

POSITIONNEMENT DE LA CORAASP SUR LE PROJET DE 5^{ème} REVISION DE LA LAI.

1. REMARQUES LIMINAIRES.

La CORAASP remercie les auteurs du projet de 5^{ème} révision de l'assurance-invalidité et salue leur volonté d'y intégrer les dernières connaissances interdisciplinaires en matière de santé et de protection sociale.

Les organisations membres de la CORAASP travaillent toutes dans le sens d'une meilleure prise en compte de l'autodétermination et de la citoyenneté des personnes malades ou en situation de handicap suite à des déficiences psychiques. Leurs prestations visent l'autonomie et la participation des personnes concernées. Leurs structures d'entraide et d'aide ainsi que leurs services en matière de formation, de travail et d'hébergement sont conçus dans une perspective de développement communautaire.

Les personnes touchées par des maladies psychiques sont très concernées par les orientations et les modifications envisagées par le projet de la 5^e révision de LAI. Depuis peu, les médias se font l'écho de certains groupes, qui n'hésitent pas à prôner des solutions simplistes et discriminatoires en suggérant que parmi les personnes souffrant de maladies psychiques se trouvent un nombre important de simulateurs et en remettant en question la validité scientifique de certains diagnostics médicaux. La CORAASP est très préoccupée par les conséquences sociales de ces points de vue. Sur le front, les organisations membres de la CORAASP se trouvent quotidiennement en prise avec une augmentation et une complexification des situations de personnes atteintes dans leur santé psychique et en rupture avec les principaux réseaux d'affiliation sociale. L'intégration professionnelle est un élément-clé dans le processus de participation. C'est pourquoi, toutes les formes de soutien à l'emploi doivent être étudiées, envisagées et offertes aux personnes, qui en raison d'une atteinte à leur santé psychique ont perdu une partie de leur capacité de travail.

La CORAASP approuve évidemment la volonté du Conseil fédéral d'assainir les finances de l'assurance-invalidité. Elle craint toutefois que certaines économies ne se fassent aux dépens de personnes démunies ou souffrant de maladies nécessitant davantage de connaissances scientifiques et qui de ce fait sont à ce jour socialement mal perçues.

La prise de position de la CORAASP sur le projet de 5^{ème} révision de la LAI se fonde sur :

- 1 Les engagements explicites de ses membres, réunis dans une charte commune.
- 1 Sa prise de position sur le projet de « *Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique en Suisse* ».
- 1 Le rapport 2001 de l'OMS sur la santé dans le monde et en particulier sur les dernières conceptions et sur les nouveaux espoirs en matière de santé psychique contenus dans ce document.

- 1 L'éthique de la charte d'Ottawa de promotion de la santé de 1986 de l'OMS, et en particulier sur la reconnaissance des principes d'égalité en matière de santé et sur une définition de la santé qui postule les liens inextricables entre les individus et leur milieu.

1.1. Reconnaître enfin la légitimité des maladies psychiques.

Une partie des problèmes financiers de l'assurance-invalidité est due à la forte augmentation des demandes de prestations provenant de personnes souffrant de maladies psychiques.

Contrairement à ce qui est dit dans le rapport explicatif à la page 24, les maladies psychiques et psychosomatiques sont encore taboues. La dernière et récente étude nationale sur la santé révèle clairement qu'« *il n'existe aucun autre domaine de la santé- jusqu'à la première phase de l'épidémie du sida dans les années 1980 – qui soit autant marqué par des préjugés et de l'ignorance.* » Nous manquons de programmes d'information et de formation qui aideraient la population à comprendre l'interdépendance des maladies physiques et des maladies psychiques ainsi que leur légitimité équivalente. Une méconnaissance profonde et, de surcroît largement généralisée, des maladies psychiques conduit actuellement un nombre croissant d'hommes et de femmes à des situations d'exclusion et de désaffiliation sociale. Ces personnes souffrent des sentiments d'indifférence, de peur, de méfiance et de rejet dus à ce déficit d'information. Cette discrimination touche aussi les familles. La honte et la culpabilité s'ajoutent fréquemment à la peine causée par la souffrance de leurs proches. Ces perceptions, d'ailleurs analogues à celles, couramment observées auprès de personnes victimes d'injustices et de mauvais traitements, parasitent l'énergie de familles entières et court-circuitent des efforts souvent surhumains d'aide au rétablissement et à l'intégration sociale.

Il est grand temps de sortir d'une vision culpabilisante et simpliste des maladies psychiques, parce qu'il n'est pas admissible que les personnes atteintes durablement dans leur santé psychique ne bénéficient pas des mêmes conditions légales et administratives que les autres catégories de personnes malades ou en situation de handicap. Il est inadmissible, du point de vue médical, social et éthique que certaines maladies, sous prétexte d'être invisibles sur le plan somatique, figurent sur une liste noire et que le droit à des prestations légales soit refusé aux personnes touchées par ces diagnostics.

Il a fallu plusieurs siècles aux personnes souffrant psychologiquement pour sortir du statut de personnes marginales et déviantes et accéder à celui de personnes malades, ayant droit à des soins médicaux. Et ce n'est que depuis quelques décennies que ces personnes bénéficient de services, d'accompagnement social spécialisé, services n'existant d'ailleurs pas encore partout en Suisse. La hausse des coûts, liés aux traitements des maladies psychiques et évoquée par le rapport explicatif à la page 25 est essentiellement due au fait que, dans ce domaine de la santé, l'offre de soins commence enfin à être mieux connue et acceptée. Il serait profondément injuste de limiter un accès aux soins et aux aides spécialisés, qui non seulement commence à peine à se développer mais qui de surcroît répondent à des besoins croissants. Il est donc impératif de privilégier des solutions d'assainissement budgétaire qui ne privent pas les personnes les plus faibles de moyens mais qui favorisent leur participation et qui par conséquent limitent les coûts générés par leur exclusion.

1.2. Egalité de droits pour toutes les personnes en situation de handicap

Dans les textes légaux, la terminologie de maladie psychique est extrêmement récente. La notion de handicap psychique n'a été introduite dans la loi AI que

dans le cadre de sa 4ème révision et ce n'est que lors de la dernière modification constitutionnelle que ce terme figure dans la Constitution suisse.

Ce n'est qu'en 2004 que le Parlement s'est attaché à la suppression d'une autre discrimination. Il a admis, dans le cadre de la 4ème révision de la LAI, que les personnes en situation de handicap suite à des maladies psychiques ont elles aussi besoin « *d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie* » et il a reconnu leur droit à des subsides permettant de payer les aides dont elles ont besoin au quotidien au même titre que les personnes en situation de handicap suite à une déficience physique. L'expérience des membres de la CORAASP montre toutefois que l'opérationnalisation de cette équité n'est de loin pas encore acquise. Les grilles d'évaluation des besoins d'assistance des personnes souffrant de déficiences psychiques n'existent pas et de nombreuses demandes d'allocation de personnes vivant à domicile sont de ce fait refusées. La conséquence en est la difficile émancipation des personnes concernées, leur institutionnalisation et leur empêchement à participer à des projets novateurs comme celui du concept FASSIS, par exemple.

1.3. Des solutions adaptées aux vrais problèmes

Le rapport explicatif du projet de révision pose une analyse des causes des problèmes financiers actuels de l'AI. Les principales raisons évoquées sont :

- 1 L'évolution des structures démographiques. Selon le rapport explicatif, p.20, « *l'évolution démographique compte pour près d'un cinquième dans la croissance annuelle des dépenses liées aux rentes* ».
 - Augmentation de la catégorie des personnes appartenant à la classe d'âge des 55-64 ans.
 - Augmentation de l'âge de la retraite des femmes.
 - Augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées.
 - Augmentation du nombre de femmes actives.
- 1 Les modifications du marché de l'emploi :
 - Augmentation de la concurrence suite à l'ouverture mondiale des marchés ;
 - Changements structurels : disparition de certains emplois et augmentation des exigences ;
 - Progression du chômage et disparité entre l'offre et la demande ;
 - Changements de valeurs dans les cultures d'entreprises : la maximalisation des bénéfices prévaut sur la responsabilité sociale.
 - Conséquences en termes de santé : Augmentation du stress et de l'angoisse dues à l'augmentation des exigences de rendement, de cadence et de flexibilité. Augmentation des risques de dépression générée par des situations de chômage prolongé .
- 1 L'évolution de la société :
 - Augmentation des situations sociales à risque (modification des structures familiales, individualisation plus forte, etc...) ;
 - Détabouisation des maladies psychiques.
- 1 L'absence de coordination entre les différentes assurances sociales concernées en cas de maladie.

S'il est facilement compréhensible que l'assurance-invalidité n'a pas les moyens d'agir au niveau des changements structurels démographiques, économiques et sociologique, la CORAASP souhaiterait toutefois que les mesures prévues par la 5ème révision visent davantage les entreprises par la mise en place de bases légales permettant le soutien à l'emploi, l'adaptation des postes de travail et la

création d'entreprises sociales. Enfin, des aménagements structurels et fonctionnels de l'AI elle-même sont souhaités par la CORAASP pour rendre cette dernière plus adaptée au contexte général actuel.

2. LES MESURES PREVUES POUR RENFORCER L'INTEGRATION

2.1. Les dispositifs de détection précoce et de suivi (DPS).

Parce que les chances d'intégration professionnelle diminuent proportionnellement à la durée de l'absence du marché du travail, il est dans l'intérêt de tous de prendre rapidement des mesures. Le DPS est un élément-clé du projet de révision, dont la CORAASP ne conteste pas le principe général. Elle souhaite toutefois que les instruments d'application du DPS soient davantage étudiés et précisés. Les projets pilote, en cours actuellement, n'ont par ailleurs pas encore été suffisamment évalués pour mettre en place de manière efficace sur l'ensemble de la Suisse ce nouveau système.

Ainsi, certaines questions soulevées par l'opérationnalisation doivent impérativement trouver des réponses pour garantir une certaine performance à ce DPS. Une des questions qui se pose est de savoir si au travers de moyens légaux actuels il est possible de contraindre les employeurs, médecins et assurances, versant des indemnités journalières, à signaler des situations après 2 ou 3 mois d'incapacité de travail ? Et si non, comment rendre juridiquement cette perspective possible ?

D'autre part, une annonce précoce ne s'avère utile que si l'AI n'interprète pas de manière trop restrictive la notion de « *risque imminent d'invalidité* » et est en mesure de proposer rapidement des perspectives d'intégration.

Enfin, il s'agit encore de donner aux régions et aux divers partenaires les moyens de « *développer des modèles d'intervention précoces* » coordonnés entre eux. La CORAASP souhaite que le projet de révision prévoit les lignes directrices des conventions de collaborations interdisciplinaires et interinstitutionnelles que le système DPS implique. De plus, les partenaires paramédicaux et sociaux ne sont pas mentionnés explicitement, alors que ce sont essentiellement des services spécialisés dans l'accompagnement social qui seraient à même de fournir les conseils techniques et pédagogiques les plus pertinents dans l'adaptation d'un poste de travail aux besoins spécifiques génériques par une atteinte à la santé.

2.2. Incitations pour les employeurs

La CORAASP déplore l'absence dans le projet de révision de certaines mesures visant une meilleure coopération des entreprises dans l'accès au travail pour les personnes dont le taux d'employabilité n'est pas complet. Diverses idées, régulièrement formulées par les organisations d'entraide et d'aide mériteraient d'être étudiées et intégrées dans le projet de révision de la LAI : allègements en matière administrative et fiscale, contributions sociales, octroi d'aides à l'intégration et soutien financier à la mise en place de projets-pilote cautionnés par la Lhand.

3. MESURES DE REINSERTION

Le projet de révision prévoit la prise en charge financière de diverses mesures de réinsertion professionnelle (entraînement au travail, rafraîchissement des connaissances scolaires, cours de langues, intensification des efforts de placement, et...).

La CORAASP se réjouit qu'une revendication de longue date fasse son chemin. Les personnes souffrant d'une atteinte à la santé psychique présentent souvent un profil de maladie très fluctuant. Il est dès lors très important d'envisager des mesures souples, non limitées dans le temps et pouvant être activées à diverses reprises selon l'évolution de la maladie.

4. AMELIORATION DE L'EVALUATION MEDICALE

La 4^{ème} révision de la LAI a introduit les services médicaux régionaux de l'AI (SMR). Les SMR sont chargés de définir les conditions médicales ouvrant le droit à une rente. Le projet de 5^{ème} révision prévoit de franchir un pas supplémentaire en confiant aux seuls SMR la responsabilité de l'évaluation de la capacité de travail des assurés. Les auteurs du projet de révision justifient cette proposition en arguant que seuls les médecins des SMR disposent des connaissances médicales spécifiques aux assurances et au travail interdisciplinaire pour remplir correctement cette tâche. Les auteurs du projet de révision prétendent en effet que les médecins traitants ont tendance à ne se prononcer qu'en prenant en compte les plaintes de leurs patients !

La CORAASP s'oppose fermement à cette proposition. C'est précisément parce qu'elle reconnaît l'importance d'une analyse multidisciplinaire de l'évaluation de la capacité de travail, qu'elle rejette l'idée que celle-ci soit effectuée par des professionnels dont les compétences reposeraient avant tout sur des savoirs administratifs, des analyses de dossiers et des règlements juridiques. L'idée même de la pluridisciplinarité induit la prise en compte de l'évaluation du médecin traitant, qui connaît l'histoire de vie de l'assuré, son intégration dans le milieu environnant, son réseau d'intervention secondaire et ses réactions aux traitements.

En cas d'impossibilité à se mettre d'accord entre médecins des SMR et médecins traitants sur le taux de capacité de travail, une expertise peut être effectuée.

Par ailleurs, rappelons que les SMR ont été mis en place, dans le cadre de la 4^{ème} révision de la LAI, pour que les situations médicales soient évaluées de manière plus uniformes sur l'ensemble de la Suisse. On attendait notamment de ces SMR l'élaboration de critères clairs dans le domaine des diagnostics des maladies psychiques, psychosomatiques et somatoformes. La CORAASP est d'avis que tant que ces critères n'ont pas été formellement établis, il est prématuré de confier une mission supplémentaire aux SMR.

La CORAASP est très inquiète face à certaines discussions ayant eu cours à ce propos et qui font état d'une liste de diagnostics qui ne devraient plus être reconnus comme invalidants (p.ex. troubles psychogènes et réactifs au milieu, troubles borderline, dépressifs et psychosomatiques). Le concept moderne de santé, tel que défini par l'OMS, postule l'interaction entre la structure neurophysiologique d'un individu, son environnement socio-économique- et plus particulièrement les composantes de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation – et son milieu naturel. Les options préconisées par le rapport explicatif, qui stipule que : « *l'évaluation des troubles psychiques est fortement influencées par les déclarations- subjectives – des patients* » et qui recommande de ne pas prendre en compte les facteurs psychosociaux liés à une atteinte à la santé, nous paraissent extrêmement injustes à l'égard de la médecine psychiatrique d'une part et des personnes malades psychiques. Elles nient toutes les avancées des neurosciences et les concepts modernes du fonctionnement bio-psycho-social de l'individu. A nos yeux, c'est même une manière déguisée de nier la réalité de certaines maladies. I

La CORAASP préférerait des mesures visant à sensibiliser l'ensemble du corps médical à la nécessité de dépasser la simple déclaration d'inaptitude et à

favoriser des méthodes permettant d'inviter et de motiver les patients à accepter des mesures d'intégration.

5. DROITS AUX PRESTATIONS AI A PARTIR DE LA DECLARATION

Le projet de révision prévoit que le droit aux prestations ne soit plus rétroactif, soit prenant naissance depuis le début de l'invalidité, mais effectif au plus tôt à partir du dépôt de la demande à l'office AI.

La CORAASP approuve l'idée de cette proposition qui vise à reconnaître assez tôt des rentiers potentiels. Ce principe devrait toutefois être accompagnée de mesures favorisant l'accès à une demande AI pour des personnes disposant de peu de connaissances du système d'assurances sociales. Ces dernières pourraient en effet être pénalisées faute d'informations suffisantes.

Il s'agit d'autre part de voir à ne pas amener négativement les personnes dont la volonté de tenir le plus longtemps possible sans aide retarde le moment de dépôt d'une demande.

6. RELEVEMENT DE LA DUREE MINIMALE DE COTISATIONS DE 1 AN A 3 ANS.

Cette modification vise essentiellement à freiner les abus qui seraient commis par les étrangers. En réalité, elle va aussi concerner les jeunes Suisse qui perdent leur capacité de travail en raison d'une atteinte à la santé ou à l'intégrité physique, psychique ou intellectuelle. Ne vaudrait-il pas mieux résoudre autrement le problème des personnes étrangères arrivant en Suisse et demandant très vite l'aide de l'AI ?

7. CALCUL DU DEGRE D'INVALIDITE SUR LA BASE DU REVENU EFFECTIF.

Cette proposition est en défaveur des femmes, qui sont d'une part plus souvent employées à temps partiel en raison de leur travail au sein de la famille et qui d'autre part sont davantage concernées par des maladies psychiques.

D'autre part, la notion de situation effective n'est pas suffisamment décrite. La CORAASP demande que les éléments de cette proposition soit davantage précisée.

8. FINANCEMENT DES MESURES MEDICALES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE PAR LA LAMAL (ACTUELLEMENT A CHARGE DE L'AI)

Etant donné qu'actuellement, la répartition des responsabilités entre la LAMAL et l'AI manque de clarté, cette mesure est à saluer au niveau conceptuel. Il faut toutefois savoir qu'une partie des coûts serait de ce fait transférés sur les personnes elles-mêmes et que certaines prestations, actuellement à charge de l'AI et n'entrant pas dans le catalogue des couvertures de la LAMAL, devraient entièrement être assumées par les assurés eux-mêmes (franchises, participations, frais de transport pour certains traitements, diverses thérapies,...).

Avec l'augmentation des cotisations d'assurance-maladie, une telle décision impliquerait donc pratiquement à moyen et long terme une surcharge pour les familles et l'échec d'une philosophie de droit par le retour à des systèmes d'assistance, voire de charité.

9. SUPPRESSION DES DIMINUTIONS GLOBALES DE REVENU EN CAS D'AUGMENTATION DE L'ACTIVITE LUCRATIVE

Cette proposition représente une réelle avancée. Depuis longtemps déjà, les associations d'entraide et d'aide demandent en effet une flexibilisation du système permettant aux personnes d'utiliser leur capacité de gain résiduelle sans pour autant être privée d'une protection financière minimale.

Dans les situations de personnes souffrant de maladie psychique, il est toutefois nécessaire de prévoir un ajustement continu de l'échelle du taux d'incapacité de travail étant donné l'instabilité des possibilités d'employabilité des personnes concernées.

10. RE-ORGANISATION DE L'AI

Le projet prévoit le placement de l'AI sous le contrôle direct de la Confédération et la mise en place d'une collaboration interinstitutionnelle uniformisée (CII). Si une harmonisation des pratiques est également souhaitée par la CORAASP, celle-ci devrait à notre sens toutefois être conçue dans une perspective plus large d'évolution.

La CORAASP propose entre autres :

- 1 Que les offices AI soient dotés de collaborateurs formés spécifiquement aux maladies psychiques
- 1 Davantage de mesures favorisant la création d'emplois adaptés aux besoins de personnes souffrant d'atteintes à la santé psychique.
- 1 Davantage de transparence et de collaboration avec les services d'accompagnement social pendant l'instruction des dossiers AI.

Pour la CORAASP,

Barbara Zbinden, coordinatrice.