

avenir débat

Réinsérer plutôt qu'exclure

Comment faciliter davantage le retour au travail en cas d'invalidité

Jérôme Cosandey avec la participation de Diego Taboada et Sarah Neuenschwander



Remerciements

Les auteurs remercient les membres de la Commission des programmes d'Avenir Suisse et les Professeurs Giorgio Behr et Reto Föllmi pour leur révision du contenu. Nous tenons également à remercier chacune des 33 personnes interviewées – responsables d'offices fédéraux et cantonaux, responsables d'offices AI, représentants d'assurances indemnités journalières en cas de maladie, de caisses de pension, de sociétés de réassurance et d'organisations faîtières ; nos remerciements vont également aux responsables des ressources humaines de grandes et moyennes entreprises, ainsi qu'aux fournisseurs de prestations œuvrant dans le domaine de l'invalidité. Toutes nous ont apporté des informations et suggestions précieuses lors de la préparation de cette étude, qui ont permis d'affiner nos analyses et de les enrichir d'exemples concrets. La responsabilité du contenu de cette étude incombe uniquement à l'auteur Jérôme Cosandey et au directeur d'Avenir Suisse, Peter Grünenfelder.

Auteurs	Jérôme Cosandey, en collaboration avec Diego Taboada et Sarah Neuenschwander
Traduction	Acolad Group, www.acolad.com
Relecture interne	Jérôme Cosandey, Antoine Duquet
Editeur	Avenir Suisse, www.avenir-suisse.ch
Conception	Carmen Sopi
Mise en page	n c ag, Pascal Müller, www.ncag.ch
Impression	Staffel Medien AG, www.staffelmedien.ch

© Avril 2021, Avenir Suisse, Zurich

Cette œuvre est protégée par le droit d'auteur. Avenir Suisse étant intéressé à la diffusion des idées présentées ici, l'utilisation par des tiers des conclusions, des données et des graphiques de cette œuvre est expressément souhaitée à condition que la source soit indiquée de façon précise et bien visible et que les dispositions légales en matière de droits d'auteur soient respectées.

Commander	assistent@avenir-suisse.ch , tél. 044 445 90 00
Télécharger	https://www.avenir-suisse.ch/fr/publication/reinsérer-plutôt-qu'exclure/

Préface

L'invalidité, et son assurance sociale, est un sujet vaste et très controversé, allant de son cercle de bénéficiaires, en passant par son enveloppe financière (l'AI coûte chaque année 9,5 milliards de francs à l'Etat), jusqu'à la manière d'organiser sa mise en œuvre. Toutes les prétentions à une AI sont-elles justifiées? Le processus menant à l'octroi d'une rente n'est-il pas trop bureaucratique, ne prend-il pas trop de temps?

En temps de pandémie, le thème prend une importance encore plus grande. Le manque de perspective, la solitude, l'isolement social, ainsi que les incertitudes concernant l'évolution du marché du travail laissent présager une hausse marquée des affections psychiques. Et avec elle vraisemblablement aussi une nette augmentation du nombre de demandes auprès des offices AI. Avant la pandémie déjà, la réinsertion des personnes admises au bénéfice de l'AI constituait un des défis majeurs pour l'Etat social suisse; c'est d'autant plus vrai dans la situation économique actuelle.

A cela s'ajoute que l'organisation du système d'invalidité suisse apparaît aux personnes extérieures comme un ensemble d'une extrême complexité, avec des compétences réparties entre de multiples niveaux, un grand nombre d'acteurs impliqués, tels que les employeurs, les employés, les médecins, les assurances d'indemnités journalières en cas de maladie, les caisses de pension et les institutions publiques au niveau fédéral comme cantonal. Les structures et processus complexes conduisent souvent inévitablement à des incitations contreproductives, des inefficiences, ainsi qu'à une multitude de déficits de communication.

Un des objectifs de la présente étude, réalisée sous la direction de mon collègue Jérôme Cosandey, responsable de recherche en politique sociale chez Avenir Suisse, est donc également de rendre plus transparente l'organisation actuelle du système d'invalidité suisse. A ce titre, les auteurs ont pu recourir à des données exclusives de l'Office fédéral des assurances sociales. Ces données ont rendu possible une comparaison approfondie des différents offices AI cantonaux; les meilleures pratiques cantonales ont pu être mises en évidence, mais aussi l'inefficacité de certaines approches. Dans ce cas de figure aussi, le système fédéraliste permet de mettre en concurrence les différents systèmes de gestion de l'invalidité.

La question de l'assurance-invalidité est trop complexe pour s'en remettre à des formules à l'emporte-pièce étiquetant tous les bénéficiaires de rentes AI comme de «faux invalides»; et tout aussi peu justifié est le reproche selon lequel l'AI «économise toujours sur le dos des pauvres». D'autant plus grand est le besoin d'agir en faveur du développement d'une AI d'inspiration libérale, dont les principes directeurs doivent être: initiative personnelle, subsidiarité, efficacité et transparence. La présente étude en constitue une proposition.

Cette publication s'adresse aux employeurs et aux experts du domaine, mais aussi aux femmes et hommes politiques de la Confédération et des cantons qui sont familiers des dossiers sociaux, économiques et financiers. Car il apparaît évident là aussi : l'invalidité est un domaine politique interdisciplinaire, et notamment parce que la réadaptation professionnelle est une mission partagée.

Peter Grünenfelder, Directeur d'Avenir Suisse

Préface	_3
Executive Summary	_6
1 _ Introduction	_10
1.1 _ La réadaptation prime la rente, pilier de l'AI	11
1.2 _ Les nouvelles rentes résultent surtout de troubles psychiques	12
1.3 _ Plus de 24 milliards de francs par an pour l'invalidité au sens large	17
1.4 _ Des situations très différentes d'un canton à l'autre	19
1.5 _ Structure de la présente étude	21
2 _ L'AI au sens strict: des écarts considérables entre les cantons	_22
2.1 _ La procédure d'une demande d'AI: de la communication à la décision d'octroi de la rente	22
2.2 _ Sur la trace des facteurs de coûts, avec des données exclusives de l'Ofas	25
2.3 _ Röstigraben dans les coûts des rentes	30
2.4 _ L'(in-)efficacité des mesures de réadaptation	35
2.5 _ Conclusion intermédiaire: cinq appels pour une exécution plus efficace dans les offices AI cantonaux	47
3 _ L'AI au sens large: un processus imbriqué	_49
3.1 _ L'assurance de l'invalidité est plus que juste l'AI	49
3.2 _ Meilleure communication entre le médecin, l'employé et l'employeur	54
3.3 _ Réduire les incitations négatives pour les assureurs d'indemnités journalières et les caisses de pension	57
3.4 _ Diminuer les redondances lors des interactions interinstitutionnelles	62
3.5 _ Conclusion intermédiaire: Des points d'intersection aux points d'interaction	67
4 _ Une réforme libérale de l'assurance de l'invalidité	_69
4.1 _ Initiative personnelle: «La réadaptation prime la rente»	70
4.2 _ Subsidiarité: «Décentraliser au lieu de centraliser»	71
4.3 _ Efficacité: «Pas de prélèvements obligatoires inutiles»	72
4.4 _ Transparence: «Réduire les déficits de communication»	73
4.5 _ L'invalidité nous concerne tous	75
Annexe 1: Taux d'actualisation irréaliste dans l'AI	_76
Annexe 2: Hypothèses pour l'estimation des coûts de l'invalidité au sens large	_77
Bibliographie	_80

Executive Summary

Le principe «La réadaptation prime la rente» constitue un des piliers de l'assurance-invalidité (AI). Une rente ne peut être octroyée que s'il est impossible de réinsérer la personne concernée sur le marché du travail. Mais en période de pandémie tout particulièrement, un tel objectif représente un double défi car d'une part le nombre de cas de maladies psychiques augmente et d'autre part, une hausse du chômage réduit le nombre de postes ouverts.

Des écarts de coûts atteignant 74 % entre les cantons

L'AI est régie par une loi fédérale, mais ce sont les offices AI des cantons qui ont compétence pour son application. L'examen des coûts capitalisés générés par les rentes et les mesures de réadaptation, autrement dit les coûts cumulés jusqu'à la retraite des bénéficiaires de rentes AI, rapportés au nombre d'habitants, révèle des écarts de jusqu'à 74 % entre le canton présentant les coûts par habitant les plus élevés (JU avec 722 francs) et celui où les coûts sont les plus faibles (AI: 187 francs). Si ces disparités sont liées pour une part à des facteurs socio-démographiques, une autre part reflète l'effet des différentes mesures adoptées par chaque office AI. Afin d'identifier ces effets, la présente étude consacre la plupart de ses analyses à des facteurs intervenant seulement après la demande de prestations auprès d'un office AI.

Un Röstigraben dans les coûts des rentes

Les rentes représentent environ trois quarts des coûts capitalisés. Le taux d'octroi de rente, c'est-à-dire le ratio entre le nombre de rentes accordées et le nombre de demandes, revêt donc un rôle clé. Ce taux est nettement plus élevé en Suisse romande et dans le canton du TI. Abstraction faite du canton du JU, il excède d'au moins 27 % la valeur moyenne suisse, et il est même 41 % plus élevé dans le canton de GE.

En Suisse romande, le taux d'octroi de rente excède d'au moins 27 % la valeur moyenne suisse.

Ces disparités sont le reflet des différences d'interprétation du droit fédéral par les offices AI, ainsi que, dans une certaine mesure, par les tribunaux cantonaux. Dans ce contexte, il est souhaitable que l'Office fédéral des assurances sociales conduise une étude scientifique visant à dégager les causes de ces écarts. Une première étape essentielle à cette fin est d'introduire à l'échelle nationale une nomenclature pour désigner de façon uniforme les maladies psychiques (CIM-10) ouvrant droit à une rente.

Plafonner les coûts des mesures de réadaptation pour chaque office AI

Les taux d'octroi de rente reflètent également les différences dans les stratégies de réadaptation adoptées. Celles-ci aussi présentent des différences intercantionales frappantes. Tandis que les cantons d'AR, du JU et de ZG

dépensent environ 70 000 francs par bénéficiaire de mesures, ce montant se limite à 20 000 francs dans le canton du TI. Des écarts majeurs se constatent non seulement dans les montants par bénéficiaire de mesures, mais également dans le nombre de ces bénéficiaires, ainsi que dans le succès ou non de ces mesures.

Dans les cantons de SO et du VS, plus d'un tiers des personnes faisant une demande AI obtient une mesure d'ordre professionnel. Néanmoins, parmi elles, un quart finit par percevoir une rente. Le canton SG adopte une approche plus ciblée : il n'offre une mesure de réadaptation qu'à un cinquième des demandeurs, mais la proportion de ces bénéficiaires de mesures finissant par percevoir une rente n'est finalement que d'un septième.

Dans les cantons de SO et du VS, plus d'un tiers des personnes obtient une mesure d'ordre professionnel.

Afin d'accroître l'efficacité des ressources engagées, un plafond de dépenses devrait être fixé pour le total des mesures d'ordre professionnel prises par chaque office AI, sur la base du nombre de demandes annuelles. Une modification de la loi devrait être adoptée en conséquence. Actuellement, ces montants ne sont soumis à aucune limitation. Un tel plafond de dépenses ne constituerait pas une nouveauté dans les assurances sociales suisses : il en existe déjà dans l'assurance-chômage et dans certains champs de l'aide sociale. Concernant les mesures de réadaptation, il convient également d'augmenter le nombre de contrats conclus avec des fournisseurs de prestations externes dont la rémunération est liée aux résultats.

24 milliards par an pour l'invalidité au sens large

En matière d'invalidité, il serait restrictif de ne considérer que l'AI. En amont de l'octroi éventuel d'une rente AI, de nombreux acteurs sont impliqués : personnes (salarié, employeur et médecin) et institutions (assurance indemnités journalières pour maladie, caisse de pension) de droit privé, ainsi que fréquemment des institutions publiques telles que l'assurance-chômage ou l'aide sociale. La présente étude évalue à 24 milliards de francs le total des coûts annuels résultant des soins, de la réadaptation et du versement de rentes aux personnes avec handicap. Face à un si grand nombre de parties intervenantes et à des coûts si élevés, il importe d'éviter les déficits de communication, les incitations négatives et les redondances.

Axer les certificats médicaux sur la capacité de travail grâce au PIR

En cas de maladies graves – souvent susceptibles d'aboutir à une invalidité – la très grande majorité des certificats médicaux font simplement état d'une incapacité complète de travail, avec ou sans limitation de durée. Cette formulation prive le supérieur hiérarchique et l'équipe de la visibilité nécessaire à l'organisation du travail durant l'absence de la personne malade et elle complique la planification de son retour.

Le Profil d'intégration professionnelle axé sur les ressources (PIR), développé par l'association Compasso, aide à combler cette lacune de communication en recentrant les rapports médicaux sur la capacité de travail. Le salarié et l'employeur définissent dans un premier temps les tâches caractérisant le poste occupé. Dans une deuxième étape, le médecin évalue avec la personne malade ses capacités pour chaque exigence du poste (possible, pas possible, possible aux conditions suivantes...). Le formulaire ainsi rempli sert alors de base de discussion entre le salarié et l'employeur, qui définissent la manière de procéder par la suite. Les informations transmises à l'employeur ne concernent donc que l'employabilité (capacité opérationnelle) ; aucune donnée spécifiquement médicale telle que des diagnostics ou des résultats d'examen n'est communiquée.

Les employeurs devraient à l'avenir demander systématiquement un PIR au médecin traitant à partir du 30^e jour d'incapacité de travail. Nouvel instrument, le PIR est cependant encore peu connu. Il nécessite des campagnes d'information supplémentaires de la part des organisations patronales et des sociétés de médecine. Ces dernières devraient en outre œuvrer pour l'inclusion du PIR dans le curriculum de formation des médecins.

Les employeurs devraient demander un PIR au médecin traitant à partir du 30^e jour d'incapacité de travail.

Renforcer le case management en supprimant les incitations financières négatives

La plupart des entreprises s'acquittent de leur obligation de poursuite de versement du salaire en souscrivant un contrat auprès d'un assureur indemnités journalières en cas de maladie. Ce dernier apprend souvent à un stade précoce, et bien avant l'AI, l'existence d'une incapacité de travail. Dans les cas complexes, les assureurs indemnités journalières font parfois intervenir un case manager qui assiste non seulement la personne malade, mais aussi son employeur. Cependant, cet assureur est le seul à en assumer le coût, alors que le bénéfice de cette intervention profite également à la caisse de pension et à l'AI. Cette singularité n'est pas seulement « injuste », elle réduit l'optimisation des résultats obtenus. Malgré des bénéfices s'étendant à l'ensemble des acteurs impliqués, le nombre de case managers reste insuffisant parce que, du point de vue des assureurs indemnités journalières maladie, le retour sur investissement n'est pas entièrement satisfaisant. Ce manque d'accompagnement préjudicie aux autres fournisseurs de prestations, et avant tout à la personne concernée.

Pour obtenir un meilleur résultat global, il importe d'instaurer des mécanismes financiers qui internalisent de telles externalités positives. En bon français : tous les acteurs qui profitent des avantages du case management (CM) doivent en assumer une part des coûts. Les règles de partage des coûts de CM, que Compasso a mises au point pour faciliter la collaboration entre les assureurs maladie et les caisses de pension, devraient être étendues à la collaboration avec les offices AI, en permettant de définir : qui prend l'initiative du case management, quel est le mon-

tant du plafond des coûts, et comment ces derniers se répartissent entre les acteurs. Pour cela, il est possible d'envisager une extension des activités de Compasso ou une initiative commune de la Conférence des offices AI et de l'Association Suisse d'Assurances.

Améliorer la coordination entre l'AI, le chômage et l'aide sociale en recourant aux mandats de prestation

Une collaboration plus étroite est également possible entre les institutions publiques afin de faire bénéficier les clients des offres en partie complémentaires de l'AI, de l'assurance-chômage et de l'aide sociale. Dans cette optique, l'approche adoptée par le canton d'AG est intéressante. L'office AI, les offices régionaux de placement (ORP) et de nombreux services sociaux offrent leurs prestations en commun dans le cadre d'une initiative dénommée «Coopération sur le marché du travail».

Lorsqu'un cas complexe implique différents offices ou services, c'est l'AI qui prend en charge la gestion du cas. L'ORP se charge de tous les contacts avec les employeurs, ainsi que de l'aide au placement sur le marché du travail, aussi bien pour les demandeurs d'emploi sous le régime de l'AI que pour ceux bénéficiant d'assurance chômage. Les financements dans ce modèle prennent la forme de mandats de prestations entre les offices. Les moyens ne sont pas mis en commun et les différents services conservent leur indépendance organisationnelle.

Les demandeurs bénéficient ainsi d'une plus large offre de prestations, et les personnes concernées ainsi que les employeurs potentiels font face à moins d'interlocuteurs. Il n'est pas pour autant nécessaire de modifier les dispositions légales des différentes assurances sociales.

Les cantons doivent pouvoir apporter des réponses différentes à des défis différents. Le choix de placer ou non cette collaboration interinstitutionnelle «sous un toit unique», comme dans le canton d'AG, relève du principe de subsidiarité et doit rester de la compétence des cantons. Mais les parlementaires cantonaux doivent suivre de plus près ces stratégies et demander à leurs autorités exécutives qu'elles rendent des comptes sur les objectifs et les progrès de ces formes de collaboration.

Les parlementaires cantonaux doivent demander à leurs autorités exécutives de rendre des comptes sur les formes de collaborations institutionnelles.

Principes directeurs pour une réforme de l'assurance-invalidité

La complexité de l'assurance-invalidité au sens large ne peut être maîtrisée par des approches pilotées de façon centralisée. Le chapitre final livre douze recommandations d'actions concrètes, organisées selon quatre axes directeurs, visant à mettre en œuvre une réforme promouvant plus d'initiative personnelle, plus de subsidiarité, plus d'efficience et plus de transparence dans l'accomplissement de cette importante mission de la société.

1_ Introduction

L'assurance-invalidité (AI) a toujours été un sujet sensible. Au milieu des années 2000, alors que le nombre de nouveaux bénéficiaires de rentes connaissait une poussée marquée, y compris en comparaison internationale, le débat s'enflamma à propos de ce que certains appelaient les «faux invalides», c'est-à-dire les bénéficiaires de rente d'invalidité qui seraient en réalité capables de mener une vie normale. En 2018, lors du référendum contre la modification du droit des assurances sociales, qui prévoyait la possibilité de faire surveiller les assurés par des détectives privés (Bundesrat 2018), le thème de la lutte contre la fraude a de nouveau dominé le débat public.

Il est naturellement nécessaire de combattre la fraude, que ce soit dans l'AI ou dans d'autres assurances sociales, et l'Etat doit disposer des moyens nécessaires pour cela. Mais les fraudeurs à l'AI constituent une petite minorité. En 2019 par exemple, 640 cas de fraudes ont été découverts (BSV 2020a), soit 0,3 % de tous les bénéficiaires d'AI. Pour 99 % d'entre eux, les assurés sont d'honnêtes personnes qui à la suite d'un accident ou d'une maladie ne peuvent plus poursuivre leur activité professionnelle habituelle, en tout cas plus de la même façon. A la suite de quoi elles perdent tout ou partie de leur revenu.

L'AI va de nouveau donner matière à discussion en 2021. Les restrictions pesant sur les activités économiques, telles que les fermetures de magasins et l'interdiction de manifestations culturelles et sportives, font naître chez certains travailleurs concernés une anxiété sur leur devenir, qui est susceptible d'évoluer vers de sévères troubles psychiques. L'obligation du télétravail et les restrictions imposées sur les activités de loisir empêchent les contacts sociaux, qui sont des facteurs déterminants de bien-être pour de larges couches de la population. Les habitations exiguës et le flou des perspectives d'avenir augmentent en outre les risques de violences domestiques. Selon l'étude «Swiss Corona Stress Study», la proportion de personnes présentant des symptômes de grave dépression, entre le début de la pandémie en avril 2020 et le mois de novembre 2020, a été multipliée par 6, passant de 3 % à 18 % (Quervain et al. 2021). Si une partie de ces symptômes disparaîtra lorsque la vie reprendra son cours «normal», de nombreuses personnes continueront de souffrir de troubles psychiques durables. En raison du taux de chômage actuellement accru, leur retour sur le marché du travail en sera d'autant plus ardu.

En situation de pandémie ou en temps ordinaire : quelle aide est-il possible d'apporter aux personnes récemment admises à l'AI en raison de troubles psychiques ou physiques, en vue de faciliter leur retour sur le marché de l'emploi primaire ? Quel rôle jouent les offices AI cantonaux et quelles réussites les efforts d'intégration des différents cantons enregistrent-ils ? Quels résultats obtient la collaboration avec d'autres acteurs

La proportion de personnes présentant des symptômes de grave dépression est passée de 3 % à 18 % depuis le début de la pandémie.

privés, tels que les employeurs, les médecins et les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie? Telles sont les questions au centre de la présente publication.

1.1 – La réadaptation prime la rente, pilier de l'AI

Les infirmités congénitales ou celles résultant de maladies ou d'accidents ont fait partie durant un large pan du 20^e siècle des risques de l'existence. Avant 1960, peu d'employés avaient droit à des prestations de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire ou à celles des assurances cantonales ou d'une caisse de pension. Quant aux femmes au foyer, aux personnes sans activité lucrative ou à celles atteintes d'une infirmité de naissance, elles n'étaient pas du tout assurées (Germann 2020). La Confédération versait seulement des sommes modestes à des institutions pour personnes handicapées et à des organisations d'aide telles que Pro Infirmis. Pour de nombreuses personnes handicapées, l'aide sociale ou un soutien privé étaient les seuls moyens de subsistance (Leimgruber et al. 2021). Ce n'est qu'avec l'adoption de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) en 1959 que la Suisse s'est dotée d'une assurance sociale étatique et obligatoire pour l'invalidité.

Comme l'AVS, l'AI a un caractère universel. Sont obligatoirement assurées non seulement toutes les personnes poursuivant une activité lucrative en Suisse, mais aussi toutes celles qui ne sont que «simples résidents» en Suisse (AHV/IV 2021a). Les assurés sont soumis à l'obligation de paiement de cotisations à partir de l'année de leur 18^e anniversaire et aussi longtemps qu'ils exercent une activité lucrative. Le salaire des employés est soumis à un taux de cotisation de 1,4 %. Pour les personnes sans activité lucrative, l'obligation de cotisation commence seulement à l'âge de 20 ans et dure jusqu'à l'âge d'entrée en retraite, 64 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes (art. 3 LAVS).

Le caractère universel de l'AI est cependant soumis à certaines conditions. Dès l'origine, l'octroi d'une rente a été conçu comme une solution de dernier recours. La réadaptation, autrement dit la tentative d'éviter une rente, a toujours eu la priorité. Cette intention est clairement perceptible dans le premier article de loi sur l'assurance-invalidité, où est énoncé le triple but de l'assurance (art. 1a LAI) :

Les prestations prévues par la présente loi visent à :

- prévenir, réduire ou éliminer l'invalidité grâce à des mesures de réadaptation appropriées, simples et adéquates ;*
- compenser les effets économiques permanents de l'invalidité en couvrant les besoins vitaux dans une mesure appropriée ;*
- aider les assurés concernés à mener une vie autonome et responsable.*

L'ordre d'énonciation des buts ci-dessus indique que l'AI ne finance pas seulement des prestations de rente mais qu'elle a pour intention première d'éviter l'installation durable d'une invalidité. Dans sa typologie des sys-

tèmes de prestations d'invalidité, l'OCDE (2003) qualifie également le modèle suisse de «mixte». Avec les Pays-Bas et l'Australie, notre pays se caractérise d'une part par son bon niveau de prestations couvrant l'ensemble de la population, et non pas seulement les actifs, et d'autre part par la place prépondérante donnée à la réadaptation au travail. Les pays anglo-saxons (Canada, Royaume-Uni et Etats-Unis) par exemple concentrent davantage leurs mesures sur la population active et disposent de moins de programmes de réadaptation.

La Suisse dépense également beaucoup pour les prestations en cas d'incapacité de travail et d'invalidité. Avec 2,8 % du produit intérieur brut en 2018, les dépenses publiques dans ce domaine ont nettement dépassé la moyenne des pays de l'OCDE (2,0 %), même si elles sont restées inférieures à celles des pays scandinaves qui y ont tous consacré plus de 3,0 % de leur PIB. C'est le Danemark qui affiche le taux le plus élevé, avec 4,9 % du PIB (OECD 2021).

De telles confrontations internationales sont cependant malaisées car les prestations sont souvent difficilement comparables. En outre, le montant des dépenses pour invalidité en pourcentage du PIB n'aide pas beaucoup à savoir si l'argent est employé judicieusement et contribue ainsi efficacement à l'intégration des personnes handicapées.

De ce point de vue, la Suisse occupe une place honorable en comparaison avec les autres pays de l'OCDE. La proportion de bénéficiaires de rentes d'invalidité dans la population totale y est inférieure à la moyenne de ces pays. Elle est de 4 % en Suisse, bien inférieure au taux suédois (6 %) ou norvégien (13,5 %). Le nombre de jours d'absence pour maladie est également nettement inférieur à la moyenne de l'OCDE (Hemmings und Prinz 2020). Cependant ces chiffres reflètent non seulement les politiques suivies en matière d'invalidité, mais aussi des indicateurs macroéconomiques tels que la qualité du système de formation et du système de santé, ainsi que la situation générale sur le marché du travail.

La proportion de bénéficiaires de rentes d'invalidité en Suisse (4 %) est bien inférieure au taux suédois (6 %) ou norvégien (13,5 %).

La Suisse peut-elle donc se reposer sur ses lauriers? Ce serait bien mal avisé. Les transformations que connaît le marché du travail confrontent les individus à des défis croissants qui excèdent les capacités de nombreux collaborateurs et rendent plus difficile la réinsertion des personnes avec handicap. On constate de plus l'augmentation de nouvelles formes de maladies, principalement psychiques, auxquelles les dispositifs d'hier ne répondent qu'imparfaitement.

1.2_ Les nouvelles rentes résultent surtout de troubles psychiques

Combien de personnes perçoivent une rente AI en Suisse et quels facteurs déterminent ces chiffres? En 2019, 438 000 personnes percevaient des prestations d'AI sous la forme de mesures de réadaptation, de rentes d'invalidité ou d'allocations pour impotent. 90 % d'entre elles résidaient en Suisse. Des 409 000 bénéficiaires de prestations en Suisse, 218 000 (53 %)

avaient droit à une rente et 211 000 (52 %) à une mesure de réadaptation individuelle (les deux catégories se recoupant en partie). La part de bénéficiaires de rentes AI dans la population était de 4,0 % (BSV 2020ab).

L'évolution de ce taux est conditionnée par quatre catégories d'entrées et sorties, comme l'illustrent les chiffres suivants pour l'année 2019 (BSV 2020b) :

- 01_ le nombre de sorties vers l'AVS, car le droit à une rente AI s'éteint avec l'ouverture du droit à une rente de vieillesse (art. 30 LAI). En 2019, cela a concerné 13 800 personnes.
- 02_ le nombre de rentiers AI qui sont décédés dans l'année (3500 personnes)
- 03_ le nombre de sorties, par exemple à la suite d'une guérison ou de la suppression du droit à la rente (1700 personnes)
- 04_ le nombre de nouveaux bénéficiaires (18 000 personnes).

Le paramètre qui se prête le plus à un contrôle de l'évolution du nombre de bénéficiaires de rentes AI est donc la quantité de nouvelles rentes évitées. Chaque année, les entrées enregistrées sont dix fois plus nombreuses que les rentes qui sont supprimées. Quant aux passages à la retraite et aux décès, il n'est guère possible de les influencer.

Nouvelles rentes en légère augmentation, à un bas niveau

Le nombre de nouvelles rentes a fortement fluctué au cours des 25 dernières années. Compte tenu que la population résidente a augmenté de 1,5 million de personnes dans l'intervalle (BFS2020a), il convient de considérer l'évolution non pas en chiffres absolus mais en pourcentages de la population ¹ (taux de nouvelles rentes). Il est alors possible d'observer les effets de certaines réformes (voir Figure 1).

En 1995, quatre ans après l'entrée en vigueur de la 3^e révision de la LAI, le taux de nouvelles rentes était de 0,54 % et ce taux a progressé de 10 % pour atteindre son niveau le plus élevé de 0,59 % en 2003. Puis est entrée en vigueur la 4^e révision de la LAI, qui prévoyait notamment la création de services médicaux régionaux (SMR), chargés d'évaluer les conditions médicales du droit aux prestations (German 2020).

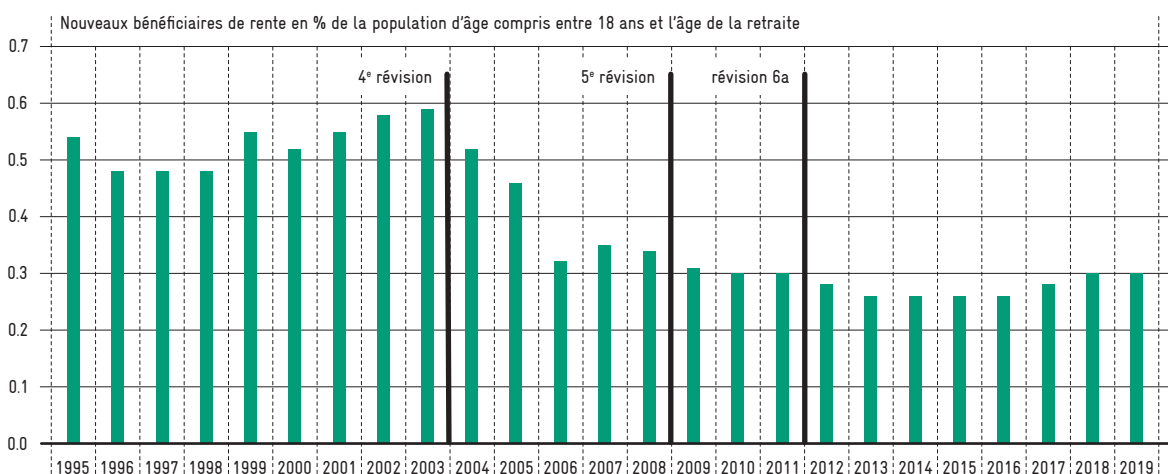
Avec la 5^e révision de la LAI, l'accent a été mis sur la détection et l'intervention précoces, ainsi que sur le renforcement des mesures de réadaptation, en particulier pour les personnes souffrant de troubles psychiques et les personnes sans qualification professionnelle. Le principe moteur était celui de «la réadaptation au lieu de la rente». Les nouvelles rentes enregistrèrent un nouveau léger repli.

1 Proportion de bénéficiaires de rentes d'invalidité dans la population résidente permanente dont l'âge est compris entre 18 ans et l'âge de la retraite AVS.

Figure 1

Le nombre de nouvelles rentes a diminué de moitié depuis 2003, mais connaît une nouvelle augmentation

Le nombre croissant de nouvelles rentes jusqu'en 2003 avait placé l'AI dans une difficile situation financière et enflammé le débat sur les «faux invalides». L'adoption de réformes a pu réduire le nombre des nouvelles demandes. Depuis 2016, celles-ci marquent toutefois une légère tendance à la hausse.



Source: BSV (2020d), propre représentation

Avec la révision 6a de la LAI, l'assurance-invalidité s'est dotée, en 2012, d'instruments additionnels pour la réintégration des personnes avec handicap dans la vie professionnelle. En outre, grâce à l'introduction d'une contribution d'assistance, davantage de personnes avec handicap peuvent organiser elles-mêmes les soins et l'assistance dont elles ont besoin et ainsi mener une vie autonome à leur domicile (Bundesrat 2011). Après une baisse jusqu'à 0,26 % en 2013, niveau auquel il reste pendant quatre ans et qui est la moitié de ce qu'il était dix ans auparavant, le taux de nouvelles rentes a recommencé à augmenter légèrement depuis, pour atteindre 0,3 % en 2019.

La révision 6a prévoyait surtout des moyens supplémentaires grâce à une augmentation de 0,3 point de la TVA. Le volet 6b de la révision qui devait suivre et introduire des mesures structurelles n'a cependant jamais franchi l'étape parlementaire. En 2020 cependant, une nouvelle tentative de réforme a rencontré le succès sous le nom de «Développement continu de l'AI». Elle met l'accent sur l'intégration des jeunes et des personnes atteintes de troubles psychiques. Cette réforme devrait entrer en vigueur en janvier 2022 (BSV 2020c).

Révisions de la LAI: des réussites, mais aussi des reports

Une analyse approfondie mandatée par l'Office fédéral des assurances sociales (Ofas) a étudié les effets, depuis sa 4e révision, de la réorientation de l'assurance-invalidité vers les mesures de réadaptation (Guggisberg und Bischof 2020a). Les efforts en faveur de la réadaptation se sont effectivement

nettement renforcés depuis lors. La proportion de personnes inscrites à l'AI et ayant obtenu une mesure de réadaptation externe a triplé durant ce laps de temps. La proportion des rentes octroyées a reculé de 26 % à 23 % des demandeurs. Dans certains cas, la situation financière des personnes qui se sont vu refuser une rente s'est améliorée, tandis que pour d'autres, leur dépendance vis-à-vis de l'aide sociale s'est accentuée.

Depuis la 4^e révision de la LAI, la proportion de personnes ayant obtenu une mesure de réadaptation externe a triplé.

Comparée aux cohortes avant la 5^e révision de la LAI en effet, la part de personnes exerçant une activité lucrative quatre ans après leur demande d'AI et ne percevant aucune rente AI est passée de 50 % à 58 %. En revanche, la part de personnes percevant une rente AI et gagnant parallèlement un revenu de leur activité lucrative a diminué et est passée de 9 % à 5 %. Au total, le taux d'activité a progressé de 59 % à 63 %. En comparaison avec la situation antérieure, on note également une augmentation de la proportion de personnes économiquement indépendantes après leur dépôt d'un demande auprès de l'AI (revenus d'activité lucrative de plus de 3000 francs par mois). La stratégie de réadaptation a été un succès manifeste tant pour les personnes concernées, qui peuvent mener leur vie en étant économiquement autonomes, que pour les finances de l'AI.

Parallèlement, la part de personnes percevant des aides sociales la quatrième année après leur inscription à l'AI, est passée de 11,6 % (cohorte 2006) à 14,5 % (cohorte 2013), ce qui représente une progression du taux de 25 %. En chiffres absolus, cela représente une augmentation du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale d'environ 2100 personnes. La probabilité d'être bénéficiaire de l'aide sociale après une inscription à l'AI est en comparaison faible chez les personnes qui exerçaient encore une activité lucrative au moment de leur demande d'AI, et il est environ quatre fois plus élevé si la personne n'avait déjà plus de revenu d'activité au moment de sa demande d'AI. Ces chiffres soulignent l'importance d'intervenir le plus rapidement possible, avant la perte éventuelle de l'emploi occupé.

Neuf rentes sur dix résultent d'une maladie

A rebours de l'image courante d'un invalide en fauteuil roulant, suite par exemple à un accident de la circulation, les victimes d'un accident sont une catégorie peu nombreuse parmi les bénéficiaires de l'AI. Parmi les nouvelles rentes accordées, leur part est en constante diminution depuis 1995 où elle était de 11 %, jusqu'aux 7 % qu'elle a représentés en 2019. De même, la part des nouvelles rentes associées à une infirmité congénitale est restée à un faible niveau à peu près constant sur la période, de 5 % en moyenne (BSV 2020d).

Dans 90 % des cas, les nouvelles rentes sont dues à des maladies (2019). Les causes des maladies ont cependant changé au cours des années et sont le reflet des changements dans la société et sur le marché du travail. En 1995, les maladies des os et de l'appareil locomoteur causaient un quart des nouveaux cas de rentes. Ces pathologies qui surviennent typiquement dans les métiers physiquement éprouvants ne causent plus aujourd'hui

que 13 % des nouvelles rentes. Les maladies psychiques ont connu une évolution toute différente. Leur part s'est accrue de 16 points de pourcentage, passant de 28 % en 1995 à 43 % en 2019. Elles sont de loin la première cause de nouvelles rentes d'invalidité. Elles incluent en premier lieu des maladies telles que la schizophrénie et les psychoses, les troubles de la personnalité, les dépressions et les troubles affectifs bipolaires (Baumann 2020). Concernant les jeunes de moins de 21 ans, les diagnostics posant le handicap sont dans un cas sur deux une diminution des facultés intellectuelles ou bien des troubles du développement (Baer et al. 2015).

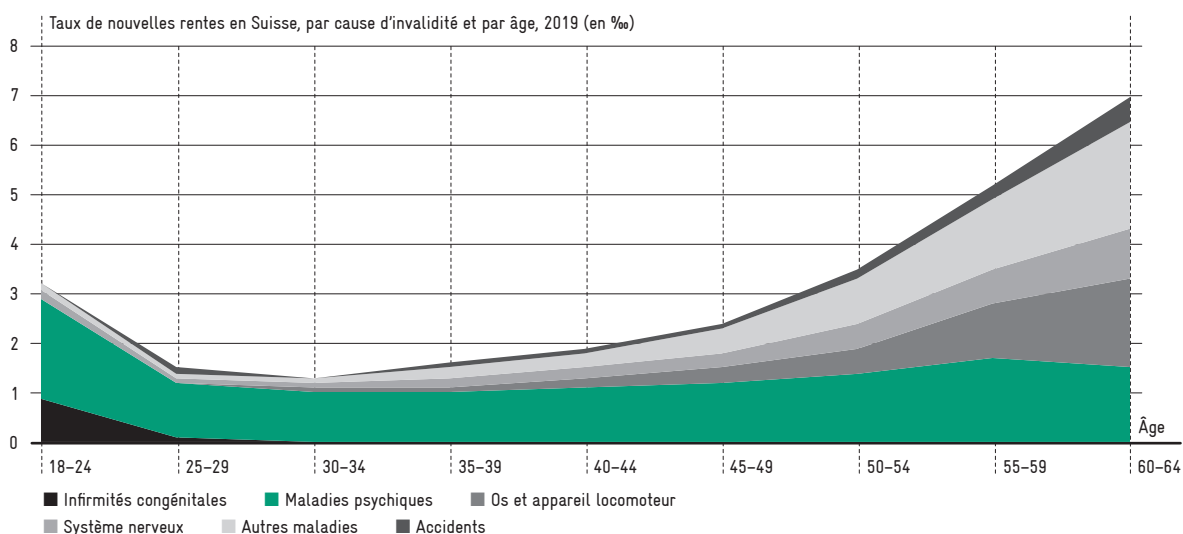
En 2019, 43 % des nouvelles rentes étaient dues à une maladie psychique.

Les maladies des os et de l'appareil locomoteur sont plutôt des manifestations de l'usure physique et pour cette raison tendent à toucher davantage les employés plus âgés, tandis que les maladies d'ordre psychique se rencontrent indépendamment de l'âge (voir Figure 2). L'évolution des causes des maladies, tout comme celle des tranches d'âge des bénéficiaires de l'AI, ont des conséquences pour la prévention : l'apparition de nouveaux groupes cibles nécessite l'ajustement des mesures. Ces changements s'accompagnent cependant aussi de lourdes conséquences financières pour l'AI et les autres services sociaux. Lorsque de jeunes personnes obtiennent une rente AI, elles percevront ces fonds durant des décennies, pendant en effet jusqu'à 40 années, bien plus longtemps que dans le cas des affections somatiques, qui ont tendance à survenir plus tardivement.

Figure 2

Les maladies psychiques sont la cause la plus fréquente d'invalidité, y compris dans les premières tranches d'âge

L'usure physique des os et des appareils locomoteurs surviennent, à l'instar des cancers, plutôt en âge avancé. Les maladies psychiques touchent au contraire toutes les catégories d'âge et représentent la première cause d'invalidité.



Source: BSV (2020b)

1.3_ Plus de 24 milliards de francs par an pour l'invalidité au sens large

Coûts de l'AI : entre rentes et réadaptation

Avec des dépenses de 9,5 milliards de francs (2019), l'AI représente la quatrième plus grande assurance sociale après la prévoyance professionnelle, l'AVS et l'assurance obligatoire des soins (BSV 2020b). Cependant, seuls 70 % de ces dépenses sont des prestations en argent (rentes, indemnités journalières et allocations pour impotent). Pour 22 %, les dépenses vont vers des mesures individuelles visant à empêcher ou réduire une invalidité, ou vers des contributions à des institutions. Le reste des dépenses est consacré à la gestion et l'administration de l'AI.

Les dépenses de l'AI étaient en 1985 de 3,0 milliards de francs et elles ont ensuite continuellement augmenté pour atteindre un maximum de 13,9 milliards de francs en 2007. A partir de 2008, elles sont repassées en dessous de 10 milliards de francs par an et sont restées depuis relativement stables (BFS 2020b).

Les autres assurances sociales doublent la rente AI

Considérer les dépenses de l'assurance-invalidité n'est cependant pas suffisant pour cerner les coûts de l'invalidité. En plus des prestations de rentes de 5,4 milliards de francs que comptabilisait l'AI en 2019 (BSV 2020b), les personnes avec handicap perçoivent souvent des prestations d'autres assurances.

C'est ainsi que certains bénéficiaires de l'AI reçoivent des allocations pour impotent pour un montant total de 0,5 milliard de francs. En outre, les bénéficiaires de l'AI qui ne peuvent pas assumer seuls leur subsistance ont droit à des prestations complémentaires (PC) financées par l'impôt. Accordées à 48,5 % des bénéficiaires de rentes AI, les PC concernent quasiment un rentier AI sur deux (BSV 2020e) ; les plus jeunes rentiers surtout dépendent de cette aide. Chez les rentiers AI âgés de 20 à 30 ans, entre 60 et 80 % perçoivent des prestations complémentaires. Ces proportions importantes s'expliquent par le fait que les jeunes invalides n'ont pas exercé d'activité lucrative, ou bien seulement sur une courte période, et ne perçoivent donc que de faibles rentes de l'AI, ainsi que – le cas échéant – de la prévoyance professionnelle. En outre, ils habitent plus fréquemment dans des homes ou foyers, ce qui entraîne des coûts plus élevés (BSV 2020e).

Quasiment un rentier AI sur deux (48,5 %) a droit à des prestations complémentaires (PC).

Contrairement aux dépenses d'AI, qui sont restées relativement stables depuis 2010, les dépenses de PC pour les bénéficiaires AI ont connu une augmentation constante au cours des dix dernières années, pendant lesquelles elles ont gagné un cinquième, passant de 1,8 milliard de francs en 2010 à 2,1 milliards de francs en 2019. Une progression qui correspond à une hausse annuelle moyenne de 2,3 %.

Dans la mesure où elles sont soumises à la prévoyance professionnelle, les personnes ayant une activité lucrative perçoivent en plus de leur rente AI une rente d'invalidité du 2^e pilier. En 2019, les caisses de pension ont versé 2,1 milliards de francs de prestations de rentes consécutives à une invalidité (BFS 2020c).

Enfin, des prestations du 3^e pilier facultatif sont également versées en cas d'invalidité, si une police en ce sens a été souscrite auprès d'une société d'assurance. Ces prestations sont effectuées sous forme d'indemnité en capital à versement unique ou de rentes viagères. En 2018, ces prestations se sont élevées à 200 millions de francs (Finma 2019a).

En résumé, pour 1000 francs de rente AI, il existe en moyenne des versements additionnels de 400 francs de PC, de 400 francs de prévoyance professionnelle, d'environ 100 francs d'allocations pour impotent, auxquels s'ajoutent environ 40 francs du 3^e pilier. Cela représente un quasi-doublement des prestations de rentes AI. ²

Frais médicaux et indemnités journalières élevés avant la rente

Une rente AI ne peut être octroyée qu'après au moins douze mois d'incapacité de travail. Avant l'octroi de cette rente, les personnes victimes d'une maladie ou d'un accident bénéficient le plus souvent de la poursuite de versement du salaire par l'employeur, des indemnités journalières d'une assurance maladie ou accident collective, ainsi que d'assurances complémentaires privées. Toutes les personnes percevant des indemnités journalières ne recevront pas une rente AI. En revanche, la plupart des bénéficiaires de rente AI ont préalablement bénéficié de la continuité de paiement du salaire et/ou ont perçu des indemnités journalières. En 2018, ces prestations qui ont finalement abouti sur une rente d'invalidité, ont représenté des dépenses estimées à 3,5 milliards de francs (voir Tableau 1).

Outre les indemnités journalières, s'ajoutent également les dépenses de soins dans le cadre de l'assurance obligatoire selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), ainsi que les dépenses prises en charge par les assurances complémentaires selon la loi sur les contrats d'assurance (LCA). Se limitant aux coûts occasionnés par des assurés entre 18 et 65 ans atteints de maladies chroniques graves, ³ ces coûts cumulés s'élèvent à un montant estimatif de sept milliards de francs (voir Tableau 1). Ce total n'inclut pas les contributions effectuées à fonds perdu par les cantons et les communes pour le financement d'institutions pour personnes avec handicap.

2 La situation financière des bénéficiaires de rentes AI reste néanmoins précaire en comparaison avec le reste de la population. En 2015, 18,2 % des rentiers AI vivaient dans un ménage ayant de faibles ressources financières (60 % du revenu équivalent médian) et 6,4 % vivaient dans un ménage ayant de très faibles ressources financières (50 % du revenu équivalent médian). Pour comparaison : chez les personnes sans rente AI, les proportions correspondantes sont respectivement de 12,0 % et 7,3 % (Guggisberg et al. 2020b).

3 80 % environ des coûts de santé sont causés par des maladies chroniques (BAG 2016 NCD-Strategie). Toutes les maladies chroniques ne conduisent pas à une invalidité, mais les plus graves d'entre elles, autrement dit les plus coûteuses, y mènent souvent. C'est pourquoi il est supposé qu'environ un tiers des coûts des maladies chroniques des personnes entre 18 et 65 ans sont associés à une invalidité.

Tableau 1

Plus de 24 milliards de francs de coûts dans l'invalidité au sens large

Dépenses (en millions de Fr.), 2019 (ou données les plus actuelles), chiffre arrondis à la centaine				
	<i>Frais de traitement</i>	<i>Indemnités journalières/réadaptation</i>	<i>Rentes</i>	<i>Total</i>
Premier pilier				
Assurance-invalidité (AI)	100	2'700	5'900	8'700
Prestations complémentaires à l'AI (PC-AI)			2'100	2'100
Deuxième pilier				
Institutions de prévoyance (PP)			2'100	2'100
Troisième pilier				
Prévoyance complémentaire privée (assurance sur la vie)			200	200
Assurance-accident				
SUVA (AA) + autres assureurs accident*	800	900	300	2'000
Autres sources de financement				
Couverture de salaire en cas de maladie (CO)		700		700
Assurance de base (AMal)*	4'600	200		4'800
Assurance complémentaire (AMal + LCA)*	500	1'700		2'200
Contributions des cantons aux hôpitaux*	1'000			1'000
Assurance militaire, contributions des cantons aux institutions	n.q.**	n.q.**	n.q.**	
Total	7'000	6'200	10'600	23'800

*Estimations **non quantifié

NB: les sources détaillées et les hypothèses servant de base à ces estimations sont présentées en annexe 2.

Sources: BSV (2020b, 2020e), BFS(2020c), Finma (2019a, 2019b), KSUV (2020), Eurostat (2021), BAG (2020a, 2020b), Felder und Meyer (2020), propres calculs.

Au total, les coûts de l'invalidité se chiffrent à plus de 24 milliards de francs par an. A ces coûts directement décaissés viennent encore s'ajouter des coûts économiques indirects difficilement évaluable, sous forme d'opportunités de carrière manquées pour les personnes concernées, de pertes de revenu pour les proche-aidants qui réduisent par choix ou nécessité leur temps de travail, ainsi que des coûts que représentent pour les employeurs la perte du savoir de leurs collaborateurs.

Ces coûts se chiffrant en milliards montrent clairement que les mesures de prévention des maladies et accidents, ainsi que les mesures de réadaptation, ont permis et permettront des économies pour beaucoup plus d'acteurs que la seule AI.

1.4_ Des situations très différentes d'un canton à l'autre

Les analyses précédentes portaient sur des chiffres concernant la Suisse entière. Un examen au niveau cantonal s'impose cependant: en effet, d'une part, les facteurs socio-démographiques et économiques présentent

une grande diversité entre les cantons, et d'autre part, la mise en œuvre de la LAI est confiée aux offices AI des cantons.

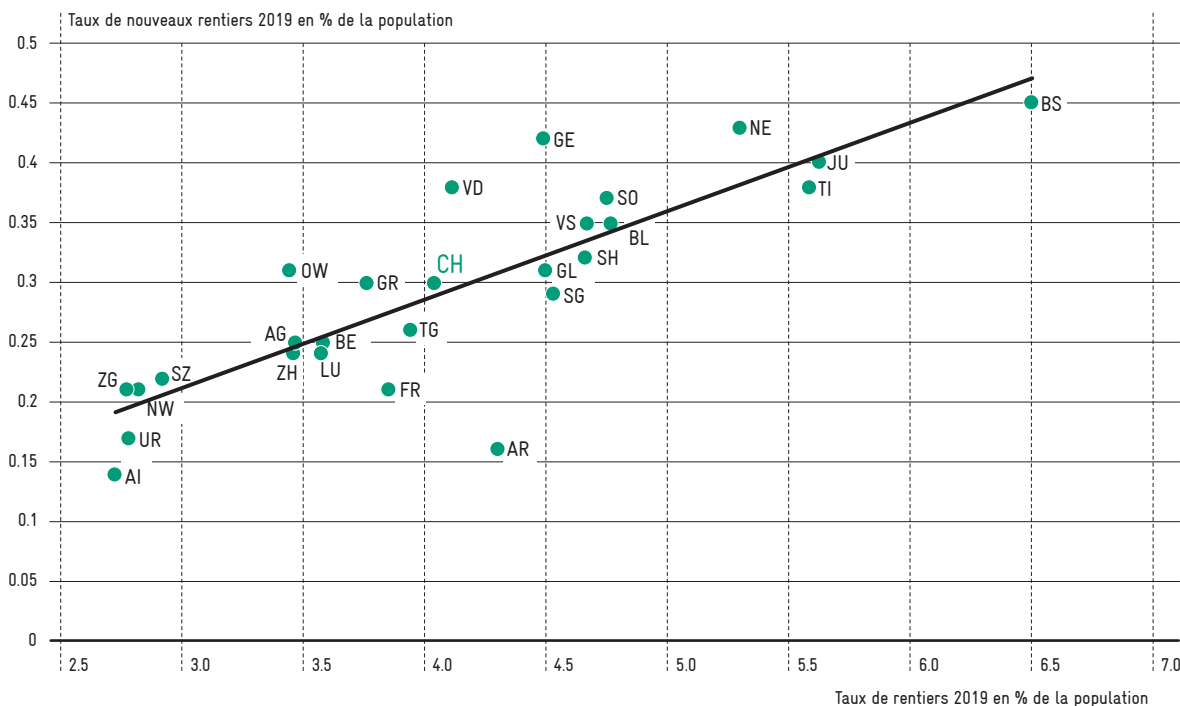
La Figure 3 illustre parfaitement cette diversité intercantonale. L'axe X indique le nombre de bénéficiaires AI en proportion de la population résidente (taux de bénéficiaires). Les écarts sont considérables. Ainsi les cantons de NE, du JU et du TI, et plus encore celui de BS, comptent deux fois plus de bénéficiaires de rente d'invalidité par habitant que les cantons de Suisse centrale. L'axe Y représente les taux de nouveaux bénéficiaires et accuse également des écarts d'un facteur 2 entre le canton ayant le taux de nouveaux bénéficiaires le plus bas (AI) et celui où il est le plus élevé (BS). S'il est vrai que l'on observe une corrélation entre le taux de nouveaux bénéficiaires et le taux de bénéficiaires, tous les cantons enregistrant de nombreux nouveaux bénéficiaires ne présentent cependant pas forcément un nombre élevé de rentiers AI – et inversement. Ainsi, le taux de nouveaux bénéficiaires dans le canton plutôt urbain de GE est aussi élevé que celui dans le canton de BS, alors même qu'il compte (encore) un nombre relativement faible de rentiers. La même observation peut être faite entre les cantons de VD et de SO.

Tous les cantons enregistrant de nombreux nouveaux bénéficiaires ne présentent pas forcément un nombre élevé de rentiers AI – et inversement.

Figure 3

La croissance des nouvelles rentes dépend de l'effectif de bénéficiaires de rente dans un canton – mais pas seulement

Le taux de bénéficiaires de rente reflète l'effectif de rentiers AI accumulé au cours du temps dans un canton. Le taux de nouvelles rentes décrit au contraire la dynamique – c'est-à-dire l'évolution actuelle des demandes, ainsi que la capacité à intégrer les personnes avec handicap sur le marché du travail.



Source: BSV (2020c, 2020f), propres calculs

1.5_ Structure de la présente étude

Trois points clés résultant des analyses qui précèdent vont déterminer le cadre et la structure de cette étude.

En premier lieu, neuf bénéficiaires de rentes AI sur dix touchent leur rente à la suite d'une maladie. Ce sont sur ces personnes que se focalise notre analyse. Celles atteintes d'une infirmité congénitale ont certes besoin depuis leur enfance et pour le reste de leur vie d'un accompagnement particulier (par exemple école spécialisée, home), ainsi que de beaucoup de temps et d'attention de leurs proches. Afin d'en réduire la complexité, la présente étude n'étudiera cependant pas plus en détail leur situation. Les personnes qui sont devenues rentiers AI à la suite d'un accident sont également rares en comparaison de celles atteintes d'une maladie. Elles sont en outre soumises en partie à d'autres dispositions légales (par ex. assurance-accidents au lieu d'assurance-maladie). C'est pourquoi la présente étude prend en général comme cas de référence la situation juridique des invalides par maladie.

En deuxième lieu, les différences cantonales apparaissent très prononcées concernant l'octroi de nouvelles rentes. Parce que ces décisions d'octroi ont d'importantes conséquences financières pour d'autres assurances, nous consacrons tout le chapitre 2 aux différentes pratiques des offices AI cantonaux. Nous examinerons pour cela les taux de bénéficiaires et le volume de mesures de réadaptations. Ces analyses se focalisent sur des facteurs sur lesquels les offices AI peuvent agir. Elles mettent entre parenthèse l'influence de facteurs socio-démographiques tels que le taux de chômage, le niveau de formation ou les structures des ménages spécifiques à un canton.

En troisième et dernier lieu, les dépenses de l'assurance-invalidité selon la LAI occasionnent seulement un peu plus d'un tiers de toutes les dépenses d'assurance de l'invalidité au sens large. C'est pourquoi une meilleure coopération entre les acteurs privés (médecin et employeur), les institutions privées (assurances d'indemnités journalières pour maladie, caisses de pension), ainsi que d'autres institutions publiques (assurance-chômage, aide sociale) offre aussi un large potentiel pour favoriser la réinsertion des personnes affectées d'un handicap. Le chapitre 3 analyse les interfaces entre ces acteurs et propose des mesures destinées à résoudre les déficits de communication, les redondances et les incitations financières négatives.

Le chapitre final résume les principaux enseignements et expose les principes directeurs que devrait suivre une assurance de l'invalidité empreinte des valeurs libérales.

2_ L'AI au sens strict: des écarts considérables entre les cantons

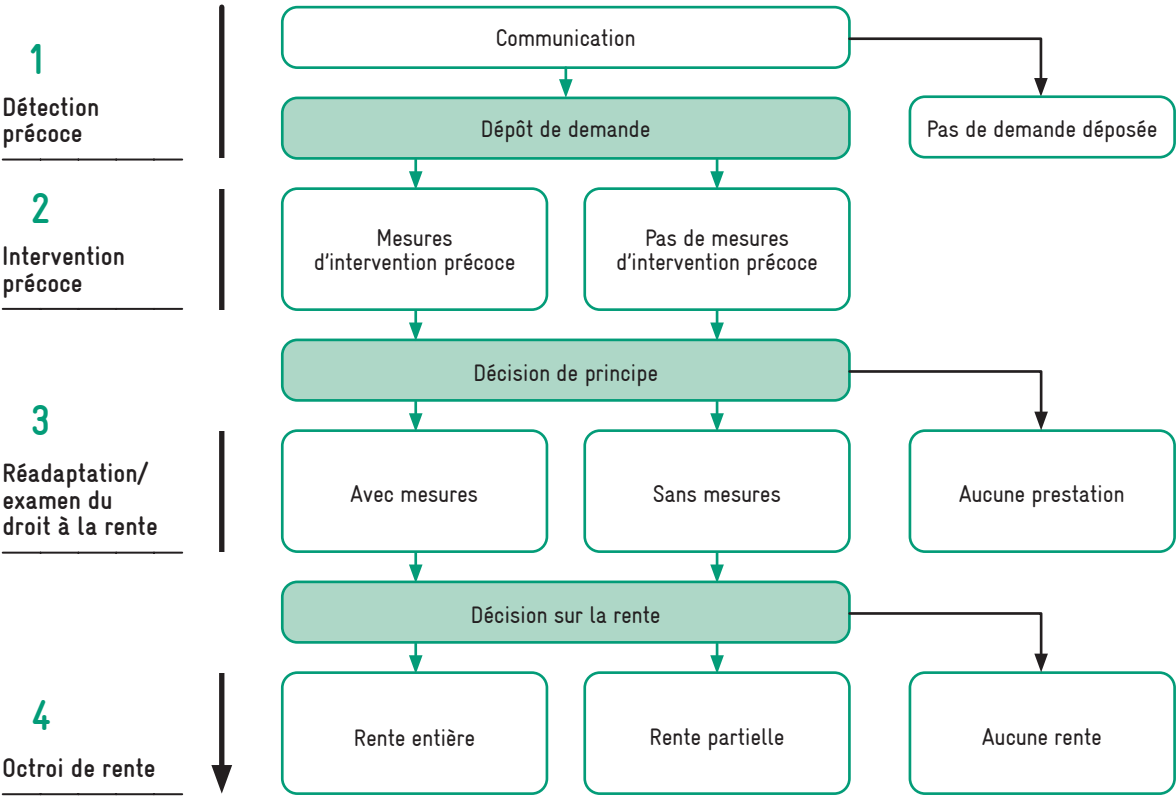
Bien que l'assurance invalidité soit régie par une loi fédérale, à savoir la loi sur l'assurance-invalidité (LAI), sa mise en œuvre incombe aux offices AI des cantons, en collaboration avec les organes de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) sous la surveillance de l'Office fédéral des assurances sociales (art. 53 LAI). Les offices AI cantonaux ont notamment parmi leurs attributions de vérifier si les conditions générales d'assurance sont remplies, ainsi que d'examiner si l'assuré est susceptible de bénéficier d'une mesure de réadaptation, d'évaluer le degré d'invalidité et de déterminer les mesures d'intervention précoce et de réadaptation (art. 57 LAI).

2.1_ La procédure d'une demande d'AI: de la communication à la décision d'octroi de la rente

La procédure de l'AI est un processus complexe, qui commence formellement avec le dépôt d'une demande auprès de l'assurance-invalidité.

Figure 4
Demande d'AI: une procédure longue et complexe

Les demandes d'AI sont loin de toutes se conclure par une rente. Grâce à l'intervention précoce et aux mesures de réadaptation, cette solution peut être (en partie) évitée.



Source: propre représentation

La Figure 4 fournit une représentation schématique de la procédure, laquelle peut être divisée en quatre phases. L'ensemble de la procédure dure en règle générale entre un et trois ans, mais elle peut être retardée par des recours contre des décisions.

- 01_ La demande peut être précédée d'une communication, laquelle ouvre la première étape, la phase de détection précoce. Cette phase examine si une demande auprès de l'AI est pertinente. La phase de détection précoce se termine par une demande déposée auprès de l'AI ou bien par une décision indiquant que les conditions d'assurance ne sont pas remplies.
- 02_ Si une personne dépose une demande auprès de l'AI, commence alors la phase d'intervention précoce. L'office AI examine l'incapacité de travail de la personne et détermine si des mesures d'intervention précoce sont adaptées (art. 3c LAI). En parallèle, l'office AI vérifie si le dossier est de sa compétence et si la personne assurée a droit à des mesures de réadaptation ou à une rente.
- 03_ L'entrée dans la phase de réadaptation et d'examen du droit à une rente se fait sur la base d'une décision dite de principe. Celle-ci statue sur la suite de la procédure: la mise en place de mesures de réinsertion ou de mesures d'ordre professionnel, l'examen du droit à une rente, ou le refus de toute prestation.
- 04_ Après instruction complète du dossier, l'office AI rend sa décision sur l'octroi d'une rente ou son refus (décision sur la rente). Commence alors la phase de versement de la rente ou la clôture de la procédure AI sans octroi de rente.

Détermination des rentes AI

Pour se voir octroyer une rente, une personne assurée doit satisfaire les conditions suivantes: elle doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année, sans interruption notable, et au terme de cette année être invalide à 40 % au moins (art. 28 LAI). Une rente ne peut être octroyée qu'au plus tôt après une période de six mois suivant le dépôt de la demande. Le versement d'une rente AI commence après le 18^e anniversaire de l'assuré et prend fin lorsqu'il atteint l'âge de la retraite AVS.

La rente est octroyée en fonction de l'évaluation du taux d'invalidité. Celui-ci ne dépend pas directement de l'état de santé de la personne atteinte d'un handicap, mais se mesure en termes de pourcentage de revenu perdu. En pratique, on détermine d'abord le revenu qui aurait été tiré de l'activité lucrative exercée en l'absence d'atteinte à la santé. On déduit ensuite de ce montant le revenu qui pourrait raisonnablement être réalisé après mise en place de mesures de réadaptation consécutives à l'atteinte à la santé. La perte de gain due à l'invalidité correspond au taux d'invalidité (art. 16 LPGa, AHV/IV 2021b).

Le taux d'invalidité ne dépend pas de l'état de santé de la personne atteinte d'un handicap, mais se mesure en termes de pourcentage de revenu perdu.

Selon le taux d'invalidité attribuée, la prestation versée est une rente entière, trois quarts de rente, une demi-rente ou un quart de rente.

Taux d'invalidité	Rente
70 % à 100 %	Rente entière
60 % à <70 %	Trois quarts de rente
50 % à <60 %	Demi-rente
40 % à <50 %	Quart de rente

Le montant de la rente est calculé sur la base du revenu moyen avant l'invalidité, ainsi que de la durée de cotisation. Les montants de rente minimale et maximale correspondent à ceux prévus par l'AVS (art. 37 LAI), à savoir pour 2021 respectivement 1195 et 2390 francs mensuels. Outre la rente AI, la personne assurée bénéficie d'une rente pour les enfants qui n'ont pas encore fêté leurs 18 ans ou, s'ils suivent une formation, jusqu'au jour de leur 25 ans (art. 35 LAI). Ces dispositions sont applicables dans toute la Suisse.

La réadaptation prime la rente: le rôle des mesures de réadaptation

L'AI applique le principe de «la réadaptation prime la rente», à savoir qu'une rente n'est accordée que s'il n'est pas possible de réintégrer entièrement une personne sur le marché du travail. A cette fin, l'AI offre des mesures de réadaptation destinées à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain d'une personne.

Trois types de mesures de réadaptation professionnelle peuvent être distinguées (voir Tableau 2) :

- 01_ Mesures d'intervention précoce
- 02_ Mesures de réinsertion
- 03_ Mesures d'ordre professionnel

Tableau 2

Les mesures de réadaptation professionnelle pour un retour sur le marché du travail

Type de mesures	Objectif des mesures	Instruments	Coûts
Mesures d'intervention précoce	Maintenir une personne au poste de travail qu'elle occupe ou trouver une nouvelle activité au sein ou en dehors de son entreprise	Adaptation du poste de travail, cours de formation, placement, orientation professionnelle, réadaptation socioprofessionnelle, mesures d'occupation	Max. 20 000 Fr. par personne
Mesures de réinsertion	Préparer à une réinsertion future, en particulier pour les personnes souffrant d'un trouble psychique	Réadaptation socioprofessionnelle, mesures d'occupation	Non limités, mais il doit exister un «rapport raisonnable» avec la réussite économique des mesures
Mesures d'ordre professionnel	Rétablir, améliorer ou maintenir la capacité de gain	Orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement à l'essai, rééducation dans la même profession, placement dans un autre emploi	Non limités, mais il doit exister un «rapport raisonnable» avec la réussite économique des mesures

Source: BSV (2014), AHV/IV (2018)

Certaines mesures, telles que l'orientation professionnelle, sont conduites en interne par les offices AI eux-mêmes. Pour d'autres mesures, les offices AI concluent souvent des contrats de prestations avec des fournisseurs externes.

Durant la phase de réadaptation qui suit la décision de principe, les personnes assurées ont droit à des indemnités journalières. Celles-ci visent à garantir les moyens de subsistance pendant qu'une personne participe à une mesure de réadaptation. Le montant des indemnités journalières dépend du revenu qui était réalisé avant l'incapacité de gain. Les indemnités journalières correspondent à 80 % du revenu, sans pouvoir dépasser 407 francs par jour (148 200 francs par an). En outre, les personnes assurées obtiennent une prestation pour enfant d'un montant de 9 francs par jour et par enfant.

2.2_ Sur la trace des facteurs de coûts, avec des données exclusives de l'Ofas

Comparer les pratiques des offices AI cantonaux dans l'exécution de leurs missions a pour but d'analyser les différences en termes de coûts-bénéfices entre ces offices, et ainsi d'identifier les principaux facteurs de coûts de l'AI. Des données exclusives de l'Ofas ont pu être utilisées à cette fin : elles rendent possible une analyse par cohorte (la cohorte représentant le groupe de toutes les personnes ayant déposé une première demande auprès de l'AI au cours d'une même année donnée), au lieu d'analyser les décisions prises lors d'une année calendaire donnée.

Encadré 1

Des données exclusives de l'Ofas à la base de cette analyse

La comparaison repose sur un ensemble de données qui ont été mises à disposition par l'Ofas en exclusivité pour la présente analyse (BSV 2020g). Les données comprennent un total de six cohortes de nouveaux demandeurs d'AI (de 2010 à 2015). Une cohorte comprend l'ensemble des personnes ayant déposé une demande d'AI au cours d'une même année donnée. Parmi ces groupes de personnes, on a étudié combien ont obtenu, quatre ans après leur demande, une prestation et quel est le coût de celle-ci. Après quatre ans, 93 % des dossiers en moyenne sont clos, c'est-à-dire qu'une rente a été octroyée ou la procédure s'est conclue par un rejet (Guggisberg und Bischof 2020b). Quatre ans après la première demande également, environ trois quarts de tous les octrois de rentes pour des personnes de 18 ans et plus ont été prononcés (évaluation des nouvelles rentes en 2018, BSV 2021). Afin de diminuer l'effet de valeurs aberrantes, cette étude calcule les valeurs moyennes des six cohortes pour chaque office AI.

Le processus de décision concernant l'octroi d'une rente AI s'étend sur plusieurs années et c'est précisément pour cette raison qu'une analyse par cohorte est particulièrement intéressante. C'est la seule façon de pouvoir comparer les coûts des mesures de réadaptation en rapport avec les demandes déposées ou les rentes octroyées. En se basant sur les chiffres annuels des statistiques de l'AI, qui représentent les dépenses pour rentes et mesures au cours d'une année donnée, il n'est pas possible de réaliser une telle analyse longitudinale.

L'analyse des données s'est limitée aux personnes entre 20 et 59 ans. Cette restriction a permis d'une part d'écarter la majeure partie des demandes pour invalidité congénitale, qui surviennent le plus souvent avant l'âge de 21 ans. Et d'autre part, les rentes des personnes

âgées de 60 ans ou plus ne sont pas incluses dans le jeu de données, parce que les relevés de situation ont été effectués à chaque fois quatre ans après le dépôt de demande. A cette date cependant, la personne demandeuse peut se trouver en retraite et par conséquent renoncer à une rente AI.

Pour le calcul des coûts totaux de rentes, les versements annuels de rentes d'un rentier AI ont été pris en compte jusqu'à l'entrée en retraite, et non pas seulement au cours d'une année donnée. Les montants ont été estimés à leurs valeurs actualisées (méthode de la valeur actualisée des flux). En matière d'assurances sociales, on utilise pour cela un taux d'actualisation de 3,5 %, confirmé dans plusieurs arrêts du tribunal fédéral (BGE 4A_543 und 545/2015 / BGE 4A_122/2016). Les données de rente utilisées ne contiennent en revanche pas les versements additionnels tels que les prestations complémentaires ou les allocations pour impotent.

Les mesures de réadaptation ne prennent en compte que les prestations réalisées par des prestataires externes, ainsi que les indemnités journalières qui les accompagnent. L'analyse n'inclut pas les rentes pour enfants, ni les moyens auxiliaires, les allocations pour impotent, ainsi que les mesures qui ne font pas partie des mesures de réadaptation.

Des écarts de coûts globaux atteignant 74 %

Si l'on considère les coûts globaux de chaque office AI – c'est-à-dire l'ensemble des coûts actualisés pour les rentes, les mesures de réadaptation professionnelle et les indemnités journalières – et si on les compare à la population d'âge compris entre 20 et 59 ans, des différences frappantes apparaissent. Rapportés à la population assurée⁴, les coûts totaux engagés par personne dans l'office AI du canton du JU se montent à 722 francs, tandis qu'ils sont seulement de 187 francs dans le canton d'AI – soit un écart considérable de 74 % (voir Figure 5). Plus généralement, les coûts totaux des offices AI en Suisse romande tranchent notablement : l'ensemble des cantons francophones présentent des coûts totaux qui excèdent le montant moyen suisse de 414 francs par personne. En bas de l'échelle en revanche se trouvent surtout des offices AI de Suisse centrale.

Les cantons francophones présentent des coûts totaux qui excèdent le montant moyen suisse.

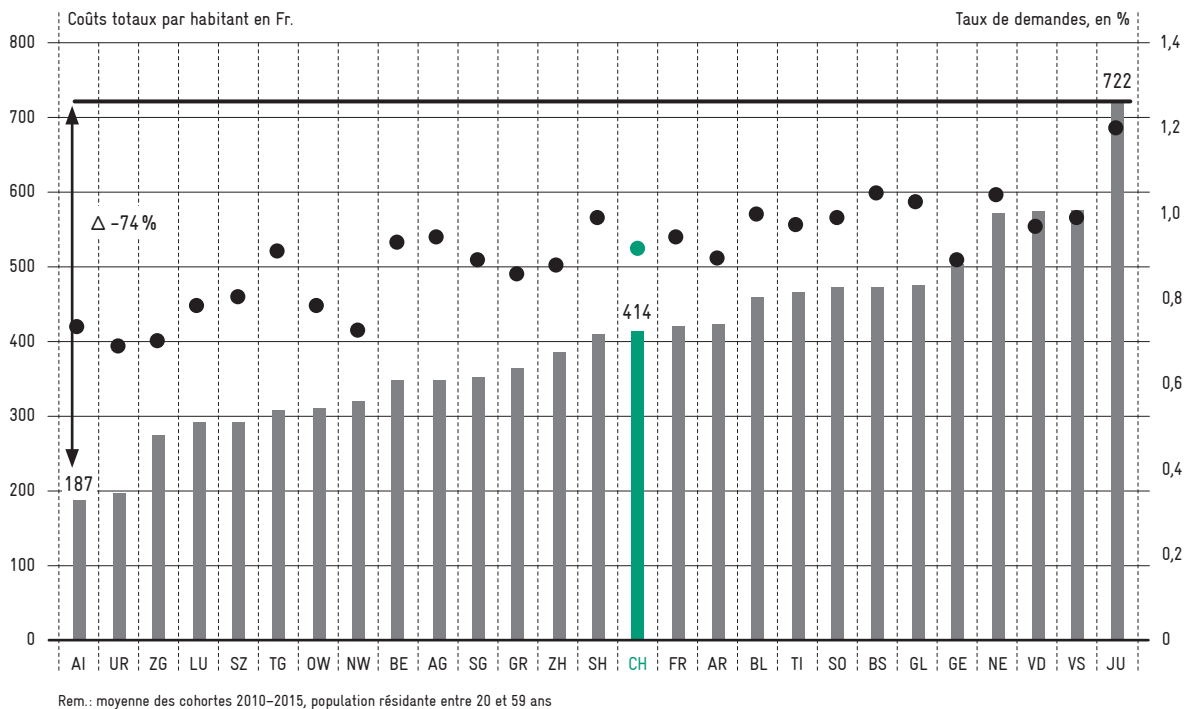
Comment expliquer ces différences ? Entrent en jeu aussi bien des facteurs externes, sur lesquels un office AI ne peut que difficilement influencer, que des facteurs internes ressortissant à la marge de manœuvre des offices. Les premiers ont déjà été analysés en détail dans certaines études (BASS 2003, Guggisberg und Bischof 2020b). Ainsi l'environnement socio-démographique d'un canton – la structure d'âge, la proportion d'individus divorcés, le niveau moyen de formation, le taux de chômage et la part d'étrangers – a une influence sur le nombre de demandes par personne assurée, autrement dit sur le taux de demandes AI (voir axe de droite de la Figure 5). Les cantons dont la population comprend de nombreux habitants avec un risque accru d'invalidité doivent pour cette raison s'attendre à un taux de demandes plus élevé. Les offices AI n'ont que très peu de levier d'action sur ce dernier.

⁴ Ne sont pris en compte que les habitants soumis aux cotisations de l'AI, à partir de 20 ans et jusqu'à l'âge de 64/65 ans, à l'exclusion des fonctionnaires internationaux et des diplomates.

Figure 5

Le canton d'AI présente des dépenses inférieures de 74 % à celles du canton du JU

Les coûts cumulés des mesures de réadaptation et des rentes jusqu'à l'âge de la retraite varient fortement suivant les cantons. Certaines de ces différences dépendent de facteurs socio-démographiques qui se reflètent dans les taux de demandes. Une fois la demande déposée cependant, une partie des coûts est sous le contrôle de l'office AI.



Source: BSV (2020g), propres calculs

La Figure 5 montre en outre que les cantons présentant des taux de demandes élevés présentent aussi des coûts par habitant plus hauts. Environ 76 % des différences de coûts entre les offices AI peuvent être expliquées par les différences dans les taux de demandes.

Au contraire, les facteurs internes résident dans les différentes interprétations des bases juridiques. L'évaluation du taux d'invalidité est certes légalement définie, mais sa détermination reste dans une certaine mesure une question d'appréciation de l'administration, ce qui explique entre autres le chiffre élevé de 8000 recours chaque année (SRF 2016). Les décisions administratives reflètent aussi les différentes pratiques des tribunaux cantonaux, qui sont plus ou moins favorables aux assurances ou aux assurés; les offices AI anticipent les potentiels recours lorsqu'ils prennent leurs décisions. Des différences apparaissent également entre les offices AI en matière d'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, ou bien dans le coût et la durée de telles mesures. Ce sont sur ces facteurs de coûts internes aux offices que se penche la présente publication: contrairement aux facteurs socio-démographiques, ils peuvent en effet être modifiés à court ou moyen terme.

Coûts des offices AI : les facteurs maîtrisables sous la loupe

Pour pouvoir analyser les différences constatées entre les offices et sur lesquelles chacun des offices peut agir, les coûts globaux sont divisés en deux composantes : la première est constituée des coûts induits par les rentes (coûts de rentes). La deuxième est constituée des coûts résultants des mesures de réadaptation professionnelle et des indemnités journalières qui y sont liées (coûts de réadaptation). L'ensemble des coûts est exprimé en proportion du nombre de demandes, afin de pouvoir comparer les différents offices AI sur la base d'indicateurs sur lesquels ils peuvent influencer.

Les facteurs de coûts internes aux offices peuvent ainsi être représentés par la formule suivante :

Formule 1

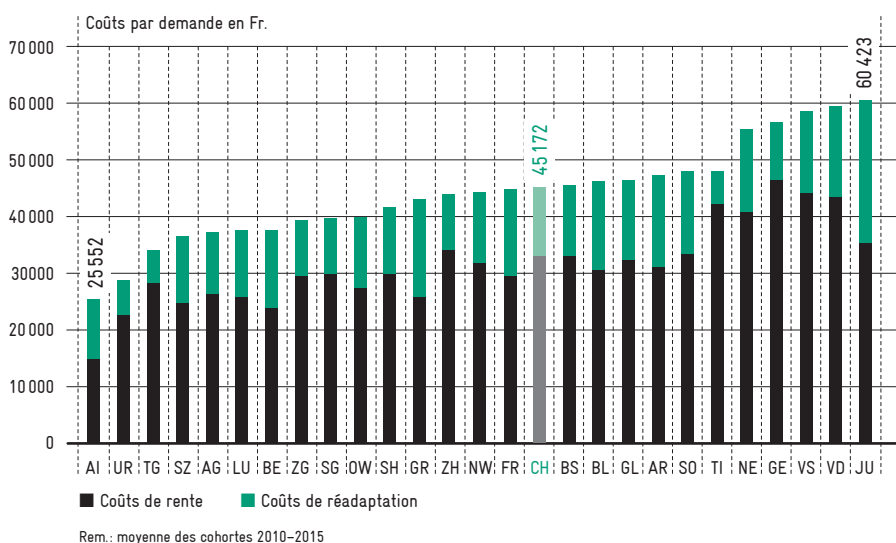
$$\frac{\text{coût total}}{\text{demande}} = \frac{\text{coût de rente}}{\text{demande}} + \frac{\text{coût de réadaptation}^*}{\text{demande}}$$

*mesures de réadaptation professionnelle et indemnités journalières

Figure 6

Les deux principales composantes des coûts de l'AI

Le coût des rentes versées jusqu'à l'âge de la retraite représente trois quarts des dépenses totales en moyenne en Suisse. Mais certains cantons (AI, BE, GR et JU) investissent davantage dans la réadaptation, qui pèse jusqu'à 40% des dépenses voire plus. Les coûts totaux en résultant restent très hétérogènes.



Source: BSV (2020g), propres calculs

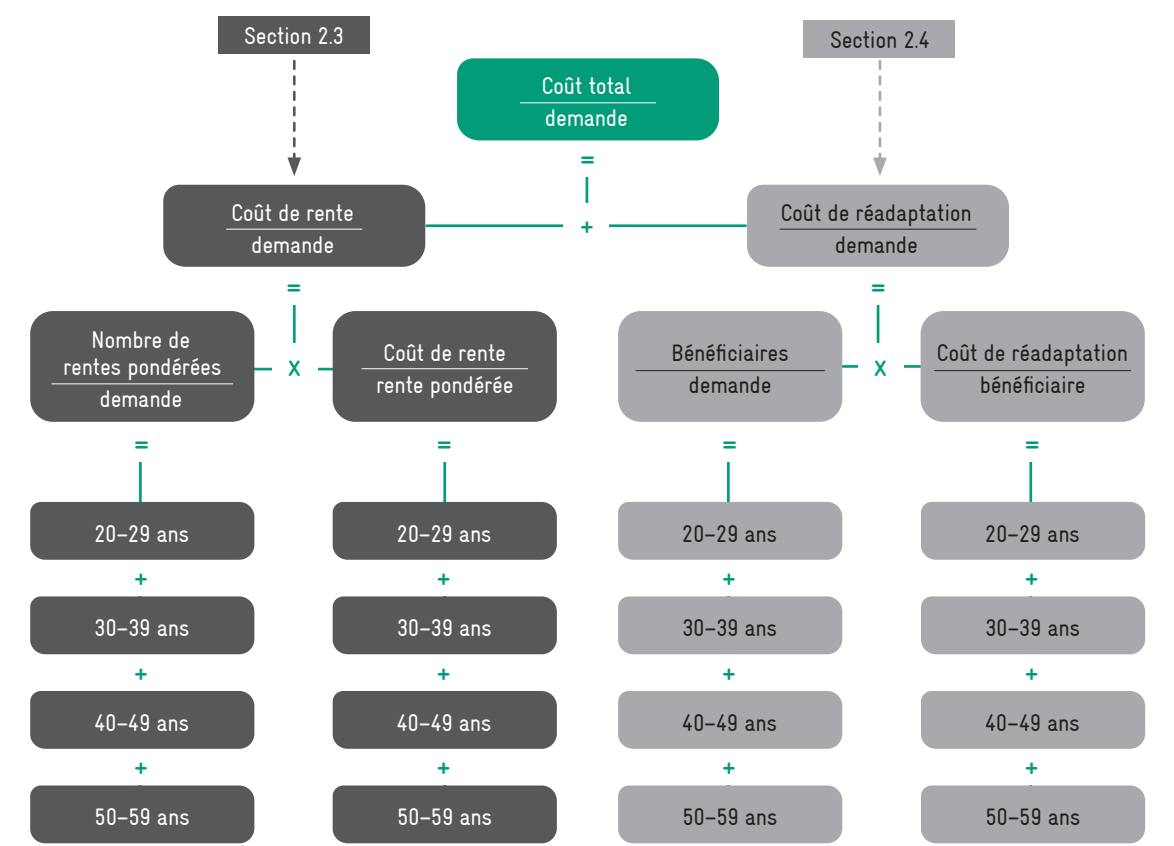
La Figure 6 montre les différences entre les offices AI concernant ces deux composantes du coût total par demande. En considérant le coût total par demande plutôt que par habitant, on obtient un diagramme similaire à celui de la Figure 5, mais pas tout à fait identique. On constate les mêmes importants écarts entre les deux cas extrêmes (JU et AI) ; et les cantons de Suisse romande ainsi que le Tessin présentent à nouveau des valeurs supérieures à la moyenne. Mais la cause de ces coûts totaux varie selon les cas.

Les deux sections suivantes entreprennent une recherche minutieuse des causes de ces différences. Dans une première étape seront étudiés les coûts qui résultent de l’octroi d’une rente (voir partie gauche de la Figure 7). En Suisse, ces coûts représentent en moyenne les trois quarts des coûts totaux, mais les différences cantonales sont considérables. Ces différences sont-elles dues au nombre de rentes octroyées ou au coût de chacune d’entre elles? Comment se répartit le volume des rentes entre les groupes d’âge?

Et comment expliquer que les coûts individuels de rente soient plus importants que la moyenne en Suisse latine?

Figure 7
Deux principaux facteurs de coûts dans l’assurance-invalidité

Pour comprendre la cause des différences de coûts par demande entre les cantons, une section est dédiée à chacune de ses deux composantes: d’une part les facteurs de coûts des rentes, d’autre part ceux des mesures de réadaptation.



Source: propre représentation

Dans un deuxième temps, l'analyse se penche sur les mesures prises par les offices AI pour éviter l'octroi de rentes, entières ou partielles (partie droite de la Figure 7). Cet aspect soulève également la question du degré d'hétérogénéité des montants consacrés par demande à ces mesures de réadaptation. Et quels facteurs expliquent ces différences entre les cantons? Les offices AI font-ils un emploi ciblé des mesures de réadaptation? Quels groupes d'âge profitent le plus de ces mesures, et surtout quel effet positif cela a-t-il sur le taux de rente?

2.3_ Röstigraben dans les coûts des rentes

Comme le fait apparaître la Figure 6, c'est dans le canton de GE que le coût de rente par demande est le plus élevé: avec environ 46 300 francs par demande, ce coût est quasiment supérieur d'un tiers à la moyenne suisse, qui se situe autour de 33 000 francs. La valeur la plus basse est enregistrée par l'office du canton d'AI, avec environ 14 000 francs par demande.

Ce sont de nouveau les offices des cantons francophones qui présentent des coûts de rente supérieurs à la moyenne suisse, les cantons de GE, NE, VD, VS et du JU occupant à ce titre les premières places. Une partie de leur coût total élevé s'explique donc par le niveau élevé du coût de rente par dossier.

Le coût de rente dépend d'une part de la quantité d'octrois dans un office AI et d'autre part du coût moyen par rente octroyée. Le coût de rentes par demande est donc le produit du taux d'octroi de rente par demande et du coût par rente (pondérée) octroyée (voir Formule 2).⁵

Formule 2

$$\frac{\text{coût de rentes}}{\text{demande}} = \frac{\text{nombre de rentes pondérées}}{\text{demande}} \times \frac{\text{coût de rentes}}{\text{nombre de rentes pondérées}}$$

Taux d'octroi
Coût de rente par rente pondérée

Le taux d'octroi de rente exprime dans quelle proportion un office AI accorde une rente. Cette grandeur dépend des caractéristiques socio-démographiques de la population cantonale, mais également des pratiques de l'office AI. Le coût de rentes par rente pondérée, ou pour simplifier le «coût par rente pondérée», – et on entend ici son coût total jusqu'à la retraite du bénéficiaire – dépend avant tout du profil du demandeur. En effet, le coût d'une rente est déterminé principalement par la perte financière subie par rapport au revenu gagné jusqu'alors (cette perte définissant le

5 Le nombre de rentes pondérées s'obtient en additionnant le nombre de rentes entières, 25 % du nombre de rentes partielles versées au quart, 50 % du nombre de demi-rentes et 75 % des rentes partielles à 75 %.

montant mensuel de la rente) et par le nombre d'années de versement de la rente AI jusqu'à la retraite (autrement dit le coût dépend de l'âge actuel du bénéficiaire).

Romandie et Tessin octroient plus de rentes

Le Tableau 3 reporte les coûts par rente pondérée ainsi que les taux d'octroi de rente par canton. Avec un écart-type de 6 % par rapport à la moyenne, les coûts par rente varient peu entre les cantons. A l'exception du canton d'AI⁶ et de GR, toutes les valeurs se situent dans une marge de cinq points de pourcentage au-dessus ou au-dessous de la moyenne suisse.

Il en va tout autrement du taux d'octroi de rente, où l'écart-type par rapport à la moyenne suisse atteint 22 %. Tandis que dans le canton d'UR, un demandeur sur dix obtient une rente, cette proportion s'élève à un sur cinq, c'est-à-dire deux fois plus, dans le canton de GE.

Autrement dit: tandis que le coût par rente est comparable dans tous les cantons, la fréquence d'octroi varie fortement. Cette dernière est donc déterminante pour la hauteur du coût de rentes par demande. L'ensemble des offices AI présentant des coûts par demande au-dessus de la moyenne dépassent également la moyenne pour leur taux d'octroi de rente (voir le Tableau 3). Cette observation s'applique en particulier à la Suisse latine (canton du JU excepté). Le canton de GE enregistre même à la fois le coût par demande de rente le plus élevé et le taux d'octroi de rente le plus élevé.

Tandis que dans le canton d'UR, un demandeur sur dix obtient une rente, ils sont un sur cinq dans le canton de GE.

Potentiel d'économies d'au moins 60 millions

Certains facteurs socio-démographiques, tels que le type de professions exercées dans un canton ou la structure d'âge, peuvent certes se ressentir dans les causes des demandes d'AI, et ainsi sur le taux d'octroi.

Cependant, l'ampleur des différences entre les cantons attire l'attention. Les taux d'octroi dans les cantons de Suisse latine (JU excepté) se situent au moins 27 % au-dessus de la moyenne suisse. Le canton de GE, avec sa structure plutôt urbaine et une économie orientée sur le secteur des services, affiche un taux supérieur de 41 % à la moyenne. En comparaison, dans le canton analogue de BS, également urbain quoique davantage caractérisé par le secteur secondaire, le taux n'excède la moyenne que de 4 %. Le canton de ZH se situe presque exactement dans les valeurs moyennes.

Ces différences ne s'expliquent très vraisemblablement pas seulement par les caractéristiques socio-démographiques des personnes déposant une demande, mais sont plutôt liées à des différences d'interprétation de la loi fédérale, ainsi qu'à des pratiques différentes dans les mesures de réadaptation (voir chapitre suivant).

6 En raison de l'échantillon limité pour le canton d'AI, cette valeur peut être considérée comme non représentative. En outre, le canton ne présente pas sur la période considérée de bénéficiaires de rente de moins de 30 ans, lesquels génèrent des coûts de rente élevés jusqu'à l'âge de la retraite.

Tableau 3

L'hétérogénéité du coût de rente entre les cantons résulte principalement des écarts dans le taux d'octroi

Aide à la lecture: le coût par demande de rente résulte du produit des deux valeurs suivantes: nombre de rentes (pondérées) octroyées par demande et coût par rente pondérée (voir formule 2). Afin de faciliter la comparaison des cantons, les valeurs brutes sont normalisées par rapport à la moyenne suisse.

Canton	Coût de rente par demande en Fr.	indexé (CH = 100)	Nb de rentes pondérées par demande en % (taux d'octroi)	indexé (CH = 100)	Coût par rente pondérée en Fr.	indexé (CH = 100)
AI	14 773	45	9 %	64	157 442	70
UR	22 475	68	10 %	70	219 481	98
BE	23 743	72	11 %	71	225 935	101
SZ	24 910	76	12 %	79	214 677	96
LU	25 682	78	12 %	79	219 815	98
GR	25 722	78	13 %	85	205 370	92
AG	26 200	79	11 %	76	235 922	105
OW	27 235	83	13 %	86	216 301	97
TG	28 344	86	12 %	83	232 025	104
FR	29 438	89	13 %	90	222 447	99
ZG	29 528	90	14 %	92	218 619	98
SG	29 772	90	13 %	90	223 951	100
SH	29 997	91	14 %	92	221 569	99
BL	30 334	92	14 %	93	220 778	99
AR	31 040	94	14 %	92	229 083	102
NW	31 896	97	14 %	95	228 307	102
GL	32 239	98	15 %	103	213 030	95
CH	32 961	100	15 %	100	224 125	100
Ecart-type*		22 %		21 %		6 %
BS	33 177	101	15 %	104	215 980	96
SO	33 421	101	15 %	103	220 125	98
ZH	33 863	103	15 %	101	227 512	102
JU	35 126	107	15 %	104	230 530	103
NE	40 795	124	19 %	127	218 614	98
TI	42 196	128	20 %	134	213 930	95
VD	43 489	132	19 %	132	224 205	100
VS	44 175	134	19 %	129	232 103	104
GE	46 298	140	21 %	141	222 952	99

* Écart-type d'une colonne

Rem.: valeurs moyennes sur toutes les cohortes 2010-2015. En vert foncé, la valeur la plus élevée de la colonne; en vert clair, celle la moins élevée.

Source: BSV (2020g), propres calculs

Ces différences peuvent avoir d'importantes conséquences sur les coûts. Si la différence constatée entre les taux d'octroi en Suisse latine (GE, TI, VD, VS et NE, hors FR) et le taux moyen suisse était divisés par deux, la baisse du taux d'octroi qui s'ensuivrait ferait baisser le coût d'au moins 60 millions par cohorte de nouvelles demandes.⁷

L'hétérogénéité dans l'octroi de rente n'est pas seulement problématique d'un point de vue financier, elle soulève également des questions légales et éthiques. D'un point de vue légal, les différences qui reposent sur le pouvoir décisionnaire des offices AI ou des tribunaux cantonaux posent question parce qu'une personne atteinte dans sa santé en Romanie est plus susceptible de recevoir une rente que dans les autres cantons. Pour un même diagnostic médical, la décision pourrait ne pas être la même selon les pratiques du canton. Ainsi se trouverait enfreint le principe d'égalité du droit.

Ethiquement, parce que cela conduit à ce que des personnes perçoivent une rente d'invalidité alors qu'avec un accompagnement différent de l'office AI, elles auraient peut-être pu mener une vie (en partie) autonome – en parfait accord avec le principe «la réadaptation prime la rente».

Coûts de rente: plus élevés chez les 40–49 ans et les jeunes

La dernière réforme de l'AI – appelée «Développement continu de l'AI», adoptée en juin 2020 par le Parlement suisse – s'était donné pour but de diminuer avant tout la mise en rente des jeunes demandeurs. Ainsi devait être évité que les plus jeunes perçoivent une rente mensuelle, certes souvent d'un faible montant mais versée durant plusieurs décennies. Mais les coûts globaux des rentes pondérées sont-ils réellement plus élevés chez les jeunes?

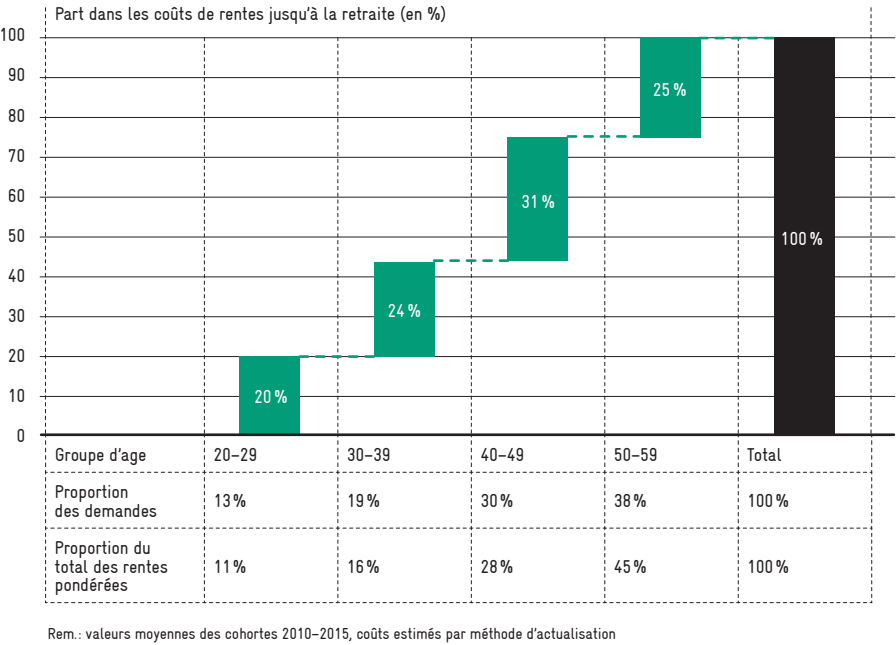
La majeure partie de la somme totale que nécessite en moyenne chaque cohorte de demandeurs, ne revient pas au groupe d'âge le plus jeune, mais au groupe des 40–49 ans, avec 31 % du total (voir Figure 8). Ce groupe d'âge est suivi par celui des 50–59 ans, avec 25 % du total. L'explication en est que ces deux groupes d'âge non seulement représentent la majeure partie des demandes, mais aussi la majeure partie de toutes les rentes pondérées.

Il faut souligner que les coûts de rente des plus jeunes assurés occupent une place proportionnellement plus grande que le poids de leur groupe d'âge. Bien que les 20–29 ans ne représentent que 11 % de toutes les rentes octroyées, ils génèrent 20 % de tous les coûts de rente capitalisés jusqu'à l'âge de retraite. Cela s'explique par le fait que les rentes du groupe d'âge le plus jeune sont versées sur une période plus longue que celle des autres groupes d'âge.

7 Cette estimation est prudente. En premier lieu, notre jeu de données ne contient que les rentes octroyées quatre ans après la première demande (environ trois quarts de toutes les rentes) et que celles pour les personnes entre 20 et 59 ans. Deuxièmement, les éventuelles rentes pour enfant, ainsi que les prestations complémentaires du nouveau bénéficiaire de rente ne sont pas prises en compte.

Figure 8
Les plus jeunes pèsent proportionnellement plus lourd dans les coûts de rentes

Bien que les 20–29 ans ne représentent que 11% des nouvelles rentes, ils entraînent 20% des coûts cumulés jusqu’à l’âge de la retraite. Le bloc de coûts pesant le plus lourd est celui du groupe des 40–49 ans. Pour ce groupe d’âge également, les efforts de réadaptation valent la peine.



Source : BSV (2020g), propres calculs

Cependant, les coûts de rente des plus jeunes rentiers AI sont fortement réduits dans cette présentation en raison du taux d’actualisation élevé de 3,5 % qui est utilisé. Si les rentes étaient évaluées en utilisant un taux de 2,1%, ce qui correspond au taux technique moyen utilisé par les caisses de pension en 2019, le coût de rentes d’un jeune rentier AI pourrait faire un bond de jusqu’à environ 30 % (voir annexe 1).⁸

Il est compréhensible que la nouvelle réforme de l’AI porte son attention sur les jeunes, mais cette focalisation ne doit pas faire oublier les efforts pour la réintégration des personnes plus âgées. Avec 31% des coûts de rente, le groupe d’âge des 40–49 ans constitue un groupe important, constitué de personnes qui de plus perçoivent leur rente AI pendant au moins encore 15 ans, jusqu’à atteindre l’âge de la retraite. Il serait humainement et financièrement erroné de ne pas les aider à réintégrer le marché primaire du travail.

⁸ Ce calcul ne prend pas en compte les prestations complémentaires (PC). Le taux d’octroi de PC est de 60–80 % chez les 20–29 ans, et de 35–65 % chez les 40–49 ans. Le taux de PC diminue avec l’âge croissant. En moyenne il était de 48,5 % en 2019 (BSV 2020c).

Afin que le monde politique puisse évaluer correctement l'importance de l'intégration des différents groupes d'âge, il serait souhaitable que l'Ofas publie par canton les coûts résultants jusqu'à la retraite de chacun de ces groupes. Aujourd'hui, seul le nombre de nouvelles rentes par catégorie d'âge est communiqué.

2.4_ L'(in-)efficacité des mesures de réadaptation

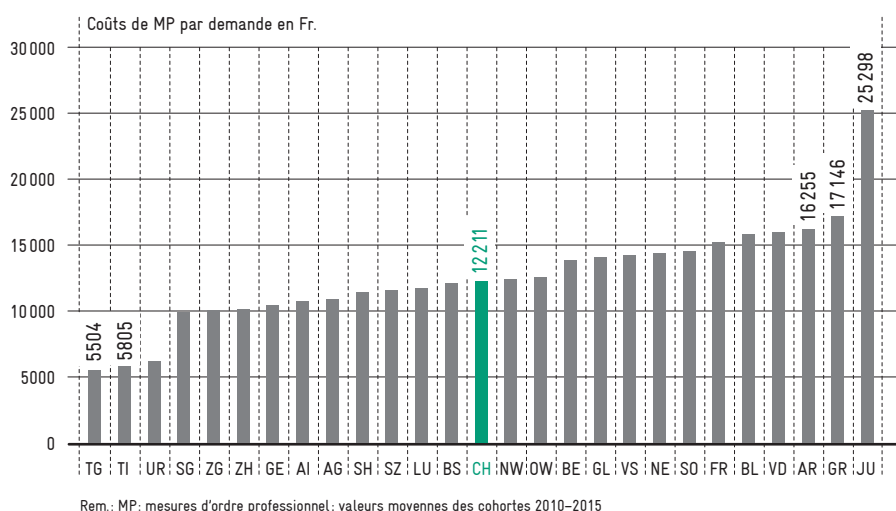
Outre les coûts de rente, les coûts des mesures de réadaptation (mesures d'ordre professionnel et indemnités journalières) jouent également un rôle important. D'un montant moyen de 12 000 francs environ, celles-ci génèrent environ 27% du coût total par demande. Cette proportion élevée, ainsi que le fait que les offices AI ont dans une large mesure une maîtrise sur ces coûts, souligne l'importance de leurs analyses.

Il existe des écarts considérables entre les cantons (voir Figure 9). L'office AI du canton du JU se démarque nettement des autres offices, avec des coûts de réadaptation par demande de plus de 25 000 francs. Suivent à bonne distance les offices des cantons de GR et d'AR, avec respectivement des coûts de réadaptation d'environ 17 000 et 16 000 francs. A l'autre extrémité de l'échelle se trouvent les coûts de réadaptation des offices des cantons de TG et du TI, sous la barre des 6000 francs. Même en «milieu de classement», les coûts de réadaptation varient considérablement, entre 10 000 et 15 000 francs par demande.

Figure 9

Les mesures d'ordre professionnel et les indemnités journalières dans le canton du JU se montent à plus du double de la moyenne suisse

Les cantons font un usage très hétérogène des mesures d'ordre professionnel. Ces mesures représentent moins de 6000 francs par demande dans les cantons de TG et du TI, tandis qu'elles sont associées à des dépenses trois ou quatre fois plus élevées dans les cantons de GR et du JU.



Source: BSV (2020g), propres calculs

Le montant des coûts de réadaptation dépend non seulement de la fréquence à laquelle les mesures d'ordre professionnel sont octroyées (taux de bénéficiaires), mais aussi du coût par bénéficiaire, résultant du coût des mesures mises en place et du versement des indemnités journalières (voir Formule 3).

Formule 3

$$\frac{\text{Coût de réadaptation}^*}{\text{demande}} = \frac{\text{Nombre de bénéficiaires de mesures}}{\text{demande}} \times \frac{\text{Coût de réadaptation}^*}{\text{Nombre de bénéficiaires de mesures}}$$

Taux de bénéficiaires
Coûte par bénéficiaire de mesures

*coût des mesures + indemnités journalières

Les dépenses engagées par les offices AI pour les mesures d'intégration et les mesures d'ordre professionnel ne sont soumises à aucune restriction. Ni le nombre de mesures ni les montants pour chaque mesure, ni les dépenses totales par office AI ne sont limités. Il est manifeste que les offices AI font usage de cette marge de manœuvre. Cela soulève trois questions centrales :

- 01_ Qui sont les bénéficiaires des mesures de réadaptation ?
- 02_ Quel est le montant par bénéficiaire des dépenses qui en découlent ?
- 03_ Quelle est l'efficacité recherchée, et obtenue, des stratégies cantonales de réadaptation ?

26 nuances de lumière sur la réadaptation

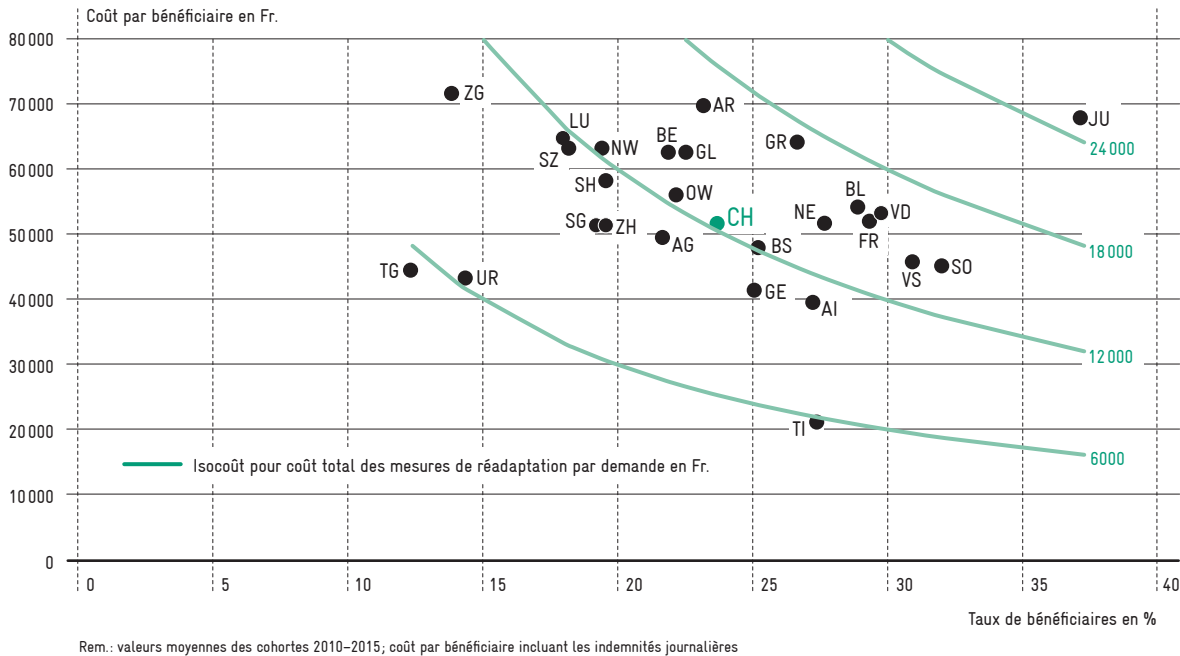
Comme le fait apparaître la Formule 3, un même budget donné peut être dépensé soit en faisant bénéficier de nombreux demandeurs de mesures peu coûteuses, soit en octroyant à un petit nombre des mesures coûteuses. Entre ces deux extrêmes, les cantons peuvent choisir de composer le mix de leur choix (voir Figure 10). Les cantons qui ordonnent de nombreuses mesures, mais bon marché, se trouvent tendanciuellement en bas à droite dans le graphique (taux de bénéficiaires élevé et coûts faibles pour chacun d'entre eux). Les cantons limitant leurs mesures à certains publics cibles, mais mettant en œuvre des mesures coûteuses, se trouvent plutôt en haut à gauche.

Les taux de bénéficiaires sont particulièrement importants dans les cantons du JU, de SO et du VS. Dans ces cantons, environ un tiers de toutes les personnes déposant une demande se voient octroyer une mesure. A l'autre extrémité de l'échelle, dans les cantons de TG, d'UR et de ZG, seul un demandeur sur sept obtient une mesure de réadaptation. Ces écarts reflètent les différents principes directeurs suivis par les offices AI. Dans le domaine des mesures de réinsertion par exemple, certains offices essaient de rendre une décision de principe le plus rapidement possible

Figure 10

Les offices AI suivent différentes stratégies de réadaptation

Un budget donné en faveur de mesures de réadaptation peut être réparti entre de nombreuses personnes, de façon à avoir un taux de bénéficiaires élevé et un faible montant par tête; ou il peut être dédié à peu de personnes, mais pour des sommes élevées à chaque fois. Dans le graphique ci-dessous, plus un canton se situe vers le haut à droite, plus il dépense pour chaque personne ayant déposé une demande d'AI.



Source : BSV (2020g), propres calculs

et ont activement recours aux mesures de réadaptation, pour commencer l'accompagnement des assurés le plus tôt possible dans l'évolution de la maladie et le poursuivre par ces mesures. D'autres offices AI font une interprétation restrictive des mesures de réinsertion et les utilisent avant tout pour les assurés qui ne sont plus sur le marché du travail depuis longtemps (Schmidlin et al. 2020).

Entre 20 000 et 70 000 francs par bénéficiaire de mesures

Les cantons qui malgré des stratégies différentes dépensent les mêmes sommes par demande se trouvent dans la Figure 10 sur une ligne hyperbolique – appelée courbe d'isocoût. Les cantons de TG, du TI et d'UR par exemple dépensent tous à peu près les mêmes montants, à savoir environ 6 000 francs par demande déposée, tandis que la plupart des cantons se situent dans la moyenne suisse et dépensent environ deux fois plus. Les cantons d'AR, de BL, FR, GR et VD investissent davantage, avec plus de 15 000 francs par demande. Cas isolé, le canton du JU s'écarte nettement de ces valeurs, atteignant 25 000 francs. Les coûts de réadaptation ne sont toutefois pas marqués par un Röstigraben, contrairement à ce qui était observé pour les taux d'octroi.

Les coûts par bénéficiaire de mesures présentent également de grandes différences. Dans le canton d'AR, du JU et de ZG, ils se montent à presque 70 000 francs par bénéficiaire, tandis qu'ils se situent autour de 40 000 francs dans les cantons d'AI et de GE. Le canton du TI se démarque avec seulement 20 000 francs par bénéficiaire. Ce dernier dépense donc trois fois moins que le canton de ZG pour les mesures de réadaptation professionnelle et les indemnités journalières par bénéficiaire. Les raisons de ces différences de coûts par bénéficiaire sont multiples. Ces coûts dépendent du type de mesures proposées (mesures de réinsertion, mesures d'ordre professionnel, voir Encadré 2), du nombre de mesures proposées consécutivement pour un même bénéficiaire, ainsi que du lieu d'exécution de ces mesures.

Le canton du TI dépense trois fois moins que le canton de ZG pour les mesures de réadaptation professionnelle par bénéficiaire

Encadré 2

Deux types principaux de mesures de réadaptation de l'AI

Mesures de réinsertion

L'AI propose des mesures de réinsertion en particulier aux personnes atteintes d'un handicap psychique pour leur permettre de réapprendre à évoluer dans un environnement professionnel. Ce sont essentiellement des mesures socioprofessionnelles, comme l'entraînement à l'endurance et le développement des compétences sociales de base, et des mesures d'occupation visant à préserver la structure et le rythme d'une journée de travail.

Exemple:

Madame Favre, 38 ans, est cheffe de service dans un hôtel quatre étoiles à Genève. Après six mois en arrêt de travail suite à une dépression, son médecin considère qu'elle est apte à reprendre progressivement une activité. Après une si longue absence, Madame Favre doit se familiariser à nouveau avec un rythme de travail normal. L'AI lui organise tout d'abord des entraînements à l'endurance dans une institution cantonale de réintégration. Dans un deuxième temps, elle poursuit son programme de réinsertion au sein du service administratif d'une blanchisserie. Elle est supervisée par un spécialiste de l'AI qui l'accompagne parfois aussi sur son lieu de travail.

Mesures d'ordre professionnel

L'AI offre des conseils d'orientation pour identifier les professions compatibles avec l'état de santé des assurés. Elle propose par ailleurs des services de reclassement professionnel en finançant les formations et la réadaptation des assurés qui ne sont plus capables d'effectuer leur ancienne activité. L'AI participe enfin activement au placement de ses assurés en soutenant la recherche d'emploi, à travers un suivi et des conseils. Elle chapeaute aussi les placements dans les entreprises, en continuant à verser des indemnités journalières ou une rente pendant la période d'essai.

Exemple:

Monsieur Rochat, 47 ans, est maçon à Morges. Suite à des douleurs dorsales chroniques, il n'est plus en mesure d'effectuer les tâches qui lui incombent. Après plusieurs absences, son employeur l'inscrit à l'AI. L'office constate que Monsieur Rochat a le potentiel de se reconvertir en dessinateur en bâtiment et pourrait ainsi continuer à travailler pour cette même entreprise. L'AI finance alors un programme de reclassement. Etant donnée que Monsieur Rochat ne touche, au cours cette formation, qu'un salaire d'apprenti, l'AI lui verse en plus une indemnité journalière.

Par exemple, les mesures de réinsertion sur le marché du travail secondaire sont remboursées par des forfaits journaliers ou mensuels. Ces remboursements sont cependant nettement supérieurs aux contributions

versées aux employeurs lors de l'exécution des mêmes mesures sur le marché ordinaire du travail (Schmidlin et al. 2020). La relation des offices AI avec des prestataires externes joue également un rôle. Les offices AI ayant des coûts de réinsertion stables ou en baisse mentionnent comme explications de l'évolution positive de leurs coûts: une collaboration transparente et une négociation des prix avec les prestataires, ainsi que la sensibilisation/formation aux prix chez les spécialistes en réadaptation professionnelle (Schmidlin et al. 2020).

Les jeunes, cible privilégiée des mesures de réadaptation

Un budget donné étant à disposition, quelle stratégie convient-il d'adopter? S'il est possible d'améliorer les chances de réadaptation de nombreuses personnes à l'aide de mesures simples, il n'y a rien à objecter à un taux de bénéficiaires élevé. Et les mesures de réadaptation coûteuses sont elles aussi, toutes choses égales par ailleurs, intéressantes pour les jeunes personnes, parce que le succès d'une réadaptation produit alors ses effets positifs durant des décennies. A l'inverse, un office AI pourrait être moins incité, d'un point de vue financier, à investir substantiellement pour des personnes qui seront bientôt à la retraite. Comment se répartissent le nombre et le volume des mesures de réadaptation entre les groupes d'âge?

Le tableau 4 livre une image plus précise de la fréquence d'utilisation de ces mesures dans chaque groupe d'âge. Dans tous les offices AI, il apparaît clairement que c'est le groupe des 20–29 ans qui présente le plus haut taux de bénéficiaires. En moyenne en Suisse, 40 % des personnes dans ce groupe d'âge qui se sont annoncées à l'AI ont bénéficié d'une mesure de réadaptation, soit 10 % de plus que ceux entre 30 et 39 ans. Ces derniers à leur tour se voient attribuer deux fois plus de mesures que le groupe des plus de 50 ans.

Malgré cette tendance générale, les différences cantonales restent marquées. Tandis que dans les cantons du JU, d'AI et de SO, la moitié environ de toutes les personnes de la tranche 20–29 ans ayant déposé une demande bénéficient d'une mesure, ils sont moins d'un tiers dans les cantons de TG, ZG, LU, d'UR et de GE. Dans la plupart des offices AI, une même stratégie de réadaptation, faite soit de sélectivité soit de largesse, se retrouve à travers tout le spectre des tranches d'âge. Les offices AI dans lesquels la fréquence d'octroi de ces mesures se trouve loin sous la moyenne suisse chez les 20–29 ans, présentent également dans les autres groupes d'âge des taux inférieurs à la moyenne (par exemple dans le canton de TG, indiqué en vert clair dans le Tableau 4). A l'inverse, l'office AI du JU affiche le taux d'octroi le plus élevé dans tous les groupes d'âge (indiqué en vert foncé dans le Tableau 4).

Le Tableau 5 reporte, par groupe d'âge, les coûts par bénéficiaire de mesures de réadaptation professionnelle, hors indemnités journalières. Comme pour la fréquence d'octroi des mesures, c'est ici aussi la plus jeune tranche d'âge qui recueille le plus d'attention.

Tableau 4

Des mesures de réadaptation concentrées sur les 20–29 ans

Canton	Taux de bénéficiaires en %			
	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans
AG	39 %	26 %	22 %	13 %
AI	49 %	36 %	25 %	19 %
AR	47 %	31 %	22 %	14 %
BE	42 %	28 %	21 %	13 %
BL	46 %	36 %	30 %	19 %
BS	41 %	30 %	25 %	16 %
FR	42 %	36 %	32 %	20 %
GE	32 %	30 %	26 %	19 %
GL	42 %	31 %	21 %	14 %
GR	44 %	35 %	27 %	18 %
JU	50 %	46 %	39 %	28 %
LU	31 %	25 %	17 %	11 %
NE	38 %	35 %	29 %	20 %
NW	40 %	24 %	19 %	12 %
OW	42 %	31 %	20 %	13 %
SG	37 %	24 %	19 %	11 %
SH	33 %	24 %	19 %	14 %
SO	48 %	39 %	33 %	23 %
SZ	42 %	23 %	18 %	9 %
TG	27 %	15 %	12 %	6 %
TI	41 %	36 %	28 %	20 %
UR	32 %	28 %	15 %	5 %
VD	45 %	36 %	30 %	21 %
VS	46 %	40 %	32 %	21 %
ZG	31 %	17 %	14 %	7 %
ZH	37 %	25 %	19 %	11 %
CH	40 %	30 %	24 %	15 %

Remarques: le taux de bénéficiaires est la part de bénéficiaires de mesure de réadaptation parmi toutes les personnes ayant déposé une demande auprès de l'AI. En vert foncé, la valeur la plus élevée de chaque colonne; en vert clair, celle la moins élevée. Valeurs moyennes des cohortes 2010–2015.

Source: BSV (2020g), propres calculs

Dans tous les cantons, l'investissement par bénéficiaire est nettement le plus élevé chez les 20–29 ans. En moyenne suisse, les offices AI dépensent presque trois fois plus pour ce groupe d'âge que pour les groupes plus âgés.

Les dépenses par bénéficiaire révèlent également de fortes différences intercantionales selon les groupes d'âge. L'office AI du canton de GL se distingue particulièrement: le coût par bénéficiaire de mesure, avec presque 50 000 francs, y est environ 2,5 fois plus élevé que dans l'office du canton du TI, qui présente avec environ 19 000 francs le coût le plus faible chez les 20–29 ans.

Tableau 5

Coûts par bénéficiaire : les 20–29 ans également aux premiers postes

Canton	Coût par bénéficiaire en francs			
	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans
AG	28 897	18 162	14 523	11 387
AI	28 842	12 370	10 690	8 969
AR	39 147	23 213	22 647	14 849
BE	34 150	24 759	20 738	17 561
BL	39 350	18 449	15 353	10 442
BS	40 568	15 566	13 119	9 545
FR	33 163	21 923	17 133	12 275
GE	28 902	13 898	13 898	10 640
GL	49 142	23 637	16 144	10 440
GR	35 899	22 550	17 792	11 727
JU	34 207	27 251	22 928	20 287
LU	39 242	23 641	18 327	12 926
NE	31 302	22 705	18 830	13 095
NW	45 842	19 209	15 340	6 499
OW	35 726	26 798	14 513	7 871
SG	31 056	16 713	12 655	10 619
SH	45 651	17 216	16 896	10 605
SO	29 823	18 932	14 806	12 523
SZ	21 658	20 636	13 994	11 085
TG	25 633	12 946	12 480	8 836
TI	19 291	10 939	5 681	3 625
UR	27 101	11 023	14 771	12 266
VD	31 060	18 833	18 233	12 790
VS	22 117	13 595	9 922	6 885
ZG	34 004	22 079	18 753	14 473
ZH	33 314	18 946	15 830	12 095
CH	31 957	18 838	15 618	11 780

Rem. : valeurs moyennes des cohortes 2010–2015 ; coût par bénéficiaire excluant les indemnités journalières.
 En vert foncé, la valeur la plus élevée de chaque colonne ; en vert clair, celle la moins élevée.

Source : BSV (2020g), propres calculs

La priorisation générale accordée aux groupes d'âge les plus jeunes, tant pour les taux de bénéficiaires que pour les moyens engagés par bénéficiaire, constitue un choix rationnel à saluer. Il faut néanmoins s'interroger sur les raisons pour lesquelles le groupe d'âge des 40–49 ans reçoit en comparaison une part plus faible des mesures et des sommes engagées.

Comme indiqué dans le chapitre 2.3 (voir Figure 8), c'est ce groupe d'âge qui occasionne les coûts de rente les plus élevés jusqu'à l'âge de la retraite. Réussir la réadaptation de ces personnes, malgré les coûts que cela implique, vaut la peine sur un plan économique. Un homme de 40 ans par exemple, percevant une rente de 1500 francs par mois, occasionne jusqu'à

sa retraite des dépenses de presque 315 000 francs. Ce montant correspond à environ dix fois le montant des dépenses effectuées en moyenne pour les groupes d'âge les plus jeunes. Ce calcul simple montre qu'un renforcement des efforts de réadaptation pour les personnes plus âgées serait également une stratégie profitable.

Mesures à vide pour la réadaptation

Si une mesure de réadaptation a été trop dispendieuse, ou au contraire trop économe, ne dépend pas du prix de la mesure en soi, mais du résultat ; à savoir si le demandeur peut être inséré dans le marché du travail primaire grâce à cette mesure ou pas. Formulé très lapidairement : les dépenses de mesures de réadaptation ont été vaines si le bénéficiaire perçoit quand même une rente entière à la fin des efforts de réadaptation.

Il va de soi qu'au moment où une mesure d'ordre professionnel est ordonnée, son succès est incertain. Et précisément pour les maladies psychiques, les pronostics de guérison sont particulièrement difficiles. Ils dépendent de l'évolution de la maladie de la personne concernée, des compétences des thérapeutes qui la suivent et enfin de la «chimie» entre ces derniers et le patient.

Considérant un cas particulier, la pertinence d'une mesure d'ordre professionnel ne saurait être jugée uniquement à l'aune de la rente perçue ou pas à la fin de l'effort d'intégration. Mais sur l'ensemble des bénéficiaires de mesures professionnelles, la proportion qui perçoit malgré tout une rente d'invalidité – une sorte de «taux de mesures à vide» – livre des indications importantes.

Cependant, le «taux de mesures à vide» ne peut être correctement interprété qu'en lien avec le taux de bénéficiaires de mesures (axe X dans la Figure 11), comme le montre l'exemple suivant. Si dans un canton les mesures étaient proposées uniquement à des personnes qui n'auront très vraisemblablement pas besoin de rente, le «taux de mesures à vide» serait certes nul. Mais les mesures n'auraient sans doute pas été nécessaires. Malgré le faible taux à vide, le bilan financier serait mauvais dans ce canton. A l'inverse, si une mesure de réadaptation n'était organisée que pour une personne présentant un risque accru de recevoir une rente, parce que c'est précisément chez cette personne que la mesure pourrait faire une grosse différence, et si cette personne finalement se voyait à la fin malgré tout attribuer une rente, le «taux de mesures à vide» serait de 100 %. Pourtant, en ne considérant que cette seule personne, il valait la peine de faire cette tentative.

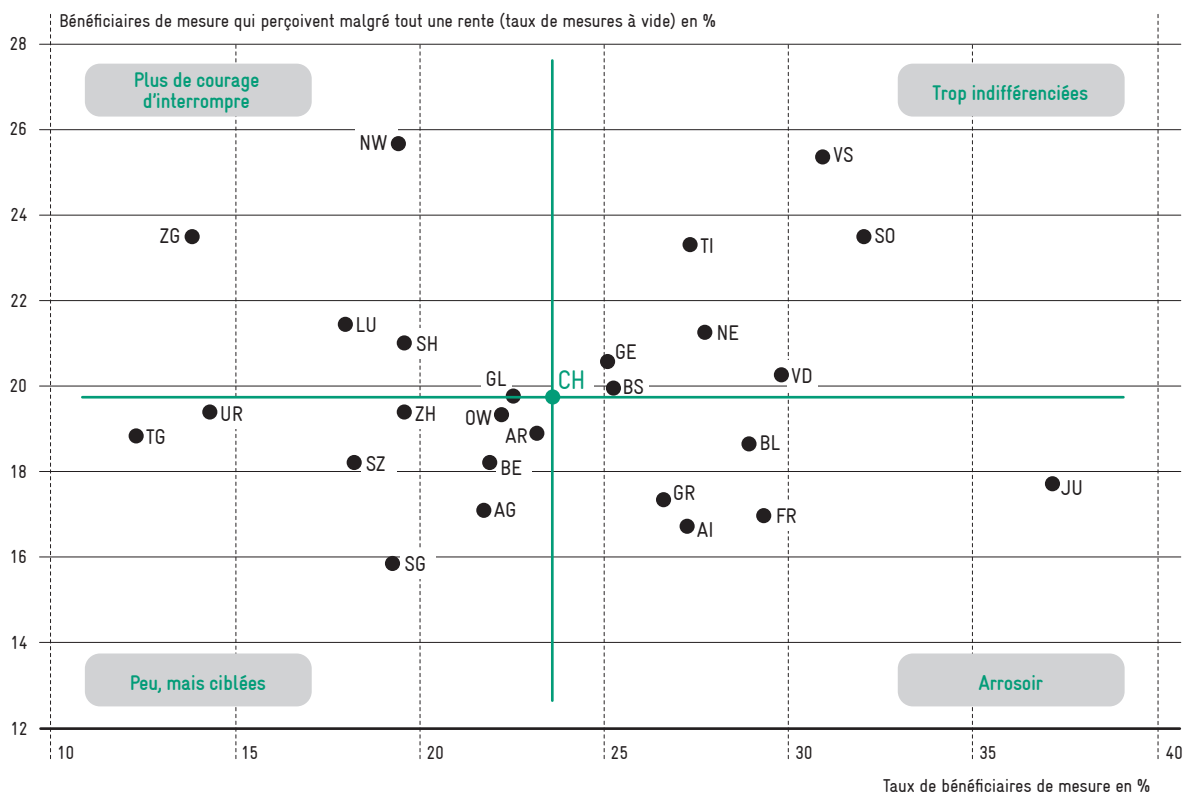
C'est pourquoi la Figure 11 met en évidence quatre zones d'interprétation du taux de mesures à vide. En bas à gauche se trouvent les offices AI qui ordonnent des mesures «*peu nombreuses, mais ciblées*». Dans les cantons de SG, SZ, TG et d'UR, une faible proportion de demandeurs sont orientés vers des mesures de réadaptation, le taux de succès semble cependant élevé parce que peu de bénéficiaires de ces mesures sont tributaires d'une

La pertinence des mesures ne doit pas être jugée à l'aune de la rente perçue ou non à la fin d'un seul cas, mais sur l'ensemble des bénéficiaires.

Figure 11

Un bénéficiaire de mesure sur cinq finit par percevoir malgré tout une rente

L'efficacité d'une mesure d'ordre professionnel se juge au fait qu'elle évite ou non à son bénéficiaire de recevoir une rente (taux de mesures à vide). Mais cette mesure de succès dépend aussi d'autres facteurs: les offices AI qui ordonnent de (trop) nombreuses mesures (superflues) enregistreront également certains succès et feront ainsi baisser leur taux de mesures à vide.



Source: BSV (2020g), propres calculs

rente ensuite. On voit en outre (Tableau 5) que le nombre de mesures de réadaptation dans ces cantons, ainsi que leurs coûts, sont plus faibles que la moyenne suisse. Est-ce que dans ces cantons trop de personnes reçoivent simplement une rente, sans tentative de réadaptation? Non, au contraire. Ces quatre cantons présentent des taux de bénéficiaires de rentes plus bas que la moyenne suisse (voir Tableau 3). Leurs stratégies devraient ainsi inspirer les autres.

Dans les cantons du quadrant en haut à gauche, peu de personnes sont certes enrôlées dans les programmes de réadaptation, mais les «taux de mesures à vide» sont malgré tout élevés, en particulier dans les cantons de ZG et de NW. Dans ces cantons, les coûts de mesures par bénéficiaire, à savoir 63 000 francs (NW) et 72 000 francs (ZG), sont aussi nettement au-dessus de la moyenne suisse qui est de 51 500 francs. Cela amène à supposer que certains programmes de réadaptation, malgré de faibles chances de réussite, sont maintenus sur une trop longue période.

Ce dont les cantons de NW et de ZG ont besoin, c'est de *plus de courage d'interrompre*.

Dans le quadrant supérieur droit de la Figure 11 se trouvent les offices AI qui vraisemblablement ordonnent des mesures de manière *trop indifférenciée*. Le taux de bénéficiaires y est plus élevé que la moyenne, de même que celui des bénéficiaires de mesures percevant une rente par la suite. En particulier dans les cantons de SO et du VS, la question se pose si les mesures de réadaptation ne sont pas ordonnées trop souvent. Le cas du canton du TI semble particulièrement frappant. Bien que de nombreuses personnes dans ce canton profitent de mesures de réadaptation, le taux d'octroi de rente est de 34 % supérieur à la moyenne suisse. En outre, le coût des mesures, s'établissant à 21 000 francs par bénéficiaire, est de loin le plus faible de Suisse, dont il ne représente que 41 % de la valeur moyenne. Le canton du VS présente une image très similaire. Dans ces deux cantons, «moins serait plus»: des mesures plus ciblées, mais plus complètes, apporteraient de meilleurs résultats.

Dans le dernier quadrant en bas à droite sont situés les cantons qui octroient des mesures de réadaptation à plus de personnes que la moyenne, pour ainsi dire avec un *arrosoir*. En raison de cette large dispersion, le «taux de mesures à vide» prend une faible valeur, vraisemblablement parce que des mesures sont accordées à de nombreuses personnes qui n'auraient de toute façon pas eu droit à une rente. Le canton du JU occupe ici une place particulière. Avec 37 %, il possède de loin le taux de bénéficiaires le plus élevé de Suisse. Et à hauteur de 68 000 francs, le coût individuel de ces mesures compte aussi parmi les plus élevés. Le succès de cette stratégie est cependant modeste, le taux d'octroi de rente dans le canton du JU se trouve juste au-dessus de la moyenne suisse. Ici les mesures de réadaptation devraient être mieux ciblées ou bien, lorsque les chances de succès s'amenuisent en cours d'exécution, elles devraient être interrompues plus rapidement.

Nécessité de plafonner les coûts d'exécution

L'enveloppe financière pour les mesures de réinsertion et les mesures d'ordre professionnel n'est pas limitée (voir Tableau 2). Le BSV (2014) prescrit simplement qu'il doit exister «un rapport raisonnable entre, d'une part, la durée et les coûts de la mesure et, d'autre part, le résultat économique (au sens de l'efficacité de la réadaptation)». Les offices AI ne reçoivent pas d'incitations financières à prioriser le rapport coût-efficacité lors de l'octroi de prestations. Les différences cantonales mises en évidence dans la présente étude le prouvent. Les coûts des mesures d'adaptation, incluant les indemnités journalières, vont de 6000 francs par demande dans les cantons de TG, du TI et d'UR, à 25 000 francs dans le canton du JU (voir courbe d'isocoût dans la Figure 10).

Il serait par conséquent pertinent de définir une sorte de plafond de coûts pour les mesures d'ordre professionnel, basé sur le nombre de de-

Les montants pour les mesures de réinsertion et d'ordre professionnel ne sont pas limités.

mandes annuelles reçues par chaque office AI. Ce plafond devrait s'appliquer globalement pour toutes les mesures d'ordre professionnel, afin de donner aux offices AI la plus grande marge de manœuvre possible dans le choix du nombre et de la forme des instruments de réadaptation appropriés. Il doit aussi valoir pour l'ensemble de l'office AI et non pas pour chaque bénéficiaire, afin de permettre une utilisation ciblée des ressources, là où leur succès est le plus prometteur. En revanche, ce plafond de coûts ne contraindrait explicitement pas le nombre et la hauteur des rentes octroyées chaque année.

Un tel procédé ne serait pas une nouveauté pour les assurances sociales suisses, car il existe déjà dans le cadre de l'assurance-chômage. Le règlement sur la couverture des frais des offices régionaux de placement (ORP) prévoit en effet pour les coûts d'exécution des cantons – comprenant les mesures de marché de travail – des montants maximum qui sont fonction du nombre de demandeurs d'emploi pris en charge. Si un canton dépasse le montant maximum, il doit prendre lui-même en charge les coûts supplémentaires. Dans certains cas seulement, il est indemnisé des coûts dépassant ce plafond (Seco 2015). Dans l'aide sociale également, par exemple dans le canton de Berne, les moyens destinés aux programmes d'occupation et d'insertion des services sociaux sont budgétés à l'aide d'une clé de répartition dont la valeur est fonction du nombre de dossiers (GEF 2020).

Un principe d'indemnisation similaire serait souhaitable pour les offices AI. A l'avenir, les indemnisations des offices AI devraient avoir une limite supérieure et se baser sur le nombre de personnes ayant déposé une demande. Pour les cas particulièrement complexes, pour lesquels il est nécessaire et justifié d'accorder des prestations plus coûteuses, les offices AI pourraient recevoir une indemnisation complémentaire. La hauteur du plafond devrait se baser sur l'office AI ayant les meilleurs résultats et non pas chercher un simple lissage sur la moyenne suisse. Ce plafond doit être introduit au cours de plusieurs années afin de donner dans un premier temps plus de transparence sur les pratiques des offices AI, et dans un deuxième temps laisser la possibilité d'implémenter les procédures qui ont de bons résultats.

Un tel plafond renforcerait les efforts actuels des offices AI pour améliorer le rapport coût-bénéfice de leur stratégie de réadaptation. Il ne s'agit pas seulement primordialement de savoir s'il faut de nombreuses mesures de coûts relativement modestes, ou bien peu de mesures mais relativement chères. C'est également l'allocation des ressources par groupe d'âge, par exemple davantage pour les 40–49 ans, et l'utilité de programmes de réadaptation plus coûteux, qui devraient être mieux prises en compte.

Davantage de contrats avec rémunération liée aux résultats

Dans la Figure 11, le concept de «taux de mesures à vide» a été utilisé comme jauge d'évaluation de la stratégie globale de réadaptation d'un office AI. Un critère similaire pourrait également être utilisé pour juger de l'effica-

cité de certains types de mesures ou certains prestataires externes. Pour cela, deux conditions doivent être remplies.

En premier lieu, il est nécessaire de disposer d'une meilleure et plus objective description des pathologies dont le diagnostic a motivé l'octroi de rentes d'invalidité pour atteinte à la santé psychique. Ces descriptions pourraient être faites par exemple selon la nomenclature CIM-10 des troubles psychiques de l'Organisation mondiale de la santé (WHO 2021). Le diagnostic serait posé comme aujourd'hui par les médecins des services médicaux régionaux de l'AI, et non pas par le médecin traitant de l'assuré ; mais les médecins des SMR seraient chargés de saisir le code du diagnostic dans les systèmes informatiques de l'AI. Cela permettrait d'assurer un codage homogène au sein de l'AI, d'améliorer la transparence au sein et entre les offices AI et de simplifier la recherche de pratiques de réadaptation qui donnent de bons résultats pour les différentes pathologies. Cela permettrait également de suivre le développement de certaines affections psychiques au cours du temps et d'adapter en conséquence les mesures de réadaptation proposées. L'Ofas ne peut aujourd'hui s'appuyer que sur des codes de classification imprécis qui datent des années 1960. Bien que la norme CIM-10 soit internationalement reconnue, elle n'est pas utilisée ni saisie systématiquement dans les offices AI. Il est urgent de remédier à cette situation.

Bien que la norme CIM-10 soit internationalement reconnue, elle n'est pas utilisée systématiquement dans les offices AI.

En deuxième lieu, il faut des incitations financières pour récompenser les prestataires externes qui montrent de meilleurs résultats dans la réadaptation. Une rémunération uniquement basée sur le nombre d'heures ou de jours passés avec un client peut conduire à ce que des mesures soient maintenues, même les perspectives de réussite s'avèrent illusoires. À l'inverse, des systèmes de rémunération au forfait créeraient des incitations à interrompre une action de façon (trop) anticipée. En introduisant une prime liée aux résultats (ou un système de bonus/malus), il serait possible de mieux aligner les intérêts des offices AI et ceux des prestataires externes. De tels contrats de prestations dont la rémunération est liée aux résultats augmentent la transparence sur les taux de réussite des différents prestataires et encouragent ainsi le dialogue sur la réalisation des objectifs et la comparaison des meilleures pratiques.

Certains objecteront que les prestataires externes accepteraient alors uniquement les cas présentant une probabilité assez élevée de succès. Mais c'est précisément là l'intérêt d'une telle approche. Les moyens doivent être utilisés là où ils peuvent déployer le plus d'effets, et non pas selon le principe de l'arrosoir. Le problème de la sélection des cas peut cependant être diminué en fixant des taux de succès cible réalistes et une part de rémunération variable indexée non pas sur chaque cas particulier mais pour un groupe de clients.

2.5_ Conclusion intermédiaire: cinq appels pour une exécution plus efficace dans les offices AI cantonaux

L'exécution des prestations AI est organisée au niveau des cantons. Conformément au principe de subsidiarité, il est important et juste qu'une marge de manœuvre suffisante soit laissée aux offices AI afin qu'ils puissent réagir de façon appropriée aux particularités de leur canton. Cela demande cependant aussi que l'exécution de l'AI soit efficace et que l'égalité des droits des personnes assurées soit garantie.

Les analyses du présent chapitre montrent de grandes différences entre les offices AI cantonaux, lesquelles ne s'expliquent pas toutes uniquement par les caractéristiques socio-démographiques des populations cantonales. La répartition des coûts en fonction du nombre de demandes d'AI, au lieu du nombre d'habitants, permet de différencier les facteurs pouvant être directement influencés par les offices d'exécution cantonaux. Il en résulte cinq recommandations:

- **Elucider le taux d'octroi de rentes élevé en Suisse romande et dans le Tessin:** Les taux de rentes octroyées par demande sont significativement plus élevés dans ces régions que dans d'autres cantons. Si l'on divisait par deux leur écart avec la moyenne suisse, une économie estimative d'au moins 60 millions de francs par cohorte de nouvelles demandes pourrait être réalisée. Ces différences reflètent-elles des interprétations cantonales du droit fédéral? Sont-elles dues au manque d'efforts ou de réussite pour les réadaptations? L'Office fédéral des assurances sociales, en tant qu'autorité de surveillance des offices AI cantonaux, est ici appelé à mener une étude scientifique pour identifier les causes de ces écarts. L'introduction dans toute la Suisse de la nomenclature CIM-10 pour la désignation des affections psychiques est une précondition importante à cette fin et doit être urgemment mise en place.
- **Vérification des stratégies cantonales de mesures de réadaptation:** Les analyses n'ont mis en évidence aucun lien direct entre les investissements dans les mesures de réadaptation professionnelle et les coûts des rentes. Cela ne doit pas signifier que par principe il est inutile d'ordonner des mesures de réadaptation. Cependant, certains cantons ont fait un usage peu ciblé de cet instrument. Dans le canton du JU, par exemple, sont ordonnées de très nombreuses mesures par rapport aux autres cantons, et leur coût est en outre élevé. Dans les cantons du VS et du TI, on note de même de très nombreux bénéficiaires, mais les dépenses par bénéficiaire y sont sous la moyenne: un meilleur ciblage s'impose. La suisse alémanique présente également un potentiel d'amélioration. Dans les cantons de NW, de SO et de ZG, des mesures sont octroyées à un plus grand nombre de personnes que la moyenne, et nombre d'entre elles perçoivent malgré tout une rente finalement. Ces pratiques bloquent vainement des ressources et génèrent des coûts inutiles.

- **Détails des coûts jusqu’à la retraite par groupe d’âge:** Bien que les plus jeunes personnes (20–29 ans) forment seulement 11 % des nouvelles rentes AI, les coûts de rente qui en résultent jusqu’à la retraite représentent une proportion bien plus élevée (20 % des coûts de tous les groupes d’âge). Il semble judicieux à cette lumière que la dernière réforme de l’AI ait concentré ses efforts sur ce groupe d’âge. Cependant, cette focalisation sur la jeunesse ne doit pas faire perdre de vue les coûts de rentes des 40–49 ans. Ces personnes causent 31 % du total des coûts de rentes et perçoivent leur rente pendant une durée de 15 à 25 ans. Pour ce groupe d’âge également, les conseillers des offices AI cantonaux doivent avoir pour objectif d’octroyer plus de mesures de réadaptation. Afin de documenter l’importance de ce groupe d’âge, l’Ofas devrait, à côté du nombre de nouveaux rentiers par groupe d’âge et par canton, publier une estimation annuelle des coûts de rentes qui en résultent jusqu’à l’âge de retraite.
- **Introduire un plafond de coût par office AI:** Pour favoriser une utilisation plus ciblée et plus efficace des moyens destinés aux mesures d’intégration et aux mesures d’ordre professionnel, un plafond devrait être fixé pour chaque office AI. Aujourd’hui, les ressources fédérales ne sont pas limitées par la loi. Le plafond doit être défini en fonction du nombre de personnes ayant déposé une demande auprès de l’office AI. La méthode définissant ces montants pourrait s’orienter sur les pratiques existantes dans l’assurance-chômage, où sont fixés des montants maxima par ORP dans le domaine des mesures de marché du travail.
- **Promouvoir les contrats de prestation dont la rémunération est liée aux résultats:** Outre la fixation d’un plafond, il convient d’examiner les incitations financières entrant en jeu dans la fourniture de mesures par les prestataires externes. Les modèles de rémunération liée aux résultats se prêtent particulièrement bien aux partenaires qui accompagnent annuellement de nombreux clients d’un office AI. Il est alors possible de définir un taux de succès réaliste sur l’ensemble du portfolio et non par cas isolé. Un tel contrat ne se justifie pas dans tous les cantons ni avec tous les prestataires externes. Mais il pourrait être désigné comme principe de base par les offices AI ou leur organisation faîtière, la Conférence des offices AI (COAI), et ainsi renforcer les échanges intercantonaux à propos de ce modèle.

3_ L'AI au sens large : un processus imbriqué

3.1_ L'assurance de l'invalidité est plus que juste l'AI

Comme mentionné dans le chapitre 2, une personne ne peut obtenir une rente AI que si elle a été au moins en incapacité de travail durant un an, et au plus tôt six mois après le dépôt de sa demande auprès de l'AI. Mais de la demande jusqu'à la décision sur la rente, de nombreux acteurs sont impliqués, qui agissent en partie en mode parallèle, en partie de façon séquentielle, les uns après les autres.

La Figure 12 représente les étapes de ce processus avec les différents acteurs compétents pour la continuité du paiement du salaire, la réadaptation ou le traitement médical. Le scénario représenté ici est celui d'une maladie touchant une personne ayant un poste de travail au début de la maladie. ⁹

Au début du processus, l'employeur ainsi que le médecin traitant de la personne malade sont les premiers à avoir connaissance d'une maladie d'un employé. Le médecin évalue l'incapacité de travail de l'employé et délivre un certificat médical. L'employeur a l'obligation de continuer à verser le salaire pendant au moins trois semaines (art. 324a CO). Il peut durant ce temps prendre des mesures pour la réadaptation au poste de travail habituel.

En cas d'arrêt de travail plus long dû à une maladie, le versement du salaire est pris en charge par un assureur d'indemnités journalières en cas de maladie – dans la mesure où un employeur a souscrit une telle assurance. Cet assureur peut, à côté de l'employeur, proposer des mesures pour aider également la personne malade à se réadapter à son poste. C'est souvent l'assureur également qui transmet une communication ou une demande auprès de l'AI.

Même si la personne malade a déposé une demande auprès de l'AI, l'assurance d'indemnités journalières pour maladie continue de verser les indemnités journalières durant la phase d'intervention précoce et elle continue le cas échéant les mesures. En parallèle, l'AI peut offrir des mesures d'intervention précoce.

Si l'AI accorde des mesures de réadaptation, elle verse des indemnités journalières à la personne malade. L'AI se substitue ainsi à l'assurance d'indemnités journalières pour le paiement du salaire.

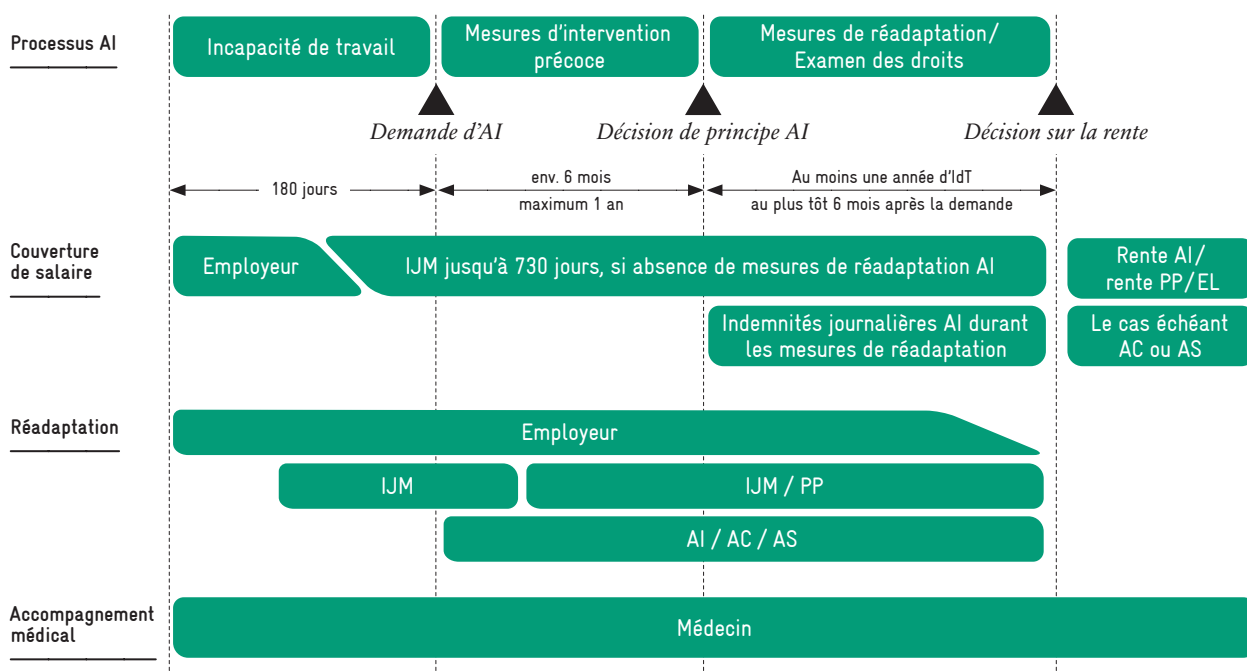
En l'absence de mesure de réadaptation, les indemnités journalières continuent d'être versées par l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie.

9 Pour une vue d'ensemble d'autres séquences que peut suivre une demande d'AI (par ex. à la suite d'un accident), voir les représentations systémiques de *Compasso* (2019).

Figure 12

Les acteurs impliqués dans le processus d'assurance-invalidité sont nombreux

D'un point de vue financier comme organisationnel, de nombreux acteurs sont impliqués dans les processus de l'assurance-invalidité, ce qui nécessite une coordination complexe et pose souvent des difficultés aux personnes concernées.



IdT = Incapacité de travail PP = Prévoyance professionnelle IJM = Assurance d'indemnités journalières en cas de maladie AC = Assurance-chômage
EL = Prestations complémentaires AS = Aide sociale

Source : propre représentation (d'après Compasso 2019)

En outre, la décision de l'office AI du premier pilier est déterminante pour les caisses de pension (dans la mesure où le demandeur est soumis à l'obligation de cotisation à la LPP). Ces dernières versent une rente, sur la base du taux d'invalidité déterminé par l'office AI. Même si la caisse de pension n'a une obligation financière qu'à la fin de la procédure de demande, elle peut préalablement exercer une influence sur les efforts de réadaptation entrepris. La caisse de pension peut également faire intervenir un case manager pour la personne malade ou se coordonner avec l'assureur d'indemnités journalières.

Si les mesures de réadaptation de l'AI sont terminées et que la personne concernée se retrouve (en partie) en capacité de travail, l'assurance-chômage entre en jeu, dans la mesure où la personne est sans emploi. L'assurance-chômage verse les indemnités journalières pendant que les offices régionaux de placement aident la personne assurée en proposant des mesures de marché du travail et en l'assistant dans la recherche d'un poste approprié. Si la personne ne trouve pas de travail et arrive en fin de droits, elle reçoit des prestations de l'aide sociale.

Déficits de communication, incitations négatives et redondances

Les intérêts des acteurs de l'assurance-invalidité au sens large ne se recouvrent pas toujours, bien que tous aient pour objectif de pouvoir réinsérer une personne atteinte d'une affection sur le marché du travail. Aussi le partage des tâches peut-il conduire à des problèmes :

- **Déficits de communication :** En vertu de la protection des données, de nombreuses informations, en particulier concernant la santé de l'employé, ne sont visibles que pour certains acteurs. Même lorsqu'une personne atteinte d'une affection est disposée à partager ces informations, il est difficile en raison des nombreux acteurs impliqués et des différents formulaires et systèmes d'information de se faire une image d'ensemble de la situation.
- **Incitations financières négatives :** La présentation ci-dessus montre clairement que ce n'est pas toujours l'instance qui paie qui commande. Et il ne s'agit pas seulement là de décisions ayant des conséquences financières pour des tiers (par exemple l'incapacité de travail que le médecin a prescrite), mais également des non-décisions qui ont des conséquences à long terme. Par exemple l'absence de prise de mesures de réadaptation par les assurances d'indemnités journalières en cas de maladie peut entraîner plus tard pour l'AI et les caisses de pension des prestations de rente élevées.
- **Redondances sources d'inefficacité :** Les acteurs impliqués relèvent souvent des faits similaires, par exemple concernant la situation de santé des personnes malades. Il peut également arriver que plusieurs institutions ordonnent des mesures d'intégration. Si ces dernières ne se concertent pas pour coordonner leur action, cela conduit dans le meilleur des cas à des redondances coûteuses, et dans le pire, à des sursollicitations de la personne malade et à un échec de la réadaptation.

Des mesures différentes pour des acteurs différents

On peut distinguer fondamentalement trois types d'acteurs impliqués dans le processus de réadaptation ou d'octroi de rente (voir Figure 13). D'abord, les personnes privées ; les employés malades, leurs employeurs et les médecins traitants. Bien qu'employés et employeurs se rencontrent quotidiennement, une maladie (psychique) éventuelle est rarement un thème abordé. Selon une enquête auprès des PME suisses, 72 % des employés ne s'expriment pas sur des problèmes psychiques, bien que trois quarts d'entre eux trouveraient cela utile (Baer 2016). Souvent, la maladie n'est abordée que quand les symptômes entraînent de fortes limitations et qu'il n'est plus possible de poursuivre le travail normalement. Les grandes entreprises disposent de services de ressources humaines dédiés, qui peuvent apporter dans ces cas un soutien aux employés et aux cadres dirigeants. Parmi les 590 000 PME (BFS 2020d), ces services sont plus rares et l'expérience sur la façon de procéder avec des salariés malades varie fortement entre les entreprises. Il n'existe pas non plus en général de relation établie

72 % des employés ne s'expriment pas sur des problèmes psychiques, bien que trois quarts d'entre eux trouveraient cela utile.

entre le médecin et l'employeur, susceptible de faciliter la communication en vue d'une réadaptation.

En deuxième lieu, des institutions privées interviennent aussi : elles sont responsables de l'exécution de lois fédérales (par exemple LaMal, LCA, LAA et LPP). Les prestations d'indemnités journalières en cas de maladie et d'accident sont proposées par 50 caisses-maladie et 13 assurances (BAG 2020c, Finma 2019c).¹⁰ Dans le domaine des accidents, la Suva est en outre compétente pour le secteur de l'industrie ainsi que pour les employés de l'administration fédérale et des entreprises de la Confédération. Les 4,2 millions d'employés (87 % de tous les actifs occupés, BFS 2020e), qui sont soumis à l'obligation de la LPP, obtiennent en cas d'invalidité, en plus de la rente AI, une rente de leur caisse de pension. Le marché est ici plus fortement fragmenté que dans celui des prestations d'indemnités journalières. En 2018, on comptait un total de 1562 institutions de prévoyance (BFS 2020c). Cependant le marché est plus concentré que le simple nombre d'institutions de prévoyance le laisse supposer. 240 d'entre elles sont ce qu'on appelle des institutions collectives ou communes, ce qui signifie qu'elles offrent des solutions pour plusieurs entreprises. 98 % de tous les employeurs suisses et 72 % des assurés sont affiliés à une telle institution.

En troisième lieu, il faut nommer les institutions étatiques. Pour l'exécution de l'AI, la compétence revient principalement aux 26 offices AI cantonaux (voir chapitre 2). Pour l'exécution de l'assurance-chômage, ce sont surtout les env. 100 offices régionaux de placement et les services de logistique des mesures du marché du travail qui entretiennent un contact direct avec les demandeurs d'emploi. Les indemnités de chômage sont cependant versées par les 38 caisses de compensation.¹¹ Enfin, les cantons, ainsi que, dans de nombreux cantons, les communes, sont responsables de l'exécution de l'aide sociale.

Le nombre élevé d'acteurs impliqués peut surprendre. Il révèle cependant un système social comprenant de nombreux maillons locaux et couvrant de larges domaines. Cette organisation permet des solutions particulièrement différenciées et une proximité avec les citoyens. En outre, il est rare que plusieurs acteurs soient impliqués simultanément. La plupart des cas donnant lieu à des indemnités journalières pour maladie, par exemple après une fracture de la jambe, ne durent que quelques semaines et sont simples à régler. De même, quatre chômeurs sur cinq restent moins d'un an en recherche d'emploi (Seco 2020) et nécessitent seulement l'aide des ORP.

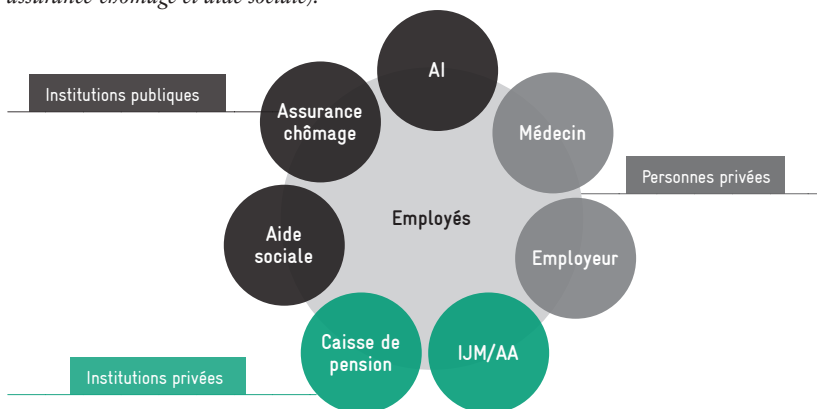
10 L'assurance d'indemnités journalières peut être offerte soit selon la LaMal soit selon la LCA. Environ 90 % des contrats sont régis par cette dernière (*Pro Infirmis* 2021), car elle permet des contrats plus flexibles et meilleur marché.

11 Chaque canton administre une caisse publique de chômage. Il existe parallèlement des caisses privées fondées par des organisations syndicales et patronales d'importance nationale, régionale ou cantonale (*Arbeit.Suisse* 2021).

Figure 13

Interfaces entre personnes privées, institutions privées et institutions publiques dans le monde de l'invalidité

Les employés, employeurs et médecins sont les premiers à avoir connaissance d'une incapacité de travail. Ils peuvent être assistés par des institutions privées (assureurs IJM et accident, caisse de pension), ainsi que par des institutions publiques (AI, mais aussi souvent assurance-chômage et aide sociale).



Source : propre représentation

Enfin, 92 % des prestations réglementaires versées par des caisses de pension le sont pour des prestations de vieillesse (BFS 2020c) : les caisses de pension ont ainsi pour cœur de métier d'assurer la sécurité d'un revenu après la retraite, et non pas l'invalidité à l'âge actif.

Grâce à la stricte séparation des assurances sociales, il est possible d'atteindre un haut degré d'efficacité dans les cas standards. Une réunion sous un même toit de toutes les institutions impliquées, comme certains politiques le réclament (Wermuth und Meyer 2020), serait pour ces «cas standards» ni utile ni efficace. Une institution universelle couvrant ainsi tous les champs du social perdrait son focus.

Il existe cependant des cas qui nécessitent une action coordonnée. Un employé qui à la suite de problèmes d'addiction perd tout d'abord son emploi, puis son épouse, qui accumule des dettes, tombe en faillite personnelle, et finalement en dépression et incapacité de travail, est une bonne illustration d'un tel cas. Ce ne sont pas alors seulement différentes institutions avec leurs différentes conditions-cadre qui sont impliquées, mais également des personnes des différents services concernés qui savent bien (ou plus ou moins bien) collaborer avec des partenaires.

Quelle économie est-il possible de faire avec un processus coordonné? Difficile à évaluer et à documenter. C'est notamment parce que le bénéfice (à long terme) n'est en partie pas réalisé là où les coûts de coordination sont encourus. Cependant, dans une étude de PK Rück (2014), 90 % des experts interrogés estiment qu'une meilleure coordination entre les acteurs aurait des conséquences positives sur le nombre de rentes. Dans les chapitres suivants, nous souhaitons pour cette raison mettre en évidence, à l'aide d'études de cas, le potentiel d'amélioration que détient un proces-

sus coordonné entre personnes privées, institutions privées ou publiques et finalement entre tous les acteurs impliqués.

3.2_ Meilleure communication entre le médecin, l'employé et l'employeur

Un secret médical bien intentionné, mais non dénué d'effets secondaires

Lorsqu'un employé tombe malade ou est victime d'un accident, le médecin détermine dans un certificat médical le taux et la durée de l'incapacité de travail. En raison du secret médical cependant, l'employeur n'est souvent pas informé des causes et des conséquences (professionnelles) de la maladie. Ce déficit de communication entre l'employé malade, le médecin et l'employeur fait pourtant le plus souvent obstacle à la réussite d'une réinsertion ou réadaptation à son poste habituel.

Pour l'employeur, et pour les collègues qui doivent remplacer dans ses tâches la personne malade, ce manque de prévisibilité pèse souvent lourdement sur le climat de travail. Que pourra-t-on attendre du salarié à son retour? Combien de temps l'organisation existante doit-elle assumer elle-même la charge de travail supplémentaire? Ou faut-il recruter une nouvelle personne? De telles incertitudes empoisonnent le quotidien d'une entreprise et contraignent souvent l'employeur à agir. Cela peut conduire à un licenciement de l'employé malade.

La retenue d'informations est aussi nuisible à la personne malade lors de la reprise du travail (souvent à temps partiel). L'employeur n'étant pas informé des capacités et des faiblesses de l'employé, il risque d'exiger trop de ce dernier. Cette surcharge peut retarder le processus de guérison ou même l'empêcher, en particulier dans le cas des affections psychiques.

De même, le médecin ne connaît souvent pas ou peu les conditions et les exigences du poste de travail. Chaque entreprise, chaque poste est différent. Sans ces informations concrètes, il est difficile pour le médecin d'évaluer correctement la capacité de travail de son patient. Dans le cas d'affections psychiques dont les causes se trouvent dans le travail (par ex. burn-out ou harcèlement professionnel), les médecins se trouvent en outre dans un conflit de loyauté. Selon une étude (Baer, in Brotschi 2017), dans 80 % des cas, les psychiatres considèrent que leurs patients sont traités injustement sur leur lieu de travail et souhaitent pour cette raison les protéger de l'employeur. Dans l'enquête cependant, les médecins indiquent eux-mêmes que leurs patients ont un arrêt maladie souvent plus long que ce dont ils auraient objectivement besoin. Un tel engagement en faveur du patient peut être utile thérapeutiquement, mais il «*met en péril par son caractère partiel le maintien en emploi*» des patients, comme avertit l'étude.

S'il est juste et important que l'état de santé détaillé d'un patient soit traité de manière confidentielle par un médecin, il serait souhaitable de faciliter une meilleure communication avec l'employeur. En cas d'inca-

Sans informations concrètes sur les exigences du poste de travail, il est difficile pour le médecin d'évaluer correctement la capacité de travail de son patient.

pacité reposant sur des problèmes sur le lieu de travail précisément, une discussion ouverte peut aider à la résolution du conflit et à la réintégration du salarié en arrêt maladie.

Orienter les certificats médicaux sur la capacité de travail

Les certificats médicaux sont en général axés sur le négatif: ils décrivent avant tout l'*incapacité* de travail. Ils fixent la durée, le taux d'occupation et éventuellement la date de la prochaine évaluation médicale (Academix 2020). Ainsi, l'employeur sait uniquement combien de temps au minimum il va rester dans l'incertitude; il n'en sait pas davantage.

Un moyen d'améliorer la communication entre le médecin et l'employeur consiste à axer les certificats de travail sur la *capacité* au lieu de l'*incapacité* de travail. Pour cela, de nombreux formulaires ont déjà été développés, qui cependant ne sont presque pas utilisés.¹² Une nouvelle initiative dénommée PIR (Profil d'intégration axé sur les ressources) a été lancée par l'association Compasso, sous le patronage de l'Union patronale suisse (voir Encadré 3).

Avec le PIR, le médecin doit évaluer seulement les capacités qui ont été définies comme pertinentes dans le formulaire rempli en commun par l'employé et l'employeur. Grâce à la présélection des rubriques, non seulement le médecin économise du temps, mais il prend également connaissance des exigences essentielles du poste de travail de son patient. Les informations détaillées sur les exigences concrètes du poste de travail réduisent les manques d'information du médecin envers l'employeur.

L'évaluation des capacités, précisément qualifiée (possible, pas possible ou possible aux conditions suivantes) donne à l'employeur et à l'employé une attestation spécifique à un poste, formulée dans un langage simple et qui facilite la planification de la reprise du travail. L'employeur obtient également d'importantes informations pour l'accompagnement de son salarié, dans le respect de la protection des informations médicales.

Le PIR est un instrument relativement nouveau et est encore peu utilisé, en raison notamment de son manque de notoriété. Les associations de médecine et les organisations patronales ont ici un rôle à jouer. En menant des campagnes d'information auprès de leurs membres, elles devraient souligner l'importance et le bénéfice de l'utilisation de cet instrument et ainsi contribuer à une meilleure collaboration entre le médecin et l'employeur.

D'ailleurs, les employeurs peuvent aujourd'hui déjà exiger un certificat détaillé du médecin traitant, dans la mesure où ils remettent à ce dernier un descriptif des exigences du poste et qu'ils prennent en charge les coûts d'établissement du certificat (FMH 2020). Le PIR offre une solution idéale pour satisfaire ce besoin. Les employeurs devraient l'exiger le plus rapidement possible, par exemple à partir de 30 jours d'incapacité de travail.

Les employeurs devraient exiger un PIR à partir de 30 jours d'incapacité de travail.

12 Par exemple, le profil d'emploi de la Suva, la description du poste de travail et le certificat médical SIM détaillé correspondant, et autres «certificats médicaux élargis» incluant des descriptions d'activités intégrées ou séparées (Suisse orientale, VZH) (Compasso 2021a).

Le PIR, ou comment informer de façon simple et transparente sur la capacité de travail

Pour établir un profil d'intégration axé sur les ressources (PIR), l'employé et l'employeur commencent dans un premier temps par définir ensemble une liste des activités caractérisant le poste. Ce sont par exemple des exigences relatives à la position du corps (par ex. être debout, être assis), à la mobilité (par ex. tourner la tête, mouvoir les jambes), des exigences en matière de compréhension, (par ex. capacité de concentration, planifier soi-même le travail), ainsi que concernant les conditions-cadre de la place de travail (par ex. horaires et lieu de travail). Les activités requises peuvent être aisément sélectionnées en ligne à l'aide d'une liste avec cases à cocher, pour être ensuite imprimées.

Dans un second temps, l'employé emmène la liste ainsi préparée lors de sa prochaine visite chez le médecin. Celui-ci évalue avec lui ses aptitudes pour chaque exigence spécifiée (possible, pas possible, possible aux conditions suivantes...). Le formulaire peut être rempli à la main (voir copie d'écran ci-dessous). Les informations transmises à l'employeur ne concernent que l'employabilité (capacité opérationnelle); aucune donnée spécifiquement médicale telle que des diagnostics ou des résultats d'examen n'est communiquée. Le médecin est défrayé par l'employeur à hauteur de 100 francs pour son évaluation. L'employé n'a aucun frais à sa charge.

Dans un troisième temps, le formulaire ainsi rempli sert de base de discussion entre le salarié et l'employeur, qui définissent la manière de procéder par la suite. Le simple fait de s'engager dans une démarche commune indique que les trois parties souhaitent favoriser la réintégration, ce qui aide à la guérison.

Exigences concernant les traits de personnalité	Avis du médecin traitant	
Soin / exactitude	☒	Possible
	☐	Pas possible
	☐	Possible aux conditions suivantes
Attention	☒	Possible
	☐	Pas possible
	☐	Possible aux conditions suivantes
Ponctualité	☒	Possible
	☐	Pas possible
	☐	Possible aux conditions suivantes
Sens critique	☒	Possible
	☐	Pas possible
	☐	Possible aux conditions suivantes
Flexibilité et aptitude à s'adapter à des situations nouvelles	☐	Possible
	☐	Pas possible
	☒	Possible aux conditions suivantes

Consignes claires

Le PIR ne remplace pas les attestations de capacité ou d'incapacité de travail des assureurs accident et indemnités journalières. Swiss Insurance Medicine (SIM), plateforme interdisciplinaire pour la médecine d'assurance, a cependant développé un certificat de capacité de travail adapté à cette utilisation: ce certificat se base sur le PIR (SIM 2021).

Grâce au nombre important de membres de l'association Compasso, le PIR bénéficie d'un large soutien. Compasso, outre le patronage de l'Union patronale suisse, reçoit l'appui de trois autres sponsors principaux (ASA, Helsana et Suva), huit sponsors (Coop, La Mobilière, La Poste, Swisscom, CFF, Conférence des offices AI, Swiss Life et le Groupe Mutuel), ainsi que celui de sa centaine d'autres membres (Compasso 20201b).

Des économies grâce à une réintégration plus rapide

Les avantages d'une meilleure collaboration entre le médecin et l'employeur sont multiples, aussi bien pour l'employé que pour l'employeur : une réintégration adaptée à l'état de santé de l'employé aide celui-ci dans son processus de guérison et réduit le risque d'une absence prolongée pouvant le conduire à perdre son poste de travail. La participation active de l'employeur au processus de réintégration est également un signe d'estime et de considération envers l'employé, ce qui a des effets positifs sur la motivation de ce dernier.

Un retour rapide de l'employé dans son quotidien de travail vaut aussi la peine pour l'employeur. Cela réduit les coûts directs résultant de l'obligation de poursuite de versement du salaire. Selon les chiffres empiriques observés par Compasso, les pertes d'efficacité et de qualité en raison de la répartition du travail entre les collègues, du paiement des heures supplémentaires, du recrutement de personnel temporaire ou d'autres éventuels efforts de recrutement, ont un coût pouvant représenter jusqu'à 250 % du coût direct du salaire du collaborateur absent. Pour un salaire moyen de 60 000 francs, le potentiel d'économie associé à chaque jour de retour anticipé au travail se monte à 580 francs (Compasso 2021c).

3.3_ Réduire les incitations négatives pour les assureurs d'indemnités journalières et les caisses de pension

La plupart des entreprises s'acquittent de leur obligation de poursuite de versement du salaire en souscrivant un contrat auprès d'un assureur d'indemnités journalières en cas de maladie (IJM) (Gryps 2016).¹³ Pour les petites entreprises il s'agit avant tout d'éviter le risque financier encouru en cas d'incapacité de travail prolongée d'un collaborateur. Quant aux plus grandes entreprises, aussi bien privées que publiques, elles pourraient certes mieux absorber ces coûts elles-mêmes, elles y voient avant tout l'intérêt d'un traitement efficient et professionnel des cas. Enfin, les employés bénéficient aussi d'un soutien simple et non bureaucratique. Particulièrement les personnes souffrant d'une affection psychique peuvent être dépassées par les tâches administratives. L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie apporte ici une assistance importante.

Case management: un service apprécié mais onéreux

Selon une étude du BCG (2010), 80–90 % des maladies et 98 % des accidents peuvent être considérés comme des cas standard. Leur évolution, par exemple après une intervention chirurgicale simple ou une fracture de la jambe, est facile à évaluer. Le chemin vers la guérison est soit sans complication et connu, ou bien les conséquences sont si dramatiques (par

13 Dans les sections suivantes, l'accent sera mis sur les personnes souffrant d'une maladie.

ex. lors d'un cancer non curable) qu'il est rapidement clair qu'un retour au travail est malheureusement inenvisageable.

Mais dans d'autres cas, l'évolution est moins claire. Une absence de longue durée à la suite de douleurs dorsales peut conduire à des affections psychiques telles que la dépression, lesquelles finissent par devenir le nœud du problème. Il est de première importance de détecter et traiter de façon précoce de telles situations. Des études indiquent une baisse drastique des chances de réintégration après trois mois d'incapacité de travail (Movis 2019). Les prestataires d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ont ici un important rôle à jouer car ils sont souvent la première institution qui apprend, bien avant l'AI, l'occurrence d'une maladie chez un employé.

Dans de tels cas complexes, les assurances d'indemnités journalières font parfois intervenir un case manager pour assister non seulement la personne malade mais aussi son employeur, et les accompagner tous deux durant le processus de réadaptation. Le case manager analyse l'ensemble de la situation et prend en compte des facteurs médicaux, assurantiels et financiers ; il peut prendre les mesures adaptées pour un retour à l'emploi. Les employés peuvent ainsi compter sur une assistance professionnelle et les employeurs savent que leurs employés ne sont pas laissés seuls dans leur situation. Les employeurs tirent également profit de la réintégration plus rapide de leur employé.

Les chances de réintégration baissent drastiquement après trois mois d'incapacité de travail.

Objectif commun, intérêts divergents

Un accompagnement individuel par un case manager demande du temps et entraîne des coûts ; il ne peut pas être proposé à tous les patients. Le choix de faire intervenir un case manager ou non dépend de divers facteurs. Entrent en ligne de compte : l'évaluation des chances de réussite d'une réintégration, le montant du salaire assuré, la durée restante de l'obligation de continuer à verser le salaire et enfin, l'importance du recours à un case manager pour la qualité de la relation avec le client. Toutes les sociétés d'assurance n'accordent pas le même poids à tous ces critères. La concurrence entre les prestataires garantit l'optimisation du rapport coût-bénéfice d'une telle mesure, et ainsi des meilleures primes d'assurance.

Néanmoins le rapport coût-bénéfice du case management est controversé. Dans les années 2010, on vantait des gains d'environ 1-2 % du total des prestations si tous les cas complexes étaient suivis par un case manager (BCG 2010). La Suva, le réassureur PK Rück et la ville de Zurich rapportaient alors d'importantes diminutions de leurs cas d'invalidité grâce au case management (Schaufelberger 2014, PK Rück 2014). Depuis des voix critiques se sont levées. Ainsi une étude pour la Suva n'a pas constaté de différence significative dans la capacité de travail et le taux d'invalidité entre les cas traités avec case management et d'autres cas complexes de la Suva (Scholz et al. 2015). Cependant, ces calculs internes aux sociétés ne prennent pas en compte d'éventuelles externalités. Le chiffrage se limite aux coûts et aux

économies concernant la société recourant au case manager. Mais ce travail de coordination profite également aux caisses de pension et à l'AI sans qu'elles ne doivent participer aux coûts occasionnés. Et inversement en l'absence de case manager ou d'échec de son travail, elles pâtissent des conséquences. Cette segmentation des acteurs peut conduire à des incitations négatives.

Si par exemple une intervention prend place tardivement, les économies que peut en tirer l'assureur d'indemnités journalières diminuent, parce que ses prestations sont limitées à une durée maximale de 730 jours. Pour forcer le trait, on peut dire qu'il ne peut valoir la peine pour lui, quelques semaines avant cette échéance, d'investir encore des milliers de francs dans un cas, même si cela permettrait une réintégration. Pourtant, pour l'AI et la caisse de pension, une réinsertion (même tardive) serait encore tout autant bénéfique parce qu'elle pourrait éviter ou réduire une rente qui devra être payée durant plusieurs décennies.¹⁴

En outre l'assureur d'indemnités journalières n'est tenu de verser des indemnités que jusqu'au moment où l'AI intervient et propose elle-même des mesures de réadaptation à la personne assurée. Cela crée à nouveau des conflits d'intérêt : ce serait de l'intérêt cardinal de l'AI que des mesures de réadaptation soient accordées le plus rapidement possible, peu importe qui en supporte la charge financière, mais si elle agit tôt elle-même, elle doit assumer le coût des mesures ainsi que les indemnités journalières correspondantes.

Ces incitations financières négatives sont un cas classique de ce que les économistes appellent des externalités positives. Le bénéfice d'une action, en l'occurrence le case management de l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie, ne retombe pas seulement là où les dépenses ont été faites. Les caisses de pension et l'AI en profitent également bien qu'elles n'aient pas pris leur part de ces coûts. Cette distorsion n'est pas seulement « injuste », elle nuit à l'optimisation des résultats pour tous les participants. Bien que le case manager réponde à un besoin et qu'il ait une utilité globale pour toute la chaîne des acteurs impliqués, trop peu de case managers sont mis à contribution parce que le retour sur investissement, du point de vue de l'assureur d'indemnités maladie, n'est pas satisfaisant. Ce manque d'accompagnement préjudicie aux autres fournisseurs de prestations, et avant tout aux personnes touchées par la maladie, qui ne sont pas suffisamment accompagnées.

Pour obtenir un meilleur résultat global, il importe d'instaurer des mécanismes financiers qui internalisent de telles externalités positives. En bon français : tous les acteurs qui profitent des avantages du case ma-

Le travail du case manager profite aux caisses de pension et à l'AI sans qu'elles ne doivent participer aux coûts occasionnés.

14 Les caisses de pension subissent en outre des pertes de recettes en raison de la libération du paiement des primes dont bénéficie la personne malade.

nagement doivent en assumer une part des coûts. Dans les chapitres qui suivent, nous entendons montrer comment parvenir à ce but.

Les caisses de pension souvent trop tardivement impliquées

En pratique, les caisses de pension apprennent tardivement l'existence d'une incapacité de travail prolongée, en dépit des efforts croissants d'interventions précoces. En conséquence, les caisses de pension ne peuvent participer que tardivement au processus d'AI, lequel présente souvent un manque de coordination avec l'employeur et l'assureur d'indemnités journalières. L'échange insuffisant d'informations peut amener une caisse de pension à mettre en place son propre case management, alors même que l'assureur d'indemnités journalières en offre déjà un. Et même lorsque des informations sont échangées et que les redondances sont évitées, il reste toujours à renégocier de nouveau qui prend en charge le management du cas et comment doivent se répartir les coûts.

Pour éviter de telles difficultés de manière simple et non bureaucratique, l'association Compasso a mis au point des règles de partage des coûts de case management dans la (ré-)intégration (Compasso 2021d), qui définissent des modalités de collaboration entre l'assureur d'indemnités journalières/l'employeur et la caisse de pension.

La Figure 14 illustre les étapes du modèle de collaboration. En cas d'incapacité de travail de plus de 90 jours, l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie, ou l'employeur si ce dernier ne dispose d'une assurance d'indemnités journalières, adresse une communication à la caisse de pension, accompagnée d'une procuration signée par l'employé malade. La procuration garantit que les dispositions sur la protection des données sont respectées durant l'échange de données.

Ensuite un entretien a lieu entre la caisse de pension et l'assureur d'indemnités journalières ou l'employeur, afin de décider s'il est judicieux de mettre en place un case management et de quelle manière les coûts seront répartis. En règle générale les coûts sont partagés à part égale et un plafond de coût est fixé pour le case management. C'est le plus souvent l'assureur d'indemnités journalières qui prend en main le management du cas. Concernant le partage des coûts de case management, un simple accord entre les parties suffit (par ex. par email). Après clôture du case management, la caisse de pension obtient un rapport final ainsi qu'une facture.

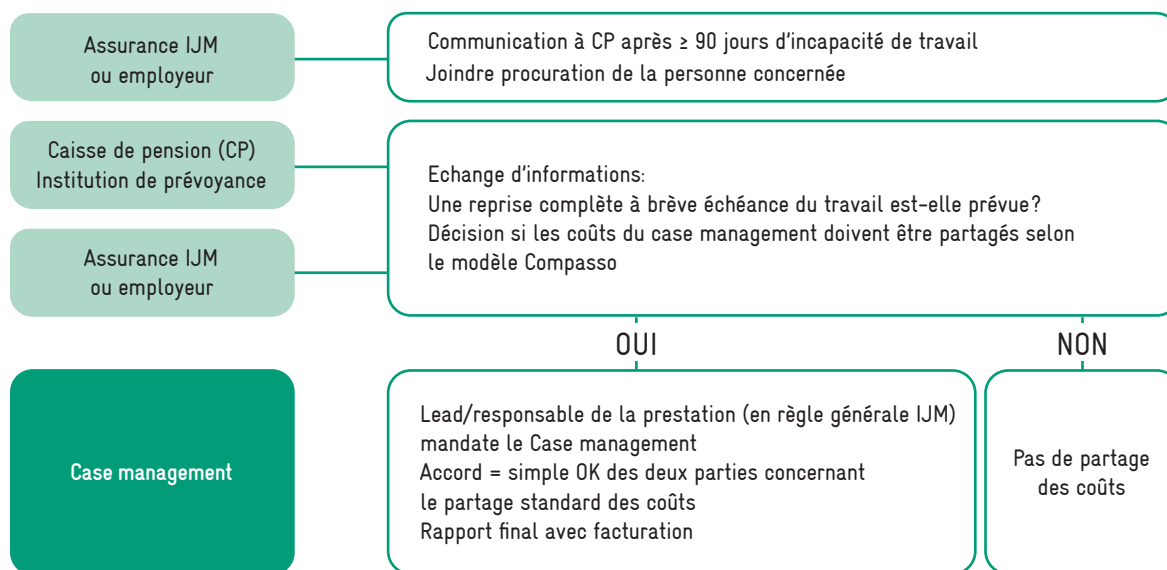
Malgré le large soutien dont bénéficie formellement l'association Compasso (voir Encadré2), l'utilisation de ce modèle ne s'est pas encore répandue sur tout le territoire. D'une part, ce partage des coûts est un instrument relativement nouveau. D'autre part, les moyens de financement des campagnes d'information ont été jusqu'ici limités. Il serait bienvenu ici que de grandes institutions collectives, à titre individuel ou à travers leur organisation faîtière, comme la Communauté d'intérêts des institutions de prévoyance autonomes collectives et communes «Inter-pension»,

Compasso a mis au point des règles de partage des coûts de case management qui définissent des modalités de collaboration entre l'assureur/l'employeur et la caisse de pension.

Figure 14

Le modèle Compasso simplifie la collaboration entre employeur, assureur IJM et caisse de pension

Le modèle Compasso permet de définir et documenter de manière simple et pragmatique le périmètre, le plafond de coût et l'instance en charge de la gestion principale du case management.



Source: propre représentation

ou l'Association suisse des institutions de prévoyance Asip, s'impliquent fortement pour la diffusion de ce modèle.

Confier la phase d'intervention précoce de l'AI à l'assureur IJM

Pour améliorer la coopération avec les offices AI, quelques assureurs d'indemnités journalières ont conclu des conventions avec certains offices AI, par lesquelles ces derniers délèguent à l'assureur d'indemnités journalières la responsabilité du case management durant la phase d'intervention précoce.

L'assurance d'indemnités journalières prend en charge le management du cas et informe l'office AI de son évolution. Dans certaines conventions de coopération, il est également possible que les rapports établis par l'assureur d'indemnités journalières soient repris ensuite par l'AI comme documents internes. Cette organisation assure l'échange d'informations entre les deux institutions et évite d'inutiles doubles vérifications, ce qui enlève un poids également à la personne assurée.

Les offices AI devraient donc étudier la possibilité de laisser aux assureurs d'indemnités journalières maladie l'exécution de certaines mesures d'intervention précoce, au moyen de mandats de prestation avec la rémunération associée. Les assureurs d'indemnités journalières pourraient de leur côté s'engager en contrepartie à assurer la continuité du versement du salaire jusqu'à la fin des mesures.

Par de telles initiatives locales, les assureurs d'indemnités journalières tentent d'optimiser leurs processus et de se donner un atout aussi bien au niveau du prix que de la satisfaction client. Mais l'organisation décentralisée et concurrentielle de la branche ne favorise pas seulement des innovations et des solutions plus efficaces. Le secteur privé met également au point des concepts dont les institutions publiques profitent aussi.

Les entretiens menés avec des experts, du monde de l'assurance privée comme de celui des offices AI, ont montré que ces modes d'organisation dépendent fortement des relations personnelles sur place. Dans l'invalidité également, le «facteur humain» prime, comme partout dans notre société.

La libre concurrence des idées et des procédures est un fait à saluer et à encourager; rendre obligatoire la passation de telles conventions affaiblirait cet avantage. D'un point de vue systémique cependant, il serait possible d'améliorer les conditions-cadre afin de favoriser de telles solutions.

Il conviendrait par exemple de définir des exigences minimales pour la documentation client, qui rendraient possible la reconnaissance mutuelle des documents. Les traitements et vérifications entrepris par les assurances d'indemnités journalières en cas de maladie pourraient être mieux repris par l'AI, et inversement. Les dispositions sur la protection des données devraient naturellement être respectées. Il ne s'agit pas de définir «un» et unique formulaire identique pour toutes les entreprises – il est nécessaire de laisser encore des marges de manœuvre pour les éléments spécifiques aux entreprises – mais de définir des renseignements minimaux obligatoires qui répondent aux besoins de l'AI et du prestataire d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie.

Dans un second temps, l'objectif serait de développer des procédures, similaires au modèle de Compasso entre les assureurs d'indemnités journalières et les caisses de pension, afin de préciser, de façon simple et pragmatique, les modalités d'intervention d'un éventuel case manager: qui prend en charge ce management, quel est le montant du plafond des coûts, et comment ces derniers se répartissent entre les acteurs. Pour cela, on peut envisager une extension des activités de Compasso ou bien une initiative commune de la Conférence des offices AI et de l'Association Suisse d'Assurances.

3.4_ Diminuer les redondances lors des interactions interinstitutionnelles

AI, assurance-chômage et aide sociale: partenaires et concurrents

Trois institutions publiques opèrent dans le champ de la réadaptation professionnelle: l'AI, l'assurance-chômage et l'aide sociale (voir Figure 12). Selon les situations, une personne atteinte dans sa santé peut faire valoir ses droits auprès de seulement certaines ou bien l'ensemble de ces trois assurances, séquentiellement ou en parallèle. L'ordre peut varier: certaines personnes dépendent de l'aide sociale jusqu'au moment de l'octroi et du

versement de prestations de l'AI. D'autres perçoivent d'abord des indemnités journalières de l'AI avant de dépendre de l'assurance-chômage et/ou de l'aide sociale, après que leur demande d'AI ait été (en partie) rejetée.

Pour les personnes souffrantes concernées, qui sont déjà confrontées à leur maladie, les contacts avec ces différentes assurances sociales représentent une difficulté supplémentaire. De leur point de vue, ils sont simplement en incapacité de travailler et ont besoin pour cette raison d'un revenu de remplacement. Laquelle des assurances est compétente, et dans quel ordre? Ce sont des points qui leur échappent. La diversité des procédures les concernant signifie également qu'ils doivent remettre des données similaires, mais pas identiques, ce qui peut être source d'incompréhensions et de frustrations. S'ils se sont de plus, par exemple, annoncés en même temps à l'AI et à l'assurance-chômage, ils ont différents interlocuteurs, qui leur adressent des demandes différentes.

De telles redondances se retrouvent du côté des employeurs. Actuellement les assurances sociales intervenant dans la réadaptation professionnelle se disputent leurs faveurs afin d'intégrer le plus grand nombre de leurs clients sur le marché du travail. Les employeurs sont pour cela contactés directement par les assurances sociales ou indirectement par des prestataires externes, issus par exemple du marché secondaire de l'emploi. De même que pour les personnes malades, il importe peu à un employeur potentiel de savoir quelle assurance sociale est compétente et d'où provient un candidat. La pluralité des interlocuteurs crée ici aussi des redondances et les employeurs doivent recommencer sans cesse à présenter la situation de leur entreprise.

Les diverses assurances sociales se disputent les faveurs des employeurs.

L'utilisation de différentes assurances sociales dans l'insertion professionnelle met également les dirigeants politiques en concurrence. Les projets dans le domaine de l'insertion sur le marché du travail incombent souvent à la direction économique, les programmes de reclassement au domaine de la direction de l'éducation, tandis que l'aide sociale va être du ressort de la direction des affaires sociales (laquelle est même, dans de nombreux cantons, placée à l'échelon des communes). Pour améliorer la coordination entre ces trois domaines d'assurance sociale, il est donc nécessaire d'obtenir l'accord et les moyens financiers d'au moins trois décideurs politiques.

Meilleure coordination grâce à la collaboration interinstitutionnelle

Pour améliorer la coordination entre l'AI, l'assurance-chômage et l'aide sociale en vue de la réinsertion professionnelle, la 5^e révision de l'AI a ancré dans la loi en 2008 le concept de collaboration interinstitutionnelle (CII), qui a été ensuite précisé dans plusieurs législations cantonales (Bieri et al. 2013).

Une condition importante pour la collaboration était de donner des règles aux échanges des informations clients dans le respect de la protection des données, afin de réduire les déficits de communication et les

redondances. Des dispositions dans ce sens avaient certes déjà été définies en 2003 dans les lois de l'AI et de l'assurance-chômage (art. 68Bis LAI, art. 85f LACI). Cependant la question était longtemps restée ouverte de savoir si une institution pouvait transférer la gestion d'une affaire à une autre institution, afin de suivre un client à travers un guichet unique. Deux importantes expertises mandatées par le Seco ont apporté en 2018 plus de clarté sur cette question et ont donné leur feu vert (Die Volkswirtschaft 2018). Ainsi, les cas complexes peuvent être transmis à une institution pour une durée limitée. Il est également possible de renoncer provisoirement à exiger les preuves de recherche d'emploi, qui sont autrement obligatoires pour bénéficier des indemnités de chômage. ¹⁵ La question de l'échange et du traitement des données dans les systèmes informatiques a également été clarifiée.

Les cas complexes peuvent être transmis à une institution pour une durée limitée.

Au niveau fédéral en outre a été fondée en 2010 l'Organisation CII nationale pour le pilotage et le développement de la CII (IIZ 2010). Elle n'a cependant qu'un rôle de coordination. La mise en œuvre de la CII est de la responsabilité des cantons. L'étendue, les partenaires impliqués et le type d'activités de CII varient fortement d'un canton à l'autre. En 2013, une enquête a distingué dans toute la Suisse 87 formes de collaboration ; des coopérations multilatérales et bilatérales, des projets avec ou sans gestion commune des dossiers (Bieri et al. 2013).

Les cantons comme laboratoires

La qualité et la mise en œuvre de la CII sont très hétérogènes suivant les cantons, et notamment parce que les besoins varient beaucoup selon les régions. Et une bonne idée ne conduit pas toujours à un bon résultat. Le travail supplémentaire de coordination peut parfois éclipser le bénéfice de la coordination, ce qui a été en partie l'objet des critiques dans les premières années de la CII (Bieri et al. 2013). L'ancrage cantonal de la CII permet cependant de mettre rapidement sur les rails des projets pilotes locaux, qui en cas de succès peuvent être repris plus tard par d'autres cantons, le cas échéant sous forme adaptée. Les cantons, agissant comme des laboratoires d'essai, favorisent les concours d'idées.

Dans le cadre de cette étude, les modèles qui favorisent une étroite collaboration entre les institutions dans le domaine des mesures de réadaptation de placement sur le marché du travail apparaissent particulièrement intéressants. Ainsi dans le canton de Vaud, l'ORP et les services sociaux de la ville de Lausanne ont réuni les ressources en personnel et en finances dans une équipe dédiée «Unité Commune ORP-CSR». Cette équipe multidisciplinaire se spécialise dans les cas complexes et dispose de davantage de ressources (c'est-à-dire plus de conseillers pour 100 cas).

¹⁵ L'obligation peut, en cas de réinsertion sociale ou de stabilisation d'une personne concernée, être suspendue jusqu'à trois mois. Dans des cas exceptionnels, devant être motivés individuellement, un délai plus long peut être octroyé (Schenk und Kieser 2018).

Selon une évaluation scientifique (Bonoli et al. 2017), les coûts par dossier ont pu être diminués d'environ 11% par rapport au groupe de contrôle, essentiellement parce qu'un nombre plus important de cas ont pu être clos. Ces économies recouvrent approximativement les dépenses supplémentaires entraînées par le suivi de plus près des situations.

Dans le canton de Fribourg, le projet «Pôle Insertion+» a vu la création de trois tandems, composés chacun d'un conseiller en placement de l'ORP et d'un assistant social, qui collaborent étroitement dans la même structure et dans le même lieu. D'après une évaluation du Seco, les résultats de la mesure se caractérisent par un retour sur investissement positif. Le nombre de personnes sous ce dispositif réussissant à trouver un emploi était supérieur de 40 % à celui pour ceux restés dans le cadre habituel (Staat Freiburg 2018).

D'autres cantons laissent les structures existantes inchangées, adaptent cependant les processus et essaient de transmettre la gestion des dossiers clients complexes aux institutions dotées de la meilleure expertise pour un cas donné – indépendamment des institutions auxquelles le client serait affilié. Ainsi, en 2018, le canton de LU a lancé le projet pilote «Optima» destiné à améliorer la réinsertion sur le marché du travail de clients de l'ORP, de l'AI et de l'aide sociale. Dorénavant les trois institutions travaillent ensemble au cas par cas. Ce n'est plus l'organisation des différents systèmes d'assurance sociale qui prime, mais les besoins du client (Kanton Luzern 2018).

Le canton d'AG va un pas plus loin : après la réussite d'un projet pilote mené pendant sept ans («Guichet unique marché du travail») dans dix communes du district de Kulm, les offices AI, les ORP et de nombreux services sociaux proposent depuis avril 2019 dans tout le canton d'AG «sous un même toit» leurs prestations dans le domaine de l'intégration sur le marché du travail. Les demandeurs bénéficient ainsi d'une plus large offre de prestations, et les personnes concernées ainsi que les employeurs potentiels, font face à moins d'interlocuteurs. Il n'est pas pour autant nécessaire de modifier les dispositions légales des différentes assurances sociales (voir Encadré 3).

Enfin, une autre coopération intéressante mérite d'être citée : elle rassemble dans le canton de GE des institutions aussi bien privées que publiques, en se limitant toutefois aux cas d'invalidité dans les métiers du bâtiment. Par l'«Accord paritaire genevois», la fédération patronale et les syndicats de la branche du bâtiment, quelques assureurs d'indemnités journalières, la Suva, ainsi que les offices AI cantonaux, ont signé une convention dans le but d'aider à leur réadaptation et réinsertion les employés victimes d'un accident ou d'une maladie. L'accord prévoit une réunion mensuelle des acteurs participants pour des prises de décisions concertées sur les situations en cours. Si des mesures d'intervention précoce s'avèrent appropriées pour une personne victime d'un accident ou d'une maladie, les parties prenantes se répartissent, sur la base de la convention, les coûts des mesures : assureurs ou Suva 10 000 francs, fonds paritaire 2500 francs et l'AI jusqu'à 5000 francs (FGMB 2019).

Les économies recouvrent approximativement les dépenses supplémentaires entraînées par le suivi de plus près des situations.

Projet «Coopération sur le marché du travail» dans le canton d'AG : tout sous un même toit

Le projet «Coopération sur le marché du travail» mis en place dans le canton d'AG rassemble sous un même toit l'office AI, l'ORP et une partie des services sociaux communaux. ¹⁶

Triage et gestion du dossier : chaque demandeur s'annonce, selon la cause de la perte de salaire, auprès de l'ORP compétent, de l'AI ou de l'aide sociale. Si l'ORP et l'AI reconnaissent tous deux à l'assuré un droit à des mesures et à des indemnités journalières, l'AI prend en charge la gestion du cas et coordonne les prestations avec l'assurance-chômage. Pour les demandeurs d'emploi de l'aide sociale, les communes peuvent en outre acheter des prestations de soutien à l'insertion professionnelle auprès des employés de l'ORP spécialisés dans les cas complexes, même si l'assuré n'a pas droit à des indemnités de chômage. Services et offices conservent leur indépendance organisationnelle.

Interface unique avec les employeurs : L'ORP assure tous les contacts avec les employeurs en relation avec les personnes accompagnées dans le cadre de ce projet de coopération. L'ORP s'occupe du placement sur le marché du travail aussi bien des demandeurs d'emploi de l'AI que de l'assurance-chômage, ainsi que des clients de l'aide sociale pour lesquels la commune a émis un mandat à cette fin. Ainsi, les clients de l'AI et de l'aide sociale des communes participantes bénéficient du réseau professionnel des employés de l'ORP, les autres offices sont déchargés de cette tâche, et les entreprises n'ont qu'un seul interlocuteur auprès de l'ORP compétent pour leur secteur. Tous les postes à pourvoir sont également transmis au guichet commun de l'ORP, qui sélectionne à son tour en interne les profils adéquats (y compris parmi ceux de l'AI et de l'aide sociale).

Une offre de services plus large : par la réunion sous un même toit, les clients bénéficient d'un éventail plus large de prestations car les instruments des différentes assurances sociales sont en partie complémentaires. Par exemple, les clients de l'AI peuvent profiter des mesures de formation de l'ORP qui peuvent leur être utiles pour la postulation sur le marché primaire du travail. Inversement, les ORP et leurs clients peuvent bénéficier du savoir-faire spécifique de l'AI dans l'accompagnement et la réadaptation professionnelle des personnes atteintes dans leur santé.

Financement par mandats de prestation : le principe de séparation du financement des différentes assurances sociales est maintenu, les moyens ne sont pas mis en commun. Les différentes assurances facturent leurs prestations aux autres offices, ou aux communes dans le cas de l'aide sociale, laquelle est gérée au niveau communal dans le canton d'AG. (Kanton Aargau 2021).

Grâce aux réunions mensuelles au cours desquelles les participants ont pouvoir de décision, des mesures peuvent être engagées plus rapidement et un meilleur suivi garanti. Dans une analyse mandatée par l'Ofas, il a été constaté que, grâce à ce dispositif, moins de rentes AI (10 points de pourcentage en moins) sont octroyées par rapport au groupe de contrôle, et que le nombre de réadaptations professionnelles était similairement de 10 points de pourcentage plus élevé (Flamand-Lew et al. 2017). Cette étroite collaboration est possible parce que la branche du bâtiment dans le can-

¹⁶ Dans le canton d'AG, l'aide sociale est gérée au niveau des communes. Ces dernières ont la possibilité, mais pas l'obligation, de participer au projet de coopération pour l'insertion sur le marché du travail.

ton de GE est certes très fragmentée, mais que son degré d'organisation est élevé aussi bien du côté syndical que patronal, que les entreprises sont affiliées à la même caisse de pension commune, et qu'ils ne sont assurés que par trois assureurs perte de gains (maladie) et par la Suva (accidents). Peu d'acteurs sont donc impliqués dans la gestion de l'ensemble de la branche. Le potentiel de transférabilité de ce modèle vers d'autres branches ou d'autres cantons se trouve, pour cette raison, limité.

Ces exemples le montrent: les cantons apportent des réponses différentes à des problèmes différents. Ce serait une erreur d'ordonner des modèles de CII applicables dans toute la Suisse. La question de savoir si la CII, comme dans le canton d'AG, doit être organisée «sous un même toit» ou non doit rester la décision des cantons. L'essentiel est de créer la transparence sur cette confrontation entre différentes idées et de documenter les réussites de ces pratiques cantonales. Avec des rapports sur l'efficacité, publiquement accessibles, l'organisation CII nationale peut fournir une vue d'ensemble de l'efficacité des différents modèles de CII et indiquer, s'ils le souhaitent, aux cantons des potentiels d'amélioration. Mais les parlementaires cantonaux et nationaux devraient également suivre de plus près ces stratégies et demander à leurs autorités exécutives qu'elles rendent des comptes sur les objectifs et les progrès de la CII.

Les parlementaires devraient demander à leurs autorités exécutives qu'elles rendent des comptes sur les objectifs et les progrès de la CII.

3.5_ Conclusion intermédiaire:

Des points d'intersection aux points d'interaction

Les cas d'invalidité complexes nécessitent l'intervention de nombreux acteurs privés, ainsi que d'institutions tant publiques que privées. A chaque intersection de leur champ d'intervention, une interface se forme où des informations risquent de se perdre ou d'être créées en double. Dans le cas des mesures de réadaptation également, des redondances peuvent créer dans le meilleur des cas du travail supplémentaire inutile, ou dans le pire des cas s'avérer contreproductives. Comment transformer ces intersections en opportunités d'interactions?

– Améliorer la communication entre employés, employeurs et médecins:

Il est possible d'améliorer le dialogue entre ces trois parties en mettant au premier plan la capacité (et non l'incapacité) de travail. Des outils tels que le Profil d'intégration axé sur les ressources (PIR) créent un langage commun, simple, orienté vers les solutions, qui favorise la réinsertion de l'employé. Les employeurs peuvent déjà aujourd'hui demander un certificat de travail détaillé, bien que peu le fassent. L'utilisation systématique du PIR, par exemple pour toutes les absences à partir de 30 jours, peut offrir une meilleure visibilité à l'employeur lui permettant de planifier plus facilement le retour de l'employé. Multiplier les actions d'information, impliquer les organisations patronales ainsi que les sociétés de médecine (principalement celles des médecins de famille et des psychiatres) peut en outre favoriser une plus large adoption du PIR.

- **Partage des coûts entre assureur d'indemnités journalières maladie et caisse de pension :** La répartition peut être améliorée grâce au modèle de partage des coûts de case management, mis au point par Compasso. Le modèle définit de façon non bureaucratique la répartition des rôles et des coûts, ainsi qu'un montant plafond. Les membres de l'association Compasso devraient être encouragés à en faire un usage systématique. En outre, d'autres caisses de pension propres aux entreprises, et avant tout les institutions collectives, devraient adhérer au modèle de Compasso et systématiser son usage.
- **Plus de transparence entre assureur d'indemnités journalières maladie et l'AI :** Les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie apprennent bien plus tôt que l'AI les cas d'incapacités de travail de longue durée. Les informations rassemblées par l'assureur IJM doivent être structurées de telle façon à ce que les offices AI cantonaux aient ensuite la possibilité et le droit de les utiliser. A cette fin, c'est à l'Ofas, à la COAI et l'ASA d'agir pour développer de tels modèles et standards. Pour l'indemnisation de ces prestations préalables et surtout pour la participation aux coûts des activités de case management, ces mêmes partenaires doivent conclure des conventions, analogues au modèle Compasso, entre l'assureur IJM et les offices AI. Doivent être réglés de façon simple et pragmatique les points concernant l'étendue des différentes mesures de réadaptation, leur gestion principale (AI ou IJM) et l'attribution de compétence, afin que pour une tâche donnée, ce soit l'institution qui dispose des meilleures ressources et compétences qui intervienne. Cette organisation permet de réduire les incitations financières négatives et de répartir les coûts sur tous les acteurs qui profitent des avantages du case management.
- **Plus de délégation entre les institutions publiques (AI, AC, AS) :** Des structures communes peuvent aider à rassembler le savoir réparti entre différentes institutions et faire profiter les clients d'une plus large offre de services. Les modèles qui, comme dans le canton d'AG, se basent sur des structures existantes mais inventent des solutions en attribuant la gestion principale du cas à un office et en passant des mandats de prestation entre différentes instances d'assurance, possèdent un important potentiel. De cette manière, les employés comme les employeurs n'ont plus qu'un seul interlocuteur, le financement reste transparent, et l'efficacité des différentes structures est conservée. Les spécificités locales feront choisir, dans tel ou tel canton, un modèle plutôt qu'un autre. Ce sont les parlements cantonaux cependant qui ont la responsabilité de s'informer de ces différences et d'exiger une évaluation continue de ces structures.

4_ Une réforme libérale de l'assurance de l'invalidité

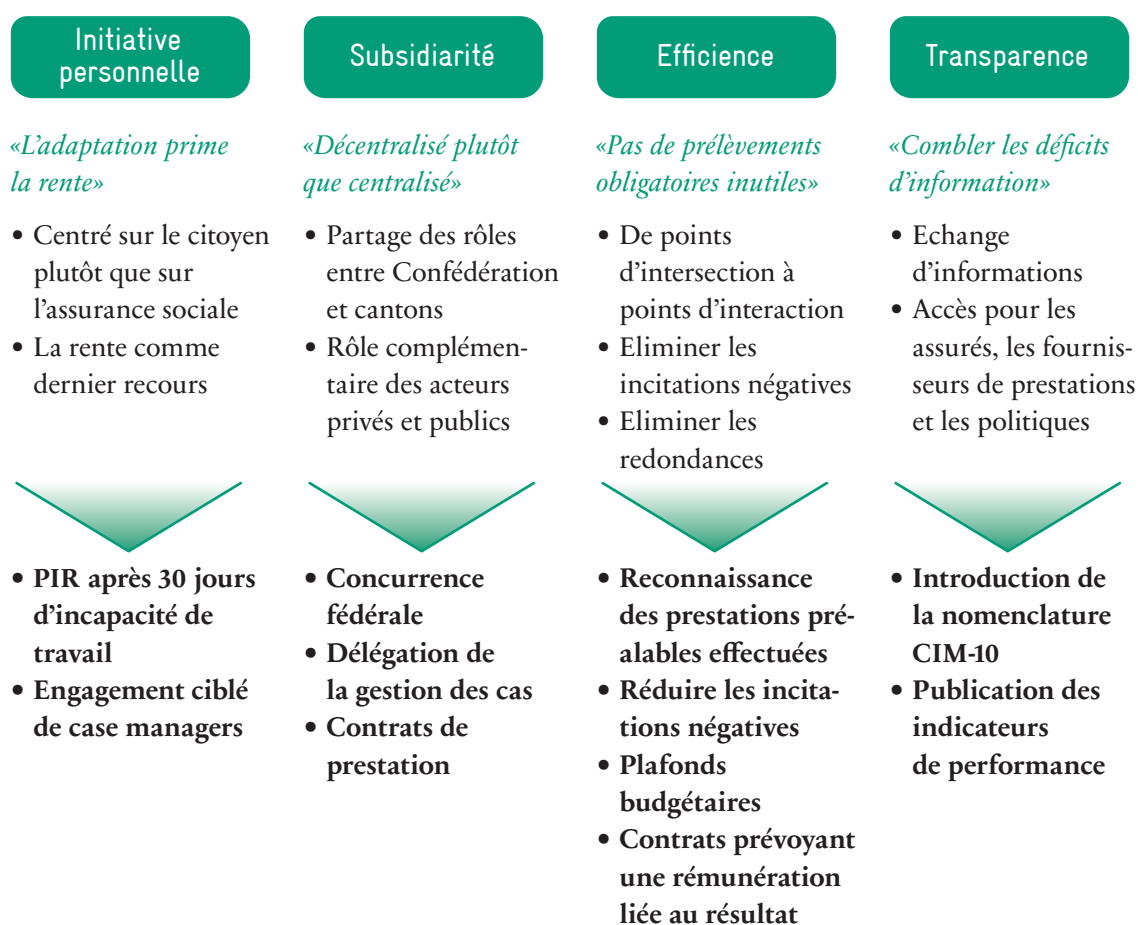
Les coûts annuels induits par l'invalidité dépassent les 24 milliards de francs, dont seulement un tiers est à la charge de l'assurance-invalidité (AI). Les coûts résultent du traitement de la maladie ou des conséquences de l'accident, de la recherche de solutions pour une réadaptation, ainsi que du versement d'une rente entière ou partielle. De nombreux acteurs privés, ainsi que des institutions privées et publiques, sont impliqués dans ce processus complexe. Une demande d'invalidité ressemble très rarement à une autre, en particulier lorsqu'elle repose sur une affection psychique, et dans la plupart des cas elle nécessite une solution sur mesure.

Il n'existe pas de recettes types ni d'approches centralisées capables de répondre à cette complexité.

Figure 15

Quatre principes directeurs pour l'assurance de l'invalidité

La complexité de l'assurance de l'invalidité au sens large ne peut être maîtrisée par des approches centralisées. Les solutions nécessitent initiative personnelle, subsidiarité, efficacité et transparence.



Source: propre représentation

Il faut bien plutôt des principes directeurs (voir figure 15) qui favorisent l'action conjointe des parties et laissent la place aux solutions individualisées, pour et avec les clients.

4.1 _Initiative personnelle: «La réadaptation prime la rente»

La devise centrale «La réadaptation prime la rente» a été érigée comme un des piliers de la politique sociale en matière d'invalidité, et elle le reste aujourd'hui. Elle procède d'une conception de la personne, dans laquelle les individus touchés par une invalidité, autant que cela est médicalement indiqué, organisent leur vie quotidienne de manière autonome et indépendante et génèrent leur revenu. L'individu dispose d'un capital corporel (physique et psychique), culturel (formation), social (réseau) et économique, cependant chaque fois à des degrés divers (Knöpfel 2015). Qui dispose de ces ressources doit les utiliser et pouvoir les utiliser. Les chances de réussite d'une réadaptation doublent si l'employé se met en recherche de solution ou si son supérieur hiérarchique lui fait comprendre qu'il peut conserver son poste malgré la maladie (Baer 2021). L'Etat, l'économie et la société civile doivent créer les conditions-cadre pour cela.

Le Profil d'intégration axé sur les ressources, fondé sur cette approche, constitue un certificat médical mettant en avant la capacité de travail d'une personne, au lieu de ses déficiences (voir chapitre 3.2). Les employeurs devraient systématiquement demander son utilisation au médecin traitant en cas d'absence de plus de 30 jours. Pour que ce souhait devienne réalité, il est nécessaire que des campagnes d'information soient organisées par les organisations patronales et les sociétés de médecine. Ces dernières devraient en outre œuvrer pour l'inclusion du PIR dans le curriculum de formation des médecins. Idéalement, cela devrait prendre place dans le cadre de l'obtention du titre FMH, afin que les médecins qui ont suivi leur formation de base à l'étranger soient également informés du potentiel de cet instrument.

Les case managers employés par l'assurance-maladie, par la caisse de pension ou par les offices AI, peuvent également aider les personnes avec handicap à faire une juste évaluation de leur nouvelle situation, prendre les mesures appropriées et décider d'une (nouvelle) orientation. Les case managers ont cependant un coût et devraient donc être utilisés de manière ciblée. Les acteurs privés et publics définissent leurs propres critères, qui incluent les chances de réinsertion, l'âge et le montant du salaire de la personne assurée.

Une rente entière ou partielle est certes un élément important de l'assurance contre les conséquences financières d'une invalidité. Elle n'est cependant qu'une solution de dernier recours lorsque les efforts de réadaptation pour le retour au travail ont échoué. Mettre l'accent sur la réadaptation au travail, ce n'est pas seulement le reflet du souhait de pouvoir mener une vie de façon autonome et de la croyance en la valeur de celle-ci, c'est aussi le garant d'une large acceptation des assurances sociales dans

la population. La solidarité des personnes en bonne santé envers les personnes atteintes d'un handicap est renforcée quand les premières savent que les secondes entreprennent tout leur possible pour réduire leur dépendance vis-à-vis de la société.

Actions requises

Les employeurs demandent dorénavant systématiquement après 30 jours d'absence un certificat détaillé de capacité de travail selon le modèle PIR.

Les fédérations patronales et les sociétés de médecine communiquent sur le PIR auprès de leurs membres.

L'utilisation du PIR est intégré dans le curriculum de la formation FMH des médecins (surtout des généralistes/médecins de famille et des psychiatres).

4.2_ Subsidiarité: «Décentraliser au lieu de centraliser»

«Prévenir, réduire ou éliminer l'invalidité grâce à des mesures de réadaptation appropriées, simples et adéquates» est le tout premier but assigné à l'assurance invalidité, et non le versement d'une rente financière (art. 1 LAI). Pour satisfaire à cette exigence de réadaptation, il est nécessaire de tenir compte de la situation personnelle (médicale) de la personne concernée, de son environnement professionnel dans l'entreprise et sur le marché du travail, ainsi que du contexte socio-démographique dans sa région. Même dans un petit pays comme la Suisse, cela implique d'avoir une organisation décentralisée laissant suffisamment de pouvoir de décision pour pouvoir agir rapidement, sans bureaucratie et au plus proche des citoyens.

Organisées selon des principes de marché, les assurances d'indemnités journalières pour maladie et les caisses de pension peuvent adopter à cette fin des solutions très différenciées, spécifiques à certaines entreprises ou branches. La qualité de gestion des dossiers en cas d'invalidité en fait partie. Celle-ci ne vise pas seulement à réduire les coûts et par conséquent les primes, elle contribue aussi fortement à la fidélisation des clients. La diversité des conceptions mises en place, par exemple dans le domaine du case management ou dans la collaboration entre acteurs privés et publics, est la preuve que la concurrence fonctionne et pousse les acteurs sur le marché à améliorer leurs prestations.

L'approche fédéraliste de la loi fédérale LAI, laissant l'exécution aux offices AI cantonaux, est également juste et importante dans un contexte de respect de la subsidiarité. Elle permet non seulement de rechercher des solutions en tenant compte des particularités locales, mais encourage aussi une mise en concurrence des idées à travers le pays. De nouveaux concepts peuvent être rapidement lancés et testés dans certains cantons. Si l'expérience est concluante, ils peuvent servir d'inspiration pour d'autres cantons. En cas d'échec, le dommage est géographiquement limité. Dans ce contexte, les taux d'octroi de rente supérieurs à la moyenne en Suisse

romande et dans le Tessin attirent l'attention. L'Ofas, à titre d'organe de surveillance, doit mener une étude scientifique sur les causes de ces différences et faire en sorte que des mesures soient prises pour améliorer la réadaptation au travail dans cette région.

La subsidiarité consiste également à déléguer des tâches au niveau qui possède les meilleures compétences pour cela. Chaque office AI n'a pas besoin de construire son propre réseau de contacts avec les entreprises ou de recruter ses propres case managers. Pour les situations complexes, où entrent en jeu non seulement l'AI mais aussi l'ORP et l'aide sociale, la gestion du cas devrait donc être déléguée à l'institution disposant de la meilleure expertise pour sa prise en charge. La délégation devrait prendre la forme d'un mandat de prestation et être indemnisée à ce titre. Ainsi peuvent être offerts de manière simple aux personnes atteintes d'un handicap tous les instruments des différentes assurances sociales, sans qu'il soit nécessaire d'apporter de profondes modifications au financement et à l'organisation de chacun de ces organes. Les parlements et gouvernements cantonaux sont appelés à étudier les possibilités de ces délégations et coopérations et d'initier leur mise en place.

Actions requises

L'OFAS mène une étude scientifique sur les causes du taux d'octroi de rentes supérieur à la moyenne dans les offices AI de Suisse romande et dans le Tessin.

Les parlements et gouvernements cantonaux examinent comment l'AI, l'AC et l'AS pourraient éventuellement mieux collaborer dans les cas complexes, par exemple en mettant en commun des ressources ou grâce à la délégation de la gestion principale des cas sous mandat de prestation.

4.3_ Efficacité: «Pas de prélèvements obligatoires inutiles»

L'organisation décentralisée et fragmentée de l'assurance de l'invalidité au sens large offre de la flexibilité et permet des solutions sur mesure. Elle signifie cependant aussi l'existence d'interfaces qui peuvent conduire à des pertes d'information, des redondances, des incitations ayant des effets négatifs. Cette situation nuit à la qualité des prestations pour les personnes directement concernées et augmente les coûts – autrement dit, les primes, les contributions salariales et les impôts.

Les assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie sont souvent les premiers à avoir connaissance d'une incapacité de travail à long terme, bien avant l'AI. Il leur revient une grande responsabilité pour éviter les rentes d'invalidité et cette responsabilité doit être mieux reconnue. Les données recueillies par le prestataire d'assurance IJM doivent être structurées de telle façon à ce que d'autres acteurs (caisse de pension, offices AI) puissent les utiliser.

Les coûts du case management sont souvent supportés par une autre institution que celle qui tire profit d'une telle intervention. En définissant des modèles de partage des coûts entre les offices AI et les institutions privées (assureurs d'indemnités journalières et/ou caisses de pension), la charge financière peut être mieux répartie. L'Ofas, la COAI, l'ASA et l'Asip devraient mettre au point de tels standards.

En outre, l'instauration d'un plafond de dépenses de mesures de réadaptation pour chaque office AI cantonal peut aider à une affectation des ressources là où elles peuvent avoir le plus d'effet. Contrairement à l'assurance chômage et à une partie de l'aide sociale, où les moyens financiers pour l'insertion sont fixés en fonction du nombre d'assurés suivis, il n'existe pas de limite pour les dépenses de mesures professionnelles prises dans le cadre de l'AI. Comme l'a montré notre analyse, ces moyens sont utilisés dans certains cantons de manière trop peu ciblée. Il convient donc d'amender la LAI à ce sujet afin de définir de tels plafonds budgétaires pour chaque office AI. Il serait également possible d'optimiser l'emploi de ces moyens sur place en rendant plus systématique la conclusion de contrats avec des fournisseurs de prestations externes dont la rémunération est liée au résultat. L'Ofas et la COAI doivent pour cela mettre au point des contrats-types et soutenir les échanges d'expériences à ce sujet entre les offices AI.

Actions requises

L'OFAS, la COAI et l'ASA définissent un ensemble minimal de types de données qui permettent aux offices AI de réutiliser des dossiers et rapports de l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie.

L'OFAS, la COAI, l'ASA et l'Asip définissent des modèles et standards pour le partage des coûts de case management, similaire au modèle proposé par Compasso.

Il convient d'introduire un plafonnement pour les mesures de réadaptation, en fonction du nombre de personnes ayant déposé une demande auprès d'un office AI, similairement au règlement existant pour l'assurance-chômage. La loi sur l'assurance-invalidité est amendée en ce sens.

L'OFAS et la COAI rédigent des contrats-types pour la signature de conventions avec des fournisseurs externes de prestations dans le domaine de la réadaptation et réinsertion ; leur rémunération doit être liée au résultat.

4.4_ Transparence: «Réduire les déficits de communication»

Afin de réduire autant que possible les pertes d'information entre les acteurs, il est souhaitable d'essayer de définir un langage commun. Le PIR évoqué ci-dessus permet aux employés, employeurs et médecins de communiquer sur les conséquences d'une maladie ou d'un accident, ainsi que sur les possibilités d'un retour sur le lieu de travail, sans divulguer pour autant les données privées devant être protégées.

La mise au point de standards minimaux destinés, comme il vient d'être dit, à la description des cas par l'assureur d'indemnités journalières pour maladie, pourrait également aider à améliorer la communication avec les caisses de pension et les offices AI.

Au vu de l'importance croissante des maladies psychiques parmi les causes de nouvelles rentes, il est impératif d'améliorer la documentation des cas selon des normes internationalement reconnues (CIM-10) dans tous les offices AI. Ceci permet d'identifier les évolutions à long terme et d'adapter les offres d'aide à l'intégration. C'est également la seule manière d'organiser, selon un système bien défini, les échanges d'expériences entre les offices et au sein de ces derniers.

La société a également besoin d'une meilleure information sur les questions d'invalidité. La mise en concurrence des idées au sein d'un Etat fédéral peut produire de meilleurs effets si des informations sur les résultats des politiques de réadaptation sont publiées de manière transparente par canton. Ces informations comprennent les indicateurs de performance calculés par l'Ofas, qui ne sont cependant pas accessibles au public ou bien uniquement sous une forme anonymisée. Les statistiques de l'Ofas ne doivent pas seulement présenter le nombre de nouvelles rentes pour chaque année calendaire mais estimer également leur coût par groupe d'âge jusqu'à la retraite des rentiers AI. Ce mode de présentation rend plus transparents les coûts globaux de l'absence ou des échecs de la réadaptation et facilite la compréhension des efforts entrepris selon les groupes d'âge.

La transparence ne suffira certes pas à expliquer toutes les différences entre les cantons – elle ne doit pas non plus en avoir la prétention. Mais dans l'esprit d'une culture «*comply or explain*» (en français: «appliquer ou expliquer»), la publication de ces données entend à la fois mieux sensibiliser aux particularités régionales, et livrer des indications sur les pratiques qui obtiennent des résultats, et celles qui en ont moins. L'analyse de séries temporelles permet en outre de prendre en compte les évolutions dans un canton avec toutes ses caractéristiques, sans se perdre dans des explications concernant les différences avec d'autres cantons.

Actions requises

Introduire la nomenclature CIM-10 de l'OMS pour une désignation uniforme des affections psychiques dans tous les offices AI.

Publier annuellement et nominativement les indicateurs de performance par office AI.

Publier annuellement les coûts estimatifs, par groupe d'âge, des nouvelles rentes jusqu'au passage en retraite.

4.5 _L'invalidité nous concerne tous

Offrir une assurance contre l'invalidité est bien plus que l'AI. Cela va au-delà de la pure protection financière contre une maladie ou un accident. Bien plutôt, il s'agit avant tout de recouvrer autant qu'il est possible son indépendance. Et c'est une bonne nouvelle.

Mais cela signifie également que nous participons tous à la remédiation de tels coups du destin. Cela commence avec la personne touchée, qui communique de façon transparente avec le médecin et l'employeur pour trouver une solution. C'est l'employeur, qui aide à modifier le poste et l'organisation de l'équipe de façon à rendre possible une reprise du travail. Ce sont les institutions privées et publiques, qui au lieu de penser en silo savent sortir de leur cadre et former des points d'interaction avec des partenaires. C'est enfin la politique, qui exige des organes de surveillance et des organes d'exécution qu'ils fassent toute transparence et qu'ils rendent compte de leur action. Grâce à cette attention accrue, chacune et chacun d'entre nous sera mieux à même de comprendre cette problématique complexe et d'y apporter des solutions.

Lors du calcul du coût total de rente d'un bénéficiaire d'une rente d'invalidité, l'âge est certes déterminant, mais le taux d'intérêt utilisé pour l'actualisation l'est aussi. Actuellement, le taux d'actualisation confirmé par le Tribunal fédéral (TF) est de 3,5 %. Toutefois, cette valeur est discutable dans le contexte des taux d'intérêt actuels et entraîne une sous-estimation des coûts à long terme, en particulier pour les jeunes bénéficiaires. Dans le domaine de la prévoyance professionnelle, par exemple, le taux d'intérêt technique utilisé par les caisses de pension est passé de 2,91 % à 2,10 % entre 2014 et 2018 (Crédit Suisse 2019).

L'exemple de calcul suivant illustre les effets d'un taux d'intérêt trop élevé sur les coûts de rente. Si un jeune de 20 ans perçoit la rente minimale de l'AI de 1185 francs par mois, la méthode de la valeur actualisée des flux donne l'estimation des coûts de rente présentée ci-dessous, selon les différents scénarios de taux d'intérêts, jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la retraite AVS :

<i>Taux d'intérêt</i>	<i>Coût total des rentes (en francs) jusqu'à l'âge de l'AVS</i>
3,5 % (selon pratique du TF)	334 105
2,5 %	395 786
1,75 %	454 560

Dans l'exemple ci-dessus, si l'on divise par deux le taux d'intérêt, cela augmenterait les coûts de rente de plus d'un tiers. Pire encore, une réduction du taux d'intérêt de 1 point de pourcentage se traduirait par une augmentation des coûts des rentes de près de 20 %.

Une analyse de sensibilité et une révision périodique du taux d'actualisation sont donc pertinentes. Une base de calcul plus dynamique est nécessaire pour déterminer le taux d'actualisation, ce qui pourrait être fait de manière similaire à la détermination du taux d'intérêt technique dans la prévoyance professionnelle. Ce n'est que par ce biais que les coûts futurs de rentes et le rendement des efforts de réadaptation pourront être calculés de manière réaliste et servir de base solide pour des décisions politiques.

Les coûts de la rente AI ne représentent qu'une partie des dépenses liées à l'invalidité. Outre les coûts des rentes des autres assureurs, il faut également tenir compte des frais médicaux et des coûts de réadaptation (voir tableau 1, page 19). Pour chaque ligne de ce tableau, les chiffres exacts, leurs sources et, le cas échéant, les hypothèses des estimations sont présentés ici.

Premier pilier

Assurance-Invalidité (IV) – (chiffres 2019)

- 01_ **Frais médicaux**: Contributions versées aux institutions: 100 millions de Fr.
- 02_ **Indemnités journalières/Intégration**: somme des indemnités journalières et des mesures individuelles: 2700 millions de Fr.
- 03_ **Rentes**: Somme des rentes et allocations pour impotent
- 04_ **Frais d'administration et intérêts sur la dette**: pas pris en compte

Prestations complémentaires à l'AI – (chiffres 2019)

- 01_ **Rentes**: 2100 millions de Fr.

Source: BSV (2020b) statistique de l'AI 2019, comptes d'exploitation. BSV (2020e), statistiques des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI 2019.

Deuxième pilier

Institutions de prévoyance – (chiffres 2018)

- 01_ **Rentes**: Rentes d'invalidité (sans prestations en capital): 2100 millions de Fr.

Source: BFS (2020c), statistique des caisses de pension 2018, Compte d'exploitation, p.29.

Troisième pilier

Assurance complémentaire privée (assurance-vie) – (chiffres 2018)

- 01_ **Indemnités journalières**: Incapacité de gain et invalidité (Rente et capital): 200 millions de Fr.

Source: Finma (2019a), Rapport sur les assureurs 2018, Tableau AL01D.

Assurance-accident

SUVA (AA) + autres assureurs – (chiffres 2018)

Hypothèse pour les trois catégories de coûts (Frais médicaux, Indemnités journalières/réadaptation, rente):

- 65 % des coûts de l'assurance-accident sont des cas complexes (estimation sur la base de BCG 2010)
- 2/3 mèneront finalement à une invalidité

01_ Frais médicaux

- _ Total : 1'956 millions de Fr.
- _ Estimation pour l'invalidité : 800 millions de Fr.

02_ Indemnités journalières/réadaptation

- _ Total : 2'021 millions de Fr.
- _ Estimation pour l'invalidité : 900 millions de Fr.

03_ Rentes : Capitaux de couvertures de rentes

- _ Total : 800 millions de Fr.
- _ Estimation pour l'invalidité : 300 millions de Fr.

Source : KSUV (2020), statistique des accidents LAA 2020, chiffres clés, p.7

Autres sources de financement

Couverture de salaire (CO) – (chiffres 2018)

Hypothèses :

- _ Les cas complexes mènent à une invalidité
- _ 15 % des couvertures de salaires correspondent à des cas complexes

(Estimation sur la base de BCG 2010)

01_ Indemnités journalières

- _ Total : 4729 millions de Fr.
- _ Estimation pour l'invalidité : 700 millions de Fr.

Remarque : La couverture de salaire totale est estimée en prenant la différence d'un maximum théorique (masse salariale x taux d'absence) et la somme des indemnités journalières (LAA, LaMal et LCA) (Adamoli 2018).

Source : Eurostat (2021), système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) | ¹⁷.

Assurance de base (AOS) – (chiffres 2019)

01_ Frais médicaux :

Hypothèse : 1/3 des cas chroniques mènent à une invalidité

- _ Prestations brutes (Total) : 34 142 millions de Fr.
- _ 50 % des coûts dans la LAMAL sont engendrés par les actifs (BAG 2020a)
- _ 80 % des frais médicaux sont causés par des maladies chroniques

(BAG 2016)

- _ Estimation pour l'invalidité : 4600 millions de Fr.

02_ Indemnités journalières : 200 millions de Fr.

Source : BAG (2020a, 2020b), Tableau 2.06 et 6.01, statistiques de l'assurance maladie obligatoire 2019.

¹⁷ Les chiffres pour la Suisse sont fournis par l'OFS selon les statistiques des comptes globaux de la protection sociale (CGPS) 2018.

Assurance complémentaire (LAMAL + LAA) – (chiffres 2018)

01_ Frais médicaux

Hypothèse: 1/3 des cas chroniques mènent à une invalidité:

- _ Total: 6172 millions de Fr.
- _ 30 % des coûts dans l'assurance-complémentaire – assurance (semi) privée sont engendrés par les actifs (estimation selon la distribution des coûts par tranche d'âge sur la base du portefeuille d'une grande caisse maladie suisse)
- _ 80 % des frais médicaux sont causés par des maladies chroniques (BAG 2016)
- _ Estimation pour l'invalidité: 500 millions de Fr.

02_ Indemnités/réadaptation

Hypothèse:

- _ Les cas complexes mènent à une invalidité
- _ 35 % des indemnités journalières sont versées à des cas complexes (valeur moyenne estimée, sur la base de BCG 2010)
- _ Total: 4823 millions de Fr.
- _ Estimation pour l'invalidité: 1700 millions de Fr.

Source: Finma 2019b, rapport sur les assureurs 2018, Tableau AS03N.

Contribution cantonale aux hôpitaux – (chiffres 2018)

Les cantons prennent en charge 55 % du forfait DRG pour les séjours hospitaliers stationnaires.

Hypothèse: 1/3 des cas chroniques mènent à une invalidité

01_ Frais médicaux

- _ Part des cantons dans les contributions DRG (Total); 7174 millions de Fr.
- _ 50 % des coûts des frais d'hôpital sont engendrés par les actifs (estimation: suit la même distribution des coûts que dans la LAMAL).
- _ 80 % des frais médicaux sont causés par des maladies chroniques (BAF 2016)
- _ Estimation pour l'invalidité: 1000 millions de Fr.

Source: Felder und Meyer (2020), sur la base des chiffres clés des hôpitaux suisses (2018); CDD (2018). Tableau 11 p. 15.

Bibliographie

- Academix (2020): Arztzeugnisse im Fokus der Praxis. https://www.academix.ch/sites/academix.ch/files/academix_steuer-treuhand_arztzeugnisse.pdf. Consulté le : 11.02.21.
- Adamoli, Michele (2018): Jährlich 7 Milliarden Franken für den bezahlten Krankheitsurlaub. Soziale Sicherheit CHSS. https://soziale-sicherheit-chss.ch/wp-content/uploads/2018/12/de_BSV_CHSS_04-18_7_Mia_bez_Krankheitsurlaub.pdf. Consulté le : 18.02.21.
- AHV/IV, Informationsstelle AHV/IV (2018): Berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV. <https://www.ahv-iv.ch/p/4.09.d>. Consulté le : 17.02.21.
- AHV/IV, Informationsstelle AHV/IV (2021a): Soziale Sicherheit in der Schweiz. <https://www.ahv-iv.ch/p/890.d>. Consulté le : 17.02.21.
- AHV/IV, Informationsstelle AHV/IV (2021b): Invalidenrenten der IV. <https://www.ahv-iv.ch/p/4.04.d>. Consulté le : 17.02.21.
- Arbeit.swiss (2021): über uns. <https://www.arbeit.swiss/secoalv/de/home/menue/institutionen-medien/ueber-uns.html>. Consulté le : 21.02.21.
- Baer, Niklas; Altwicker-Hämori, Szilvia; Juvalta, Sibylle; Frick Ulrich; Rüesch, Peter (2015): Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten. In: Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 19/15. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern: Oktober 2015.
- Baer, Niklas (2016): Referat: Psychische Probleme am Arbeitsplatz – darüber reden wir (nicht). Institut für Angewandte Psychologie (IAP). Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. https://www.zhaw.ch/storage/psychologie/upload/studium/alumni/Alumni_Referat_Dr.Niklas-Baer.pdf. Consulté le : 18.02.21.
- Baer, Niklas, in Brotschi, Markus (2017): Psychiater schreiben Patienten länger krank als nötig. Bund. 30.12.2017. <https://www.derbund.ch/schweiz/standard/psychiater-schreiben-patienten-oft-zu-lange-krank/story/26344207>. Consulté le : 18.02.21.
- Baer, Niklas (2021): Hürden für die Eingliederung von psychisch Kranken. Referat bei Avenir Suisse. S.15. Zürich: 11.02.21.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2016): Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Bern: April 2016.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2020a): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2019. Bruttoleistungen nach Altersklasse und Geschlecht (T2.06). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>. Consulté le : 11.02.21.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2020b): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2019. Prämien, Leistungen, Versichertenbestand und Anzahl Versicherer ab 1996 (T6.0.1) <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>. Consulté le : 11.02.21.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (2020c): Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2019. KVG-Versicherer: Daten zur freiwilligen Taggeldversicherung (T6.03). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>. Consulté le : 11.02.21.

- Baumann, Marie (2020): Das Märchen von den «unklaren» Beschwerdebildern [3/3]. <https://ivinfo.wordpress.com/2020/02/25/das-maerchen-von-den-unklaren-beschwerdebildern-3-3/>. Consulté le: 25.02.20.
- Bass, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (2003): Analyse der interkantonalen Unterschiede innerhalb der Invalidenversicherung. Kurzfassung. Bern: Dezember 2003. http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/nfp/nfp45/NFP45_Spycher_SB.pdf. Consulté le: 18.02.21.
- BCG, The Boston Consulting Group (2010): Case-Management und seine strategische Bedeutung für Versicherer. Zürich: Januar 2010. <https://www.studerzahner.ch/workspace/documents/case-management-studie-bosten-consulting-group-jan-2010.pdf>. Consulté le: 18.02.21.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2020a): Bevölkerungsdaten im Zeitvergleich, 1950-2019. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.assetdetail.14367961.html>. Consulté le: 05.02.2021.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2020b): Invalidenversicherung (IV): Finanzen der IV. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/sozialversicherungen/iv.assetdetail.12967991.html>. Consulté le: 05.02.2021.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2020c): Pensionskassenstatistik 2018. Neuchâtel: Dezember 2020.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2020d): Statistik der Unternehmensstruktur STATENT. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/industrie-dienstleistungen/unternehmen-beschaeftigte/wirtschaftsstruktur-unternehmen/kmu.html>. Consulté le: 11.02.21.
- BFS, Bundesamt für Statistik (2020e): Arbeitsmarktstatus nach Geschlecht, Nationalität, Altersgruppen, Familientyp. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/erwerbspersonen/arbeitsmarktstatus-erwerbsstatus.assetdetail.14715123.html>. Consulté le: 11.02.2021.
- Bieri, Oliver, Itin, Ariane, Nadai, Eva, Canonica, Alan, Flamand, Emilie und Pluess Simon. (2013): Formen interinstitutioneller Zusammenarbeit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Typologie. In: Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 11/13. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern: November 2013.
- Bonoli, Giuliano, Lalive, Rafael, Oesch, Daniel, Bigotta, Maurizio, Cottier, Lionel und Fossati, Flavia. (2017): Evaluation de l'Unité commune ORP-CSR en Ville de Lausanne. Rapport final. https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_BF7675A3F04A.P001/REF. Consulté le: 11.02.21.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2014): Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art (KSBE). Bern: Januar 2014. <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/6396/download?version=13>. Consulté le: 18.02.21.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2020a): Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs in der Invalidenversicherung: Bilanz 2019. Hintergrunddokument. Bern: Mai 2020.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2020b): IV-Statistik 2019. Jahresbericht. Bern: Mai 2020.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2020c): Weiterentwicklung der IV. Die Vorlage im Überblick. Hintergrunddokument. Bern: Dezember 2020.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2020d): Invalide Neurentner/innen in der Schweiz im Dezember nach Geschlecht, Altersklasse und Invaliditätsursache. https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/px-x-1305010000_121/px-x-1305010000_121/px-x-1305010000_121.px. Consulté le: 05.02.2020.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2020e): Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2019. Jahresbericht. Bern: Juni 2020.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2020f): Invalide Rentner/innen in der Schweiz im Dezember nach Kanton, Geschlecht und Invaliditätsursache. https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/px-x-1305010000_113/px-x-1305010000_113/px-x-1305010000_113.px. Consulté le: 11.01.21.

- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2020g): Gewichtete Renten, berufliche Massnahmen und Rentenentscheid pro Neuanmeldungskohorte (2010–2015). Sonderauswertung für Avenir Suisse. Bern.
- BSV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2021): Verteilung der Erstanmeldungsdaten der Rentenentscheide 2018. Sonderauswertung für Avenir Suisse. Bern.
- Bundesgericht (2016): Arrêt du 14 mars 2016. 4A_543/2015; 4A_545/2015 X contre Z.
- Bundesgericht (2016): Arrêt du 4 juillet 2016. 4A_122/2016. X contre A, B et C., D et E.
- Bundesrat (2011): IV-Revision 6a ab 1. Januar 2012 in Kraft: Mehr Eingliederungsangebote und neuer Assistenzbeitrag. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-42248.html>. Consulté le: 16.02.21.
- Bundesrat (2018): Gesetzliche Grundlage für die Überwachung von Versicherten. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/abstimmungen/20181125/uberwachung-versicherte.html>. Consulté le: 17.02.21.
- Compasso (2019): Systemlandkarte der beruflichen Eingliederung. Arbeitsmarktfähigkeit im Zentrum. 2019. https://www.compasso.ch/fileadmin/user_upload/systempartner/schnittstellen_systempartner/systemlandkarte_gesamt.pdf. Consulté le: 23.02.21.
- Compasso (2021a): Mit dem ressourcenorientierten Eingliederungsprofil (REP) sicher zurück an den Arbeitsplatz. https://rep.compasso.ch/cm_data/180121-Standardpraesentation-REP-de.pdf. Consulté le: 11.02.21.
- Compasso (2021b): Sponsoren. <https://www.compasso.ch/ueber-compasso/sponsoren>. Consulté le: 11.02.21.
- Compasso (2021c): Aufwand, Kosten und Nutzen des REP. https://rep.compasso.ch/cm_data/REP_v1_Kosten_und_Nutzen_DE.pdf. Consulté le: 11.02.21.
- Compasso (2021d): Leitfaden für Prozesse zwischen Systempartnern. <https://www.compasso.ch/bibliothek/schnittstellen-systempartner-mit-arbeitgebenden/leitfaden-fuer-prozesse-zwischen-systempartnern>. Consulté le: 23.02.21.
- Crédit Suisse (2019): Zweite Säule: Wachsendes Gefälle zwischen den Generationen. <https://www.credit-suisse.com/media/assets/private-banking/docs/ch/privatkunden/finanzplanung/pensionskassenstudie-2019.pdf>. Consulté le: 15.02.21.
- Die Volkswirtschaft (2018): Arbeitsmarktintegration: Am gleichen Strick ziehen. Von: Schenk, Carmen und Kieser, Ueli. 19.07.2018. <https://dievolkswirtschaft.ch/de/2018/07/schenk-kieser-08-09-2018/>. Consulté le: 18.02.21.
- Eurostat (2021): Europäisches System integrierter Sozialschutzstatistiken (ESSOSS). <https://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection/data/database>. Consulté le: 15.02.21.
- Felder, S., und Meyer, S. (2020): Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken 2013–2018. Gutachten im Auftrag der Privatkliniken Schweiz (PKS). Universität Basel. Schlussbericht. Basel: September 2020.
- FGMB, Fédération genevoise des métiers du bâtiment (2019): Accord paritaire genevois dans les métiers du bâtiment. https://www.fmb-ge.ch/wp-content/uploads/2020/06/FMB-presentation23mai2019_19mai20.pdf. Consulté le: 17.02.21.
- Flamand-Lew, Emilie; Ankers Neil; Ostrowski, Gaspard; Serdaly Christine (2017): Evaluation des Zusammenarbeitsmodells «Accord paritaire genevois». In Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 6/17. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern: Juni 2017.
- Finma (2019a): Versicherer-Report 2018, Tabelle AL01D. <https://versichererreport.finma.ch/ReportPortal/>. Consulté le: 15.02.21.
- Finma (2019b): Versicherer-Report 2018, Tabelle AS03N. <https://versichererreport.finma.ch/ReportPortal/>. Consulté le: 15.02.21.

- Finma (2019c): Versicherer-Report 2018, Tabelle AS03D. <https://versichererreport.finma.ch/ReportPortal/>. Consulté le : 15.02.21.
- FMH (2020): Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für Praxis. Bern: 2020.
- GEF, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2020): Prozentuale Anteile und lastenausgleichsberechtigte Kredite pro Gemeinde, nach strategischen Partnern/Perimetern. https://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/soa/formulare/berufliche_und_sozialeintegration.assetref/dam/documents/GEF/SOA/de/Soziales/BSI/LIS_BIAS_Mittelverteilung_2020_V2_de_Neu_210619.pdf. Consulté le : 17.02.21.
- Germann, Urs (2020): Die IV: Stief- und Vorzeigekind des Sozialstaats. Soziale Sicherheit CHSS. <https://soziale-sicherheit-chss.ch/artikel/die-iv-stief-und-vorzeigekind-%e2%80%a8des-sozialstaats/>. Consulté le : 18.02.21.
- Gryps (2016): «Eine KTG-Versicherung gehört heute zum Standard». <https://www.gryps.ch/news/versicherungen/2016/8/18/eine-ktg-versicherung-gehört-heute-zum-standard/>. Consulté le : 11.02.21.
- Leimgruber, Matthieu; Lengwiler, Martin; Togni Carola (2021): Invalidität: Versicherung und Eingliederung statt Sozialhilfe. <https://www.geschichtedersozialen-sicherheit.ch/synthese/1959>. Consulté le : 18.02.21.
- Guggisberg, Jürg und Bischof, Severin (2020a): Empfehlungen zur Weiterentwicklung Indikatorensystem «SHIVALV» mit Fokus auf Entwicklung von Übertritten zwischen IV, ALV und Sozialhilfe. In: Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 8/20. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern: August 2020.
- Guggisberg, Jürg und Bischof, Severin (2020b): Entwicklung der Übertritte von der Invalidenversicherung in die Sozialhilfe. In Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 8/20. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern: August 2020.
- Guggisberg, Jürg; Liechti, Lena; Bischof, Severin (2020): Die wirtschaftliche Situation von IV-Rentnerinnen und IV-Rentnern. In: Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 14/20. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern: September 2020.
- Hemmings, Philip und Prinz, Christopher (2020): Sickness and disability systems: comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland. In: Economics Department Working Papers No.1601. Economics Department, OECD.
- IIZ, Interinstitutionelle Zusammenarbeit (2010): Einsetzung einer nationalen IIZ-Organisation zur Weiterentwicklung der interinstitutionellen Zusammenarbeit. <http://www.iiz.ch/dynasite.cfm?dsid=103248&dsreceiver=>. Consulté le : 11.02.21.
- Kanton Argau (2021): Kooperation Arbeitsmarkt. <https://www.kooperation-arbeitsmarkt.ch/de/home>. Consulté le : 15.02.21.
- Kanton Luzern (2018): Kanton Luzern optimiert die Arbeitsintegration. https://disg.lu.ch/-/media/DISG/Dokumente/Themen/IIZ/Optima/Medienmitteilung_Optima.pdf?la=de-CH. Consulté le : 15.02.21.
- KSUV, Koordinationsgruppe für die Statistik der Unfallversicherung (2020): Unfallstatistik UVG 2020. <https://www.unfallstatistik.ch/d/publik/unfststat/pdf/Ts20.pdf>. Consulté le : 15.02.21.
- Movis (2019): Referat. «Arbeitsunfähigkeit – Schachmatt?» s.68. Verein Netzwerk Arbeit Kanton Schwyz. <https://www.netzwerk-arbeit.ch/wp-content/uploads/2019/05/Folie-NWA-Pr%C3%A4sentation-Sommeranlass-2019.pdf>. Consulté le : 22.02.21.
- OECD (2003): Transforming Disability into Ability. Policies to promote work and income security for disabled people. Paris: Februar 2003.

- OECD (2021): Public Spending on incapacity (indicator). <https://data.oecd.org/social-exp/public-spending-on-incapacity.htm>. Consulté le : 18.02.21.
- PK Rück (2014): Invalidität in der Schweiz. Einflussfaktoren und zukünftige Entwicklung. https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_89232424B5B6.P001/REF. Consulté le : 18.02.21.
- Pro Infirmis (2021): Krankenversicherungstaggeld. <https://www.proinfirmis.ch/behindertwastun/ansprueche-bei-erwerbsausfall/krankenversicherungstaggeld.html>. Consulté le : 11.02.21.
- Quervain, Dominique de; Aerni, Amanda; Amini, Ehssan; Bentz, Dorothée; Coynel, David; Freytag, Virginie et al. (2021): The Swiss Corona Stress Study: second pandemic wave. OSF Preprints.
- Schmidlin, Sabina; Bühlmann, Eva; Muharremi, Fitore; Kobelt, Emilienne (2020): Evaluation der Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung. Schlussbericht. In Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 17/20. Bundesamt für Sozialversicherungen. Bern: Oktober 2020.
- Schäufelberger, Daniel (2014): Lohnt sich Case-Management? 6. Basler Risikotag – Umgang mit Risiken im öffentlichen Verkehr. https://www.risikotag.ch/bilder/2014_R4_Schäufelberger_Case_Management.pdf. Consulté le : 11.02.21.
- Scholz, Stefan M., Andermatt, Peter, Tobler, Benno L., Spinnler, Dieter. (2015): Work Incapacity and Treatment Costs After Severe Accidents: Standard Versus Intensive Case-Management in a 6-Year Randomized Controlled Trial. In: Journal of Occupational Rehabilitation, 25 (4), S. 675–782.
- Seco, Staatssekretariat für Wirtschaft (2015): Wirksamkeit und Effizienz der öffentlichen Arbeitsvermittlung. Bericht in Erfüllung des Postulates 13.3361 der Kommission für Wirtschaft und Abgaben NR vom 22. April 2013. Bern: Dezember 2015.
- Seco, Staatssekretariat für Wirtschaft (2020): Die Lage auf dem Arbeitsmarkt. November 2020. Bern: Dezember 2020.
- SIM, Swiss Insurance Medicine (2021): SIM-Arbeitsfähigkeitszeugnis. <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/arbeitsunfahigkeit/sim-arbeitsfahigkeitszeugnis>. Consulté le : 11.02.21.
- SRF, Schweizer Radio und Fernsehen (2016): IV-Rente als «Lotterie»: Grosse Unterschiede je nach Gutachter. Von: Müller, Roger und Basler, Peter. 25.10.16. <https://www.srf.ch/news/schweiz/iv-rente-als-lotterie-grosse-unterschiede-je-nach-gutachter>. Consulté le : 18.02.21.
- Suter, Gabriela (2020): Postulat 20.3598 – Differenzierte Codierung von IV-Gebrechen. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte/AffairId=20203598>. Consulté le : 18.02.2021.
- Staat Freiburg (2018): Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit und Integrationspool+: gemeinsam stark! <https://www.fr.ch/de/gsd/news/bekaempfung-der-langzeitarbeitslosigkeit-und-integrationspool-gemeinsam-stark>. Consulté le : 15.02.21.
- WHO, World Health Organisation (2019): International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. <https://icd.who.int/browse10/2019/en/#/>. Consulté le : 22.02.21.

avenir suisse

Zürich

Rotbuchstrasse 46
8037 Zürich
Tel +41 44 445 90 00
Fax +41 44 445 90 01

Lausanne

Chemin de Beau-Rivage 7
1006 Lausanne
Tel +41 21 612 66 10

www.avenir-suisse.ch
info@avenir-suisse.ch