

## 1 Prévention des prestations indues

### Clarification de la notion et contexte

Il peut arriver, pour toutes sortes de raisons, que des assurés perçoivent des prestations auxquelles ils n'ont en fait pas droit. Pour désigner l'ensemble de ces cas, on parle de prestations non conformes aux objectifs de l'AI. On y distingue deux sous-ensembles : l'un regroupe les cas de fraude à l'assurance et l'autre les prestations indues. Contrairement à la fraude, **les prestations indues ne sont pas punissables**. Elles sont indues dans la mesure où elles ont été décidées à tort par suite de certains défauts **dans le système ou dans les procédures de décision** ou parce que leur montant est trop élevé, sans que la personne assurée y soit pour rien. En d'autres termes, les prestations indues ne supposent aucune intention délictueuse de la part des assurés. Elles sont plutôt le résultat involontaire de la conjonction de nombreux acteurs institutionnels aboutissant à une décision erronée.

Toute demande de prestation adressée à l'AI nécessite par principe un **examen détaillé du cas particulier**. Grâce aux **examens rigoureux** que les offices AI effectuent **en exploitant tous les instruments** à disposition, on parvient aujourd'hui déjà à éviter des décisions erronées. Les offices AI peuvent par exemple demander aux médecins des rapports et des informations sur l'état de santé de l'assuré, sa capacité de travail et son aptitude à la réadaptation. Ils peuvent également mandater des spécialistes, mener une enquête sur le lieu de travail ou demander des informations à l'assuré. Dans certains cas, l'enquête sur place peut se faire sans préavis, pour obtenir des informations plus spontanées que si la visite était annoncée à l'avance.

Par ailleurs, les offices AI sont libres de réexaminer, lorsque la situation de l'assuré se modifie, si la prestation allouée est justifiée. Le cas échéant, ils peuvent décider de réduire ou de supprimer les prestations.

### La 5<sup>e</sup> révision de l'AI réduit nettement le risque de prestations indues

La 5<sup>e</sup> révision de l'AI prévoit toute une série de mesures susceptibles de réduire fortement le risque de prestations indues.

- Une partie de la 5<sup>e</sup> révision est formée par les mesures entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 pour **accélérer la procédure** dans l'AI : procédure de préavis, frais de justice modérés pour les procédures devant les tribunaux des assurances, limitation du pouvoir d'examen du Tribunal fédéral. L'accélération de la procédure est essentielle, car elle permet, en cas de décision négative ou de refus partiel, de maintenir aussi intactes que possible les chances de réinsertion dans le marché de l'emploi, en évitant que l'atteinte à la santé devienne chronique et que l'assuré se résigne.
- La **détection précoce** des assurés menacés d'invalidité est tout à fait centrale pour éviter le « déconditionnement », les comportements d'attente déplacés et la chronicité des problèmes de santé. Simultanément, les **mesures d'intervention précoce** doivent autant que possible maintenir le poste de travail de l'assuré chez son employeur. Car ce dernier est en général plus enclin à faire un effort dans ce sens qu'un nouvel employeur : conscient de l'intérêt qu'il a à conserver les compétences de son employé, il est davantage disposé à aménager le poste de travail ou le taux d'activité. Et cela coupe court à un processus qui conduirait autrement tout droit à la maladie et à une invalidité évitable.
- La 5<sup>e</sup> révision met principalement l'accent sur une **meilleure réinsertion**, pour éviter des cas d'invalidité qui ne se justifieraient pas. « La réadaptation prime la rente » : ce principe trouve désormais sa traduction dans la loi, qui n'autorise l'octroi d'une rente que lorsque toutes les tentatives de réadaptation ont échoué. Pour les personnes souffrant d'un handicap psychique, la loi offre maintenant des **mesures de réinsertion** servant à entraîner leur capacité de travail et leur endurance et à les préparer à réintégrer le marché primaire de l'emploi.
- La 5<sup>e</sup> révision rend aussi **plus difficile l'accès à la rente**. En plus de l'application stricte du principe « la réadaptation prime la rente », une évaluation plus sévère mais équitable des atteintes à la santé doit corriger les incitations négatives qui amenaient les assurés, dans cer-

taines circonstances, à préférer vivre d'une rente AI plutôt que de rester professionnellement actifs dans les limites de leurs possibilités, ou de réintégrer le monde du travail. Ainsi, l'incapacité de gain n'est plus en compte que si elle a un lien direct avec une atteinte à la santé ; ce strict lien de causalité écarte toute raison étrangère à l'invalidité telle que l'âge ou la maîtrise imparfaite de la langue. Par ailleurs, on ne parlera d'incapacité de gain que lorsque celle-ci s'avérera objectivement insurmontable, c'est-à-dire quand on ne pourra plus, d'un point de vue objectif, exiger d'un assuré qu'il travaille en dépit de ses problèmes de santé.

- **Ce qui est raisonnablement exigible devient plus exigeant.** La réussite de la réadaptation dépend de la rapidité avec laquelle on agit. Il est important d'entamer les mesures le plus vite possible, sans se poser trop longtemps la question de savoir si l'on peut raisonnablement les exiger de l'assuré. Toute mesure servant la réadaptation de la personne doit donc être considérée comme raisonnablement exigible. On continuera, bien entendu, à tenir compte de l'atteinte à la santé.
- **L'obligation de collaborer est renforcée.** Pour que l'objectif – la réadaptation – reste atteignable, il faut que la personne assurée participe activement aux mesures de l'AI et cherche un emploi compatible avec sa capacité de travail résiduelle. L'obligation de réduire le dommage et l'obligation de coopérer sont donc précisées : la loi énumère désormais en détail les obligations qui incombent aux assurés, de même que les sanctions qu'ils encourent s'ils ne les respectent pas (réduction ou refus de prestations en espèces ou en nature).
- Les **services médicaux régionaux** déterminent désormais les **capacités fonctionnelles** déterminantes des assurés. Les médecins traitants connaissent bien leurs patients ; mais la relation médecin/patient a tendance, en raison de ses aspects économiques et personnels et de sa visée thérapeutique (différente de la médecine des assurances), à ne pas être neutre. Il est donc important que l'appréciation des capacités fonctionnelles soit prise en charge par un médecin de l'assurance, en fonction des critères de l'AI.
- **Collaboration interinstitutionnelle** : pour placer le plus rapidement possible les assurés sous la responsabilité du fournisseur de prestations qu'il lui faut, il est essentiel que la coordination fonctionne bien entre l'assurance-invalidité et l'assurance-accidents, l'assurance-maladie, l'assurance-indemnités journalières, l'assurance-chômage et l'aide sociale. Cette collaboration permet elle aussi d'éviter le déconditionnement, les comportements d'attente déplacés et la chronicité des problèmes de santé, mais également l'accumulation de factures de fournisseurs de prestations pour le même problème. La 5<sup>e</sup> révision de l'AI intensifie ainsi la collaboration interinstitutionnelle en l'étendant notamment à la détection et à l'intervention précoces.