immer noch relativ lange dauern, woraus unter anderem geschlossen wird, dass die Koordination zwischen den Akteuren verbessert werden soll. Gleichzeitig werden auch sehr grosse interkantonale Unterschiede in der Umsetzung der Reformen konstatiert. Während die Mehrheit der IV-Stellen erst eine Rentenabklärung einleitet, wenn alle möglichen Eingliederungsmassnahmen versagt haben, wendet eine Minderheit von ihnen Eingliederungsmassnahmen nur in Fällen an, bei denen die Gefahr eines Arbeitsplatzverlusts akut besteht. Grosse Unterschiede wurden auch hinsichtlich des Einsatzes mono-, bi- und polydisziplinärer Gutachten, hinsichtlich der Art der Zusammenarbeit mit dem RAD und der internen Personalorganisation festgestellt. Multivariate Analysen zeigen, dass die Berentungsquote dort geringer ist, wo vorerst auf das Einholen sehr detaillierter schriftlicher medizinischer Informationen verzichtet und schnell auf Eingliederungsmassnahmen, insbesondere auch Frühinterventionsmassnahmen fokussiert wird. Dieses Vorgehen deckt sich mit den Bestrebungen der 5. IVG-Revision. Dabei ist es erfolgsversprechend die Kapazitäten der RAD ressourcenorientiert beizuziehen. Hingegen lässt sich die Rentenquote kaum durch die Intensität der medizinischen Abklärung beeinflussen.

Abklärungsbedingte Rentenablehnungen können jedoch auch angefochten werden. Die Rekurse haben zwischen 2004 und 2009 stark zu-, danach aber wieder leicht abgenommen. Auf den Ausgang der Gerichtsentscheide haben die IV-Stellen naturgemäss keinen direkten Einfluss, abgesehen davon, dass Gerichtsentscheide zuungunsten der IV-Stellen oft mit der (mangelnden) Qualität der medizinischen Abklärung begründet werden. Die Renten betreffenden Einschätzungen der RAD werden in den Verfahren von den kantonalen Gerichten unterschiedlich gewertet. In der Mehrzahl der Fälle werden alle Arten externer Gutachten anerkannt, doch werden polydisziplinäre Gutachten von den Gerichten am besten anerkannt.

Unter anderem wegen methodischer Probleme – Datenqualität und noch ungenügender Erfahrung – lassen sich die Wirkungen der IVG-Revision 6a bisher schwerlich beurteilen. Immerhin zeigen bereits erste Kohortenvergleiche ernüchternde Tendenzen hinsichtlich der Erfolge von Rentenrevisionen. Auf tiefem Niveau leicht zugenommen haben zwar die Eingliederungsmassnahmen, dadurch ausgelöste Rentenreduktionen sind jedoch bislang gering.

Zur Verbesserung der Abklärung sollten sich die IV-Stellen besser mit den behandelnden Ärzten absprechen und sie über die wichtigen Entscheidungen und Schritte informieren. Eine Studie empfiehlt den Aufbau eines fallunabhängigen Kontaktnetzes zu behandelnden Ärzten.

Berufliche Eingliederung

Die *Berufliche Eingliederung* ist mit der 5. IVG-Revision eine Hauptzielsetzung der IV geworden. Diese soll sich von einer „Rentenversicherung“ zu einer „Eingliederungsversicherung“ entwickeln. Bereits vor 2008 waren „Massnahmen beruflicher Art“, worunter Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung und Arbeitsvermittlung subsummiert werden, die häufigsten Eingliederungsmassnahmen. Da aber die IV zu spät einbezogen wurde und das Verfahren zu lange dauerte, erhielten die IV-Stellen neue Instrumente und zusätzliches Personal. Das Ziel dieser Massnahmen ist es, Menschen mit gesundheitlichen Problemen nach der Anmeldung rasch und unkompliziert begleiten zu können, damit sie möglichst erwerbstätig bleiben. Die 6. IVG-Revision weitete die Eingliederungsorientierung auf Personen aus, die bereits eine IV-Rente beziehen. Die Rente soll als „Brücke zur Eingliederung“ verstanden werden.

Die mit der 5. IVG-Revision neu eingeführte Früherfassung setzt zu einem Zeitpunkt an, bei dem meist noch ein Arbeitsverhältnis besteht und gibt der IV damit die Möglichkeit, rascher zu handeln. Und mit den Massnahmen der Frühintervention wurde die Palette der möglichen Massnahmen wesentlich erweitert. Zusätzlich wurden Integrationsmassnahmen zur Vorbe-

reitung auf die berufliche Eingliederung, die besonders bei psychischen Erkrankten zur Anwendung gelangen, eingeführt. Der Eingliederungsprozess orientiert sich seither verstärkt an der Methode des Case Managements. Gespräche mit der versicherten Person und den relevanten Akteuren in ihrem Umfeld sowie Schnelligkeit sollen Vorrang haben gegenüber Akten und normierten Verfahren. Die Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt soll rasch angegangen werden und zwar nach dem Prinzip „first place, then train“ mit der Unterstützung von Job Coaches.

Rund ein Viertel der erstmalig in Kontakt mit der IV tretenden versicherten Personen erfolgt über Früherfassungsmeldungen, drei Viertel dieser Personen wiederum werden bei der IV für eine Leistung angemeldet. Die Evaluatoren stellen fest, dass die gezielte Triage mit diesem Instrument funktioniert und die IV meist bereits vor einem Arbeitsplatzverlust intervenieren kann. Die Früherfassung bewährt sich also, doch ist das Wirkungspotenzial noch nicht ausgeschöpft, insbesondere was die Nutzung der Meldung durch Arbeitgebende betrifft. Die Frühinterventionsmassnahmen haben dazu beigetragen, dass rascher Eingliederungsmassnahmen eingesetzt werden. Deren Einsatz hat sich zwischen 2004 und 2011 nahezu verdoppelt und die Zusprache von Massnahmen erfolgt in über einem Drittel der Fälle bereits im ersten Quartal nach Erstkontakt mit der IV. Dies ist umso wichtiger als festgestellt werden konnte, dass die Berentungsquote umso geringer ist, je rascher Frühinterventionsmassnahmen gesprochen werden. Die Wirkung ist stark von der individuellen Situation der versicherten Person abhängig, wobei es bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung zu besonders stark positiven Effekten kommt. Allerdings zeigte sich, dass Frühinterventionsmassnahmen gerade bei dieser Personengruppe am seltensten eingesetzt werden. Generell ist die Praxis der IV-Stellen hinsichtlich Art und Anzahl zugesprochener Frühinterventionsmassnahmen heterogen, was bedeutet, dass das Anwendungs- und damit auch das Wirkungspotenzial noch nicht ausgeschöpft ist. Eine bessere Ausschöpfung, besonders auch vermehrt bei Personen mit psychischen Beschwerden, wird von den Studien denn auch empfohlen. Selten eingesetzt werden Integrationsmassnahmen, obwohl die Analyse zeigt, dass die Eingliederungschancen damit erhöht werden. Auch hier sind die Anwendungsunterschiede zwischen den Kantonen gross. Was die Massnahmen beruflicher Art betrifft, so sind diese analog der Frühinterventionsmassnahmen umso wirksamer, je früher sie eingesetzt werden. Es wird empfohlen, sie rasch, noch gezielter und dafür finanziell nicht zu knapp bemessen einzusetzen.

Die Massnahmen zur Wiedereingliederung versicherter Personen aus der Rente, wie sie seit der IVG-Revision 6a praktiziert werden soll, bereiten noch etliche Umsetzungsschwierigkeiten. Das Knowhow und die Erfahrung mit der „intuitiven Triage“ haben in den IV-Stellen zugenommen, doch ist einigen IV-Stellen immer noch unklar, nach welchen Kriterien vorgegangen werden soll. Offensichtlich sind auch hier die individuellen Voraussetzungen, insbesondere psychosoziale Ressourcen der versicherten Person von Bedeutung. Die IV-Stellen zeigen sich trotz aufwändigen Triageprozessen ernüchert über die geringe Zahl an Personen, die tatsächlich die Wiedereingliederung versuchen. Sie schätzen die breite Palette an möglichen Massnahmen und betonen die Wichtigkeit, für den Einzelfall massgeschneiderte Massnahmen einsetzen zu können. Handlungsbedarf besteht aber bei der Bereitstellung geeigneter Arbeitsplätze für die Wiedereingliederung vor allem im Tieflohnbereich.

Der Umgang mit psychischen Erkrankungen in der IV

Psychische Erkrankungen sind zu einem der Hauptgründe für IV-Berentungen geworden. Erst später als bei den somatischen Erkrankungen gehen die IV-Berentungen aus psychischen Gründen langsam zurück, wobei bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen noch kein entsprechender Trend auszumachen war. In den 1990er Jahren war die Berentungsquote insgesamt noch stark angestiegen, obwohl die Fachwelt von einer generell stabilen Prävalenz psychischer Erkrankungen ausgeht. Es sind also nicht die Erkrankungen an sich, die

zugenommen haben, sondern die Erwerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt aufgrund solcher Erkrankungen hat abgenommen. Entsprechend interessierte sich das Forschungsprogramm für die Prozesse der Abklärung und der Eingliederung durch die IV-Stellen. Folgendes wird festgestellt: Die Qualität der Dossiers und die Erfassung relevanter Informationen ist häufig ungenügend, die Formulare von Ärztinnen und Ärzten sind vielfach unvollständig und werden häufig ohne qualifizierte Angaben zur Erwerbsfähigkeit ausgefüllt, die Kontakte zwischen IV-Stellen und Ärztinnen bzw. Ärzten sind oftmals konfliktbeladen. Psychiaterinnen und Psychiater wenden bei der Diagnostik und Behandlung selten evidenzbasierte Leitlinien an. Hinsichtlich der wissenschaftlichen Evidenz, die über die klinische Wirksamkeit von Interventionen bei einzelnen Störungsbildern hinausgeht und auch psychosoziale Outcomes analysiert, bestehen indes noch erhebliche Wissenslücken. Entsprechend wird empfohlen, Abklärungen systematischer auf Funktionsstörungen und Ressourcen auszurichten, die Entwicklung von Leitlinien zur Abklärung und Behandlung von psychischen Krankheiten durch die Fachgesellschaften zu forcieren und Wissenslücken bei der wissenschaftlichen Evidenz zu füllen.

Die soziale Situation berenteter Personen mit psychischen Erkrankungen ist schlechter als jene des Durchschnitts der Berenteten, ganz zu schweigen von nicht berenteten Personen: Sie sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen, haben im Vergleich das tiefste Durchschnittseinkommen aller Rentenbeziehenden und durchlaufen häufiger und länger einen Prozess der beruflichen Desintegration. Die Abklärungszeiten dauern bei ihnen wesentlich länger. Die Wahrscheinlichkeit vorgängig zu einer IV-Rente bereits andere Leistungen bezogen zu haben, ist markant höher.

Seit 2008 profitieren immer mehr Personen mit psychischen Erkrankungen von Frühinterventionsmassnahmen. Die vor allem für diese Personengruppe konzipierten Integrationsmassnahmen werden zwar, wie bereits erwähnt, immer noch ziemlich selten eingesetzt, doch werden immerhin rund drei Viertel dieser Massnahmen für Personen mit psychischen Erkrankungen zugesprochen.

Der Einsatz von Massnahmen unterscheidet sich deutlich nach Art der Diagnose. So gehen in erster Linie Personen mit Schizophrenie und mit psychogenen oder milieureaktiven Störungen direkt in die Rente, wogegen bei den Persönlichkeitsstörungen am häufigsten IV-Massnahmen gesprochen werden. Die Zurückhaltung mit Eingliederungsversuchen bei Personen mit einer Diagnose Schizophrenie wird in einer Studie kritisch beurteilt. Und bei jungen Personen, die ihre Ausbildung abbrechen, werde oft zu früh eine pessimistische Prognose gestellt und entsprechend zu wenig Eingliederungsunterstützung geleistet. Entsprechend empfehlen die Studien, den Einsatz von Frühinterventions- und beruflichen Massnahmen möglichst evidenzbasiert zu optimieren und gerade Diagnosegruppen mit besseren Bildungsvoraussetzungen nicht voreilig abzuschreiben und zu berenten. Es wird gar empfohlen zu prüfen, ob Renten für unter 30-jährige Personen überhaupt Sinn machen.

Nicht nur bei den IV-Stellen und den Ärztinnen und Ärzten werden Mängel im Umgang mit psychisch Erkrankten hinsichtlich der beruflichen Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt festgestellt. Viele Arbeitgebende zeigen sich beim Auftreten psychischer Probleme bei ihren Mitarbeitenden unsicher. Sie reagieren oft nicht, zu spät oder falsch, so dass in einer Vielzahl der Fälle die Probleme durch Auflösen des Arbeitsverhältnisses „gelöst“ werden. Die Forschenden empfehlen Sensibilisierungsmassnahmen und Unterstützung von Arbeitgebenden und Teams beim Eingliederungsmanagement durch die IV-Stellen.

Untersucht wurden schliesslich die Angebote von Bund und Kantonen bei frühkindlichen Entwicklungsstörungen. Die Studie kam zum Schluss, dass es in der Schweiz zwar ein breites und in den letzten 15 Jahren deutlich gewachsenes Angebot an kompetenten Diagnosezentren gibt, wenn auch regional recht unterschiedlich. Dennoch besteht ein Mangel an intensiven Frühbehandlungen in Form spezifischer verhaltenstherapeutischer wie auch heilpäda-

gogischer oder interdisziplinärer Massnahmen und Programmen. Bei der integrativen Schulung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störungen und der beruflichen Integration werden ebenfalls schwierige Bedingungen konstatiert.

Bei den psychischen Erkrankungen gilt in ganz besonderem Masse, dass die IV dringend auf institutionelle Kooperation und Koordination mit Schulen, Kinder- und jugendpsychiatrischen und Psychiatrischen Diensten, Arbeitgebern, Arbeitsmarktbehörden und anderen Versicherungsträgern angewiesen ist.

Finanzielle Leistungen

Neben den in den ersten Kapiteln bereits erörterten Leistungen der IV wie Abklärungs- und Eingliederungsmassnahmen sowie Renten, finanziert die IV auch medizinische Massnahmen, Hilfsmittel, Hilflosenentschädigungen (HE) und den Assistenzbeitrag. In einem Kapitel werden die spezifischen Charakteristika und Probleme der finanziellen Leistungen wie sie in Studien des Forschungsprogramms erarbeitet wurden, zusammengefasst.

Zur finanziellen Lage der Haushalte von IV-Rentnerinnen und –rentnern wird festgestellt, dass sie im Vergleich zu Haushalten von Nicht-Berenteten finanziell schlechter dastehen. Fast jeder sechste Haushalt mit IV-Rentenbeziehenden muss mit sehr geringen finanziellen Mitteln – also weniger als 50 % des Medianeinkommens – auskommen, wogegen es bei den Nicht-Berenteten jeder zehnte Haushalt ist. Die Rentenzusprache befreit viele Haushalte aus einer schwierigen Einkommenssituation. Insbesondere erhöht sich das Einkommen von Haushalten mit geringen Einkommen bzw. mit Kindern teils erheblich. Dennoch ist der Anteil der Personen mit tiefem Einkommen höher als derjenige der Gesamtbevölkerung, da IV-Rentenbeziehende durchschnittlich schlechter ausgebildet und bereits vor Eintritt der Invalidität eher in Berufen mit unterdurchschnittlichen Löhnen tätig sind. Allerdings sind die Situationen von IV-Rentenbeziehenden heterogen, besonders bei Personen mit Teilrenten. Während einige von ihnen gut in die Arbeitswelt integriert sind und ein hohes Einkommen erzielen, müssen andere mit bescheidenen Mitteln auskommen. Hinsichtlich der Arbeitsanreize werden beim heute geltenden Rentensystem Schwelleneffekte konstatiert, die Arbeitsanreize begrenzen oder verhindern. Daher wird die Einführung eines stufenlosen Rentensystems empfohlen, wie es bereits in der Vorlage zur – in der parlamentarischen Schlussabstimmung gescheiterten – IVG-Revision 6b vorgeschlagen worden war.

Die 4. IVG-Revision verdoppelte die Hilflosenentschädigung für zu Hause lebende Behinderte und führte für zu Hause lebende Minderjährige, die eine besonders intensive Betreuung benötigen, den Intensivpflegezuschlag ein. Die IVG-Revision 6a schliesslich brachte den Assistenzbeitrag. Diese Reformen sollen den Betroffenen zu mehr Autonomie verhelfen. Die Anzahl HE-Beziehender nahm einerseits aufgrund des erleichterten Zugangs zu HE durch die Einführung der lebenspraktischen Begleitung, andererseits aus demografischen Gründen stark zu. Die Evaluation dieser Neuerungen der 4. IVG-Revision zeigt aber auch, dass der Anteil der zu Hause wohnenden HE-Beziehenden zwischen 2004 und 2011 von 50 % auf 59 % gestiegen ist. Auch ist der Anteil der HE-Beziehenden mit psychischen Krankheiten gestiegen, was der Absicht der Reform entspricht. Vier von fünf Erwachsenen mit HE, sowohl im Heim als auch zu Hause Lebende, sind mit ihrer Wohnsituation zufrieden. Die Unterstützung durch Leistungen der IV zur Bewältigung der behinderungsbedingten Mehrbelastungen durch schwerbehinderte Minderjährige wird von einer grossen Mehrheit als beträchtlich eingeschätzt. Bei den zu Hause lebenden Erwachsenen und bei Minderjährigen bedeutet die HE eine wichtige finanzielle Entlastung. Seit Anfang 2012 kann der Assistenzbeitrag bezogen werden, der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung weiter stärken und zusätzliche Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen schaffen soll. Die Evaluation ist noch im Gange, doch deuten Zwischenresultate darauf hin, dass der Assistenzbeitrag erst langsam an Bedeutung gewinnt. Bei den Assistenzbeitrag-Beziehenden sind zudem (vorerst) Personen mit Anspruch auf eine HE schweren Grades übervertreten. Die Hypothese, dass sich

bei diesen der Bedarf für den Assistenzbeitrag am raschesten manifestiert, wogegen HE-Beziehende mit mittlerem oder leichtem Hilflosigkeitsgrad etwas länger zuwarten, scheinen die Zwischenresultate des Folgejahrs (2015) zu bestätigen: Die Dominanz der HE-Beziehenden schweren Grades geht langsam zurück.

Ein weiterer IV-Leistungsbereich umfasst die Hilfsmittel. Mitte 2011 hat die IV das Vergütungssystem bei der Hörgeräteversorgung verändert, indem von einem Tarif- auf ein Pauschalvergütungssystem umgestellt wurde. Zwar wurde das Tarifsysteem als qualitativ hochstehend wahrgenommen, doch gleichzeitig war es im internationalen Vergleich sehr teuer für die Versicherten und die Versicherungen. Offenbar schöpfte die Akustikerbranche die Vergütungstarife fast immer vollständig aus und ein Preiswettbewerb fand nicht mehr statt. Das neue Pauschalsystem soll den Wettbewerb stärken, damit zu niedrigeren Preisen führen und durch die direkte Auszahlung der Pauschale an die Versicherten ein „Empowerment“ der Hörgerätenutzer einleiten. In zwei FoP-IV-Projekten wurde nun untersucht, ob sich die Zufriedenheit mit der Qualität der Hörgeräteversorgung verändert hat und inwiefern ein Preiswettbewerb zu spielen begonnen hat. Die Qualitätsstudie zeigt, dass die am häufigsten gekaufte Geräteart im Pauschalsystem konstant geblieben ist und auch bei der Ausstattung der Geräte keine wesentlichen Änderungen feststellbar sind. Nicht erfüllt hat sich bislang die Erwartung, dass mit dem Pauschalsystem ein „Empowerment“ der Hörgerätekunden stattgefunden hätte. Sie machten nämlich noch seltener Anbietervergleiche als im Tarifsysteem und es haben sich kaum neue Abgabestellen wie Apotheken oder Drogerien am Markt etablieren können. Der Umfang der Dienstleistungen ging mit dem Übergang zur (gegenüber den Tarifen wesentlich tieferen) Pauschale zurück. Dennoch blieb die Zufriedenheit mit den Service- und Anpassungsleistungen auf hohem Niveau unverändert. Nur die Zufriedenheit mit Nachbetreuungsleistungen ging leicht zurück. Hinsichtlich der Marktsituation stellte die Preisstudie hingegen fest, dass das Angebot an Geräten zugenommen hat, indem mehr Hörgerätemodelle von einer steigenden Anzahl Hörgerätefabrikanten auf den Markt kamen. Die grössere Produktvielfalt reduzierte die Marktanteile der grossen Hersteller, was als Anzeichen für einen verstärkten Wettbewerb unter den Fabrikanten gedeutet wird. Der Markt für Hörgeräte hat sich seit dem Wechsel auf das Pauschalsystem also etwas verändert und die Preise gerieten unter sonst gleichen Bedingungen leicht unter Druck, wenn auch bisher erst in weit geringerem Masse als ursprünglich erhofft. Die Studien weisen darauf hin, dass Marktveränderungen sich in längeren Zeiträumen abspielten und daher die Beobachtungen zu einem späteren Zeitpunkt, etwa 2017, repliziert werden sollten.

Schnittstellen zwischen IV und andern Akteuren

Mehrere FoP2-IV-Studien befassten sich mit den wichtigsten Schnittstellen zwischen der IV und andern Akteuren, wovon insbesondere die Bereiche Gesundheit, Soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Bildung hervorzuheben sind. Dabei wurde die Schnittstellenfrage aus zwei Perspektiven betrachtet: in Bezug auf den Wechsel zwischen den einzelnen Systemen und auf die institutionelle Zusammenarbeit zwischen diesen Akteuren (Interinstitutionelle Zusammenarbeit, IIZ).

Eine Studie, die frühere Verläufe von Neurentenbeziehenden im 2010 nachzeichnete, zeigt, dass mehr als die Hälfte dieser Personen vorher keine andere Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung oder der Sozialhilfe bezogen hatten. Der häufig als problematisch bezeichnete und als „typisch“ vermutete Verlauf Arbeitslosenversicherung → Sozialhilfe → Invalidenversicherung trifft in der langjährigen Betrachtung der im 2010 neuen IV-Rentenbeziehenden auf weniger als 10 % zu. Wie die Studie zur Evaluation der Beruflichen Eingliederung zeigt, verfügt die grosse Mehrheit der Personen, die eine IV-Leistung beantragen, zu diesem Zeitpunkt tatsächlich noch über einen Arbeitsplatz. Dieser Anteil ist zwischen 2004 und 2011 noch gestiegen, und zwar von 64 % auf 74 %. Allerdings zeigt die Verlaufsstudie

auch, dass der Beanspruchung von IV-Leistungen häufig ein einkommensmässiger und beruflicher Abstieg vorausgeht. Ebenfalls wird angemerkt, dass die Verläufe bei Personen mit psychischen Erkrankungen komplexer sind und vor einer IV-Anmeldung häufiger bereits andere Systeme der sozialen Sicherheit beansprucht werden. Was die Auswirkungen der IVG-Revisionen auf die Sozialhilfe betrifft, so werden diese als sehr schwach beurteilt. Dasselbe gilt für die Auswirkungen auf die Arbeitslosenversicherung.

Mit der seit Anfang der 2000er Jahre als Reaktion auf die zunehmenden Schnittstellenprobleme begonnenen Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) wird eine optimale Koordination der verschiedenen Systeme der Sozialen Sicherheit hinsichtlich der Eingliederung im Sinne der versicherten Person angestrebt. Obwohl von der Bundesebene unterstützt, fällt die Umsetzung der IIZ weitgehend in den Kompetenzbereich der Kantone. Eine Bestandsaufnahme nach zehn Jahren IIZ-Praxis in den Kantonen zeigt, dass die konkrete Zusammenarbeit in Kantonen und Gemeinden sehr unterschiedlich praktiziert wird. Diese kann in vier Typen zusammenfasst: multilaterale Zusammenarbeit für junge Personen, multilaterale Zusammenarbeit für Erwachsene, bilaterale Zusammenarbeitsformen und strukturbezogene, fall-unabhängige Koordinationsformen. Bezeichnend ist die Schlussfolgerung, dass der Hauptgewinn der IIZ in der unkomplizierten, informellen Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen besteht. Diese Art der Zusammenarbeit mit Partnern wird denn auch von den Akteuren in der Praxis, speziell auch von den Mitarbeitenden in den IV-Stellen, besonders positiv hervorgehoben: Geschätzt werden der Informationsaustausch, die Klärung von Zuständigkeiten sowie die Koordination der finanziellen und der Eingliederungsleistungen. Die Studie benennt aber auch etliche Schwächen und Hindernisse wie der stark dezentralisierte und freiwillige Charakter der IIZ, ungenügende Ressourcenausstattung, hemmende strukturelle Anreize, der bestehende gesetzliche Rahmen wie auch eine Zusatzbelastung der Praxisexpertinnen und -spezialisten. Die Möglichkeiten einer Evaluation von IIZ-Modellen werden durch die mangelhafte oder äusserst heterogene Datenlage stark eingeschränkt. Die Autoren empfehlen zudem, dass eine einheitliche Definition von IIZ formuliert wird, dass das Gesundheitswesen ebenso wie die Arbeitgebenden als weitere Akteure in die IIZ einbezogen wird, und dass die finanziellen Anreize so gesetzt werden, dass sie die Kooperation begünstigen.

Eine andere Herausforderung stellt für die IV die Zusammenarbeit mit den der IV vorgelagerten Akteuren der Bereiche Arbeitsmarkt und Gesundheit dar. Während der Laufzeit des FoP2-IV widmeten sich zwei Pilotprojekte dieser Thematik, das Projekt „Gesundheitliche Früherfassung und berufliche Reintegration (FER)“ und ConCerto. Die Evaluationen zeigen, dass diese Projekte die Zusammenarbeit der Akteure merklich verstärkt und den Prozess der Früherfassung ebenso verbessert haben wie das Krankheits- und Unfallmanagement für Personen, die noch erwerbstätig sind. Obwohl kurzfristige Vorteile solcher Initiativen gelegentlich zu hinterfragen sind, erweisen sich diese hier als insgesamt geeignet, die Beschäftigung aufrecht zu erhalten und eine Rente auch langfristig zu vermeiden. Dennoch unterstreichen die Evaluationen, dass solche Initiativen weniger dem Bedarf und den Möglichkeiten kleiner Betriebe zu entsprechen vermögen.

Ein letzter Bereich der Zusammenarbeit, der im Rahmen von FoP2-IV untersucht wurde, betrifft schliesslich die Zusammenarbeit zwischen der IV und Akteuren der Ausbildung junger Menschen. Im internationalen Vergleich verfügt die Schweiz über eine relativ gut entwickelte Palette von Angeboten für gesundheitlich beeinträchtigte Jugendliche. Dennoch wurde auf etliche Mängel hingewiesen. So haben betroffene Jugendliche selten Zugang zu kantonalen Massnahmen zum Übergang I (Schul- zu Berufsausbildung), die Mittel zur Erkennung und Begleitung von Jugendlichen im Fall eines Berufslehreabbruchs sind sehr bescheiden und die Schul- und Ausbildungseinrichtungen nehmen noch zu wenig Rücksicht auf die spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und jener mit Autismusspektrumsstörungen.

Stellungnahmen des BSV

Das BSV nimmt am Schluss jedes Kapitels Stellung zu den Schlussfolgerungen und Empfehlungen der FoP2-IV-Berichte. Dabei wird jeweils aufgezeigt, was seit dem Abschluss der Studie geändert hat, welche Massnahmen ergriffen wurden und welche Änderungen angedacht bzw. in die „Weiterentwicklung IV“ eingeflossen sind.

Betont wird, dass sich zwischen 2002 und 2014 das Verhältnis von IV-Neurenten zu Eingliederungsleistungen zugunsten letzterer mehr als umgekehrt hat (von 2:1 auf 1:2), was als Hinweis darauf gesehen wird, dass sich die IV auch in der Praxis von einer Renten- zu einer Eingliederungsversicherung umzuorientieren begonnen hat. In der Abklärung will die IV künftig vermehrt standardisierte, primär ressourcenorientierte Abklärungsinstrumente einsetzen. Die Beziehungen zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und IV sollen durch Veranstaltungen und regelmässige Gespräche und mittels einer gemeinsamen erarbeiteten Internetplattform von FMH-IVSK-BSV (iv-pro-medico) verbessert werden. Es wurde eine Arbeitsgruppe bestehend aus Delegierten des GF IV (BSV) und der zuständigen Stellen des BAG mit dem Ziel gebildet, die Aus-, Weiter- und Fortbildung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte in Sozialversicherungs- und speziell IV-Recht zu fördern. Im Fokus steht aktuell die Fortbildung ausländischer Ärztinnen und Ärzte, die in der Schweiz praktizieren. Weiter wird auch die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte an grösseren Spitälern im IV-Recht gestärkt.

Der vom BSV bereits seit längerer Zeit geäusserten Forderung an die medizinischen Fachgesellschaften nach spezifischen Leitlinien zur versicherungsmedizinischen Begutachtung von Krankheitsbildern hat das Bundesgericht 2015 in einem Grundsatzurteil (BGE 141 V 281) deutlich Nachdruck verliehen. IV- und Gutachterstellen können zwar gemeinsam Fragen der Struktur- und Prozessqualität angehen, die Definition fachspezifischer Qualitätsanforderungen hingegen liegt im Aufgabenbereich der Fachgesellschaften. In verschiedenen Kreisschreiben wird nun festgelegt, dass Rentenzusprachen nur dann erfolgen dürfen, wenn die IV-Stelle einzelfallbezogen das Ausschöpfen der zumutbaren medizinischen Behandlung geprüft und dokumentiert hat.

Bezüglich der beruflichen Eingliederung wurden per Anfang 2015 mittels Verordnungen zusätzliche Massnahmen eingeführt wie eine flexiblere Gewährung von Integrationsmassnahmen, die fallunabhängige Beratung, Begleitung und Schulung von Arbeitgebenden sowie die Beratung und Information von Fachpersonen aus Schule und Ausbildung. Um Arbeitgebende, Ärzteschaft und Fachpersonen im Schul- und Ausbildungsbereich verstärkt zu sensibilisieren, sollen die Kommunikationsaktivitäten der IV-Stellen mit den zur Verfügung gestellten Mitteln breiter bekannt gemacht werden. Im Hinblick auf eine Dienstleistung für alle Arbeitgebenden wird das Informationsportal Compasso ausgebaut und nachhaltig weitergeführt.

Das BSV ist Mitglied des Netzwerks Psychische Gesundheit, das eine Sensibilisierung und Vernetzung mit anderen Akteuren auf Bundes- wie auf Kantonsebene anstrebt, über 100 Mitgliedsorganisationen aus dem Feld der psychischen Gesundheit vernetzt, Veranstaltungen durchführt und einen Newsletter verbreitet.

In der Vernehmlassungsvorlage zur IV-Revision „Weiterentwicklung der IV“ werden diverse Optimierungen zu den bestehenden Eingliederungsmassnahmen vorgeschlagen. Weiter werden Massnahmen zu einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen der IV und den kantonalen Instanzen der Nahtstelle I (Case Management Berufsbildung, Brückenangebote) vorgeschlagen. Bei den Renten sollen finanzielle Fehlanreize, die durch die heutige Ausgestaltung des IV-Rentenanspruchs entstehen können, gesamthaft, das heisst unter Berücksichtigung der Leistungen der 2. Säule und den EL betrachtet werden. In der „Weiterentwicklung IV“ wurde der Vorschlag einer stufenlosen Ausgestaltung des Rentensystems wieder aufge-

nommen. Damit soll der Fehlanreiz beseitigt werden, dass – in gewissen Fällen – die Arbeitsaufnahme oder eine Erhöhung des Beschäftigungsgrads zu einem verminderten verfügbaren Einkommen führt.

Riassunto

Il secondo programma di ricerca sull'assicurazione invalidità (PR2-AI), durato dal 2010 al 2015, ha posto fortemente l'accento sulla valutazione dei provvedimenti introdotti in particolare nell'ambito della 4^a e della 5^a revisione AI. Inoltre, come già il primo programma di ricerca (PR-AI, 2006-2009), ha anche analizzato i punti di contatto tra i diversi attori del sistema di sicurezza sociale e approfondito ulteriormente le conoscenze sui casi d'invalidità per motivi psichici. Nel corso dei sei anni sono stati realizzati 20 progetti che sono sfociati in 18 rapporti pubblicati nella pertinente serie di ricerche e in tre rapporti in formato elettronico.

Il rapporto di sintesi riassume i principali risultati dei diversi studi raggruppandoli secondo gli ambiti processo di accertamento, integrazione professionale, malattie psichiche, prestazioni finanziarie e punti di contatto con gli altri attori. Ciascun capitolo riporta inoltre le conclusioni e raccomandazioni degli autori delle ricerche seguite da un commento dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS), che illustra quali delle raccomandazioni sono state attuate nel frattempo e quali ulteriori misure sono previste per il futuro.

Accertamento

Fatta eccezione per le prestazioni a bassa soglia previste nell'ambito del rilevamento e dell'intervento tempestivi, ogni prestazione dell'assicurazione invalidità, che si tratti di una consulenza, di provvedimenti d'integrazione, della consegna di mezzi ausiliari o del versamento di una rendita d'invalidità, presuppone lo svolgimento di *un accertamento approfondito* della situazione e del potenziale dell'interessato. Nel corso degli anni 1990, la forte crescita delle sue uscite dovuta all'incremento sempre maggiore del numero di rendite ha esposto l'AI alla critica che i suoi accertamenti non fossero eseguiti con la dovuta competenza medica. Sulla scia della sua trasformazione in assicurazione finalizzata all'integrazione in seguito alla 4^a, 5^a e 6^a revisione AI, sono cambiate le esigenze nei confronti dell'accertamento e l'entità delle risorse e degli strumenti messi a disposizione. Lo scopo del programma di ricerca è stato dunque quello di ripercorrere questo sviluppo, analizzare le singole tappe delle riforme e valutarne gli effetti. Dagli studi emerge che le tre revisioni hanno apportato modifiche sostanziali al processo di accertamento: l'introduzione dei servizi medici regionali (SMR) ha rafforzato l'indipendenza e l'uniformità degli accertamenti medici; i provvedimenti di rilevamento e d'intervento tempestivi accelerano l'accesso al sistema dell'AI in un'ottica integrativa; i processi di accertamento, infine, sono stati orientati maggiormente sul potenziale d'integrazione. Il processo di accertamento comprende la comunicazione ai fini del rilevamento tempestivo dei casi di persone con problemi di salute, diverse tappe dell'accertamento del potenziale d'integrazione, la decisione di principio, il preavviso e la decisione in merito al diritto a una rendita.

Gli studi hanno portato alla luce che il processo di accertamento è stato uno dei motivi della forte crescita della concessione di rendite fino al 2005: esso non si concentrava affatto o abbastanza sulle risorse disponibili dell'assicurato, ponendo, invece, l'accento sui deficit riscontrati. Questa tendenza è stata accentuata dall'aumento in termini relativi dei disturbi psichici nel corso del processo di accertamento, per la valutazione dei quali l'AI non era adeguatamente preparata. Nel contempo, i medici curanti palesano una mancanza di conoscenze in materia di medicina assicurativa. L'accertamento medico, svolto per molto tempo senza le necessarie qualifiche, è stato pertanto considerato uno dei fattori all'origine della cronicizzazione dei problemi di salute di alcuni assicurati. I SMR, introdotti con la 4^a revisione AI, hanno dotato gli uffici AI di competenze in materia di medicina assicurativa; ora essi possono svolgere esami anche autonomamente, se ne sorge la necessità. Con l'introduzione del rilevamento e dell'intervento tempestivi nell'ambito della 5^a revisione AI è stato sancito il principio secondo cui la rapidità ha la priorità sulla precisione al fine di prevenire e abbattere tempi di attesa demotivanti. La revisione AI 6a, infine, ha esteso ulteriormente la logica dell'integrazione applicandola anche agli assicurati già beneficiari di una rendita.

La valutazione dimostra, tuttavia, che a causa della complessità dei compiti e dei numerosi attori coinvolti il processo di accertamento continua a essere relativamente lungo, da cui si deduce tra l'altro che occorre migliorare il coordinamento tra gli interessati. Nel contempo si rilevano differenze marcate nell'attuazione delle riforme tra i diversi Cantoni. Mentre la maggioranza degli uffici AI avvia l'accertamento del diritto alla rendita soltanto quando tutti i provvedimenti d'integrazione sono falliti, una minoranza di essi applica questi provvedimenti solamente nei casi in cui vi è il rischio acuto che l'assicurato perda il posto di lavoro. Forti divergenze sono state individuate anche nell'impiego delle perizie mono-, bi- e pluridisciplinari nonché riguardo alla collaborazione con il SMR e all'organizzazione interna del personale. Analisi multivariate mostrano inoltre che la quota di concessione di nuove rendite è minore qualora, in un primo momento, si rinunci all'acquisizione di informazioni mediche molto dettagliate per iscritto per concentrarsi invece rapidamente sui provvedimenti d'integrazione, e in particolare sui provvedimenti d'intervento tempestivo, il che corrisponde agli intenti della 5ª revisione AI. In questo contesto appare promettente ricorrere alle competenze dei SMR, tenendo nel dovuto conto le risorse disponibili. Non è, invece, praticamente possibile influenzare la quota delle rendite variando l'intensità dell'accertamento medico.

Se la concessione di una rendita è rifiutata sulla base dell'accertamento, la decisione può essere impugnata. Ne consegue che il numero dei ricorsi è aumentato drasticamente tra il 2004 e il 2009, diminuendo, però, leggermente negli anni successivi. Gli uffici AI non possono esercitare alcuna influenza sulle decisioni dei tribunali, tranne che indirettamente per il fatto che le decisioni a loro sfavore vengono spesso motivate con la (scarsa) qualità degli accertamenti medici. In sede giudiziaria le perizie dei SMR concernenti le rendite vengono valutate diversamente dai tribunali cantonali. Nella maggior parte dei casi vengono riconosciuti tutti i tipi di perizie esterne, le perizie pluridisciplinari tuttavia sono le più considerate dai tribunali.

Tra l'altro a causa di problemi metodologici (qualità insufficiente dei dati e scarsa esperienza) è difficile per ora valutare gli effetti della revisione AI 6a. Le tendenze emergenti dai primi studi di coorte deludono tuttavia le aspettative riguardo al successo delle revisioni delle rendite. Se, da un lato, i provvedimenti d'integrazione hanno segnato un lieve aumento, a un basso livello, dall'altro le riduzioni delle rendite così ottenute rimangono tuttora esigue.

Per migliorare la qualità degli accertamenti gli uffici AI dovrebbero migliorare il coordinamento con i medici curanti e informarli in merito alle decisioni e alle tappe principali della procedura. Uno studio raccomanda la creazione di una rete di contatti con medici curanti a prescindere dai casi concreti.

Integrazione professionale

Dalla 5ª revisione AI l'integrazione professionale è l'obiettivo principale dell'assicurazione invalidità, che da «assicurazione di rendite» si è trasformata in un'«assicurazione finalizzata all'integrazione». Già prima del 2008 i provvedimenti d'integrazione più frequenti erano i «provvedimenti professionali» fra cui si annoverano l'orientamento professionale, la prima formazione professionale, la riformazione professionale e il collocamento. Tuttavia, dato che l'AI veniva coinvolta troppo tardi e le procedure duravano troppo a lungo, gli uffici AI sono stati dotati di nuovi strumenti e di personale supplementare. Lo scopo di questi provvedimenti è quello di accompagnare senza complicazioni burocratiche gli assicurati con problemi di salute per aiutarli, nel limite del possibile, a continuare ad esercitare un'attività lucrativa. La revisione AI 6a ha esteso l'approccio integrativo anche alle persone che già beneficiano di una rendita dell'AI. In quest'ottica, la rendita dovrebbe essere intesa quale «ponte verso l'integrazione».

Il rilevamento tempestivo, introdotto dalla 5ª revisione AI, viene attivato quando solitamente vi è ancora un rapporto di lavoro, il che permette all'AI di agire più rapidamente. Grazie ai provvedimenti d'intervento tempestivo è inoltre stata ampliata considerevolmente la gamma

dei provvedimenti possibili. Infine, sono stati introdotti i provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale, che trovano applicazione soprattutto nei casi degli assicurati affetti da disturbi psichici. Da allora il processo d'integrazione è basato maggiormente sul metodo del «case management». Invece che agli incarti e alle procedure standardizzate la priorità va quindi data ai colloqui con gli assicurati e gli attori rilevanti nel suo ambiente nonché alla rapidità dell'intervento. Inoltre, occorre procedere rapidamente all'inserimento nel mercato del lavoro primario, secondo il principio «first place, then train», ossia collocare prima e formare dopo, con l'aiuto di job coach.

Un quarto circa degli assicurati che entrano in contatto con l'AI per la prima volta è stato segnalato tramite una comunicazione ai fini del rilevamento tempestivo e per tre quarti di queste persone viene inoltrata una richiesta di prestazioni dell'AI. Gli autori della valutazione hanno constatato che questo strumento permette un triage mirato che consente all'AI di intervenire prima della perdita del posto di lavoro. Il rilevamento tempestivo ha dunque dato i suoi frutti, benché resti ancora del potenziale da utilizzare, in particolare per quanto riguarda la comunicazione dei casi da parte dei datori di lavoro. I provvedimenti d'intervento tempestivo hanno contribuito ad anticipare l'attuazione dei provvedimenti d'integrazione. Tra il 2004 e il 2001 il loro impiego è quasi raddoppiato e in oltre un terzo dei casi l'assegnazione di provvedimenti è avvenuta entro i primi tre mesi dal primo contatto con l'AI. Questo dato riveste particolare importanza se si considera, come si è potuto constatare, che la quota delle rendite è tanto più esigua quanto più rapida è la concessione dei provvedimenti d'intervento tempestivo. L'efficacia dipende molto dalla situazione individuale dell'assicurato, tuttavia a beneficiarne maggiormente sono le persone senza formazione postobbligatoria. Proprio nel caso di questo gruppo di persone, però, detti provvedimenti vengono impiegati con la minore frequenza. In generale, la prassi degli uffici AI riguardo al tipo e al numero di provvedimenti d'intervento tempestivo concessi è molto eterogenea, il che significa che il loro potenziale di applicazione ed efficacia non è ancora sfruttato appieno. Gli studi raccomandano pertanto di sfruttarlo meglio, soprattutto nel caso delle persone affette da turbe psichiche. I provvedimenti di reinserimento vengono impiegati raramente, nonostante l'analisi dimostri che essi aumentano la probabilità d'integrazione. Anche riguardo a essi vi sono notevoli differenze di applicazione tra i Cantoni. Come i provvedimenti d'intervento tempestivo, anche i provvedimenti professionali sono tanto più efficaci quanto più rapidamente vengono impiegati. Si raccomanda pertanto di concederli rapidamente, in modo ancora più mirato e con un sufficiente impiego di risorse finanziarie.

La reintegrazione dei beneficiari di rendite, auspicata dalla revisione AI 6a, presenta ancora notevoli difficoltà all'attuazione. Mentre gran parte degli uffici AI ha potuto aumentare le proprie conoscenze ed esperienze riguardo al «triage intuitivo» dei casi, per alcuni di essi non è ancora chiaro secondo quali criteri procedere. Evidentemente anche in questo contesto sono rilevanti le condizioni individuali dell'assicurato ed in particolare le sue risorse psicosociali. Nonostante i notevoli sforzi profusi nei processi di triage, gli uffici AI si sono scontrati con la realtà dell'esiguo numero di persone effettivamente disposte a tentare la reintegrazione. Gli organi d'esecuzione apprezzano l'ampio ventaglio di possibili provvedimenti, sottolineando l'importanza di poter impiegare provvedimenti su misura nel singolo caso. Tuttavia, occorre intervenire per aumentare l'offerta di posti di lavoro adatti alla reintegrazione, soprattutto nella fascia salariale bassa.

La gestione delle malattie psichiche da parte dell'AI

Le malattie psichiche sono ormai fra le cause principali della concessione di nuove rendite da parte dell'AI. La concessione di rendite per motivi psichici ha iniziato a diminuire, lentamente, solo dopo quella delle rendite per malattie somatiche; fra i giovani e i giovani adulti, invece, non è ancora possibile rilevare una tendenza in questo senso. Negli anni 1990 la

quota delle rendite per malattie psichiche aveva segnato un aumento considerevole, nonostante gli specialisti ritengano che la prevalenza di tali malattie sia generalmente stabile. Ciò significa che non è aumentata l'insorgenza di tali malattie, ma è diminuita la capacità al guadagno sul mercato del lavoro per chi ne è affetto. Il programma di ricerca si è pertanto occupato dei processi di accertamento e di integrazione degli uffici AI. Ne è emerso quanto segue: la qualità degli incarti e l'acquisizione delle informazioni pertinenti sono spesso insufficienti, i moduli dei medici sono sovente incompleti e compilati senza indicazioni sulla capacità al guadagno e i contatti tra gli uffici AI e i medici curanti sono frequentemente conflittuali. I medici psichiatri raramente applicano direttive basate su riscontri scientifici per definire la diagnosi e la terapia. Inoltre, vi sono ancora notevoli lacune conoscitive, soprattutto riguardo alle prove scientifiche che vadano al di là dell'efficacia clinica di determinati interventi nel caso di singoli disturbi e analizzino anche i risultati psicosociali. Di conseguenza si raccomanda di basare gli accertamenti in modo più sistematico sulle disfunzioni e sulle risorse, promuovere lo sviluppo di direttive per l'accertamento e il trattamento delle malattie psichiche da parte delle società mediche e colmare le lacune conoscitive sul piano scientifico.

La situazione sociale dei beneficiari di rendite affetti da malattie psichiche è peggiore di quella della media dei beneficiari di rendite, per non parlare delle persone senza rendita: essi sono più frequentemente disoccupati, percepiscono il reddito medio più basso e subiscono più spesso e più a lungo un processo di disintegrazione professionale. I tempi necessari per gli accertamenti nel loro caso sono molto più lunghi del solito. La probabilità di aver percepito altre prestazioni prima della rendita AI è marcatamente più elevata.

Dal 2008 un numero crescente di persone con malattie psichiche beneficia di provvedimenti d'intervento tempestivo. Come rilevato prima, i provvedimenti di reinserimento, concepiti soprattutto per questa cerchia di persone, vengono per ora impiegati solo raramente. Circa tre quarti di essi vengono però concessi proprio a persone con disturbi psichici.

L'impiego dei provvedimenti si differenzia nettamente secondo il tipo di diagnosi: le persone affette da schizofrenia o da disturbi psicogeni o reattivi all'ambiente, per esempio, passano di regola direttamente alla rendita, mentre le persone con disturbi della personalità beneficiano più frequentemente di provvedimenti AI. La riluttanza a tentare l'integrazione nel caso delle persone cui è stata diagnosticata la schizofrenia viene criticata da uno studio. E nel caso dei giovani che interrompono la formazione si formula troppo spesso e troppo presto una diagnosi pessimistica, rinunciando a fornire un adeguato sostegno all'integrazione. Gli studi raccomandano pertanto di ottimizzare l'impiego dei provvedimenti d'intervento tempestivo e professionali, possibilmente sulla base di riscontri scientifici, e di evitare di abbandonare anzitempo soprattutto i gruppi diagnostici con un livello d'istruzione più elevato attribuendo loro precocemente una rendita. Si consiglia inoltre di valutare se concedere una rendita a persone al di sotto dei 30 anni sia ragionevole.

Non solo presso gli uffici AI e i medici si riscontrano carenze nella gestione dell'integrazione professionale dei malati psichici nel mercato del lavoro primario; anche i datori di lavoro dimostrano insicurezza nell'affrontare i collaboratori con problemi psichici, spesso non reagendo affatto oppure reagendo troppo tardi o in modo sbagliato, di modo che in molti casi il problema viene «risolto» con la disdetta del rapporto di lavoro. I ricercatori raccomandano pertanto di attuare provvedimenti di sensibilizzazione e sostegno dei datori di lavoro e formare gruppi di lavoro per la gestione dell'integrazione presso gli uffici AI.

Infine, uno studio ha analizzato le offerte di Confederazione e Cantoni per le persone affette da disturbi pervasivi dello sviluppo. Esso è giunto alla conclusione che, sebbene negli ultimi 15 anni in Svizzera sia aumentata notevolmente l'offerta di centri diagnostici, che ora è ampia, anche se sussistono grandi differenze tra le regioni, scarseggiano ancora le possibilità di trattamento precoce mediante misure e programmi, anche interdisciplinari, di terapia del comportamento e pedagogia curativa. Anche nell'ambito dell'insegnamento integrato e

dell'integrazione professionale dei bambini e giovani affetti da disturbi dello spettro autistico le condizioni risultano essere difficili.

Per le malattie psichiche vale in particolar modo che l'AI deve poter fare affidamento sulla cooperazione e il coordinamento con le scuole, i servizi di psichiatria in generale e dell'infanzia e dell'adolescenza in particolare, i datori di lavoro, gli uffici del lavoro e gli altri assicuratori.

Prestazioni finanziarie

Oltre alle prestazioni descritte nel primo capitolo, quali i provvedimenti di accertamento e d'integrazione e le rendite, l'AI finanzia anche provvedimenti sanitari, mezzi ausiliari, assegni per grandi invalidi (AGI) e contributi per l'assistenza. Le caratteristiche essenziali e gli aspetti problematici di queste prestazioni, enucleati nell'ambito degli studi del programma di ricerca, sono riassunti in un capitolo a parte.

Per quanto riguarda la situazione finanziaria delle economie domestiche dei beneficiari di rendite dell'AI, si rileva che essa è peggiore di quella delle economie dei non beneficiari. Quasi un'economia domestica di beneficiari di rendite AI su sei dispone di mezzi finanziari molto scarsi, vale a dire meno del 50 per cento del reddito mediano; tra le economie domestiche dei non beneficiari il rapporto è di uno a dieci. La concessione di una rendita solleva molte economie domestiche da una situazione reddituale difficile e, in particolare, migliora considerevolmente le condizioni economiche delle economie con reddito esiguo oppure con figli. Ciononostante, la quota delle persone con reddito basso è più elevata rispetto alla popolazione complessiva, perché i beneficiari di rendite AI hanno in media un livello d'istruzione più basso e, tendenzialmente, prima della riscossione della rendita svolgevano già lavori con salari inferiori alla media. Ma la situazione dei beneficiari di rendite AI è eterogenea, in particolare quella dei beneficiari di una frazione di rendita: mentre alcuni di loro sono ben integrati nel mondo del lavoro e percepiscono un reddito elevato, altri dispongono di un reddito modesto. Per quanto riguarda gli incentivi al lavoro, nel sistema di rendite attuale si rilevano alcuni effetti soglia che ne limitano o ostacolano l'efficacia. Pertanto si raccomanda l'introduzione di un sistema di rendite lineare, come quello già proposto nel progetto di revisione AI 6b, respinto dal Parlamento in votazione finale.

La 4ª revisione AI ha raddoppiato l'assegno per grandi invalidi (AGI) destinato ai disabili che vivono a casa e introdotto il supplemento per cure intensive per i minorenni che vivono a casa e necessitano di un'assistenza intensiva. La revisione AI 6a, infine, ha istituito il contributo per l'assistenza. Queste riforme hanno lo scopo di aumentare l'autonomia degli interessati. Il numero di beneficiari di AGI ha segnato una forte crescita, da un lato, per effetto dell'introduzione dell'accompagnamento nell'organizzazione della realtà quotidiana, che ha reso più facile l'accesso a questa prestazione, dall'altro, per motivi demografici. Dalla valutazione delle novità introdotte dalla 4ª revisione AI emerge però anche che tra il 2004 e il 2011 la quota dei beneficiari di AGI che vivono a casa è salita dal 50 al 59 per cento. Anche la quota dei beneficiari di AGI affetti da malattie psichiche è aumentata, il che corrisponde allo scopo della riforma. Quattro su cinque beneficiari adulti che vivono in istituto o a casa sono contenti della loro situazione abitativa. La stragrande maggioranza considera che le prestazioni dell'AI allevino in modo considerevole gli oneri supplementari dovuti alla grave disabilità di minorenni. L'AGI costituisce un importante sgravio finanziario per gli adulti e i minorenni che vivono a casa. Dall'inizio del 2012 può essere riscosso il contributo per l'assistenza, volto a rafforzare l'autonomia e la responsabilità individuale degli interessati e a sgravare ulteriormente i familiari. La sua valutazione è tuttora in corso, ma alcuni risultati intermedi indicano che il contributo per l'assistenza stenta ad acquistare importanza e che (per adesso) fra i suoi beneficiari sono sovrarappresentate le persone aventi diritto a un AGI per un'invalidità di grado elevato. L'ipotesi secondo cui per queste persone la necessità del contributo per l'assistenza si manifesta prima che per i beneficiari di AGI con un'invalidità di

grado medio o lieve, i quali tendono ad aspettare un po' prima di farne richiesta, sembra essere confermata dai risultati intermedi dell'anno successivo (2015): la predominanza dei beneficiari di AGI con un'invalidità di grado elevato si sta infatti affievolendo lentamente.

Un altro gruppo di prestazioni è costituito dai mezzi ausiliari. A metà 2011 l'AI ha modificato le modalità di rimborso per la consegna di apparecchi acustici, sostituendo il sistema tariffario con un sistema di rimborsi forfettari. Sebbene fosse percepito come sistema di alta qualità, nel confronto internazionale il sistema tariffario risultava molto caro per gli assicurati e le assicurazioni. Quasi sempre gli audioprotesisti applicavano le tariffe massime di modo che non c'era praticamente più alcuna concorrenza a livello dei prezzi. Con il nuovo sistema di rimborso forfettario si vuole rafforzare la concorrenza fra i fornitori in modo da far abbassare i prezzi e rafforzare la posizione (empowerment) degli assicurati versando direttamente ai portatori di apparecchi acustici l'importo forfettario previsto. Due progetti del PR-AI hanno esaminato se in seguito a questa modifica la soddisfazione per la qualità della protesizzazione sia cambiata e la concorrenza abbia iniziato a funzionare. Lo studio sulla qualità ha rivelato che il tipo di apparecchio più frequentemente acquistato è rimasto lo stesso anche nel nuovo sistema e che neanche gli accessori degli apparecchi hanno subito modifiche sostanziali. Diversamente da quanto previsto, invece, nel sistema dei rimborsi forfettari per ora non si è realizzato il cosiddetto «empowerment» dei consumatori, in quanto essi hanno paragonato ancora meno che nel vecchio sistema le offerte dei diversi audioprotesisti e pochi nuovi fornitori, come farmacie o drogherie, sono riusciti a penetrare il mercato. Con il passaggio al sistema dei rimborsi forfettari (con importi nettamente inferiori alle tariffe previgenti) è diminuito, però, il volume dei servizi. Ciononostante, la soddisfazione per i servizi al cliente e gli adattamenti ha mantenuto un alto livello, tranne nel caso dei servizi di assistenza dopovendita, dove è calata leggermente. Per quanto riguarda la situazione di mercato, lo studio sui prezzi ha constatato che l'offerta di apparecchi acustici è aumentata in seguito alla comparsa di nuovi produttori e al lancio sul mercato di un numero crescente di modelli. La maggiore varietà di prodotti ha ridotto la quota di mercato dei grandi produttori, il che è interpretato come un primo segnale del rafforzamento della concorrenza tra i produttori. Dall'introduzione del sistema forfettario il mercato degli apparecchi acustici è dunque leggermente cambiato e, a condizioni invariate, la pressione sui prezzi è aumentata, sebbene per ora in misura minore di quanto auspicato in origine. Lo studio rileva al riguardo che le modifiche di mercato si manifestano su un arco di tempo più lungo e consiglia pertanto di ripetere le osservazioni fra qualche anno, per esempio nel 2017.

Punti di contatto tra l'AI e gli altri attori

Diversi studi del PR-AI si sono occupati dei principali punti di contatto tra l'AI e gli altri attori, fra cui in particolare quelli dei settori salute, sicurezza sociale, mercato del lavoro ed istruzione. La questione è stata analizzata da due ottiche diverse: quella del passaggio da un sistema all'altro e quella della collaborazione istituzionale tra i diversi attori (cosiddetta collaborazione interistituzionale, CII).

Uno studio che ha rintracciato i decorsi precedenti dei nuovi beneficiari di rendite dell'AI del 2010 ha mostrato che oltre la metà di questi assicurati non aveva percepito prima altre prestazioni, come quelle dell'assicurazione contro la disoccupazione o l'aiuto sociale. Sul lungo periodo, solo il 10 per cento degli assicurati cui nel 2010 è stata concessa per la prima volta una rendita d'invalidità presenta il decorso spesso definito problematico e percepito come «tipico» che inizia con l'assicurazione contro la disoccupazione, passa per → l'aiuto sociale → e finisce all'assicurazione invalidità. Come ha dimostrato lo studio sulla valutazione dell'integrazione professionale, in realtà al momento della richiesta di prestazioni AI la stragrande maggioranza degli interessati ha ancora un posto di lavoro e tra il 2004 e il 2011 questa percentuale è aumentata, passando dal 64 al 74 per cento. Dalla ricerca su questi decorsi emerge anche che la richiesta di prestazioni AI è spesso preceduta dal declino professionale

e reddituale dell'interessato. Si rileva inoltre che i decorsi delle persone affette da malattie psichiche sono più complessi ed è più frequente che prima della richiesta di prestazioni AI esse abbiano beneficiato di prestazioni di altri rami del sistema di sicurezza sociale. Le ripercussioni delle revisioni AI sull'aiuto sociale, infine, vengono valutate come molto esigue, come del resto anche quelle sull'assicurazione contro la disoccupazione.

La CII, introdotta nei primi anni 2000 in reazione ai crescenti problemi di interazione, ha lo scopo di ottimizzare il coordinamento tra i diversi sistemi di sicurezza sociale nell'interesse dell'integrazione degli assicurati. Nonostante goda del sostegno della Confederazione, la sua attuazione è di competenza dei Cantoni. Il punto della situazione fatto dopo dieci anni di prassi applicativa ha portato alla luce una grande eterogeneità di forme di CII nei Cantoni e nei Comuni, raggruppabili in quattro tipi fondamentali: collaborazione multilaterale per i giovani, collaborazione multilaterale per gli adulti, forme di collaborazione bilaterale e forme di coordinamento strutturali indipendenti dai singoli casi. Significativa è la conclusione dello studio secondo cui il principale miglioramento apportato dalla CII consiste nell'instaurazione di una collaborazione semplice e informale tra le istituzioni coinvolte. Non a caso questo modo di collaborare è stato giudicato come molto positivo per il lavoro quotidiano dagli attori stessi, soprattutto dai collaboratori degli uffici AI. Si apprezzano segnatamente le possibilità di scambiare informazioni, chiarire le competenze e coordinare le prestazioni finanziarie e d'integrazione. Tuttavia, lo studio ne indica anche i punti deboli e gli ostacoli, quali il carattere fortemente decentralizzato e volontario della CII, la scarsa dotazione di risorse, disincentivi strutturali, il quadro legale vigente e l'onere supplementare degli specialisti sul campo. La possibilità di valutare i diversi modelli di CII è fortemente limitata dal fatto che i dati disponibili sono carenti e estremamente eterogenei. Gli autori raccomandano inoltre di dare una definizione uniforme di CII, coinvolgere anche il sistema sanitario, i datori di lavoro e altri attori, e impostare gli incentivi finanziari in maniera tale da favorire la collaborazione.

Un'altra sfida per l'AI è la collaborazione con gli attori del mercato del lavoro e del sistema sanitario, a essa anteposti. A questo tema sono stati dedicati due progetti pilota del PR2-AI: «Rilevamento tempestivo e integrazione (RTI)» e ConCerto. Dalle valutazioni è emerso che i progetti pilota hanno permesso di rafforzare sensibilmente la collaborazione tra gli attori e migliorare il processo di rilevamento tempestivo e la gestione dei casi di malattia e infortunio per le persone che esercitano ancora un'attività lucrativa. Sebbene i vantaggi apportati da iniziative di questo tipo a breve termine vadano talvolta relativizzati, nel complesso in questo caso si sono rivelati utili a mantenere l'occupazione ed evitare la riscossione di una rendita anche a lungo termine. I ricercatori sottolineano però che tali iniziative sono meno adeguate alle esigenze e alle possibilità delle aziende piccole.

Un ultimo settore analizzato nel quadro del PR2-AI è stato quello della collaborazione tra l'AI e gli attori della formazione dei giovani. Paragonata ad altri Paesi, la Svizzera dispone di una gamma ben sviluppata di offerte formative per i giovani con problemi di salute. Ciononostante sono state rilevate molte carenze. Per esempio: i giovani interessati raramente hanno accesso alle misure cantonali per la transizione dalla scuola dell'obbligo alla formazione professionale; i mezzi disponibili per il riconoscimento e l'accompagnamento dei giovani che interrompono la formazione professionale sono molto modesti; e le istituzioni scolastiche e di formazione non tengono abbastanza conto delle esigenze specifiche dei bambini e giovani con malattie psichiche e disturbi dello spettro autistico.

Parere dell'UFAS

Alla fine di ogni capitolo l'UFAS esprime il proprio parere sulle conclusioni e raccomandazioni formulate nei rapporti del PR2-AI, indicando i cambiamenti intervenuti e i provvedimenti presi dopo la conclusione dello studio e le possibili modifiche abbozzate o inserite nel progetto «Ulteriore sviluppo dell'AI».

Si rileva in particolare che tra il 2002 e il 2014 il rapporto tra nuove rendite AI e prestazioni d'integrazione si è ribaltato completamente a favore delle ultime (da 2:1 a 1:2), il che viene interpretato come indice del fatto che l'AI ha effettivamente iniziato a trasformarsi da un'assicurazione di rendite in un'assicurazione finalizzata all'integrazione. Per gli accertamenti l'AI intende in futuro impiegare maggiormente strumenti standardizzati, orientati in primo luogo alle risorse. I rapporti tra medici curanti e AI dovranno essere migliorati tramite eventi e colloqui regolari e una piattaforma Internet (iv-pro-medico) curata congiuntamente dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH), la Conferenza degli uffici AI e l'UFAS. Al fine di promuovere la formazione, l'aggiornamento e il perfezionamento dei medici curanti in materia di diritto delle assicurazioni sociali e in particolare dell'AI, è stato istituito un gruppo di lavoro composto da rappresentanti dell'Ambito AI dell'UFAS e degli organi competenti dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Attualmente, la priorità del gruppo è in particolare il perfezionamento dei medici stranieri attivi in Svizzera. Si prevede anche di rafforzare la formazione continua dei medici dei maggiori ospedali in materia di diritto dell'AI.

Nel 2015, con una decisione di principio (DTF 141 V 281) il Tribunale federale ha ribadito con vigore l'importanza della richiesta, da tempo formulata dall'UFAS, che le società mediche elaborino direttive specifiche per le perizie medico-assicurative. Mentre le questioni attinenti alla qualità delle strutture e dei processi possono essere affrontate congiuntamente dall'AI e dai centri peritali, la definizione dei requisiti di qualità specifici del campo medico compete alle società del settore. Recentemente l'UFAS ha emanato diverse circolari in cui stabilisce che la rendita può essere concessa soltanto dopo che l'ufficio AI ha verificato e documentato che tutte le cure mediche esigibili nel caso concreto sono state prestate.

All'inizio del 2015 sono stati introdotti, mediante ordinanza, ulteriori provvedimenti concernenti l'integrazione professionale, quali la concessione più flessibile di provvedimenti di reinserimento, la consulenza indipendente da casi concreti, l'accompagnamento e la formazione dei datori di lavoro e la consulenza e l'offerta di informazioni agli specialisti del mondo della scuola e della formazione. Per sensibilizzare i datori di lavoro, i medici e il personale dei settori della scuola e della formazione si dovranno far conoscere a un pubblico più vasto le attività di comunicazione degli uffici AI con i mezzi a disposizione. Nella prospettiva di fornire un servizio a tutti i datori di lavoro verrà ampliato e istituito definitivamente il portale informativo Compasso.

L'UFAS è membro della Rete Salute Psicica Svizzera, cui appartengono oltre 100 organizzazioni del settore della salute psichica; essa si prefigge di sensibilizzare e promuovere i contatti tra gli attori a livello federale e cantonale, organizza eventi e diffonde una newsletter.

Nel progetto «Ulteriore sviluppo dell'AI», attualmente in consultazione, si propongono diverse misure per ottimizzare i provvedimenti d'integrazione dell'AI esistenti nonché misure per rafforzare la collaborazione tra l'AI e gli organi cantonali preposti alla transizione I (case management formazione professionale, formazioni transitorie). Per quanto riguarda le rendite, i disincentivi finanziari che possono derivare dall'attuale impostazione del diritto alla rendita AI dovranno essere considerati nel loro complesso, vale a dire tenendo conto anche delle prestazioni del 2° pilastro e delle PC. Il progetto «Ulteriore sviluppo dell'AI» ha ripreso la proposta di introdurre un sistema di rendite lineare. Con ciò si vuole eliminare il disincentivo dato dal fatto che in alcuni casi riprendere a lavorare o aumentare il grado d'occupazione comporta la diminuzione del reddito disponibile.

Summary

The primary focus of the second Invalidation Insurance Research Programme (FoP2-IV), which ran from 2010 to 2015, was the evaluation of measures introduced following the 4th and 5th revisions of the Federal Invalidity Insurance Act (IVG). As in the first research programme (FoP-IV 2006-2009), the FoP2-IV also analysed interactions between the different parts of the Swiss social security system and generated new insights into invalidity on the grounds of mental ill-health. A total of 20 projects were carried out over the programme's six-year run, 18 of which were published in the Federal Social Insurance Office (FSIO) research journal and three as e-publications.

The present synthesis report provides an overview of the key findings from all 20 research projects and its chapters divided according to topic (the IV clarification process; professional integration; mental illness; financial benefits; interaction with other actors). Each chapter features the conclusions and recommendations of the study authors, as well as a statement by the FSIO, in which it details the recommendations which either have already been implemented or will be in the future.

IV clarification process

Aside from the low-threshold nature of early detection/early intervention measures, before an applicant is awarded any benefit provided by the Swiss Invalidity Insurance scheme, whether it is advice, integration measures, provision of appliances or invalidity pension disbursement, an *in-depth professional clarification* is carried out on the details of the case and the kind of action that could be taken. In the 1990s IV expenditure rose sharply as a result of a dramatic increase in the number of IV pension recipients. Insufficient expert medical involvement in the clarification process was often blamed. As a result of the 4th, 5th and 6th revisions of the IVG, integration became the guiding principle of the IV scheme. Consequently, the clarification requirements changed, as did the resources and instruments available to the IV. The aim of the FoP2-IV, therefore, was to track these developments, analyse the implementation of the reforms and evaluate their impact. The studies show that the three legislative revisions have led to considerable changes in the clarification process. The introduction of the Regional Medical Services (RAD) has made the medical clarification process more impartial and consistent. Early detection and early intervention measures have accelerated the pace of rehabilitation, while the IV clarification process now concentrates more on the integration potential of applicants. The clarification process begins the moment that the IV receives notification that an individual is suffering from impaired health. The integration potential of the person concerned is then assessed in a multi-step procedure, after which the IV makes an initial decision. This is followed by a preliminary decision and finally a definitive decision on whether to award the applicant an IV pension or not.

According to the findings of the FoP2-IV studies, the IV clarification process was indeed a contributory factor in the rise of pension award rates until 2005. This was because it paid scant, if any, attention to the existing resources of the insured person, and focused more on deficiencies. This became more acute owing to the relative rise in the number of applicants suffering from mental ill-health, a development that the IV clarification process was poorly equipped to address. The studies also found that attending physicians often lacked the requisite insurance-medicine knowledge and expertise. Consequently, medical clarifications were protracted and ultimately unsatisfactory, with the authors finding that they indeed contributed to conditions becoming chronic. The RAD, which were introduced by the 4th IVG revision, have led to improvements in the insurance-medicine expertise of the IV offices, so much so that they are also suitably equipped to carry out their own medical clarifications, where necessary. "Speed over precision" is the principle underpinning the early detection and intervention measures which were introduced by the 5th IVG revision. The aim here is

to shorten or prevent lengthy and demotivating waiting times. Revision 6a of the IVG extended integration efforts to existing IV pension claimants.

The evaluation showed that the clarification process still tends to be rather lengthy owing to the complexity of the task coupled with the sheer number of individuals and agencies involved. Consequently, the decision was taken to intensify and improve multi-agency cooperation. FoP2-IV studies also found that there were major differences across the cantons in terms of how the reforms were implemented. While most IV offices only launch a pension claim assessment after all feasible integration measures have been exhausted (and failed), a minority provides integration measures only when applicants are at extremely high risk of losing their job. The studies also found marked differences with regard to the use of mono-, bi- and multidisciplinary expert reports, the forms of cooperation between the IV offices and the RAD, and how these offices organise their human resources. Multivariate analyses found that pension award rates are lower among IV offices which forego collecting highly detailed written medical information, and instead focus their efforts on integration, particularly through the provision of early intervention measures. This approach is entirely in keeping with the aims of the 5th IVG revision. In this regard, it could be promising to draw on the capacities of the RAD based on resources that are already available. The intensity of the medical clarification process, however, was found to have little impact on the rate at which pensions are awarded.

Applicants may contest pension claims that have been rejected as a result of the IV clarification findings. Appeals fell sharply between 2004 and 2009, and have continued to fall since, albeit at a slower pace. Of course, the IV offices cannot directly influence the outcome of the court rulings, although the courts often cite the (poor) quality of the medical assessment as a reason for overturning the original IV office decision. The cantonal courts differed in their assessment of RAD pension-related clarifications. While external expert appraisals are widely recognised, there is greater appreciation among the courts for multidisciplinary reports.

Methodology-related problems, such as data quality and lack of experience, mean that an evaluation of Revision 6a of the IVG is still not entirely possible. Nonetheless, first cohort comparisons reveal the limited success of pension reviews. Some rehabilitation measures have risen slightly, starting from a low base. However, these have led to only minor pension reductions.

Better consultation between the IV offices and the attending physicians is one way to improve the clarification process. Also, the IV offices should keep the doctors up-to-date on key decisions and the status of the cases. A study recommends the establishment of a case-independent network of attending physicians.

Professional integration

Since the 5th IVG revision, *professional integration* has been the primary aim of the IV, which wants to move away from being an insurance scheme that “guarantees a pension” to one which “guarantees rehabilitation”. The most commonly used instruments since 2008 have been occupational measures, such as careers advice, first-time basic vocational training, re-training and job placement. The IV offices received new instrument sand additional personnel with a view to ensuring the prompter involvement of the IV and shortening the process. The purpose of these measures is to provide the health-impaired individuals with swift and straightforward support to remain in work for as long as possible. The 6th IVG revision extended integration efforts to existing IV pension recipients, whereby pensions are awarded as a “bridge to rehabilitation”.

The early detection measures which were introduced by the 5th IVG revision are deployed when most applicants still have a valid employment contract and therefore allow the IV to mount a swift response to the situation. As a result, the range of available rehabilitation

measures has expanded considerably. Measures are also now in place which prepare individuals, especially those suffering from mental ill-health, for the professional integration process. The rehabilitation process now increasingly follows case management lines. This means that discussions with the insured and the relevant actors and prompt action take precedence over lengthy documentation processes and standard procedures. With the help of job coaches, the primary labour market integration process begins almost immediately in accordance with the principle of “job first, training second”.

For around one quarter of the insured, their first contact with the IV system is via early detection declarations. Three-quarters go on to apply for IV benefits. The evaluators observed that this instrument fulfils the triage function it was originally designed to perform, and in most cases provides the IV with an opportunity to intervene before the person loses their job. The early identification measure therefore has stood the test, yet its potential is still under-exploited, particularly in view of the low uptake of the early notification tool among employers. Thanks to early intervention measures, rehabilitation measures are now deployed much earlier, with their use almost doubling between 2004 and 2011. Over one third of cases are in receipt of measures within three months of their initial contact with the IV. This is a highly significant development given that the studies found that the quicker early intervention measures are deployed, the slower the pension award rate becomes. However, it should be said that the impact varies depending on individual circumstances, with a particularly strong and positive effect observed among recipients with no post-compulsory education or training. Yet, it would appear that this group is least likely to have been in receipt of early intervention measures. Generally speaking, the type and number of early intervention measures that are awarded tend to vary across IV offices. This would indicate that they are not deployed as much as they could be and that their full potential therefore remains unexhausted. The researchers recommended that better use is made of these measures, particularly among individuals suffering from mental ill-health. Although rarely used, integration measures were found to increase the likelihood of rehabilitation. Once again, practices in this regard vary from one cantonal IV office to another. As observed for early intervention measures, the effectiveness of occupational measures is higher the earlier they are introduced. The study authors therefore recommended that IV offices should deploy them more quickly and in a more targeted fashion, and ensure that they earmark sufficient financial resources for their implementation.

The provision of reintegration measures to existing IV pension recipients – as intended by IVG Revision 6a – is still difficult to implement. While the IV offices now have more expertise and experience in relation to intuitive triage, some are still unsure about the criteria that they should apply. Added to this is the major role that the individual circumstances of pension recipients, particularly their psychosocial resources, appear to play. Despite this complex triage process, the IV offices are dismayed that few people actually embark on the reintegration process. However, the offices welcome the broad range of measures at their disposal and stress the importance of being able to customise these measures on a case-by-case basis. More action is needed to create suitable jobs – particularly in the lower wage bracket – for individuals in the reintegration process.

Mental illness and the IV

Mental health disorders are one of the primary reasons why a person is awarded an IV pension. However, the number of new IV pension recipients with mental-health issues has slowly fallen. This also applies to individuals suffering from somatic disorders (although the decrease occurred much earlier), but not to children and adolescents among whom no downward trend was observed. This was why the IV pension award rate rose sharply in the 1990s, yet the professional community claimed that the prevalence of mental-health disorders had remained generally stable. In other words, the incidence of these illnesses has not increased,

but rather the working capacity of sufferers had decreased. The FoP2-IV therefore sought to analyse the clarification and rehabilitation practices of the IV offices in relation to this group of applicants. The research found that the quality of the case files and the collection of relevant information were often unsatisfactory. Physician forms were frequently incomplete and devoid of qualified information on the applicant's capacity to work. In addition, contact between the IV offices and physicians tended to be fraught with conflict. The evaluation noted that psychiatrists seldom apply evidence-based guidelines when making their diagnosis or deciding on what treatment is needed. In view of the scientific evidence, which analysed not only the clinical effectiveness of interventions on individual disorders but also the psychosocial outcomes, considerable gaps in current knowledge persist. The study recommended that assessments should focus more systematically on functional disorders and resources, that specialists should be urged to develop a set of guidelines on the assessment and treatment of mental illnesses, and that more evidence-based knowledge and insights are needed.

The social circumstances of IV pension recipients suffering from mental ill-health is worse than that of the average IV pension recipient, not to mention that of non-claimants. They are more often unemployed, have the lowest average income of all IV pension recipients, and their progressive withdrawal from the workforce tends to be more protracted. The clarification process also takes much longer and they are also much more likely to have been in receipt of other benefits prior to the IV pension award.

Since 2008 ever more individuals with mental-health disorders have benefited from early intervention measures. Integration measures, although designed primarily for this group, are rarely deployed. However, when they are used, this group make up three-quarters of recipients.

The choice of measures differs considerably depending on the diagnosis. For example, individuals with schizophrenia or with a psychogenic and social-reactive disorder are immediately awarded an IV pension, whereas IV measures are most commonly granted to individuals with personality disorders. The study criticises the reluctance of the IV to use rehabilitation measures among individuals who have been diagnosed as schizophrenic. The study also found that the diagnoses of young people who abandon their studies/training are often overly pessimistic and they therefore receive little rehabilitation support. The authors therefore recommended better and more evidence-based deployment of early intervention and occupational measures. They also warned against prematurely writing off the rehabilitation potential of individuals in these diagnostic groups who have good educational qualifications and thus being too quick to award them an IV pension. They even suggested studying whether it is indeed sensible to award pensions to the under-30s.

The study also found that, like the IV offices and attending physicians, employers could do more to help individuals with mental ill-health integrate in the primary labour market. Many employers appear to be uncertain about how they should respond when an employee presents with psychological problems. When employers do take action, it tends to be too late or inappropriate. As a result, the issue is "resolved" in many cases by a termination of the employment contract. Researchers recommend that IV offices do more to raise awareness of rehabilitation management among employers and teams and to provide them with the necessary support.

Finally, a study examined federal and cantonal services for individuals with early childhood development disorders. It found that Switzerland has seen a significant growth in the number of qualified diagnostic centres over the last 15 years, even though provision varies considerably across regions. However, it also noted that the delivery of intensive early treatment still falls short, particularly the provision of specific behavioural therapy, special needs education and interdisciplinary measures and programmes. The authors also observed difficulties with

the integration of children and young people on the autism spectrum in mainstream schools and in the workplace.

The study concluded that the IV urgently needs to step up cooperation and coordination with schools, child and adolescent psychiatric services, employers, labour market authorities and other insurance providers.

Financial benefits

Alongside the benefits cited in previous chapters (assessment and rehabilitation measures, pensions), the IV also funds the provision of medical measures, appliances, helplessness allowances and assistance contributions. Below is a summary of the specific features and problems of financial benefits based on the findings of the studies carried out as part of the FoP2-IV.

It was found that households with an IV pension recipient were financially worse-off than non-claimant households. The disposable income of almost one in six households was less than 50% of the median income, compared to one in 10 for non-claimant households. The receipt of an IV pension somewhat alleviates the severe financial difficulties faced by many households, particularly those in the low-income bracket and/or with children, because it boosts their income considerably. The share of IV pension recipients in the low-income bracket is higher than among the total population because the former have a lower level of education on average and tend to have worked in jobs which paid below-average wages prior to the onset of their invalidity. However, the situation of IV pension recipients, especially those claiming a partial pension, differs widely. While some are well integrated professionally and are in the high-income brackets, others have meagre financial resources at their disposal. A further finding was that the current IV pension system exerted a threshold effect, thereby limiting and even blocking the incentive to work. The introduction of a linear pension system was recommended. This proposal also featured in the draft Revision 6b of the IVG, which was eventually rejected by parliament.

The 4th IVG revision doubled helplessness allowances (HA) for disabled individuals living at home and introduced a supplement for the delivery of intensive care services for minors who lived at home. IVG Revision 6a introduced the assistance contribution. The aim of these new measures is to help recipients lead a more independent life. The number of HA recipients rose sharply due to easier access to these benefits following the introduction of a measure to provide the disabled with help to perform day-to-day tasks. Another reason for this increase was demographics. The evaluation of instruments introduced by the 4th IVG revision, however, also found that between 2004 and 2011 the share of HA recipients had increased from 50% to 59%. The share of HA recipients suffering from mental ill-health also rose, a development in keeping with the original intention of the reforms. Whether they live in their own home or in residential care, four out of five adult HA recipients rated their living conditions satisfactorily. A large majority considered that they received generous IV support to manage the additional disability-related burdens placed on them through caring for a severely handicapped minor. For adults and minors who lived at home, HA offers considerable financial relief. Given that the assistance contribution, which aims to strengthen the self-determination and personal responsibility of recipients and provide them with access to supplementary assistance options, was only introduced in early 2012, the evaluation is still ongoing. However, interim findings suggest that take-up has been slow and claimants have (primarily) been individuals with high support needs. Interim results for the subsequent year (2015) – falling share of HA recipients with a severe degree of helplessness – bear out the working assumption that take-up would be quickest among this group, while HA recipients with a moderate or low degree of helplessness would wait slightly longer before applying.

A further IV benefit is the provision of aids. In mid-2011 the IV reformed its hearing aid reimbursement system, replacing the tariff model with a flat-rate contribution. While a study found

that the quality of provision under the tariff system was excellent, it also found that both the insurer and the insured in Switzerland incurred much higher costs than their counterparts in other countries. It would appear that the acoustician industry almost always made full use of the reimbursement tariffs, which stymied price competitiveness. The intention of the new flat-rate system is to increase competition and thus lower prices, and empower hearing aid users by directly providing them with a lump sum towards the costs of their appliance. Two FoP-IV projects had examined whether satisfaction with the quality of hearing aid provision had changed under the new system and whether it had led to more competitive pricing. The qualitative study showed that the most popular hearing aid had not changed under the flat-rate model and that device features were largely the same. The hoped-for user empowerment has yet to happen: hearing aid customers were even less likely to compare providers under the flat-rate system and few new dispensing points like chemists and pharmacies have entered the market. Service levels are much lower than under the tariff system, though customer satisfaction with general and adjustment service delivery remained high. Nonetheless a comparison of the two systems found that satisfaction with after-sales services had fallen somewhat. The pricing study found that the range of products on offer has expanded owing to the growing number of manufacturers entering the hearing aid market. Major manufacturers no longer dominate the market like they once did under the old system, which would indicate that there is now greater competition. Since the new reimbursement system was introduced, the hearing market has undergone some changes and competitive pricing is beginning to emerge, albeit to a much lesser degree than originally hoped for. Both studies note that market changes take time and thus a follow-up study should be carried out at a later date, possibly around 2017.

Interaction between the IV and other actors

Several FoP2-IV studies looked at the key forms of interactions between the IV and other actors, in particular providers of health care, social security, labour and education providers. The subject was approached from two different angles: transfers between the two agencies on the one hand, and multiagency collaboration (or interinstitutional cooperation, IIZ) on the other.

A study of the benefit claim history of individuals who became IV pension recipients in 2010 found that over half had not claimed either unemployment insurance or social welfare benefits prior to their contact with the IV. Fewer than 10% of new IV pension recipients in 2010 had gone along the allegedly problematic and “typical” unemployment insurance → social welfare → invalidity insurance pathway. In fact, as the professional integration study showed, the vast majority of people applied for an IV benefit while still in work, and that between 2004 and 2011 this share had risen from 64% to 74%. However, the study of benefit claim histories also found that the IV benefit application was often preceded by a fall in income and downward occupational mobility. In addition, individuals suffering from mental ill-health tended to have more complex claim histories and were more likely to have had dealings with other social security providers prior to their initial contact with the IV. The study found that the IVG revisions had little impact on the social welfare and unemployment insurance schemes.

Launched in the early 2000s to address mounting interface problems, interinstitutional cooperation (IIZ) seeks to improve coordination between the various parts of the Swiss social security system with regard to rehabilitation and integration efforts. Implementation is primarily a cantonal responsibility, but the Confederation supports these efforts in the form of funding. A review of IIZ practices a decade on found that these differ widely across cantons and municipalities. It also noted that these practices fall into four main categories: multilateral cooperation in relation to young people; multilateral cooperation in relation to adults; bilateral forms of cooperation; structure-specific, case-independent coordination. The study notably concludes that the main achievement of IIZ is the emergence of straightforward and informal

cooperation between the institutions concerned. All of the relevant actors, in particular IV office personnel, rated this development highly. Singled out for particular praise was better information-sharing, the clearer definition of responsibilities, and improved coordination of financial benefits and rehabilitation measures. However, the study also identified a series of weaknesses and obstacles, such as the highly decentralised and voluntary nature of IIZ, a lack of resources, inhibiting structural incentives, the existing legal framework as well as the additional burden placed on IV office personnel. Lacking or highly heterogeneous data placed severe restrictions on the evaluation IIZ models, which led the authors to recommend the application of a uniform definition of IIZ, the involvement of health care providers, employers and other relevant actors in the IIZ process, as well as the creation of financial incentives to boost cooperation.

A further challenge for the IV is cooperation with upstream actors, such as employers and health care providers. Two pilot projects – “Early detection and professional reintegration (FER)” and “ConCerto” – were launched during the course of the FoP2-IV. Evaluations found that both had strengthened cooperation considerably and had led to improvements in the early detection process and the health and accident management of people still in gainful employment. Even though the short-term benefits of this type of initiative should be subject to greater scrutiny, these approaches are entirely suited to keeping the person in work and preventing the receipt of a pension in the long term. Nonetheless, the evaluations also emphasised that these initiatives are less well-suited to the needs and capacities of small firms.

The final area of cooperation which was analysed as part of the Fop2-IV concerns collaboration between the IV and providers of training to young people. By international standards, Switzerland has a relatively well-developed range of services for young health-impaired individuals, though it still falls short in several areas. For example, young people suffering from impaired health rarely have access to measures to help them transfer from compulsory to post-compulsory education and training. The identification and assistance of young people who abandon their studies are under-resourced, and training providers take insufficient account of the specific needs of children and young people suffering from mental ill-health issues or who are on the autism spectrum.

FSIO stance

The end of each chapter features the opinions of the FSIO on the conclusions and recommendations of the FoP2-IV studies. The FSIO also details the changes that have been introduced since the research was published, the measures that have already been taken and those that will be taken with a view to the further development of the IV system.

The studies observed that between 2002 and 2014 that the ratio of new IV pension awards relative to integration measures reversed in favour of the latter (from 2:1 to 1:2). This suggests that the IV is indeed on the way to becoming an insurance scheme that guarantees rehabilitation rather than a pension. With regard to its clarification process, the IV will seek to make greater use of standardised and primarily resource-oriented instruments. It shall work towards improving relations with attending physicians by organising special events, holding regular discussions and managing the shared FMH-IVSK-FSIO online platform (iv-medico). A working group has been created, comprising delegates of the IV Domain of the FSIO and the relevant parts of the Federal Office of Public Health (FOPH). Its task is to promote the basic, advanced and ongoing training of attending physicians on Swiss social security legislation, particularly the legal provisions governing the IV. Currently, activities are focused on providing training to physicians from other countries who practise in Switzerland. It is also stepping up advanced courses on IV legislation for physicians working in larger hospital.

The FSIO has long called on medical associations to produce a set of guidelines for the insurance-medicine appraisal of certain diseases and pathologies, but to no avail. However,

a leading decision by the federal court in 2015 (BGE 141 V 281) may finally lead to a resolution. While IV offices and assessment offices are suitably equipped to jointly handle structural and process quality issues, only the medical profession has the specialist knowledge required to draw up quality criteria for medical assessments. A number of circulars now specify that stipulates that an IV pension may only be awarded if the IV office has verified and documented that all feasible medical treatment has been exhausted.

With regard to professional integration, regulations have led to the introduction of additional measures since early 2015, such as a more flexible award process for integration measures, case-independent advice, support of and training for employers, as well as the provision of advice and information to education providers. With a view to raising awareness among employers and education providers, the IV should improve the visibility of its employer campaign activities and the resources that the IV offices can offer. The “Further development of the IV system” also recommends greater cooperation between the IV and the cantonal authorities in relation to vocational training case management and the provision of bridging services. The professional integration information portal Compasso, which was set up specifically for employers, has also been expanded.

The FSIO is now a member of the Mental Health Network Switzerland. This initiative seeks to raise awareness of mental-health issues and establish as large a network of cantonal and federal players as possible. It has over 100 members, including organisations and institutions working in the mental health field. It also organises events and has its own newsletter.

In “Further development of the IV system” – the draft consultation paper on the revision of the IV – several proposals are put forward to improve existing rehabilitation measures. It also recommends measures that will facilitate more intensive cooperation between the IV and the cantonal agencies which make up Interface I (vocational training case management, bridging measures). With regard to IV pensions, possible financial disincentives caused by the design of the existing pension award system should be the subject of a far-reaching study, i.e. one that also factors in 2nd pillar benefits and supplementary benefits. The “Further development of the IV system” proposes the introduction of a linear pension system. This would remove disincentives that arise in certain instances, in that taking up paid work or an increase in working hours actually reduces the person’s disposable income.

1. Introduction

Pendant longtemps, la recherche ne s'est guère penchée sur l'assurance-invalidité (AI). Les bases scientifiques d'un développement ciblé de l'AI étaient quasiment inexistantes. Pourtant, l'assurance a besoin de telles bases pour remplir ses multiples tâches dans un environnement complexe.

En 2004, la 4^e révision de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI) a fourni la base légale nécessaire (art. 68 LAI) pour que la Confédération entreprenne ou fasse réaliser « des études scientifiques sur la mise en œuvre de la [...] loi pour : a. en contrôler et en évaluer l'application ; b. en améliorer l'exécution ; c. en accroître l'efficacité ; d. proposer les modifications utiles ». L'art. 96 du règlement sur l'assurance-invalidité confie au Département fédéral de l'intérieur le soin d'établir « un programme pluriannuel concernant des études scientifiques relatives à l'application de la loi », « après consultation de la Commission fédérale AVS/AI ».

Le premier programme de recherche sur l'assurance-invalidité a été lancé en 2006 pour une durée de quatre ans (PR-AI, 2006-2009).

Les thèmes de recherche abordés par ce programme étaient les mécanismes fondamentaux du système de l'AI, les interactions et interfaces avec divers acteurs, les effets de certaines mesures, ainsi que les causes de la forte augmentation des mises en invalidité pour raisons psychiques. Le PR-AI s'est achevé avec la publication d'un rapport de synthèse publié dans la série « Aspects de la sécurité sociale » que l'OFAS consacre à la recherche (OFAS 2010, CHSS 2/2011).

Le PR-AI s'inscrit dans un processus qui fait évoluer l'AI d'une assurance de rentes en une assurance de réadaptation : la 4^e révision (en vigueur depuis 2004) a jeté les bases pour mieux structurer la procédure d'instruction, mettre sur pied les services médicaux régionaux (SMR) et renforcer l'aide active au placement des assurés. La 5^e révision, entrée en vigueur en 2008, visait elle aussi la réinsertion sur le marché du travail, en donnant plus de poids au principe selon lequel « la réadaptation prime la rente » et en investissant résolument dans les mesures de réadaptation. La détection et l'intervention précoces permettent depuis lors de prévenir à temps la survenance d'une invalidité et de mieux maintenir dans le monde professionnel les personnes n'ayant plus toute leur capacité de travail pour éviter que des problèmes de santé deviennent chroniques. Le droit à la rente est examiné après l'achèvement des efforts de réadaptation. Les mesures de réinsertion s'adressent tout particulièrement aux personnes atteintes dans leur santé psychique, à qui elles permettent d'exercer un emploi sur le marché primaire du travail. Des mesures incitatives telles que l'allocation d'initiation au travail ou l'indemnité en cas d'augmentation des cotisations ont par ailleurs été créées en faveur des employeurs, afin d'encourager la réadaptation professionnelle. La révision 6a, entrée en vigueur en 2012, a étendu l'orientation vers la réadaptation aux bénéficiaires de rente, selon le principe « la rente, passerelle vers la réinsertion ». Les efforts de réadaptation doivent être fermement soutenus par une batterie de mesures souples et faciles d'accès, par des mesures incitatives à l'intention des employeurs (placement à l'essai, par ex.) et par un système de rentes linéaire (même si ce dernier n'a pas été concrétisé dans le cadre de la révision 6a).

Le premier programme de recherche a ainsi fourni de nombreux éléments afin d'optimiser le développement de l'AI et de l'accompagner scientifiquement. Le deuxième programme de recherche (PR-AI 2, 2010-2015) s'est pour sa part concentré sur l'évaluation des nouvelles mesures (en particulier celles instaurées dans le cadre des 4^e et 5^e révisions), afin de connaître les effets des révisions et de relever comment les mesures pourraient être améliorées. Tous les effets à relativement long terme des révisions n'ont toutefois pas pu être analysés, faute de recul suffisant depuis l'entrée en vigueur de ces mesures. Comme son prédécesseur, le PR-AI 2 a aussi étudié les interfaces avec d'autres systèmes et acteurs. Les travaux

relatifs à l'invalidité pour raisons psychiques ont pour leur part été approfondis. Le PR-AI 2, comme avant lui le PR-AI, a par ailleurs fonctionné en planification continue afin d'intégrer aux projets de recherche les thèmes et développements actuels.

Pour ce qui est de l'organisation, les débuts du PR-AI 2 ont été marqués par une phase de consolidation. L'organe de direction stratégique n'était plus composé que des chefs de secteur du domaine AI et des responsables de la recherche, et la fréquence de ses séances a été augmentée pour passer à un rythme mensuel. Il a ainsi pu suivre de plus près les différents projets et discuter plus rapidement et de manière plus approfondie des résultats, dont la diffusion a également été plus rapide. Des tandems ont été constitués pour assurer la direction opérationnelle du programme, ainsi que la direction des différents projets : un représentant du domaine AI assumait en priorité la responsabilité matérielle, tandis qu'un collaborateur du secteur Recherche et évaluation était responsable pour la méthode et l'organisation. En outre, un groupe d'accompagnement a été mis sur pied pour chaque projet. Il comprenait généralement des spécialistes internes, mais parfois aussi des experts externes.

En six ans, le PR-AI 2 a donné lieu à 20 études, qui ont débouché sur la publication de 18 rapports dans la série de l'OFAS consacrée à la recherche et de 4 publications électroniques. Les coûts (hors frais généraux) se sont montés à 2,5 millions de francs. Les projets ont été financés intégralement par l'OFAS, c'est-à-dire par l'AI, soit directement par le crédit de recherche du PR-AI soit via des projets pilotes en vertu de l'art. 68^{quater} LAI. Le présent rapport de synthèse s'appuie sur les rapports et projets mandatés par l'OFAS ainsi que sur les rapports soutenus par l'office (par ex. les rapports de l'OCDE), mais aussi, selon le thème, sur des études portant sur des questions pertinentes pour l'assurance-invalidité.

La publication des rapports a généralement été annoncée par un communiqué de presse. Les rapports ont aussi été présentés et discutés au sein de l'OFAS, et souvent au sein de la Commission AVS/AI. Les résultats ont été intégrés à la pratique actuelle de l'OFAS en matière de surveillance ou le seront, ils ont débouché ou déboucheront sur des adaptations de lois et d'ordonnances, et la Conférence des offices AI est régulièrement informée des résultats et recommandations la concernant. A la fin de chaque chapitre, l'OFAS prend position sur les conclusions et recommandations des projets. Il précise les mesures prises jusqu'ici et les projets en cours, et fournit des renseignements sur le développement de réseaux avec d'autres acteurs.

Le présent rapport synthétise les principaux résultats, les conclusions et recommandations des divers projets, et établit des liens entre eux.

Il compte cinq chapitres thématiques. Le chapitre 2 porte sur les analyses de la procédure d'instruction de l'AI. Le chapitre 3 examine la réadaptation professionnelle, qui figure au cœur des dernières révisions de l'AI. Le chapitre 4 présente les études menées sur le thème de l'invalidité pour raisons psychiques. Le chapitre 5 est consacré aux études relatives aux prestations spécifiques de l'assurance, telles que les rentes, les allocations pour impotent et les moyens auxiliaires. Enfin, le chapitre 6 se penche sur les interfaces avec différents acteurs liés à l'AI et sur la collaboration interinstitutionnelle.

2. La procédure d'instruction dans l'assurance-invalidité

2.1 Introduction

L'AI est chargée de fournir un soutien aux personnes atteintes dans leur santé en vue de leur réadaptation et d'examiner un éventuel droit à la rente. Pour accomplir ces deux tâches essentielles, l'instruction de la situation médicale et professionnelle de la personne concernée joue un rôle décisif. Dans le cadre de la réorientation de l'AI vers la réadaptation, la procédure d'instruction a donc inévitablement subi d'importantes transformations. Celle-ci peut être définie sommairement comme la collecte d'informations pertinentes pour la prise de décisions administratives des offices AI. Si ses buts concrets ne sont pas précisés dans la loi, le législateur a défini les différentes étapes de la procédure, ainsi que certains des droits et obligations des parties prenantes, qui seront décrites dans le présent chapitre.

Les objectifs poursuivis par les offices AI avec l'instruction sont multiples et parfois contradictoires (Guggisberg et al. 2015a). Si l'exigence de légalité (respect des droits et des obligations des parties prenantes) est incontournable, la vitesse d'intervention et le contrôle des coûts peuvent entrer en conflit avec la quête de précision. Les offices AI doivent aussi assurer la transparence et l'orientation ressources : alors que la transparence doit garantir à l'assuré les principes d'équité et de clarté, l'orientation ressources implique une instruction axée sur les ressources de l'assuré et non sur ses déficits. Etant donné ces différents objectifs, dont la pondération peut varier selon les situations, il est impossible d'énoncer des critères de succès prédéfinis.

L'instruction de l'AI est une procédure à la fois transversale, complexe et en constante mutation qui ne pouvait être négligée dans le cadre du PR-AI 2. Elle a ainsi été abordée sous différents angles : deux projets ont porté directement sur cette thématique et différentes études ont apporté un éclairage indirect sur l'instruction médicale et professionnelle dans l'AI. Après avoir examiné les transformations de l'AI et leur impact sur la procédure d'instruction (2.2), ce chapitre donne une vue d'ensemble du déroulement de la procédure telle qu'elle est menée par les offices AI (2.3). La section suivante (2.4) décrit le rôle des autres acteurs impliqués et présente les recherches les concernant. Il s'agit notamment des SMR, des centres d'expertises, des médecins traitants et des assurés. Enfin, la partie conclusive synthétise les principaux résultats et les recommandations formulées par les auteurs des différentes études.

2.2 De l'assurance de rente à l'assurance de réadaptation : enjeux pour la procédure d'instruction

L'OCDE décrit l'AI d'avant la 4^e révision comme une assurance passive : elle intervenait très tardivement, lorsque toutes les autres possibilités de prestations étaient épuisées, et prenait des années pour mener à bien les procédures d'instruction (OCDE 2014, p. 17). Souvent qualifiée d'« assurance de rente », l'AI était éloignée de l'assurance de réadaptation qu'elle était pourtant censée être dès sa fondation. Cette orientation initiale est responsable, selon l'OCDE, de la forte croissance des rentes AI constatée jusqu'au milieu des années 2000. Or, cette situation s'explique non seulement par les mesures de réadaptation et l'usage qui en était fait, mais aussi par la procédure d'instruction. Ainsi, l'OCDE observe que les examens de la capacité de travail résiduelle des bénéficiaires de prestations de l'AI étaient inappropriés et constituaient une des causes de l'augmentation de l'effectif des rentes jusqu'en 2005 (OCDE 2014, p. 70). Il faut à cet égard rappeler que l'AI a été conçue, historiquement, pour les maladies somatiques, alors que près de la moitié des bénéficiaires de prestations sont aujourd'hui touchés par des troubles d'ordre psychique (cf. chapitre 4).

Compte tenu de la forte croissance de l'effectif des rentes et de l'endettement de l'AI, la procédure d'instruction et son impact sur les coûts se sont retrouvés au centre de l'attention politique. Un problème important concernait le manque de compétences spécifiques en médecine des assurances des médecins traitants qui étaient jusque-là responsables de l'instruction médicale. Un autre constat a incité à réformer la procédure d'instruction : l'assurance privilégiait le versement de rentes au détriment du principe de la réadaptation. La procédure était aussi critiquée pour sa longueur excessive, source d'incertitudes et facteur de risque pour le développement de troubles chroniques.

Comme soulevé dans l'introduction, différentes réformes ont transformé l'AI d'un système passif d'administration de rentes à un organisme de réadaptation professionnelle dynamique en apportant des innovations importantes dans la procédure d'instruction. La 4^e révision a instauré dix services médicaux régionaux (SMR) au sein des offices AI dans le but de renforcer l'uniformité de l'instruction médicale et de permettre un examen comparable et conforme de la capacité fonctionnelle de travail des assurés concernés. En cas de besoin, les SMR peuvent mener leurs propres examens, ce qui n'était jusqu'alors pas possible pour l'AI. La 5^e révision a, elle, marqué le plus grand tournant de l'AI vers la réadaptation en introduisant la détection et l'intervention précoces, et en élargissant et renforçant les mesures de réadaptation (cf. chapitre 3). Ces mesures ont aussi eu une influence sur la procédure d'instruction. Le principe « la rapidité avant la précision », prévalant dans la phase de détection et d'intervention précoces, vise à éviter de longues périodes démotivantes et potentiellement invalidantes et à éviter la mise en invalidité. Pour ce faire, les instruments de la réadaptation doivent intervenir à temps, si possible lorsque l'assuré atteint dans sa santé occupe (encore) sa place de travail. Ces premières mesures doivent être octroyées rapidement, être soumises à un minimum de contraintes administratives et ne pas être subordonnées à des examens trop approfondis de la situation, notamment médicale, de la personne. Pour ce faire, il faut que le parcours débute par une procédure d'instruction rapide et simple. La révision 6a a encore renforcé la logique de la réadaptation, en élargissant au groupe des bénéficiaires de rente. Elle a donc aussi introduit des changements dans la procédure d'instruction. Comme le rappelle l'OCDE (2014, p. 92), les révisions de rentes reposaient auparavant sur l'auto-évaluation du bénéficiaire et sur un examen du médecin traitant – auxquels s'ajoutait ensuite l'évaluation sur dossier de l'office AI. La nouvelle procédure de révision instaurée avec la 6^e révision table sur une démarche plus dynamique, basée sur l'identification d'un potentiel de réadaptation chez l'assuré et l'octroi de mesures de réadaptation en soutien à la démarche. Le recours à des entretiens plutôt qu'à l'examen administratif des dossiers est une nouveauté.

En résumé, les trois dernières révisions ont considérablement transformé la procédure d'instruction. Elles ont renforcé l'indépendance et l'uniformité des expertises médicales au sein des offices AI (création des SMR), accéléré la prise en charge en l'orientant vers la réadaptation (détection et interventions précoces) et introduit une approche proactive pour l'examen du potentiel de réadaptation des rentiers.

2.3 Le déroulement de la procédure d'instruction

Cette section synthétise les principaux apports du PR-AI 2 concernant l'instruction des nouveaux cas, les différences entre les cantons et leurs effets. Elle se penche ensuite sur la procédure d'instruction dans le cas des révisions de rentes.

2.3.1 La procédure d'instruction pour les nouveaux cas

Guggisberg et al. (2015a, pp. 3-5) mettent en avant les principales étapes de la procédure, allant de la communication d'un cas à la décision relative à l'octroi de la rente, en passant par la demande, les différentes mesures d'instruction et de réadaptation, la décision de principe et le préavis. Cette procédure fait intervenir différents acteurs au sein et en dehors des

offices AI tels que médecins traitants, SMR ou centres d'expertise médicale. Suite à la décision relative à l'octroi d'une rente, la procédure menée par les offices AI peut se prolonger dans la sphère judiciaire, avec la possibilité que le tribunal cantonal exige des examens supplémentaires s'il considère que les bases de décision sont insuffisantes. Si la rapidité de l'instruction est un facteur de succès important pour la réadaptation, le processus reste relativement long en raison de la complexité des tâches et de la multiplicité des acteurs impliqués. Fluder et al. (2013, p. 15) observent que l'instruction de l'AI prend jusqu'à 24 mois ou même davantage. Différents chercheurs relèvent dans ce contexte l'importance d'une meilleure coordination interinstitutionnelle, qui facilite la détection précoce des cas et réduise les efforts pour la collecte d'informations (Bieri et al. 2013 ; Landert et Eberli 2015).

Même s'il existe des similitudes, les rapports de recherche du PR-AI 2 soulignent que la procédure d'instruction varie fortement entre les offices AI. Comme le montre l'évaluation de Bolliger et al. (2012), les offices AI ont globalement renforcé leur engagement dans la réadaptation suite à la 5^e révision, ce qui se répercute sur la procédure d'instruction. Il y a toutefois toujours des cas qui sont instruits selon les pratiques antérieures à la 5^e révision. Ainsi, certains offices AI effectuent toujours une instruction médicale complète de la personne assurée avant d'octroyer des mesures favorisant le maintien en emploi. Dans beaucoup des cas analysés, l'influence de la 5^e révision est cependant visible et les offices AI adhèrent globalement au changement de culture en favorisant une instruction rapide et basée sur le dialogue en début de procédure afin de pouvoir intervenir rapidement, si nécessaire avec des mesures de réadaptation (Bolliger et al. 2012).

Guggisberg et al. (2015a, p. 17) montrent également que les stratégies de réadaptation varient fortement selon les offices AI. Bien que globalement les collaborateurs interrogés dans les offices se sentent tenus au principe selon lequel « la réadaptation prime la rente », ce dernier n'est pas toujours appliqué de la même façon. Dans la plupart des offices AI, il signifie que l'examen approfondi du droit à la rente n'a lieu que lorsque les mesures de réadaptation n'ont pas atteint leur objectif. La réadaptation est en principe possible et reste un objectif tant que le contraire n'est pas prouvé (stratégie de réadaptation « large »). La stratégie de réadaptation d'une minorité des offices AI est, au contraire, plutôt sélective. Des mesures de réadaptation n'y sont envisagées que si l'assuré risque de perdre son emploi ou que le risque de rente est manifeste. L'application du principe « la réadaptation prime la rente » signifie, pour ces offices, mettre en œuvre des mesures de réadaptation dans l'objectif premier d'empêcher des versements de rentes (stratégie de réadaptation « sélective »). Certains offices AI se situent entre ces deux pôles et constituent des formes mixtes. Guggisberg et al. (2015a) montrent donc que les pratiques des offices en matière d'instruction varient en fonction de leur stratégie de réadaptation. La forte hétérogénéité des pratiques d'instruction concerne aussi la fréquence du recours à des expertises monodisciplinaires, bidisciplinaires ou pluridisciplinaires, le type de collaboration avec le SMR, le moment et le type de collecte d'informations médicales, ainsi que les processus internes des offices AI (type de gestion du personnel, organisation, allocation des ressources, etc.). Sur la base de ces différents critères, les auteurs ont pu identifier plusieurs types d'offices.

- Type 1 : ce type se caractérise par la collecte systématique d'informations médicales écrites auprès des médecins traitants avant la première décision de tri. Les offices du type 1 renoncent plus fréquemment que les autres à des mesures de réadaptation dès la première décision de tri. Le SMR y joue un rôle moins actif dans la mise en place des processus, en particulier dans la phase de tri et d'élaboration du plan de réadaptation.
- Type 2 : les offices de ce type recueillent systématiquement les informations médicales écrites auprès des médecins traitants, mais seulement après la première décision de tri. La procédure de réadaptation est lancée, autant que possible, sans informations médicales écrites et ne dépend donc pas seulement d'une appréciation

médicale théorique. Les SMR sont plus fortement impliqués dans l'organisation de la procédure, notamment pour l'appréciation du droit à des prestations dans la phase finale de l'instruction.

- Type 3 : ces offices AI recueillent au cas par cas des documents écrits existants et complémentaires auprès des médecins traitants, soit avant soit après la première décision de tri. La collaboration avec le SMR est ici très intense et fréquente dès le début de la procédure ; celui-ci participe activement au développement de la stratégie et de la procédure.

A l'aide de méthodes d'analyse multivariées, l'étude de Guggisberg et al. (2015a) a permis d'identifier (sous contrôle statistique de variables contextuelles cantonales) plusieurs variables corrélées avec le taux de nouvelles rentes obtenu par les offices AI. Ces résultats ont été confirmés par l'évaluation des 5^e et 6^e révisions, qui tient compte des effets en termes de réinsertion sur le marché primaire du travail et ne se limite pas au taux de rente (Guggisberg et al. 2015b). Comparativement, le deuxième type d'office AI est associé à un taux de nouvelles rentes moins élevé. Ce résultat important indique que la collecte systématique d'informations médicales écrites auprès des médecins traitants devrait être effectuée seulement après la première décision de tri. Ce constat renforce l'idée, introduite avec la 5^e révision, que c'est la rapidité, plus que la précision, qui compte en début de procédure. La priorité, à ce stade, est de soutenir rapidement les personnes afin qu'elles conservent ou retrouvent rapidement un emploi, plutôt que d'instruire précisément la situation médicale de l'assuré. Il s'agit en effet d'éviter une période trop longue de désinsertion professionnelle et le développement d'affections chroniques. La stratégie « le dialogue avant les dossiers » vaut donc la peine d'être mise en œuvre dans la phase initiale de la procédure. Comme l'étude sur la collaboration entre l'AI et les médecins traitants (Bolliger, Féraud 2015), Guggisberg et al. montrent ainsi que les rapports médicaux ne devraient pas être demandés, ou du moins pas systématiquement, avant la décision de tri, contrairement à ce que font la plupart des offices AI.

- Les offices AI doivent veiller à cibler les demandes de rapports médicaux : ils ne doivent pas demander de rapports médicaux de manière systématique, mais tenir compte de la situation, afin de récolter uniquement les informations nécessaires après avoir consulté les informations médicales déjà disponibles notamment dans les rapports d'autres assurances (Bolliger, Féraud 2015, p. 81). Les informations écrites des médecins traitants ne doivent être récoltées systématiquement qu'après la première décision de tri (Guggisberg et al. 2015a, p. 71).

D'autres variables sont également associées à un taux de rente plus bas (Guggisberg et al. 2015a, pp. 53 et 54). Il s'agit notamment de l'octroi rapide et généreux de mesures d'intervention précoce. De manière cohérente avec ce qui précède, l'intervention précoce semble en effet payer (cf. aussi chapitre 3).

- Les offices AI doivent recourir plus rapidement et plus généreusement à des mesures d'intervention précoce, le cas échéant en collaboration avec le SMR et en contactant oralement les médecins traitants, mais sans collecte préalable de rapports médicaux supplémentaires. C'est surtout la rapidité qui importe (Guggisberg et al. 2015a, p. 72).

En outre, les auteurs relèvent qu'il vaut la peine de baser la décision de principe sur l'évaluation du potentiel de réadaptation et de la capacité de travail par le SMR. Le savoir-faire médico-assurantiel du SMR constitue en effet une base importante pour évaluer le potentiel de réadaptation. De plus, la recherche montre que les offices AI qui consacrent en moyenne plus d'argent que d'autres aux personnes bénéficiant de mesures de réadaptation obtiennent un taux de nouvelles rentes plus bas. En ce qui concerne plus particulièrement les mesures d'ordre professionnel, il ne s'agit pas de les déployer en grand nombre, mais d'investir davantage et de manière ciblée en s'appuyant sur le SMR.

- Les décisions des offices AI concernant les mesures de réinsertion et les mesures d'ordre professionnel doivent se fonder sur l'instruction médicale et l'évaluation du SMR. Il vaut alors la peine d'investir dans ces mesures (Guggisberg et al. 2015a, pp. 72 et 73).

Enfin, un résultat important est que le taux de nouvelles rentes n'est pas influencé par l'intensité de l'instruction médicale dans les offices AI : un office qui ordonne plus de mesures d'instruction et/ou investit davantage dans chacune de ces mesures n'a pas de résultat significativement différent en termes de taux de rente.

La procédure d'instruction peut déboucher sur une décision en matière de rentes, mais cette décision ne marque pas forcément la fin de la procédure. En effet, les assurés ont la possibilité de déposer un recours auprès du tribunal cantonal (ou fédéral pour les personnes résidant à l'étranger). Cette partie de la procédure a également été étudiée. L'OCDE (2014) relève une augmentation du nombre de recours et des exigences des tribunaux en matière d'instructions médicales complémentaires. Les recours sont passés de 2200 en 2004 à 5400 en 2009 avant de diminuer de nouveau légèrement (OCDE 2014, p. 84). Etant donné que la décision des tribunaux cantonaux ne dépend pas que des modalités d'instruction des cas par les offices AI, mais également des tribunaux eux-mêmes, il n'a pas été possible d'analyser le lien entre les types de procédures d'instruction et les résultats de la procédure de recours. L'étude de Guggisberg et al. (2015a) apporte cependant des résultats intéressants concernant les décisions de justice en matière de rentes. Les chercheurs se basent sur des données agrégées concernant tous les cantons, ainsi que sur l'analyse de dossiers de jugements dans trois cantons. Les résultats concernent la cohorte des assurés ayant déposé une demande AI en 2009 ; ils peuvent être résumés ainsi :

- 8 % de la cohorte a fait recours au tribunal cantonal. Ce taux varie entre 3 et 13 % selon les offices AI.
- Dans 10 % des cas, l'assuré obtient gain de cause ; dans 8 % des cas, il obtient gain de cause partiel ; l'administration obtient gain de cause dans 56 % des cas ; une demande d'examen complémentaires est exigée dans 22 % des cas par le tribunal cantonal ; dans 4 % des cas, il y a non-entrée en matière ou retrait du recours.
- Le tribunal a basé sa décision dans 49 % des cas sur des expertises, dans 14 % des cas sur un examen du SMR, et dans 36 % des cas sur les deux.
- Les avis des SMR sont diversement acceptés dans les procédures judiciaires selon les cantons. Tous les types d'expertises externes sont reconnus comme preuve dans la majorité des cas, mais ce sont les expertises pluridisciplinaires qui sont le mieux acceptées par les tribunaux.
- Les raisons d'un renvoi pour instruction médicale complémentaire peuvent venir soit d'une instruction jugée insuffisante, soit d'une évaluation du SMR non convaincante, soit des deux.

2.3.2 La procédure d'instruction dans le cas des révisions de rente

Comme mentionné plus haut, la révision 6a visait à renforcer la réadaptation des rentiers et devait conduire à la suppression de 12 500 rentes pondérées. Depuis son entrée en vigueur en 2012, un nouveau processus de révision des rentes orienté vers la réadaptation a été introduit (cf. message du Conseil fédéral accompagnant la révision 6a). Ce processus se décline en deux modalités selon la situation. Il peut s'agir d'une révision basée sur l'identification d'un potentiel de réadaptation chez l'assuré (révisions de rentes axées sur la réadaptation), ou alors d'une révision selon l'art. 17 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales basée sur une modification des faits à l'origine de la rente (situation médicale et/ou professionnelle de l'assuré). Dans la première modalité, les offices AI identifient activement un potentiel de réadaptation chez l'assuré et l'accompagnent au moyen d'un

plan de réadaptation. Dans la deuxième modalité, la révision se fait souvent « sur dossier », ou plus particulièrement sur la base du rapport médical du médecin indiquant un changement de la situation médicale à l'origine de la rente. Dans les deux cas, la procédure se déroule en trois étapes : tri, nouvelle réadaptation puis examen du droit à la rente.

Une étude sur la nouvelle réadaptation dans l'AI (Guggisberg et al. 2015b) montre que les offices AI mettent globalement en œuvre les révisions de rente selon le processus de référence décrit dans le message de la révision 6a. Certaines différences interviennent cependant dans le réexamen du droit sur la base de changements médico-théoriques (observables dans le dossier) d'une part, et dans l'évaluation du potentiel de réadaptation impliquant la coopération de l'assuré d'autre part. Alors que certains offices AI mènent les deux parallèlement, d'autres mettent d'abord la priorité sur l'un ou sur l'autre. Concernant la première étape, à savoir le tri, les offices AI adoptent globalement la même procédure : ils analysent les dossiers en recourant à certains critères de sélection (âge, temps écoulé depuis l'octroi de la rente, diagnostic et évolution de l'état de santé, etc.). Lorsqu'un potentiel de réadaptation est repéré, les personnes sont invitées à un entretien. Une évaluation interdisciplinaire est alors mise en place. Les critères de sélection doivent permettre de filtrer les personnes qui présentent un potentiel de réadaptation. L'auto-évaluation de l'assuré, ses buts personnels, l'organisation de sa vie quotidienne, le contexte psychosocial et son environnement personnel jouent ici un rôle central. Les mesures de nouvelle réadaptation concernent alors un groupe restreint de personnes ayant à la fois le potentiel de réadaptation et l'envie de bénéficier de mesures de réadaptation (Guggisberg et al. 2015b, p. 101). Après la phase de nouvelle réadaptation, une troisième et dernière phase intervient : l'examen du droit à la rente. Les auteurs indiquent que les offices AI voient toujours un plus grand potentiel de réduction des rentes dans l'approche médico-théorique en lien avec une modification de la situation médicale, professionnelle ou personnelle de l'assuré que dans les révisions « proactives » axées sur la réadaptation et dont le développement était visé par la révision 6a (Guggisberg et al. 2015b, p. 94).

L'évaluation de la révision des rentes a également porté sur le cas particulier des « dispositions finales » (Guggisberg et al. 2015b). Il s'agit de cas où le trouble n'est pas objectivable, ou que la douleur est jugée surmontable. Il ne concerne que les assurés jusqu'à 55 ans et ayant bénéficié d'une rente durant moins de quinze ans. Ces critères conditionnent la suppression de la rente. Les personnes concernées disposent d'un délai de trois ans durant lequel elles continuent à percevoir leur rente et peuvent bénéficier de mesures de réadaptation. L'évaluation montre que la sélection par les offices AI se fait d'abord par voie électronique sur la base du code d'infirmité, puis en filtrant l'âge et la durée de la rente. De nombreux offices font ensuite appel à une expertise externe, en principe une expertise pluridisciplinaire (COMAI), pour les cas qu'ils ont identifiés. Les auteurs soulignent que la plupart des cas sélectionnés ne l'auraient pas été dans le contexte des révisions basées sur l'identification d'un potentiel de réadaptation. En effet, ces cas cumulent généralement des facteurs de risque rendant la réadaptation improbable : faibles qualifications, profil migratoire, conditions de vie psychosociales difficiles, longue période en dehors du marché du travail, personnes ne se sentant pas capables de travailler et personnes de plus de 50 ans. La collaboration avec les médecins traitants, en particulier les psychiatres et les médecins généralistes, semble être particulièrement difficile pour les cas concernés par les dispositions finales, ces derniers témoignant souvent leur incompréhension (Guggisberg et al. 2015b). Il est intéressant de noter que certains désaccords peuvent aussi résider à l'intérieur même des offices AI, notamment entre le SMR et le service juridique. En effet, la distinction juridique entre des atteintes à la santé purement somatiques et les comorbidités psychiques est souvent floue d'un point de vue médical. Les personnes atteintes de troubles somatoformes ont souvent des combinaisons diffuses de différents symptômes parmi lesquels des symptômes psychiques. Ainsi, la modification du diagnostic est la règle, ce qui empêche la suppression

de la rente. Les cas clairement concernés par les dispositions finales sont ainsi plutôt exceptionnels. Seuls deux offices AI ont poursuivi le processus de révision lorsque des incertitudes apparaissaient quant à la catégorisation de ces cas, ce qui a entraîné une forte concentration de recours dans ces deux offices. Entre 2012 et fin 2014, les tribunaux cantonaux et le Tribunal administratif fédéral ont rendu 270 jugements concernant les dispositions finales. Les offices AI ont eu gain de cause dans 37 % des cas (Guggisberg et al. 2015b).

L'évaluation des effets de la révision 6a sur les rentes est limitée par différents problèmes liés à la qualité des données, qui ne permettent par exemple pas de différencier les types de révisions (Guggisberg et al. 2015b). De plus, peu de temps s'est écoulé entre la mise en place des processus et l'évaluation, ce qui limite également l'analyse des effets. Les résultats de la première évaluation permettent cependant d'identifier certaines tendances en comparant les révisions de rente pratiquées avant et après 2012, année d'entrée en vigueur de la révision 6a. Dans 6,7 % des cas de la cohorte de rentiers de 2007, la rente a été modifiée à la suite d'une révision, dont 3,5 % correspondaient à une baisse ou à une suppression de rente. Pour la cohorte 2011 (révisions prises en compte jusqu'à fin 2014), les rentes ont été modifiées dans 7 % des cas, dont 3,9 % de baisses ou de suppressions (à noter une importante limite méthodologique : les révisions ne menant pas à des modifications de la rente ne peuvent pas être identifiées). Ces changements modestes sont compréhensibles au regard des difficultés exposées plus haut dans la description du processus de révision. Les mesures de réadaptation octroyées aux rentiers sont passées de 1,3 % des cas pour la cohorte 2007 à 2,2 % pour la cohorte 2011 : la hausse est donc importante, même si le pourcentage reste à un bas niveau. Les réductions ou suppressions de rente associées à des mesures de réadaptation restent cependant peu fréquentes (870 pour la cohorte 2011).

2.4 Les acteurs de la procédure d'instruction

Les différentes études du PR-AI 2 ont apporté de nouvelles connaissances concernant le rôle des principaux acteurs intervenant dans la procédure d'instruction. Les offices AI en sont évidemment l'acteur principal : ils la coordonnent en mobilisant différents autres acteurs. Il s'agit notamment d'experts externes, des médecins traitants et des assurés. Avant de synthétiser les dernières connaissances acquises sur ces différents acteurs impliqués dans la procédure d'instruction, nous revenons sur le rôle d'un acteur spécifique directement intégré aux offices AI : les services médicaux régionaux.

2.4.1 Les services médicaux régionaux (SMR)

Avant la 4^e révision, l'examen médical reposait largement sur les médecins traitants. Comme le mentionne le message de cette révision, l'élargissement de la notion de maladie (notamment psychique) par le corps médical depuis les années 1990 pouvait constituer un des facteurs d'augmentation du nombre de rentes : « la modification de la conception de la maladie, notamment de la maladie psychique, peut conduire à des discordances avec les objectifs de l'AI. Il est donc indispensable que les rapports des médecins traitants soient vérifiés par le médecin de l'office AI » (message du Conseil fédéral concernant la 4^e révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, p. 3101). Pour réaliser leurs tâches de contrôle, les offices AI employaient avant la 4^e révision du personnel médical, souvent à des temps très partiels (5 ou 10 %) dans les petits cantons. Ces médecins évaluaient l'état de santé et la capacité de travail sur la base du dossier médical, sans pouvoir eux-mêmes procéder à des examens médicaux. Lorsque le diagnostic était difficile, ils pouvaient proposer des examens complémentaires auprès des centres d'observation médicale (COMAI, renommés « centres d'expertises médicales » depuis le 1^{er} mars 2012). L'introduction des SMR en 2004 (mise en œuvre en 2005) dans le cadre de la 4^e révision devait donner les bases d'une approche uniformisée et systématique de l'expertise médicale, et permettre de maîtriser la forte aug-

mentation des bénéficiaires de rente AI (message du Conseil fédéral concernant la 4^e révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, p. 3101). Interdisciplinaires, les SMR sont désormais intégrés aux offices AI pour l'évaluation des conditions médicales d'accès aux prestations, notamment les mesures d'ordre professionnel et les rentes. L'AI a ainsi la possibilité d'examiner des assurés via ses propres médecins d'assurance.

S'il est généralement reconnu que la plus grande standardisation et la rigueur accrue introduites avec les SMR expliquent en partie la réduction des rentes, aucune étude n'a pu le démontrer scientifiquement. Une évaluation (Wapf, Peters 2007) a porté spécifiquement sur l'instauration des SMR. Elle relève l'optimisation des bases de décision médicales dont disposent les offices AI, l'amélioration de la dotation en personnel médical, le perfectionnement des connaissances des médecins en médecine des assurances, et l'interdisciplinarité de l'équipe médicale. Les auteurs de l'étude identifient également un « effet préventif », les SMR commençant à se faire connaître du corps médical. Par contre, ils ne sont pas en mesure de tirer de conclusions concernant la diminution du taux de rentes et l'évitement de rentes non conformes, car ils ne sont pas parvenus à isoler l'effet des SMR d'autres facteurs. L'étude de Guggisberg et al. (2015a), portant sur la procédure d'instruction AI dans sa globalité, montre que le rôle des SMR au sein des offices AI constitue un des éléments clés de la procédure. Selon les auteurs, la collaboration des offices AI avec le SMR varie selon les cantons en fonction des facteurs suivants :

- l'implication du SMR dans le développement de la stratégie et de la procédure des offices AI (forte ou plutôt faible) ;
- le moment de l'implication dans la procédure d'instruction (précoce et régulière ou plus tardive et liée à un cas précis) ;
- le type de communication (directe et plutôt peu formelle ou plutôt formelle et la plupart du temps par écrit).

Les modalités de l'intégration des SMR au sein des offices AI varient donc considérablement selon les cantons. Comme nous l'avons observé plus haut dans ce chapitre (section 2.3), le type de collaboration avec le SMR tend à être associé à d'autres aspects de la procédure d'instruction, notamment le type de collecte d'informations auprès des médecins traitants. Ces deux aspects pris ensemble (collaboration avec les SMR et collecte d'informations auprès des médecins traitants) permettent d'établir une distinction entre trois modèles d'instruction, qui sont associés à des résultats différents en termes de taux de rente selon les cantons.

2.4.2 Les expertises médicales

La création des centres d'observation médicale de l'AI (COMAI) à partir de 1978 peut être interprétée dans le cadre de l'élargissement de la notion de santé et de la prise en compte de critères psychosociaux, qui a multiplié le nombre de cas « complexes » (Bütler 2012, p. 89). Ces centres, désormais nommés « centres d'expertises médicales », sont à la disposition des offices AI lorsqu'un cas s'avère particulièrement difficile, mêlant souvent problématiques de santé « peu » objectivables et problèmes psychosociaux. Ils examinent les capacités résiduelles et les limitations fonctionnelles et émettent un avis concernant l'incapacité de travail dans l'activité habituelle et la capacité de travail dans une activité adaptée. Les offices AI, appuyés par les médecins des SMR, décident généralement d'y recourir pour les cas complexes avec une perspective d'insertion professionnelle plutôt faible. Comme le relève l'OCDE (2014), ces mesures coûteuses mandatées à l'externe visent donc essentiellement à clarifier le droit à la rente, et dans une plus faible mesure à établir un plan de réadaptation. La même étude de l'OCDE relève que le nombre d'expertises médicales a fortement augmenté depuis 2008. En ce qui concerne les troubles réactifs psychogènes, le nombre d'expertises médicales – y compris pluridisciplinaires – est passé de 700 en 2008 à 3100 en

2012, alors que le nombre d'octrois de mesures d'ordre professionnel est resté stable au cours de la même période. Cette forte augmentation des expertises est probablement liée à la hausse du nombre de recours et aux exigences des tribunaux en matière d'instructions médicales complémentaires. Comme évoqué précédemment, les recours sont passés de 2200 en 2004 à 5400 en 2009 avant de diminuer de nouveau légèrement (OCDE 2014, p. 84). L'augmentation du nombre d'expertises médicales est également liée à l'instruction plus stricte de la capacité de gain par les SMR, en particulier en ce qui concerne certains types de douleurs non objectivables, ainsi qu'au nombre croissant de cas de troubles réactifs psychogènes.

Guggisberg et al. (2015a) montrent quant à eux que les expertises monodisciplinaires, bidisciplinaires et pluridisciplinaires ont concerné 18 % des personnes ayant déposé leur première demande en 2009 (valeur médiane des offices AI). La variation entre cantons est cependant importante, allant de 7 à 35 %. La durée médiane entre le dépôt de la demande et le recours à ces mesures est de 408 jours. La même étude relève que les offices AI dépensent en moyenne 1400 francs par personne pour des mesures d'instruction externes (y compris rapports médicaux). Ce montant varie, en fonction de l'office AI, entre 770 et 2380 francs.

2.4.3 Les médecins traitants

Les médecins traitants constituent un acteur central de la procédure d'instruction. Guggisberg et al. (2015a) montrent que 90 % des personnes qui ont déposé une première demande à l'AI pour la cohorte de 2009 ont bénéficié de mesures d'instruction d'un coût inférieur à 500 francs, sans différences significatives entre les offices AI. Ces dépenses correspondent généralement à la commande d'un rapport médical auprès des médecins traitants, ce qui signifie que cette mesure d'instruction est relativement généralisée. En effet, les offices AI sont fortement dépendants des informations médicales accumulées par les médecins traitants avant et pendant la procédure AI, et ceci dans toutes les phases de la procédure. Les dernières révisions de l'assurance, marquées par une forte orientation vers la réadaptation et par l'introduction des SMR permettant de mieux contrôler la conformité des examens avec l'approche médico-assurantielle, ont généré un potentiel de conflit entre les médecins traitants et les SMR. La collaboration entre offices AI et médecins traitants est ainsi un élément à la fois essentiel, transversal et sensible de la procédure d'instruction, qui a fait l'objet d'une étude à part entière dans le cadre du PR-AI 2 (Bolliger, Féraud 2015).

Les modes de collaboration entre les offices AI et les médecins traitants peuvent varier passablement entre les cantons, que ce soit pour les contacts liés à un cas précis ou pour les contacts à visée générale (formations continues, conférences, événements, etc.). Dans le cadre du premier PR-AI, Wapf et Peters (2007, p. 71) constataient déjà, peu après l'instauration des SMR, d'importantes différences concernant la fréquence et l'institutionnalisation du dialogue avec les médecins traitants. Bolliger et Féraud (2015), tout en relevant des variations cantonales, relèvent des similitudes concernant les questions qui se posent dans le cadre de la collaboration, les difficultés et les améliorations possibles. Leur étude a porté sur la collaboration des offices AI avec les médecins traitants dans quatre domaines : les mesures médicales pour les assurés de moins de 20 ans, la réadaptation, l'examen approfondi du droit à la rente et la révision des rentes.

Les auteurs relèvent différents obstacles sur lesquels les offices AI et les médecins traitants n'ont pas d'influence, et qui conditionnent leur collaboration. Il s'agit d'abord d'une différence de conception, puisque les médecins travaillent avec une approche de la santé et de la maladie plus large que celle de l'AI, qui tient compte davantage des aspects sociaux. Les médecins tendent à aborder la question de savoir si une personne peut encore travailler sur la base d'une approche purement médicale, en considérant la *profession actuelle* de leur patient et leur propre vision du marché *réel* du travail. Par opposition, l'AI détermine la *capacité de gain* pour une *activité adaptée* sur un marché du travail supposé *équilibré*, c'est-à-

dire d'un point de vue à la fois médical et économique. Tant la conception de la santé que celle du marché du travail diffèrent donc substantiellement, menant à une appréciation différente de la capacité de travail. De plus, l'AI a des exigences plus importantes que les médecins traitants concernant le caractère objectivable de l'atteinte à la santé. D'autres aspects peuvent entraver la collaboration. Les médecins traitants tendent à s'inscrire dans une relation de confiance avec les assurés, tandis que les collaborateurs de l'AI doivent adopter une attitude plus critique à leur égard. Enfin, le cadre juridique (dispositions sur la protection des données) fixe certaines limites à l'échange d'informations. Sur ce point, les auteurs recommandent à la Confédération de clarifier quelles informations les offices AI peuvent transmettre aux médecins traitants, et à quelles conditions.

Ce contexte complique la collaboration et n'est pas directement influençable par les acteurs en jeu. Malgré cela, l'étude montre que, dans la plupart des cas, les médecins traitants et les offices AI sont plutôt, voire très satisfaits de la collaboration, même si les variations selon les domaines sont significatives. S'agissant des mesures médicales, les participants à l'enquête se sont déclarés plutôt, voire très satisfaits de la collaboration dans plus de trois cas sur quatre. Ce niveau de satisfaction chute à un peu plus d'un cas sur deux en ce qui concerne l'examen du droit à la rente et se situe entre ces deux valeurs dans les domaines de la réadaptation et de la révision des rentes. Le degré de satisfaction plus élevé dans le cas des mesures médicales peut s'expliquer par le fait que les questions soulevées y sont moins complexes, mais aussi que les médecins ont souvent un intérêt personnel direct à la thérapie envisagée. Lors de l'examen du droit à la rente, les différences de conception entre le corps médical et l'AI sont par contre exacerbées. Les médecins de famille et les psychiatres sont globalement nettement moins satisfaits de la collaboration que les représentants des autres disciplines. Un autre rapport de recherche, qui portait sur le profil des jeunes rentiers AI (Baer et al. 2015), corrobore ce constat en montrant que, pour un tiers des jeunes rentiers, les offices AI ont rencontré des problèmes de collaboration avec le médecin traitant, généralement le psychiatre.

Différents problèmes transversaux sont par ailleurs identifiés par les deux acteurs (Bolliger, Féraud 2015). La nature de la relation entre le médecin et ses patients conduit les offices AI à douter de l'indépendance des médecins traitants. Quant à ces derniers, ils soulignent souvent qu'ils sont, dans la procédure, les seuls médecins dont le jugement s'appuie sur des observations à long terme. Un nombre significatif de médecins interrogés émettent en effet de sérieux doutes quant à la qualité et à l'indépendance des expertises externes mandatées par les offices AI (Bolliger, Féraud 2015). Les médecins ne se sentent pas toujours pris au sérieux : ils se plaignent de ne plus avoir de nouvelles de l'AI concernant les décisions administratives une fois qu'ils ont informé l'AI ou livré un rapport médical. Les auteurs de l'étude voient là un cercle vicieux : les médecins ne se sentent pas pris au sérieux et sont donc démotivés, ce qui peut allonger le temps d'attente pour leurs rapports, voire réduire la qualité du rapport (souvent critiquée par les offices AI). Cette situation peut alors amener un plus grand besoin d'examen de l'AI, qui seront à leur tour critiqués par les médecins traitants.

La marge d'amélioration possible de la collaboration est donc conséquente. Outre les facteurs contextuels mentionnés plus haut, difficilement influençables par les acteurs, d'autres facteurs influencent la collaboration : il s'agit notamment du type de discipline du médecin traitant, de l'usage spécifique des rapports médicaux par les offices AI et du type de retour d'informations fait aux médecins traitants, ou encore des contacts indépendants des cas. Sur cette base, les auteurs émettent des recommandations en vue d'améliorer la collaboration dans trois dimensions : l'optimisation de l'usage des formulaires médicaux, l'amélioration de l'échange d'informations ultérieures et les contacts indépendants des cas. Les recommandations de Bolliger et Féraud (2015) peuvent être résumées ainsi :

- Les offices AI doivent planifier et coordonner les mesures de réadaptation avec les médecins traitants afin de soutenir la mesure et l'assuré (p. 80).

- Pour que les offices AI puissent informer les médecins traitants sur les étapes importantes (mesures, expertises externes, préavis, décision), la Confédération doit clarifier le cadre légal permettant aux offices de communiquer aux médecins traitants les décisions administratives. Il faut par exemple déterminer s'il faut ou non une procuration autorisant l'office AI à transmettre des informations (pp. 86 et 89).
- Les offices AI doivent développer des contacts indépendants des cas avec les médecins traitants, notamment via des séances d'informations, des formations continues, l'élaboration de conventions de collaboration avec des sociétés de discipline médicale ou le développement conjoint d'instruments de travail comme des lettres de rappel pour les rapports médicaux (pp. 87 et 88).

2.4.4 Les assurés : évolution du profil et défis pour la procédure d'instruction

Le rôle des assurés dans la procédure d'instruction reste encore peu évalué, même si les dernières révisions de l'AI et l'évolution de la société ont amené des changements importants. Grâce à la détection précoce, les assurés qui entrent en contact avec l'AI sont plus souvent en emploi, ce qui permet de mobiliser plus rapidement leurs ressources (Bolliger et al. 2012). Avec *l'obligation de renseigner, de collaborer et de réduire le dommage*, l'assuré est aussi considéré comme coresponsable de sa propre réadaptation. Les modalités concrètes avec lesquelles cette responsabilité est exercée n'ont pas fait l'objet d'études. L'aspect le plus étudié, notamment dans le cadre du PR-AI 2, concerne l'évolution du profil des assurés et ses conséquences pour l'AI.

Le développement des cas psychiques, à l'origine de la forte croissance des rentes jusqu'au milieu des années 2000, a constitué un défi important pour l'instruction des cas, conçue au départ avant tout pour les troubles somatiques. Le nombre de nouvelles rentes a fortement baissé, sans toutefois que cette réduction ne concerne les rentes octroyées en raison de troubles psychiques (cf. chapitre 4). Pour l'OCDE (2014), cette situation est due à différents facteurs. En premier lieu, l'instruction médicale serait encore trop orientée vers le droit à la rente plutôt que vers la réadaptation. Deuxièmement, les examens médicaux en parallèle d'une instruction de la situation professionnelle sont rares. Cet état de fait rendrait plus difficile l'octroi de mesures de réadaptation, en particulier en cas de maladies psychiques où la capacité de travail fluctue souvent fortement. L'étude de Fluder et al. (2013) montre enfin que l'instruction des cas psychiques demande plus de temps et que ces cas subissent plus souvent une phase de désinsertion professionnelle. Selon les auteurs, cela explique que le recours à l'aide sociale de ce groupe dépasse nettement la moyenne.

Etant donné les défis posés par les maladies psychiques au système de l'AI, plusieurs études ont été mandatées dans le cadre du PR-AI 2 sur cette question. Cette section en restitue les résultats du point de vue de la procédure d'instruction. Une synthèse plus large des liens entre assurance-invalidité et maladies psychiques se trouve dans le chapitre 4.

Une étude a porté sur la qualité des expertises psychiatriques réalisées pour l'AI (Ebner et al. 2012). Les expertises analysées, datant de 2008 et 2009 et provenant de toutes les régions de Suisse, ont été établies par des centres de deux types : les SMR et les COMAI. Les résultats de cette étude pointent certaines lacunes des examens, notamment pour ce qui est des questions touchant le pourcentage d'activité que l'assuré peut assumer de façon autonome, ou la perception qu'il a de sa maladie et son attitude à l'égard de celle-ci. Une évaluation médico-assurantielle des atteintes fonctionnelles et de la réduction de la capacité qui en découle manque aussi fréquemment. Par ailleurs, l'étude montre que les expertises pluridisciplinaires ne tiennent souvent pas suffisamment compte des expertises partielles. Dans l'ensemble, peu de différences sont observées entre les intervenants à l'origine des expertises. Toutefois, les expertises des SMR semblent souvent un peu moins détaillées et complètes que les autres, même si ce n'est pas vrai dans tous les domaines. Les expertises des

COMAI (ou aujourd'hui des centres d'expertises médicales) sont en général les plus complètes. Les expertises pluridisciplinaires sont, sans surprise, plus complètes que les expertises monodisciplinaires et bidisciplinaires. Comme le relève aussi le rapport de l'OCDE (2014), il n'y a pas, dans les expertises psychiatriques, d'instruments standardisés pour décrire la capacité de travail. Ce constat concerne également les SMR. Globalement, le rapport d'Ebner et al. (2012) laisse donc entrevoir un potentiel d'amélioration concernant les expertises psychiatriques réalisées pour l'AI. Il se base cependant sur des données déjà relativement anciennes (2008-2009).

- Des instruments standardisés doivent être développés et diffusés pour mesurer la capacité de travail, dont l'évaluation n'est parfois pas optimale. La qualité et la transparence de l'évaluation seraient nettement meilleures si les experts étaient encouragés à recourir à des procédures standardisées et formés à leur utilisation (Ebner et al. 2012, p. 14).

Une autre étude, portant plus spécifiquement sur le diagnostic et le traitement des jeunes souffrant de maladies psychiques (Rüesch et al. 2014), conclut globalement à un potentiel d'amélioration concernant l'utilisation des lignes directrices. Elle montre que les institutions de psychiatrie d'enfants et d'adolescents (PEA) appliquent en partie les lignes directrices en matière de diagnostic et de traitement pour leur utilité pratique, sans toutefois les considérer comme impératives. En revanche, il semble que les spécialistes des SMR suivent plus systématiquement les lignes directrices, notamment pour définir les pathologies et évaluer l'adéquation ou la nécessité des mesures thérapeutiques préconisées.

L'instruction des cas psychiques n'a pas seulement été étudiée sous l'angle de la qualité des expertises psychiatriques. Une autre recherche du PR-AI 2 s'est intéressée à la documentation des cas psychiques par les offices AI eux-mêmes (Rüesch et al. 2013). Basée sur la sélection de 120 dossiers AI et l'analyse approfondie de 12 dossiers de personnes ayant des troubles psychiques, l'étude s'est surtout focalisée sur les informations relatives à la maladie, au diagnostic et aux types de traitement. Presque tous les dossiers de l'échantillon contenaient des informations sur ces aspects. Globalement, la qualité de la documentation dans le domaine des traitements a été considérée comme bonne dans deux tiers des cas et comme faible à mauvaise dans les autres cas. Les différentes étapes de la procédure d'instruction de l'AI sont identifiables dans les dossiers. La plupart d'entre eux contiennent des informations claires sur la réalisation de mesures de réadaptation et sur la décision de rente. Par contre, seuls quelques rares dossiers ont permis d'identifier les activités concrètes menées par l'AI pour évaluer si les possibilités de traitement étaient épuisées avant de rendre une décision relative à l'octroi d'une rente. Par ailleurs, les chercheurs relèvent qu'il est souvent très difficile d'évaluer l'adéquation des traitements psychiatriques et psychothérapeutiques ainsi que leur résultat et celui des mesures de réadaptation, car ils ne sont souvent pas documentés dans les dossiers des assurés. En particulier, les dossiers contiennent rarement des indications relatives à la capacité de travail et à la nécessité d'autres thérapies ou mesures. Les auteurs concluent ainsi que les offices AI ne documentent pas toujours suffisamment le déroulement du traitement et son effet sur la réadaptation. Des améliorations permettraient de mieux soutenir la personne assurée dans la réadaptation et de mieux documenter ses droits à des prestations.

Les résultats des rapports du PR-AI 2 concernant l'instruction des cas psychiques convergent ainsi pour souligner une situation globalement satisfaisante, mais avec toutefois un potentiel d'amélioration important. Ce potentiel concerne notamment la professionnalisation du diagnostic (lignes directrices concernant les jeunes), l'amélioration des expertises psychiatriques réalisées pour l'AI dans le sens d'une meilleure couverture des critères d'appréciation pertinents ainsi qu'une pratique de documentation des cas par les offices AI permettant un meilleur pilotage.

2.5 Conclusions et recommandations

2.5.1 Conclusions

Le PR-AI 2 a apporté d'importantes contributions concernant la procédure d'instruction. Les nouvelles connaissances générées permettent d'obtenir une vision plus globale et systématique des transformations et de leurs enjeux, et doivent servir de base à une amélioration des pratiques. Ces dernières sont en effet en constante mutation. Du point de vue de la procédure d'instruction, les trois dernières révisions ont avant tout – mais pas uniquement – renforcé l'indépendance et l'uniformité de l'instruction médicale au sein des offices AI (création des SMR), accéléré la prise en charge en l'orientant vers la réadaptation (détection et intervention précoces) et introduit la révision des rentes basée sur le potentiel de réadaptation des rentiers. Les recherches menées ont permis à la fois de mieux comprendre le déroulement de la procédure d'instruction et l'usage des principales mesures d'instruction par les offices AI, et d'évaluer les nouveaux processus mis en place par ces offices. Elles convergent pour souligner la forte hétérogénéité de la procédure d'instruction en fonction des offices, qu'il s'agisse de la manière de gérer l'articulation entre réadaptation et examen du droit à la rente, du recours aux expertises monodisciplinaires, bidisciplinaires ou pluridisciplinaires, du type de collaboration avec le SMR, ou encore du moment et du type d'informations médicales récoltées. La qualité de la collaboration avec les médecins traitants est à cet égard centrale. Certaines de ces différences ont un effet sur le taux de rente des offices AI, sur l'efficacité et la rapidité du processus favorisant le succès de la réadaptation, sur les coûts ou encore sur la qualité et l'acceptation des décisions administratives devant les tribunaux. Les recherches ont, dans ce cadre, permis d'identifier les principaux points de frottement et les améliorations possibles, tout en apportant de nouvelles connaissances sur le rôle des principaux acteurs de la procédure d'instruction : offices AI et SMR, assurés, médecins traitants et centres d'expertises médicales.

La procédure d'instruction dans l'assurance-invalidité a ainsi reçu un éclairage important dans le cadre du PR-AI 2, même s'il reste de nombreux chantiers à explorer. En particulier, une plus grande focalisation sur l'instruction professionnelle manque encore, tout comme une meilleure compréhension du rôle des assurés ou encore des modifications récentes concernant les expertises pluridisciplinaires (introduction de SuisseMED@P). La décision récente du Tribunal fédéral de modifier sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées ouvre également des perspectives concernant les modalités concrètes d'application et leurs effets.

2.5.2 Recommandations

- Les offices AI doivent veiller à cibler les demandes de rapports médicaux : ils ne doivent pas demander de rapports médicaux de manière systématique, mais tenir compte de la situation, afin de récolter uniquement les informations nécessaires après avoir consulté les informations médicales déjà disponibles notamment dans les rapports d'autres assurances (Bolliger, Féraud 2015, p. 81). Les informations écrites des médecins traitants ne doivent être récoltées systématiquement qu'après la première décision de tri (Guggisberg et al. 2015a, p. 71).
- Les offices AI doivent recourir plus rapidement et plus généreusement à des mesures d'intervention précoce, le cas échéant en collaboration avec le SMR et en contactant oralement les médecins traitants, mais sans collecte préalable de rapports médicaux supplémentaires. C'est surtout la rapidité qui importe (Guggisberg et al. 2015a, p. 72).
- Les décisions des offices AI concernant les mesures de réinsertion et les mesures d'ordre professionnel doivent se fonder sur l'instruction médicale et l'évaluation du SMR.

- Il vaut alors la peine d'investir dans ces mesures (Guggisberg et al. 2015a, pp. 72 et 73).
- Les offices AI doivent planifier et coordonner les mesures de réadaptation avec les médecins traitants afin de soutenir la mesure et l'assuré (Bolliger, Féraud 2015, p. 80).
 - Pour que les offices AI puissent informer les médecins traitants sur les étapes importantes (mesures, expertises externes, préavis, décision), la Confédération doit clarifier le cadre légal permettant aux offices de communiquer aux médecins traitants les décisions administratives. Il faut par exemple déterminer s'il faut ou non une procuration autorisant l'office AI à transmettre des informations (Bolliger, Féraud 2015, pp. 86 et 89).
 - Les offices AI doivent développer des contacts indépendants des cas avec les médecins traitants, via notamment des séances d'informations, des formations continues, l'élaboration de conventions de collaboration avec des sociétés de discipline médicale ou le développement conjoint d'instruments de travail comme des lettres de rappel pour les rapports médicaux (Bolliger, Féraud 2015, pp. 87-88).
 - Des instruments standardisés doivent être développés et diffusés pour mesurer la capacité de travail, dont l'évaluation n'est parfois pas optimale. La qualité et la transparence de l'évaluation seraient nettement meilleures si les experts étaient encouragés à recourir à des procédures standardisées et formés à leur utilisation (Ebner et al. 2012, p. 14).

2.6 Position de l'OFAS

2.6.1 Mesures prises jusqu'ici

Afin de soutenir les efforts de réadaptation de l'AI, qui nécessitent un échange intensif entre les offices AI et tous les partenaires, le formulaire de demande de prestations de l'AI a été doté d'un point autorisant les offices AI à informer les acteurs concernés par la réadaptation (médecins traitants, employeurs, institutions).

Depuis quelques années déjà, l'AI s'investit pour améliorer la collaboration avec les médecins traitants. C'est à ce titre que l'OFAS, les offices AI et la FMH ont développé la plateforme Internet ai-pro-medico. Mise en ligne en 2013, celle-ci présente clairement les prestations de l'AI ainsi que les obligations des assurés et les exigences qui leur sont posées.

Les premiers résultats intermédiaires de l'étude sur la collaboration entre les offices AI et les médecins traitants ont débouché sur des adaptations d'ordonnances et de directives entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2015. Depuis 2014, l'amélioration de cette collaboration fait partie des objectifs des audits annuels.

Par ailleurs, l'OFAS entretient régulièrement des échanges informels avec des délégués de la FMH et collabore avec les sociétés de médecine sur des questions médicales spécifiques. Après la publication en 2014 du rapport de l'OCDE intitulé « Santé mentale et emploi : Suisse », l'OFAS a intensifié la collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique, notamment pour la mise en œuvre des recommandations formulées en matière de formation initiale, postgrade et continue des médecins dans les domaines du droit des assurances sociales en général et du droit de l'AI en particulier, ainsi que de la médecine des assurances.

D'autres recommandations formulées à cet égard, comme la nécessité de reconsidérer les possibilités d'échange d'informations et de données, ont débouché sur des propositions dans le cadre du projet de développement continu de l'AI.

Dans un tout autre domaine, les études montrent que le nombre de nouvelles rentes octroyées a diminué grâce au développement des mesures visant à la réinsertion professionnelle.

Depuis 2008, l'AI octroie chaque année nettement plus de prestations de réadaptation professionnelle. De 2002 à 2014, le rapport entre les personnes touchant de nouvelles rentes et celles bénéficiant de prestations de réadaptation professionnelle s'est plus qu'inversé (de 2 :1 à 1 :2). Ces données reflètent la transformation de l'AI d'une assurance de rentes en une assurance de réadaptation. Ces chiffres attestent que les mesures de réadaptation ont du succès, même s'il faudra encore attendre pour disposer de données concernant leur effet à plus long terme.

Certaines recommandations formulées dans les études portaient aussi sur la qualité des expertises médicales (art. 9a de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales). L'OFAS a profité du changement de pratique du Tribunal fédéral de juin 2015 concernant l'examen des troubles psychosomatiques (ATF 140 V 281) pour revoir en profondeur la procédure d'instruction. Dans l'optique de la réadaptation, l'AI se penche déjà – à tout le moins depuis la 5^e révision – davantage sur les ressources dont dispose encore l'assuré que sur ses déficits. Ce n'est qu'en sachant avec précision ce dont l'assuré est encore capable qu'elle peut l'aider à se réinsérer sur le marché du travail. L'AI entend donc introduire à l'avenir davantage d'instruments standardisés, comme l'évaluation de la capacité fonctionnelle. Outre l'expertise d'un médecin (entretien avec l'assuré et examen des déficits), cette évaluation comprend un examen complet de la capacité de travail au moyen de tests fonctionnels standardisés mesurant les aptitudes physiques nécessaires à la réalisation d'un travail. Cette procédure permet de comparer les capacités et les déficits physiques de l'assuré avec les exigences de l'activité exercée jusque-là ou avec celles d'une activité de substitution.

2.6.2 Mesures envisagées

Il faudra poursuivre les réflexions internes sur la collaboration entre offices AI et médecins traitants durant la phase d'instruction.

Globalement, plusieurs des rapports mentionnés dans ce chapitre relèvent l'hétérogénéité des procédures dans les offices AI, notamment en ce qui concerne la stratégie adoptée en matière de réadaptation (stratégie large ou sélective). La stratégie adoptée a des effets sur la pratique d'octroi des mesures d'intervention précoce et de réadaptation. Elle peut entraîner des différences notables dans la procédure d'instruction et dans la relation entre les offices AI et les autres acteurs impliqués dans l'instruction (SMR, médecins traitants, experts externes). Les études montrent que les différences en termes de procédure d'instruction ont à leur tour un impact sur le taux de nouvelles rentes. Il apparaît dès lors essentiel que l'AI (OFAS) choisisse la position qu'elle entend adopter à l'avenir, entre une stratégie « large » et une stratégie « sélective », et qu'elle détermine si d'autres recherches doivent être menées sur l'effet des stratégies et des instruments de réadaptation.

La relation entre les offices AI et les autres acteurs impliqués dans l'instruction doit être définie dans une stratégie (ou des directives) contraignante, afin d'imposer des pratiques uniformes aux offices AI. Il s'agit essentiellement de savoir quel type d'expertise médicale doit être réalisée à quelle étape de la procédure d'instruction, et comment gérer l'échange d'informations de manière efficace pour tous les acteurs, sachant que l'objectif final est d'assurer la coordination entre tous les participants dans l'optique de la réadaptation. Les résultats des études sur la procédure d'instruction et sur la collaboration avec les médecins traitants servent de base à un groupe de travail, pour l'instant interne à l'OFAS (secteurs Procédures et rentes et Insertion professionnelle), qui se penche sur la collaboration entre les

offices AI et les médecins traitants. Ce groupe de travail a pour objectif de développer une stratégie en la matière.

Enfin, l'OFAS soutient des projets cantonaux qui explorent de nouvelles voies pour la collaboration avec l'assurance-chômage et l'aide sociale en matière de réadaptation professionnelle (« Guichet unique marché du travail », groupe d'accompagnement Optima).

3. La réadaptation professionnelle dans l'assurance-invalidité

3.1 Introduction

Depuis 2003, le nombre de nouvelles rentes a été divisé par deux ; le nombre total des bénéficiaires d'une rente AI est, lui, également en recul constant depuis 2005 (OFAS 2015, pp. 22 et 31). Cette tendance résulte en grande partie du changement de culture induit par la 5^e révision de l'AI, entrée en vigueur en 2008, qui a permis à l'assurance de s'orienter résolument vers la réadaptation.

Déjà avant 2008, en termes de réadaptation, les offices AI proposaient principalement des mesures d'ordre professionnel, au rang desquelles figurent notamment l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement et le placement, sachant que pour ce dernier, ce sont souvent les offices eux-mêmes qui fournissent ces prestations (cf. également Guggisberg et al. 2008). A l'époque, après le dépôt d'une demande, l'office AI examinait si l'assuré présentait un potentiel de réadaptation et s'il remplissait les conditions fixées pour les différentes mesures d'ordre professionnel. Toutefois, avant même l'adoption de la 5^e révision, plusieurs constats se sont imposés : l'AI était impliquée trop tardivement dans le processus, la durée de la procédure jusqu'à la mise en œuvre desdites mesures d'ordre professionnel était trop longue et celles-ci étaient trop rigides pour s'adapter complètement aux besoins tant des assurés que des autres acteurs concernés. Dès lors, en leur qualité d'organe d'exécution, les offices AI cantonaux se sont vu offrir du personnel supplémentaire ainsi que des instruments nouveaux, dont le but était de détecter en amont les personnes atteintes dans leur santé et de leur offrir un suivi sans tracasseries administratives, afin qu'elles puissent, dans la mesure du possible, continuer à exercer une activité lucrative et, partant, éviter la mise en invalidité. Cette 5^e révision était donc placée sous le signe de la primauté de la réadaptation sur la rente.

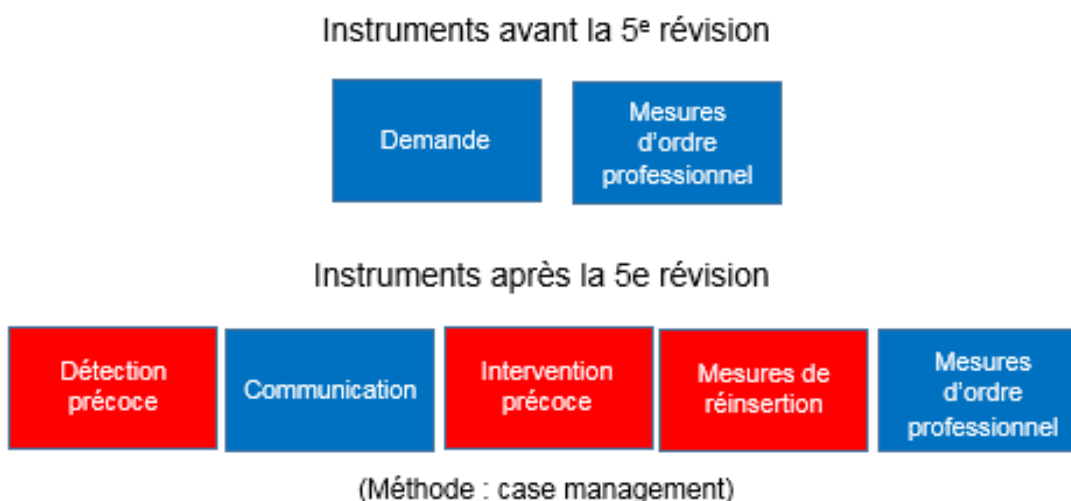
La révision 6a (entrée en vigueur en 2012) a étendu ce principe aux bénéficiaires de rente. Il s'agit donc d'améliorer leur capacité de travail et de gain au moyen de mesures ciblées, de manière à ce qu'ils puissent reprendre pied sur le marché du travail. Cette révision de rente axée sur la réadaptation marque un changement de paradigme, l'adage « rente un jour, rente toujours » étant remplacé par le principe « la rente, passerelle vers la réadaptation ».

Les premier et deuxième programmes de recherche sur l'assurance-invalidité ont accompagné scientifiquement l'évolution sous-tendant la réadaptation par l'AI. Alors que le PR-AI s'est efforcé avant tout d'identifier les raisons à l'origine de la hausse conséquente du nombre de rentiers dans les années 1990 et de cerner les mesures à prendre en matière de réadaptation, le PR-AI 2 a, lui, mis l'accent sur l'évaluation des nouvelles mesures adoptées. Le présent chapitre commence ainsi par s'interroger sur la manière dont les nouveaux instruments mis au point à l'enseigne de la 5^e révision (« la réadaptation prime la rente ») ont été mis en œuvre, l'impact qu'ils ont et les améliorations envisageables (3.2). Ensuite, il s'intéresse à la réadaptation des personnes bénéficiant déjà d'une rente AI (3.3) en passant en revue les questions suivantes : le changement de paradigme a-t-il pu être implémenté avec succès ? S'agissant de la réadaptation de ces bénéficiaires, quels sont les principaux facteurs de réussite, quels sont les obstacles ? Se concentrer uniquement sur les mesures de l'AI serait néanmoins réducteur : en effet, d'autres acteurs – à commencer par les médecins traitants et les employeurs – jouent un rôle déterminant dans le processus de réadaptation (3.4). Le chapitre se clôt sur une synthèse des conclusions et recommandations (3.5), qui font ensuite l'objet d'un commentaire (3.6).

3.2 « La réadaptation prime la rente » : mise en œuvre et impact des instruments de la 5^e révision

La 5^e révision, introduite en 2008, visait à orienter l'assurance davantage vers la réadaptation : il s'agissait de prendre rapidement contact avec l'assuré et de lui proposer des mesures ciblées, afin qu'il puisse garder son emploi ou en trouver un autre en dépit des atteintes à sa santé. Voici la liste des principales nouveautés que le PR-AI 2 se propose d'analyser :

Figure 1 : Les mesures de réadaptation de l'AI avant et après la 5^e révision



- **Détection précoce** : avant la 5^e révision, l'assuré s'adressait en général à l'AI bien longtemps après l'apparition des premiers signaux d'incapacité de travail. Or, à ce moment, l'emploi qu'il occupait était déjà en péril et les chances de réussir une réadaptation, largement entamées. Pour que l'AI soit impliquée plus tôt et puisse agir rapidement, d'autres personnes concernées dûment désignées – les employeurs notamment – peuvent désormais signaler des cas d'invalidité potentielle en soumettant à l'AI une communication dans le cadre de la détection précoce. L'AI est ainsi saisie en amont et peut examiner sans tarder s'il y a lieu de déposer une demande, d'envisager d'autres mesures ou d'associer d'autres acteurs.
- **Mesures d'intervention précoce** : avant la 5^e révision, l'éventail d'instruments dont disposait l'AI pour aider les assurés à se réinsérer sur le marché primaire du travail était restreint, sans compter que les mesures étaient souvent rigides, peu adaptées aux besoins et difficiles à mettre en œuvre en raison des entraves juridiques. Pour remédier à cela et donner une plus grande marge de manœuvre aux offices AI, la 5^e révision a institué en 2008 des mesures d'intervention précoce placées sous le signe de la simplicité, de la facilité d'accès, de la rapidité et de l'absence de bureaucratie. De plus, les efforts déployés convergent vers un objectif : permettre à l'assuré de regagner sans tarder le marché du travail dans une perspective durable, voire de garder son emploi. En effet, l'emploi peut souvent être adapté de manière à ce que l'assuré puisse accomplir son travail malgré les atteintes à sa santé. Au titre de l'intervention précoce, les offices AI peuvent notamment proposer l'aménagement du poste de travail, des cours de formations, la recherche d'un poste adapté (placement), l'orientation professionnelle, la réadaptation socioprofessionnelle et les mesures d'occupation.

- Mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle : avant la 5^e révision, les personnes souffrant de troubles psychiques notamment peinaient à surmonter les obstacles considérables entravant l'accès aux mesures d'ordre professionnel. Les mesures de réinsertion ont donc vocation à préparer en particulier cette population à la réadaptation, de manière ciblée et progressive, autrement dit, à les amener vers les mesures d'ordre professionnel, elles-mêmes destinées à jeter le pont entre intégration sociale et insertion professionnelle. Notons qu'il existe deux catégories de mesures de réinsertion : les mesures de réadaptation socioprofessionnelle et les mesures d'occupation.
- Case management : l'introduction des nouveaux instruments de réadaptation s'inscrit dans une conception différente du processus idoïne. Ainsi, la méthodologie des offices AI doit s'inspirer du case management, à savoir la collaboration – dans une logique de coordination adaptée au cas par cas – entre l'AI, l'assuré, son employeur et les autres acteurs impliqués dans la démarche de réadaptation. L'aspect relationnel revêt à cet égard une importance cruciale : il s'agit de planifier et de mettre en œuvre les mesures en contact direct avec l'assuré et les autres intervenants, dans un esprit de partenariat. Le dialogue et la vitesse doivent donc primer sur les documents et les procédures administratives. De même, l'objectif est, autant que faire se peut, d'intégrer le plus directement possible l'assuré dans le marché primaire du travail. En vertu du principe « placement d'abord, entraînement ensuite », l'assuré est soutenu par un *job coach* non seulement dans sa recherche d'emploi, mais également durant sa formation (*supported education*) et son recrutement (*supported employment*).

Quatre ans après l'introduction de ces mesures, l'OFAS a commandé une évaluation de ces nouveautés (Bolliger et al. 2012) : les chercheurs ont analysé, dans une étude à la méthodologie largement étayée, comment ces instruments étaient utilisés et, lorsqu'ils étaient déjà mesurables, quels effets provisoires ils déployaient. À noter que cette enquête porte sur les procédures menées jusqu'à fin 2011 concernant les assurés dont le premier contact avec l'AI remonte à la période du 1^{er} janvier 2008 au 30 juin 2009.

Ce bilan intermédiaire de l'exécution et de l'impact de la 5^e révision, achevé en 2012, a été complété par un examen statistique approfondi, courant sur une période plus longue, de huit cohortes d'individus ayant déposé une demande à l'AI entre 2004 et 2011 (Guggisberg et al. 2015b), sachant que pour chacune d'entre elles, les chercheurs se sont penchés tant sur l'année dudit dépôt que sur les trois années suivantes (période d'observation).

3.2.1 Détection précoce

Dans les années qui ont suivi l'introduction de la 5^e révision, le nombre de communications pour détection précoce est resté relativement stable. En 2014, 12 200 personnes ont fait l'objet d'une telle communication (OFAS 2015, p. 17), sachant qu'une fois sur quatre, le premier contact avec l'AI a lieu dans le cadre de la détection précoce. Dans un quart de ces cas-là (soit pour 6 % de tous les premiers contacts), l'entretien de détection précoce n'est pas suivi d'une demande de prestations AI et seul 1 % de ces personnes est ensuite sans emploi. On peut en tirer deux conclusions : d'une part, la détection précoce permet de procéder à un tri très ciblé, d'autre part, dans l'écrasante majorité des cas, la recommandation de ne pas déposer de demande à l'AI est pertinente (Bolliger et al. 2012, p. 151).

En 2014, dans un tiers des cas, ce sont les employeurs qui ont signalé à l'AI la situation d'une personne menacée d'invalidité, tandis que la part des assureurs privés et des médecins était respectivement de 14 % et de 9 % (OFAS 2015, p. 17), chiffres qui ont d'ailleurs peu évolué, si ce n'est pour les employeurs, dont les communications ont légèrement progressé ces dernières années.

Dans l'ensemble, la détection précoce contribue largement à impliquer l'AI avant qu'un assuré perde son travail. En effet, les assurés sont plus nombreux à être encore en emploi lors du dépôt de la demande de prestations : cette proportion est passée de 64 % en 2004 à 74 % en 2011 (Guggisberg et al. 2015b, p. 49 ; cf. aussi Bolliger et al. 2012, pp. 118 s.). Or la réussite de la réadaptation en dépend largement, puisqu'il est plus facile de garder un emploi que d'en trouver un nouveau.

Toutefois, pour trois quarts des assurés, la procédure AI n'a pas débuté par la détection précoce, mais par la voie conventionnelle d'une demande directe (Bolliger et al. 2012, p. 68). Les hypothèses avancées pour expliquer cet état de fait sont les suivantes : premièrement, la 5^e révision inciterait à déposer une demande sans délai, puisque, conformément à l'art. 29 LAI, le droit au versement d'une rente prend naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande de prestations (et non après la date de la communication du cas). Deuxièmement, il y aurait un nombre indéterminé de situations dans lesquelles une « détection précoce » est effectuée par l'employeur ou de manière informelle. Troisièmement, tous les partenaires de l'AI ne sont pas encore suffisamment familiarisés avec la détection précoce (Bolliger et al. 2012, pp. 69 s.). Retenons toutefois que l'élément décisif, en fin de compte, est que l'AI soit systématiquement impliquée en amont, que ce soit de manière formelle – par le biais d'une détection précoce ou d'une demande – ou informelle.

Globalement, la détection précoce a fait ses preuves compte tenu des intentions stratégiques de la 5^e révision (Bolliger et al. 2012, pp. 198 s. ; OCDE 2014, pp. 72 s.).

- Il n'en reste pas moins que le plein potentiel de la détection précoce n'est pas encore exploité (Bolliger et al. 2012, pp. 198 s.) ; les partenaires de l'AI pourraient donc y recourir plus souvent.
- Il convient en particulier d'attirer l'attention des employeurs sur les possibilités qu'offre la détection précoce et de les encourager à en tirer parti (OCDE 2014, pp. 73 et 101).

3.2.2 Mesures d'intervention précoce

Dans tous les cantons, les dispositifs d'intervention précoce ont contribué à faire progresser la rapidité et le nombre de mesures de réadaptation octroyées. Si elles n'ont pas supplanté les mesures d'ordre professionnel, elles peuvent être octroyées plus vite. Au total, la part des personnes ayant déposé une nouvelle demande qui sont engagées dans une démarche de réadaptation (mesures d'intervention précoce, de réinsertion ou d'ordre professionnel) a presque doublé entre 2004 (22 %) et 2011 (42 %). Si l'on tient compte des mesures de réadaptation externes (autrement dit fournies par des tiers et facturées aux offices AI), la hausse est plus sensible encore, puisque la proportion passe de 8 % en 2004 à 21 % en 2011 (Guggisberg et al. 2015b, pp. 15 s. ; ces offices n'attribuant pas tous les mêmes codes aux mesures fournies à l'interne, celles-ci peuvent rarement être prises en considération dans les analyses quantitatives). Cette augmentation résulte pour l'essentiel de l'introduction des mesures d'intervention précoce : en effet, alors que la part des assurés ayant bénéficié uniquement de mesures d'ordre professionnel depuis 2008 recule, celle des personnes visées par des mesures d'intervention précoce affiche une hausse constante. De plus, les individus ayant déposé une nouvelle demande en 2011 ont plus fréquemment fait l'objet d'une mesure d'intervention précoce que d'une mesure d'ordre professionnel (Guggisberg et al. 2015b, pp. 17 ss). Notons que l'intervention précoce est notamment retenue pour soutenir les personnes atteintes dans leur santé psychique (Guggisberg et al. 2015b, pp. 25 s.).

Les mesures d'intervention précoce sont conçues pour être octroyées sans délai, soit avant que les chances de réussite de la réadaptation ne chutent. Avant l'entrée en vigueur de la 5^e révision, 19 % des mesures de réadaptation étaient octroyées dans les trois mois suivants le premier contact avec l'AI. L'introduction des nouveaux instruments – en particulier d'inter-

vention précoce – a permis d'accélérer l'octroi de dispositifs de soutien, puisqu'après la révision, ce taux est passé à 36 % (Bolliger et al. 2012, pp. 121 s.) et qu'aujourd'hui, la moitié des mesures d'intervention précoce sont octroyées dans les quatre mois environ (Guggisberg et al. 2015b, pp. 27 s.). Par ailleurs, quelque trois quarts des assurés visés par une mesure d'intervention précoce sont encore en emploi lors du dépôt de la demande (Guggisberg et al. 2015b, p. 25).

Si les dispositifs relevant de l'intervention précoce ont donc favorisé le déploiement rapide des mesures de réadaptation, ont-ils un réel impact sur le succès final de cette dernière ? Les analyses quantitatives suggèrent que l'octroi de mesures d'intervention précoce augmente globalement les chances de succès de la réadaptation (Bolliger et al. 2012, pp. 192 s.). Il s'agit dès lors de ne pas lésiner sur les moyens : les offices AI dont les investissements par assuré dans de telles mesures sont supérieurs à la moyenne ont de meilleurs résultats en termes d'insertion professionnelle (Guggisberg et al. 2015b, p. 67). Ajoutons qu'à cet égard, la vitesse importe plus que la précision : en effet, on constate que plus les mesures d'intervention précoce sont octroyées rapidement, plus le taux de nouvelles rentes est faible (Guggisberg et al. 2015a, p. 53).

On ne saurait cependant perdre de vue que l'efficacité dépend largement de la situation individuelle de l'assuré : l'impact de ces mesures est particulièrement positif chez les personnes sans formation postobligatoire. Or, ce sont justement elles qui en ont le moins bénéficié. A noter encore que le suivi par les *job coaches* est favorable au projet de réadaptation (Bolliger et al. 2012, pp. 192 s.).

Autre constat : quelque 30 % seulement des mesures d'intervention précoce concernent des individus souffrant de troubles psychiques, alors que ces derniers représentent 40 % des nouvelles demandes de rente (OCDE 2014, p. 75). Précisons toutefois que cette valeur n'a cessé de progresser depuis l'introduction de ces mesures : en 2008, elle n'était que de 25 % (des personnes en activité lors du dépôt de la demande) (Guggisberg et al. 2015b, p. 26). On peut néanmoins relever que ces mesures d'intervention précoce sont trop rarement octroyées directement sur le lieu de travail. Or, selon l'OCDE, notamment le soutien apporté sur le lieu de travail, tant à l'assuré qu'à l'employeur (*job coaching*), constituerait une mesure d'intervention précoce déterminante pour les personnes atteintes dans leur santé psychique, dont le potentiel n'a pas encore été pleinement exploité (OCDE 2014, pp. 73 ss et 101), sachant que pour le coaching aussi, moins on attend, mieux c'est (Schoppig 2015).

S'agissant du type et du nombre de mesures d'intervention précoce octroyées, aucune trame unique ne se dégage de la pratique des offices AI. Là encore, dans l'ensemble, il reste donc une marge de progression, que ce soit en termes d'octroi ou d'efficacité, alors même qu'elles s'avèrent rentables, et ce pas uniquement pour les cas présentant un potentiel de réadaptation élevé. Notons que les offices AI qui recourent souvent à cet outil affichent une probabilité de succès plus faible au cas par cas, mais un taux global de réussite plus élevé par rapport aux offices faisant preuve de plus de retenue. En d'autres termes, pour la réussite globale des offices AI sur le plan de la réadaptation, l'octroi massif de mesures pèse plus lourd qu'un taux de succès relatif peu élevé (Bolliger et al. 2012, pp. 110 ss et 193). La conclusion de Guggisberg et al. (2015a, p. 72) va dans le même sens, puisqu'ils recommandent eux aussi de recourir rapidement et généreusement aux mesures d'intervention précoce. A noter enfin que le coût moyen de ces mesures se situe autour des 5000 francs par bénéficiaire, soit nettement moins que le plafond de 20 000 francs par assuré fixé à l'art. 1^{octies} du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) pour les mesures d'intervention précoce (Guggisberg 2015b, pp. 28 s.).

- Les offices AI sont invités à utiliser davantage les mesures d'intervention précoce, à ne pas lésiner sur cet outil et à les octroyer le plus tôt possible dans le processus de réadaptation, afin de maximiser les chances de succès (Bolliger et al. 2012, pp. 201 s. ;

Guggisberg et al. 2015b, p. 67) et, partant, de limiter la probabilité d'octroi d'une rente (Guggisberg et al. 2015a, p. 72).

- Il convient de promouvoir le recours aux mesures d'intervention précoce en particulier chez les assurés à faible niveau de formation (Bolliger et al. 2012, pp. 201 s.).
- De même, il s'agit de cibler davantage les personnes atteintes dans leur santé psychique, notamment celles souffrant de troubles courants occupant encore un emploi (OCDE 2014, pp. 73 ss et 101).
- Enfin, il est recommandé de favoriser les interventions sur le lieu de travail, par exemple en dispensant des conseils ou en proposant un *job coaching* (OCDE 2014, pp. 73 ss et 101).

On pourrait objecter que cette recommandation, à savoir multiplier l'octroi de mesures d'intervention précoce, a déjà été suivie, puisque leur nombre n'a cessé d'augmenter entre 2008 et 2014, passant de 1200 (OFAS 2009, p. 10) à 10 200 (OFAS 2015, p. 13), et qu'au fil de ces années, la part d'assurés ayant déposé une première demande de prestations AI et bénéficié de mesures d'intervention précoce a presque doublé (Guggisberg et al. 2015b, p. 25). Cela dit, les différences entre les cantons sont encore significatives à cet égard (Guggisberg et al. 2015b, p. 20).

3.2.3 Mesures de réinsertion

Destinées en particulier aux personnes atteintes dans leur santé psychique dont l'incapacité de travail atteint au minimum 50 %, ces mesures ont vocation à préparer à la réadaptation professionnelle au moyen de mesures ciblées de réadaptation socioprofessionnelle ou d'occupation. Précisons qu'il s'agit là d'une population relativement peu nombreuse, mais pour laquelle il n'existait aucune mesure adaptée avant la 5^e révision.

Conformément à la philosophie qui les sous-tend, les mesures de réinsertion ont été octroyées en premier lieu aux personnes souffrant d'un trouble psychique, à hauteur de 75 % pour être précis (Guggisberg et al. 2015b, p. 32). Grâce à ce dispositif – et aux mesures d'intervention précoce –, l'AI répond mieux aux besoins.

Si leur utilisation a légèrement augmenté entre 2008 et 2011 (sur l'ensemble des assurés ayant déposé une demande de prestations en 2011, 3,6 % bénéficiaient de mesures de réinsertion, contre 2,8 % trois ans plus tôt), elle reste pour l'heure assez marginale (Guggisberg et al. 2015b, p. 31). Relevons par ailleurs qu'elles sont pour l'essentiel octroyées dans le cadre d'une réadaptation socioprofessionnelle en institution ; dans les entreprises du marché primaire de l'emploi en revanche, elles sont l'exception (Bolliger et al. 2012, p. 95). Or cela pose problème étant donné que la grande majorité des demandeurs sont atteints de troubles mentaux réactionnels et n'ont généralement pas besoin d'un environnement protégé, mais plutôt de reprendre rapidement (mais avec un suivi étroit) une activité « normale » (OCDE 2014, p. 80 ss).

Quelle est l'efficacité des mesures de réinsertion en termes de réadaptation ? Une analyse quantitative suggère qu'elles permettent d'augmenter les chances de succès (Bolliger et al. 2012, pp. 194 s.). En effet, la proportion de personnes au bénéfice d'une mesure de réinsertion qui ont décroché une mesure d'ordre professionnel dans les années suivantes n'a cessé de progresser depuis leur introduction, passant de 30 % à 38 % (Guggisberg 2015b, pp. 34 s.).

Ici aussi, la situation est très différente d'un canton à l'autre. Par ailleurs, le potentiel de ces mesures n'a, lui non plus, pas encore été pleinement exploité. En effet, la probabilité que la réinsertion professionnelle aboutisse est plus grande dans les offices AI qui octroient plus volontiers et plus rapidement de telles mesures (Guggisberg et al. 2015b, p. 72).

- Si l'on entend maximiser les chances de réadaptation, il y a lieu de tirer parti systématiquement de tout le potentiel des mesures de réinsertion en y recourant sans tarder et de manière ciblée (Bolliger et al. 2012, pp. 111 ss et 195, Guggisberg et al. 2015b, p. 72).
- Il convient de privilégier le recours aux mesures de réinsertion dans le marché primaire de l'emploi plutôt que dans les entreprises protégées (OCDE 2014, pp. 78 ss et 101).

Le potentiel de ces mesures est néanmoins jugé limité, puisqu'elles s'adressent à une population extrêmement spécifique (Bolliger et al. 2012, p. 200). Cela explique d'ailleurs la hausse modérée du nombre de mesures de réinsertion octroyées entre 2008 et 2014, sachant que le tableau varie d'un canton à l'autre (Guggisberg et al. 2015b, p. 20).

3.2.4 Mesures d'ordre professionnel

Les nouveaux instruments complétant la palette des offices AI n'ont que légèrement modifié l'utilisation des mesures d'ordre professionnel : sur l'ensemble des nouvelles demandes de prestations soumises à l'AI entre 2004 et 2011, la part des personnes jouissant d'une mesure d'ordre professionnel est passée de 7,8 % à 10,9 % au cours de cette période, car les mesures de réinsertion se proposent justement de préparer les assurés atteints dans leur santé psychique aux mesures d'ordre professionnel (Guggisberg et al. 2015b, pp. 36 ss). Entre-temps, cette population constitue 36 % des bénéficiaires des mesures d'ordre professionnel, contre 28 % en 2004 (Guggisberg et al. 2015b, p. 37). Quant aux différences entre les cantons à cet égard, elles tendent à s'amenuiser depuis l'introduction des nouveaux instruments (Guggisberg et al. 2015b, p. 74).

A noter que les mesures d'ordre professionnel ne dérogent pas à la règle énoncée pour les mesures de réinsertion et les mesures d'intervention précoce : plus elles sont prises tôt, plus les chances de réussite de la réadaptation sont grandes (Guggisberg et al. 2015b, p. 74). De même, les offices AI qui investissent pour les mesures d'ordre professionnel un montant par assuré plus élevé que la moyenne affichent de meilleurs résultats sur le front de l'insertion professionnelle et, partant, une probabilité plus basse en termes d'octroi de rentes (Guggisberg et al. 2015b, pp. 66 s.). On observe donc que le succès de la réadaptation dépend moins du nombre de mesures d'ordre professionnel accordées que du choix ciblé et de la volonté d'investir sur la personne sélectionnée (Guggisberg et al. 2015, p. 73).

- On gagne à intervenir rapidement et de manière ciblée avec les mesures d'ordre professionnel. On ne saurait donc lésiner sur les moyens (Guggisberg et al. 2015a, p. 73, Guggisberg et al. 2015b, p. 74).

3.3 Réadaptation des bénéficiaires de rente AI : mise en œuvre et effets de la révision 6a

Jusqu'à ce que l'on décide d'axer la révision des rentes sur la réadaptation, cette dernière reposait principalement sur l'auto-évaluation de l'assuré et sur l'avis du médecin traitant et de l'office AI (généralement d'ordre administratif, sur dossier). Or cette méthode ne permettait pas d'identifier, au cas par cas, le potentiel de réadaptation – autrement dit, on ne favorisait pas suffisamment la réadaptation des bénéficiaires d'une rente AI (OCDE 2014, p. 92). Un des objectifs clés de la révision 6a, entrée en vigueur en 2012, consistait donc à réduire le nombre de rentiers AI, en encourageant activement la réadaptation à l'occasion de la révision de la rente. Concrètement, s'agit de repérer de manière ciblée les assurés présentant un potentiel de réadaptation, puis de les y préparer en leur offrant des conseils et un suivi personnalisés et en leur octroyant d'autres mesures spécifiques, sachant que comme pour la 5^e révision, cette opération doit s'articuler principalement autour d'un dialogue et d'un travail relationnel. Cette révision de rente axée sur la réadaptation entendait donc marquer un

changement de paradigme, l'adage « rente un jour, rente toujours » étant remplacé par le principe « la rente, passerelle vers la réadaptation ».

Pour compléter cette approche, une base légale a été élaborée pour permettre le réexamen et l'adaptation des « rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique » (dispositions finales de la révision 6a). Selon la jurisprudence en vigueur lorsque la loi a été révisée, ces tableaux cliniques ne remplissaient plus les conditions pour prétendre à une rente. Le but de ces mesures était donc de réduire l'effectif de 12 500 rentes pondérées, réparties comme suit : 8000 grâce à la révision axée sur la réadaptation et 4500 grâce aux dispositions finales.

Une étude menée en 2006 au sujet de la situation économique des rentiers AI a mis en évidence que quelque 40 % des bénéficiaires de rente vivant seuls exerçaient une activité professionnelle (Wanner, Pecoraro 2012, pp. 52 s.). Elle a également montré que les revenus qu'ils en tiraient représentaient un complément non négligeable aux autres sources de revenu (notamment les rentes des 1^{er} et 2^e piliers) et constituaient une part significative de leur budget (Wanner, Pecoraro 2012, pp. 39 ss). Autrement dit, l'étude révèle que les rentiers AI peuvent parfois être intégrés sur le marché primaire de l'emploi et que du point de vue financier, ils s'en sortent globalement mieux que les rentiers n'exerçant pas d'activité lucrative.

L'OFAS a toutefois constaté dès 2014 que le recul de l'effectif des rentes provoqué par la révision 6a n'était pas encore à la hauteur des attentes, comme cela est exposé en détail à la section 2.3.

3.3.1 Processus de nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rente : facteurs de réussite et obstacles

Les offices AI approuvent sur le principe la visée générale de la révision des rentes axée sur la réadaptation, qu'ils considèrent comme une étape supplémentaire vers une assurance de réadaptation. Ils saluent par ailleurs les instruments et possibilités dont ils disposent (Guggisberg et al. 2015b, p. 126). Il n'en reste pas moins qu'ils sont loin de procéder concrètement tous de la même manière et de mettre l'accent au même endroit (Guggisberg et al. 2015b, pp. 100 ss ; pour la suite cf. aussi section 2.3.2).

L'élément clé de la démarche est l'identification systématique des personnes présentant un potentiel de réadaptation, opération pour laquelle l'expérience des collaborateurs de l'AI et leur connaissance du dossier jouent un rôle déterminant. Si la révision 6a leur a permis d'améliorer leurs compétences et de gagner en expérience au niveau du « tri intuitif », certains offices AI ne sont pas encore au clair sur les critères à prendre en compte à cet égard.

- Il convient de mettre à la disposition des offices AI des directives ou des instruments qui les aident à repérer les personnes présentant un potentiel de réadaptation (Guggisberg et al. 2015b, p. 101, OCDE 2014, p. 95).

Lorsqu'une personne a le potentiel et la volonté de reprendre pied sur le marché de l'emploi – ce qui serait rarement le cas –, les premières mesures sont prises. La plupart des offices AI relèvent l'importance de la motivation, arguant qu'il est presque impossible de réinsérer un assuré sur le marché primaire du travail lorsqu'il manque de motivation, tout en ajoutant qu'ils ne disposent pas suffisamment de personnel pour systématiquement motiver les personnes concernées. A l'inverse, d'autres offices appellent davantage au respect de l'obligation de collaborer lorsque les experts de la médecine des assurances ont décelé un potentiel de réadaptation (Guggisberg et al. 2015b, p. 104). Les révisions de rentes axées sur la réadaptation se situent donc à mi-chemin entre ces deux conceptions : la réadaptation fondée sur la motivation et les ressources psychosociales et la réadaptation fondée sur une expertise médico-assurantielle. Au final, il semblerait toutefois que cette deuxième option soit plus prometteuse pour réduire voire supprimer les rentes (Guggisberg et al. 2015b, p. 96).

Vu le temps important qu'ils consacrent au tri, les offices AI sont déçus du faible nombre de personnes qui recourent effectivement aux mesures de nouvelle réadaptation. Une des hypothèses pour expliquer ce phénomène serait le durcissement de la pratique d'octroi des rentes qui a cours depuis quelques années, si bien que la charge de morbidité serait très importante dans l'effectif des rentes actuel. Dans ce contexte, un des objectifs cruciaux est de mieux cibler les dossiers qui feront l'objet d'une révision de rente (c.-à-d. de privilégier la qualité sur la quantité). Tous les offices AI ont par conséquent diminué le nombre de révisions effectuées ces dernières années, affectant les ressources aux assurés présentant un potentiel de réadaptation suffisant (Guggisberg et al. 2015b, p. 122), ce qui est d'autant plus important que certains d'entre eux manquent de personnel (Guggisberg et al. 2015b, p. 128). Depuis 2012, la proportion de rentiers AI bénéficiant de mesures de réadaptation pour réintégrer le marché primaire du travail a considérablement augmenté, même si elle reste faible (elle est passée de 1,3 % à 2,2 %, Guggisberg et al. 2015b, p. 85), sachant que parmi les mesures octroyées figurent principalement les mesures d'ordre professionnel, les mesures de réinsertion ainsi que d'autres outils instaurés avec la révision 6a (placement à l'essai, allocation d'initiation au travail, conseils et suivi ; Guggisberg et al. 2015b, pp. 86 s.). Relevons en outre que plus de la moitié de ces mesures sont prises en faveur de personnes atteintes dans leur santé psychique – une population chez laquelle on a décelé un potentiel idoine (Guggisberg et al. 2015b, pp. 88 s.).

Le processus de nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rente est marqué par un suivi individuel étroit. A noter que les offices AI se félicitent du large éventail des outils envisageables et soulignent qu'il est déterminant de pouvoir opter pour un dispositif taillé sur mesure (Guggisberg et al. 2015b, pp. 107 ss).

Selon les offices AI, différents facteurs favorisent la réussite des mesures de nouvelle réadaptation. Parmi les ressources psychosociales retenues, on peut citer la courte durée de perception de la rente, la stabilité de l'état de santé (tant objective que subjective), l'expérience professionnelle et le niveau de formation, la motivation personnelle et un environnement privé et professionnel (famille, médecins, thérapeutes, etc.) qui soutienne la démarche sans exercer de pression.

- Il est capital qu'à leur niveau, les offices AI agissent dans la transparence, qu'ils parviennent à motiver les assurés et à désamorcer leurs craintes, qu'ils créent une relation de confiance avec eux et leur laissent le temps nécessaire (Guggisberg et al. 2015b, pp. 114 ss).

Nombre d'acteurs interrogés déplorent le manque d'attractivité financière du retour au travail pour les rentiers AI. Ils rapportent en effet avoir souvent eu affaire à des assurés qui auraient pu se passer de rente en reprenant une activité professionnelle, mais auraient alors perçu un revenu moins élevé (Guggisberg et al. 2015b, p. 108). Dans le même ordre d'idée, des effets de seuil au sein même du système AI seraient susceptibles de provoquer une baisse disproportionnée des prestations AI en cas d'entrée sur le marché du travail ou d'augmentation du taux d'occupation (Bieri/Gysin 2012).

- A cet égard, l'OCDE (2014, p. 103) recommande d'opter pour un système de rente linéaire, dans lequel exercer une activité professionnelle est rentable.

La liste des obstacles ne s'arrête toutefois pas là : les offices AI sont très critiques vis-à-vis de la capacité d'absorption limitée du marché du travail. Ils font ainsi valoir que le nombre de postes adaptés se raréfie, en particulier dans le secteur des bas revenus, ce qui limite sensiblement les chances de réussite des mesures de nouvelle réadaptation (Guggisberg et al. 2015b, p. 124).

- Il y a donc fort à faire pour augmenter le nombre de places disponibles (Guggisberg et al. 2015b, p. 127).

L'évaluation du projet pilote Ingeus fournit un exemple de réussite des mesures de nouvelle réadaptation octroyées aux bénéficiaires de rente (Hagen et al. 2014). Celui-ci s'articulait autour d'un suivi intensif fourni par les conseillers personnels de la société Ingeus. Tout au long du processus de placement visant à les réinsérer sur le marché primaire du travail, les participants bénéficiaient d'une prise en charge active dans leur recherche d'une activité adaptée : constitution d'un dossier de candidature, discussion des perspectives de carrière, aide à la recherche d'emploi, sans compter les cours consacrés à la gestion de soi ou aux techniques de candidature. L'évaluation suggère que le programme a en moyenne été efficace pour les participants, l'efficacité étant mesurée par une réduction du montant de la rente imputable à une augmentation de l'activité lucrative (Hagen et al. 2014, pp. 60 ss). Les candidats ont en particulier pu gagner en motivation et en estime d'eux-mêmes, tout en apprenant des techniques concrètes, si bien que leur recherche d'emploi et leurs candidatures sont devenues plus efficaces (Hagen et al. 2014, pp. 92 s.).

Les résultats du projet pilote analogue lancé dans le canton de Zurich (*Zürcher Eingliederungs-Pilotprojekt*, ZhEPP) montrent que la nouvelle réadaptation des bénéficiaires de rente AI sur le marché primaire du travail dans le cadre de rapports de travail ordinaires est possible et qu'avec un soutien adéquat et l'exploitation du potentiel existant, le principe « placement d'abord, entraînement ensuite » est une approche réaliste pour ce groupe cible. Les facteurs de succès décisifs sont un suivi approprié juste après l'octroi de la rente, la coopération de tous les acteurs impliqués et la motivation de l'assuré (Kawohl et al. 2015).

3.3.2 Révisions des rentes en vertu des dispositions finales

Jusqu'à fin 2014, les offices AI étaient tenus de réviser les rentes octroyées pour des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Entre-temps, nombre d'entre eux ont achevé ce processus lourd en termes de conflits potentiels. Cet examen des rentes se heurtait en effet à l'incompréhension des assurés comme du corps médical, principalement parce que l'AI se fondait avant tout sur des arguments juridiques pour légitimer la fin du droit à la rente, en faisant peu de cas des possibilités réelles de l'assuré à exercer une activité lucrative (Guggisberg et al. 2015b, pp. 131 ss).

Au final, le nombre de rentes supprimées sur la base des dispositions finales était nettement moins important que prévu : en 2012 et 2013, il s'élevait à 670 (au total, l'effectif total a été réduit de 500 rentes pondérées en application de cette procédure, OFAS 2014, p. 4). Ce résultat est dû au fait que la plupart des assurés présentant le tableau clinique en question souffraient également de pathologies associées justifiant le versement d'une rente. Lors de la réévaluation, les médecins posaient souvent de nouveaux diagnostics ou faisaient valoir une détérioration de l'état de santé (OFAS 2014, p. 5 ; Guggisberg et al. 2015b, pp. 134 s.). De plus, pour les troubles somatoformes, la pratique d'octroi avait déjà été durcie quelques années auparavant, si bien que les cas potentiellement concernés par les dispositions finales étaient majoritairement ceux de personnes âgées, dont beaucoup jouissent de la garantie des droits acquis (Guggisberg et al. 2015b, p. 140).

Par conséquent, les tentatives se sont souvent soldées par d'interminables procédures de recours et poursuites judiciaires, pénibles pour toutes les parties. Enfin, en juin 2015, le Tribunal fédéral a rendu un arrêt de principe qui change la donne : il a en effet abandonné la présomption selon laquelle ces troubles peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible, et jugé qu'il fallait désormais évaluer la capacité de travail réellement exigible de manière globale et sans résultat prédéfini (ATF 141 V 281).

3.4 Autres acteurs du processus de réinsertion

3.4.1 Médecins traitants

En matière d'insertion professionnelle, le contact avec les médecins traitants est primordial (cf. aussi chapitre 2). En effet, au-delà de leur fonction de professionnels de la médecine, ceux-ci influencent largement la capacité de travail subjective et la motivation de leurs patients. Ainsi, la réussite de la réadaptation dépend de leur contribution. Si, sur le principe, ils sont prêts à appuyer les objectifs que vise l'AI en termes de réadaptation, ils « refusent d'être associés à la justification de décisions de l'AI qu'ils ne partagent pas » (Bolliger, Féraud 2015, p. XV). Les offices AI objectent que la plupart des médecins connaissent mal le processus de réadaptation et qu'ils sont trop prompts à établir des certificats attestant de l'incapacité de travail de leurs patients (parfois même pendant les mesures AI), ce qui entrave l'exécution des mesures de réadaptation ; ils regrettent enfin que la difficulté à les joindre et la longueur des délais les empêchent d'agir rapidement (Bolliger, Féraud 2015, p. 37). Ajoutons que si les offices AI entendent collaborer efficacement avec les médecins en vue de la réadaptation, il est capital qu'ils ciblent les dossiers dans lesquels ils exigent un rapport médical au lieu d'en faire un automatisme. En particulier au début du processus de réadaptation, ils gagnent ainsi à privilégier les échanges oraux (Bolliger, Féraud 2015, pp. 81 ss). D'ailleurs, les offices AI qui, dans un premier temps, pilotent ledit processus sans se fonder sur des informations médicales écrites affichent un taux de nouvelles rentes moins élevé que ceux qui commencent systématiquement par demander un rapport écrit (Guggisberg et al. 2015a, p. 53).

- Il y a lieu d'améliorer la communication entre les offices AI et les médecins traitants – en privilégiant le contact oral – et de solliciter les rapports écrits uniquement de manière très ciblée. Mener à bien une réadaptation suppose en outre que l'AI et les médecins coordonnent les mesures et les suivent conjointement (Bolliger, Féraud 2015, pp. 81 ss).

Dans l'optique de la réadaptation des bénéficiaires de rente, les offices AI tentent d'impliquer les médecins traitants sans tarder (par ex. en les invitant à l'analyse approfondie de la situation). Des frictions subsistent cependant dans la collaboration et celles-ci portent préjudice à la réadaptation (OCDE 2014, p. 94 ; Guggisberg et al. 2015b, pp. 124 s. ; cf. aussi chapitre 2).

- L'OCDE recommande de poursuivre systématiquement les révisions de rente axées sur la réadaptation en mettant l'accent sur le dialogue et le contact personnel avec le médecin traitant. En cas de divergence entre celui-ci et l'office AI, l'organisation préconise d'obliger les deux parties à en débattre afin de parvenir à un accord (OCDE 2014, p. 103).

3.4.2 Employeurs

La collaboration avec l'employeur est fondamentale pour la réinsertion de l'assuré sur le marché primaire de l'emploi. Même si, en définitive, rien ne vaut une approche au cas par cas pour convaincre un employeur à s'engager dans la réadaptation, les offices AI nouent des contacts en dehors de ce cadre et développent les réseaux *ad hoc*. Comme le montre une étude qualitative consacrée à la collaboration entre les offices AI et les employeurs (Geisen et al. 2016, pp. 45 s.), la prise de contact peut relever de différentes stratégies : certaines reposent sur les besoins des offices AI, auquel cas les collaborateurs de l'office vont orienter leurs recherches en fonction de profils de poste types, sans avoir en tête un assuré en particulier ; d'autres vont au contraire être guidées par les besoins des employeurs, cernés grâce à des questionnaires ou des manifestations et activités conçus à leur intention.

Ici encore, la clé réside dans le travail relationnel : l'AI doit se positionner comme un interlocuteur compétent et identifiable. En effet, dès lors qu'un employeur a fait de bonnes expériences avec un assuré et l'AI, il sera plus enclin à se réengager ultérieurement. Notons que les offices AI procèdent de manière très souple, empreinte de culture du service (Guggisberg et al. 2015b, pp. 36 s.). Ils se heurtent principalement au nombre réduit de postes adaptés vacants et aux réticences des employeurs à recruter des personnes atteintes dans leur santé psychique (Guggisberg et al. 2015b, p. 124 ; OCDE 2014, pp. 97 s.).

Les recherches de Geisen et al. (2016) suggèrent que les collaborateurs de l'AI sont mieux armés aujourd'hui qu'en 2008 pour aborder la collaboration avec les employeurs et qu'au sein des offices, les fonctions ont été plus clairement réparties. Il n'en demeure pas moins que les différences entre les cantons restent colossales, notamment en raison de facteurs contextuels (Geisen et al. 2016, p. 37).

Les auteurs ont par ailleurs esquissé trois formes de collaboration idéales, dont les offices AI présentent en général un panachage : 1) la collaboration orientée vers l'innovation, marquée par la proactivité des collaborateurs de l'AI pour développer des solutions nouvelles répondant aux besoins des employeurs ; 2) la collaboration orientée vers la coordination, qui a pour stratégie d'agir selon des processus définis pour optimiser les échanges liés à des cas concrets ou les contacts à visée générale ; 3) la collaboration orientée vers des exigences, marquée par le pragmatisme et la recherche de solution aux problèmes concrets (Geisen et al. 2016). A noter que la variante retenue dépend en grande partie du contexte, à commencer par la taille de l'office et la structure du tissu économique régional ou de la branche (*ibid.*).

- Il convient d'élaborer, de concert avec les acteurs concernés, différentes directives afin de faciliter la tâche aux offices AI, en détaillant par exemple comment concevoir le travail relationnel avec les assurés, conseiller les employeurs et les médecins traitants et mettre au point un plan de réadaptation efficace (OCDE 2014, p. 95).
- Les offices AI sont encouragés à miser davantage sur une collaboration avec les employeurs qui ne soit pas liée à un cas particulier, en insistant sur les informations et les conseils qu'ils peuvent fournir en gestion des processus de réadaptation professionnelle. Enfin, il convient d'étendre la collaboration à d'autres acteurs (Geisen et al. 2016).

3.5 Conclusions et recommandations

3.5.1 Conclusions

Les offices AI ont pris le virage de la réadaptation selon le principe « la réadaptation prime la rente » et utilisent les nouveaux instruments de la 5^e révision. Cette révision, résolument axée sur la réadaptation professionnelle, a en effet sensiblement élargi l'éventail des mesures à leur disposition, afin de coller au plus près des besoins des assurés. En effet, les outils développés ont été conçus pour favoriser, de façon ciblée, l'insertion sur le marché primaire du travail des personnes dont la réadaptation est semée d'embûches, à commencer par celles qui n'avaient pas d'emploi lorsque l'AI s'est saisie de leur dossier ou celles qui sont atteintes dans leur santé psychique. En particulier pour ces dernières, les offices AI renonçaient souvent à la possibilité d'une réadaptation en tablant trop rapidement sur une rente (cf. aussi chapitre 4). Les nouvelles mesures ont par ailleurs permis de réduire les pertes de temps, car en impliquant l'AI sans tarder, les assurés peuvent être soutenus plus vite. Les analyses quantitatives montrent que lorsqu'ils sont utilisés, les nouveaux instruments permettent de maximiser les chances de réadaptation, les quatre principaux facteurs de succès étant les suivants :

- Les offices AI qui étaient jusqu'alors plutôt réticents gagnent à octroyer plus de mesures d'intervention précoce et de mesures de réinsertion notamment.

- La rapidité s'avère être une des clés : plus les mesures sont prises rapidement, plus la réadaptation a des chances d'aboutir.
- Economiser sur la réadaptation est un mauvais calcul : plus l'investissement moyen par assuré est élevé, plus la mesure a du succès.
- La collaboration entre les offices AI et les médecins est cruciale, sachant qu'il convient de privilégier les échanges oraux et de cibler les cas dans lesquels un rapport médical est indispensable.

Au total, 73 % des assurés qui exerçaient une activité professionnelle au moment de la première demande de prestations à l'AI étaient encore actifs trois ans plus tard. Quant à ceux qui étaient sans emploi, 35 % ont été engagés dans les trois années suivantes (Guggisberg et al. 2015b, pp. 50 ss).

Notons que ces nouveaux instruments ne contribuent pas uniquement à améliorer l'insertion professionnelle, ils entraînent également une réduction du nombre de nouvelles rentes (Bolliger et al. 2012, p. 202 ; OCDE 2014, pp. 100 s., Guggisberg et al. 2015a, pp. 53 s. et 72 s. ; Guggisberg et al. 2015b, p. XXIX) – dans une proportion toutefois impossible à chiffrer avec précision. En effet, d'autres facteurs entrent en jeu, comme l'instruction faite par les offices AI et la pratique des tribunaux (cf. chapitre 2) ou l'attitude des employeurs vis-à-vis des maladies psychiques de leurs collaborateurs (cf. chapitre 4).

Si, pour l'examen des nouvelles demandes déposées à l'AI, le tournant de la réadaptation voulu par la 5^e révision a été résolument pris, la révision 6a, qui entend favoriser le retour au travail des personnes déjà au bénéfice d'une rente est sensiblement plus difficile à mettre en œuvre. En effet, les efforts que cela suppose de la part des offices AI produisent peu d'effets au niveau des rentes. Cela n'empêche pas les offices AI de se féliciter tant de l'orientation prise que de la palette d'instruments mis à leur disposition. Ils affirment en effet avoir tiré des leçons importantes et acquis des compétences précieuses, qu'ils pourront mettre à profit pour favoriser la réadaptation de potentiels candidats à la rente. Une des clés du succès de la révision des rentes consiste à cibler les dossiers entrant en ligne de compte en faisant preuve de mesure plutôt qu'en appliquant des critères standardisés et à suivre étroitement les rentiers en misant sur leur motivation. Autre facteur déterminant : impliquer activement les médecins traitants et les employeurs. Ceci étant dit, on ne saurait perdre de vue que le potentiel de réadaptation des rentiers AI est limité, étant donné le durcissement de la pratique d'octroi des rentes qui a cours depuis quelques années (cf. chapitre 2).

3.5.2 Recommandations

- Il faut mieux exploiter le potentiel de la détection précoce, en invitant les partenaires de l'AI à y recourir plus souvent ; il convient en particulier d'attirer l'attention des employeurs sur les possibilités qu'offre la détection précoce et de les encourager à en tirer parti.
- Les offices AI qui étaient jusqu'alors plutôt réticents gagnent à octroyer plus de mesures d'intervention précoce et de mesures de réinsertion notamment.
- Il est recommandé de favoriser les mesures d'intervention précoce et les mesures de réinsertion sur le lieu de travail, par exemple en dispensant des conseils ou en proposant un *job coaching*.
- Il convient de promouvoir le recours aux mesures d'intervention précoce chez les assurés à faible niveau de formation.
- Il importe de cibler davantage les personnes atteintes dans leur santé psychique avec les mesures d'intervention précoce, notamment celles souffrant de troubles courants occupant encore un emploi.
- Les mesures de réadaptation doivent être mises en œuvre plus rapidement, afin de maximiser les chances qu'elles aboutissent.

- Il ne faut pas économiser sur la réadaptation : plus l'investissement moyen par assuré est élevé, plus la mesure a du succès.
- Il y a lieu d'améliorer la communication entre les offices AI et les médecins traitants – en privilégiant le contact oral – et de solliciter les rapports écrits uniquement de manière très ciblée. Mener à bien une réadaptation suppose en outre que l'AI et les médecins coordonnent les mesures et les suivent conjointement.
- Il convient d'élaborer, de concert avec les acteurs concernés, différentes directives afin de faciliter la tâche aux offices AI, en détaillant par exemple comment concevoir le travail relationnel avec les assurés, conseiller les employeurs et les médecins traitants, mettre au point un plan de réadaptation efficace et identifier les personnes présentant un potentiel de réadaptation.
- Il est capital qu'à leur niveau, les offices AI agissent dans la transparence, qu'ils parviennent à motiver les assurés et à désamorcer leurs craintes, qu'ils créent une relation de confiance avec eux et leur laissent le temps nécessaire.
- Il convient de poursuivre systématiquement les révisions de rente axées sur la réadaptation en mettant l'accent sur le dialogue et le contact personnel avec le médecin traitant. En cas de divergence entre celui-ci et l'office AI, l'organisation préconise d'obliger les deux parties à en débattre afin de parvenir à un accord.
- Il faut opter pour un système de rente linéaire, dans lequel exercer une activité professionnelle est rentable.

3.6 Position de l'OFAS

3.6.1 Mesures prises jusqu'ici

Différentes améliorations techniques sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2015 par voie d'ordonnance. Ainsi, les mesures de réinsertion peuvent désormais être appliquées avec une certaine marge de manœuvre (art. 4^{sexies} RAI), les employeurs peuvent bénéficier de conseils, d'un accompagnement et d'une formation qui ne s'appuient pas sur des cas particuliers (art. 41, al. 1, let. f^{bis} RAI) et les spécialistes concernés issus des domaines de l'école ou de la formation peuvent recevoir des conseils et des informations (art. 41, al. 1, let. f^{er}, RAI). Par ailleurs, la collaboration des offices AI avec les médecins traitants, de même que leur implication pendant la procédure d'instruction et la réadaptation professionnelle, ont été inscrites dans les circulaires au 1^{er} mai 2015.

Comme signalé au chapitre 2, la plateforme d'information ai-pro-medico, destinée aux médecins, a été mise en service en août 2012 ; depuis lors, elle a constamment été mise à jour et optimisée.

Des fonds ont été alloués aux offices AI pour qu'ils renforcent leur collaboration avec les tiers (employeurs, médecins traitants, enseignants).

Achévé le 31 décembre 2014, le projet pilote « Location de services » (2013 et 2014) s'est soldé par un succès. Une base légale *ad hoc* est proposée dans le cadre du projet de développement continu de l'AI pour ajouter la location de services au catalogue des mesures de réadaptation, cette prestation n'étant pas controversée. Dans l'intervalle, les offices AI peuvent poursuivre la collaboration avec les bailleurs de services en inscrivant les dépenses sur un poste budgétaire séparé au titre du placement actif.

Les expériences de nouvelle réadaptation pour réinsérer les assurés sur le marché primaire de l'emploi réalisées dans le cadre des projets pilotes Ingeus et *Zürcher Eingliederungs-Pilotprojekt* sont riches d'enseignements sur le conseil et le suivi individuels d'assurés engagés dans un processus de nouvelle réadaptation ; ces enseignements seront examinés plus avant dans le cadre du projet de développement continu de l'AI.

3.6.2 Mesures envisagées

La réflexion sur la collaboration entre offices AI et médecins traitants se poursuit dans différents groupes de travail du domaine AI, une des problématiques abordées étant comment concevoir les rapports médicaux de manière à ce qu'ils répondent mieux aux besoins de l'AI (parmi les hypothèses figurent des « *fit notes* », dans lesquelles les médecins seraient amenés non seulement à décrire l'état de santé de leur patient, mais également à se prononcer sur leur potentiel de réadaptation et à formuler des recommandations du point de vue médical).

Plusieurs thématiques relatives à la réadaptation professionnelle sont encore à creuser dans le cadre du projet de développement continu de l'AI. Ainsi, les médecins doivent être autorisés à transmettre des informations de nature à améliorer la collaboration en vue de la réadaptation, et les offices AI, à informer les médecins sur les décisions prises et la progression du projet de réadaptation professionnelle. De concert avec l'OFSP, il y a par ailleurs lieu de promouvoir la formation initiale, postgrade et continue des médecins en matière de droit des assurances sociales en général et de droit de l'AI en particulier. En outre, il convient d'adopter des dispositions légales permettant de ménager la marge de manœuvre qu'appellent les mesures de détection précoce et de réadaptation et de les étendre aux jeunes adultes. De manière générale, la détection et le soutien précoces des jeunes rencontrant des difficultés sont un des axes essentiels du projet de développement continu de l'AI. Quelle que soit la phase du processus AI, les prestations de conseil et de suivi doivent s'inscrire dans l'esprit du *supported employment*, orientation qui doit être transcrite dans la loi et dont profiteront tour à tour l'assuré et l'employeur. Autre modification à l'ordre du jour – d'ailleurs déjà prévue dans le deuxième volet de la révision 6a et préconisée par l'OCDE : l'introduction d'un système de rente linéaire visant à réduire les effets de seuil, et partant, à rendre le travail plus attractif financièrement.

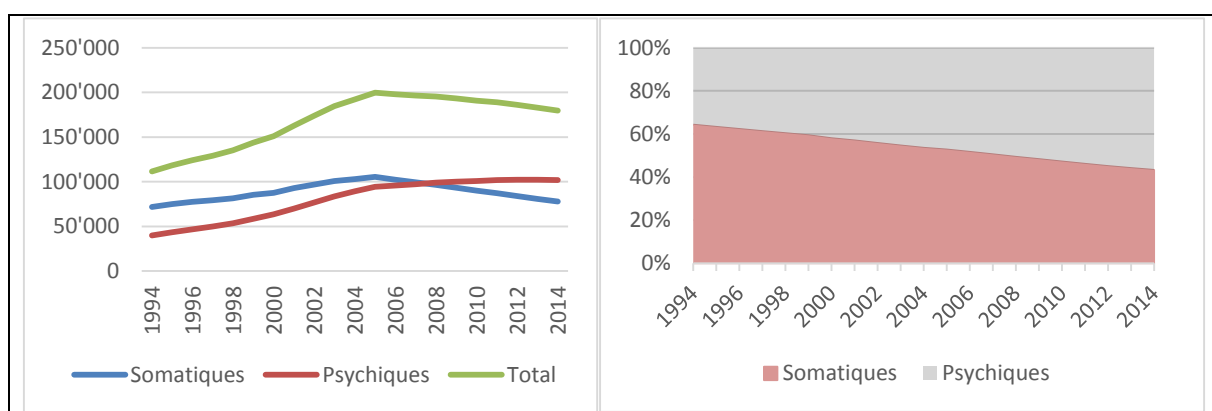
Pour ce qui est des recommandations formulées dans le rapport de l'OCDE intitulé « Santé mentale et emploi : Suisse », différentes mesures ont été consolidées : sensibilisation des employeurs aux problèmes psychiques des employés et encouragement à prendre contact sans tarder avec l'AI, ainsi que développement des mesures d'intervention précoce sur le lieu de travail et des examens médico-professionnels pluridisciplinaires, sachant qu'ici encore, il faut garantir que le travail soit rentable du point de vue financier.

4. Maladies psychiques et assurance-invalidité

4.1 Introduction

L'explosion du nombre de nouvelles rentes AI depuis les années 1990 jusqu'au milieu de la première décennie de notre siècle était due principalement aux maladies psychiques entraînant une incapacité de gain. Bien que l'on ait réussi à freiner cette évolution à partir de 2004 et même, par la suite, à inverser la courbe, l'augmentation du nombre de rentes octroyées pour des troubles psychiques s'est poursuivie. Si, à l'heure actuelle, on constate une stagnation en chiffres absolus, leur pourcentage dans l'ensemble des rentes AI a continué à augmenter, pour atteindre aujourd'hui 45 %.

Figure 2 : Evolution des nouvelles rentes AI, de 1994 à 2014



Source : statistique de l'AI, OFAS 2015

Le premier programme de recherche sur l'assurance-invalidité s'était déjà penché sur ce phénomène ; quelques études avaient été réalisées. L'une donnait une vue d'ensemble des invalidités pour raisons psychiques et de leurs causes (Baer et al. 2009), une autre (Herdt et al. 2010) consistait en une analyse de cas portant sur la réinsertion professionnelle des personnes (hospitalisées) atteintes de troubles psychiques (cf. résumé OFAS 2010). L'OCDE, elle aussi, a commencé à admettre cette évolution inquiétante et a reconnu que la majorité de ses Etats membres étaient concernés (OCDE 2012, 2014 et 2015).

Le chapitre 4 commence par traiter de la détection, de l'efficacité du traitement des maladies psychiques et de l'instruction de ces cas par l'AI (4.2). Comment se déroulent le diagnostic et le traitement, quel rôle jouent les différents acteurs concernés, comment s'en acquittent-ils et que cela signifie-t-il pour l'AI ? La section suivante porte sur les rapports entre l'activité professionnelle et le problème de la santé psychique et des troubles psychiques au travail, ainsi que sur les efforts de l'AI et d'autres acteurs en faveur de la réadaptation et de la nouvelle réadaptation (4.3). Le programme de recherche a également analysé les raisons d'un phénomène de plus en plus préoccupant depuis quelques années, celui de l'augmentation des troubles psychiques chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (4.4). Par ailleurs, le problème de la mise en invalidité pour raisons psychiques ne touche pas que l'assurance-invalidité, mais aussi d'autres secteurs de la société (4.5). Pour terminer, une section résume les principales recommandations tirées du rapport, qui sont ensuite commentées par l'OFAS (4.6).

4.2 Diagnostic et traitement des troubles psychiques dans l'instruction AI

Selon le rapport de l'OCDE « Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi », les scientifiques doutent dans l'ensemble que la prévalence des maladies psychiques ait connu une hausse généralisée (OCDE 2012, pp. 35). Cette conclusion correspond aux estimations de l'enquête sur la santé psychique en Suisse parue dans le rapport sur le monitoring de l'Obsan (Schuler et al. 2012, p. 9). L'apparition de troubles psychiques n'est cependant pas toujours synonyme de maladie psychique, ni de conséquences sur la capacité de gain ; de plus, il faut faire la distinction entre les troubles subjectifs, les pathologies et les traitements des problèmes psychiatriques. Il ressort du « Monitoring Santé psychique » en Suisse que plus de 5 % de la population se sont fait traiter pour des problèmes psychiques en 2007, contre 4 % en 1997 (Schuler et al. 2012, pp. 4 s.). D'un autre côté, l'enquête 2012 sur la santé psychique en Suisse montre que, par rapport à 2007, le nombre de consultations médicales pour dépression a baissé durant les douze derniers mois (OFS 2014). Selon le monitoring, le nombre de personnes traitées en ambulatoire, en revanche, a augmenté de près de 9 % entre 2006 et 2010. De même, le taux d'hospitalisations pour un diagnostic principal psychiatrique a augmenté de près de 5 % entre 2002 et 2009 (Schuler et al. 2012, pp. 4 s.). Peut-on en déduire que les maladies psychiatriques sont en progression ? Une revue systématique de 44 études réalisée en 2008 a conclu, pour les troubles psychiques en général comme pour certaines pathologies spécifiques, à l'absence de preuves convaincantes d'une tendance continue à la hausse. Ce constat vaut également pour les troubles relevant de la pédopsychiatrie (Richter et al. 2008). C'est sur cette étude que s'appuie le rapport de l'OCDE « Mal-être au travail » (2012).

4.2.1 L'instruction par l'AI des cas d'invalidité pour raisons psychiques

L'important pour l'assurance-invalidité est la mesure dans laquelle une maladie psychique a des conséquences sur la capacité de gain d'une personne. Il s'agit donc des répercussions sociales et professionnelles des troubles psychiques et non pas de la prévalence de ces troubles en tant que tels. En Suisse, le taux d'emploi des personnes atteintes est cependant remarquablement élevé ; c'est même le plus élevé parmi les pays de l'OCDE : en 2007, 70 % des personnes en âge d'exercer une activité lucrative et présentant un trouble psychique modéré ou grave avaient un emploi (OCDE 2014, pp. 30 s.). Toutefois, le pourcentage de bénéficiaires d'une rente entière est plus élevé chez les personnes atteintes d'un trouble psychique que chez celles qui présentent un handicap physique. Ce constat vaut tout au moins pour les nouveaux cas de rente chez les personnes atteintes de psychose ou de troubles réactifs (OCDE 2014, p. 86).

Depuis la 5^e révision de l'AI en particulier, les offices AI sont tenus de conseiller le plus tôt possible les personnes et leur entourage en cas de problème de santé et de les aider à conserver leur emploi ou, le cas échéant, à en trouver un nouveau. Si la limitation de la capacité de gain due à la maladie persiste malgré les efforts de réadaptation, ils doivent examiner d'éventuels droits à la rente. Depuis la révision 6a, ils sont tenus en outre de faire sortir les personnes de la rente pour les ramener dans le monde du travail. Les procédures d'instruction menées dans les offices AI cantonaux font l'objet du chapitre 2 du présent rapport de synthèse. Nous nous intéresserons ici principalement aux problèmes particuliers que l'AI rencontre dans les cas psychiques, tels qu'ils ont été analysés dans le cadre du programme de recherche.

Les personnes qui déposent une demande de rente AI doivent, dans le cadre de leur obligation de renseigner, de coopérer et de réduire le dommage, faire tout ce qui est raisonnablement exigible pour parvenir d'elles-mêmes à améliorer leur capacité de gain et ainsi réduire au minimum le coût des mesures de réadaptation de l'AI. Elles doivent s'efforcer de se réadapter sans obligatoirement demander des mesures de l'AI, faciliter la réalisation de toutes celles que l'on peut raisonnablement attendre d'elles, et coopérer. Une mesure n'est pas

considérée comme raisonnablement exigible quand elle n'est pas adaptée à l'état de santé de l'assuré (cf. art. 7a LAI). Il est sans doute relativement facile de contrôler la participation aux mesures ordonnées par l'AI, mais une question se pose : les offices AI savent-ils si une personne qui perçoit une rente pour des raisons psychiques suit un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique et sont-ils à même de le contrôler ? Une méta-analyse de la qualité des données, portant sur un échantillon aléatoire de 119 dossiers personnels (étude de faisabilité), donne un tableau assez critique : l'étude montre clairement que presque toutes les personnes porteuses du code d'infirmité correspondant suivaient déjà un tel traitement avant leur premier contact avec l'AI (94 % des cas analysés, Rüesch et al. 2013, p. 25), mais les auteurs estiment que la qualité de la documentation est bonne pour seulement un peu plus de la moitié (57 %) des traitements psychiatriques et psychothérapeutiques relevés, et qu'elle n'est que moyenne pour 7 % d'entre eux ; la documentation est lacunaire pour un tiers (36 %) des traitements recensés (Rüesch et al. 2013, p. 19). La mention explicite d'un examen visant à déterminer si les possibilités thérapeutiques ont été épuisées manque aussi bien durant la phase d'examen du droit à la rente (88 %) que durant celle de la révision (87 %) (Rüesch et al. 2013, p. 23). Les offices AI font certes des efforts considérables pour rassembler les informations pertinentes mais, selon l'étude, les médecins ne remplissent pas suffisamment les formulaires utiles. Dans ce contexte, on attend donc davantage non seulement des offices AI, mais aussi des médecins.

- Il faudrait améliorer la qualité des dossiers et harmoniser le relevé des informations, et élaborer puis appliquer des normes minimales (Rüesch et al. 2013, pp. 42 s. et 48 s.).
- Les médecins devraient être formés à gérer plus systématiquement les dossiers des patients et à remplir plus complètement les formulaires ; on peut envisager à leur égard des incitations supplémentaires (Rüesch et al. 2013, pp. 42 s. et 48 s.).
- Inversement, on pourrait améliorer les formulaires employés pour les rapports médicaux et les préciser par une communication accompagnant la demande (Bolliger et al. 2015, pp. 55 s.).

Des conflits naissent parfois entre les médecins traitants et l'AI à propos de l'obligation de réduire le dommage incombant aux personnes atteintes de troubles psychiques, entre autres parce que les assurés ne sont pas toujours conscients de leur maladie, ce qui constitue un symptôme caractéristique de certaines pathologies psychiatriques (Bolliger et al. 2015, p. 20). Selon l'enquête, les psychiatres, comme les médecins de famille, sont moins satisfaits de la collaboration avec l'AI que les sondés relevant d'autres spécialités. Les psychiatres disent avoir un nombre de cas supérieur à la moyenne d'infirmités complexes, contestées par la médecine des assurances (Bolliger et al. 2015, p. 32). Les exigences de l'AI pour la reconnaissance d'une maladie sont plus élevées que celles des médecins traitants, ce qui favorise des appréciations divergentes, surtout dans le cas des maladies psychiques et des maladies douloureuses sans cause univoque. La marge de manœuvre est plus grande pour la reconnaissance des maladies psychiques, car il est difficile de définir des critères clairs et objectifs pour ces cas.

4.2.2 Expertises relatives à des maladies psychiques

Nous abordons ici la question de la qualité formelle des expertises psychiatriques, en cherchant à savoir si les experts se fondent sur des directives reconnues applicables à l'expertise des handicaps psychiques. Pour évaluer la situation médicale des assurés, les SMR ont différentes manières de procéder : analyses de dossiers, entretiens et parfois investigations propres durant la phase de réadaptation, mais aussi expertises, surtout pour l'évaluation du droit à la rente. Les offices AI se fondent en premier lieu sur les renseignements médicaux (notamment psychiatriques), mais peuvent aussi faire appel à des centres d'expertises externes pour les expertises monodisciplinaires et bidisciplinaires, ainsi qu'à des centres d'expertises médicales pour les expertises pluridisciplinaires (art. 72^{bis} RAI, en vigueur depuis le

1.3.2012). La qualité des expertises psychiatriques a fait l'objet d'une étude, dont les conclusions sont mitigées : l'expertise reprend quasiment tous les documents auxquels elle s'est référée, mais l'examen ne respecte pas la liste des critères sur plusieurs points ; par exemple, il ne discute pas suffisamment de thèmes tels que l'idée que l'assuré se fait de sa maladie, la manière dont il la vit au quotidien, la perception qu'il a de l'avenir, son anamnèse sexuelle, etc. (Ebner et al. 2012, p. 56). Selon l'étude, 7 % des expertises seulement satisfont à tous les critères d'une évaluation médicale et médico-assurantielle. Un tiers d'entre elles ne décrivent aucune atteinte fonctionnelle et aucune incapacité de travailler. Il manque des informations sur les ressources dont dispose la personne expertisée et sur sa volonté de coopérer, ainsi qu'une synthèse des évaluations et des informations dans près d'un tiers des expertises également. Les différences entre les centres d'expertises sont minimes, mais dans certains domaines les expertises des SMR sont un peu moins détaillées et moins complètes que les expertises externes, qui semblent généralement plus exhaustives. Ces dernières sont pour la plupart des expertises pluridisciplinaires constituées de plusieurs expertises partielles, et s'avèrent globalement plus complètes que les expertises monodisciplinaires ou bidisciplinaires. L'étude conclut que les thèmes psychosociaux sont dans l'ensemble moins souvent traités et pris en compte que les thèmes « médicaux » au sens strict du terme.

Une autre étude se penche sur l'usage de directives validées scientifiquement pour le diagnostic et le traitement des troubles psychiques chez les mineurs et les jeunes adultes (Rüesch et al. 2014). Les auteurs ont analysé la documentation, dans les directives internationales, du diagnostic et du traitement de divers problèmes de santé (troubles de l'apparition du langage, troubles anxieux, troubles de l'élocution, troubles du développement/autisme, troubles compulsifs, dépressions et troubles de la personnalité) afin de déterminer si elle repose sur des preuves scientifiques. Ils ont également interrogé des spécialistes afin de déterminer dans quelle mesure les directives sont connues et appliquées en Suisse. La précision et l'actualité des directives varient suivant le trouble ; les directives allemandes constituent une bonne base dans la plupart des cas. Les preuves scientifiques de l'efficacité des interventions sont plus ou moins importantes selon les pathologies. L'étude se focalise toutefois davantage sur l'efficacité en termes d'effets cliniques (traitement des symptômes) qu'en termes d'effets psychosociaux (intégration sociale ou professionnelle par ex.). D'importantes lacunes de connaissance subsistent, notamment en ce qui concerne les effets à moyen et à long termes des interventions sur l'intégration sociale des enfants et des adolescents, l'efficacité de la scolarisation spécialisée et de la pédagogie curative, la durabilité des effets positifs des thérapies et de leurs effets inattendus ou négatifs, l'efficacité de diverses stratégies de prévention et les interventions adaptées aux enfants en âge préscolaire (Rüesch et al. 2014, p. XXIII).

En Suisse, les directives ne sont que peu connues et peu appliquées en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Les spécialistes du domaine estiment que les directives relatives au traitement sont parfois utiles, mais qu'elles ne sont pas impératives, alors que les médecins des SMR les suivent plus systématiquement. Tous font valoir une grande variabilité en fonction des régions linguistiques : en Suisse romande, la tradition psychanalytique se maintient, ce qui tend à s'opposer à l'usage de directives ; mais il existe d'autres différences, parfois importantes, entre individus et entre institutions. L'analyse de 500 dossiers de jeunes rentiers AI montre également des différences en ce qui concerne le traitement médical des diverses infirmités : les bénéficiaires atteints de schizophrénie (92 %), de troubles de la personnalité (74 %) et de troubles de l'humeur (56 %) sont ou étaient plus nombreux à suivre un traitement, qu'ils soient hospitalisés ou traités en ambulatoire (Baer et al. 2015).

L'étude sur la collaboration entre AI et médecins traitants met en évidence une autre explication possible des écarts entre la conception des médecins traitants et celle de l'AI dans l'évaluation de la capacité de gain (Bolliger et al. 2015, p. 19) : l'AI prend pour hypothèse un

marché du travail équilibré, alors que celui-ci peut s'écarter considérablement du marché du travail réel. Ce fossé entre marché théorique et marché réel est particulièrement difficile à franchir pour les personnes qui présentent certaines maladies psychiques.

L'AI a grand besoin pour la réadaptation, notamment des personnes atteintes de troubles psychiques, d'une bonne coordination entre les mesures de réadaptation et le traitement médical, afin d'éviter que ces deux approches aient des effets contraires. Les médecins manifestent de l'intérêt pour une telle collaboration (Bolliger et al. 2015, p. 62).

- Il faudrait systématiquement axer l'instruction et les expertises sur les troubles fonctionnels et les ressources et, pour cela, élaborer des directives validées scientifiquement et les appliquer à la pratique. Ce sont les sociétés médicales qui devraient se charger de cette tâche, en entamant un dialogue avec les SMR et l'AI (OCDE 2014, p. 85).
- Etant donné les lacunes parfois importantes relevées dans l'analyse de l'efficacité des traitements, cette analyse ne devrait pas se limiter aux effets cliniques, mais s'étendre aux effets psychosociaux (Rüesch et al. 2014, pp. 80 s.), et il faudrait renforcer le dialogue entre les médecins et l'AI.

4.3 Réadaptation sociale et professionnelle dans les maladies psychiques

4.3.1 Particularités de la situation sociale des personnes atteintes de maladies psychiques

Les nouveaux bénéficiaires de rente AI pour raisons psychiques présentent souvent, dans leur biographie, d'assez longues périodes sans activité lucrative. Par rapport aux autres nouveaux rentiers, ils sont plus nombreux à ne pas réaliser de revenu ou à toucher un salaire bas et fluctuant. Dans ce groupe, les personnes ont été au chômage en moyenne 61 mois durant les dix années précédant l'octroi de la rente, c'est-à-dire nettement plus longtemps que les personnes présentant un handicap physique (Fluder et al. 2013, p. 38). Le pourcentage de personnes atteintes de troubles psychiques parmi les rentiers célibataires et vivant seuls est supérieur à la moyenne, de même que celui des divorcés, encore plus chez les femmes que chez les hommes dans ce dernier cas (Wanner et al. 2012, p. 20). Parmi les bénéficiaires de rente, les assurés souffrant de troubles psychiques vivant seuls sont ceux qui ont le revenu le plus faible (Wanner et al. 2012, pp. 33 ss), car la part de revenu provenant d'une activité professionnelle est la plus basse et ils disposent de ce fait moins souvent que les autres de revenus du 2^e ou du 3^e pilier. Le processus de désinsertion professionnelle est plus fréquent et plus long et l'instruction dure nettement plus longtemps pour les personnes atteintes dans leur santé psychique. L'étude de faisabilité déjà mentionnée sur la qualité des dossiers constate que, dans 94 % des cas analysés, les assurés suivaient déjà, avant leur premier contact avec l'AI, un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique, quel qu'il soit. Le début du premier épisode documenté de maladie psychique remontait à 37 mois (médiane) et le début d'un traitement à 18 mois avant le premier contact avec l'AI (Rüesch et al. 2013, p. 25). La durée des épisodes de maladie psychique était de six ans et demi, celle des épisodes de traitement de trois ans (Rüesch et al. 2013, p. 27).

Les personnes atteintes de maladies psychiques sont plus souvent isolées socialement que celles appartenant aux autres groupes. Ce constat est particulièrement évident pour les bénéficiaires d'une allocation pour impotent (API) (Gehrig et al. 2013, p. 60) : 27 % des personnes atteintes dans leur santé psychique qui touchent une API disent ne pas disposer d'un réseau social, contre seulement 13 % des personnes présentant une infirmité congénitale et 18 % de celles devenues invalides à la suite d'un accident ou d'une autre maladie. Il en va de même pour le réseau affectif, qui est plus réduit chez les bénéficiaires d'API atteints d'une maladie psychique. De ce fait, ces personnes se sentent plus souvent seules. Parmi les personnes ne vivant pas en home et touchant une API, celles atteintes de maladies psychiques se trouvent plus souvent que les autres dans un ménage ne comptant qu'une seule personne.

L'instruction dure en moyenne nettement plus longtemps pour les cas psychiques que pour les autres types d'infirmités ; par conséquent, les rentes sont souvent octroyées rétroactivement et pour une plus longue durée. Ces personnes ont beaucoup plus souvent été à l'aide sociale avant d'être à l'AI que la moyenne des nouveaux rentiers AI. De manière générale, les bénéficiaires de rente pour raisons psychiques ont une probabilité nettement plus élevée d'avoir eu recours à d'autres prestations au préalable (Fluder et al. 2013, p. XXIII). Tant l'aide sociale que l'AI souhaitent pouvoir collaborer, surtout quand la capacité de travail des assurés est contestée, ce qui est particulièrement fréquent chez les personnes atteintes dans leur santé psychique (Bieri et al. 2013, p. 51). La collaboration entre l'aide sociale et l'AI est importante aussi dans le cas des jeunes atteints de troubles psychiques, parce qu'« il faut que ça aille très vite ».

4.3.2 Mesures pour la réadaptation professionnelle des personnes souffrant de problèmes psychiques

Les dernières révisions de l'AI avaient entre autres comme objectif de renforcer la perspective de la réadaptation (cf. chapitre 3). Elles ont créé à cet effet deux nouveaux instruments, d'une part la détection et l'intervention précoces et d'autre part les mesures de réinsertion, destinés à soutenir particulièrement les personnes atteintes dans leur santé psychique en vue de leur réadaptation professionnelle. L'évaluation de la mise en œuvre de ces mesures (Bolliger et al. 2012) montre que les mesures d'intervention précoce ont d'abord été proposées aux personnes atteintes d'une infirmité physique plutôt qu'aux assurés souffrant de troubles psychiques, mais qu'elle profite de plus en plus à ces derniers depuis 2008 (Guggisberg et al. 2015b, p. 18). Les mesures de réinsertion, spécialement conçues pour les personnes atteintes dans leur santé psychique – en premier lieu les mesures socioprofessionnelles comme l'entraînement à l'endurance et l'entraînement progressif –, sont dans l'ensemble moins souvent octroyées que les mesures d'intervention précoce et les mesures d'ordre professionnel. Toujours est-il que les trois quarts des mesures de réinsertion sont octroyées à des personnes atteintes d'infirmités psychiques (Guggisberg et al. 2015b, p. 31). En outre, les mesures sont plus souvent accomplies en institution et non pas dans des entreprises du marché primaire du travail. On relève également des différences importantes entre les cantons pour ce qui est de la fréquence des mesures et de leur efficacité (Bolliger et al. 2012, p. 193 ss), même si, globalement, les nouvelles mesures de réadaptation ont été davantage octroyées aux personnes atteintes de maladies psychiques (Guggisberg et al. 2015b, p. 15). Les offices AI jugent les mesures de la 5^e révision de l'AI très utiles pour ces personnes. Une analyse statistique confirme l'efficacité des mesures d'intervention précoce et des mesures de réinsertion pour la réadaptation (Bolliger et al. 2012, pp. 193 s.). L'étude de faisabilité (Rüesch et al. 2013) constate un usage relativement restreint des mesures de réadaptation chez les personnes atteintes dans leur santé psychique (cf. chapitre 3). La majorité des personnes atteintes de schizophrénie ont obtenu directement une rente (73 %), de même que la moitié environ des rentiers porteurs d'un code d'infirmité AI assez peu spécifique (code 646 « troubles psychogènes ou réactifs du milieu »). Une autre étude critique le peu de tentatives de réadaptation chez les personnes porteuses du diagnostic de schizophrénie (Baer et al. 2015 ; cf. ci-après).

L'analyse des dossiers des jeunes rentiers montre que la majorité d'entre eux (74 %) avaient obtenu au moins une mesure d'ordre professionnel avant de toucher une rente (Baer et al. 2015, p. 79) ; trois cinquièmes avaient fait l'objet au moins d'une expertise médicale, d'une observation professionnelle (instruction COPAI) ou d'une mesure d'instruction ; plus d'un tiers avaient obtenu aussi au moins une formation scolaire spéciale (entre autres enseignement spécialisé, thérapie de la dyslexie, thérapie des troubles de l'élocution et éducation précoce spécialisée) et plus d'un tiers a bénéficié d'une mesure médicale. Les mesures d'in-

tervention précoce et les mesures de réinsertion, jusqu'ici réservées en principe aux personnes ayant déjà une expérience professionnelle, ont été relativement peu octroyées (respectivement 12 % et 7 % des cas). Les assurés atteints de schizophrénie ou de troubles de la personnalité sont traités quasi uniquement par des mesures médicales (médicaments, psychothérapie ou ergothérapie), alors que ceux qui présentent des troubles du développement ou un retard mental sont suivis presque exclusivement par des mesures relevant de la formation scolaire spéciale ou par un traitement psychiatrique ambulatoire (c'est-à-dire médical). Ceux qui sont atteints de troubles précoces du comportement ou d'une polypathologie précoce sévère bénéficient à la fois de la formation scolaire spéciale et de traitements psychiatriques prodigués en ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation.

Si l'on récapitule toutes les mesures AI octroyées, on s'aperçoit que les diagnostics qui en bénéficient le plus sont les pathologies d'apparition précoce, telles que l'autisme, les psychoses de la petite enfance et le TDAH, les troubles du développement et le retard mental, ainsi que les troubles socio-émotionnels durant l'enfance et l'adolescence. La majorité des mesures sont des mesures médicales. Parmi les pathologies psychiatriques « classiques », c'est pour les troubles de la personnalité que les mesures de l'AI sont le plus souvent octroyées (Baer et al. 2015, p. 83).

L'élargissement du droit à une API par l'introduction de l'« accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie » en faveur des personnes vivant à domicile a constitué un progrès (cf. le chapitre 5 pour plus de détails). Il a accru le pourcentage, parmi les bénéficiaires d'une API, des personnes souffrant d'une maladie psychique et de celles qui présentent une impotence faible (Gehrig et al. 2013).

Enfin, la mobilisation de la capacité de travail partielle est importante pour assurer la réinsertion professionnelle, au moins dans le cadre du possible. La suppression des incitations négatives à l'utilisation de la capacité de gain résiduelle grâce à l'introduction d'un système de rentes linéaire tel que le proposait le volet de la 6^e révision de l'AI qui a échoué devant le Parlement, reste de ce fait tout à fait actuelle (OCDE 2014).

- Il faudrait optimiser les nouvelles mesures de l'AI que sont la détection et l'intervention précoces ainsi que les mesures d'ordre professionnel, si possible en se fondant sur des approches étayées scientifiquement. Les personnes en invalidité pour des raisons psychiques bénéficient encore trop rarement aujourd'hui de mesures de l'AI. En particulier, certains groupes de diagnostics ayant (selon la littérature spécialisée) des pronostics relativement favorables et de meilleures perspectives de formation (jeunes atteints de schizophrénie ou de troubles de la personnalité) se voient accorder trop vite une rente par rapport aux personnes atteintes de troubles physiques ou de pathologies précoces (Baer et al. 2015, p. 147).
- Il faudrait que les mesures de réinsertion soient accomplies autant que possible sur le marché primaire du travail et non pas dans un cadre protégé (OCDE 2014, p. 102).
- Il serait possible de mieux exploiter la capacité de gain résiduelle des nouveaux bénéficiaires de rente atteints de troubles psychiques en privilégiant le versement de rentes partielles (OCDE 2014, p. 103).

La contribution d'assistance, introduite par la 6^e révision de l'AI, vise à encourager l'autonomie et la responsabilité individuelle des personnes qui ont besoin d'aide et à améliorer leur qualité de vie en tenant davantage compte de leurs besoins. Elle s'adresse aux personnes touchant une allocation pour impotent qui vivent chez elles. Jusqu'à fin 2014, au moins une facture pour une prestation d'assistance a été remboursée à 1213 personnes (Guggisberg et Bischof 2015, p. 11). Mais celles qui présentent un trouble psychique sont nettement sous-représentées parmi les bénéficiaires d'une contribution d'assistance : elles sont 25 % à tou-

cher une API et à vivre à domicile, mais seulement 10 % à toucher une contribution d'assistance (*ibid.*, p. 12), pourcentage qui n'a que peu évolué ces trois dernières années (*ibid.*, p. 15).

4.3.3 Problèmes psychiques au travail

Les employeurs ont un rôle important à jouer dans la réadaptation professionnelle et le maintien en emploi. Certains supérieurs hiérarchiques ou collègues avouent ne pas bien savoir que faire face à des « collaborateurs difficiles » (Baer et al. 2011). Mais ce sont justement ces collaborateurs qui risquent le plus de perdre leur emploi et de se retrouver plus tard à l'AI. Il n'y a guère de différences socio-démographiques entre les employés qualifiés de « difficiles » par leurs supérieurs et la population générale pour la plupart des caractéristiques (sexe, position professionnelle, taux d'occupation et revenu), en dehors d'un taux de divorce deux fois plus élevé. Les problèmes constatés dans l'environnement professionnel évoluent sur plusieurs mois, voire plusieurs années ; dans la moitié des cas, ils existaient déjà avant l'entrée en fonction. Il s'écoule généralement un temps assez long entre le comportement soi-disant « difficile » et le moment où il est repéré ou qualifié de problème psychique. Les difficultés perçues peuvent être la performance au travail, le comportement ou les relations avec les collègues. Les problèmes relationnels sont presque toujours cités en premier (80 %), suivis de la performance (environ deux tiers des cas) et des absences (40 %). La gestion de celles-ci ne permet donc de résoudre qu'une partie du problème, car l'absentéisme n'est pas particulièrement élevé chez la majorité des personnes présentant des problèmes qualifiés de « psychiques ». Les réactions des supérieurs et des responsables du personnel vont de l'absence de réaction à la recherche d'un soutien médical et – plus rarement – d'un soutien professionnel non médical, en passant par les rappels à l'ordre et un zèle intempestif. Cela montre que les supérieurs considèrent les problèmes de manière plus ou moins différenciée, mais ne savent pas exactement comment y répondre. Les collègues de travail réagissent souvent par de l'impatience, de la colère ou de l'incompréhension, mais inversement aussi par de l'inquiétude, de l'empathie et de la volonté de venir en aide. Ils connaissent fréquemment des réactions de stress, un sentiment d'impuissance et du désarroi ; l'ambiance de travail souffre surtout quand les problèmes sont liés à la personnalité (narcissique, butée ou agressive), moins quand il s'agit d'une dépression ou d'une baisse isolée de la performance. Ces réactions semblent être moins marquées si l'équipe fait habituellement preuve d'ouverture d'esprit. Dans la très grande majorité des cas, le problème est « résolu » par la résiliation des rapports de travail, avec ou sans accord réciproque (Baer et al. 2011, p. 74). Toutefois, les licenciements ne sont généralement pas précipités, mais décidés, en raison d'un certain sentiment d'impuissance, après une assez longue recherche de solutions diverses. Les offices AI pourraient ici soutenir les employeurs en leur donnant des informations et des conseils quant aux possibilités de gestion de la réadaptation (Geisen et al. 2016).

L'influence déterminante du sentiment subjectif de maladie sur le succès de la réadaptation est particulièrement nette chez les assurés qui présentent une maladie psychique. Dans l'étude sur la procédure d'instruction dans l'AI, 19 offices AI sur 26 ont indiqué que l'idée que la personne se faisait de sa maladie était déterminante pour les mesures d'intervention précoce. Sept offices AI prennent en compte dans leur décision de rente d'autres informations en plus des données médicales théoriques (Guggisberg et al. 2015a, p. 74). Dans une bonne moitié des cantons, ils font appel à des *job coaches*, en particulier pour les personnes qui présentent une infirmité psychique (*ibid.*).

- Les employeurs et les collègues se sentent souvent impuissants quand ils sont confrontés à des problèmes psychiques. Les responsables du personnel doivent être sensibilisés et formés de façon à pouvoir gérer ces problèmes. Les offices AI devraient proposer des informations et des conseils allant jusqu'au *job coaching* (Baer et al. 2011, p. 136).

4.4 Enfants, adolescents et jeunes adultes face à l'invalidité

Les maladies psychiques jouent un rôle central dans la mise en invalidité des jeunes adultes : deux tiers des nouvelles rentes AI octroyées à des moins de 25 ans le sont pour des raisons psychiques, ce qui est dû à l'apparition très précoce de ces troubles. Le fait de percevoir une rente à un si jeune âge a des conséquences psychosociales et financières importantes, non seulement pour les personnes concernées, mais aussi pour la sécurité sociale et la société (Baer et al. 2015).

4.4.1 Instruction des cas de jeunes assurés atteints dans leur santé psychique

Chez les jeunes bénéficiaires de rente, les pathologies diagnostiquées diffèrent notablement selon le sexe : les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention (TDAH) sont trois fois plus fréquents et la schizophrénie deux fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (Baer et al. 2015, p. 21), tandis que les troubles psychogènes et réactifs du milieu sont deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (38 % contre 18 %). Le passage à la rente a lieu à un jeune âge chez les personnes atteintes de TDAH et de retard mental, tandis que la majorité des assurés atteints de schizophrénie ou de troubles réactifs du milieu ou psychogènes obtiennent une rente plus tardivement. Pour l'attribution des codes d'infirmité, les offices AI ont des pratiques différentes, notamment en fonction des régions linguistiques : le code 404, qui désigne les « troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation », est attribué cinq fois plus souvent (10 % des cas) en Suisse alémanique qu'en Suisse romande, où il est pratiquement insignifiant (2 %) ; le code 649, qui se rapporte aux « autres troubles du caractère, du comportement et de l'intelligence », est lui aussi plus souvent attribué en Suisse alémanique (36 % des cas) qu'en Suisse romande (21 %) (Baer et al. 2015, pp. 28 s.). En revanche, le diagnostic de « schizophrénie » (code 641) est plus souvent attribué en Suisse romande (23 % des cas) qu'en Suisse alémanique (15 %), de même que celui d'« autres psychoses » (code 644), avec 13 % des cas en Suisse romande contre 1 % en Suisse alémanique. Les milieux concernés savent très bien qu'en matière de diagnostic psychiatrique, la doctrine n'est pas la même dans les deux régions linguistiques.

Le pourcentage remarquablement élevé d'expertises réalisées pour les troubles de la personnalité semble indiquer que ceux-ci sont associés à une capacité de travail complexe, difficile à estimer et souvent contestée. Le pourcentage d'expertises demandées en cas de schizophrénie est assez faible : les assurés atteints de cette pathologie obtiennent une rente assez rapidement après le début de la procédure d'instruction de l'AI et seul un quart d'entre eux font l'objet d'une expertise. Enfin, le nombre d'expertises demandées pour les troubles névrotiques est étonnamment bas : comme ces troubles ont un assez bon pronostic, on pourrait s'attendre à ce qu'on exige fréquemment une expertise avant d'octroyer une rente, davantage, par exemple, que pour les personnes présentant un retard mental, qui pourtant ont été expertisées trois fois plus souvent.

Dans les rapports médicaux, le retard mental est jugé susceptible d'amélioration plus souvent que les dépressions et les névroses, alors que celles-ci sont habituellement considérées comme des pathologies plus « légères ». Soit les médecins comprennent mal la problématique exposée dans les formulaires, soit ils y voient d'autres considérations. L'évaluation très pessimiste de la schizophrénie contraste avec les nombreuses recherches, fondées, sur le modèle de réadaptation appelé « emploi assisté » (*supported employment*, placement avec assistance au poste de travail), qui montre que les schizophrènes peuvent travailler s'ils bénéficient du soutien approprié (Baer et al. 2015, pp. 44 s.). Les auteurs, en revanche, jugent déplacé le grand optimisme à propos du retard mental (QI inférieur à 70). Des mesures d'ordre professionnel sont moins souvent octroyées pour les psychoses, les troubles

de la personnalité et les troubles psychiques réactifs que pour les autres groupes de pathologies, et ces mesures de réadaptation sont plus souvent refusées, alors qu'elles pourraient améliorer ici les chances d'insertion. Par conséquent, selon l'étude, il y aurait dans ces pathologies un certain potentiel inexploité, contrairement à ce qui est le cas dans le retard mental et les troubles graves du développement (Baer et al. 2015, p. 128).

- Il conviendrait de revoir la pratique en matière d'instruction et l'octroi de mesures visant la réadaptation professionnelle pour certains groupes de diagnostics : la schizophrénie, les psychoses, les troubles de la personnalité et les troubles psychiques réactifs ne devraient plus être étiquetés hâtivement, de manière irréversible, et donner lieu à l'octroi d'une rente (Baer et al. 2015, pp. 147 s.).

4.4.2 Facteurs aggravants

Un facteur fortement corrélé aux troubles psychiques est la présence de difficultés familiales. Un bon tiers des dossiers de jeunes rentiers analysés (Baer et al. 2015) mentionnent une maladie psychique, passée ou actuelle, chez le père ou la mère, plus souvent chez les femmes (36 %) que chez les hommes (26 %). On trouve des conflits, de la négligence ou des actes de violence dans la famille dans 28 % des cas, là aussi plus souvent chez les femmes (34 %) que chez les hommes (23 %). Des conflits sont indiqués deux fois plus souvent chez les personnes qui ont obtenu une rente entre 26 et 29 ans que chez celles qui l'ont obtenue entre 18 et 21 ans. L'analyse des dossiers montre que ce sont les rentiers sans diagnostic de « troubles mentaux et du comportement » au sens de la classification internationale CIM-10 (diagnostics F) et ceux porteurs du diagnostic F7 (retard mental) ou F9 (troubles socio-émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence) qui ont le moins de difficultés familiales. Autrement dit, les difficultés biographiques ne jouent pas de rôle particulier dans les infirmités congénitales et les troubles précoces, où les facteurs biologiques sont déterminants (Baer et al. 2015, p. 17).

Outre les difficultés familiales, un autre facteur important pour l'invalidité est la scolarité et la préparation à une formation, en particulier la formation scolaire spéciale et les interruptions du parcours formatif. Les plus concernés par une forme ou une autre de formation scolaire spéciale étaient les rentiers présentant un retard mental (96 %) et des troubles du développement (94 %), suivis des troubles socio-émotionnels durant l'enfance ou l'adolescence (84 %) et des troubles cérébraux organiques (71 %). Les troubles névrotiques et les troubles du comportement alimentaire semblent constituer un groupe hétérogène : un peu plus de la moitié de ces assurés ont suivi une formation scolaire spéciale et un peu moins de la moitié n'en ont pas suivi. Un cinquième seulement des rentiers atteints de schizophrénie ou de troubles affectifs et un tiers de ceux présentant des troubles de la personnalité ont bénéficié d'une formation scolaire spéciale. Le fort pourcentage de jeunes rentiers atteints de troubles névrotiques ayant obtenu une mesure de ce type est surprenant.

Globalement, on trouve dans les dossiers de très nombreuses interruptions du parcours formatif telles que répétition d'une année scolaire, changement de classe ou d'école, interruption de la scolarité ou exclusion de l'école. Mais c'est dans les psychoses, les troubles de la personnalité et les troubles réactifs que ces interruptions sont les plus fréquentes et les plus marquées. La comparaison de l'âge des jeunes rentiers au moment de la première interruption de la scolarité ou de la formation avec celui de leur premier traitement psychiatrique, en ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation, montre que, dans les troubles très précoces comme les infirmités congénitales, le traitement psychiatrique a lieu avant l'interruption dans 68 % (troubles du développement, retard mental) à 78 % des cas (troubles précoces du comportement). Chez les personnes atteintes de schizophrénie, il débute avant l'arrêt de la formation dans 27 % des cas seulement, la même année dans 23 % des cas et après l'interruption dans la moitié des cas. Le premier traitement psychiatrique commence assez souvent après l'arrêt de la formation dans les deux types de troubles de la personnalité

(associés ou non à un problème d'addiction), ce qui indique probablement que le système éducatif ne repère pas les jeunes schizophrènes (au stade précoce). Or leur repérage et leur traitement précoces pendant la formation pourraient contribuer à éviter les interruptions et ainsi améliorer l'avenir professionnel de ces personnes, qui parviennent souvent à suivre une formation d'un niveau assez élevé ou un apprentissage classique (Baer et al. 2015, p. 55).

4.4.3 Troubles précoces du développement

On accorde de plus en plus d'attention, tant dans la population que dans les milieux professionnels, à la problématique des enfants et des adolescents atteints d'autisme et d'autres troubles envahissants du développement (Eckert et al. 2015). C'est dans le groupe des troubles du spectre autistique que l'âge d'entrée à l'AI est le plus bas : les trois quarts ont bénéficié de prestations avant l'âge de 7 ans. L'incidence des prestations AI est cinq fois plus élevée pour les enfants et les jeunes nés en 2004 que pour ceux nés en 1983. On ne peut toutefois pas tirer des conclusions fiables sur la prévalence de ces troubles en Suisse, car seuls les enfants et les jeunes qui touchent des prestations de l'AI figurent systématiquement dans le corpus de données. On peut supposer qu'il y a un lien entre la gravité des troubles et la perception de prestations de l'AI. Si les centres de diagnostic se sont multipliés ces quinze dernières années, plus ou moins selon les régions, de nombreux experts soulignent le manque de mesures d'éducation précoce intensive, aussi bien sous la forme de programmes de thérapie comportementale spécifiques que de mesures interdisciplinaires ou de pédagogie spécialisée étendues. Dans le domaine des interventions, de nombreuses offres thérapeutiques ne ciblent pas spécifiquement l'autisme, ce que les experts mettent en relation avec une qualification parfois insuffisante des prestataires. En ce qui concerne la formation et l'éducation, la scolarité intégrative est particulièrement difficile à mettre en place pour les enfants et les adolescents présentant un trouble du spectre autistique. Pour ce qui est de l'insertion professionnelle, la critique porte principalement sur la qualification insuffisante des professionnels confrontés aux diagnostics de syndrome d'Asperger et d'autisme de haut niveau. S'agissant des offres institutionnelles de relèvement, destinées au soutien des familles et à l'encouragement de l'autonomie, la situation est très variable d'une région à l'autre, mais il y a encore de grandes lacunes, en particulier pour la prise en charge extrafamiliale des enfants et des adolescents présentant un trouble du spectre autistique, de même que pour la prise en charge de courte durée en situation de crise. Enfin, il est très difficile d'accéder, dès l'enfance et jusqu'à l'adolescence, à des prestations de conseil spécialisé pour les parents d'enfants et d'adolescents atteints de ces troubles, et il y a un déficit d'offres spécialisées en autisme proposant des informations transversales et reliant entre elles les pièces du puzzle durant l'enfance et l'adolescence.

Pour de nombreux jeunes, la recherche d'un emploi adapté à leurs capacités individuelles constitue un défi majeur qui, selon les experts, ne peut souvent être relevé qu'avec un soutien spécifique (Eckert et al. 2015, p. 54). Etant donné l'hétérogénéité de leurs capacités, une évaluation réaliste des compétences techniques et sociales exige des connaissances et une démarche particulières. Certains modèles se sont montrés convaincants : il s'agit de ceux qui tablent sur un accompagnement intensif individuel au cours de la phase d'orientation professionnelle, adoptent une approche axée sur l'autisme, prévoient un temps suffisant pour effectuer des stages bien préparés et assurent une collaboration étroite entre les écoles, les entreprises et l'AI (*ibid.*, p. 55).

- Les facteurs familiaux et scolaires sont plus importants chez les personnes qui obtiennent une rente plus tardivement, mais les problèmes sont visiblement détectés et traités trop tard. De ce fait, les écoles et les centres de formation devraient être sensibilisés et formés de façon à pouvoir mieux les détecter, et soutenus dans la mise en œuvre des mesures (Baer et al. 2015, p. 138).

- Il faudrait améliorer et mieux coordonner les offres de conseil et de soutien pour l'autisme précoce et les autres troubles envahissants du développement (Eckert et al. 2015, pp. 83 s.).

4.5 Le handicap psychique, défi interinstitutionnel

Comme nous l'avons montré plus haut, des facteurs déterminants ou tout au moins associés sont déjà à l'œuvre très tôt dans la vie pour une grande partie des maladies psychiques. De ce fait, la famille n'est plus la seule à intervenir ; plusieurs institutions sont sollicitées, en particulier l'école, le lieu de travail et l'environnement professionnel, les divers services de placement et les services psychiatriques, dont le rôle dans la protection et la promotion de la santé psychique a été sous-estimé jusqu'ici (OCDE 2014, p. 30). Les relations interinstitutionnelles entre l'AI et d'autres systèmes seront discutées plus en détail au chapitre 6 du présent rapport de synthèse, mais nous mentionnerons ici quelques spécificités de l'invalidité pour raisons psychiques. Dans l'ensemble, la collaboration entre les offices AI et les acteurs externes paraît bonne dans les dossiers de jeunes rentiers étudiés (Baer et al. 2015). L'étude a néanmoins relevé des problèmes de coopération avec les médecins traitants ou agissant à titre d'experts dans un tiers des dossiers, en particulier avec les spécialistes, psychiatres la plupart du temps. Pour les offices AI, les relations avec ces acteurs sont problématiques : des lettres de rappel sont souvent nécessaires et les délais ne sont pas respectés (par ex. pour fournir un rapport médical ou une expertise).

De manière très générale et non pas uniquement en rapport avec les maladies psychiques, un potentiel d'amélioration est identifié en ce qui concerne les relations des offices AI avec d'autres partenaires, notamment les assureurs d'indemnités journalières (pour ce qui est de la date de dépôt d'une demande) et les organismes de la réadaptation socio-professionnelle (placement sur le marché du travail). On se reportera à ce sujet au chapitre 6.

Selon l'étude mentionnée, les facteurs déterminants du passage à la rente sont le type de maladie et sa gravité. Toutefois, le diplôme obtenu à la fin d'une formation joue aussi un rôle : pour une même situation en termes de pathologie, les assurés ont plus de chances d'exercer une activité lucrative sans toucher une rente s'ils ont terminé leurs trois années d'apprentissage que s'ils n'ont pas obtenu le diplôme ou ne sont pas allés plus loin que la formation élémentaire ou de base. Ce résultat est fondamental, car s'il est impossible d'empêcher la maladie en soi, il est possible d'encourager la poursuite d'une formation (Baer et al. 2015, p. 132). Un autre point intéressant est le fait que trois quarts des assurés présentant des troubles réactifs ou des troubles de la personnalité et deux tiers des assurés atteints de psychose qui abandonnent leur formation le font de leur propre initiative. Dans certains cas, l'entreprise ne considérerait pas l'abandon comme inévitable et l'on peut supposer qu'une partie de ces décrochages, survenus peut-être dans une période critique, auraient pu être évités.

- La coopération interinstitutionnelle et la coordination de l'AI sont à approfondir de manière générale avec les écoles, les pédopsychiatres et les services de psychiatrie, ainsi qu'avec les employeurs, les autorités du marché du travail et les autres assurances. Il convient d'éviter le plus possible les interruptions de la scolarité et de la formation grâce à une collaboration étroite entre les différents acteurs (OCDE 2014, pp. 185 s.).

4.6 Conclusions et recommandations

4.6.1 Conclusions

Différentes études ont montré que les dossiers des assurés sont souvent incomplets ou lacunaires en ce qui concerne les diagnostics médicaux et les traitements, entre autres parce que les médecins traitants, chargés avant tout de soigner, ont une vision différente de celle de l'AI, dont la mission est d'assurer.

Même si des lignes directrices relatives au diagnostic et au traitement reconnues sur le plan international existent pour certaines pathologies psychiatriques, elles se focalisent généralement sur les résultats cliniques, et elles ne tiennent pas compte des résultats psychosociaux, qui présentent pourtant un intérêt particulier pour l'instruction AI. Ces directives sont peu connues et rarement appliquées, notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Les instruments de l'AI visant la réinsertion professionnelle ne sont pas encore employés à bon escient dans toutes les maladies psychiques, et le sont de manière sélective. L'analyse des dossiers des jeunes rentiers AI montre que certains groupes de diagnostics (schizophrénie par ex.) ont été détectés trop tard, de sorte qu'il n'a pas été possible ensuite d'entreprendre des efforts de réadaptation. En outre, les mesures de réinsertion se déroulent plus souvent dans des établissements protégés que sur le marché primaire du travail.

Les employeurs – tout comme les collègues de travail – se sentent souvent impuissants dans leurs rapports avec les « collaborateurs difficiles », c'est-à-dire les personnes qui présentent des troubles psychiques, ce qui se manifeste principalement par le fait que le problème est « résolu », au bout d'une période de souffrance assez longue, par leur licenciement.

Les maladies psychiques commencent souvent très tôt dans la vie. Une partie d'entre elles ne sont pas diagnostiquées ou le sont trop tardivement en raison du manque de connaissances et de sensibilisation. Pour d'autres, la Suisse dispose d'un ensemble de programmes et d'institutions, mais ceux-ci, souvent, ne sont pas coordonnés et n'assurent pas un soutien suffisant aux périodes de transition.

4.6.2 Recommandations

- La qualité des dossiers, le relevé des informations et l'attribution de codes doivent être systématisés et harmonisés, ce qui présuppose une amélioration de certains éléments déterminants, entre autres les renseignements fournis par les médecins.
- Pour l'instruction et les expertises médicales, il faut mettre au point et appliquer des directives validées scientifiquement qui portent à la fois sur les conséquences cliniques et sur les conséquences psychosociales, et donc faire les recherches correspondantes et entamer un dialogue avec les médecins traitants.
- Certains groupes de diagnostics comme la schizophrénie, les psychoses, les troubles de la personnalité et les troubles réactifs ne doivent plus être négligés, tant en ce qui concerne l'instruction que les mesures de l'AI. Par ailleurs, les mesures de réinsertion doivent se dérouler essentiellement sur le marché primaire du travail.
- Les employeurs et les entreprises doivent être mieux sensibilisés, informés et soutenus, de façon qu'ils soient à même de créer un environnement favorable à la santé psychique, de repérer rapidement les personnes à risque et de les aider de la manière qui convient à conserver leur capacité de travail.
- La collaboration avec d'autres acteurs (assurances d'indemnités journalières, réadaptation socio-professionnelle, offices régionaux de placement, aide sociale, système de santé et système scolaire) doit être renforcée, afin de développer les compétences nécessaires dans les relations avec les personnes atteintes de problèmes psychiques (cf. section 6.4).
- Il convient de sensibiliser les systèmes en amont, en particulier le système scolaire et les transitions avec la formation professionnelle et le monde du travail, à la détection et au soutien des jeunes atteints de problèmes psychiques, et de les conseiller pour la mise en œuvre de mesures.

4.7 Position de l'OFAS

4.7.1 Mesures prises jusqu'ici

Afin d'améliorer la documentation du traitement médical dans le dossier des assurés, le ch. 1046 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) prévoit désormais qu'aucune rente ne doit être octroyée sans que l'office AI ait vérifié et documenté pour chaque cas particulier que tous les traitements médicaux raisonnablement exigibles ont été tentés.

L'OFAS a profité de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 (ATF 140 V 281) pour repenser totalement la procédure d'instruction, et en particulier l'établissement des expertises médicales. L'AI se fonde avant tout, pour réussir au mieux la réadaptation, sur les ressources dont disposent encore les assurés ; elle ne peut accompagner leur réadaptation dans le monde du travail que si elle connaît précisément ces ressources. De ce fait, elle a besoin de savoir, par exemple, s'ils suivent un traitement médical adéquat et s'ils sont bien ou mal entourés. Sur ce point, elle s'efforce toujours d'améliorer la collecte des informations et la documentation. Elle tient ainsi à améliorer la pratique en matière d'attribution de codes AI.

Pour mieux sensibiliser les employeurs ainsi que les responsables de la scolarité et de la formation, il faut organiser des activités dans le cadre de la campagne d'information des employeurs et mieux faire connaître les outils dont disposent les offices AI. Cette nécessité a été prise en compte dans les adaptations du RAI entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2015. Le travail sur ces thèmes se poursuivra dans le cadre du projet de développement continu de l'AI (cf. plus bas et section 3.6).

L'OFAS, avec l'OFSP, le SECO, la CDS et Promotion santé Suisse, soutient le Réseau santé psychique Suisse (RSP). Celui-ci s'efforce de sensibiliser et d'intégrer d'autres acteurs aux niveaux fédéral et cantonal. Il regroupe plus d'une centaine d'organisations actives dans le domaine de la santé psychique, qui constituent le groupe cible de ses manifestations, de sa newsletter et de ses informations. Il a notamment organisé des ateliers, avec, pour l'un, un débat avec un pédopsychiatre sur le diagnostic et le traitement des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, et, pour l'autre, une comparaison entre les codes d'infirmité utilisés par l'AI pour les troubles de la santé psychique et les codes internationaux (classification internationale selon la CIM-10 et le DMS V). Ces ateliers ont permis aux collaborateurs du domaine AI de l'OFAS d'acquérir de nouvelles connaissances.

4.7.2 Mesures envisagées

Il est souhaitable de mieux sensibiliser les présidents des associations de médecins spécialistes et de la Société suisse de psychologie à l'élaboration de directives, validées scientifiquement, qui puissent s'appliquer au diagnostic, au traitement et à l'expertise des assurés atteints de troubles psychiques et psychosomatiques. Sans directives fiables, l'AI ne peut pas garantir la meilleure conformité au droit et la plus grande uniformité possible en matière d'instruction médicale et d'octroi des prestations.

L'OFAS critique depuis longtemps l'absence de directives spécialisées pour l'expertise médico-assurantielle de certaines pathologies. Dans son arrêt du 3 juin 2015¹, le Tribunal fédéral a demandé aux sociétés médicales, plus clairement qu'il ne l'avait jamais fait jusque-là, de rédiger de telles lignes directrices. Cet arrêt souligne avec insistance une exigence déjà ancienne de l'OFAS, qui estime que les sociétés médicales devraient édicter des directives spécialisées afin d'améliorer la qualité des expertises. L'OFAS se voit ainsi conforté dans son analyse : si l'AI et les centres d'expertises peuvent s'occuper ensemble des questions touchant la qualité de la structure et des processus, il n'est pas de leur ressort de définir des

¹ ATF 140 V 281

exigences qualitatives pour chaque domaine. En attendant la publication de ces directives, l'OFAS a décidé d'appliquer à toutes les expertises, par analogie, les lignes directrices relatives aux expertises psychiatriques dans l'AI, qui sont pour l'heure les seuls principes existants.

Les différents spécialistes doivent donner aux collaborateurs des offices AI et aux médecins traitants qui accompagnent la réadaptation des assurés des instructions et une formation, adaptée à l'état actuel des connaissances, d'une part sur le diagnostic, le traitement et le pronostic (gravité) et, d'autre part, sur les déficits et les ressources de santé, utiles pour la réadaptation, des assurés atteints de troubles psychiques ou psychosomatiques.

Les collaborateurs des offices AI doivent être formés de façon à attribuer les bons codes aux troubles psychiques et psychosomatiques.

La détection précoce des problèmes psychiques est certes très importante. Mais la sensibilisation souhaitée des systèmes en amont (système scolaire, etc.) présente un certain danger : celui de médicaliser les difficultés ordinairement rencontrées pendant le développement de la personnalité et le cursus de formation.

Dans le cadre du projet de développement continu de l'AI, les mesures prévues sont l'encouragement du case management, ainsi que le conseil et le suivi des assurés atteints de troubles psychiques et de leurs référents (cf. section 3.6 pour plus de détails). Il ne faut pas oublier par ailleurs la difficulté supplémentaire que constitue la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons, dont les offres de soutien sont différentes.

Toujours dans le cadre de son développement, l'AI a également l'intention de renforcer la collaboration entre les différents acteurs pour les assurés atteints de troubles psychiques (cf. sections 3.6 et 6.6 pour plus de détails), et elle envisage de créer des centres de compétences et des organes de coordination régionaux ou cantonaux.

Enfin, l'AI entend, toujours dans le cadre du projet de développement continu, miser davantage sur des mesures de réadaptation médicales visant à renforcer la réadaptation des jeunes assurés durant leur scolarité et leur formation professionnelle initiale, ainsi que de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou l'accomplissement des travaux habituels et à les préserver d'une diminution notable. Priorité est donnée à la réadaptation sur le marché primaire du travail.

5. Prestations financières de l'assurance-invalidité

5.1 Introduction

Les prestations proposées par l'assurance-invalidité sont très diverses : elles comprennent les prestations dans le domaine de l'instruction et de la réadaptation (professionnelle), les mesures médicales, les moyens auxiliaires, l'allocation pour impotent, la contribution d'assistance et, enfin, la rente. Le présent chapitre ne porte pas sur les résultats de la recherche ni sur les conclusions concernant l'ensemble des prestations de l'AI, mais se limite aux prestations examinées dans le cadre du PR-AI 2 dans le domaine des rentes, de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, ainsi qu'à l'évolution de la qualité et des prix des appareils auditifs. Les résultats de la recherche sur les prestations de l'AI dans les domaines de la réadaptation professionnelle et de la procédure d'instruction ont été examinés de manière approfondie respectivement aux chapitres 3 et 2.

Le présent chapitre expose les résultats des rapports de recherche et d'évaluation mentionnés, puis les conclusions et les recommandations, et enfin la position de l'OFAS.

5.2 Rentes

5.2.1 Bases

En décembre 2014, l'assurance-invalidité versait 339 000 rentes, soit 260 000 rentes d'invalidité (226 000 en Suisse et 34 000 à l'étranger) et 79 000 rentes pour enfant. Alors que le nombre de bénéficiaires de rente en Suisse s'est accru de manière continue dans la première moitié des années 2000, il a baissé de 12 % depuis 2005. Le taux de nouvelles rentes est actuellement de 2,6 ‰. Ce taux correspond à la part des nouveaux bénéficiaires de rente dans la population résidente permanente en âge d'exercer une activité, c'est-à-dire âgée de 18 à 63/64 ans. Alors que de 2000 à 2003, le nombre de nouvelles rentes a augmenté chaque année en moyenne de 5,6 %, une baisse de 6,2 % par an en moyenne a été enregistrée depuis 2003. En 2014, le montant des rentes d'invalidité versées (pour un taux d'invalidité de 100 %) était compris entre 1170 et 2340 francs (OFAS 2015). Les taux d'octroi de nouvelles rentes calculés dans le cadre de l'évaluation de la réadaptation et de la révision des rentes axée sur la réadaptation confirment la diminution significative susmentionnée : parmi les personnes ayant déposé une demande de prestations en 2004, 32 % percevaient une rente trois ans plus tard, contre un peu moins de 18 % parmi celles qui ont présenté une demande en 2011 (Guggisberg et al. 2015b, p. 43).

Le PR-AI 2 a donné lieu à une publication spécifique sur la situation économique des rentiers AI (Wanner et Pecoraro 2012) et à un travail de recherche sur les incitations financières à exercer une activité pour ces assurés (Bieri et Gysin 2010). De plus, le rapport « Santé mentale et emploi : Suisse » (OCDE 2014) s'est intéressé aux questions d'aménagement des rentes AI, en lien avec l'activité lucrative exercée par des bénéficiaires de rente partielle. Les sections suivantes présentent les principaux résultats et les principales conclusions de ces travaux.

5.2.2 Situation financière des bénéficiaires de rente AI et incitations à exercer une activité

L'étude de Wanner et Pecoraro fournit, pour la première fois, une analyse approfondie de la situation financière des rentiers AI. Une telle analyse n'était guère possible jusque-là, du fait de données manquantes. Afin de représenter de manière réaliste la situation financière des ménages comprenant des bénéficiaires de rente (en 2006), les chercheurs ont combiné les données fiscales de neuf cantons avec des données de l'AI. Le revenu des ménages concernés est composé du revenu d'activité, des prestations du 1^{er} pilier et des rentes de la

prévoyance professionnelle. Dans certains cas, ce revenu comprend des prestations complémentaires à la place des prestations du 2^e pilier (Wanner et Pecoraro 2012, p. IV).

L'étude montre clairement que la situation financière des ménages comprenant des rentiers AI est plus mauvaise que celle des autres ménages : ils sont près d'un sur six (15,4 %) à devoir s'en sortir avec des moyens très faibles, contre un sur dix (10,5 %) dans les autres ménages. Pour définir les « moyens financiers très faibles », l'étude calcule un revenu équivalent en tenant compte de la taille du ménage. Les personnes soumises à l'impôt et disposant d'un revenu équivalent inférieur à 50 % de la médiane déterminante pour l'ensemble de la population (bénéficiaires de rente et non-bénéficiaires de rente) sont comptabilisées comme personnes disposant de moyens financiers très faibles. Le seuil nominal pris en compte dans l'étude est de 28 620 francs pour une personne seule et de 40 700 francs pour un couple sans enfants (Wanner et Pecoraro 2012, pp. IV s.).

Cette étude montre en outre que l'octroi de la rente sort de nombreux ménages d'une situation difficile et que le revenu de ces derniers, notamment de ceux disposant de très faibles revenus et/ou ayant des enfants, s'améliore parfois substantiellement à la suite de ce changement. Cet effet est le plus manifeste pour les femmes seules ayant des enfants : alors que 42 % d'entre elles disposaient de très faibles revenus avant l'octroi de la rente, elles n'étaient ensuite plus que 21 % dans ce cas (Wanner et Pecoraro 2012, p. 118). Les prestations de l'AI ainsi que – éventuellement – celles de la prévoyance professionnelle et les prestations complémentaires améliorent la situation financière des personnes qui disposaient d'un faible revenu avant la survenance de l'invalidité, par exemple du fait qu'elles percevaient un salaire insuffisant. Il n'en reste pas moins que la part des personnes disposant de faibles revenus est plus importante chez les bénéficiaires de rente que dans l'ensemble de la population, du fait que les bénéficiaires d'une rente AI sont en moyenne moins formés et étaient plus nombreux à exercer, avant la survenance de l'invalidité, des professions moins bien rémunérées que la moyenne. Si l'AI ne compense pas les caractéristiques qui ne sont pas liées à la maladie, les prestations complémentaires sont un élément essentiel pour lutter contre la pauvreté des bénéficiaires de rente – et notamment des personnes qui, du fait d'atteintes antérieures à la santé ou de l'exercice de tâches familiales, n'ont pas pu verser de cotisations à la prévoyance professionnelle. Chez les contribuables ayant disposé d'un revenu élevé avant l'atteinte à la santé qui a entraîné leur invalidité, les moyens financiers baissent avec l'octroi de la rente AI. Cela dit, la situation varie d'une personne à l'autre, tout spécialement chez les personnes percevant une rente partielle : certaines sont bien intégrées sur le marché du travail et réalisent un revenu élevé, tandis que d'autres vivent dans des conditions très modestes (Wanner et Pecoraro 2012, p. 34).

La principale conclusion de l'étude est donc que les rentiers AI ne sont pas dans une situation financière idéale, mais qu'ils sont largement à l'abri de la pauvreté.

En ce qui concerne la question des incitations à exercer une activité lucrative, un travail de recherche note que le système de rentes en vigueur entraîne des effets de seuil et peut réduire les incitations. Il estime en conséquence qu'un système de rentes linéaire devrait en règle générale améliorer les incitations à travailler (Bieri et Gysin 2010, pp. 47 s.). L'étude de l'OCDE sur la santé mentale et l'emploi en Suisse conclut également qu'un tel système inciterait davantage les bénéficiaires de rente à rechercher à exercer une activité, notamment ceux qui disposent d'un niveau de formation et d'un revenu modestes. Cette étude souligne également le fait que les rentes AI sont spécialement attrayantes pour certaines catégories, comme les jeunes n'ayant pas encore travaillé ou les personnes ayant des enfants à charge. Aussi recommande-t-elle de repenser la structure des prestations financières de l'AI, afin d'arriver à un équilibre entre des rentes adéquates et une incitation suffisante à travailler (OCDE 2014, pp. 103 s.).

Etant donné le fort recul des nouvelles rentes et l'hétérogénéité des situations financières des bénéficiaires de rente, on peut affirmer en résumé que la situation financière des ménages comprenant des bénéficiaires de rente est plus mauvaise que celle des autres ménages et que, dans le même temps, l'octroi d'une rente AI entraîne un accroissement parfois considérable du revenu des ménages à faible revenu et/ou ayant des enfants à charge. En vue d'améliorer l'organisation des rentes AI, les rapports de recherche susmentionnés formulent les recommandations suivantes :

- repenser la méthode de calcul des rentes AI afin de mieux tenir compte des différentes biographies et des différents parcours professionnels, par exemple des personnes exerçant des tâches familiales (Wanner et Pecoraro 2012, p. X) ;
- introduire un système de rentes linéaire afin d'augmenter les incitations à travailler pour les bénéficiaires de rente (Bieri et Gysin 2010, pp. 47 s., et OCDE 2014, pp. 103 s.) ;
- repenser la structure des prestations en espèces de l'AI afin de supprimer les incitations à déposer une demande de rente et d'atteindre un équilibre entre une rente AI appropriée et une incitation à travailler suffisante (OCDE 2014, pp. 103 s.).

5.3 Allocation pour impotent et contribution d'assistance

Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction à ce chapitre, l'analyse de la situation des personnes au bénéfice d'une allocation pour impotent et de celles percevant une contribution d'assistance a été un thème important dans le PR-AI 2. La matière a été fournie par l'extension, le 1^{er} janvier 2004, de l'allocation pour impotent pour les bénéficiaires de rente vivant chez eux (4^e révision de l'AI) et par l'introduction de la contribution d'assistance le 1^{er} janvier 2012 (révision 6a). Certaines analyses des effets de ces deux mesures sont terminées, d'autres sont encore en cours. Les sections suivantes présentent les résultats des projets de recherche. Afin de faciliter la compréhension, nous définirons d'abord quelques notions centrales.

Allocation pour impotent (API) : l'API vise à permettre aux personnes handicapées de mener une vie autonome. Elle couvre les frais des assurés qui, du fait d'une atteinte à leur santé, ont besoin de l'aide d'un tiers pour accomplir leurs activités quotidiennes et pour entretenir des relations sociales, ou qui ont besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Le montant de la prestation dépend du degré de l'impotence (faible, moyenne ou grave) et du lieu de résidence de l'assuré (à domicile ou dans un home). La prestation d'assurance est versée de manière forfaitaire, indépendamment des frais effectifs. Il n'est pas nécessaire de bénéficier d'une rente AI pour avoir droit à une API.

Accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie : on considère qu'il y a un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie lorsqu'un assuré majeur ne vit pas dans une institution mais, en raison d'une atteinte à la santé, ne peut pas, sans l'accompagnement d'une tierce personne, vivre de manière indépendante (par ex. aide pour structurer la journée, soutien pour surmonter les situations quotidiennes), faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux (par ex. pour faire les courses, avoir des loisirs, effectuer des démarches auprès des autorités), ou risque de s'isoler durablement du monde extérieur. Toute personne remplissant l'une de ces conditions a droit à une allocation pour impotence faible.

Supplément pour soins intenses : l'AI accorde aux mineurs ne séjournant pas dans un home et ayant besoin d'un accompagnement spécialement important, en plus de l'allocation pour impotent, un supplément pour soins intenses, à la condition qu'ils aient besoin d'un surcroît d'aide d'au moins quatre heures par jour en moyenne.

Contribution d'assistance : la contribution d'assistance permet aux personnes percevant une API et nécessitant une aide régulière, mais souhaitant demeurer à leur domicile, d'engager

une personne qui fournira les prestations d'aide nécessaires. Selon l'aide régulière nécessaire, l'office AI compétent détermine le montant de la contribution qui permettra à l'assuré de rémunérer l'assistant engagé.

5.3.1 Situation des bénéficiaires d'une allocation pour impotent en matière de logement et d'assistance

Dans le message concernant la 4^e révision de l'AI, le Conseil fédéral notait que les personnes percevant une allocation pour impotent de l'AI n'ont pas suffisamment d'autonomie, notamment pour ce qui concerne le choix de leur forme de logement. Trois pistes étaient évoquées : améliorer la situation des enfants et des jeunes séjournant à domicile (1), des adultes handicapés séjournant à domicile (2) et des adultes présentant un handicap psychique ou un handicap mental léger, et habitant à domicile (3). Aussi la 4^e révision de l'AI a-t-elle introduit les mesures suivantes : le doublement de l'API pour les personnes n'habitant pas en home, l'introduction de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie pour les adultes habitant à domicile et souffrant d'un handicap psychique ou d'un handicap mental léger, l'adjonction à l'allocation pour impotent d'un supplément pour soins intenses destiné aux mineurs qui ne résident pas dans un home et ont besoin de soins intenses, et l'augmentation du plafond de remboursement, par les prestations complémentaires, des frais occasionnés par la maladie et le handicap, à l'intention des adultes présentant une impotence moyenne ou grave et vivant à domicile (cf. aussi Latzel et al. 2008). Le doublement de l'API introduit par la 4^e révision de l'AI visait à ce que la décision de maintenir une personne à domicile ou de la transférer en institution ne soit plus déterminée à l'avenir par des questions de financement, mais par le besoin effectif de cette personne. Les effets des nouvelles mesures – notamment sur les formes de logement et d'assistance des bénéficiaires d'une API – ont été évalués dans le cadre du PR-AI 2 (Gehrig et al. 2013).

Entre 2004 et 2011, le nombre d'adultes bénéficiaires d'une API est passé de 26 321 à 32 390, soit une progression de 23 %. Durant cette période, la croissance annuelle moyenne était de 3,3 %, et les dépenses qui ont découlé de l'API pour l'AI ont triplé, s'établissant à 480 millions de francs au total. La forte augmentation du nombre de bénéficiaires d'une API s'explique en grande partie par l'accès facilité à cette prestation du fait de l'introduction de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Une petite partie de la progression s'explique par l'évolution de la population résidente. En ce qui concerne les formes de logement, l'étude conclut que la part des bénéficiaires d'une API vivant à domicile est bien plus importante en 2011 qu'en 2004 : elle est passée de 50 % à 59 %, soit une progression de 46 % pour ce qui est du nombre de personnes concernées. La composition du groupe des bénéficiaires d'une API a, elle aussi, fortement évolué entre 2004 et 2011. Alors que l'âge moyen des personnes habitant en home a progressé d'un an, celui des personnes habitant à domicile a reculé d'un an. En outre, quelle que soit la forme de logement, on constate une progression des bénéficiaires d'une API souffrant d'une maladie psychique. De plus, la part des personnes présentant une impotence légère a notablement augmenté durant la période. Cela est presque exclusivement dû à l'introduction de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Quant aux parts respectives des différents degrés d'impotence, elles ont peu évolué, que ce soit pour les bénéficiaires habitant en home ou pour ceux vivant chez eux (hors accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ; Gehrig et al. 2013, p. XIV).

Pour ce qui concerne la satisfaction des bénéficiaires d'une API, l'étude note que quatre adultes sur cinq sont satisfaits de leur situation en matière de logement, et ce qu'ils habitent à domicile ou dans une institution. La part de ceux qui sont *très* satisfaits est, quant à elle, bien plus élevée chez les bénéficiaires habitant chez eux (53 % contre 29 %). Parmi ces derniers, 71 % déclarent qu'ils ne pourraient pas assumer les frais de la vie en dehors du home s'ils ne percevaient pas l'API, et qu'ils devraient donc résider en institution. L'API est

par conséquent essentielle pour permettre la vie à domicile. En ce qui concerne les deux domaines dans lesquels des actions s'imposaient pour les adultes bénéficiant d'une API, on peut donc conclure que la 4^e révision de l'AI, et tout spécialement l'introduction de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, a notablement contribué à améliorer, d'une part, la situation des handicapés adultes qui ne résident pas dans un home et, d'autre part, celle des adultes handicapés psychiques ou mentaux légers qui ne résident pas dans un home. La 4^e révision de l'AI a permis à une grande partie de ces personnes de mener une vie plus autonome chez elles. Les auteurs de l'étude estiment qu'une partie du transfert du home vers le domicile est directement imputable à la 4^e révision de l'AI (Gehrig et al. 2013, p. XV).

En ce qui concerne la situation des mineurs, l'étude conclut que les prestations de l'AI apportent un soutien déterminant, dans une grande majorité des cas, pour surmonter les difficultés supplémentaires qui découlent du handicap. Parmi les bénéficiaires interrogés ayant un enfant, 76 % de ceux percevant un supplément pour soins intenses et 71 % de ceux n'en percevant pas estiment que l'API et/ou le supplément pour soins intenses contribuent passablement voire énormément à leur permettre de surmonter les difficultés supplémentaires qui découlent du handicap (Gehrig et al. 2013, p. XIX).

Les résultats de l'étude montrent que le doublement de l'API pour les bénéficiaires vivant à domicile contribue de manière importante à augmenter la liberté de choix de la forme de logement des personnes handicapées, et améliore également en la matière la situation des personnes présentant un handicap psychique ou mental léger (Gehrig et al. 2013, p. XIX).

En ce qui concerne l'aspect du soutien financier, l'étude conclut que l'API n'a qu'une incidence plutôt négligeable pour les personnes vivant en home, étant donné que la grande majorité d'entre elles perçoivent des prestations complémentaires ou doivent reverser l'API au home. De ce fait, la division par deux de l'API pour les personnes résidant en home dans le cadre de la 4^e révision de l'AI n'a eu une incidence financière directe que pour environ 2 à 4 % des bénéficiaires vivant en home (Gehrig et al. 2013, pp. 93 ss).

En revanche, l'API représente une aide financière importante pour les bénéficiaires vivant à domicile ainsi que pour les mineurs. Parmi ceux-ci, nombreux sont ceux qui utilisent directement une partie de la prestation pour payer une aide et des prestations externes nécessaires du fait de leur handicap ; mais une part importante de l'allocation est également utilisée dans le budget du ménage, qui est donc soulagé en conséquence (Gehrig et al. 2013, p. XIX). Cette prestation peut (au moins en partie) compenser financièrement l'éventuelle perte de salaire des proches leur prodiguant des soins. Comme ceux-ci demeurent le plus souvent des personnes du cercle familial, qui permettent par là même au bénéficiaire de résider à domicile, il est important à la fois de les décharger quelque peu de leurs tâches et d'apporter un dédommagement financier. L'objectif de mettre en place des possibilités de soulager les proches a également joué un rôle important lors de l'introduction de la contribution d'assistance. La section suivante porte sur cet instrument, ainsi que sur son évaluation et sur les conclusions qui en découlent.

5.3.2 Contribution d'assistance

L'introduction de la contribution d'assistance début 2012 a permis à l'AI d'étendre les prestations destinées aux personnes résidant à domicile, dans l'objectif de renforcer leur autonomie et leur responsabilité, et de mettre en place de nouvelles possibilités de décharger les proches. Depuis l'entrée en vigueur de la révision 6a de l'AI, le 1^{er} janvier 2012, les personnes percevant une API, résidant à domicile (ou quittant un home) et ayant l'exercice des droits civils peuvent déposer une demande de contribution d'assistance. La contribution d'assistance doit améliorer leur qualité de vie, augmenter leurs possibilités de vivre de manière autonome à domicile malgré un handicap, et améliorer leurs possibilités d'avoir une vie sociale et une vie professionnelle. Elle doit en outre permettre aux proches prodiguant des

soins d'avoir davantage de temps pour eux-mêmes. L'introduction et l'évolution de la prestation sur la période 2012-2017 font l'objet d'une évaluation, qui porte sur le nombre et les caractéristiques des bénéficiaires ainsi que des prestations. Le premier rapport intermédiaire a été publié en juin 2014 (Guggisberg et Bischof 2014) et le second, en juin 2015 (Guggisberg et Bischof 2015).

Les publications documentent l'évolution et la composition du groupe des bénéficiaires d'une contribution d'assistance de la manière suivante : jusqu'à fin décembre 2014, on dénombrait 1213 adultes percevant une contribution d'assistance, soit 3,3 % de l'ensemble des adultes percevant une API et 5,7 % de tous les bénéficiaires d'une API résidant à domicile. Depuis l'entrée en vigueur de la révision 6a, une trentaine de nouveaux bénéficiaires d'une contribution d'assistance ont été enregistrés en moyenne chaque mois. Parmi les bénéficiaires d'une contribution d'assistance, les personnes ayant droit à une allocation pour impotence grave sont surreprésentées : alors que ces dernières représentent 13 % des bénéficiaires d'une API résidant à domicile, elles comptent pour 45 % des bénéficiaires d'une contribution d'assistance. Si l'on observe la tendance, il apparaît qu'en 2012, les bénéficiaires d'une allocation pour impotence grave étaient surreprésentés (54 %). Cette surreprésentation est déjà nettement moins marquée chez les personnes qui ont touché une contribution d'assistance pour la première fois en 2013 (44 %) ou en 2014 (36 %), cf. Guggisberg et Bischof 2015, p. IV.

Près de la moitié des bénéficiaires d'une contribution d'assistance souffrent d'une infirmité touchant le système nerveux. Une sclérose en plaques a été diagnostiquée chez 20 % d'entre eux. Parmi les autres atteintes du système nerveux qui sont surreprésentées chez les bénéficiaires d'une contribution d'assistance, il faut mentionner les hémorragies cérébrales et les affections de la moelle. Les personnes souffrant de maladies psychiques sont, quant à elles, sous-représentées : alors que 25 % des bénéficiaires d'une API résidant à domicile perçoivent l'allocation en raison d'une psychose, d'une névrose ou de troubles de la personnalité, ce groupe ne représente que 10 % des bénéficiaires d'une contribution d'assistance. Environ 20 % des bénéficiaires d'une contribution d'assistance présentent une infirmité congénitale. Au niveau de l'âge, on constate que les plus de 40 ans bénéficient un peu plus souvent d'une contribution d'assistance que les assurés plus jeunes : chez les 40 à 64 ans, 5,7 % des bénéficiaires d'une API vivant à domicile ont perçu une contribution d'assistance. Ils ne sont que 3,4 % chez les 18 à 39 ans. L'analyse des coûts de la contribution d'assistance montre que le montant médian de la contribution d'assistance octroyée est de 2386 francs par mois, tandis que le montant moyen (du fait de bénéficiaires ayant des droits très élevés) se monte à 3037 francs. Le recul de la part des personnes présentant une impotence grave a entraîné un repli des montants moyens de la contribution d'assistance disponible entre 2012 et 2014, les faisant passer de 3446 à 2740 francs, tandis que le montant moyen de la contribution d'assistance effectivement perçue s'élève à 1405 francs, bien en dessous de la contribution d'assistance disponible (moyenne : 2096 francs). Environ un quart des personnes bénéficiant d'une contribution d'assistance perçoivent moins de 50 % du montant maximal octroyé. Les personnes qui perçoivent la contribution d'assistance depuis plusieurs années utilisent une part bien plus grande du montant maximal disponible pour elles. Au total, les prestations remboursées ont atteint 3,5 millions de francs en 2012, auxquels s'ajoutent 9,5 millions versés pour les participants au projet pilote « Budget d'assistance ». Elles se sont montées à 19,8 millions en 2013 et à 28,3 millions en 2014 (Guggisberg et Bischof 2015, pp. IV s.).

Pour les mineurs bénéficiant d'une contribution d'assistance, la situation est la suivante : à fin décembre 2014, au moins une facture portant sur des prestations d'assistance avait été remboursée pour 235 mineurs au total, et 2,9 % des mineurs bénéficiaires d'une API percevaient une contribution d'assistance. Comme chez les adultes, les mineurs ayant droit à une

allocation pour impotence grave sont surreprésentés parmi les mineurs percevant une contribution d'assistance : ils représentent 54 % des mineurs bénéficiaires d'une contribution d'assistance et seulement 17 % des mineurs bénéficiaires d'une API. Cette surreprésentation diminue depuis 2012, mais moins rapidement que chez les adultes. La médiane de la contribution d'assistance effectivement perçue s'inscrit à environ 1230 francs par mois ; comme chez les adultes, elle est inférieure au montant disponible ou octroyé pour la personne concernée, à savoir 2619 francs. Il apparaît donc que les mineurs n'utilisent pas plus souvent que les adultes l'intégralité du montant auquel ils auraient droit ; mais comme chez les adultes, le taux d'utilisation s'accroît notablement avec le temps (Guggisberg et Bischof 2015, p. V).

Dans la période précédant le rapport intermédiaire 2014, les chercheurs ont effectué une enquête auprès des bénéficiaires, ce qui n'a pas été le cas pour le rapport intermédiaire 2015. Il ressort de cette enquête que l'instrument contribution d'assistance est tout à fait approprié pour atteindre, pour une majorité de bénéficiaires, les objectifs mentionnés dans le message de 2010 : 80 % des personnes ayant participé à l'enquête ont ainsi indiqué être satisfaites ou très satisfaites de la nouvelle prestation. Trois quarts des personnes interrogées estiment en outre que la contribution d'assistance a amélioré leur qualité de vie et leur autonomie, et qu'elle a permis de décharger leurs proches (Guggisberg et Bischof 2014, p. XI).

En ce qui concerne les sorties de home, il est pour l'instant très difficile de tirer des conclusions : la part des personnes qui résidaient en home avant de percevoir une contribution d'assistance pour la première fois est très réduite (environ 6 %), et par conséquent leur part dans l'ensemble des personnes vivant en home très modeste. En revanche, il semble que la contribution d'assistance joue aussi un rôle majeur au niveau des entrées en home évitées : près d'un tiers des bénéficiaires adultes affirment que la contribution d'assistance joue un rôle prépondérant dans le fait qu'ils peuvent continuer à vivre à domicile (Guggisberg et Bischof 2014, p. IX).

L'enquête a également porté sur les améliorations souhaitées par les personnes interrogées : celles-ci mentionnent une simplification administrative – des décomptes par exemple – (58 %) et la possibilité d'engager des membres de la famille (24 %) (Guggisberg et Bischof 2014, pp. XI et 52).

Le rapport final, prévu pour l'été 2017, abordera de manière plus détaillée et probante les thèmes des éventuelles sorties de home et des entrées en home évitées, ainsi que des possibilités d'amélioration dans la mise en place de la contribution d'assistance. D'ici là, davantage de personnes pourront en effet être interrogées. Le rapport final fournira également des informations détaillées sur l'évolution des prestations et des bénéficiaires, ainsi que l'avis de ces derniers sur la contribution d'assistance et leur satisfaction en la matière.

5.4 Moyens auxiliaires

Dans le cadre de son évaluation des prestations de l'AI, le PR-AI 2 a également étudié l'offre d'appareils auditifs, afin d'analyser de manière systématique les conséquences du passage du système tarifaire au système de remboursement forfaitaire, et de pouvoir dresser ainsi le bilan des effets du changement de système. Deux études ont été menées dans ce but : l'une sur l'évolution de la qualité des appareils proposés, l'autre sur l'évolution des prix.

5.4.1 Evaluation de la qualité des appareils auditifs proposés

Jusqu'à fin juin 2011, l'AI remboursait les appareils auditifs sur la base d'un système tarifaire à trois échelons fixé en accord avec les fournisseurs et effectuait directement les décomptes avec les audioprothésistes. Si ce système tarifaire était considéré comme de bonne qualité, il était jugé très onéreux – par rapport aux pratiques rencontrées à l'étranger – tant pour les

assurés que pour les assurances. Les observateurs critiques considéraient que les audioprothésistes exploitaient pratiquement toute la marge de manœuvre offerte par les tarifs avec leurs prix de vente, ce qui avait pour effet d'éliminer la concurrence. C'est pourquoi l'OFAS a supprimé le tarif et introduit, le 1^{er} juillet 2011, un système de forfaits. Depuis lors, les rentiers AVS et les bénéficiaires d'une rente AI perçoivent un montant fixe qui doit couvrir les frais découlant de l'achat des appareils auditifs et des prestations d'adaptation et de suivi pendant une durée de cinq ans (rentiers AVS) ou de six ans (bénéficiaires d'une rente AI), et ce quelle que soit l'ampleur de la perte d'acuité auditive. Le nouveau système forfaitaire vise à renforcer la concurrence et par là même à faire baisser les prix. En outre, le montant étant versé directement à l'assuré, celui-ci dispose d'une plus grande latitude : il est incité à exploiter la concurrence entre fournisseurs, par exemple en recourant plus souvent à des consultations comparatives d'audioprothésistes et en effectuant davantage d'essais d'appareils. En conséquence, l'étude s'intéresse à l'évolution de la qualité des appareils proposés à la suite de ce changement de système et aux changements intervenus dans l'achat d'appareils auditifs qui en ont découlé (Sander et Albrecht 2013).

L'enquête montre que les appareils les plus souvent achetés restent du type « contours d'oreille » et que les équipements proposés dans ces appareils n'ont subi aucun changement notable depuis l'introduction du système forfaitaire. D'après cette étude, les acheteurs n'ont pas changé de comportement, et l'objectif d'une stimulation de la concurrence sur le marché des appareils auditifs n'est donc pas encore atteint. Les résultats montrent qu'aucun signe ne permet de conclure à une telle évolution et que certains indicateurs vont même dans la direction opposée : par exemple, le nombre de comparaisons entre fournisseurs a reculé lors du passage au système forfaitaire. Il n'y a pas non plus de signe qui permette de conclure à un renforcement de la concurrence sur ce marché. Les audioprothésistes restent les acteurs dominants, les autres instances de remise d'appareils auditifs, telles que les pharmacies ou les drogueries, n'ayant pour l'instant guère pu s'affirmer sur le marché. Si le passage au système forfaitaire s'est accompagné d'un élargissement de l'offre, les résultats montrent que cette nouvelle situation n'a pas amené les utilisateurs à modifier leur comportement d'achat (Sander et Albrecht 2013).

Pour ce qui concerne les prestations, l'étude conclut que le passage au système forfaitaire a conduit à une réduction du nombre de prestations proposées : c'est notamment le cas du nombre de séances de réglage, d'adaptations comparatives et de tests d'appareils à domicile, qui ont fortement reculé. En revanche, la satisfaction des utilisateurs relative aux prestations d'adaptation et de service a peu varié, demeurant élevée, mais un léger recul a été enregistré pour ce qui concerne les prestations de suivi. Le rétrécissement de l'offre de prestations peut être interprété de différentes manières : certains experts voient dans cette évolution une tendance à la « normalisation » d'un système qui avait tendance à multiplier les « prestations inutiles », d'autres experts contestent l'idée que le nombre des prestations était trop élevé dans l'ancien système et que la diminution observée puisse être sans conséquence sur la qualité des appareils auditifs. Il est possible que le nombre très limité des changements constatés avec le passage au nouveau système soit dû au manque de recul (Sander et Albrecht 2013, pp. XXX s.).

- C'est pourquoi les chercheurs recommandent de continuer d'observer et de contrôler la qualité des appareillages (Sander et Albrecht 2013, p. 127).

5.4.2 Analyse de l'évolution des prix des appareils auditifs

Dans le domaine des appareils auditifs, on ne constate pas (encore) de changement notable dans la qualité à la suite du passage du système tarifaire au système forfaitaire. Or, étant donné que l'objectif du changement de système était précisément de renforcer la concurrence afin d'entraîner une baisse des prix et par là même une utilisation plus efficiente des ressources de l'AI et de l'AVS, une étude a également été lancée sur l'évolution des prix des

appareils auditifs. Comme le notent Sander et Albrecht (2013), la qualité des appareils mesurée par leur taux d'utilisation et par la satisfaction des utilisateurs est demeurée pratiquement identique dans le système forfaitaire, mais les utilisateurs n'ont pratiquement pas modifié leur comportement en fonction du prix. Les conclusions que l'on peut tirer de l'étude de Koch et al. (2014) sur l'évolution des prix et du marché sont présentées ci-après.

Le passage au système forfaitaire n'a pour l'instant pas eu d'impact sur le comportement des porteurs d'appareils auditifs, qui n'ont pas pris conscience de leur pouvoir de décision : le nouveau système ne les a pas incités à davantage comparer les offres des audioprothésistes ni à recourir plus souvent aux essais d'appareils (Sander et Albrecht 2013, p. XXIX). Sur la base de ce constat, on peut au moins noter, en ce qui concerne un éventuel pouvoir des acheteurs d'appareils auditifs sur le marché, qu'ils peuvent désormais choisir parmi une offre d'appareils plus large. Dans la période étudiée, de plus en plus de modèles proposés par un nombre croissant de fabricants ont été mis sur le marché. Cette diversification des produits est allée de pair avec un recul des parts de marché des principaux fabricants ; les auteurs de l'étude interprètent ce fait comme le signe d'un renforcement de la concurrence. L'étude note en effet que le marché a légèrement évolué depuis le passage au système forfaitaire et que les prix ont quelque peu reculé, toutes choses égales par ailleurs. Toutefois, la baisse de prix est plus faible que ce qui avait été initialement espéré. Le fait que les appareils auditifs soient un moyen auxiliaire essentiel qui facilite considérablement la vie quotidienne des personnes présentant une déficience auditive peut expliquer ce phénomène : les acheteurs sont en conséquence davantage disposés à payer un prix élevé, et par conséquent, la demande réagit moins aux variations de prix. Les fournisseurs peuvent, quant à eux, répercuter en grande partie la baisse des prestations d'assurance sur les malentendants, sans être soumis à une pression sur les prix importante. Cette situation continuera à moyen terme d'entraver tout renforcement de la concurrence sur le marché des appareils auditifs (Koch et al. 2014, pp. VI s.). Les évaluations détaillées montrent que le choix des utilisateurs tend à se porter à la fois sur les appareils du segment « premier prix » et sur ceux du segment supérieur : dans le nouveau système, 20 à 25 % des utilisateurs ont choisi des appareils moins onéreux et 10 % ont acheté des appareils plus chers, en payant la différence. Il en découle que pour les principaux types d'appareils achetés, on constate une augmentation significative de la part payée par les assurés par rapport au système tarifaire (Koch et al. 2014).

- Les auteurs estiment qu'il est souhaitable de réaliser une nouvelle analyse ultérieurement afin de déterminer dans quelle mesure les assurés ont choisi délibérément des appareils dont le prix correspond au forfait pris en charge par l'assurance, ou s'ils y ont été contraints pour des raisons de coûts (Koch et al. 2014, p. 66).

5.5 Conclusions et recommandations

5.5.1 Conclusions

Les études publiées dans le cadre du PR-AI 2 présentées *supra* abordent différents aspects des prestations de l'AI et répondent à différentes questions en la matière. Pour la première fois, la recherche fournit une vue d'ensemble de la situation économique des rentiers AI selon différentes perspectives et conclut que les ménages comprenant des bénéficiaires de rente sont dans une situation financière plus mauvaise que les autres, mais qu'ils sont largement protégés de la pauvreté. L'octroi d'une rente augmente en particulier le revenu de certains ménages à faible revenu et/ou avec enfants, parfois considérablement. D'autres études concluent que le système actuel des rentes n'est (toujours) pas idéal pour ce qui concerne l'incitation des bénéficiaires de rente à exercer une activité lucrative, et que les rentes AI sont relativement intéressantes pour certains groupes (jeunes ou personnes ayant des enfants), ce qui entraîne des effets pervers.

Outre la situation financière des bénéficiaires de rente, le PR-AI 2 a surtout étudié les effets du renforcement de l'allocation pour impotent mis en œuvre dans le cadre de la 4^e révision de l'AI en 2004, ainsi que de la contribution d'assistance introduite en 2012 par la révision 6a. Gehrig et al. (2013) concluent dans leur étude que le renforcement de l'API pour les bénéficiaires de rente résidant à domicile – notamment le doublement de l'API, ainsi que l'introduction de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et celle du supplément pour soins intenses pour les mineurs – a considérablement contribué à augmenter la liberté de choix en matière de logement des personnes souffrant d'un handicap et a permis à ces personnes de mener une vie plus autonome à domicile. Les auteurs de l'étude estiment qu'une partie des transferts de la résidence en home vers le domicile sont directement imputables aux mesures introduites par la 4^e révision de l'AI (Gehrig et al. 2013). A l'inverse, il apparaît que l'API ne joue qu'un rôle limité pour les bénéficiaires résidant en home. L'évaluation en cours des effets de la contribution d'assistance introduite en 2012 sera achevée à l'été 2017. La contribution d'assistance étend les prestations de l'AI, dans le but de renforcer l'autonomie des bénéficiaires, de les responsabiliser et de davantage décharger les proches prodiguant des soins. Les deux rapports intermédiaires relatifs à ce projet de recherche (Guggisberg et Bischof 2014 et 2015) documentent l'évolution de la demande et des prestations jusqu'à aujourd'hui. Sur la base des réponses des intéressés, les chercheurs concluent que la contribution d'assistance est appropriée pour atteindre les objectifs fixés pour la plupart des bénéficiaires. La grande majorité des personnes interrogées sont satisfaites de la prestation ; les trois quarts déclarent qu'elle a amélioré leur qualité de vie et leurs possibilités de vivre de manière autonome, et déchargé leurs proches prodiguant des soins d'une partie de leurs tâches (Guggisberg et Bischof 2014).

Le PR-AI 2 a également étudié une autre prestation de l'AI : la fourniture d'appareils auditifs. Deux études se sont penchées sur l'évolution de la qualité de ces appareils (Sander et Albrecht 2013) et de leur prix (Koch et al. 2014) à la lumière du passage, en juillet 2011, du système tarifaire au système forfaitaire. Ces études concluent qu'aucun des deux objectifs visés par le changement de système, à savoir renforcer le pouvoir de décision des utilisateurs d'appareils auditifs et stimuler la concurrence sur ce marché, n'a été atteint, pour l'instant en tout cas (Sander et Albrecht 2013). Dans le système forfaitaire, on constate un recul des prestations, sans toutefois que celui-ci ait des répercussions apparentes sur la satisfaction des utilisateurs vis-à-vis des prestations de service et d'adaptation, qui demeure élevée (Sander et Albrecht 2013). Pour ce qui concerne l'offre, l'étude constate que le nombre de modèles proposés et le nombre de fournisseurs sur le marché se sont accrus durant la période analysée, mais que les prix n'ont que peu reculé (Koch et al. 2014). Ce repli moins important qu'attendu s'explique par le fait que les appareils auditifs sont un moyen auxiliaire essentiel pour la vie quotidienne, pour lequel les utilisateurs sont prêts à dépenser des sommes relativement élevées et sont peu sensibles au prix (Koch et al. 2014). Les études soulignent que la période qui s'est écoulée depuis le changement de système est trop brève pour qu'il soit possible d'analyser de manière définitive les conséquences du passage du système tarifaire au système forfaitaire.

On constate que les travaux mentionnés dans ce chapitre donnent une vue d'ensemble fidèle des grandes tendances observées dans l'assurance-invalidité ces dernières années, à savoir la forte baisse du taux de nouvelles rentes, d'une part et, l'extension des prestations dans le domaine de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, d'autre part, qui vise à renforcer l'autonomie et la participation des bénéficiaires de prestations de l'AI. Cette tendance au renforcement des bénéficiaires apparaît également dans la refonte du système de remboursement des appareils auditifs et, d'une manière encore plus manifeste, dans le domaine des mesures de réadaptation évoquées au chapitre 3.

5.5.2 Recommandations

- Il est nécessaire de revoir la méthode de calcul actuelle de la rente AI, car elle ne prend guère en compte la biographie et le parcours professionnel des bénéficiaires, et par conséquent la présence ou non d'une rente de la prévoyance professionnelle. La rente du 1^{er} pilier ne constitue qu'une partie du revenu. Les chercheurs recommandent de réfléchir à une révision de sa méthode de calcul, afin de mieux protéger les bénéficiaires de rente les plus fragiles économiquement. La méthode doit par exemple prendre en compte, pour le calcul de la rente, le fait que des assurés n'ont pas ou n'ont que peu versé de cotisations à la prévoyance professionnelle, pour des raisons découlant de la maladie ou pour d'autres raisons (par ex. l'exécution de tâches familiales).
- Afin d'améliorer l'incitation à exercer une activité lucrative pour les rentiers AI, un système de rentes linéaire doit être introduit.
- Il faut revoir la structure des prestations en espèces de l'AI afin d'éliminer les effets pervers et de garantir un équilibre entre une rente AI appropriée et une incitation à exercer une activité lucrative.
- Il convient de continuer d'observer et d'évaluer l'évolution des indicateurs de qualité dans la fourniture d'appareils auditifs.
- Pour ce qui concerne le prix des appareils auditifs, une nouvelle analyse doit être effectuée ultérieurement, afin de déterminer dans quelle mesure les assurés ont choisi délibérément des appareils dont le prix correspond au forfait pris en charge par l'assurance, ou s'ils y ont été contraints pour des raisons financières.

5.6 Position de l'OFAS

5.6.1 Mesures prises jusqu'ici

Pour ce qui concerne les rentes, l'OFAS a repris l'idée d'un système de rentes linéaire, dans le cadre du projet de développement continu de l'AI (cette idée faisait partie de la révision 6b de l'AI, qui a été rejetée par le Parlement). L'objectif est d'éviter que les assurés qui reprendraient une activité ou augmenteraient leur taux d'occupation ne soient pénalisés financièrement. Afin d'accroître les conséquences positives de cette adaptation, il faudra mettre en place un système de rentes linéaire également dans le 2^e pilier.

En ce qui concerne l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance, il est nécessaire de prendre en compte le rôle de la RPT pour le calcul des prestations de l'AI. Les différents rapports de recherche ont montré que l'augmentation des prestations de l'AI a atteint le but visé, à savoir permettre aux personnes concernées de mener une vie autonome et responsable. Ces prestations jouent aussi un rôle important en ce sens qu'elles déchargent les proches qui prodiguent des soins.

Dans le domaine des appareils auditifs, l'OFAS examine en permanence les règles en vigueur dans le système forfaitaire en s'appuyant sur l'expérience. Depuis le 1^{er} janvier 2014, le système connaît des adaptations : par exemple, le seuil de l'AI pour avoir droit à un renouvellement anticipé des appareils a été abaissé, les règles applicables aux cas de rigueur ont été simplifiées et les critères audiologiques correspondants, adaptés. Les offices AI informent les assurés des possibilités de choix, afin qu'ils étudient l'acquisition d'appareils du segment de prix inférieur et comparent les fournisseurs.

5.6.2 Mesures envisagées

Dans le domaine des rentes, il y a lieu d'observer les effets pervers qui peuvent découler, sur le plan financier, des critères en vigueur déterminant le droit à une rente AI, et ce de manière globale, c'est-à-dire en tenant compte des prestations du 2^e pilier et des prestations complémentaires. L'introduction d'un système de rentes linéaire dans l'assurance-invalidité

uniquement n'aura aucun effet si la réduction du droit à la rente est compensée par exemple par les prestations complémentaires. De même, le projet de développement continu de l'AI vise à éviter d'octroyer une rente AI à des personnes jeunes, en renforçant la détection précoce et la coopération avec les partenaires dans le domaine de l'école et de la formation. Pour ce groupe d'assurés, les mesures de réadaptation seront adaptées et les effets pervers dans le domaine des indemnités journalières, supprimés.

Le fait que la réduction du montant de l'allocation pour impotent en home n'ait pratiquement aucune influence sur les bénéficiaires permet d'envisager sa suppression complète pour les personnes résidant en home. Cette prestation n'a en effet plus lieu d'être depuis que la compétence du domaine résidentiel est passée aux cantons.

Pour ce qui concerne la simplification des démarches administratives et la possibilité d'engager des proches dans le cadre de la contribution d'assistance, plusieurs améliorations sont prévues.

La charge administrative en relation avec la contribution d'assistance est souvent jugée importante. D'une part, celle-ci est inhérente au principe de la contribution d'assistance : inciter les assurés à assumer un rôle d'employeur présuppose des contrats de travail, des fiches de salaire, le décompte avec la caisse de compensation, etc. D'autre part, les offices AI doivent pouvoir disposer de la documentation nécessaire pour effectuer les contrôles auxquels ils sont tenus par la loi. La mise à disposition de formulaires, de contrats types, etc., permet certainement de réduire la charge administrative. L'OFAS est ouvert à toute proposition d'amélioration de la part des assurés.

En ce qui concerne la possibilité d'engager des membres de la famille comme assistants, une initiative parlementaire a été déposée dans ce sens, mais son traitement est suspendu pour l'instant.

D'une manière générale, l'OFAS propose de laisser à la contribution d'assistance le temps de s'installer avant de procéder à des changements la concernant.

Une étude de suivi sur la qualité et l'évolution des prix des appareils auditifs est planifiée pour 2017, soit six ans après le changement de système, ce qui correspond à la durée minimale entre deux remboursements forfaitaires pour les assurés. Cette étude portera également sur les frais de réparation et examinera les raisons pour lesquelles de nombreux assurés sont prêts à déboursier des sommes importantes, tandis que d'autres choisissent des appareils meilleur marché.

6. Interfaces entre l'assurance-invalidité et d'autres acteurs

6.1 Introduction

Dans le cadre du deuxième programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI 2), la question des interfaces entre l'AI et d'autres acteurs a constitué un thème de recherche central. Le profil des bénéficiaires et le succès des efforts de réadaptation de l'AI sont largement dépendants des interactions entre l'AI et les acteurs des domaines de la santé, de l'intégration professionnelle (sécurité sociale) et aussi, dans une certaine mesure, de la formation.

Le présent chapitre se concentre sur les études ayant examiné les interfaces entre l'AI et les acteurs institutionnels de la santé, de la sécurité sociale et de la formation (l'assurance-chômage, l'aide sociale, les assureurs-maladie et d'indemnités journalières, l'école, etc.). Les études du PR-AI 2 spécifiquement consacrées à la collaboration entre l'AI et des acteurs privés comme les médecins traitants (Bolliger et Féraud 2015) et les employeurs (Geisen et al. 2016) sont traitées dans les chapitres 2 (procédure d'instruction) et 3 (réadaptation professionnelle) du présent rapport.

Ce chapitre est structuré en trois grandes sections, selon le type d'interfaces et d'acteurs impliqués. La section 6.2 est consacrée aux interfaces entre l'AI, l'assurance-chômage (AC) et l'aide sociale (AS). Cette interface, souvent décrite comme le système AS-AI-AC, a généralement été abordée sous deux angles différents mais liés. Premièrement, sous l'angle des passages entre les trois systèmes et du problème dit de l'« effet tourniquet ». Et deuxièmement, sous l'angle des solutions apportées au niveau de la politique sociale pour résoudre les problèmes à ces interfaces, et plus particulièrement de la collaboration interinstitutionnelle (CII). Ensuite, la section 6.3 élargit la perspective et s'intéresse à la collaboration entre les acteurs impliqués dans la détection précoce en amont de la rente AI. Sont inclus ici aussi les assureurs-maladie et d'indemnités journalières, les caisses de pension et les employeurs. La section 6.4, quant à elle, est consacrée à la question de la coordination des interventions concernant les jeunes présentant des troubles de santé. Cette question a été thématiquée dans le cadre de plusieurs études récentes du PR-AI 2 (OCDE 2014, Eckert et al. 2015, Landert et al. 2015, Baer et al. 2015). Enfin, la section 6.5 résume les principaux résultats et recommandations.

6.2 Passages entre les systèmes AS-AI-AC et collaboration interinstitutionnelle

Les problèmes des passages et de la collaboration entre les systèmes de prestations de la sécurité sociale (plus particulièrement AS, AI et AC) ont suscité de fréquentes interventions politiques et la mise sur pied de projets tout au long des années 2000. En conséquence, ces thématiques ont été au centre de plusieurs études du PR-AI 2. Et la question des passages entre les systèmes AS, AI et AC fait l'objet d'un monitoring permanent de l'OFAS, lequel présente chaque année, sur la base de données administratives, le nombre total de bénéficiaires et les flux de personnes entre ces trois systèmes de prestations². Ce monitoring porte uniquement sur les personnes en âge de travailler (18-65 ans), et ne permet pas de se prononcer sur les flux financiers (Kolly 2011).

6.2.1 Quantification des passages

Pour répondre de manière fondée aux critiques faisant état de transferts de coûts entre les différents systèmes, l'OFAS, en collaboration avec le SECO et les représentants de l'aide sociale, a commandé une première étude afin de quantifier le nombre de bénéficiaires, les

² Cf. www.ofas.admin.ch > Documentation > Faits et chiffres > Statistiques > AS-AI-AC

combinaisons de prestations, et les passages entre les trois systèmes durant la période 2004-2006. L'étude a confirmé l'existence de passages entre les systèmes, mais qui sont relativement peu nombreux par rapport à l'ensemble des prestations perçues pendant la période considérée. Seule une minorité de bénéficiaires est concernée par un effet tourniquet, c'est-à-dire au moins deux passages, même si cet effet est probablement sous-évalué en raison de la courte période d'observation (Fluder et al. 2009).

Sur la base des données du monitoring AS-AI-AC, une deuxième étude de Fluder et al. (2013) a cherché à mieux comprendre le profil et le parcours institutionnel des nouveaux rentiers AI en 2010. Pour ce faire, les parcours professionnels ont été analysés sur les dix années précédant le versement de la rente (cinq ans en ce qui concerne la perception de prestations d'AC et d'AS). Comme la précédente, cette étude conclut à des passages entre les différents systèmes en moyenne moins complexes que ce qui est généralement présumé. Ainsi, le rapport constate que, pour plus de la moitié des nouveaux rentiers AI (53,9 %), aucune prestation ni de l'AC ni de l'AS n'a été perçue au cours des cinq années précédant l'octroi de la rente (Fluder et al. 2013, p. 13). De même, le parcours AC -> AS -> AI, souvent considéré comme problématique, correspond à moins de 10 % des cas de nouvelles rentes AI (Fluder et al. 2013, p. 14). Pour une majorité de nouveaux bénéficiaires de rente AI, la rente suit donc directement l'emploi. Ce résultat semble également s'appliquer pour les demandes de prestations AI. En effet, selon l'évaluation de la 5^e révision et de la révision 6a de l'AI, une large majorité des personnes qui ont déposé une première demande de prestations à l'AI étaient encore en emploi au moment de la demande (Guggisberg et al. 2015b, p. 49). Cette proportion a considérablement augmenté : elle est passée de 64 % en 2004 à 74 % en 2011.

Il est à noter que la probabilité de recourir à d'autres prestations en amont de la rente AI varie fortement selon la situation individuelle (âge, situation maritale, origine) et professionnelle (niveau de formation et branche d'occupation), et selon le type d'atteinte à la santé. Ainsi, les parcours complexes constitués de plusieurs passages entre les systèmes avant l'octroi d'une rente sont plus fréquents chez les personnes souffrant de troubles psychiques (Fluder et al. 2013 ; cf. chapitre 3).

Si dans l'ensemble, les passages entre les différents systèmes sont moins complexes que présumé, le rapport de Fluder et al. (2013) souligne néanmoins que l'octroi d'une rente est souvent le reflet d'une lente dégradation du parcours professionnel, marquée par des interruptions de travail et une baisse du revenu. Ainsi, en moyenne, les nouveaux bénéficiaires de rente AI en 2010 sont restés deux ans sans emploi avant l'octroi de leur rente (Fluder et al. 2013, p. 36). Au cours des cinq années précédant la rente, ils étaient 28 % à avoir touché des prestations de l'AC (Fluder et al. 2013, p. 19) et près d'un tiers (30,8 %) à avoir reçu des prestations de l'AS (Fluder et al. 2013, p. 22). Une partie non négligeable d'entre eux avait perçu ces prestations pendant plus d'une année. Enfin, plus d'un tiers des nouveaux bénéficiaires de rente (39 %) a subi une baisse de salaire durant la période observée (2000-2010) et une partie d'entre eux (28 %) a vu son revenu fortement fluctuer (Fluder et al. 2013, p. 41).

Une limite de l'étude de Fluder et al. (2013) est qu'elle est centrée sur les parcours en amont de la rente et ne permet pas d'observer un éventuel transfert de charges de l'AI vers les autres prestations suite aux dernières révisions de l'AI. L'évaluation de la 5^e révision et de la révision 6a de l'AI, ainsi qu'une étude de Kolly et Patry (2014) comblent en partie cette lacune, notamment pour ce qui concerne l'aide sociale. Ces deux études tendent à indiquer que les changements dans la pratique de l'AI survenus depuis 2008 (moins de rentes et davantage de mesures de réadaptation) ont des répercussions très faibles sur l'aide sociale. Kolly et Patry (2014) montrent ainsi que, bien que le taux d'aide sociale dans les deux ans suivant la demande de prestation AI ait légèrement augmenté pour les assurés ayant touché des prestations AI autres que la rente, ce taux a diminué pour les personnes n'ayant perçu aucune prestation de l'AI. L'évaluation de la 5^e révision et de la révision 6a de l'AI parvient à

des résultats globalement semblables, mais relève toutefois un potentiel de transfert (Guggisberg et al. 2015b, p. 59). Le nombre absolu de personnes n'ayant pas obtenu de rente AI (avec ou sans mesure de réadaptation) et touchant des prestations de l'aide sociale trois ans après le dépôt d'une première demande a augmenté entre les cohortes 2007 et 2010. En tenant compte de l'augmentation des nouvelles demandes AI sur cette même période, cette augmentation s'élève à 400-550 cas par année, et représente une part minime des quelque 180 000 adultes en âge de travailler à l'aide sociale (Guggisberg et al. 2015b, p. 59).

Il faut rappeler qu'il s'agit ici de transferts de personnes, et non pas de répercussions financières pour l'aide sociale qui, avec les données actuelles, ne peuvent pas être calculées. Il n'est pas non plus possible de savoir si les personnes nouvellement tributaires de l'aide sociale sont entièrement ou seulement partiellement dépendantes de cette prestation. L'évaluation des dernières révisions de l'AI (Guggisberg et al. 2015b, p. 54) montre que la proportion des personnes en emploi et sans rente trois ans après le dépôt de la demande est passée de 37 % en 2004 à 55 % en 2010, alors que le nombre de personnes sans emploi et sans rente est resté globalement stable (env. 25 %). Si ces résultats indiquent que le refus de rente ne débouche pas nécessairement sur le non-emploi, leur implication pour l'aide sociale n'est pas claire.

Pour ce qui est de l'impact des révisions de l'AI sur l'assurance-chômage, une légère augmentation du nombre de personnes touchant des prestations de chômage peut être observée au cours des trois ans suivant le dépôt de la demande. Cette hausse est toutefois concentrée sur l'année suivant le dépôt, ce qui doit plutôt être interprété comme la conséquence d'un dépôt de demande plus rapide à l'AI, quand la personne est encore en emploi, que comme le signe d'un véritable transfert de coût vers l'assurance-chômage (Guggisberg et al. 2015b, p. 57).

6.2.2 La collaboration interinstitutionnelle

La collaboration interinstitutionnelle (CII) a vu le jour dès le début des années 2000 en réponse aux problèmes survenant aux interfaces entre l'aide sociale, l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage (AS-AI-AC). Son objectif est l'harmonisation optimale des différents systèmes de sécurité et d'intégration, et la coordination des offres dans l'intérêt des personnes soutenues. Bien qu'encouragée au niveau fédéral, la mise en œuvre de la CII reste avant tout de la compétence des cantons. La CII, qui a connu un démarrage lent, s'est intensifiée au cours des dix dernières années, et d'importantes ressources y ont été consacrées (OCDE 2014). Elle recouvre une grande variété de modèles de coordination formelle et informelle, agissant au niveau structurel ou individuel (Comité national de pilotage CII 2011). Initialement centrée sur le système AS-AI-AC, la CII s'est ouverte dès 2011 aux acteurs de la formation et de l'intégration/la migration. Le système de santé n'est encore que rarement intégré à la CII (OCDE 2014).

Deux études réalisées dans le cadre du PR-AI 2 ont plus particulièrement thématiqué la question des formes et de l'impact de la CII. Il s'agit de l'étude « Santé mentale et emploi » (OCDE 2014) et de l'étude dressant une typologie et un état des lieux des formes de la collaboration interinstitutionnelle en Suisse (Bieri et al. 2013). Ce dernier rapport met notamment en évidence la diversité des formes de CII après plus de dix ans d'existence. Ainsi, il recense plus de 87 formes de CII mises en œuvre par les cantons. Elles peuvent être regroupées en quatre grands types de collaboration, à savoir : la collaboration multilatérale pour les jeunes, la collaboration multilatérale pour les adultes, la collaboration bilatérale, ainsi que la coordination relative aux structures, indépendamment de toute gestion de cas (élaboration de bases communes en matière de planification et d'utilisation d'instruments, etc.). Toutefois, un résultat majeur de ce rapport est que l'essentiel de la collaboration a lieu de manière totalement informelle, en dehors des 87 formes institutionnalisées de collaboration identifiées.

Les deux études mettent en évidence le large potentiel de la CII. La CII est un instrument généralement évalué de manière positive par les acteurs de terrain, notamment par les collaborateurs de l'AI, qui pourrait beaucoup apporter aux personnes atteintes dans leur santé psychique. Les avantages perçus se situent notamment au niveau de l'échange d'informations, de la clarification des responsabilités, ainsi que de la coordination des prestations financières et de réadaptation (Bieri et al. 2013, pp. 55 s.). Dans ce sens, la CII pourrait jouer un rôle majeur dans la phase de l'intervention précoce de l'AI. Toutefois, la nécessité d'agir rapidement dans cette phase complique le recours à la CII formalisée. Durant cette phase, les échanges informels sont donc privilégiés (Bieri et al. 2013, p. 57).

Les deux rapports soulignent également les nombreux obstacles et limites de la CII. Parmi ces obstacles, on peut mentionner le caractère décentralisé et facultatif de la CII, l'insuffisance des ressources à disposition et des incitations structurelles à s'engager, sa dépendance face au cadre légal existant, ainsi que le risque d'une charge de travail supplémentaire pour les spécialistes du terrain recourant à la CII formalisée. Sur la question de la formalisation de la CII, le rapport de Bieri et al. (2013) suggère une certaine tension. D'un côté, une coordination formalisée et centrale de la collaboration est jugée comme un facteur de succès permettant de définir clairement les buts et les responsabilités. De l'autre, elle est perçue comme un obstacle à s'engager dans la collaboration.

Au vu de ses limites, la CII constitue toujours un instrument modeste, tant au niveau de son ampleur (plus de 50 % des formes de collaboration cantonales touchant à des cas individuels concernent moins de 150 cas par année ; Bieri et al. 2013, p. 23) que de son efficacité. Sur ce dernier point, les deux études relèvent le manque de statistiques, tant au niveau cantonal que fédéral, qui limite sérieusement les évaluations des modèles de CII. Cette lacune ne permet pas de tirer des conclusions claires quant à leur impact sur la prise en charge des bénéficiaires et leurs chances de retour à l'emploi.

- Au vu de l'extrême variété des formes de collaboration, y compris à l'intérieur des cantons, il faut développer une définition commune de la CII et établir des plans cantonaux recensant toutes les formes de CII (Bieri et al. 2013, p 63).
- Pour améliorer le potentiel de la CII et inclure l'ensemble des acteurs impliqués autour des personnes, notamment celles atteintes dans leur santé psychique, il faut mieux intégrer le système de santé dans la CII et renforcer les réseaux avec les employeurs (Bieri et al. 2013, p. 65, et OCDE 2014, p. 135).
- Pour remédier au manque d'incitations à coopérer, il convient de renforcer et d'harmoniser les incitations financières à l'appui d'une coopération plus étroite entre les principaux partenaires de la CII (AS-AI-AC ; OCDE 2014, p. 135).
- Il convient également de limiter autant que possible les obstacles à l'annonce de cas et à l'échange d'informations, ainsi que d'encourager la collaboration informelle ou bilatérale (Bieri et al. 2013, pp. 64 s.).
- Les bases statistiques sont encore lacunaires et limitent les possibilités d'évaluation de la CII. Un monitoring national minimal devrait être mis en œuvre, et complété par des évaluations de l'efficacité de la CII à l'échelon cantonal (Bieri et al. 2013, p. 65).

6.3 Collaborations dans le domaine de la détection et de l'intervention précoces

Malgré l'introduction de nouveaux instruments de détection et d'intervention précoces en 2008 avec la 5^e révision de l'AI, il arrive encore souvent que l'AI soit informée tardivement des cas relevant potentiellement de l'invalidité. Plusieurs rapports traitent de la difficulté à identifier de manière précoce les personnes présentant des troubles de la santé potentiellement invalidants. Ce problème est particulièrement aigu pour les personnes avec des troubles psychiques (Baer et al. 2011), et concerne l'ensemble des acteurs intervenant en amont de l'AI. Cela comprend non seulement l'AS et l'AC, mais aussi les employeurs et les

autres acteurs impliqués dans le système de santé (assureurs-maladie et d'indemnités journalières, caisses de pension).

En matière de détection précoce, il ressort de plusieurs études du PR-AI 2 que les acteurs intervenant en amont de la rente AI manquent souvent des ressources et incitations nécessaires pour appréhender et faire face à des collaborateurs atteints dans leur santé (Baer et al. 2011, OCDE 2014). Ainsi, la connaissance des employeurs des instruments de détection et d'intervention précoces mis à disposition par l'AI est encore souvent lacunaire. De plus, ceux-ci se montrent souvent réticents à entreprendre des démarches pour leurs collaborateurs (Baer et al. 2011, cf. aussi les chapitres 3 et 4 du présent rapport). Selon le rapport de l'OCDE (2014), les capacités et les incitations à identifier les personnes avec des troubles psychiques sont également insuffisantes dans les ORP et les services sociaux. Si l'attention accordée aux problématiques de santé est en général plus grande dans les services sociaux que dans les ORP, les services sociaux ne disposent souvent pas des outils et ressources nécessaires pour déceler les problèmes de santé psychique de leurs bénéficiaires (OCDE 2014, p. 119). Enfin, pour les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie, l'introduction dans le cadre de la 5^e révision de l'AI d'un délai minimum de six mois entre le dépôt de la demande de prestations AI et la rente, en créant une incitation à déposer une demande le plus tôt possible, a aussi contribué à limiter l'attractivité de la détection précoce (Bolliger et al. 2012).

Durant la période couverte par le PR-AI 2, deux projets pilotes ont été soutenus par l'OFAS, afin d'optimiser la collaboration entre les employeurs, les offices AI et les assureurs (assureurs d'indemnités journalières, assureurs-accidents et caisses de pension) en matière de détection précoce et de prise en charge des collaborateurs en incapacité de travail. Ce sont les projets pilotes « Détection précoce et réinsertion professionnelle (DPR) » (Kraft et al. 2013) et ConCerto (Trageser et al. 2014). Dans les deux cas, des processus de collaboration ont été formalisés, avec pour objectif d'encourager le maintien en emploi et d'éviter les rentes.

Les évaluations des deux projets ont montré qu'il existait un besoin d'une meilleure collaboration. Elles concluent également à des résultats globalement favorables des projets mis en place. Ceux-ci ont contribué à renforcer la collaboration entre les acteurs impliqués et à améliorer la détection précoce et la gestion des cas de maladie et d'accidents. Les employeurs ont plus facilement accès aux offices AI, et les assureurs d'indemnités journalières et les caisses de pension sont plus rapidement inclus dans le processus. De par son concept, ConCerto est globalement apte à soutenir le maintien en emploi (Trageser et al. 2014, p. 41). Ses effets ne se traduisent cependant pas par des bénéfices financiers tangibles à court terme. Le projet DPR a permis un transfert de connaissances et une meilleure sensibilisation des cadres à l'importance de la détection précoce et de la réinsertion professionnelle. Il a toutefois coûté beaucoup de temps aux collaborateurs. Les économies réalisées à court terme ont été limitées et la durée des procédures n'a que faiblement diminué au total (Kraft et al. 2013). Dans le cas de ConCerto, l'évaluation conclut que la plus-value du projet réside surtout dans les aspects non mesurables (Trageser et al. 2014, p. 44).

Les deux évaluations identifient également un certain nombre de conditions nécessaires à la bonne réussite de la collaboration. Il s'agit notamment de l'existence préalable d'une base commune de collaboration, d'une volonté de collaboration de la part des cadres de l'entreprise, et de l'entretien de rapports réguliers et personnels entre les collaborateurs.

Dans les deux cas, il ressort que la collaboration semble confrontée à un dilemme fondamental entre, d'un côté, la nécessité d'une certaine formalisation pour inciter à la collaboration, et de l'autre, la garantie d'une certaine souplesse dans la mise en œuvre de la collaboration pour s'adapter aux situations individuelles. Finalement, les deux évaluations soulignent que le modèle de collaboration testé dans les projets pilotes fonctionne bien avec les moyennes à grandes entreprises disposant d'une gestion des ressources humaines (RH) professionnalisée. Cela n'est pas forcément le cas pour les petites entreprises pour qui une

simplification des processus de collaboration est nécessaire (Kraft et al. 2013, Trageser et al. 2014).

- Pour les employeurs, mais aussi les ORP et les services sociaux, il faut renforcer le travail de communication et de sensibilisation aux coûts d'une non-prise en charge. Il faut également renforcer les incitations à identifier les problèmes de santé psychique et à agir rapidement (OCDE 2014, pp. 132 à 134, Kraft 2013, p.139, Trageser et al. 2014, p. 46). Pour encourager plus particulièrement les entreprises à collaborer, l'AI doit envisager un financement incitatif, comme le cofinancement de prestations de conseil ou des aides financières uniques aux entreprises collaborant (Kraft 2013, p. 139, Trageser et al. 2014, p. 49).
- Il faut harmoniser les différents modèles de collaboration pour faciliter leur diffusion (Trageser et al. 2014, p. 49)
- Il faut adapter les modèles de collaboration aux petites entreprises (Trageser et al. 2014, p. 46). Pour que ces dernières bénéficient d'un soutien professionnalisé et aient rapidement accès aux prestations des assurances sociales dans des cas complexes, il serait utile de créer un guichet d'accueil et d'orientation pour la gestion des absences et maladies (Kraft 2013, p. 139).
- Il faut optimiser les potentiels de collaboration en garantissant une souplesse d'application des cadres de collaboration et en intégrant de manière active l'ensemble des acteurs aux processus, en particulier les médecins traitants et les caisses de pension (Trageser et al. 2014, p. 47).

6.4 Interfaces concernant les enfants et jeunes atteints dans leur santé

Dans le cadre du PR-AI 2, un certain nombre d'études se sont intéressées à la prise en charge des enfants et des jeunes atteints dans leur santé. Malgré de nettes améliorations au cours de la dernière décennie, ces études ont toutes relevé un besoin important d'une meilleure coordination de la prise en charge pour ces publics cibles. Ce besoin se fait sentir au niveau du diagnostic et du traitement (en particulier en cas de troubles précoces du développement ; Eckert et al. 2015), et tout au long de la scolarité et de la transition vers la formation professionnelle et l'emploi.

La scolarité et la formation professionnelle représentent deux étapes fondamentales pour le développement et l'intégration sociale et professionnelle des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Dans l'ensemble, en comparaison internationale, la Suisse peut se targuer d'une palette relativement bien développée de services destinés aux jeunes présentant des troubles du développement et des problèmes psychiques (OCDE 2014). Au cours des 20 dernières années, les efforts pour mettre en place des mesures d'appui favorisant la scolarisation intégrée ont été considérablement développés (Eckert et al. 2015). De même, les solutions intermédiaires dans la phase de transition I pour les jeunes sans solution de formation ont fortement augmenté en capacité. Des mesures de transition I préparant à l'entrée en formation professionnelle sont aujourd'hui assurées sur l'ensemble du territoire suisse. Chaque année, ce sont près de 20 % des jeunes sortant de l'école qui bénéficient d'une mesure de transition I (Landert et al. 2015).

Toutefois, les différentes études consacrées aux enfants et aux jeunes dans le cadre du PR-AI 2 mettent en évidence la persistance de plusieurs lacunes :

- Le nombre de places dans les écoles et dans les structures de transition I ordinaires demeure insuffisant pour les enfants et les jeunes présentant des atteintes à la santé. Ainsi, au niveau de la formation obligatoire, les places sont toujours en nombre insuffisant, surtout pour les jeunes qui combinent troubles du spectre de l'autisme et retard mental (Eckert et al. 2015). Ensuite, l'accès aux solutions transitoires les plus courantes,

comme une dixième année scolaire, une mesure combinée ou un semestre de motivation (SEMO), est limité et soumis à des critères d'âge et de santé tendant à exclure les jeunes présentant des troubles de santé ou pris en charge par l'AI. Pour contrer ce problème, plusieurs cantons ont mis sur pied des « offres transitoires d'enseignement spécialisé » destinées aux jeunes atteints dans leur santé. Toutefois, cette offre ne couvre actuellement qu'une petite partie des jeunes présentant des atteintes à la santé. Elle ne représente en effet que 4 % des places disponibles (Landert et Eberli 2015).

- Les services destinés aux jeunes interrompant leur formation sont également encore insuffisamment développés (OCDE 2014), et les ressources pour identifier ces jeunes en situation de décrochage au sein des institutions de sécurité sociale (ORP, services sociaux) sont insuffisantes.
- Les institutions scolaires et de formation professionnelle ne sont pas suffisamment adaptées aux particularités et besoins spécifiques des enfants et adolescents présentant des troubles psychiques, y compris et surtout des troubles du spectre de l'autisme. Même si de nombreux progrès ont été réalisés, les mesures d'appui scolaire, de même que les compétences des professionnels sont encore trop faiblement orientées sur les spécificités de l'autisme. Ceci vaut pour la scolarisation en école ordinaire et en école spécialisée (Eckert et al. 2015).

Parce que le domaine de l'éducation et de la formation est avant tout de la compétence des cantons, la coordination des services pour les enfants et les jeunes avec des troubles de santé a toujours représenté un certain défi pour l'AI. Les développements qui ont eu lieu dans le domaine de l'éducation et de la formation ces dernières décennies, même s'ils ont permis d'améliorer les services pour les jeunes, ont aussi créé un certain nombre de défis supplémentaires de coordination entre les différentes offres.

Ainsi, la tendance accrue à la scolarisation intégrée a aussi compliqué la coopération avec les services extérieurs à l'école (éducation précoce spécialisée, orientation professionnelle de l'AI, etc.), notamment dans les étapes de transition (Eckert et al. 2015, p. 44).

Ensuite, le développement des offres de transition I s'est accompagné d'une diversification des offres et des acteurs impliqués au niveau cantonal. En raison de la diversité des offres, les prestataires de mesures de transition I incluent désormais non seulement les cantons, mais aussi l'AC (semestres de motivation – SEMO) et, de manière plus indirecte, l'AI via les offres de pédagogie spécialisée. Ce développement, tout comme l'absence de bases solides de travail (statistiques, rapports annuels, définition homogène des concepts, etc.), a jusqu'ici compliqué le pilotage des solutions transitoires. Il a conduit certains cantons (les plus peuplés) à mettre sur pied des structures cantonales globales de pilotage et d'organisation des offres de la transition I. Ceci inclut l'instauration d'instances de tri afin d'orienter les jeunes vers la mesure préparatoire adéquate ou vers un suivi de type Case management Formation professionnelle (Landert et Eberli 2015). Si la coordination avec le SEMO et l'assurance-chômage est généralement bien assurée, « la situation dans le domaine de la pédagogie spécialisée doit être examinée de plus près – également au sens de l'article exposant le but de la loi sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées – et nécessite des ressources supplémentaires » (Landert et Eberli 2015, p. 61).

- Il faut mieux faire connaître aux établissements scolaires l'éventail de services dont ils devraient disposer, ainsi que la manière de les utiliser au mieux afin de prévenir les problèmes psychiques des élèves ou d'y faire face (OCDE 2014, p. 185).
- Pour les enfants et jeunes présentant des troubles précoces du développement, au moins un centre de compétence suffisamment doté en personnel devrait être mis sur pied par canton afin de mieux coordonner l'offre en matière de diagnostics et d'intervention, de garantir un conseil compétent aux parents et aux professionnels, et d'assurer un case management. Pendant toute la scolarité obligatoire et jusqu'à la formation pro-

professionnelle, les offres spécifiques à l'autisme doivent être renforcées et les professionnels mieux formés aux spécificités de l'autisme (Eckert et al. 2015, pp. 82 à 87). Cela vaut particulièrement pour les jeunes ayant des troubles psychiques (cf. chapitre 4).

- Il convient de s'attaquer aux problèmes de décrochage des jeunes au cours du degré secondaire II ou de la formation professionnelle en assurant un suivi systématique et en améliorant la coopération avec les ORP, l'aide sociale et les services de santé mentale (OCDE 2014, p. 185).

6.5 Conclusions et recommandations

La problématique de l'atteinte à la santé et de l'invalidité touche de nombreux domaines, et les acteurs gravitant autour des personnes en situation d'incapacité de travail et de handicap sont nombreux. Les études du PR-AI 2 soulignent la nécessité d'une bonne coordination entre l'AI et d'autres acteurs à de nombreuses interfaces afin d'identifier le plus rapidement possible les personnes atteintes dans leur santé et présentant un risque d'invalidité, et d'intervenir de manière rapide et adéquate.

Les études montrent que les besoins de coordination du point de vue de l'AI sont particulièrement importants avec les systèmes de prestations de la sécurité sociale (AC et AS), avec les employeurs, les médecins traitants et les assureurs-maladie et d'indemnités journalières impliqués en amont de la rente, ainsi que dans le domaine de l'éducation et de la formation. Ces besoins accrus reflètent en grande partie les développements dans chacun de ces domaines au cours des dernières décennies. Mais ils reflètent aussi la réorientation que l'AI a accompli avec les dernières révisions vers une assurance de réadaptation. Ainsi, le besoin d'une meilleure coordination pour l'AI en amont de l'invalidité et dans le domaine de l'éducation et de la formation est également en partie le reflet d'une préoccupation accrue de l'AI pour l'intégration durable sur le marché du travail des jeunes et des adultes atteints dans leur santé psychique.

Les études montrent également combien il est difficile de mettre sur pied des modèles de collaboration optimaux. La collaboration semble en effet faire face à plusieurs défis de taille, qui sont :

- la sensibilisation de l'ensemble des acteurs concernés et les incitations à coopérer ;
- l'équilibre entre le besoin d'un cadre minimal pour assurer une base commune et durable de collaboration et le besoin d'une souplesse d'application pour s'adapter aux besoins particuliers et éviter des surcharges de travail qui viendraient pénaliser l'implication dans une procédure de travail ;
- les tensions existantes entre les bénéfices d'une meilleure collaboration au niveau individuel pour les professionnels du terrain et les bénéficiaires, et les difficultés d'objectiver cette plus-value par des bénéfices financiers à court terme au niveau systémique.

Tous ces aspects limitent la portée de la collaboration, malgré son potentiel reconnu et loué par l'ensemble des acteurs (OCDE 2014). Sur ce point, les rapports suggèrent quelques pistes intéressantes pour renforcer les incitations à collaborer et optimiser le potentiel des modèles de collaboration. Ces recommandations sont notamment les suivantes :

- Pour favoriser une stratégie de collaboration globale, les différents modèles de collaboration doivent être mieux coordonnés, le système de santé doit être mieux intégré à la CII et aux autres formes de collaboration, et les réseaux avec les employeurs doivent être renforcés.
- Pour réduire autant que possible les réticences à la collaboration, il convient de renforcer et d'harmoniser les incitations financières à l'appui d'une coopération plus étroite, et de

garantir une souplesse suffisante d'action par rapport au processus de collaboration développé. Ceci vaut aussi bien pour la CII que pour les modèles de collaboration développés en vue d'encourager la détection précoce des personnes atteintes dans leur santé.

- L'AI doit renforcer son travail de communication auprès des employeurs, des ORP, des services sociaux ainsi qu'auprès des écoles et des autres acteurs de la formation professionnelle afin de mieux les sensibiliser aux problématiques de la santé et d'accroître leurs connaissances sur l'éventail des services à leur disposition.
- La collaboration avec les petites entreprises doit être renforcée et les modèles de collaboration doivent être adaptés à leurs besoins. Pour que les petites entreprises bénéficient d'un soutien professionnalisé et aient rapidement accès aux prestations des assurances sociales dans des cas complexes, il serait utile de créer un guichet d'accueil et d'orientation pour la gestion des absences et maladies.
- Pour les enfants et les jeunes présentant des troubles précoces du développement, au moins un centre de compétence suffisamment doté en personnel doit être mis sur pied par canton afin de mieux coordonner l'offre en matière de diagnostics et d'intervention, garantir un conseil compétent aux parents et aux professionnels, et assurer un case management. Pendant toute la scolarité obligatoire et jusqu'à la formation professionnelle, les offres spécifiques à l'autisme doivent être renforcées et les professionnels doivent être mieux formés aux spécificités de l'autisme.
- Un monitoring des principaux indicateurs de la CII doit être développé au niveau fédéral et cantonal afin d'élargir les connaissances sur l'importance de la collaboration.

6.6 Position de l'OFAS

6.6.1 Mesures prises jusqu'ici

L'AI a vécu de profonds changements au cours de la dernière décennie qui l'ont transformée d'une assurance de rente en une assurance de réadaptation. Cette transformation a provoqué des craintes et des critiques, certains estimant que les révisions de l'AI se font aux dépens des autres régimes sociaux, notamment de l'aide sociale et de l'assurance-chômage. Une étude publiée en 2015 par l'Initiative des villes pour la politique sociale et par la Haute école spécialisée bernoise montre que, dans les onze villes étudiées, près de deux tiers des bénéficiaires de l'aide sociale de longue durée présentaient des problèmes de santé avérés. Cette proportion est élevée et souligne encore une fois les fortes interactions entre insertion professionnelle et état de santé. Par contre, ce résultat ne peut être imputé que marginalement aux révisions de l'AI. En effet, l'évaluation de la 5^e révision et de la révision 6a de l'AI montre clairement que celles-ci n'ont eu que de très faibles conséquences sur le nombre de personnes inscrites à l'assurance-chômage et à l'aide sociale.

La prévalence des troubles de la santé parmi les bénéficiaires de prestations sociales rappelle l'importance de la collaboration interinstitutionnelle (CII) pour l'AI. Depuis 2011, des structures nationales CII ont été créées pour soutenir la CII et promouvoir l'échange d'expériences entre institutions et cantons. Après cinq ans d'existence, le fonctionnement de ces structures fait actuellement l'objet d'une évaluation. Les résultats sont prévus pour le printemps 2016. Il s'agira ensuite d'examiner si des adaptations sont requises. Toutefois, quels que soient les résultats, la mise en œuvre de la CII reste avant tout de la compétence des cantons. Au vu de la diversité des formes de collaboration existantes dans les cantons et entre les cantons, un monitoring fédéral des projets de collaboration cantonaux, tel que recommandé dans l'évaluation sur les formes de la CII, n'est donc ni adapté ni compatible

avec l'esprit de base de la CII. Cette proposition a été rejetée par la plupart des acteurs de la CII.

L'Office fédéral de la santé publique a pris connaissance des recommandations de l'OCDE et discuté en interne que le système de santé puisse être mieux représenté dans le cadre de la CII. L'office a ainsi déjà assisté à certaines manifestations CII.

En ce qui concerne la collaboration avec les employeurs et les institutions du domaine de l'école et de la formation professionnelle, plusieurs mesures ont déjà été prises. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2015, le conseil aux employeurs et aux spécialistes des domaines de l'école et de la formation constitue une tâche à part entière des offices AI. Pour ce qui est de la communication à l'intention des employeurs, les deux modèles de collaboration testés dans le cadre des projets pilotes DPR et ConCerto ont été mis en commun et diffusés sur la plateforme d'information compasso.ch, afin de garantir l'uniformité de la communication. Ces modèles seront poursuivis durablement.

De son côté, le Conseil fédéral a accepté en 2015 le postulat 15.3206 Bruderer-Wyss demandant la tenue d'une Conférence nationale sur l'intégration sur le marché de l'emploi des personnes handicapées, laquelle sera organisée dans le courant de 2016-2017.

Finalement, ciblant plus particulièrement le soutien offert aux enfants et aux jeunes souffrant de troubles du spectre de l'autisme, les travaux de mise en œuvre du postulat 12.3672 Hêche ont débuté sous la direction de l'OFAS. La recherche de pistes et solutions de collaboration avec les divers acteurs de la formation et de la santé y figure de manière préminente. Les résultats de ces travaux, qui pourraient servir de modèle pour d'autres domaines, sont prévus pour fin 2016.

6.6.2 Mesures envisagées

L'OFAS est extrêmement sensible aux besoins de coordination soulevés dans les rapports cités. Le renforcement de la collaboration avec les partenaires de l'AI est d'ailleurs un aspect central du projet de développement continu de l'AI. Dans ce cadre, plusieurs mesures sont envisagées. On peut notamment citer le rallongement de la protection chômage pour les rentiers AI dont la rente a été supprimée et qui doivent se repositionner sur le marché du travail, ainsi que la création de la base légale nécessaire à la mise en place de centres de compétence régionaux pour le placement. Concernant ce dernier point, le canton d'Argovie teste actuellement un modèle dans le cadre du projet pilote « Guichet unique marché du travail ».

Le renforcement de la collaboration avec les employeurs et les institutions du domaine de l'école et de la formation professionnelle constitue un autre axe majeur du projet de développement continu de l'AI. Il est prévu de développer les tâches de conseil et d'accompagnement vers la réadaptation et d'impliquer plus activement l'AI au moment de la transition entre école obligatoire et formation professionnelle pour les jeunes atteints dans leur santé. Dans un cas comme dans l'autre, l'objectif est similaire, à savoir améliorer les chances d'une détection précoce et d'une insertion professionnelle durable des personnes atteintes dans leur santé.

7. Perspectives

Le premier programme de recherche sur l'assurance-invalidité (2006-2009) avait pour objectif prioritaire d'identifier les causes de l'augmentation rapide des cas d'invalidité, d'élaborer des bases permettant de juger l'efficacité des mesures prévues par les révisions de l'AI, ainsi que de proposer de nouveaux instruments destinés à soutenir les objectifs de la LAI et des modifications susceptibles d'accroître l'efficacité de la loi. Les thèmes de recherche abordés par ce programme étaient les mécanismes fondamentaux du système de l'AI, les interactions et interfaces avec divers acteurs, les effets de certaines mesures, ainsi que les causes de la forte augmentation des mises en invalidité pour raisons psychiques. Le premier programme de recherche a fourni de nombreux éléments pour optimiser le développement de l'AI et l'accompagner scientifiquement.

Le deuxième programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI 2, 2010-2015) s'est concentré sur l'évaluation des mesures instaurées dans le cadre des 4^e et 5^e révisions de l'AI. Par ailleurs, les projets relevant du champ thématique « Système » ont étudié dans une perspective globale les questions relatives au fonctionnement du système AI et de ses interfaces, et ceux relevant du champ thématique « Acteurs » se sont intéressés à l'impact de la motivation et des mesures incitatives sur le comportement des acteurs, dans une perspective ciblée.

La recherche dans l'assurance-invalidité est une tâche permanente qui se fonde sur l'art. 68 LAI : les bases, l'application et les effets des mesures de la LAI doivent être observés en permanence. Par conséquent, le troisième programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI 3, 2016-2020) suit immédiatement le PR-AI 2. Il a été approuvé par le Département fédéral de l'intérieur le 21 septembre 2015. La première étape a consisté en l'élaboration d'un concept : on a commencé par identifier les thèmes qui n'avaient pas été abordés par les deux programmes précédents, on a relevé les besoins de connaissances et de données à court, moyen et long termes liés aux derniers développements politiques, et on a interrogé les différents secteurs du domaine AI de l'OFAS sur leurs besoins en matière de recherche. Le concept du PR-AI 3 a ensuite été mis en consultation auprès de la sous-commission AI et de la Commission AVS/AI.

L'objectif du PR-AI 3 est de répondre aux besoins actuels de connaissances scientifiques sur l'assurance-invalidité, en tenant compte des derniers développements politiques, en particulier de l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012 de la révision 6a et du projet de développement continu de l'AI. Le PR-AI 3 est structuré selon un axe chronologique : il s'intéresse au passé, au présent et à l'avenir de l'AI. Comme les programmes précédents, il prévoit des analyses rétrospectives, telles que des évaluations des mesures instaurées dans le cadre des dernières révisions de l'AI. Il se penchera aussi sur la situation actuelle, par exemple avec des analyses des facteurs contextuels du monde du travail ou des études consacrées aux assurés et aux employeurs. Ce qui est nouveau, ce sont les analyses prospectives qui sont prévues, comme la modélisation de systèmes étrangers innovants afin d'évaluer les conséquences potentielles d'une application en Suisse. Les champs thématiques sont similaires à ceux des programmes précédents : le PR-AI 3 portera sur le système, les acteurs et les mesures. Entre 15 et 25 projets devraient être réalisés dans le cadre de ce nouveau programme de recherche.

Bibliographie

★ = études réalisées dans le cadre du PR-AI 2

- Baer, Niklas ; Altwicker-Hàmori, Szilvia ; Juvalta, Sibylle ; Frick, Ulrich ; Rüesch, Peter (2015) : Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten (rapport de recherche n° 19/15) ★
- Baer, Niklas ; Frick, Ulrich ; Fasel, Tanja (2009) : Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe (rapport de recherche n° 6/09)
- Baer, Niklas ; Frick, Ulrich ; Fasel, Tanja ; Wiedermann, Wolfgang (2011) : «Schwierige» Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche (rapport de recherche n° 1/11) ★
- Bieri, Oliver ; Gysin, Basil (2012) : Modellierung des verfügbaren Einkommens von IV-Rentnerinnen und IV-Rentnern: finanzielle Erwerbsanreize im Vergleich zweier Rentensysteme (publication électronique, disponible sur <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00098/index.html?lang=fr>) ★
- Bieri, Oliver ; Itin, Ariane ; Nadai, Eva ; Canonica, Alan ; Flamand, Emilie ; Pluess, Simon (2013) : Formen interinstitutioneller Zusammenarbeit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Typologie (rapport de recherche n° 11/13) ★
- Bolliger, Christian ; Féraud, Marius (2015) : Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und behandelndem Arzt: Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure (rapport de recherche n° 5/15) ★
- Bolliger, Christian ; Fritschi, Tobias ; Salzgeber, Renate ; Zürcher, Pascale ; Hümbelin, Oliver (2012) : Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen in der Invalidenversicherung (rapport de recherche n° 13/12) ★
- Bütler, Monika (2012): Medikalisierung und ökonomische Anreize. in: Murer, Erwin (Hg.): Medikalisierung im Spannungsfeld von Recht und Medizin. Bern.
- Comité national de pilotage CII (2011) : Principes de base de la collaboration interinstitutionnelle (CII), 13.12.2011, Berne
- Ebner Gerhard ; Dittmann, Volker ; Mager, Ralph ; Stieglitz, Rolf-Dieter ; Träbert, Silke ; Bührlen, Bernhard ; Herdt, Jörg (2012) : Erhebung der formalen Qualität psychiatrischer Gutachten (rapport de recherche n° 2/12) ★
- Eckert, Andreas ; Liesen, Christian ; Thommen, Evelyne ; Zbinden Sapin, Véronique ; Hätich, Achim ; Wohlgensinger, Corinne ; Lütolf, Matthias ; Baggioni, Laetitia (2015) : Enfants, adolescents et jeunes adultes : troubles précoces du développement et invalidité (rapport de recherche n° 8/15) ★
- Fluder, Robert ; Salzgeber, Renate ; Fritschi, Tobias ; Pfiffner, Roger ; Hümbelin, Oliver ; Ruckstuhl, Herbert ; Germann, Urs ; Koch, Kilian (2013) : Verläufe und Profile von IV-Neurentner/innen 2010 Analysen anhand der SHIVALV-Daten 2005–2010 (rapport de recherche n° 10/13) ★
- Gehrig, Matthias ; Guggisberg, Jürg ; Graf, Iris (2013) : Wohn- und Betreuungssituation von Personen mit Hilfflosenentschädigung der IV (rapport de recherche n° 2/13) ★
- Geisen, Thomas ; Baumgartner, Edgar ; Ochsenbein, Guy ; Baur, Roland ; Duchêne-Lacroix, Cédric ; Widmer, Lea ; Amez-Droz, Pascal (2016) : Die Zusammenarbeit zwischen der IV und den Arbeitgebenden (rapport en préparation) ★
- Guggisberg, Jürg ; Stocker, Désirée ; Dutoit, Laure ; Becker, Heidrun ; Daniel, Heike ; Mosimann, Hans-Jakob (2015a) : Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen (rapport de recherche n° 4/15) ★

- Guggisberg, Jürg ; Bischof, Severin (2014) : Evaluation Assistenzbeitrag. Zwischenbericht 1 (publication électronique, disponible sur <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00098/index.html?lang=fr>) ★
- Guggisberg, Jürg ; Bischof, Severin (2015) : Evaluation Assistenzbeitrag. Zwischenbericht 2 (publication électronique, disponible sur <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00098/index.html?lang=fr>) ★
- Guggisberg, Jürg ; Bischof, Severin ; Jäggi, Jolanda ; Stocker, Désirée ; Portmann, Lea (2015b) : Evaluation de la réadaptation et de la révision des rentes axée sur la réadaptation dans l'assurance-invalidité (rapport de recherche n° 18/15) ★
- Guggisberg, Jürg ; Egger, Theres ; Künzi Kilian (2008) : Evaluation der Arbeitsvermittlung in der Invalidenversicherung (rapport de recherche n° 2/08).
- Hagen, Tobias ; Egle, Franz ; Puppa, Katrin (2014) : Evaluation Pilotprojekt Ingeus – berufliche Wiedereingliederung von Rentenbeziehenden der Invalidenversicherung (rapport de recherche n° 5/14)
- Herdt, Jörg ; Winckel, Henrike ; Laskowska, Barbara (2010) : Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen (rapport de recherche n° 5/10) ★
- Kawohl, Wolfram ; Bärtsch, Bettina ; Viering, Sandra (2015) : Zürcher Eingliederungsprojekt (ZhEPP) – Pilotversuch nach Art. 68quater IVG (publication électronique, disponible sur <http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00023/03205/index.html?lang=fr>)
- Koch, Patrick ; Hauri, Dominik ; Hirter, Christoph ; Kocher, Pierre-Yves ; Mohler, Lukas ; Scheiber, Lukas (2014) : Analyse der Preise in der Hörgeräteversorgung (rapport de recherche n° 11/14) ★
- Kolly, Michel (2011) : Quantification des interactions entre les systèmes de sécurité sociale, Sécurité sociale CHSS 4/2011, pp. 199 à 207
- Kolly, Michel ; Patry, Eric (2014) : Moins de rentes AI au détriment de l'aide sociale ?, Sécurité sociale CHSS 1/2014, pp. 44 à 49
- Kraft, Eliane ; Buffat, Marcel ; Baeriswyl, Annick ; Egli, Florian ; Setz, Matthias (2013) : Evaluation Pilotprojekt FER - «Gesundheitliche Früherkennung und berufliche Reintegration» (rapport de recherche n° 4/13)
- Landert, Charles ; Eberli, Daniela (2015) : Solutions transitoires au moment de la transition I – Etat des lieux. Berne : rapport pour le compte du SEFRI
- Latzel, Günther ; Andermatt, Christoph (2008) : Personen mit einer Hilflosenentschädigung IV: Vergütung von Pflege und Betreuung durch die Ergänzungsleistungen (rapport de recherche n° 6/08)
- Mémento 4.09 « Mesures de réadaptation d'ordre professionnel de l'AI ». Etat au 1^{er} janvier 2015 (disponible sur <https://www.ahv-iv.ch/p/4.09.f>)
- OCDE (2012) : Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi, Santé mentale et emploi, Editions OCDE
- OCDE (2014) : Santé mentale et emploi : Suisse, Santé mentale et emploi, Editions OCDE. En allemand : OECD (2014) : Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz (rapport de recherche n° 12/13) ★
- OECD (2015): Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work. Mental Health and Work, OECD-Publishing, Paris
- OFAS (2009) : Statistique de l'AI 2009. Office fédéral des assurances sociales, Berne
- OFAS (2010) : Programme de recherche sur l'assurance-invalidité 2006-2009 : rapport de synthèse (rapport de recherche n° 10/10)
- OFAS (2014) : Fiche d'information « Réadaptation professionnelle : bilan intermédiaire globalement positif. La révision 6a de l'AI n'a pas produit à ce jour les effets escomptés », 18.8.2014, Office fédéral des assurances sociales, Berne
- OFAS (2015) : Statistique de l'AI 2014. Office fédéral des assurances sociales, Berne
- OFS (2014) : Tableau Dépression nerveuse, su-f-14.02-ESS-SKRAN27a_CH (<http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/files/fr/02d3.xml>)

- Richter, Dirk ; Berger, Klaus ; Reker, Thomas (2008) : Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. Stuttgart (Thieme)
- Rüesch, Peter ; Altwicker-Hámori, Szilvia ; Juvalta, Sibylle (2014) : Diagnose und Behandlung junger Menschen mit psychischen Krankheiten. Literaturstudie zu evidenzbasierten, internationalen Leitlinien (rapport de recherche n° 3/14) ★
- Rüesch, Peter ; Bührlen, Bernhard ; Altwicker-Hámori, Szilvia ; Juvalta, Sibylle ; Träbert, Silke (2013) : Die Behandlung von Personen mit psychischen Krankheiten: Bestandsaufnahme der Behandlungssituation vor und während eines Rentenbezugs der Invalidenversicherung (publication électronique, disponible sur <http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00023/03205/index.html?lang=fr>) ★
- Sander, Monika ; Albrecht, Martin (2013) : Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung (rapport de recherche n° 1/14) ★
- Schoppig, Lucien (2015) : Troubles psychiques au travail : comment réagir ?, Sécurité sociale CHSS 1/2015, pp. 32 à 37
- Schuler, Daniela ; Burla, Laila (2012) : La santé psychique en Suisse. Monitoring 2012. Rapport de l'OBSAN n° 52
- Trageser, Judith ; Schultheiss, Andrea ; von Stokar, Thomas ; Schwab Cammarano, Stephanie (2014) : Evaluation des Zusammenarbeitsmodells ConCerto (rapport de recherche n° 2/14)
- Wanner, Philippe ; Pecoraro, Marco (2012) : La situation économique des rentiers AI (rapport de recherche n° 3/12) ★

**Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de>

**Autres rapports de recherche et expertises de la série
«Aspects de la sécurité sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=fr>

**Altri rapporti di ricerca e perizie della collana
«Aspetti della sicurezza sociale»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=it>

**Further research reports and expertises in the series
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

<http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=en>