



pro mente sana
association romande

Un cadeau aux assureurs au détriment de l'assurance invalidité

Nathalie Narbel et Shirin Hatam, secrétaire générale et juriste de Pro Mente Sana, dénoncent l'accord permettant aux assureurs de renvoyer des malades à l'AI de manière prématurée

La 5^e révision de la loi sur l'assurance invalidité, actuellement en discussion à la Commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national, qui sera présentée en *plenum* en mars, contient un certain nombre de modifications dont l'objectif est de réduire le nombre de rentes de 20%, en particulier celles pour maladie psychique, et d'économiser 600 millions de francs par an. Le principe inhérent à tout le projet de révision pourrait se résumer ainsi : traquons les fraudeurs et obligeons l'assuré à faire la preuve constamment de sa « bonne volonté » en vue de se réintégrer dans un monde du travail qui, le plus souvent, ne veut pas de lui.

Ce projet de loi se révèle, sous de nombreux aspects, discriminatoire, en particulier à l'égard des personnes atteintes de maladies psychiques. Cette révision, dont le refrain est « la réinsertion prime la rente » cache mal une idéologie en vogue selon laquelle celui qui est atteint dans sa santé, en particulier psychique, ne peut s'en prendre qu'à lui-même. Il doit alors démontrer qu'il est capable de faire les « efforts » convenus pour se maintenir ou se réinsérer dans le monde du travail. L'invalidité psychique se voit réduite à une question de manque de volonté individuelle, volonté de s'en sortir, de réduire son invalidité, de se réinsérer. On suggère par là que les personnes atteintes dans leur santé psychique auraient, à l'égard d'elles-mêmes et de leur santé, une vision complaisante et subjective dans le seul but d'échapper aux contraintes de la vie professionnelle.

Le principe de « détection précoce » est l'un des éléments nouveaux de ce projet de loi. Partant d'un principe, fondé, que le statut de rentier AI, surtout pour les jeunes, signifie souvent une exclusion prolongée et parfois définitive du monde du travail, le Conseil fédéral propose un système d'intervention et de détection précoces. Le modèle prévu a pour but de proposer le plus tôt possible une intervention de l'AI à une personne dont la capacité de gain est restreinte pour des raisons de santé. Cette tâche, confiée à l'office AI, pourra être déclenchée par un procédé qui viole la liberté personnelle et la protection des données. En effet, l'article 3b du projet de loi décrit comment, sans son consentement, un assuré peut, durant une absence pour maladie être annoncé – dénoncé – à l'office AI par un certain nombre de personnes ou d'institutions parmi lesquelles sa famille, son employeur, l'assurance-chômage, etc. La loi encouragerait donc une forme de délation de l'entourage sous prétexte de mettre en place des mesures de « détection précoce ». Penser faire le bien d'une personne par le délation et ainsi la déresponsabiliser, est-ce

là une pratique acceptable et un bon départ pour une collaboration fructueuse entre l'assuré et l'AI en vue d'une réintégration ?

Or, lundi 16 janvier 2006, en collusion avec l'OFAS, les assureurs LAMal et les assureurs privés indemnisant les travailleurs malades pour la perte de gain, annoncent un accord qui leur est, pour le moins, profitable. Ils se proposent de réduire leurs prestations légales envers des assurés qui ont pourtant payé des primes pour en bénéficier. Actuellement, l'assurance facultative d'indemnités journalières, intervenant en cas de maladie, oblige des assureurs à verser leurs prestations durant 720 jours. Depuis plusieurs années, les assureurs maladie cherchent à éluder la loi en exerçant diverses pressions sur les malades pour les inciter à demander l'AI dès le 8^e mois (soit 240 jours) de maladie. S'étonnera-t-on dès lors de ce que l'effet premier de la nouvelle convention tarifaire passée avec l'OFAS soit de sceller ces pratiques douteuses dans le marbre ? La convention permettra aux assureurs de réduire leurs obligations à 240 jours d'indemnités journalières, lorsqu'ils voudront attribuer un caractère invalidant à une maladie qui se prolonge au-delà de 90 jours. C'est donc bien avant d'avoir épuisé son droit aux 720 indemnités journalières, ainsi que les possibilités médicales de se rétablir, que le malade sera autoritairement déferée à l'AI. L'OFAS offre ainsi aux assureurs une économie potentielle de 480 indemnités journalières par assuré.

En cas de soupçon d'invalidité – soit après 90 jours d'arrêt de travail –, les assureurs peuvent demander aux malades de signer une procuration les autorisant à chercher tous les renseignements médicaux et sociaux nécessaires à décider d'éventuelles mesures de réadaptation AI. Les malades peuvent théoriquement s'y refuser. Mais dans ce cas, ils sont menacés d'un éventuel refus de prestation pour collaboration insuffisante.

Nantis de leur procuration, les assureurs vont évaluer le risque qu'une maladie évolue vers l'invalidité; ils vont donc pratiquer la «détection précoce» pour renvoyer leurs assurés se faire voir à l'AI. Les caisses maladie et les assureurs privés n'ont aucune compétence pour analyser objectivement le pronostic d'invalidité. En effet, toute l'analyse d'un cas médical qu'un assureur peut faire est orientée par l'idée de se débarrasser du malade pour cesser de payer ses indemnités journalières. Les assureurs ont donc un intérêt pécuniaire ontologique à détecter une invalidité naissante dans toute maladie qui se prolonge.

Cette convention, dont se félicite l'OFAS, va-t-elle dans le sens des économies tant réclamées par le Conseil fédéral et se soucie-t-elle réellement des personnes atteintes dans leur santé? Poser la question, c'est sans doute y répondre.

Article paru dans *Le Temps* le 25 janvier 2006