

# ASPECTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

*Rapport dans le cadre du troisième  
Programme de recherche pluriannuel sur l'assurance invalidité (PR-AI3)*

## ***Rapport de synthèse du troisième programme de recherche AI (2016 – 2022)***

*Rapport de recherche n° 12/22*



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

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

**Auteurs:** Office fédéral des assurances sociales  
Rédaction : Frédéric Widmer, Christina Eggenberger, Malte Flachmeyer (BSV), Martin Wicki

**Renseignements:** Office fédéral des assurances sociales  
Effingerstrasse 20  
CH-3003 Berne

Frédéric Widmer (Recherche et évaluation)  
Tel.: +41 58 464 79 75  
E-mail: frederic.widmer@bsv.admin.ch

Christina Eggenberger (Domaine assurance-invalidité)  
Tel.: +41 58 462 92 15  
E-mail: christina.eggenberger@bsv.admin.ch

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

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

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

**Numéro de commande:** 318.010.12/22F

Programme pluriannuel de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI 3)

# **Rapport de synthèse du troisième programme de recherche AI (2016 – 2022)**

*Rédaction : Frédéric Widmer, Christina Eggenberger, Malte Flachmeyer (OFAS)  
Martin Wicki*

# Table des matières

<b>Résumé</b>	<b>III</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>XI</b>
<b>Riassunto</b>	<b>XIX</b>
<b>1 Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2 Le système de l'AI et ses interfaces</b>	<b>5</b>
2.1 Interfaces entre l'AI et les autres branches de la sécurité sociale	5
2.1.1 Évolution des passages de l'assurance-invalidité à l'aide sociale	5
2.1.2 Structures nationales de la collaboration interinstitutionnelle	7
2.1.3 Offres durant la transition I	7
2.1.4 Étude de l'OCDE sur la réadaptation professionnelle et l'inclusion	9
2.2 Instruments et structures du système de l'AI	10
2.2.1 Analyse des besoins et de l'offre dans le domaine des prestations visées à l'art. 74 LAI	10
2.2.2 Conditions applicables à l'octroi de prestations dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage	12
2.2.3 L'accord paritaire genevois	14
2.2.4 Dépendance des jeunes aux allocations : mesures de prévention	15
2.2.5 État des lieux de l'offre en logements adaptés aux personnes en situation de handicap	16
2.3 Principales recommandations à l'intention de l'OFAS et des offices AI	17
2.4 Prises de position de l'OFAS	20
2.4.1 Mesures adoptées à ce jour	20
2.4.2 Mesures envisagées	22
<b>3 Acteurs</b>	<b>25</b>
3.1 Assurés	25
3.1.1 Situation économique des rentiers AI	25
3.1.2 Situation économique des bénéficiaires de rentes complémentaires pour enfant	26
3.1.3 Profils de jeunes bénéficiaires de rente AI atteints de troubles psychiques	28
3.1.4 La réadaptation vue par les assurés	30
3.2 Acteurs œuvrant aux interfaces avec l'AI : employeurs, experts et psychiatres	32
3.2.1 Collaboration avec les employeurs	32
3.2.2 Point de vue des employeurs sur l'assurance-invalidité et ses instruments	32
3.2.3 Enquête auprès des psychiatres	33

3.2.4 Experts	34
3.3 Principales recommandations à l'intention de l'OFAS et des offices AI	35
3.4 Prises de position de l'OFAS	38
3.4.1 Mesures adoptées à ce jour	38
3.4.2 Mesures envisagées	38
<b>4 Évaluation de prestations de l'AI</b>	<b>41</b>
4.1 Évaluation des mesures de réadaptation	41
4.1.1 Le renforcement de la réadaptation dans l'AI	41
4.1.2 Focus sur les « mesures de réinsertion préparant à la réinsertion professionnelle »	42
4.1.3 Les « Formazioni brevi » : un projet cantonal	43
4.1.4 Les méthodes d'intervention précoce intensive pour le traitement de l'autisme infantile	45
4.2 Les mesures de soutien au logement à domicile	46
4.2.1 Modèles internationaux de soutien au logement à domicile	46
4.2.2 Instruments d'évaluation des besoins d'aide	47
4.2.3 Évaluation de la contribution d'assistance	48
4.3 Moyens auxiliaires	50
4.3.1 Évaluation de la fourniture d'appareils auditifs : prix et qualité	50
4.3.2 Analyse de la remise d'appareils de communication	52
4.4 Principales recommandations à l'intention de l'OFAS et des offices AI	53
4.5 Prises de position de l'OFAS	55
4.5.1 Mesures adoptées	55
4.5.2 Mesures envisagées	55
<b>5 Perspectives</b>	<b>57</b>
<b>6 Références</b>	<b>59</b>

## Résumé

À la suite des deux premiers programmes de recherche de l'assurance-invalidité (PR-AI et PR-AI 2) entre 2006 et 2015, un troisième programme (PR-AI 3) a été lancé pour la période allant de 2016 à 2022. Il a donné lieu à 24 études, qui ont débouché sur de nombreux rapports publiés dans la série de l'OFAS *Aspects de la sécurité sociale*. Le présent rapport en synthétise les principaux résultats, conclusions et recommandations. Il est structuré en trois chapitres qui regroupent l'ensemble des études publiées dans le cadre du PR-AI 3. Le premier concerne le système de l'AI et ses interfaces avec d'autres systèmes ou structures (par exemple aide sociale, chômage, problématique du logement). Le deuxième analyse le rôle ou le point de vue de différents acteurs majeurs de l'AI (assurés, médecins, employeurs, etc.). Enfin, le troisième met l'accent sur l'évaluation de prestations spécifiques de l'AI (par exemple mesures de réinsertion, contribution d'assistance ou fourniture d'appareils auditifs).

Chaque chapitre se termine par une prise de position de l'OFAS concernant les conclusions et recommandations des projets. L'office indique les mesures adoptées à la suite de la publication des études, les travaux en cours ainsi que les résultats qui ont été pris en compte lors de l'élaboration du Développement continu de l'AI, révision entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

### 1. Le système de l'AI et ses interfaces

Les études relatives à l'organisation des transferts entre l'assurance-invalidité (AI) et les autres branches de la sécurité sociale sont présentées dans le chapitre consacré au système de l'AI et à ses interfaces. Le premier rapport s'est intéressé aux personnes passant de l'assurance-invalidité à l'aide sociale, ce passage étant susceptible d'être lié à la transformation de l'AI en une assurance de réadaptation. Basée sur les données 2005 à 2017, l'analyse révèle deux tendances simultanées. D'une part, la proportion de personnes qui exercent à nouveau une activité lucrative quatre ans après leur première demande AI s'est accrue depuis la 5<sup>e</sup> révision de la LAI, passant de 50 % (cohorte 2006) à 58 % (cohorte 2013). D'autre part, le nombre de personnes touchant l'aide sociale quatre ans après leur première demande AI a également augmenté, passant de 11,6 % (cohorte 2006) à 14,5 % (cohorte 2013). Du point de vue de l'aide sociale, une analyse transversale de l'année 2017 montre que 3,1 % des dossiers concernent des personnes qui avaient précédemment déposé une demande de prestations auprès de l'AI et 1,1 %, des personnes dont les rentes AI avaient été supprimées.

Pour ce qui est des interfaces de l'AI, la collaboration interinstitutionnelle (CII) au niveau national a également fait l'objet d'une évaluation. Sa structure correspond globalement aux directives données lors de son instauration et elle remplit le mandat qui lui a été confié d'optimiser la collaboration entre l'assurance-chômage, l'assurance-invalidité et l'aide sociale. Les instances mises en place n'ont cependant pas pu accomplir certaines tâches du fait du manque de ressources. Par ailleurs, leur vision diverge parfois quant aux problèmes, aux groupes cibles et aux objectifs.

S'agissant de l'interface entre l'AI et le système de formation, une étude a été consacrée aux offres destinées aux jeunes atteints dans leur santé durant le passage de l'école à la formation professionnelle (transition 1). Selon ses auteurs, près de 28 % des assurés de 16 à 24 ans avec des troubles psychiques, congénitaux ou infantiles auraient dû être annoncés à l'AI plus tôt en vue de bénéficier d'un meilleur accompagnement. En outre, les offres présentent encore des lacunes pour une partie des jeunes. Il est aussi nécessaire d'améliorer l'information entre les offices AI et les acteurs qui accompagnent les jeunes durant les différentes phases de leur formation. La collaboration tend à mieux fonctionner dans les cantons où le case management « Formation professionnelle » (CM FP) est activement utilisé.

Toujours en lien avec la question des interfaces, une étude de l'OCDE, cofinancée dans le cadre du PR-AI 3 et portant sur l'intégration professionnelle et sociale des personnes en situation de handicap, a procédé à une comparaison internationale des systèmes de sécurité sociale destinés à ce groupe. Il s'avère que, même si les pays de l'OCDE ont fait un pas en direction d'une politique axée sur la réadaptation, des désavantages persistent pour ce qui est des diplômés, de la situation professionnelle et de la dépendance envers les versements compensatoires. En outre, le risque de pauvreté des personnes en situation de handicap a augmenté par rapport à celui des assurés valides. En Suisse, ce risque est inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE.

Les instruments et structures internes à l'AI sont également présentés dans le premier chapitre. Un projet s'est concentré sur l'adéquation aux besoins des prestations visées à l'art. 74 LAI. Il met en évidence la grande hétérogénéité des organisations (faitières) avec lesquelles l'OFAS conclut des contrats portant sur l'octroi d'aides financières pour le soutien aux personnes handicapées. Dans ce domaine, le besoin subjectif varie en fonction des groupes cibles, de sorte que l'augmentation observable des bénéficiaires ne se traduit pas toujours par des besoins accrus. Cependant, près de 4 personnes interrogées sur 10 disent avoir besoin de soutien supplémentaire pour au moins un domaine de la vie. Le projet tire un bilan positif en concluant que les prestations visées à l'art. 74 LAI sont globalement adaptées aux besoins et permettent d'améliorer la situation de leurs bénéficiaires dans la plupart des domaines de la vie.

Un autre rapport de recherche s'est intéressé aux conditions imposées aux assurés dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage. Les offices AI jugent l'application de conditions plutôt exigeante, en particulier lorsqu'il s'agit d'en apprécier les effets, et utilisent rarement cet instrument. Dans plus de la moitié des cas examinés, les assurés ont respecté les conditions imposées en vue de l'obtention d'une mesure. Cet instrument déploie surtout ses effets dans le domaine de la réadaptation : lorsque la condition imposée est respectée, il est très probable que l'assuré poursuive la mesure de réadaptation ou la mène jusqu'à son terme. Le taux de succès est en revanche moindre dans le domaine des rentes, où on a constaté une réduction du degré d'invalidité chez seulement 12 % des assurés qui ont respecté la condition imposée.

L'accord paritaire genevois, un mécanisme local de coopération mis en place par le secteur de la construction dans le canton de Genève, fait aussi partie des structures évaluées du système de l'AI. Cette bonne pratique, potentiellement transférable, vise à favoriser une réadaptation professionnelle rapide. Les institutions partenaires et les assurés soulignent les avantages liés à la prise en charge coordonnée des dossiers, ainsi qu'à l'octroi rapide et plus généreux de mesures d'intervention précoce et de réadaptation. Le groupe des assurés suivis présente un taux de rentes AI plus faible que le groupe de contrôle et la part de personnes placées s'avère supérieure (de près de 50 % dans les deux cas).

Une autre étude comparative réalisée à l'échelle internationale a examiné le thème de la « réadaptation » en s'appuyant sur les réformes engagées par d'autres pays en vue de prévenir la dépendance aux rentes d'invalidité et de développer l'activation des jeunes. Outre des adaptations d'ordre organisationnel, les mesures comprennent le durcissement des critères donnant droit aux prestations ou l'exclusion générale de l'attribution de rentes aux personnes les plus jeunes. Les réformes se sont fréquemment traduites par une réduction des taux d'inscription et d'entrée, tandis qu'elles ont aussi contribué à améliorer la réinsertion sur le marché du travail dans certains pays. Une proportion considérable de personnes n'en demeure pas moins dépendante de l'aide sociale, même après avoir participé à des mesures d'encouragement et de réadaptation.

Enfin, un projet de recherche s'est intéressé à l'évolution des offres de logement proposées aux personnes en situation de handicap. L'étude a analysé la gamme de l'offre disponible au moyen d'une typologie faisant la distinction entre logement « institutionnel » et « privé ».

Elle montre que l'offre de logements s'est diversifiée et a évolué vers des structures décentralisées, de type appartement. On voit par ailleurs se dessiner une tendance allant vers un modèle de financement lié au sujet. Des lacunes subsistent dans quelques cantons pour les personnes qui présentent de graves atteintes à la santé, ainsi qu'en matière de places temporaires disponibles rapidement en cas de crise.

## 2. Acteurs

Le deuxième chapitre du présent rapport propose une synthèse des travaux de recherche consacrés aux acteurs, à leur collaboration et à leurs interactions avec l'assurance-invalidité. Ces travaux ont mis l'accent sur les bénéficiaires de prestations, ainsi que sur les employeurs, les psychiatres traitants et les experts médicaux.

Les analyses relatives aux assurés se sont intéressées à la situation économique des bénéficiaires de rentes AI en général et à celle des rentiers AI percevant en complément des rentes pour enfant en particulier. Elles ont également mis en lumière le point de vue des assurés sur les processus de réadaptation de l'AI et exploré les profils des jeunes bénéficiaires de rentes AI atteints de troubles psychiques. S'agissant de la situation économique des rentiers AI, on peut relever que l'AI parvient relativement bien à protéger ses bénéficiaires de la précarité. Il faut se rappeler toutefois que leur revenu moyen est nettement inférieur à celui des personnes qui ne touchent pas de rente. C'est également le cas pour les ménages de bénéficiaires de rentes AI (et AVS) ayant droit à des rentes complémentaires pour enfant du 1<sup>er</sup> pilier. Les résultats montrent clairement que les enfants dont les parents perçoivent une rente AI (et AVS) présentent un risque de grandir dans un milieu économiquement défavorisé supérieur à ceux vivant dans des familles qui ne touchent pas de telles rentes. Les résultats des travaux de recherche concernant les profils des jeunes bénéficiaires de rentes AI atteints de troubles psychiques révèlent que, bien souvent, ces jeunes sont détectés rapidement avec des problèmes très graves et précoces. En outre, une part considérable d'entre eux n'a jamais fréquenté l'école ordinaire ni eu d'emploi sur le marché primaire du travail. Les chercheurs arrivent néanmoins à la conclusion que, malgré ce contexte défavorable, des alternatives à la rente auraient pu être trouvées pour une minorité au moins et que certains ont peut-être été mis en invalidité trop tôt. Cette situation s'explique notamment par le nombre insuffisant de mesures de réadaptation accordées par l'AI et par l'impossibilité de suivre une nouvelle formation en cas d'abandon.

Les résultats de l'étude relative au point de vue des assurés sur les prestations de réadaptation de l'AI démontrent à nouveau que des mesures ciblées sur l'atteinte à la santé constituent un facteur majeur de réussite pour la réadaptation professionnelle. Des mesures judicieusement déployées permettent non seulement d'accroître le rythme de travail et le taux d'occupation, mais aussi d'améliorer le comportement dans le travail et la confiance en soi. Elles ont de plus une influence positive sur la capacité des assurés à travailler malgré leur maladie.

La deuxième partie du chapitre « Acteurs » porte sur les travaux de recherche qui ont mis en avant les interfaces entre l'AI et les employeurs, les experts et les psychiatres traitants. Les résultats relatifs à la collaboration avec les employeurs montrent que les stratégies de coopération diffèrent beaucoup d'un office AI à l'autre. Ils mettent par ailleurs en évidence le fait que les offices AI tout comme les employeurs évaluent positivement cette collaboration. Adapter cette dernière aux contextes culturels, géographiques et économiques propres aux cantons est cité comme le principal facteur de succès. La dernière enquête auprès des employeurs, menée en 2021, parvient à la même conclusion. Elle souligne par ailleurs que la stratégie de communication et de collaboration des offices AI doit tenir compte des besoins et opportunités propres à chaque taille d'entreprise et à chaque branche afin d'optimiser la (nouvelle) réadaptation professionnelle des personnes

atteintes dans leur santé, et plus spécifiquement des assurés présentant des troubles psychiques.

Les travaux de recherche relatifs aux psychiatres traitants portent principalement sur l'intégration professionnelle de personnes atteintes de maladies psychiques. Les résultats relèvent que la majorité des patients en psychiatrie rencontrent des problèmes au travail. Malgré la fréquence et l'importance des difficultés professionnelles, on ne dispose pas de bases médicales indiquant quelles interventions psychiatriques contribueraient à les réduire et dans quelles conditions. Selon l'étude, les psychiatres devraient également prendre en compte le poste de travail de leurs patients afin de pouvoir leur apporter un soutien optimal en matière de (nouvelle) réadaptation professionnelle ou de maintien en emploi.

À l'instar des psychiatres traitants, les experts exercent une fonction d'interface avec l'assurance-invalidité. Bien souvent, ils se retrouvent au centre de l'attention médiatique et politique et font l'objet de critiques. Les résultats de l'étude sur les profils des experts actifs en Suisse ont toutefois permis de dissiper les doutes relatifs à leurs qualifications professionnelles. Ils montrent notamment que leurs titres couvrent une large gamme de spécialités. Près de trois quarts des experts disposent en outre d'un certificat de formation continue en médecine des assurances et 90 %, d'une expérience professionnelle de plus de 15 ans. Le rapport met aussi en évidence les défis auxquels est confrontée l'expertise médicale. Il est ainsi difficile pour les offices AI de trouver des experts adéquats, en particulier dans certaines disciplines médicales. De leur côté, les experts souhaitent que les offres de formation s'orientent davantage vers la pratique et qu'il y ait davantage de formations continues en matière médico-juridique.

### *3. Les prestations de l'AI*

Plusieurs projets de recherche et évaluation ont porté sur les prestations de l'AI, afin d'évaluer notamment les modalités de mise en œuvre, l'atteinte des objectifs ou encore d'identifier un potentiel d'amélioration. Ce chapitre synthétise les résultats de ces différentes études en distinguant trois catégories : les mesures de réadaptation les mesures de soutien au logement à domicile et les moyens auxiliaires.

Dans le domaine des mesures de réadaptation, les résultats montrent que l'AI a pris un tournant marqué vers la réadaptation depuis 2008. La prise de contact se fait de manière plus précoce, et le nombre de mesures de réadaptation externes a triplé au cours de la période 2005-2018, en particulier en raison des mesures d'intervention précoces. Concernant les effets sur le taux de nouvelles rentes et l'insertion professionnelle, les analyses statistiques montrent que les offices AI qui orientent les assurés vers la réadaptation de manière moins bureaucratique (informations orales plutôt que rapports des médecins traitants) et plus rapide ont de meilleurs résultats. Une étude a par ailleurs mis l'accent sur les mesures de réinsertion préparant à la réinsertion professionnelle (MR). Ces mesures ont augmenté de 68,8 % entre 2012 et 2018. Les cas sont de plus en plus complexes, la majorité (68,5 %) des bénéficiaires étant atteints d'une maladie psychique. Les MR sont d'autant plus efficaces que l'intervalle de temps par rapport à la dernière activité professionnelle est court et que la mesure a lieu sur le marché ordinaire du travail. Depuis 2013, le taux de succès des MR, c'est-à-dire l'atteinte d'une capacité de gain d'au moins 50 %, a augmenté de neuf points de pourcentage pour s'établir à 65 % en 2017.

Une mesure innovante de l'office AI du Tessin a également été évaluée : les « Formazioni brevi strutturate » (formations courtes structurées : FC). Ces mesures visent à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain des assurés AI atteints dans leur santé en leur offrant des possibilités de reclassement de courte durée. Les FC ont été conçues pour étendre l'offre dont peuvent bénéficier des personnes d'âge moyen ou avancé, disposant d'une expérience professionnelle importante mais qui, ayant un niveau de scolarité et de formation plutôt faible, auraient de la peine à suivre les parcours de formation classiques

dans le cadre d'une mesure de reclassement de l'AI. L'évaluation montre que les FC améliorent les chances d'insertion professionnelle des bénéficiaires tout en évitant l'octroi de mesures plus longues et plus coûteuses nécessitant des compétences préalables spécifiques. Un facteur de succès important des FC est la collaboration avec les associations professionnelles, gage d'un enseignement correspondant aux besoins du marché du travail.

Enfin, une étude a porté sur un projet-pilote en vertu de l'art. 68<sup>quater</sup> LAI concernant les méthodes d'intervention précoce intensive pour le traitement de l'autisme infantile. L'évaluation constate que des interventions intensives globales de thérapie comportementale et/ou axée sur le développement permettent d'obtenir une nette amélioration de la situation des enfants et de la qualité de vie des parents, ainsi qu'une réduction de la charge pédagogique et des coûts induits au niveau de l'économie nationale. Sur la base des résultats, les auteurs recommandent de reconnaître ces méthodes en tant que forme de traitement efficace et appropriée.

Dans le domaine du soutien au logement à domicile, trois projets ont été réalisés. Une étude visait à comparer le cas suisse avec trois autres modèles internationaux de soutien au logement à domicile (Belgique, Pays-Bas et Suède) afin de dégager des pistes de développement. À l'exception de la Suède, le logement institutionnel reste une option largement mobilisée. L'étude compare notamment les logiques de répartition des tâches entre gouvernement central et entités décentralisées, analyse le modèle de financement lié au sujet prenant la forme d'un budget personnel et son potentiel pour la Suisse, ainsi que les modalités de soutien aux proches aidants afin d'identifier des pistes favorables au libre choix du logement. Un deuxième projet s'est concentré sur les instruments d'évaluation relatifs aux prestations AI : Allocation pour impotent (API), Supplément pour soins intenses (SSI) et Contribution d'assistance (CDA). Il dresse un inventaire et une comparaison systématique des instruments d'évaluation utilisés en Suisse pour le logement à domicile. Selon les auteurs, les instruments de l'AI sont fondamentalement tournés vers les déficits et reflètent un modèle médical du handicap éloigné d'une conception bio-psycho-sociale (ICF). En raison d'un haut degré de standardisation, les instruments ne seraient ainsi pas adaptés à tous les types de handicap et ne peuvent pas intégrer de manière appropriée les besoins de soutien individuels. Les auteurs identifient des pistes de développement sur cette base. La troisième étude sur ce thème portait sur l'évaluation de la contribution d'assistance. De 2012 à 2019, 3466 adultes ont bénéficié au moins une fois de cette prestation. En 2019, 2940 adultes ont perçu une contribution d'assistance, dont 11 % ayant déjà atteint l'âge ordinaire de la retraite. Les bénéficiaires présentant une impotence grave sont surreprésentés, tandis que les personnes présentant des troubles psychiques sont sous-représentées. L'évaluation conclut que les objectifs prioritaires de la contribution d'assistance, à savoir promouvoir l'autonomie et la responsabilité, améliorer les chances de vivre à domicile malgré le handicap et faciliter l'intégration sociale et professionnelle, sont atteints.

La troisième partie du chapitre sur les prestations concerne les moyens auxiliaires. Une étude a analysé le prix et la qualité de la fourniture des appareils auditifs dans le cadre de l'AVS et de l'AI suite au changement de système de remboursement de ces appareils : le système tarifaire a été remplacé par un système de contributions forfaitaires en juillet 2021. Les résultats montrent que la qualité de la fourniture d'appareils auditifs est restée à un excellent niveau. Le changement de système a entraîné une baisse des prix de 9,2 %. Concernant spécifiquement l'AI, les coûts sont cependant revenus au même niveau que dans le système tarifaire en raison d'une tendance à acquérir des produits de qualité supérieure. Une autre étude s'est penchée sur la fourniture d'appareils de communication. L'AI rembourse les frais occasionnés par les appareils de communication électriques et électroniques aux assurés gravement handicapés de la parole et de l'écriture qui dépendent d'un tel appareil pour entretenir des contacts quotidiens avec leur entourage. Les résultats

confirment que les appareils de communication sont utiles aux assurés et que ces derniers sont globalement satisfaits. L'enquête laisse toutefois supposer qu'un autre appareil (souvent une tablette) moins onéreux serait plus utile pour certains assurés. Les auteurs relèvent que les prestations d'évaluation et de conseil des fournisseurs donnent satisfaction, mais que certaines faiblesses empêchent d'exploiter les possibilités de communication de manière optimale.

#### 4. Prises de position de l'OFAS

À la fin de chaque chapitre, l'OFAS prend position sur les conclusions et les recommandations formulées dans les rapports du PR-AI 3. Ces prises de position relèvent les mesures déjà mises en œuvre dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (DC AI), depuis la clôture des projets de recherche, ainsi que les autres changements prévus.

Au regard des mesures déjà *adoptées*, l'OFAS constate que de nombreux résultats et recommandations issus des rapports du PR-AI 3 ont été retenus et mis en œuvre dans le cadre du DC AI, entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022. La détection et l'intervention précoces ainsi que les mesures de réinsertion ont entre autres été étendues aux jeunes. De même, les possibilités dont dispose l'AI de cofinancer des offres cantonales du CM FP et des offres transitoires préparant à la formation professionnelle initiale ont été inscrites dans la loi. L'AI peut en conséquence intensifier et développer la coopération avec les acteurs cantonaux du degré secondaire II, tel que recommandé. Les propositions d'étendre les mesures médicales de réadaptation et les prestations de conseil et de suivi aux jeunes ainsi qu'aux assurés atteints dans leur santé psychique ont aussi été mises en œuvre, tout comme l'assouplissement des mesures de réinsertion pour les adultes avec des troubles psychiques. Les recommandations de renforcer la collaboration avec les médecins traitants et les employeurs et d'orienter les mesures de réadaptation professionnelle vers le marché primaire du travail ont également été inscrites dans la loi dans le cadre de la révision.

En ce qui concerne les prestations visées à l'art. 74 LAI, l'OFAS examine comment mieux faire coïncider la répartition des moyens financiers et les besoins, sans pour autant modifier les ressources à disposition. Grâce à la limitation des prestations visant à soutenir et encourager l'intégration des invalides (PROSPREH), les fonds disponibles ont pu être redistribués en faveur des services à la personne. À la lumière des résultats des travaux de recherche relatifs aux conditions visant à réduire le dommage, l'OFAS a par ailleurs totalement remanié les directives applicables à cette obligation et aux conditions correspondantes. Sur la base notamment des enseignements tirés de l'étude consacrée aux qualifications professionnelles des experts en Suisse, des nouveautés ont été introduites en matière d'expertises médicales, de procédure ainsi que de qualité et d'assurance de la qualité.

Hors cadre du DC AI, quelques autres composantes de l'AI ont été adaptées dans le sens des recommandations des rapports de recherche : dans l'optique de renforcer les structures nationales de la collaboration interinstitutionnelle, le bureau compétent a vu ses effectifs augmentés dès 2017 et a été rattaché au Secrétariat d'État à l'économie (SECO). À la suite de la reconnaissance de l'efficacité des méthodes d'intervention précoce intensive auprès d'enfants atteints d'autisme infantile, l'OFAS a initié un projet complémentaire en coopération avec les cantons, dont l'objectif consiste à développer des modèles d'élaboration de programmes, d'impact, de coûts et de financement commun. Enfin, l'OFAS s'attache, en collaboration avec d'autres offices fédéraux, à améliorer en permanence les bases de données relatives aux passages entre les systèmes de la sécurité sociale.

Concernant les *futurs* mesures et projets de l'AI, les conclusions et recommandations issues des rapports du PR-AI 3 seront aussi prises en compte, assure l'OFAS dans ses prises de position. Cela permettra d'améliorer la coordination des prestations entre les

systèmes de la sécurité sociale et, partant, la détection précoce auprès de l'AI. Dans le domaine de la collaboration interinstitutionnelle et en lien avec les offres visant le passage de l'école à la formation professionnelle, d'autres étapes sont prévues afin de renforcer le potentiel de réadaptation professionnelle des jeunes atteints dans leur santé, en étroite coopération avec les acteurs impliqués. Des mesures ont également été développées pour continuer à renforcer la collaboration avec les employeurs et orienter les différentes mesures de réadaptation vers le marché primaire du travail. Le DC AI dote les offices AI de moyens et d'instruments supplémentaires visant à améliorer concrètement la collaboration avec les employeurs, dont il s'agira de mesurer l'impact au moyen d'une nouvelle enquête auprès des employeurs, qui sera menée en 2025. Au niveau national, il sera possible de renforcer les conditions-cadres de la collaboration entre l'AI et les organisations faïtières du monde du travail par le biais de conventions de collaboration.

Les nouvelles règles relatives à l'obligation de réduire le dommage, et notamment les conditions s'appliquant à l'octroi de prestations lors de la réadaptation professionnelle, peuvent en temps utile être détaillées dans une étude de suivi. De même, les résultats des différentes études en cours dans le domaine des prestations d'aide au logement seront utilisés en vue de déterminer s'il est, le cas échéant, nécessaire d'adapter et d'optimiser les prestations existantes. Dans le cadre des prestations visées à l'art. 74 LAI, on cible une nouvelle redistribution des moyens financiers en faveur de prestations liées à la personne ainsi qu'une amélioration de la coordination entre la Confédération, les cantons et les organisations d'aide aux personnes handicapées. L'étude relative à la situation économique des bénéficiaires de rente AI menée en 2020 servira de point de départ et de référence à l'analyse des effets du système de rentes linéaires instauré en vertu du DC AI. Afin de poursuivre l'optimisation de la contribution d'assistance et sur la base des résultats de l'évaluation, un groupe de travail chargé d'étudier les possibilités de simplifier l'administration de cette prestation a été mis sur pied. Au vu des résultats de l'évaluation, l'OFAS estime également qu'il est nécessaire d'agir à moyen terme dans le domaine de la fourniture d'appareils auditifs. Le marché des dispositifs de communication a sensiblement évolué depuis la réalisation de l'étude présentée dans ce rapport. Des clarifications sont en cours, également dans la perspective de renégocier avec les fournisseurs. Les enseignements tirés de l'évaluation effectuée dans le cadre du PR-AI 3 seront aussi pris en compte dans ce domaine.



## Zusammenfassung

Nach den ersten beiden Programmen, die zwischen 2006 und 2015 aufeinander folgten, wurde für den Zeitraum von 2016 bis 2022 ein drittes Forschungsprogramm zur Invalidenversicherung (FoP3-IV) lanciert. Im Rahmen des FoP3-IV wurden 24 Studien durchgeführt und dazu zahlreiche Berichte für die Publikationsreihe des BSV *Beiträge zur Sozialen Sicherheit* verfasst. Die wichtigsten Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen werden im vorliegenden Bericht zusammengefasst. Der Bericht ist in drei thematische Kapitel gegliedert, die sämtliche im Rahmen des FoP3-IV veröffentlichten Studien umfassen. Das erste Thema betrifft das IV-System und seine Schnittstellen mit anderen Systemen bzw. Strukturen (z. B. Sozialhilfe, Arbeitslosenversicherung, Wohnen). Im zweiten Kapitel wird die Rolle oder die Sichtweise verschiedener Schlüsselakteure der IV untersucht (Versicherte, Ärztinnen und Ärzte, Arbeitgebende usw.). Beim dritten Themenfeld schliesslich geht es um die Evaluation von spezifischen Leistungen der IV (z. B. Integrationsmassnahmen, Assistenzbeitrag oder Hörgeräteversorgung).

Jedes Kapitel schliesst mit einer Stellungnahme des BSV zu den Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Projekte. So informiert das BSV über die nach der Publikation der Studien getroffenen Massnahmen sowie die laufenden Arbeiten und gibt an, ob diese Ergebnisse in der Weiterentwicklung der IV (der am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Revision) berücksichtigt wurden.

### 1. Das System der IV und seine Schnittstellen

Das Kapitel über das IV-System und seine Schnittstellen stellt die Studien vor, die sich mit der Ausgestaltung der Übergänge zwischen der IV und anderen Bereichen der sozialen Sicherheit befassen. Im ersten dort besprochenen Bericht geht es um Übertritte von der IV in die Sozialhilfe, die in Zusammenhang mit der eingliederungsorientierten Neuausrichtung der IV stehen könnten. Die Ergebnisse zeigen auf Basis der Daten von 2005 bis 2017 zwei Entwicklungen: Zum einen wuchs seit der 5. IVG-Revision der Anteil jener Personen, die vier Jahre nach ihrer IV-Anmeldung wieder erwerbstätig sind, von 50 % (Anmeldekohorte 2006) auf 58 % (Anmeldekohorte 2013). Zum anderen stieg in der gleichen Zeitspanne auch die Anzahl Personen, die vier Jahre nach ihrer IV-Anmeldung Sozialhilfe beziehen von 11,6 % (Anmeldekohorte 2006) auf 14,5 % (Anmeldekohorte 2013). Die Bedeutung dieser Entwicklungen für die Sozialhilfe lässt sich in einer Querschnittsbetrachtung des Jahres 2017 festmachen: 3,1 % aller Sozialhilfedossiers weisen hier Personen mit einer früheren IV-Anmeldung aus und weitere 1,1 % Personen mit einer IV-Rentenaufhebung.

Im Zusammenhang mit den Schnittstellen der IV wurde ausserdem die interinstitutionelle Zusammenarbeit auf nationaler Ebene evaluiert. Dies ergab, dass die Organisationsstruktur der nationalen IIZ-Organisation weitgehend den Vorgaben des Einsetzungsbeschlusses entspricht und dass sie insgesamt den Auftrag erfüllt, die Zusammenarbeit zwischen Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung und Sozialhilfe zu optimieren. Allerdings konnten die eingesetzten Gremien, auch aufgrund beschränkter Personalressourcen, nicht alle Aufgaben vollumfänglich umsetzen. Zudem unterscheidet sich teilweise ihr Verständnis von Problemstellungen, Zielgruppen und Zielen.

Mit Blick auf die Schnittstelle der IV mit dem Bildungssystem wurde eine Studie durchgeführt, welche die Angebote für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen am Übergang zwischen Schule und Berufsbildung (Übergang I) betrachtet. Sie schätzt, dass etwa 28 % der 16- bis 24-jährigen Versicherten mit psychischen, kongenitalen und frühkindlichen Erkrankungen früher bei der IV angemeldet werden müssten, damit sie besser begleitet werden könnten. Ferner bestehen für einen Teil der Jugendlichen noch Angebotslücken. Optimierungsbedürftig ist auch der Informationsfluss zwischen den IV-Stellen und den Akteurinnen und Akteuren, welche die Jugendlichen in den verschiedenen

Ausbildungsphasen begleiten. Wo das Case Management Berufsbildung (CM BB) aktiv genutzt wird, ist die Zusammenarbeit tendenziell besser.

Ebenfalls verbunden mit der Frage der Schnittstellen, hat eine OECD-Studie zur beruflichen und sozialen Integration von Menschen mit Behinderung, die im Rahmen des FoP3-IV kofinanziert wurde, eine systemische Gesamtbetrachtung der sozialen Sicherheit für Menschen mit Behinderung im internationalen Vergleich vorgenommen. Sie konstatiert zwar Fortschritte im Sinne einer eingliederungsorientierten Politik in den OECD-Ländern. Doch nach wie vor bestehen Benachteiligungen in Bezug auf Bildungsabschlüsse, die Beschäftigungssituation und die Angewiesenheit auf Transferzahlungen. Zudem ist das Armutsrisiko für Menschen mit Behinderungen im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung gestiegen. In der Schweiz liegt das Armutsrisiko allerdings unter dem Durchschnitt der OECD-Länder.

Nach der Schnittstellen-Thematik geht es in einem nächsten Teil des Kapitels schwerpunktmässig um Instrumente und Strukturen innerhalb der IV. Ein Projekt untersuchte die Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen nach Art. 74 IVG. Es zeigt auf, wie heterogen die (Dach-)Organisationen sind, mit denen das BSV Verträge über Finanzhilfen für die Unterstützung von Menschen mit Behinderung abschliesst. Auch ist je nach Zielgruppe der subjektive Bedarf unterschiedlich, sodass die beobachtbare Zunahme an Leistungsberechtigten nicht gleichermassen zu einem erhöhten Bedarf führt. Immerhin gaben rund 4 von 10 Befragten an, zusätzliche Unterstützung in mindestens einem Lebensbereich zu benötigen. Positiv bilanziert wird, dass die Dienstleistungen nach Art. 74 IVG grundsätzlich bedarfsgerecht ausgerichtet sind und in den meisten Lebensbereichen eine Verbesserung der Situation ermöglichen.

Ein weiterer Forschungsbericht widmet sich den Auflagen zur Schadensminderung für versicherte Personen. Diese Auflagen werden selten erteilt und die IV-Stellen beurteilen sie als eher anspruchsvoll, insbesondere in Bezug auf die Wirkungsabschätzung. Die versicherten Personen befolgten die Auflagen in mehr als der Hälfte der untersuchten Fälle. Werden die Auflagen befolgt, so zeigt dies vor allem im Eingliederungsbereich Wirkung: Hier ist es sehr wahrscheinlich, dass die versicherte Person nach der Auflage die Eingliederungsmassnahme fortsetzt oder abschliesst. Im Rentenbereich ist die Erfolgsquote kleiner: Hier konnte nach einer Auflage in 12 % der Fälle eine Verminderung des Invaliditätsgrads festgestellt werden.

Zu den evaluierten Strukturen des IV-Systems gehört ebenfalls der «Accord paritaire genevois», ein lokaler Kooperationsmechanismus der Baubranche im Kanton Genf. Diese potenziell übertragbare «Good Practice» zielt auf die rasche berufliche Eingliederung ab. Die Partnerinstitutionen und die Versicherten heben die koordinierte Fallbetreuung sowie eine schnelle, grosszügigere Gewährung von Frühinterventions- und Eingliederungsmassnahmen als nützlich hervor. Die IV-Berentungsquote ist für die betreute Versichertengruppe tiefer als bei der Kontrollgruppe, die Stellenvermittlung erfolgreicher (jeweils ca. um die Hälfte).

Eine international vergleichende Studie untersuchte das Thema «Eingliederung» anhand der Reformen, die in anderen Ländern mit dem Ziel der Rentenvermeidung bei und Aktivierung von jungen Menschen durchgeführt wurden. Zu den Massnahmen zählen, neben organisatorischen Anpassungen, restriktivere Anspruchskriterien oder ein genereller Renten-Ausschluss von jüngeren Personen. Die Reformen führten oft zu weniger Rentenanträgen und zu weniger neuen Renten. In einigen Ländern ist auch eine verbesserte Integration in den Arbeitsmarkt zu beobachten. Ein erheblicher Anteil der Personen bleibt indes auch nach der Teilnahme an Förderungs- und Eingliederungsmassnahmen von den Sozialsystemen abhängig.

Schliesslich wurde ein Forschungsprojekt zur Entwicklung des Wohnangebots für Menschen mit Behinderung durchgeführt. Es hat die Breite des vorhandenen Angebots

anhand einer Typologie der «institutionellen» oder «privaten» Wohnsettings dargestellt. Es zeigt, dass das Wohnangebot vielfältiger geworden ist und sich dezentrale, wohnungsartige Strukturen entwickelt haben. Es deutet sich zudem ein Trend zur subjektorientierten Finanzierung an. In einigen Kantonen bestehen noch Lücken für Menschen mit besonders starken Beeinträchtigungen und bei rasch verfügbaren temporären Krisenplätzen.

## 2. Akteurinnen und Akteure

Dieses Kapitel des Syntheseberichtes widmet sich dem Thema «Akteurinnen und Akteure»: Hier erfolgt eine Synthese derjenigen Forschungsarbeiten, welche sich den Akteurinnen und Akteuren und deren Zusammenarbeit und Zusammenspiel mit der Invalidenversicherung gewidmet haben. In diesen Arbeiten wurden sowohl die leistungsbeziehenden Personen wie auch die Arbeitgebenden, die behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater und die medizinischen Gutachter und Gutachterinnen fokussiert.

In den Analysen zu den versicherten Personen ging es zum einen um die wirtschaftliche Situation der IV-Rentenbeziehenden insgesamt und der IV-Rentenbeziehenden mit Kinderzusatzrenten im Besonderen. Zum anderen wurden die Perspektive von versicherten Personen auf die Eingliederungsprozesse der IV beleuchtet und die Profile von jungen IV-Rentenbeziehenden mit psychischen Erkrankungen beforscht. Hinsichtlich der wirtschaftlichen Situation der IV-Rentenbeziehenden kann festgehalten werden, dass es der IV verhältnismässig gut gelingt, Rentenbeziehende vor einem Dasein mit sehr knappen finanziellen Ressourcen zu schützen. Dabei soll aber nicht vergessen werden, dass die durchschnittlichen Einkünfte von IV-Rentenbeziehenden klar unter denjenigen von Nicht-Rentenbeziehenden liegen. Dies gilt auch für Haushalte von IV- (wie auch AHV-) Rentenbeziehenden mit Anspruch auf Kinderzusatzrenten der 1. Säule: Hier zeigen die Ergebnisse klar, dass Kinder von Eltern, die IV- (oder AHV-) Renten beziehen, im Vergleich zu Kindern aus Familien ohne solche Renten ein erhöhtes Risiko aufweisen, in wirtschaftlich schwächeren Haushalten aufzuwachsen.

Im Hinblick auf die Profile von jungen IV-Rentenbeziehenden mit psychischen Erkrankungen machen die Ergebnisse der diesbezüglichen Forschungsarbeit deutlich, dass die jungen IV- Rentenbeziehenden häufig von sehr frühen und schweren psychischen Störungen betroffen sind und meist schon früh auffallen. Ein erheblicher Teil dieser jungen Rentenbeziehenden hat zudem nie eine Regelschule besucht und war nie im ersten Arbeitsmarkt tätig. Nichtsdestotrotz kommen die Forschenden zum Schluss, dass trotz dieser ungünstigen Ausgangslage zumindest bei einer Minderheit der jungen Rentenbeziehenden Alternativen zu einer Berentung bestanden hätten und diese jungen Versicherten womöglich zu früh berentet wurden. Dies beruhe unter anderem auf zu wenigen und im Falle des Misserfolgs nicht wiederholten IV-Eingliederungsmassnahmen. Dass gezielte, spezifisch auf die Beeinträchtigung der Versicherten ausgerichtete Massnahmen ein zentraler Erfolgsfaktor für die berufliche Eingliederung sind, zeigen wiederum die Ergebnisse der Studie zur Perspektive der versicherten Personen auf die IV-Eingliederungsleistungen. Diese weisen darauf hin, dass zielführend eingesetzte Massnahmen nicht nur den Arbeitsrhythmus und das Arbeitspensum zu steigern vermögen, sondern auch das Arbeitsverhalten sowie das Selbstbewusstsein verbessern und einen positiven Einfluss auf die Fähigkeit der Versicherten zeigen, trotz ihrer Krankheit zu arbeiten.

Der zweite Teil dieses Kapitels widmet sich Forschungsarbeiten, die die Schnittstellen zwischen der IV und den Arbeitgebenden, den Gutachterinnen und Gutachtern und den behandelnden Psychiaterinnen und Psychiatern beleuchtet haben. Dabei zeigen die Ergebnisse zur Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden, dass die IV-Stellen die Zusammenarbeitsstrategien sehr heterogen gestalten und dass sowohl IV-Stellen als auch Arbeitgebende die Zusammenarbeit positiv bewerten. Als zentraler Erfolgsfaktor wird bezeichnet, dass die Zusammenarbeit dem jeweiligen kantonsspezifischen kulturellen, geographischen und wirtschaftlichen Kontext angepasst wird. Zu diesem Schluss kommt

auch die aktuellste Arbeitgeberbefragung aus dem Jahr 2021, die zudem darauf hinweist, dass die Kommunikation und Zusammenarbeit der IV-Stellen gezielt auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse der jeweiligen Unternehmensgrösse und Branche auszurichten sind, damit die berufliche (Wieder-)Eingliederung von Menschen mit gesundheitlichen und insbesondere mit psychischen Beeinträchtigungen optimiert werden kann.

Auch die Forschungsarbeit zu den behandelnden Psychiaterinnen und Psychiatern befasst sich schwerpunktmässig mit der beruflichen Integration von Personen mit psychischen Erkrankungen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Mehrheit der Personen in psychiatrischer Behandlung arbeitsbezogene Probleme haben und dass trotz der Häufigkeit und Bedeutung solcher Probleme fachliche Grundlagen darüber fehlen, welche psychiatrischen Interventionen unter welchen Bedingungen zu einer Verringerung der Arbeitsprobleme führen. Gemäss der Studie wäre eine Erweiterung der psychiatrischen Perspektive auf den Arbeitsplatz nötig, um die berufliche (Wieder-)Eingliederung oder den Arbeitsplatzverlust der behandelten Patientinnen und Patienten optimal unterstützen zu können.

Gleich wie die behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater operieren auch die Gutachterinnen und Gutachter an der Schnittstelle zur Invalidenversicherung, letztere stehen medial und politisch oft im Zentrum des Interesses und in der Kritik. Die Ergebnisse der Studie zu den Profilen der in der Schweiz tätigen Gutachterinnen und Gutachter konnten jedoch die Zweifel an ihrer beruflichen Qualifizierung ausräumen. Die Resultate zeigen nämlich, dass die in der Schweiz tätigen Begutachtenden ein breites Spektrum an Facharzttiteln aufweisen. Knapp drei Viertel sind zudem in Besitz eines Fortbildungsabschlusses in Versicherungsmedizin und 90% weisen mehr als 15 Jahre Berufserfahrung aus. Der Bericht macht aber auch auf Herausforderungen im Gutachterwesen aufmerksam: So ist es für die IV-Stellen schwierig, geeignete Gutachterinnen und Gutachter zu finden, vor allem in bestimmten Fachdisziplinen. Diese ihrerseits wünschen sich einen stärkeren Praxisbezug der Bildungsangebote im Bereich Gutachten und vermehrt medizinisch-juristische Fortbildungen.

### *3. Die Leistungen der IV*

Die Leistungen der IV waren Gegenstand verschiedener Forschungs- und Evaluationsprojekte. Dabei wurden die Umsetzungsmodalitäten und die Zielerreichung beurteilt oder allfälliges Verbesserungspotenzial identifiziert. In diesem Kapitel des Syntheseberichts werden die Ergebnisse der verschiedenen Studien in drei Kategorien eingeteilt zusammengefasst: Eingliederungsmassnahmen, Massnahmen zur Unterstützung beim Wohnen zu Hause und Hilfsmittel.

Im Bereich Eingliederungsmassnahmen zeigen die Ergebnisse klar, dass die IV seit 2008 vermehrt eingliederungsorientiert arbeitet. Die Kontaktaufnahme erfolgt früher und der Einsatz von extern erbrachten Eingliederungsmassnahmen hat sich im Zeitraum 2005–2018 insbesondere aufgrund der Frühinterventionsmassnahmen verdreifacht. Hinsichtlich der Wirkung auf die Neurentenquote und die Arbeitsmarktintegration zeigen die statistischen Analysen, dass die IV-Stellen, welche die Versicherten unbürokratischer zur Eingliederung führen (mündliche Angaben statt Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte) und dies rascher tun, bessere Ergebnisse erzielen. Zudem befasste sich eine Studie mit den Integrationsmassnahmen (IM) zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung. Diese haben von 2012 bis 2018 um 68,8 % zugenommen. 68,5 % der Bezügerinnen und Bezüger leiden an einer psychischen Krankheit, und die Fälle werden immer komplexer. Je weniger lang die letzte Erwerbstätigkeit zurückliegt und je eher die IM im regulären Arbeitsmarkt umgesetzt werden, desto effizienter sind die Massnahmen. Von 2013 bis 2017 ist die Erfolgsquote der IM um 9 Prozentpunkte auf 65 % gestiegen. Als Erfolg verzeichnet wird das Erreichen einer Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 %.

Gegenstand einer Evaluation war auch die von der Tessiner IV-Stelle konzipierte innovative Massnahme der «Formazioni brevi strutturate» (strukturierte Kurzausbildungen, KA). Mit kurzen Umschulungen soll die Erwerbsfähigkeit von versicherten Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung wiederhergestellt, erhalten oder verbessert werden. Mit den KA wird das Angebot für Menschen mittleren oder fortgeschrittenen Alters ausgebaut, die zwar über eine grosse Berufserfahrung verfügen, aber aufgrund ihres eher geringen Schul- und Ausbildungsniveaus Schwierigkeiten hätten, im Rahmen einer Umschulungsmassnahme der IV klassische Ausbildungslehrgänge zu absolvieren. Die Evaluation zeigt, dass die KA die Chancen der begünstigten Personen für die berufliche Integration erhöhen und die Zusprache längerer und kostspieligerer Massnahmen, für die spezielle Vorkenntnisse erforderlich sind, unnötig machen. Als wesentlicher Erfolgsfaktor der KA gilt die Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden; diese Kooperation ist selbst wiederum ein Garant für eine den Arbeitsmarktbedürfnissen entsprechende Ausbildung.

Schliesslich befasste sich eine Studie mit einem Pilotprojekt gemäss Artikel 68<sup>quater</sup> IVG betreffend intensive Frühinterventionsmethoden zur Behandlung von frühkindlichem Autismus. Die Evaluation hält fest, dass mit umfassenden intensiven, verhaltenstherapeutischen und/oder entwicklungsorientierten Interventionen eine deutliche Verbesserung der Situation der Kinder und der Lebensqualität der Eltern sowie eine Verringerung der pädagogischen Belastung und der volkswirtschaftlichen Folgekosten erreicht werden kann. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse empfehlen die Autorinnen und Autoren, die intensiven Frühinterventionen als wirksame und zweckmässige Behandlungsform anzuerkennen.

Im Bereich Unterstützung beim Wohnen zu Hause wurden drei Projekte durchgeführt. In einer Studie sollte der Fall der Schweiz mit drei Unterstützungsmodellen für das Wohnen zu Hause aus anderen Ländern (Belgien, Niederlande und Schweden) verglichen werden, um daraus Entwicklungsmöglichkeiten abzuleiten. Ausser in Schweden bleibt die institutionelle Unterbringung eine häufig genutzte Option. Die Studie vergleicht vor allem die Prinzipien der Aufgabenteilung zwischen der zentralen Regierung und den Gliedstaaten und analysiert zum einen das Modell der Subjektfinanzierung in Form eines persönlichen Budgets und deren Potenzial für die Schweiz, zum andern die Unterstützungsmodalitäten für betreuende Angehörige. Es ging darum, die Modelle zu identifizieren, die eine freie Wahl der Wohnform tatsächlich fördern.

Ein zweites Projekt untersuchte die Instrumente zur Bedarfsabklärung der IV-Leistungen Hilflosenentschädigung (HE), Intensivpflegezuschlag (IPZ) und Assistenzbeitrag (AB). Gleichzeitig wurde eine Bestandsaufnahme bzw. ein systematischer Vergleich der in der Schweiz im Bereich Wohnen zu Hause eingesetzten Instrumente zur Bedarfsabklärung durchgeführt. Laut der Autorenschaft verfolgen die Instrumente der IV grundsätzlich einen defizitorientierten Ansatz und richten sich nach einer medizinischen Definition von Behinderung, anstatt sich auf ein biopsychosoziales Konzept (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO [International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF]) zu stützen. Die weitgehend standardisierten Modelle eignen sich nicht für alle Arten von Behinderungen und können den individuellen behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf nicht angemessen berücksichtigen. Gestützt auf diese Erkenntnisse haben die Autorinnen und Autoren Ansätze zur Weiterentwicklung formuliert.

In der dritten Studie im Bereich der IV-Leistungen wurde der Assistenzbeitrag evaluiert. Von 2012 bis 2019 bezogen 3466 Erwachsene mindestens einmal eine solche Leistung. Im Jahr 2019 bezogen 2940 Erwachsene einen Assistenzbeitrag, von denen 11 % das ordentliche Rentenalter bereits erreicht hatten. Bezügerinnen und Bezüger einer Hilflosenentschädigung schweren Grades sind übervertreten, während Personen mit psychischen Erkrankungen untervertreten sind. Die Evaluation gelangt zum Schluss, dass die vorrangigen Ziele des Assistenzbeitrags – die Förderung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, die Erhöhung der Chancen, trotz einer Behinderung eigenständig zu

Hause zu wohnen, und bessere Möglichkeiten, sich in die Gesellschaft und ins Berufsleben zu integrieren – erfüllt sind.

Der dritte Teil des Kapitels über Leistungen ist den Hilfsmitteln gewidmet. In einer Studie zu den Hörgeräten wurden Preise und Qualität der Versorgung im Rahmen der AHV und der IV nach dem Systemwechsel untersucht. Bis Juni 2011 waren Hörgeräte nach einem Tarifsysteem vergütet worden, danach wurde ein System mit Pauschalbeträgen angewendet. Laut den Ergebnissen ist die Qualität der Hörgeräteversorgung auf einem sehr hohen Niveau geblieben. Die Systemumstellung führte zu einem Preisrückgang um 9,2 %. Insbesondere in der IV liegen die Kosten aber wieder auf dem gleichen Stand wie im Tarifsysteem, weil tendenziell qualitativ hochwertigere Produkte gekauft wurden. Eine weitere Studie prüfte die Versorgung mit Kommunikationsgeräten. Die IV vergütet Kosten von elektrischen und elektronischen Kommunikationsgeräten für schwer sprech- und schreibbehinderte Versicherte, die zur Pflege des täglichen Kontakts mit der Umwelt auf ein solches Gerät angewiesen sind. Die Ergebnisse bestätigen, dass die Versicherten die Kommunikationsgeräte als nützlich empfinden und insgesamt zufrieden damit sind. Die Befragung deutet indes darauf hin, dass für einige Versicherte ein kostengünstigeres alternatives Gerät (oft ein Tablet) nützlicher wäre. Die Abklärungs- und Beratungsleistungen der Anbietenden sind zufriedenstellend; wegen gewisser Schwachstellen werden die Kommunikationsmöglichkeiten aber nicht optimal ausgeschöpft.

#### *4. Stellungnahmen des BSV*

Das BSV nimmt zum Schluss jedes Kapitels Stellung zu den Schlussfolgerungen und Empfehlungen der FoP3-IV-Berichte. Dabei wird jeweils aufgezeigt, welche Massnahmen seit Abschluss der Forschungsprojekte bereits im Rahmen der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung (WEIV) umgesetzt oder ausserhalb der WEIV aufgenommen wurden und welche weiteren Änderungen vorgesehen sind.

Im Hinblick auf bereits *getroffene* Massnahmen halten die Stellungnahmen des BSV fest, dass im Rahmen der am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen WEIV zahlreiche Ergebnisse und Empfehlungen der FoP3-IV-Berichte aufgenommen und umgesetzt wurden. Unter anderem wurden die Massnahmen der Früherfassung und der Frühintervention wie auch die Integrationsmassnahmen auf Jugendliche ausgeweitet und die Möglichkeiten der IV-Mitfinanzierung von kantonalen Angeboten des CMBB und Brückenangeboten zur Vorbereitung auf erstmalige berufliche Ausbildungen gesetzlich verankert. Damit kann die IV wie empfohlen die Kooperation mit den kantonalen Akteurinnen und Akteuren der Sekundarstufe II intensivieren und ausbauen. Weiter betont das BSV in seinen Stellungnahmen, dass den Empfehlungen verschiedener Forschungsarbeiten entsprechend die medizinischen Eingliederungsmassnahmen erweitert, die Beratung und Begleitung für Jugendliche sowie für junge und erwachsene psychisch Erkrankte ausgebaut und die Integrationsmassnahmen für psychisch erkrankte Erwachsene flexibilisiert wurden. Im Zusammenhang mit den Empfehlungen zu einer intensivierten Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und den Arbeitgebenden sowie einer verstärkten Ausrichtung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen auf den ersten Arbeitsmarkt wird festgehalten, dass diese Stossrichtungen ebenfalls im Rahmen der WEIV gesetzlich verankert wurden.

In Bezug auf die Forschungsergebnisse zu den Dienstleistungen nach Art. 74 IVG prüft das BSV Möglichkeiten, unter den Bedingungen gleichbleibender Ressourcen die Mittel für Dienstleistungen nach Art. 74 IVG bedarfsgerechter zu verteilen. Durch die Limitierung von Leistungen zur Unterstützung und Förderung der Eingliederung Behinderter (LUFEB) konnten Mittel hin zu personenspezifischen Leistungen verlagert werden. Weiter hat das BSV – aufgrund der Ergebnisse der Forschungsarbeit zu den Auflagen zur Schadenminderung – die Weisungen im Bereich der Schadenminderungspflicht und der Auflagen umfassend überarbeitet. Unter anderem auch auf Basis der Erkenntnisse aus der Studie

über die berufliche Qualifizierung der Gutachterinnen und Gutachter in der Schweiz wurden im Bereich der medizinischen Begutachtungen sowohl im Verfahrensbereich wie auch im Bereich der Qualität und Qualitätssicherung Neuerungen eingeführt.

Über die WEIV hinaus wurden einige weitere Elemente der IV im Sinne der Empfehlungen in den Forschungsberichten angepasst: Um die nationalen Strukturen für die interinstitutionelle Zusammenarbeit zu stärken, wurden bereits 2017 die personellen Ressourcen der zuständigen Fachstelle erhöht und diese fest an das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) angegliedert. Weil die intensiven Frühinterventionsmethoden bei frühkindlichem Autismus als effiziente und angemessene Behandlungsmethode anerkannt wurden, hat das BSV zusammen mit den Kantonen ein weiterführendes Projekt gestartet. Dessen Ziel ist es, Modelle bezüglich Programmgestaltung, Impakt, Kosten und gemeinsamer Finanzierung zu entwickeln. Schliesslich arbeitet das BSV gemeinsam mit anderen Bundesämtern daran, die Datenlage zu den Übertritten zwischen den Systemen der sozialen Sicherheit kontinuierlich zu verbessern.

Im Hinblick auf *zukünftige* Massnahmen und Vorhaben der IV wird in den Stellungnahmen des BSV ebenfalls auf den Einbezug der Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Berichte des FoP3-IV hingewiesen: So soll die Leistungscoordination zwischen den Systemen der sozialen Sicherheit und in diesem Rahmen auch die Früherfassung bei der IV optimiert werden. Im Bereich der interinstitutionellen Zusammenarbeit und in Bezug auf die Angebote am Übergang von der Schule in die Berufsausbildung sind weitere Schritte vorgesehen, um in enger Kooperation mit den involvierten Akteurinnen und Akteuren die beruflichen Eingliederungschancen von Jugendlichen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erhöhen. Im Hinblick auf den in der WEIV avisierten Ausbau der Zusammenarbeit mit Arbeitgebenden und bezüglich der Ausrichtung verschiedener Eingliederungsmassnahmen auf den ersten Arbeitsmarkt werden entsprechende Massnahmen ebenfalls ausgebaut. Die IV-Stellen verfügen dank der revidierten gesetzlichen Grundlage nun über zusätzliche Mittel und Instrumente zur konkreten Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden, deren Auswirkungen im Jahr 2025 mit einer neuen Arbeitgeberbefragung gemessen werden. Auf nationaler Ebene sieht die WEIV zudem die Möglichkeit vor, die Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit zwischen der IV und den Dachorganisationen der Arbeitswelt durch Zusammenarbeitsvereinbarungen zu stärken.

Zu gegebenem Zeitpunkt kann die Umsetzung der neuen Regelungen im Rahmen der Schadensminderungspflicht, insbesondere der Einsatz von Auflagen zur Leistungsgewährung bei der beruflichen Eingliederung, in einer Folgestudie nachvollzogen werden. Auch die Ergebnisse der Studien im Bereich der Leistungen zur Unterstützung beim Wohnen werden herangezogen, um allenfalls eine Anpassung und Optimierung dieser Leistungen zu prüfen. Im Rahmen der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG wird eine weitere Verschiebung von Finanzierungsmitteln zugunsten personenspezifischer Dienstleistungen sowie eine bessere Koordination zwischen Bund, Kantonen und Behindertenorganisationen angestrebt. Die Studie zur wirtschaftlichen Situation von IV-Rentenbeziehenden aus dem Jahr 2020 wird als Ausgangs- und Referenzpunkt dienen, um mögliche Effekte des stufenlosen Rentensystems zu analysieren, das im Zuge der WEIV eingeführt wurde. Für die weitere Optimierung des Assistenzbeitrags wurde auf der Grundlage der Evaluation eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Sie prüft insbesondere, wie diese Leistung administrativ vereinfacht werden könnte. Auch im Bereich der Versorgung mit Hörgeräten sieht das BSV aufgrund der Evaluationsergebnisse mittelfristigen Handlungsbedarf. Der Markt für Kommunikationsgeräte hat sich seit der Realisierung der hier präsentierten Studie stark verändert. Derzeit finden Abklärungen und künftig möglicherweise auch Neuverhandlungen mit den Anbietenden statt. Auch hier werden die Erkenntnisse der im FoP3-IV realisierten Evaluation einfließen.



## Riassunto

Dopo i primi due programmi, svoltisi tra il 2006 e il 2015, è stato lanciato un terzo programma di ricerca sull'assicurazione invalidità (PR3-AI) per il periodo compreso tra il 2016 e il 2022. Ne sono scaturiti 24 studi, sfociati in numerosi rapporti pubblicati nella collana dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) *Aspetti della sicurezza sociale*. Il presente rapporto ne riepiloga i principali risultati, le conclusioni e le raccomandazioni, articolati in tre capitoli tematici. Il primo campo tematico concerne il sistema dell'AI e i suoi punti di contatto con altri sistemi (p. es. l'aiuto sociale) o settori (p. es. la disoccupazione e l'alloggio). Il secondo riguarda il ruolo e la prospettiva di diversi attori centrali per l'AI (assicurati, medici, datori di lavoro ecc.). Infine, il terzo campo tematico è incentrato sulla valutazione di prestazioni specifiche dell'AI (p. es. provvedimenti di reinserimento, contributo per l'assistenza e protesizzazione con apparecchi acustici).

Ogni capitolo si conclude con una posizione dell'UFAS concernente le conclusioni e le raccomandazioni dei progetti. Informa così sulle misure prese in seguito alla pubblicazione degli studi e sui lavori in corso e indica l'eventuale considerazione dei risultati nell'elaborazione della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, entrata in vigore il 1° gennaio 2022.

### *1. Il sistema dell'AI e i suoi punti di contatto*

Il capitolo concernente il sistema dell'AI e i suoi punti di contatto presenta nella prima parte gli studi relativi all'impostazione dei passaggi tra l'AI e altri settori della sicurezza sociale. Il primo rapporto trattato esamina i passaggi dall'AI all'aiuto sociale che potrebbero essere dovuti alla ridefinizione dell'AI come assicurazione orientata all'integrazione. Sulla base dei dati del periodo compreso tra il 2005 e il 2017, i risultati dello studio mostrano due tendenze: da un lato, dalla 5<sup>a</sup> revisione AI la quota delle persone che riprendono a esercitare un'attività lucrativa quattro anni dopo la presentazione di una richiesta di prestazioni AI è cresciuta dal 50 per cento (coorte di richiesta di prestazioni 2006) al 58 per cento (coorte di richiesta di prestazioni 2013); dall'altro, nel periodo in esame è aumentata anche la quota delle persone che percepiscono prestazioni dell'aiuto sociale nel quarto anno successivo alla richiesta di prestazioni AI, passata dall'11,6 per cento (coorte 2006) al 14,5 per cento (coorte 2013). L'importanza di questi sviluppi per l'aiuto sociale emerge dall'approccio trasversale del 2017: il 3,1 per cento di tutti gli incarti dell'aiuto sociale appartiene a persone che in passato hanno richiesto prestazioni AI e un ulteriore 1,1 per cento a persone cui è stata soppressa la rendita AI.

Per quanto concerne i punti di contatto dell'AI, è stata inoltre svolta una valutazione della collaborazione interistituzionale (CII) a livello nazionale. Ne è emerso che la struttura organizzativa dell'organizzazione nazionale CII corrisponde ampiamente a quella definita nella decisione d'istituzione e che nel complesso essa adempie il compito di ottimizzare la collaborazione tra l'assicurazione contro la disoccupazione, l'AI e l'aiuto sociale. Tuttavia, gli organi istituiti non hanno potuto attuare pienamente tutti i compiti, anche a causa delle limitate risorse di personale. Inoltre, non vi è sempre una concezione univoca di problemi, gruppi target e obiettivi.

Per quanto concerne i punti di contatto tra l'AI e il sistema formativo, è stato svolto uno studio che analizza specificamente l'offerta per i giovani con limitazioni dovute a ragioni di salute nella fase di transizione dalla scuola dell'obbligo alla formazione professionale (transizione I). Vi si stima che circa il 28 per cento degli assicurati di età compresa tra 16 e 24 anni affetti da malattie psichiche, congenite e infantili dovrebbe richiedere prestazioni dell'AI prima degli altri per poter essere accompagnato meglio. Inoltre, per una parte dei giovani in questione l'offerta resta lacunosa. Emerge anche la necessità di ottimizzare il flusso di informazioni sia da parte degli uffici AI che tra gli attori che accompagnano gli adolescenti nelle diverse fasi della formazione. Laddove il case management formazione

professionale (CM FP) viene sfruttato attivamente, la collaborazione risulta tendenzialmente migliore.

Un altro studio legato alla questione dei punti di contatto è quello condotto dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) circa l'integrazione professionale e sociale delle persone con disabilità, cofinanziato nel quadro del PR3-AI, nel cui contesto è stata svolta un'analisi globale sistemica della sicurezza sociale per le persone con disabilità nel confronto internazionale. Pur constatando progressi verso una politica orientata all'integrazione nei Paesi dell'OCSE, per le persone in esame si rilevano ancora svantaggi per quanto concerne il livello formativo, la situazione occupazionale e la dipendenza da trasferimenti. Inoltre, il rischio di povertà delle persone con disabilità è aumentato rispetto a quello delle persone senza disabilità. In Svizzera il rischio di povertà è inferiore alla media dei Paesi dell'OCSE.

Nella seconda parte del primo capitolo l'accento è posto sugli strumenti e sulle strutture all'interno dell'AI. Un progetto ha analizzato l'adeguatezza delle prestazioni secondo l'articolo 74 LAI in termini di copertura del bisogno. Emerge l'eterogeneità delle organizzazioni (mantello) con le quali l'UFAS stipula contratti per la concessione di aiuti finanziari per prestazioni a sostegno delle persone con disabilità. Inoltre, a seconda del gruppo target, varia anche il bisogno soggettivo, cosicché l'aumento osservabile di aventi diritto alle prestazioni non va di pari passo con un bisogno più elevato della stessa entità. In ogni caso, circa 4 interpellati su 10 hanno dichiarato di aver bisogno di ulteriore assistenza in almeno un ambito della loro vita. In conclusione si trae un bilancio positivo: le prestazioni secondo l'articolo 74 LAI sono in linea di massima adeguate ai bisogni e permettono un miglioramento della situazione nella maggior parte degli ambiti della vita.

Un altro rapporto di ricerca era dedicato alle condizioni concernenti la riduzione del danno previste per gli assicurati. Queste condizioni sono rare e gli uffici AI le giudicano piuttosto impegnative, soprattutto per quanto concerne la valutazione dell'efficacia. Gli assicurati hanno adempiuto le condizioni poste in oltre la metà dei casi esaminati. L'adempimento delle condizioni poste si rivela efficace soprattutto nel settore integrazione, dove è molto probabile che in tal modo gli assicurati proseguano o concludano il provvedimento d'integrazione in questione. Nel settore rendite, invece, la quota di successo è inferiore: soltanto nel 12 per cento dei casi si è rilevata una diminuzione del grado d'invalidità dopo l'adempimento della condizione posta.

Tra le strutture del sistema AI valutate rientra anche l'«Accord paritaire genevois», una convenzione di collaborazione locale del settore edile nel Cantone di Ginevra. Questa buona pratica potenzialmente trasferibile ad altri contesti mira a una rapida integrazione professionale. Le istituzioni partner e gli assicurati sottolineano l'utilità del trattamento coordinato dei casi nonché di una concessione rapida e più generosa di provvedimenti d'intervento tempestivo e d'integrazione. Nel caso del gruppo di assicurati esaminato la quota di concessione di rendite AI risulta inferiore a quella del gruppo di controllo e il collocamento più riuscito (con un tasso di successo superiore di circa la metà).

In un altro studio comparativo internazionale è stato affrontato il tema dell'integrazione sulla base delle riforme attuate in un campione di Paesi allo scopo di evitare la concessione di rendite e promuovere l'attivazione dei giovani. Tra le misure esaminate rientrano, oltre ad adeguamenti organizzativi, condizioni di diritto più restrittive e l'esclusione generalizzata dei giovani dalla concessione delle rendite. Spesso le riforme hanno comportato una diminuzione delle richieste e delle concessioni di rendite, e in alcuni Paesi si osserva anche una migliore integrazione nel mercato del lavoro. Va tuttavia rilevato che una quota consistente di persone continua a dipendere dai sistemi di sicurezza sociale anche dopo aver partecipato a provvedimenti di promozione e d'integrazione.

Infine, è stato svolto un progetto di ricerca relativo allo sviluppo dell'offerta di alloggi per le persone con disabilità. Dall'analisi di una vasta gamma di situazioni abitative, differenziate in base al contesto «istituzionale» o «privato», emerge che l'offerta di alloggi è diventata più variegata e hanno preso sempre più piede forme abitative decentralizzate. Inoltre si profila una chiara tendenza al finanziamento ai beneficiari. In alcuni Cantoni restano lacune concernenti le persone con disturbi particolarmente gravi e una mancanza di posti rapidamente disponibili in situazioni di crisi.

## 2. Attori

Il secondo capitolo del presente rapporto è dedicato agli attori, con un riepilogo dei lavori di ricerca da loro svolti e l'esposizione della loro collaborazione e interazione con l'AI. L'accento è posto in primo luogo sui beneficiari di prestazioni e in secondo luogo sui datori di lavoro, sugli psichiatri curanti e sui periti medici.

Le analisi relative agli assicurati avevano per oggetto da un lato la situazione economica dei beneficiari di rendite AI in generale e quelli di rendite AI con rendite complete per i figli in particolare e, dall'altro, la prospettiva degli assicurati circa i processi d'integrazione dell'AI e i profili dei giovani beneficiari di rendita affetti da malattie psichiche. Per quanto concerne la situazione economica dei beneficiari di rendite AI si può constatare che l'AI riesce relativamente bene a proteggere queste persone da un'esistenza con mezzi finanziari molto modesti. Non va tuttavia dimenticato che i redditi medi dei beneficiari di rendite AI sono nettamente inferiori a quelli dei non beneficiari. Questo vale anche per le economie domestiche di beneficiari di rendite AI (e AVS) con un diritto a rendite per i figli del 1° pilastro: dai risultati dell'analisi emerge con chiarezza che i figli di genitori beneficiari di rendite AI (e AVS) sono esposti al rischio di crescere in condizioni economiche precarie in misura maggiore rispetto ai figli delle famiglie non beneficiarie di tali rendite.

Per quanto concerne i profili dei giovani beneficiari di rendite AI affetti da malattie psichiche, i risultati dei lavori di ricerca svolti al riguardo mostrano inequivocabilmente che queste persone presentano spesso disturbi psichici gravi e molto precoci, che si manifestano perlopiù già in tenera età. Inoltre, una parte rilevante di tali giovani non ha mai frequentato le scuole regolari né ha mai esercitato un'attività professionale nel mercato del lavoro primario. Ciononostante, i ricercatori giungono alla conclusione che, malgrado il quadro iniziale sfavorevole, almeno per una piccola parte dei giovani beneficiari di rendita ci sarebbero state alternative alla rendita, che è stata concessa troppo presto. Questo deriva tra l'altro dall'insufficienza dei provvedimenti d'integrazione dell'AI assegnati o dalla mancata ripetizione degli stessi in caso d'insuccesso. Il fatto che provvedimenti mirati, che tengono conto in modo specifico delle limitazioni degli assicurati, costituiscano un fattore di successo centrale per l'integrazione professionale emerge anche dai risultati dello studio sulle prospettive degli assicurati circa i provvedimenti d'integrazione dell'AI. Questi mostrano che tali provvedimenti permettono non solo di aumentare il ritmo lavorativo e il grado occupazionale, ma anche di migliorare il comportamento lavorativo e l'autostima, nonché la capacità degli assicurati di lavorare nonostante i problemi di salute.

Come menzionato sopra, la seconda parte del capitolo dedicato agli attori esamina i lavori di ricerca che hanno illustrato i punti di contatto tra l'AI e i datori di lavoro, i periti e gli psichiatri curanti. I risultati relativi alla collaborazione con i datori di lavoro mostrano che gli uffici AI impostano le proprie strategie di cooperazione con i datori di lavoro in modo molto eterogeneo e che sia gli uni che gli altri valutano positivamente la collaborazione. Come fattore di successo centrale viene menzionato l'adeguamento della collaborazione al contesto culturale, geografico ed economico specifico del singolo Cantone. Alla stessa conclusione giunge pure l'ultima inchiesta svolta presso i datori di lavoro (2021), dalla quale emerge altresì che per ottimizzare la (re)integrazione professionale delle persone con problemi di salute, e in particolare della salute psichica, occorre che la comunicazione e la

collaborazione degli uffici AI siano improntate ai bisogni e alle opportunità peculiari delle diverse imprese a seconda di dimensioni e settore di attività.

Anche i lavori di ricerca relativi agli psichiatri curanti pongono l'accento sull'integrazione professionale delle persone affette da malattie psichiche. I risultati mostrano che la maggioranza dei pazienti psichiatrici ha problemi legati al lavoro e che, nonostante la frequenza e la rilevanza di tali problemi, mancano le basi tecniche per determinare quali siano gli interventi psichiatrici e quali le condizioni che contribuiscono a ridurre i problemi sul fronte lavorativo. Secondo lo studio in questione, occorre estendere la prospettiva psichiatrica al posto di lavoro per poter sostenere in modo ottimale la (re)integrazione professionale o il mantenimento del posto di lavoro dei pazienti in cura.

Oltre agli psichiatri curanti, altri attori presentano punti di contatto con l'AI: si tratta dei periti, spesso al centro dell'attenzione mediatica e politica nonché oggetto di critiche. I risultati dello studio sui profili dei periti attivi in Svizzera dimostrano tuttavia che i dubbi sulle qualifiche professionali dei periti sono infondati. Ne emerge infatti che tali periti dispongono di un ampio ventaglio di titoli di specializzazione; inoltre, quasi tre quarti hanno svolto un aggiornamento in medicina assicurativa e il 90 per cento vanta un'esperienza professionale di oltre 15 anni. Il rapporto sottolinea però anche le sfide del sistema peritale: per gli uffici AI è infatti difficile trovare periti adatti, soprattutto in determinate discipline mediche. Dal canto loro, i periti auspicano un maggiore orientamento alla prassi dell'offerta formativa nel settore peritale e un più elevato numero di corsi di aggiornamento in ambito medico-legale.

### *3. Prestazioni dell'AI*

Diversi progetti di ricerca e valutazione si sono concentrati sulle prestazioni dell'AI, al fine di valutare in particolare le modalità di attuazione e il grado di raggiungimento degli obiettivi o di individuare un potenziale di miglioramento. Il terzo capitolo del presente rapporto riepiloga i risultati di questi vari studi, distinguendoli in tre categorie: 1) provvedimenti d'integrazione; 2) provvedimenti di sostegno all'alloggio a domicilio; 3) mezzi ausiliari.

Nell'ambito dei provvedimenti d'integrazione, i risultati mostrano che a partire dal 2008 l'AI si è maggiormente orientata verso l'integrazione. Il contatto è preso più rapidamente e il numero di provvedimenti d'integrazione esterni è triplicato nel periodo compreso tra il 2005 e il 2018, in particolare per i provvedimenti d'intervento tempestivo. Per quanto concerne gli effetti sulla quota di nuove rendite e sull'integrazione professionale, le analisi statistiche mostrano come gli uffici AI che effettuano il triage verso l'integrazione senza formalità burocratiche (informazioni orali piuttosto che rapporti dei medici curanti) e in modo più rapido raggiungono risultati migliori. Un altro studio si è concentrato sui provvedimenti di reinserimento per preparare all'integrazione professionale. Tali provvedimenti hanno registrato un incremento del 68,8 per cento tra il 2012 e il 2018. Il 68,5 per cento dei beneficiari è affetto da una malattia psichica, con casi sempre più complessi. I provvedimenti sono tanto più efficaci se si pensa che il lasso di tempo intercorso dall'esercizio dell'ultima attività professionale è breve e che i provvedimenti di reinserimento vengono attuati nel mercato del lavoro regolare. Dal 2013 la quota di successo dei provvedimenti di reinserimento, ovvero il raggiungimento di una capacità d'integrazione professionale di almeno il 50 per cento, è aumentata di nove punti percentuali, attestandosi al 65 per cento nel 2017.

Un altro studio ha valutato un dispositivo innovativo dell'ufficio AI: le formazioni brevi strutturate. Queste sono tese a ristabilire, mantenere o migliorare la capacità al guadagno degli assicurati AI che hanno subito un danno alla salute offrendo loro possibilità di riqualificazione di breve durata. Le formazioni brevi strutturate sono state concepite per aumentare l'offerta di misure di formazione a vantaggio di persone di età media o avanzata, con un'esperienza professionale pregressa importante, che però, avendo un livello d'istruzione generalmente basso, avrebbero difficoltà a seguire i percorsi di formazione

classici nel quadro di una riforma professionale dell'AI. Dalla valutazione emerge che le formazioni brevi strutturate aumentano le opportunità d'integrazione professionale dei beneficiari, evitando al contempo la concessione di provvedimenti più lunghi e più costosi che esigono prerequisiti specifici. Un fattore di successo importante delle formazioni brevi strutturate è la collaborazione con le associazioni professionali, le quali garantiscono che i contenuti formativi siano in linea con quanto richiesto sul mercato del lavoro.

Infine, è stato condotto uno studio su un progetto pilota secondo l'articolo 68<sup>quater</sup> LAI concernente i metodi d'intervento precoce intensivo per il trattamento dell'autismo infantile. Dalla valutazione risulta che attraverso interventi intensivi globali di terapia comportamentale e/o orientati allo sviluppo si può migliorare notevolmente la situazione dei bambini e la qualità di vita dei genitori nonché ridurre l'onere pedagogico e i costi a livello macroeconomico. Sulla base dei risultati, gli autori raccomandano di riconoscere l'efficacia e l'appropriatezza di questa forma di trattamento.

Nell'ambito del sostegno all'alloggio a domicilio sono stati svolti tre progetti. Nel quadro di un primo studio, il caso svizzero è stato confrontato con altri tre modelli internazionali di sostegno all'alloggio a domicilio (Belgio, Paesi Bassi e Svezia), al fine di individuare possibili prospettive di sviluppo. Fatta eccezione per la Svezia, l'offerta di alloggi istituzionali resta un'opzione ampiamente sfruttata. Lo studio confronta in particolare le logiche di ripartizione dei compiti tra il Governo centrale e le autorità locali, e analizza il modello di finanziamento del soggetto sotto forma di budget personale e il suo potenziale per la Svizzera nonché le modalità di sostegno ai familiari assistenti, al fine di individuare possibili soluzioni che promuovano la libera scelta della forma di alloggio. Un secondo progetto era incentrato sugli strumenti per l'accertamento del bisogno relativi a determinate prestazioni dell'AI, ovvero l'assegno per grandi invalidi, il supplemento per cure intensive e il contributo per l'assistenza. In questo contesto sono stati elaborati una panoramica e un confronto sistematico degli strumenti per l'accertamento del bisogno impiegati in Svizzera nell'ambito dell'alloggio a domicilio. Secondo gli autori, gli strumenti dell'AI sono fondamentalmente orientati ai deficit e si basano su un modello di disabilità lontano da quello biopsicosociale proposto dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (*International classification of functioning, disability and health*, ICF). Dato l'elevato grado di standardizzazione, gli strumenti non sembrano dunque essere adeguati per tutti i tipi di disabilità e non possono tenere conto in modo appropriato dei bisogni di sostegno individuali. Su questa base, gli autori formulano possibili approcci di sviluppo. Il terzo studio di questo campo tematico verteva sulla valutazione del contributo per l'assistenza. Dal 2012 al 2019, 3466 adulti hanno beneficiato almeno una volta di un contributo per l'assistenza. Nel 2019 lo hanno percepito 2940 adulti, di cui l'11 per cento aveva già raggiunto l'età ordinaria di pensionamento. I beneficiari con una grande invalidità di grado elevato sono sovrarappresentati, mentre le persone con disturbi psichici sono sottorappresentate. Gli autori della valutazione giungono alla conclusione che gli obiettivi principali del contributo per l'assistenza, ovvero promuovere l'autonomia e la responsabilità individuale delle persone che necessitano di assistenza, aumentare le loro probabilità di vivere a casa propria nonostante la disabilità e offrire loro migliori possibilità d'integrazione sociale e professionale, sono raggiunti.

La terza parte del capitolo sulle prestazioni concerne i mezzi ausiliari. Uno studio sugli apparecchi acustici ha analizzato i prezzi e la qualità della protesizzazione nell'ambito sia dell'AVS che dell'AI in seguito al cambiamento del sistema di rimborso degli apparecchi acustici: fino al 2011, questi ultimi erano infatti rimborsati secondo un sistema con tariffe scaglionate, poi sostituito da un sistema con importi forfettari. I risultati mostrano che la qualità della protesizzazione con apparecchi acustici è rimasta di ottimo livello. Per quanto concerne i prezzi, il cambiamento di sistema ha portato a una riduzione del 9,2 per cento. Analizzando nello specifico l'AI, si constata però che i costi sono tornati allo stesso livello di quelli applicati con il sistema tariffale a causa di una tendenza ad acquistare prodotti di

qualità superiore. Un altro studio ha esaminato la fornitura di apparecchi di comunicazione. L'AI rimborsa i costi di apparecchi di comunicazione elettrici ed elettronici agli assicurati affetti da gravi difficoltà nel parlare o nello scrivere che dipendono da un tale apparecchio per mantenere i contatti quotidiani con il loro ambiente. I risultati confermano che gli apparecchi di comunicazione sono utili agli assicurati e che questi ultimi ne sono complessivamente soddisfatti. Si evince tuttavia che per una parte degli assicurati sarebbe più utile un altro tipo di apparecchio meno costoso (spesso un tablet). Gli autori dello studio rilevano che gli accertamenti e la consulenza offerti dai fornitori di prestazioni riscontrano grande soddisfazione, ma presentano alcuni punti deboli che compromettono lo sfruttamento ottimale delle possibilità comunicative.

#### 4. Posizioni dell'UFAS

Alla fine di ogni capitolo del presente rapporto l'UFAS prende posizione in merito alle conclusioni e alle raccomandazioni dei rapporti pubblicati nel quadro del PR3-AI ed esposti nel capitolo in questione. Si tratta in particolare di illustrare le misure già prese dalla conclusione dei progetti di ricerca, nell'ambito della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI o al di fuori di essa, e le ulteriori modifiche previste.

Per quanto concerne le misure già prese, l'UFAS constata che nell'ambito della riforma, entrata in vigore il 1° gennaio 2022, sono stati considerati e attuati numerosi risultati e raccomandazioni dei rapporti pubblicati nel quadro del PR3-AI. Per esempio, sono stati estesi ai giovani i provvedimenti di rilevamento e d'intervento tempestivi nonché i provvedimenti di reinserimento e si è provveduto a sancire per legge le possibilità per l'AI di cofinanziare misure cantonali di CM FP e formazioni transitorie cantonali volte a preparare a una prima formazione professionale. In questo modo l'AI può intensificare e ampliare la cooperazione con gli attori cantonali del livello secondario II, secondo quanto raccomandato. Inoltre, in questo contesto l'UFAS sottolinea che, conformemente alle raccomandazioni di diversi lavori di ricerca, i provvedimenti sanitari d'integrazione e l'offerta di consulenza e accompagnamento per i giovani e per gli assicurati affetti da malattie psichiche sono stati ampliati e i provvedimenti di reinserimento sono stati flessibilizzati per gli assicurati adulti affetti da malattie psichiche. Per quanto concerne le raccomandazioni relative a una rafforzata collaborazione con i medici curanti e i datori di lavoro e a un maggiore orientamento dei provvedimenti d'integrazione professionale al mercato del lavoro primario, si constata che anche in questo caso tali principi sono stati sanciti per legge nell'ambito della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI.

In merito ai risultati concernenti le prestazioni secondo l'articolo 74 LAI, l'UFAS sta vagliando diverse possibilità affinché i mezzi destinati a tal fine vengano ripartiti maggiormente in funzione del bisogno, pur mantenendo invariate le risorse a disposizione. La limitazione delle prestazioni volte a sostenere e promuovere l'integrazione degli handicappati (PSPIA) ha consentito di trasferire risorse alle prestazioni destinate a persone specifiche. Inoltre, considerati i risultati dei lavori di ricerca sulle condizioni concernenti la riduzione del danno, l'UFAS ha ampiamente rielaborato le istruzioni concernenti l'obbligo di ridurre il danno e le relative condizioni. Nel settore delle perizie mediche, anche tenendo conto dei risultati dello studio sulle qualifiche professionali dei periti attivi in Svizzera, sono state introdotte alcune novità sia in merito alla procedura che per quanto concerne la qualità e la garanzia della qualità.

Oltre a quanto realizzato nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, altri elementi dell'AI sono stati adeguati per dar seguito alle raccomandazioni formulate nei rapporti di ricerca: per rafforzare le strutture nazionali della CII, già nel 2017 sono state aumentate le risorse di personale del competente servizio specializzato, il quale è stato aggregato alla Segreteria di Stato dell'economia (SECO). In seguito al riconoscimento dei metodi d'intervento precoce intensivo come efficienti e appropriati per la cura dell'autismo infantile, l'UFAS ha avviato con i Cantoni un progetto di approfondimento, teso a sviluppare modelli

per l'impostazione dei relativi programmi, per l'impatto nonché per i costi e il finanziamento congiunto. Infine, l'UFAS sta lavorando con altri uffici federali per migliorare costantemente la disponibilità di dati relativi ai passaggi tra i sistemi della sicurezza sociale.

Per quanto concerne i provvedimenti e progetti *futuri* dell'AI, dalle posizioni dell'UFAS si evince l'intenzione di tenere conto delle conclusioni e raccomandazioni dei rapporti pubblicati nel quadro del PR3-AI, per esempio allo scopo di ottimizzare il coordinamento delle prestazioni tra i sistemi della sicurezza sociale e anche il rilevamento tempestivo dell'AI. Nell'ambito della CII e per l'offerta nella fase di transizione dalla scuola dell'obbligo alla formazione professionale sono previsti ulteriori lavori al fine di accrescere, in stretta cooperazione con gli attori coinvolti, le possibilità d'integrazione professionale dei giovani con un danno alla salute. Per quanto concerne il potenziamento della collaborazione con i datori di lavoro e l'orientamento di diversi provvedimenti d'integrazione al mercato del lavoro primario, annunciati con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, verranno prese misure in tal senso. Grazie alla base legale riveduta, gli uffici AI dispongono ormai di mezzi e strumenti supplementari per migliorare concretamente la collaborazione con i datori di lavoro, la cui efficacia sarà valutata nel 2025 con una nuova inchiesta presso questi ultimi. A livello nazionale, inoltre, la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI prevede la possibilità di rafforzare le condizioni quadro per la collaborazione tra l'AI e le associazioni mantello del mondo del lavoro tramite convenzioni di collaborazione.

A tempo debito verrà svolto uno studio di follow-up per analizzare l'attuazione delle nuove regolamentazioni relative all'obbligo di ridurre il danno, in particolare l'imposizione di condizioni per la concessione di prestazioni per l'integrazione professionale. Per valutare l'eventuale necessità di adeguamento e ottimizzazione delle prestazioni attuali si terrà conto anche dei risultati dei diversi studi in corso nell'ambito delle prestazioni di sostegno all'alloggio a domicilio. Per quanto concerne le prestazioni secondo l'articolo 74 LAI, si mira a un trasferimento aggiuntivo di mezzi di finanziamento a favore delle prestazioni destinate a persone specifiche e a un miglior coordinamento tra Confederazione, Cantoni e organizzazioni di aiuto ai disabili. Lo studio sulla situazione economica dei beneficiari di rendite AI del 2020 fungerà da punto di partenza e di riferimento per analizzare i possibili effetti del sistema di rendite lineare, introdotto con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. Per ottimizzare ulteriormente il contributo per l'assistenza, sulla base dei risultati della valutazione svolta è stato istituito un gruppo di lavoro incaricato principalmente di considerare le possibilità esistenti per ottenere una maggiore semplificazione amministrativa di questa prestazione. Anche nell'ambito della protesizzazione con apparecchi acustici, considerati i risultati della relativa valutazione, l'UFAS rileva una certa necessità d'intervenire a medio termine. Il mercato degli apparecchi di comunicazione è notevolmente mutato dalla realizzazione dello studio presentato in questa sede. Attualmente sono in corso accertamenti e si prevedono nuovi negoziati con i fornitori. Anche in questo caso verranno presi in considerazione i risultati della valutazione svolta nel quadro del PR3-AI.



## Summary

The Third Invalidity Research Programme 2016–2022 (FoP-IV 3) follows on from the previous two multiannual research programmes (FoP-IV 1 and FoP-IV 2) which began in 2006 and ended in 2015. FoP-IV 3 produced 24 studies. These provided the basis for numerous reports which appeared in the FSIO **Soziale Sicherheit CHSS** series. The present report summarises the main findings, conclusions and recommendations of these studies. It is divided into three chapters, each of which deal with a specific theme. The first concerns the IV and its interfaces with other systems and structures (e.g. social assistance, unemployment insurance, housing). The second chapter focuses on analyses of the role and perspectives of key actors (e.g. the insured, physicians and employers). The third and final chapter is given over to the evaluation of specific IV benefits and measures (e.g. integration measures, the personal assistance allowance, and hearing aid provision).

Each chapter ends with a statement by the FSIO that sets out its position on the research conclusions and recommendations, and details the action that has been taken since the reports were submitted, as well as ongoing work. The statement also indicates which findings have helped to inform the 'Further development of the IV' reform, which came into force on 1 January 2022

### *1. The IV system and its interfaces*

The first part of this chapter presents studies which investigate transfers between the IV and other parts of the Swiss social security system. The first report looks at transfers from the IV to social assistance, some of which might be due to the integration-centred realignment of the IV. The results, based on data from 2005 to 2017, reveal two trends. First, the proportion of individuals who had returned to gainful employment four years after registering with the IV had risen, from 50% (2006 registration cohort) to 58% (2013 registration cohort) since the 5th InvIA revision. Second, the number of persons receiving social assistance four years after registering with the IV had also risen over the same period, from 11.6% (2006 registration cohort) to 14.5% (2013 registration cohort). A cross-sectional analysis of 2017 data found that both these trends had a noticeable impact on social assistance: 3.1% of all social assistance files involve individuals who had previously registered with the IV, and a further 1.1% had previously claimed an IV pension.

As regards IV interfaces, a study evaluated interinstitutional cooperation (IIZ) at the national level. It found that the national interinstitutional cooperation organisation largely fulfils the structural specifications of the constituting decision, as well as its mission of optimising cooperation between the unemployment insurance, invalidity insurance and social assistance schemes. However, the relevant committees were unable to carry out all tasks assigned to them due, among other things, to understaffing. Another issue was that they did not share the same understanding of the problems, target groups and objectives.

With regard to the IV-education system interface, one study specifically looked at measures to support young people with health impairments to make the transition from school to vocational training (transition I). It estimated that about 28% of young people aged 16 to 24 who have mental, congenital and early childhood disorders could receive better support if they registered with the IV earlier. The study also found that gaps still remain with regard to services for certain sections of this group, and that the flow of information between the IV offices and the actors who assist and support young people at different phases of the training process was patchy and could be improved. The research found that cooperation tends to be better in settings where the VET Case Management (VETCM) instrument is actively used.

An OECD study on the occupational and social integration of persons with disabilities, which was co-funded under FoP3-IV, generated a systemic overview and international

comparison of social security for persons with disabilities. It found that OECD countries have made progress on inclusion-oriented policies, but that persons with disabilities continue to be disadvantaged when it comes to educational qualifications, employment and reliance on transfer payments. It also observed that the risk of poverty is higher for persons with disabilities than their non-disabled peers. In Switzerland, however, the risk of poverty is below the OECD average.

The second part of the chapter focuses on instruments and structures within the IV. One project examined the needs-based nature of benefits under Art. 74 InvIA. It found that in relation to the provision of financial assistance to support persons with disabilities, the FSIO concludes contracts with a very wide variety of (umbrella) organisations. It also found that subjective demand differs from one target group to the other. Consequently, the observable increase in the number of insured who are entitled to benefits does not necessarily lead to a similar increase in demand for support. Nevertheless, around 4 out of 10 respondents stated that they needed additional support in at least one area of life. A positive conclusion is that the services provided under Art. 74 InvIA are largely needs-based and enable an improvement in most areas of the insured's life.

Another research report looked at the *Schadensminderung* requirements which stipulate that the insured must take all reasonable action, such as IV rehabilitation measures, to reduce their degree of invalidity or prevent its onset. These requirements are rarely applied, and the IV offices consider them to be rather time-consuming, especially when it comes to assessing their impact. The insured complied with the requirements in more than half of the cases examined. Compliance with requirements was particularly effective in relation to integration; the study found that the insured were very likely to continue or complete the integration measure pursuant to the requirement. In relation to pensions, the success rate was lower: in 12% of cases, a reduction in the degree of invalidity was observed after the requirement was imposed.

The evaluation of the structures of the IV system also considered the 'Accord paritaire genevois', a local cooperation mechanism between the IV and the construction sector in the canton of Geneva. The aim of this potentially transferable example of good practice is to fast-track the occupational integration process. The partner institutions and the insured reported that they found the coordinated case management instrument as well as the prompt and more generous award of early intervention and integration measures particularly useful. The IV discharge rate is lower for the group of insureds who benefited from support than for the control group, and job placements were also more successful (by around a half in each instance).

Another international comparison examined the issue of 'integration' by studying the reforms that other countries had introduced to prevent pension receipt among young people and to activate them. As well as organisational adjustments, measures included more restrictive eligibility criteria or a general exclusion of younger people from pension receipt. The reforms often led to reduced pension applications and lower numbers of new pension recipients. Some countries also saw improved labour market integration rates. At the same time, though, the international comparison found that a significant proportion of these individuals remain dependent on the social security system even after participating in support and integration measures.

Finally, a research project investigated the development of housing for persons with disabilities. It illustrated the breadth of existing housing provision using a typology that divided accommodation into two settings: 'institutional' and 'private'. The study found that there is now a wider range of accommodation on offer and that decentralised, apartment-style structures have begun to emerge. It also found that the trend towards a direct payment funding model had gained momentum. The findings also showed that accommodation for

people with very severe impairments and readily available temporary emergency accommodation were still lacking in some cantons.

## 2. Actors

The second chapter of this synthesis report is given over to 'actors'. It summarises the findings and recommendations of studies that examined the actors who interact and cooperate with the invalidity insurance scheme. They include benefit recipients, employers, psychiatrists who treat the recipients, and medical experts.

Some analyses which looked at the insured focused on the economic situation of IV pension recipients in general and IV pension recipients who claim a supplementary child pension in particular. Others explored the IV integration processes from the perspective of the insured, or mapped the profiles of young IV pension recipients who have a mental health condition. The studies on the economic situation of IV pension recipients found that the IV is relatively successful in protecting them from the risk of poverty. However, it should be noted that the average income of IV pension recipients is much lower than that of non-recipients. This observation applies equally to households which have at least one IV (as well as OASI) pension recipient who is entitled to a supplementary child pension under the OASI scheme (first pillar). The findings on this point clearly show that children of parents who are on an IV (and OASI) pension are at risk of growing up in a household that is less well-off than children of non-claimants.

With regard to the profiles of young IV pension recipients with a mental health condition, the research found that they tend to be affected by a severe mental disorder which began in very early childhood. In these cases, the illness was generally detected early too. A significant share of these young people had neither attended mainstream school nor worked in the primary labour market. Nevertheless, the researchers concluded that despite this difficult start in life, there would have been alternatives to claiming an IV pension for at least a minority of recipients and that they may have been awarded an IV pension prematurely. One of the reasons for this situation was that either the young people concerned participated in too few integration measures or these measures failed to achieve the intended outcome and the young recipients were not given an opportunity to retake them. The analysis of IV integration measures from the perspective of the insured corroborated earlier findings that showed that targeted measures which are specifically geared to the insured's impairment are key to successful professional integration. The findings also indicate that targeted measures enable the recipient to not only increase the number of hours they work as well as their workload, but also improve their work behaviour, boost their self-confidence, and preserve their ability to work despite their illness.

As mentioned above, the second part of the chapter on 'Actors' summarises the findings of the research on the interaction between the IV and employers, experts and psychiatrists. The studies which analysed IV-employer cooperation found that cooperation strategies adopted by the IV offices vary widely but that both parties rate the collaboration positively. The key to successful cooperation is an approach that reflects the prevailing cultural, geographical and economic context in the canton concerned. This was also the conclusion of the most recent employer survey (2021), which indicated that to optimise the occupational (re-)integration of people with mental and other health impairments, IV offices must adopt communication and cooperation strategies that are geared specifically to the means and needs of the employer and industry concerned.

The research on treating psychiatrists also focused on the occupational integration of individuals with mental health conditions. The findings indicate that the majority of patients have workplace-related problems and that, despite the frequency and severity of these issues, there is a lack of expert evidence on the type of psychiatric interventions that can

mitigate them and under which conditions these can be implemented. According to the study, the psychiatric perspective should be extended to the working environment in order to ensure that patients receive the best possible support to aid their (re-)integration in the labour market or to keep their existing job.

Like the treating psychiatrists, medical experts also come into contact with the IV. They are often the focus of media and political interest, and criticism. However, the study on the profiles of medical experts working in Switzerland dispelled doubts about their professional qualifications. The findings show that they have a wide range of specialist medical qualifications. In addition, almost three quarters also hold an insurance medicine degree and 90% have more than 15 years' professional experience. However, the report also highlighted challenges. For example, the IV offices find it difficult to hire suitable experts, particularly those who specialise in certain disciplines. Experts, for their part, stated that they would like existing reporting-related training courses to have more practical content and would welcome greater medicolegal training opportunities.

### 3. IV benefits

A number of studies looked at the benefits provided by the IV. Objectives included an evaluation of how these benefits are implemented and to what extent they achieve their aims, and to identify where improvements could be made. This chapter summarises the findings of these studies and divides them into three categories: 1) rehabilitation measures; 2) in-home support measures; 3) assistive devices.

The results show that since 2008 the IV has prioritised rehabilitation/reintegration measures. Initial contact happens earlier while external rehabilitation measures have tripled over the 2005–2018 period, a development driven primarily by a stronger focus on early intervention efforts. With regard to the impact on the pension amounts awarded to new claimants and professional integration, the statistical analyses show that the performance of the invalidity insurance offices (IV) has improved, and their procedure for triaging and referring applicants on for rehabilitation measures is less bureaucratic (verbal information rather than reports submitted by medical practitioners) and shorter. One study also investigated measures to prepare individuals for re-entry to the labour market. It found that these measures had risen by 68.8% over the 2012–2018 period, and that 68.5% of claimants in this group had a mental health condition. The study also observed an increase in the number of complex cases. These measures are more effective the shorter the time is between receipt and the claimant's last job, and when they are applied to the regular labour market. Between 2013 and 2017, the success rate of these labour market reintegration measures, i.e. the claimant's capacity for professional integration stands at 50% or more, has increased by nine percentage points, to 65%.

One study evaluated an innovative measure adopted by the IV office in Ticino, the 'Formazioni brevi strutturate' (short-term structured training). The aim here is to offer IV recipients with a health condition more options to regain, maintain or improve their ability to work through attendance at short-term retraining courses. The measure was designed primarily for individuals who are middle-aged or older and have lengthy work experience but few formal educational or training qualifications, which would therefore make it harder for them to complete a course offered as part of an IV retraining measure. The evaluation shows that the short-term structured training measure improves the claimants' chances of re-entering the labour market and avoids the need for lengthier and more costly measures that require the claimant to have certain skills already. A major factor behind the success of this innovative initiative is the involvement of trade associations, which ensures that the training is in line with labour market needs.

Finally, another study in this category investigated a pilot project under Art. 68quater InvIA on intensive early intervention methods to treat young children with autism. The evaluation

concluded that intensive and integrated behavioural and/or developmental therapy interventions lead to a significant improvement in the child's situation and in parental quality of life. They also lighten the burden borne by educators and reduce the costs to the national economy. The authors therefore recommended that these methods are officially recognised as an effective and appropriate form of treatment.

Three projects looked at IV in-home support measures. One study focused on an international comparison of assisted living models (Belgium, Netherlands, Sweden and Switzerland) with a view to identifying new avenues for the further development of the Swiss model. With the exception of Sweden, institutional accommodation accounts for the lion's share of assisted living options. The study compared the division of responsibilities between the central government and decentralised authorities, analysed the direct payments model which provides the person concerned with a personal budget, as well as the support measures available to carers. Here too, the aim was to identify measures which guarantee that the disabled have the freedom to choose where they want to live. A second project evaluated the instruments used in Switzerland to assess eligibility for three IV benefits: the helplessness allowance, the intensive care supplement, and the personal assistance allowance. It also compiled an inventory of these in-home support instruments and compared them. The authors found that the IV instruments are deficit-oriented and based on a medical model of disability that bears little relation to the ICF biopsychosocial conceptualisation of disability. The highly standardised nature of these instruments mean that they are not necessarily adapted to all forms of disability and unable to take an accurate account of the applicant's specific support needs. The third study evaluated the personal assistance allowance. From 2012 to 2019, 3,466 adults had received assistance benefits at least once. Of these recipients, 11% were of statutory retirement age or older. In addition, recipients with a severe degree of helplessness are over-represented, while those with mental health problems are under-represented. The authors concluded that the personal assistance allowance achieves its main objectives, namely promoting autonomy and responsibility, improving the chances of persons with disabilities to continue living at home, and facilitating their social and professional integration.

The third section is given over to studies on assistive devices provided under the IV. A study on hearing aids analysed the impact of a change in the reimbursement system on the price and quality of hearing aid provision under the OASI and IV. Until June 2011, a tariff-based reimbursement system was used. It was replaced by lump-sum payments. The authors found that the quality of provision remained very good and that the new reimbursement model led to a 9.2% drop in prices. With regard to the IV specifically, the costs remained unchanged because recipients tended to use the lump-sum contribution to purchase a better-quality aid. Another study focused on the provision of communication devices. The IV reimburses the costs of electronic and electronic communication devices if the person is severely disabled and relies on this equipment to stay in contact with the people around them. The results confirm that the insured find communication devices helpful, and are largely satisfied in this regard. However, the survey also indicated that another less expensive device (often a tablet) might have greater utility for certain groups of insured. The evaluation found that the respondents were satisfied with the providers' assessment and advice services, yet there are still a few shortcomings which hamper the exploitation of communication potential in full.

#### *4. FSIO position*

The end of each chapter features a statement by the FSIO setting out its position on the conclusions and recommendations of the FoP3-IV reports. The statement also details the measures that have since been taken, either as part of the further development of the invalidity insurance scheme or otherwise, as well as plans for more changes in the future.

With regard to measures that have already been *taken*, it is clear from the FSIO statements that many of the FoP3-IV research findings and recommendations have been adopted and implemented as part of the ongoing development of the invalidity insurance scheme, which came into effect on 1 January 2022. For example, early detection, early intervention and integration measures now extend to young people, while the legal bases were created for co-funding by the IV of 'VET Case Management' (CMBB) initiatives as well as transitional options that prepare the claimant for initial entry to the vocational education and training system. As the research recommended, these steps allow the IV to step up and expands its cooperation with cantonal actors at the upper secondary level of the education system. According to the FSIO statement, there are plans to adopt other recommendations from several studies. These include the expansion of medical measures to facilitate integration, increased counselling and support for adolescents, young people and adults with a mental health condition, as well as flexible integration measures for the latter. The FSIO notes that, as part of the further development of the invalidity insurance scheme, the law now includes a further two recommendations from the FoP-IV 3 programmes: greater cooperation with attending doctors and employers and closer alignment of occupational integration measures with the primary labour market.

On the subject of services under Art. 74 InvIA, the FSIO has taken note of the recommendation to apply a more needs-based approach to funding allocation. It is exploring options for implementing this proposal with the resources currently at its disposal. Limiting the award of benefits to support and encourage the integration of persons with disabilities has freed up funding for benefits that are paid out directly to the insured. The FSIO has also acted on the findings of a report on the duty of the insured to take all reasonable action, such as IV rehabilitation measures, to reduce their degree of invalidity or prevent its onset ('Schadenminderungspflicht'). It has therefore completely overhauled the relevant directives and conditions. The results of a study on the professional qualifications of medical experts in Switzerland has led to changes and improvements in relation to medical reports, the assessment procedure and quality assurance.

Beyond the further development of the IV, some other elements were adapted in line with the research recommendations. To strengthen the national interinstitutional cooperation structures, the specialist unit that oversees these activities increased its staff in 2017 and was permanently integrated in the State Secretariat for Economic Affairs (SECO). Because the intensive early intervention methods for early childhood autism have been recognised as an efficient and appropriate treatment, the FSIO has launched a further project together with the cantons. Its goal is to develop models with regard to programme design, impact, cost and shared funding. Finally, the FSIO is working with other federal offices to continuously improve the data on transfers between the different parts of the Swiss social security system.

The FSIO also stated that conclusions and recommendations from the FoP3-IV reports will inform *future* IV measures and projects. For example, there are plans to improve the IV early intervention measure and optimise the coordination of benefits provided by different parts of the social security system. Further measures will be taken in concert with the relevant actors in relation to interinstitutional cooperation and programmes to facilitate the school-to-training transition. The aim here is to boost the chances of young people with a health impairment successfully integrating in the labour market. Measures are also planned that will expand cooperation with employers, as announced in the further development of the IV, and align certain integration measures more closely with the needs of the primary labour market. As a result of the revised legal basis, the IV offices now have additional means and instruments at their disposal to improve cooperation with employers. An employer survey, which is scheduled for 2025, will gauge their impact. At the national level, the further development of the invalidity insurance scheme offers an opportunity for the IV and employer organisations to enter into cooperation agreements, which will in turn strengthen the existing cooperation framework.

In due time, the implementation of the new regulations concerning the 'Schadenminderungspflicht', particularly the conditions for the award of occupational integration benefits, may be the subject of a follow-up study. The results of the various ongoing studies on benefits for independent supported living will also be used to investigate if current benefits could be adapted or improved. With regard to services under Art. 74 InvIA, steps will be taken to redirect more funding to services that directly help the recipient and to improve coordination between the Confederation, the cantons and organisations for the disabled. The 2020 study on the economic situation of IV pension recipients will serve as a starting and reference point for an analysis of the potential effects of the continuous, linear pension schedule which was introduced as a result of the further development of the invalidity insurance scheme. With regard to the evaluation of the personal assistance allowance and its optimisation potential, the study findings led to the creation of a working group to explore options for further simplifying the administrative procedure. The FSIO also stated that following the findings of an evaluation of hearing aid provision, action must be taken in the medium term. The market for communication devices has changed considerably since the study was carried out. The IV is currently working with providers to clarify the situation with a view to future renegotiations. This process will also take into account the findings of the evaluation carried out as part of the FoP-IV 3 programme.



# 1 Introduction

Depuis la 4<sup>e</sup> révision de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI), l'art. 68 constitue la base légale nécessaire à la réalisation d'études scientifiques : « La Confédération entreprend ou fait réaliser des études scientifiques sur la mise en œuvre de la présente loi pour : a. en contrôler et en évaluer l'application ; b. en améliorer l'exécution ; c. en accroître l'efficacité et d. proposer les modifications utiles ». L'art. 96 RAI confie au Département fédéral de l'intérieur la responsabilité d'établir « un programme pluriannuel concernant des études scientifiques relatives à l'application de la loi ». Un programme de recherche pluriannuel (PR-AI)<sup>1</sup> a été développé en réponse au mandat légal. Les deux premiers programmes de recherche se sont succédés entre 2006 et 2015, suivis par un troisième, lancé pour la période allant de 2016 à 2022.

Les projets de recherche et évaluation du PR-AI menés chaque année permettent d'évaluer des mesures concrètes de l'AI ou de fournir des bases de décision concernant cette assurance importante, appartenant au premier pilier de la protection sociale. L'AI a enregistré près de 9,4 milliards de francs de recettes en 2021, une somme conséquente qui doit notamment pouvoir être gérée en s'appuyant sur des connaissances et des preuves en matière d'efficacité. La recherche et l'évaluation entretiennent ainsi un rapport dynamique avec l'objet évalué : il s'agit à la fois d'évaluer ce qui a été fait et de fournir des bases de décision pour le développement ultérieur de l'assurance.

L'utilité est un critère central pour le lancement des projets du PR-AI, et sa nature peut varier. Il peut s'agir en premier lieu de rendre des comptes au monde politique et à la population : dans quelle mesure les dispositifs et mesures atteignent-ils leurs buts ? Est-ce que le cadre financier des révisions de loi est respecté ? Observe-t-on des effets pervers sur d'autres systèmes, par exemple sur l'aide sociale et l'assurance-chômage ? Les projets peuvent ainsi avoir une fonction politique et servir de base de décision pour les pouvoirs publics. Des adaptations peuvent avoir lieu dans le cadre d'une révision de loi ultérieure en tenant compte des résultats des études. Par ailleurs, les résultats peuvent aussi être utiles du point de vue de la surveillance et du pilotage des offices AI exercés par l'OFAS. Des circulaires peuvent par exemple être adaptées, ou des objectifs relatifs à des mesures concrètes, être fixés aux offices AI. Enfin, la pratique des offices AI ou de leurs partenaires peut notamment bénéficier d'un effet d'apprentissage, grâce aux conclusions qui peuvent être tirées des résultats d'une évaluation. Les destinataires des projets sont donc à la fois les décideurs politiques, le public, l'OFAS ou encore les OAI et d'autres acteurs participant à la mise en œuvre de l'assurance-invalidité. Les implications des différentes études font l'objet d'un suivi sous la forme d'un monitoring de la mise en œuvre : il est ainsi garanti que les résultats et recommandations soient pris en compte. Le PR-AI 3 répond donc à un des objectifs stratégiques de l'OFAS, à savoir combler les principaux manques de connaissances et garantir l'utilisation des résultats de recherche afin de soutenir le développement de l'AI.

L'utilité des projets pour l'AI est garantie par l'organisation du PR-AI, en particulier par l'échange régulier avec les cadres du domaine AI et les différents spécialistes au sein et en dehors de l'OFAS, ainsi que par une discussion des rapports au sein de la Commission AVS/AI. Le PR-AI est en effet dirigé par un organe composé des chefs de secteur et de la direction du Domaine AI. Environ dix séances ont lieu chaque année afin de discuter du lancement de nouveaux projets et des résultats des projets achevés. Un plan de mise en œuvre est établi au début de chaque année afin de définir les priorités. Ces dernières sont régulièrement adaptées en cours d'année afin de répondre aux exigences du moment. Le

---

<sup>1</sup> <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services/forschung/forschungsbereiche/programmes-de-recherche-sur-lassurance-invalidite--pr-ai-.html>

programme est codirigé par une représentante du domaine AI et un représentant du secteur Recherche et évaluation (domaine Mathématiques, analyses et statistiques MAS) de l'OFAS. Cette structure de tandem est également appliquée au niveau des projets particuliers, qui sont toujours gérés par des spécialistes des deux domaines. Elle permet une complémentarité entre la responsabilité prioritairement matérielle des projets (domaine AI) et la responsabilité concernant la méthode et l'organisation (domaine MAS). Un groupe d'accompagnement est par ailleurs systématiquement mis en place, permettant aux projets de bénéficier d'une expertise et de la triangulation des points de vue sur les questions de recherche, la méthode ou encore le sens des résultats pour la pratique ou pour la politique. Les projets sont mandatés à l'externe, garantissant l'indépendance de la recherche et la spécialisation des compétences en fonction des besoins du projet.

Le PR-AI 3 a donné lieu à 24 études<sup>2</sup>, qui ont débouché sur de nombreux rapports publiés dans la série de l'OFAS *Aspects de la sécurité sociale*. Ces études ont généralement aussi fait l'objet d'articles de synthèse parus dans la revue *Sécurité sociale CHSS*.

Les coûts se situent dans une fourchette de 80 000 à 130 000 francs par projet, à quelques exceptions près dont les deux « extrêmes » de 40 000 francs et 510 000 francs. Le montant total atteint 2 808 572 francs pour les 24 projets sur sept ans. Le budget annuel d'environ 500 000 francs n'est pas toujours épuisé et constitue un investissement extrêmement modeste en regard des dépenses annuelles de l'AI (environ 0,005 %). Le financement provient du fonds de l'assurance-invalidité, mais également ponctuellement du crédit de conseil (Beratungskredit) de l'OFAS ou plus rarement des projets pilotes en vertu de l'art. 68<sup>quater</sup> LAI.

Le tableau suivant donne un aperçu synthétique des projets menés, des mandataires et des coûts. La version électronique du présent rapport de synthèse permet également d'accéder directement aux rapports de recherche en pressant sur les liens correspondants.

	Publication	Titre	Numéro / lien	Mandataire	Coûts (CHF)
1.	2022	Disability, Work and Inclusion : Mainstreaming in All policies and Practices (OCDE)	<a href="#">OCDE</a>	Projet de l'OCDE cofinancé par l'OFAS	110 000
2.	2022	Unterstützung beim Wohnen zu Hause: Instrumente zur Bedarfsabklärung	<a href="#">11/22</a>	HSLU/HES-SO	85 891
3.	2022	Soutien au logement à domicile : modèles internationaux	<a href="#">10/22F</a> <a href="#">10/22D</a>	HETSL	100 094
4.	2022	Enquête « Le point de vue des employeurs sur l'AI et ses instruments »	<a href="#">3/22</a>	DemoSCOPE	82 024
5.	2020	Evaluation der Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung	<a href="#">17/20</a>	Across Concept	120 000
6.	2020	Evaluation Assistenzbeitrag 2012 bis 2019	<a href="#">16/20</a>	BASS	108 212
7.	2020	Analyse der Preise und der Qualität in der Hörgeräteversorgung	<a href="#">15/20</a>	IWSB	510 000

<sup>2</sup> Deux rapports ont été réalisés au moment du passage entre le PR-AI 2 et le PR-AI 3 et ont été résumés de manière moins approfondie dans cette synthèse. Ils s'ajoutent aux 24 rapports.

8.	2020	Situation économique des rentiers AI	<a href="#">14/20</a>	BASS	90 000
9.	2020	Entwicklung der Übertritte von der Invalidenversicherung in die Sozialhilfe. Analysen auf Basis der SHIVALV-Daten	<a href="#">8/20</a>	BASS	67 459
10.	2020	Conditions émises à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage	<a href="#">1/20</a>	Vatter / BFH	120 000
11.	2019	État des lieux de l'offre en logements adaptés aux personnes en situation de handicap	<a href="#">7/19</a>	BFH	129 057
12.	2018	Évaluation de l'efficacité des méthodes d'intervention précoce intensive pour l'autisme infantile	<a href="#">9/18</a>	ZHAW	94 500
13.	2018	L'intégration sociale et professionnelle du point de vue des assurés AI : facteurs de succès, déroulement et satisfaction	<a href="#">8/18</a>	Clinique psychiatrique de Bâle-Campagne ; CHUV, HSD, ValueQuest	126 000
14.	2018	Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung der medizinischen Gutachterinnen und Gutachter	<a href="#">5/18</a>	Interface	102 393
15.	2017	Patienten mit Arbeitsproblemen. Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz	<a href="#">11/17</a>	Clinique psychiatrique de Bâle-Campagne	–
16.	2017	Evaluation der «Formazioni brevi» Évaluation du dispositif « Formazioni brevi »	<a href="#">10/17D</a> <a href="#">10/17F</a>	SUPSI	86 400
17.	2017	Angebote am Übergang I für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen	<a href="#">9/17</a>	Across Concept	130 000
18.	2017	Évaluation de la contribution d'assistance 2012-2016	<a href="#">8/17</a>	BASS	166 502
19.	2017	Évaluation de l'accord paritaire genevois Evaluation «Accord paritaire genevois»	<a href="#">6/17F</a> <a href="#">6/17D</a>	Evaluanda / Serdaly & Ankers	93 765
20.	2017	Junge Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen: rentenvermeidende und aktivierende Massnahmen Jeunes atteints dans leur santé : mesures d'activation et de prévention de la dépendance aux rentes d'invalidité	<a href="#">3/17D</a> <a href="#">3/17F</a>	Prins	44 275
21.	2016	Analyse des besoins et de l'offre dans le domaine des prestations visées à l'art. 74 LAI	<a href="#">15/16</a>	Vatter	187 000
22.	2016	Analyse de la fourniture d'appareils de communication aux assurés AI	<a href="#">13/16</a>	Infras	90 000
23.	2016	Évaluation des structures nationales de la CII	<a href="#">8/16</a>	Egger & Partner	40 000
24.	2016	Collaboration entre les offices AI et les employeurs	<a href="#">1/16</a>	Vatter	125 000

Les données utilisées pour ces différents projets sont multiples : données de la Centrale de compensation<sup>3</sup>, comptes individuels AVS, SHIVALV<sup>4</sup>, données fiscales WiSiER<sup>5</sup>, Registre des entreprises et des établissements de l'Office fédéral de la statistique (OFS)<sup>6</sup>, registre des professions médicales de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)<sup>7</sup>, dossiers d'assurés, documents internes aux OAI (processus, concepts), rapports d'audit, bases légales (lois, ordonnances, directives) et enfin enquêtes et entretiens auprès de nombreux acteurs (OAI, assurés, médecins, employeurs, cantons, organisations cantonales et nationales etc.). Cette liste n'est pas exhaustive et a donné lieu à des analyses très variées, qu'elles soient statistiques ou qualitatives.

Le présent rapport synthétise les principaux résultats, conclusions et recommandations des études. Il est constitué de trois chapitres thématiques qui regroupent l'ensemble des études publiées du PR-AI 3. Le premier porte sur le système de l'AI et ses interfaces avec d'autres systèmes ou structures (par exemple aide sociale, chômage, problématique du logement). Le deuxième analyse le rôle ou le point de vue de différents acteurs majeurs de l'AI (assurés, médecins, employeurs etc.). Enfin, le troisième chapitre met l'accent sur l'évaluation de prestations spécifiques de l'AI (par exemple mesures de réinsertion, contribution d'assistance ou fourniture d'appareils auditifs).

Chaque chapitre se termine par une prise de position de l'OFAS concernant les conclusions et recommandations des projets. L'office fait ainsi part des mesures prises à la suite de la publication des études et des travaux en cours, et indique les résultats qui ont été pris en compte lors de l'élaboration du Développement continu de l'AI, révision entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

---

<sup>3</sup> <https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/6410>

<sup>4</sup> <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/securite-sociale/enquetes/shivalv.html>

<sup>5</sup> <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services/forschung/forschungsbereiche/WiSiER.html>

<sup>6</sup> Registres des entreprises | Office fédéral de la statistique (admin.ch)

<sup>7</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinalberuferegister-medreg.html>

## 2 Le système de l'AI et ses interfaces

Le présent chapitre est consacré au système de l'AI et à ses interfaces et se compose de deux parties. La première (2.1) s'intéresse à la (re)configuration des interfaces institutionnelles entre l'AI et les domaines voisins. La seconde (2.2), où se retrouvent également des aspects de la collaboration interinstitutionnelle, aborde les différentes structures formant le système de l'AI et leurs effets pratiques. En fin de chapitre, les recommandations formulées dans les rapports de recherche à l'intention de l'OFAS et de l'AI sont récapitulées (2.3), et les prises de position de l'OFAS sur les résultats des études sont présentées (2.4).

### 2.1 Interfaces entre l'AI et les autres branches de la sécurité sociale

Les interfaces entre l'AI et les autres branches de la sécurité sociale ont fait l'objet d'une série d'études dans le troisième programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI 3). Ces études portaient d'une part sur l'organisation institutionnelle des transferts et, d'autre part, sur les efforts consentis en vue d'améliorer la collaboration interinstitutionnelle entre les acteurs concernés qui contribuent de manière essentielle au fonctionnement de l'AI. La manière dont l'AI interagit avec son environnement institutionnel – avec la santé, les institutions en charge de la réadaptation professionnelle ou l'éducation – est déterminante pour atteindre les objectifs : prévenir, réduire ou éliminer l'invalidité grâce à des moyens simples et pertinents, ainsi que compenser adéquatement les effets économiques permanents de l'invalidité.

Dans le PR-AI 3, les interfaces du système de l'AI ont été principalement abordées à travers quatre projets de recherche et/ou d'évaluation. Un premier rapport s'est penché sur les passages présumés de l'AI à l'aide sociale liés aux révisions de la LAI, tandis qu'un autre portait sur l'évaluation des nouvelles structures de collaboration interinstitutionnelle créées au niveau national. Une troisième étude a été consacrée aux offres destinées aux jeunes atteints dans leur santé durant le passage de l'école à la formation professionnelle. Enfin, une étude comparative internationale de l'OCDE a examiné la situation des personnes en situation de handicap en termes de formation, d'activité professionnelle et de revenus.

#### 2.1.1 Évolution des passages de l'assurance-invalidité à l'aide sociale

L'étude relative aux personnes qui touchent l'aide sociale un certain temps après leur première demande AI a examiné cette tendance au cours des quinze dernières années. Sur cette période, trois révisions de la LAI axées sur la réadaptation ont été mises en œuvre. En utilisant les données AS-AI-AC (données fusionnées des trois organismes de sécurité sociale AI, Assurance-chômage AC et aide sociale) et des informations complémentaires, l'étude s'est intéressée à la fréquence des passages de l'AI vers l'aide sociale et l'a mise en contexte à l'aide d'autres données relatives à l'AI et au marché du travail (Guggisberg, Bischof 2020).

De 2005 à 2017, le nombre de premières demandes de prestations déposées chaque année auprès de l'AI a augmenté de près d'un tiers, passant de 43 610 à 57 720, tandis que la population a connu une croissance de 11 %. Outre l'évolution démographique, le vieillissement de la population joue aussi un rôle dans la hausse des demandes, celles-ci tendant à augmenter avec l'âge. Selon les auteurs, la nouvelle orientation donnée à l'assurance-invalidité dans les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> révisions de la LAI a cependant aussi contribué à cette hausse. Ces révisions prévoient que les personnes présentant un risque d'atteinte durable à la santé doivent s'annoncer le plus tôt possible à l'AI. Au total, le taux de demande (part de la population assurée qui dépose une demande de prestations de l'AI) a augmenté de 28 % au cours des dix dernières années (de 0,83 % à 1,06 %), une hausse

largement imputable à l'évolution au sein de la tranche d'âge des moins de 50 ans (Guggisberg, Bischof 2020 : p. 13).

Parmi les personnes ayant déposé une demande de prestations à l'AI en 2005 et en 2014, environ un tiers ont perçu une prestation AI dans les quatre ans suivant le dépôt de la demande. Concernant le type de prestation, le rapport entre mesures de réadaptation et rentes octroyées a beaucoup changé pendant cette période : si la part des mesures de réadaptation a progressé, celle des rentes octroyées a diminué. Dans la cohorte de personnes ayant déposé une demande en 2005, 26 % touchaient une rente AI quatre ans plus tard (donc en 2009), contre 15 % seulement en 2018 pour la cohorte 2014. Malgré un nombre plus élevé de demandes, la cohorte 2014 s'est vu octroyer près de 3400 nouvelles rentes de moins que la cohorte 2005. Comme le montre l'étude, ce recul des nouvelles rentes ne s'explique statistiquement ni par les changements intervenus dans la composition structurelle de la population de demandeurs de prestations AI, ni par l'évolution observée sur le marché du travail (Guggisberg, Bischof 2020 : pp. 26-30 et 48).

Sur cette base, les auteurs ont ensuite analysé la situation des assurés qui n'ont pas perçu de rente au terme de leur première demande AI. Les personnes ayant déposé une demande en 2013 étaient plus nombreuses à exercer une activité lucrative quatre ans après leur première demande AI que celles des cohortes précédentes. Leur part est en effet passée de 50 % (cohorte 2006 : 12 390 personnes) à 58 % (cohorte 2013 : 16 820 personnes). Parallèlement, la part des personnes touchant un revenu d'une activité lucrative supérieur à 3000 francs par mois (seuil défini comme permettant de couvrir les besoins essentiels) est passée de 31 % (cohorte 2006 : 9590 personnes) à 38 % (cohorte 2013 : 14 800 personnes).

Dans le même temps, la part des personnes touchant l'aide sociale économique au cours de la quatrième année suivant le dépôt de leur demande de prestations auprès de l'AI est passée de 11,6 % (cohorte 2006) à 14,5 % (cohorte 2013), soit un accroissement de 25 % (Guggisberg, Bischof 2020 : p. 49), avec une hausse particulièrement marquée pour les cohortes 2008 et 2012. La valeur observée de 14,5 % (2013) se distingue de la projection faite à partir des changements intervenus dans la composition des demandeurs de prestations AI, ainsi que de l'évolution des taux de chômage cantonaux depuis 2006. Cette projection aboutissait à une estimation de 10,3 % de personnes percevant l'aide sociale quatre ans après le dépôt de leur demande de prestations à l'AI pour la cohorte 2013. Cette différence de 4,2 points peut être interprétée comme la valeur maximale du transfert de l'AI vers l'aide sociale pour la cohorte 2013 (Guggisberg, Bischof 2020 : p. 64). Selon cette estimation, près de 29 % (4,2 % de 14,5 % = 28,97 %) des transferts observés vers l'aide sociale dans la cohorte 2013 n'auraient pas eu lieu dans le cadre légal de 2006.

Dans la vue transversale, la situation pour 2017 est la suivante : 175 240 unités d'assistance ont eu recours à l'aide sociale durant cette année selon la statistique de l'aide sociale. Parmi elles, 25 710 personnes (14,7 % des unités d'assistance) ont déposé une demande de prestations à l'AI auparavant (entre 2006 et 2013) et plus de 2000 ont vu leur rente être supprimée entre 2008 et 2015 (1,1 % des unités d'assistance). Au total donc, 15,8 % des 175 240 unités d'assistance qui ont touché l'aide sociale avaient déposé une demande de prestations auprès de l'AI auparavant. En appliquant le pourcentage moyen de transfert de 21,2 %<sup>8</sup>, obtenu par une estimation statistique, aux 25 710 personnes qui, en 2017, touchaient l'aide sociale alors qu'elles avaient précédemment déposé une

---

<sup>8</sup> Selon la méthode d'estimation utilisée, en moyenne 21 % des bénéficiaires de l'aide sociale toutes cohortes confondues ne l'auraient pas perçue quatre ans après le dépôt de leur demande de prestations auprès de l'AI (mais auraient touché une rente AI) si le taux des rentes octroyées ajusté des données relatives au marché du travail et de la composition des premières demandes était resté le même qu'en 2006 (Guggisberg, Bischof 2020 : p. 72).

demande de prestations auprès de l'AI, on arrive à 5450 personnes qui (selon le modèle d'estimation) percevaient l'aide sociale en raison des modifications de la LAI, soit 3,1 % de l'ensemble des dossiers d'aide sociale de l'année en question. Par ailleurs, si les suppressions de rentes intervenues entre 2008 et 2015 ayant débouché sur une perception de l'aide sociale jusqu'en 2017 sont assimilées à des transferts de l'AI vers l'aide sociale, cela représente 1,1 % supplémentaire.

### 2.1.2 Structures nationales de la collaboration interinstitutionnelle

La mise en place de la collaboration interinstitutionnelle (CII) vise à renforcer les synergies entre les différents acteurs de la sécurité sociale (assurance-chômage, assurance-invalidité et aide sociale) dans le domaine de la réadaptation professionnelle. Elle a pour but de coordonner les institutions du système de la formation professionnelle et de l'insertion professionnelle de façon à accroître les chances de réadaptation des personnes présentant des problématiques multiples. Les objectifs fixés dans la décision du 11 novembre 2010 instituant la CII étaient les suivants : organisation et pilotage actifs des compétences législatives et d'exécution par un organe qui chapeaute l'ensemble du système, amélioration de la collaboration pour les solutions multisystémiques et encouragement d'une collaboration contraignante entre les organes d'exécution. Une organisation CII nationale a été créée à cet effet. Une étude a analysé dans quelle mesure ses objectifs et tâches ont été remplis. L'évaluation repose sur des documents fournis par l'organisation CII nationale, des entretiens avec ses membres et une enquête en ligne auprès des coordinateurs CII cantonaux (Egger, Egger-Mikic 2016).

Selon les résultats de l'étude, la structure organisationnelle de l'organisation CII nationale correspond dans une large mesure aux prescriptions fixées qui prévoyaient une composition spécifique pour les trois organes CII nationaux, ainsi qu'une structure déterminée des tâches et des processus (Egger, Egger-Mikic, 2016 : p. 39). Les trois organes n'ont cependant pas tous été en mesure d'accomplir l'ensemble des tâches prévues en raison notamment du faible effectif (0,75 à 1,35 équivalent plein temps pour les trois organes). L'étude fait en outre un constat essentiel, à savoir l'absence, au sein de l'organisation CII nationale, de vision uniforme quant aux problèmes, aux groupes cibles et aux objectifs (Egger, Egger-Mikic 2016 : p. 12). Les avis des membres des trois organes CII nationaux divergent sur l'utilité des prestations fournies actuellement par l'organisation CII nationale, ce qui reflète aussi une conception différente des objectifs. Quatre coordinateurs CII cantonaux interrogés sur cinq estiment que l'organisation CII nationale a fourni une contribution utile. Alors que certains considèrent que les progrès accomplis jusqu'à présent répondent aux attentes, d'autres jugent que la forme prise par la collaboration n'a pas été à la hauteur. Parallèlement, les résultats révèlent aussi que l'organisation nationale remplit globalement ses missions et objectifs, malgré des ressources limitées.

### 2.1.3 Offres durant la transition I

L'interface entre l'AI et le système de formation a par ailleurs été examinée. Le passage de l'école à la formation professionnelle (transition 1) place les jeunes atteints dans leur santé qui ont des besoins éducatifs particuliers devant des défis majeurs. Pour ces jeunes, l'orientation professionnelle précoce peut jouer un rôle décisif dans le succès de la transition I. À cet égard, la réforme de la péréquation et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), ainsi que le concordat sur la pédagogie spécialisée (et la tendance à une scolarisation intégrée qui en découle) ont obligé les offices AI cantonaux à renforcer la coordination avec une perte simultanée d'information. L'étude menée sur cette thématique (Schmidlin et al. 2017) dans le cadre du PR-AI 3 a combiné plusieurs approches associant entre autres des analyses qualitatives de documents, des entretiens basés sur un guide d'évaluation, des entretiens de groupe et des analyses statistiques de données de la Centrale de compensation (CdC) et de l'OFS.

Moins de 20 % des jeunes assurés se voient octroyer une première mesure médicale ou d'ordre professionnel de l'AI entre 16 et 24 ans, soit après avoir terminé l'école obligatoire (« bénéficiaires de prestations tardifs »). Le reste bénéficie de ces prestations avant leurs 16 ans. La proportion de « bénéficiaires de prestations tardifs » varie toutefois fortement en fonction de l'atteinte à la santé. Le besoin d'une détection précoce se fait particulièrement sentir chez les adolescents et les jeunes adultes atteints de troubles de la personnalité, de troubles réactionnels ou d'une psychose. Les jeunes assurés atteints d'un trouble cérébral congénital, d'autisme infantile ou d'une psychose dans la petite enfance pourraient aussi, le cas échéant, être détectés plus tôt dans le processus de transition I, à condition qu'ils disposent de la maturité nécessaire pour choisir une profession. L'étude estime que 28 % des assurés de 16 à 24 ans présentant les tableaux cliniques mentionnés pourraient être annoncés à l'AI plus tôt.

Les adolescents et les jeunes adultes atteints d'un handicap corporel (71,7 %) n'ont d'ordinaire pas besoin d'un soutien de l'AI pour commencer leur vie professionnelle. Les assurés de 14 à 24 ans atteints d'un trouble congénital cérébral, d'autisme infantile ou d'une psychose infantile dépendent aussi rarement de mesures d'ordre professionnel de l'AI. En revanche, les assurés de la même classe d'âge en bénéficient nettement plus souvent s'ils sont atteints de troubles du développement ou d'une diminution des capacités intellectuelles (environ deux tiers), de troubles de la personnalité ou de troubles réactionnels (quatre cinquièmes) ou encore de psychoses (neuf dixièmes).

Les cantons proposent un large éventail de mesures durant la transition I, dont des offres de formation transitoires qui s'adressent à plusieurs groupes cibles avec des niveaux de formation et des besoins individuels différents. À cet égard, ils recourent au concordat sur la pédagogie spécialisée qui s'applique aussi au domaine de la formation postobligatoire, d'une part à travers la prolongation de l'enseignement spécialisé et, d'autre part, via des années de préparation au choix d'une profession ou des cours pratiques destinés aux jeunes qui ont droit à des mesures d'ordre professionnel de l'AI. Les auteurs concluent que l'offre de la transition I présente des lacunes au regard des besoins d'une partie des jeunes atteints dans leur santé (Schmidlin et al. 2017 : p. XXIII). Les élèves qui, durant leur scolarité obligatoire, ne se font pas spécialement remarquer sont soutenus par leur école et les atteintes à la santé ou d'autres problèmes ne se manifestent clairement chez eux que durant la transition I (Schmidlin et al. 2017 : p. XXIV). En matière de détection précoce durant la transition I, les interlocuteurs cantonaux compétents diffèrent en fonction du groupe cible considéré. L'enseignement spécialisé séparé (ESspécS) peut ainsi être du ressort du département de l'instruction publique ou de la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale. La scolarisation spécialisée intégrée (ESpécl) est quant à elle placée sous la responsabilité de l'enseignement spécialisé, tandis que les élèves au bénéfice d'une scolarisation intégrative ou d'un soutien particulier sont pris en charge par l'école régulière.

La Confédération, les cantons et les organisations du monde du travail ont décidé en 2006 de lancer le case management « Formation professionnelle » (CM FP). Depuis que la Confédération ne verse plus d'aides financières (2015), la poursuite du CM FP est de la seule responsabilité des cantons, qui en ont des perceptions différentes. La collaboration avec l'office AI tend à mieux fonctionner dans les cantons où le CM FP est solidement établi et activement utilisé. Dans les autres cantons, le CM FP fait office de bureau de détection précoce, assume une fonction de tri pour le compte de l'école obligatoire et de l'office AI. Parfois, l'office AI examine la possibilité d'utiliser le CM FP comme coaching auprès des jeunes présentant une problématique multiple. Au moment de l'enquête, près de la moitié des cantons n'avaient pas encore de stratégie claire sur la mission que le CM FP pourrait assumer.

La plupart des cantons ont déjà mis en place des réseaux chargés d'assurer une détection précoce efficace et de soutenir les jeunes atteints dans leur santé lors de la transition I, et

les offices AI en font partie. Toutefois, on a relevé dans des études de cas que la « logique de l'assurance » n'est pas toujours compréhensible pour les personnes travaillant dans le domaine de la formation et les représentants légaux, par exemple en ce qui concerne les prestations que l'AI peut prendre en charge et celles qu'elle ne peut pas assumer. Il est aussi parfois nécessaire d'améliorer la collaboration en matière d'information entre les offices AI et les acteurs qui accompagnent les jeunes durant les différentes phases de leur formation, en particulier pour les élèves bénéficiant de mesures à bas seuil (soutien intégratif) ou d'objectifs réduits. Selon l'étude, les structures hétérogènes et le manque de transparence du processus d'accompagnement prévu pour les solutions transitoires posent un problème auquel il convient de remédier (Schmidlin et al. 2017 : p. XXVII).

#### 2.1.4 Étude de l'OCDE sur la réadaptation professionnelle et l'inclusion

Dans le domaine des interfaces de la sécurité sociale, le rapport de l'OCDE intitulé « Disability, Work and Inclusion. Mainstreaming in All Policies and Practices » présente les résultats d'une étude comparative internationale de la situation des personnes en situation de handicap en termes de formation, d'activité professionnelle et de revenus.<sup>9</sup> Cette étude met l'accent sur les approches politiques et les évolutions structurelles de six pays ayant mis en œuvre des réformes axées sur la réadaptation, au nombre desquels la Suisse. L'analyse s'est ponctuellement appuyée sur des données d'enquête issues d'un plus grand nombre de pays de l'OCDE. Ses principaux résultats concernant l'insertion professionnelle et sociale s'articulent autour de quatre domaines : formation scolaire et professionnelle, marché du travail, versements compensatoires de politique sociale, inégalités et pauvreté.

Dans le domaine de la formation scolaire et professionnelle, l'étude de l'OCDE note quelques améliorations. En moyenne des pays considérés, la part de personnes en situation de handicap qui présentent un faible niveau de formation a ainsi diminué, passant d'environ 48 % à 30 % (intervalle 2005-2019), mais demeure supérieure de 10 % à celle des personnes valides (2005 : 32 % ; 2019 : 20 %). En outre, les premières sont toujours exposées à un risque accru de quitter précocement le système scolaire (un jeune sur cinq en situation de handicap, contre un sur dix sans handicap). S'agissant des personnes avec des handicaps lourds, cette proportion est encore plus élevée avec 35 % ; la Suisse, avec près de 30 %, se situe en deçà de la moyenne des pays de l'OCDE. Même si les résultats révèlent une amélioration de la situation en matière de formation (professionnelle), le désavantage relatif (sous forme de *disability education gap* ou écart éducatif lié au handicap) subsiste (OCDE 2022 : pp. 35-37).

Sur le marché du travail, les taux d'emploi des personnes en situation de handicap ont légèrement augmenté pour s'établir à 42 % en moyenne en 2019, contre 58 % pour la Suisse qui se classe en tête. La différence par rapport aux taux d'emploi des personnes sans handicap (*disability employment gap* ou écart d'emploi lié au handicap) atteint néanmoins encore 27 % en moyenne. La Suisse, avec 15 %, fait partie des États qui se situent à la limite inférieure de la fourchette. Dans l'examen d'ensemble des pays de l'OCDE, les personnes en situation de handicap étaient, en 2019, 2,3 fois plus susceptibles d'être sans emploi que les personnes valides, contre deux fois seulement en 2008 : cela signifie que la situation s'est détériorée. En Suisse, cette différence est toujours d'environ deux fois et se révèle donc faible en comparaison internationale (OCDE 2022 : pp. 38-40). En moyenne des pays de l'OCDE, les personnes handicapées qui exercent une activité lucrative perçoivent un salaire correspondant à 85-87 % de celui de leurs homologues valides (Suisse : un peu plus de 90 %), d'où la persistance d'un *disability wage gap* ou écart salarial lié au handicap (OCDE 2022 : p. 44).

---

<sup>9</sup> Le rapport de l'OCDE ne fait pas partie intégrante du PR-AI 3, mais a été cofinancé par l'OFAS dans ce cadre. En raison de leur mode de présentation dans le rapport, les chiffres mentionnés sont parfois fortement arrondis.

En ce qui concerne les versements compensatoires de politique sociale (prestations de soins de santé et/ou d'invalidité, prestations aux personnes au chômage, rente de vieillesse ou aide sociale), on constate qu'en moyenne 80 % des personnes avec des handicaps lourds reçoivent au moins une indemnité pour perte de gain (handicaps plus légers : 60 % ; personnes avec des problèmes de santé n'ayant pas pour effet de réduire la capacité de gain : 42 % ; personnes sans problèmes de santé : 30 %). Parmi les jeunes en situation de handicap, cette part n'atteint que 50 %. En Suisse, la proportion des personnes atteintes de handicaps lourds qui perçoivent au moins un type de versement compensatoire s'élève également à près de 80 % (OCDE 2022 : pp. 49-50).

Sur le front des inégalités et de la pauvreté touchant les personnes handicapées, l'étude met en évidence les différences de revenus par rapport aux personnes valides (*disability income gap* ou écart de revenu lié au handicap). En moyenne des pays considérés, les ménages au sein desquels vivent des personnes en situation de handicap disposent de ressources ne représentant que 84 % de celles des ménages de personnes valides. Les versements compensatoires ne contrebalancent ainsi pas le montant, en moyenne inférieur, du revenu d'activité lucrative. On observe toutefois d'importantes disparités entre les pays : alors qu'elle s'établit à 35 % aux États-Unis, la différence de revenus moyenne liée au handicap est comparativement plus faible (10 %) dans quelques pays européens, au nombre desquels la Suisse. Tous pays de l'OCDE confondus, le handicap expose cependant à un risque de pauvreté significatif. Le taux de pauvreté (moins de 60 % du revenu médian) des personnes handicapées a même légèrement augmenté au cours de la dernière décennie : à l'heure actuelle dans l'OCDE, presque une personne en situation de handicap sur quatre vit au sein d'un ménage percevant un revenu global inférieur au seuil de pauvreté. En Suisse, cette part s'inscrivait à environ 15 % et 18 %, respectivement pour les périodes 2008-2011 et 2016-2018 (OCDE 2022 : pp. 53-55).

Sur la base de ces enseignements, le rapport constate que, malgré certains progrès, les politiques axées sur la réadaptation de ces 15 dernières années n'ont pas eu les effets escomptés, à savoir réduire, voire combler, les écarts en matière d'emploi et de revenus provenant d'activité lucrative entre les personnes avec et sans handicap. C'est pourquoi les auteurs préconisent une approche largement orientée sur le *mainstreaming* : en lieu et place de systèmes de soutien distincts en faveur des personnes en situation de handicap, il convient de promouvoir une intégration dans les systèmes standards (par ex. système éducatif et social ainsi que politique du marché du travail) mieux ciblée sur les besoins individuels.

## 2.2 Instruments et structures du système de l'AI

Plusieurs études réalisées dans le cadre du PR-AI 3 se sont attachées à analyser les instruments et les structures internes du système de l'AI. Les subventions versées aux organisations d'aide aux personnes handicapées et les conditions imposées au titre de l'obligation de réduire le dommage ont ainsi fait l'objet d'examens. Une convention paritaire conclue entre assureurs et partenaires sociaux à Genève a également été évaluée. Par ailleurs, des analyses ont été menées concernant les offres de logement proposées aux personnes en situation de handicap, ainsi que les mesures d'activation et de prévention de la dépendance aux rentes d'invalidité mises en œuvre dans cinq États européens en faveur de jeunes atteints dans leur santé.

### 2.2.1 Analyse des besoins et de l'offre dans le domaine des prestations visées à l'art. 74 LAI

Un projet de recherche consacré aux prestations visées à l'art. 74 LAI s'est posé la question de savoir si les offres subventionnées par l'AI répondaient aux besoins (Bolliger et al. 2016). Les auteurs ont, d'une part, recueilli des données auprès des organisations de soutien en s'appuyant sur des questionnaires. D'autre part, ils ont mené des entretiens

avec les responsables d'anciennes organisations afin d'obtenir des informations sur les motifs qui les ont conduits à cesser leurs activités.

L'assurance-invalidité finance différentes prestations au titre de l'aide privée aux invalides (conseil et aide aux personnes handicapées, mise en relation avec des services spécialisés dans le conseil et l'interprétariat, accompagnement des personnes handicapées à leur domicile, organisation de cours destinés aux personnes handicapées ou à leurs proches, ou encore prestations visant à soutenir et encourager l'intégration des personnes handicapées). Pour ce faire, l'OFAS conclut, avec des organisations faitières, des contrats portant sur l'octroi d'aides financières favorisant la fourniture desdites prestations. Les organisations faitières contractantes (mandataires) sont donc chargées de fournir ces prestations elles-mêmes ou de coordonner les prestations fournies par les organisations avec lesquelles elles ont conclu des sous-contrats (leurs sous-traitants), d'en faire le décompte et de répartir les aides financières en conséquence. Les mandataires et leurs sous-traitants présentent une grande disparité quant à leur groupe cible, leurs prestations ou leur région linguistique.

Est habilitée à recourir à une prestation au sens de l'art. 74 toute personne qui s'est vu octroyer une prestation individuelle de l'AI au cours des dix dernières années. Le nombre de personnes ayant droit aux prestations prévues à l'art. 74 LAI s'est accru entre les périodes contractuelles 2004-2006 et 2011-2014. Les contributions financières versées au titre de ces prestations ont également augmenté jusqu'en 2010, leur somme étant depuis lors gelée. Les groupes cibles des prestations visées à l'art. 74 LAI diffèrent fortement en termes de nombre de personnes, de caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, conditions de logement), de formation, de situation professionnelle, d'atteintes à la santé (perception subjective de la gravité) et de prestations de l'AI.

La consultation sociale, les cours et l'aide dans les lieux d'accueil constituent les offres les plus fréquemment utilisées par les bénéficiaires de prestations AI, et cela plusieurs fois par an pour beaucoup d'entre eux. Selon les estimations, 4 à 13 % des bénéficiaires de prestations AI ont recours chaque année à au moins un service destiné spécifiquement aux personnes. Le conseil est sans conteste la prestation la plus couramment utilisée, avec d'importantes différences d'un canton à l'autre. Pour expliquer ces écarts, plusieurs motifs possibles sont évoqués, dont la composition des bénéficiaires de prestations AI (groupes cibles, etc.), l'offre cantonale de prestations visées à l'art. 74 LAI et sa visibilité, l'offre de prestations d'institutions externes au système de l'art. 74 LAI ou des facteurs culturels (par ex. ancrage de l'aide dans la société via l'environnement social).

Près de 4 assurés interrogés sur 10 disent avoir besoin de soutien supplémentaire pour au moins un domaine de la vie. Ce besoin concerne le plus souvent l'autonomie dans la vie quotidienne (18 %) et la clarification de questions financières, juridiques ou administrative (18 % aussi). S'agissant des services destinés spécifiquement aux personnes, les sondés signalent le plus souvent le besoin de conseils ; ils sont 42 % à déjà avoir eu un tel besoin. Outre le type de handicap (le groupe cible dont la personne fait partie), d'autres facteurs exercent une forte influence sur le besoin subjectif : celui-ci est supérieur à la moyenne pour les personnes qui vivent en ville et sont en âge de travailler, et inférieur à la moyenne dans les agglomérations, et surtout parmi les enfants et les jeunes. La perception subjective de la gravité du handicap influence aussi considérablement le besoin de prestations. En corollaire, la nature de la prestation AI perçue et le moment où elle est perçue exercent également une influence.

Il existe de nettes différences entre les groupes cibles en ce qui concerne tant les besoins subjectifs que la couverture du besoin (Bolliger et al. 2016 : p. 53). Les personnes avec un handicap physique forment de loin le principal groupe de bénéficiaires de prestations AI (35 % des ayants droit aux prestations visées à l'art. 74 LAI). Les besoins d'une part particulièrement élevée de ces personnes n'ont pas toujours été couverts. Le groupe cible

des personnes souffrant d'un handicap psychique est celui qui a connu la croissance la plus rapide au cours de la période considérée (de 16 % à 20 % des bénéficiaires). Il contient la plus grande proportion de personnes qui déclarent avoir déjà eu besoin de prestations individuelles (78 %). Dans ce groupe cible, la proportion de personnes ayant un besoin non satisfait est également particulièrement élevée (62 %). Il en va de même pour les personnes souffrant de dépendance. En revanche, les personnes souffrant de handicaps liés à la maladie, de handicaps cognitifs ou d'apprentissage ainsi que de handicaps visuels expriment relativement peu de besoins (non satisfaits).

Peu de mandataires souhaitent davantage de coordination entre eux, principalement parce qu'il n'existe pas de recoupements concernant le groupe cible, le lieu de l'offre et/ou la prestation. Ils se sentent cependant dépassés en ce qui concerne le relevé des besoins et l'information sur l'offre auprès des personnes qui n'y recourent pas encore. L'étude parvient au bilan positif que, sous l'angle du contenu, les prestations visées à l'art. 74 LAI sont globalement adaptées aux besoins et permettent à leurs bénéficiaires d'améliorer leur situation dans la plupart des domaines de la vie. À quelques exceptions près, le réseau d'offres de prestations destinées spécifiquement aux personnes est dense et équilibré entre les régions. Concernant l'adéquation aux besoins en termes quantitatifs, des indices invitent toutefois à conclure à une insuffisance de couverture, deux aspects étant à souligner : en premier lieu, l'ampleur des besoins non couverts à proprement parler ; deuxièmement, les inégalités de la couverture des besoins entre les groupes cibles (et les sous-groupes). En outre, certains groupes cibles ne connaissent pas bien les offres subventionnées en vertu de l'art. 74 LAI.

### 2.2.2 Conditions applicables à l'octroi de prestations dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage

Les offices AI peuvent assortir l'octroi d'une prestation (rente ou mesure de réadaptation par ex.) de conditions. Ils peuvent obliger les assurés à adopter des comportements qu'ils jugent propres à réduire le dommage relevant du droit des assurances (par ex. suivre un traitement médical). Si un assuré ne respecte pas les conditions qui lui sont imposées, l'office AI peut le sanctionner en réduisant ou en refusant la prestation. Un projet mandaté par l'OFAS a examiné à quelle fréquence, dans quelles situations et comment les offices AI recourent à pareilles conditions pour réduire le dommage, et quels effets cet instrument déploie (Bolliger et al. 2020). La méthodologie de l'étude repose sur un sondage réalisé en ligne auprès des offices AI cantonaux, ainsi que sur une analyse statistique des données du registre AI et des données individuelles disponibles des offices AI. À des fins d'approfondissement, une sélection de cas traités par des offices AI et d'autres documents ont en outre été évalués et des entretiens ont été menés.

Les offices AI imposent rarement des conditions visant à réduire le dommage : leur part dans le total des versements de prestations AI dans le domaine des rentes ou de la réadaptation (mesures d'ordre professionnel, mesures de réinsertion) s'élève à 1,9 % par an. La proportion varie toutefois d'un canton à l'autre, de 0,1 % à 3,5 %. Comme un assuré peut se voir imposer plusieurs conditions, la part des personnes percevant une prestation AI qui sont concernées est légèrement inférieure, avec 1,7 %. Selon les estimations des offices AI, jusqu'à un tiers des conditions sont fixées avant même qu'une prestation ne soit accordée, mais il n'existe aucune donnée sur le sujet.

Les termes des conditions imposées se distinguent considérablement les uns des autres. Dans le domaine de la réadaptation, plus de deux tiers des conditions visent une participation active à la mesure de réadaptation. En deuxième position, on trouve les conditions relatives à un traitement psychiatrique ou psychologique. Environ un cinquième des conditions fixées dans le domaine de la réadaptation concerne le comportement en matière de santé. L'objectif est souvent l'abstinence des substances addictives. Dans le domaine des rentes, les conditions portent dans les trois quarts des cas sur des traitements

psychiatriques ou psychologiques. Il s'agit le plus souvent de thérapies ambulatoires, sans prise de médicaments, suivies de thérapies ambulatoires associées à la prise de médicaments. Les thérapies dispensées en institution sont plus rares. Les autres conditions médicales telles qu'un traitement médicamenteux indépendant d'un traitement psychiatrique ou psychologique ou une intervention chirurgicale représentent environ 1 % de toutes les conditions et sont donc très rares.

La grande majorité des offices AI juge le processus plutôt exigeant, en particulier lorsqu'il s'agit d'apprécier si telle ou telle condition apportera une amélioration substantielle (par ex. un renforcement de la capacité de travailler qui influe sur la rente). Il existe de grandes différences entre les offices AI, et entre les domaines de la réadaptation et des rentes dans la manière de mettre en œuvre les conditions. C'est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit d'associer préalablement au processus l'assuré, le médecin traitant dans le cas des conditions médicales ou le partenaire chargé de l'exécution dans celui des mesures de réadaptation. Quelques offices AI fixent parfois des conditions visant à réduire le dommage avant même d'accorder une prestation à un assuré, d'autres l'excluent explicitement.

Dans le domaine de la réadaptation, il existe plusieurs méthodes pour « convaincre » l'assuré de suivre une mesure visant à réduire le dommage. Mise en demeure et délai de réflexion n'ont tendance à être utilisés que si les moyens plus « doux » d'encourager la participation active à une mesure de réadaptation ont échoué. Il s'avère être un avantage d'associer au processus le partenaire chargé de l'exécution et le médecin traitant. Cette manière de faire a aussi prouvé son utilité dans le domaine des rentes dans l'un des quatre offices AI examinés. Il est possible d'adapter au cas par cas la souplesse ou la sévérité du contrôle de l'observation d'une condition lorsqu'on a soigneusement observé le comportement passé de l'assuré et qu'on sait précisément ce dont il souffre. Trouver le bon équilibre entre confiance et contrôle est un facteur important pour le succès de la réduction du dommage. Les formes de contrôle appliquées dépendent largement de la nature de la condition. Le contrôle a tendance à être étroit dans le cas de conditions liées à l'abstinence (alcool ou drogues), il est plus souple dans le cas des traitements psychiatriques ou psychologiques.

Une grande majorité d'assurés comprend en principe les termes de la condition. Un quart des personnes interrogées ont toutefois été surprises de se voir imposer une condition visant à réduire le dommage, et plus de la moitié se sont senties mises sous pression. Les conditions visant à réduire le dommage ont été respectées dans plus de la moitié des cas examinés. Alors que les conditions sont plus ou moins observées dans quelque 57 % des cas dans le domaine de la réadaptation, elles le sont dans environ 75 % des cas dans le domaine des rentes. Dans l'ensemble, les offices AI ont pris des sanctions contre environ les trois quarts des assurés qui ne respectaient pas ou que partiellement une condition, situation se présentant davantage dans le domaine de la réadaptation (81 %) que dans celui des rentes (57 %).

Les conditions (observées) déploient surtout des effets dans le domaine de la réadaptation. Plus de la moitié des personnes (57 %) ayant respecté tout ou partie de la condition qui leur était imposée ont poursuivi leur mesure de réadaptation ou l'ont terminée. Dans le domaine des rentes, par contre, on a constaté une réduction du degré d'invalidité chez seulement 12 % des assurés. L'évaluation des assurés, interrogés par écrit, se révèle négative. Plus de deux cinquièmes d'entre eux sont d'avis que la condition n'a servi à rien. Ils indiquent en second lieu avoir vécu la condition comme une charge psychique. Il est aussi frappant de noter que les personnes interrogées évoquent plus souvent une dégradation (« correspond tout à fait » pour 15 %) qu'une amélioration (« correspond tout à fait » pour 4 % à peine) de leur état de santé en raison de la condition.

### 2.2.3 L'accord paritaire genevois

Solution à ce jour unique en son genre, l'accord paritaire genevois a été mis en place par la branche du bâtiment dans le canton de Genève et vise la réadaptation des personnes ayant des problèmes de santé. Cette forme de collaboration interinstitutionnelle entre des partenaires sociaux, des assureurs perte de gain maladie, un assureur-accidents et l'office AI dans le contexte local d'un secteur dominé par de très petites entreprises a pour objectif d'assurer une réadaptation rapide des salariés. Évaluée lors d'une étude (Flamand-Lew et al. 2017), elle a révélé son utilité tant pour les institutions partenaires que pour les assurés concernés. L'évaluation de ce mécanisme de coopération s'est appuyée sur des données quantitatives (analyse statistique de l'évolution des cas) et qualitatives (analyse documentaire et entretiens avec les acteurs impliqués).

L'accord a été conclu à la suite d'une augmentation du nombre de rentes du 2<sup>e</sup> pilier dans la branche de la construction liée à l'octroi de rentes AI. Grâce à sa signature par l'association faîtière et 18 associations professionnelles membres, 1200 entreprises employant 14 000 personnes y sont automatiquement soumises. L'accord couvre ainsi près de la moitié des entreprises de la branche, qui n'ont pas dû le signer elles-mêmes. Il a pour objectif de maintenir en emploi ou réadapter, si possible au sein de la branche du bâtiment, des personnes temporairement en incapacité de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident, via l'intervention précoce et coordonnée. Les enjeux majeurs sur le front de la coordination étaient le maintien des indemnités journalières durant l'intervention précoce, l'échange d'informations sur l'évolution du processus de réadaptation, ainsi que la mise à disposition par les partenaires sociaux d'un financement complémentaire pour les mesures d'intervention précoce (budget maximum de 32 000 francs en lieu et place des 20 000 francs normalement prévus selon une clé fixe). Le budget supplémentaire du cofinancement destiné à soutenir le recours accru à la phase IP n'est toutefois pas exploité. Par ailleurs, très peu d'assurés (3 %) ont bénéficié de mesures excédant la somme maximale de 20 000 francs prévue par l'AI.

La prise en charge coordonnée des dossiers, ainsi que l'octroi plus rapide et généreux de mesures d'intervention précoce et de réadaptation sont cités comme impact significatif de l'accord. Le groupe des assurés suivis dans le cadre de l'accord présente un taux de rentes AI plus faible que le groupe de contrôle (d'environ 50 %) et la part de personnes placées s'avère supérieure (de presque 50 %). Le rapport coûts/bénéfices pour les institutions partenaires est toutefois très difficile à estimer. Par ailleurs – malgré le bilan fondamentalement positif tiré par les participants –, la poursuite du versement des indemnités journalières par l'assureur durant la phase d'IP prévue par l'accord a parfois été source de tensions entre les partenaires (notamment entre l'office AI et les assureurs perte de gain maladie). La communication auprès des employeurs et des assurés sur les objectifs concrets et le déroulement du processus de réadaptation semble aussi encore perfectible. Au-delà des aspects financiers, les partenaires retirent néanmoins de leur participation à l'accord les avantages suivants :

- Office AI : meilleure visibilité du rôle de réadaptation de l'AI, contacts facilités avec les employeurs, possibilité d'établir un projet de réadaptation solide grâce au maintien des indemnités journalières pendant la phase IP.
- Assureur-accidents : accélération des procédures, limitation des rentes (rentes dues par la SUVA dès 10 % d'invalidité).
- Assureurs perte de gain maladie : accélération des procédures, amélioration de l'image de leur assurance auprès des employeurs.
- Syndicats : possibilité de défendre les intérêts de leurs affiliés, en recherchant des solutions qui leur sont favorables et socialement viables, notamment en matière de retraite anticipée.

- Patronat : contribution au bon fonctionnement du partenariat social, limitation des rentes d'invalidité versées par le 2<sup>e</sup> pilier et maintien des compétences métier au sein de la branche.

#### 2.2.4 Dépendance des jeunes aux allocations : mesures de prévention

L'appel politique à introduire des restrictions d'âge pour prétendre à une rente AI a conduit le PR-AI 3 à lancer une étude comparative sur les règlements instaurés et les expériences faites dans des États ayant récemment engagé des réformes visant à prévenir la dépendance des jeunes aux allocations (Prins 2017). Pour ce faire, l'auteur a prié des experts renommés de ces États d'établir un rapport standardisé sur la base de la littérature spécialisée, d'études d'évaluation, de statistiques et de différents documents (textes de loi, prises de position) issus des contextes politiques nationaux. Ces analyses reposaient aussi sur des entretiens menés avec des parties prenantes ou d'autres experts.

Au sein des cinq États choisis, certaines réformes ont expressément été introduites dans l'objectif de stopper ou de réduire l'afflux de jeunes atteints dans leur santé percevant des rentes d'invalidité sur une longue période, par exemple en Suède (2003) et au Danemark (2014). Dans de nombreux États, ces réformes ont été motivées par l'échec de mesures antérieures ou par l'augmentation des problèmes psychiques chez les jeunes. Pour trois pays, des mesures d'austérité et le besoin urgent de freiner la croissance des dépenses des assurances sociales ont fait partie des raisons d'agir.

Dans de nombreux États, les réformes ont durci les critères donnant droit à la rente et adapté les conditions de paiement. Il peut s'agir de refuser l'octroi d'une rente d'invalidité aux personnes en deçà d'une limite d'âge donnée ou de ne leur accorder qu'un droit temporaire (Suède, Danemark) ou encore de créer un système d'allocations d'invalidité distinct pour les jeunes (Pays-Bas). Un deuxième axe important est l'introduction (ou l'amélioration) de dispositions et de mesures de soutien ayant pour objectif d'augmenter la participation au marché du travail des jeunes atteints dans leur santé. Cela peut inclure des programmes de soutien spéciaux, l'intervention à un stade précoce de la maladie ou des mesures (de conseil) préventives.

L'application de telles réformes a nécessité des adaptations considérables des structures organisationnelles, comme la mise en place d'équipes de terrain, de gestionnaires de cas ainsi que de nouveaux instruments. Les nouvelles mesures n'ont été ou ne sont acceptées et utilisées qu'après un certain temps. La mise en place de nouvelles procédures, de nouveaux instruments ou de nouvelles dispositions se heurte généralement à des problèmes initiaux : manque d'effectifs ou d'expertise, sensibilisation insuffisante du public aux nouveaux services et offres proposés (campagnes d'information, etc.). Le cloisonnement strict de la réadaptation médicale (qui a souvent lieu pendant le congé maladie) et de la réadaptation professionnelle (à laquelle il est souvent procédé après stabilisation de l'état de santé) vient également compliquer les choses. Enfin, les différences régionales et les compétences financières de nouvelles structures de coopération, ainsi que la prise en compte insuffisante des employeurs rendent la mise en œuvre difficile.

La modification des conditions du droit aux prestations d'invalidité réduit en général les taux d'inscription et d'entrée des jeunes dans le système (par ex. Autriche, Danemark, Suède). Selon le groupe cible, les taux d'accès à l'emploi ou de retour au travail des jeunes sont néanmoins souvent restés (très) bas. Dans certains pays (par ex. Autriche, Royaume-Uni), les taux de placement se sont nettement améliorés pour les jeunes atteints dans leur santé et sans emploi. Il n'en demeure pas moins qu'une proportion considérable d'entre eux continue, après avoir participé à un programme spécifique, à dépendre de certaines prestations, par exemple les indemnités maladie (Suède) ou l'aide sociale (Autriche).

Étant donné que plusieurs pays accordent désormais plus d'attention aux jeunes atteints de troubles psychiques, des modèles de soutien novateurs dont l'efficacité a été prouvée sont généralement incorporés à une échelle de plus en plus large aux programmes d'activation. Dans plusieurs pays, les budgets nationaux pour les soins liés aux maladies psychiques (par ex. Suède) ou la prévention par le conseil destinée aux jeunes en congé maladie (par ex. Autriche) ont été revalorisés. Enfin, de nouvelles formes de coopération interdisciplinaire au sein d'« équipes de réadaptation » (Autriche) ou d'« agences coordinatrices » (Suède) sont mises en place.

#### 2.2.5 État des lieux de l'offre en logements adaptés aux personnes en situation de handicap

La Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) a entraîné une tendance à favoriser, lorsque cela est possible, les formes de logement plus autonomes que le home ou les « institutions ». La 4<sup>e</sup> révision et le 1<sup>er</sup> volet de la 6<sup>e</sup> révision de l'AI, ainsi que la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) ont en outre modifié les rôles respectifs des acteurs concernés et le mode de financement des formes de logement des personnes en situation de handicap en Suisse. Ce sont désormais les cantons, et non plus la Confédération, qui sont responsables des offres dans ce domaine. Un état des lieux de l'offre en logements adaptés aux personnes en situation de handicap a été mandaté afin d'obtenir des informations plus détaillées sur son évolution (Fritschi et al. 2019). La méthodologie a consisté en des analyses documentaires, en l'évaluation de différentes bases de données (entre autres de l'OFAS, de la CdC et de la Convention intercantonale relative aux institutions sociales CIIS), ainsi qu'en des entretiens avec des experts.

Les offres de logement en institution pour personnes en situation de handicap se sont fortement développées ces dernières années. Les cantons remplissent ainsi fondamentalement la tâche qui leur est assignée par la RFA, mais affichent d'importantes disparités en termes de structure de l'offre, laquelle dépend en particulier de leur taille, du nombre d'organisations actives sur leur territoire, ainsi que de la nature et de la forme de la collaboration entre le canton et les prestataires. Cette collaboration se révèle souvent pragmatique, voire informelle. Les cantons de grande taille connaissent en général une situation de concurrence avec un plus grand nombre de prestataires, qui diffèrent entre eux par la taille, la conception ou la forme de l'offre (par ex. offre plutôt traditionnelle de type home, ou formes de logement décentralisées de plus petite taille). Grâce à la CIIS, la possibilité de recourir aux offres de logement en institution des autres cantons est en principe garantie. En pratique, il apparaît toutefois que les possibilités effectives diffèrent fortement selon les cantons entre lesquels le changement de domicile a lieu. De toute évidence, changer pour une institution dans un canton où les tarifs sont plus élevés que dans le canton d'origine est rare ou n'est possible que dans des conditions difficiles.

Dans le même temps, l'offre de logement destinée aux personnes en situation de handicap s'est modulée et diversifiée au cours des dernières années. De nombreuses institutions ont modifié leur offre pour la faire évoluer vers des structures décentralisées, de type appartement, assorties de prestations de soutien plus ou moins larges. Ces structures sont souvent intégrées dans des ensembles résidentiels. Tant le domaine du logement en institution que celui du « logement privé » se sont développés entre 2011 et 2017 : le nombre de places en institution destinées aux adultes percevant des prestations de l'AI (rente AI, API) a progressé de 4,8 %, soit un peu plus que l'évolution démographique sur la même période (4 %). Le nombre de personnes percevant des prestations de l'AI qui vivent en logement privé a augmenté lui de 20,5 % durant ce laps de temps. Pour ce qui est de l'encouragement des services offerts dans le « logement privé », la plupart des cantons n'en sont qu'à leurs débuts. Treize cantons proposent des offres complémentaires dans le

secteur ambulatoire et sept mènent en outre des projets pilotes de taille relativement réduite.

Les personnes avec un handicap psychique ou mental, ou un handicap multiple, ont davantage tendance à vivre dans un cadre institutionnel, tandis que celles avec un handicap physique vivent plus souvent en logement privé. S'agissant de la cohérence de l'offre de logement, des lacunes existent dans quelques cantons pour les personnes qui présentent de graves atteintes à la santé ou un handicap multiple et qui, pour cette raison, ont un besoin en soins élevé. Des places temporaires disponibles rapidement en cas de crise font aussi parfois défaut. De plus, les offres de logement se situent en majorité dans les centres urbains et les agglomérations, les régions rurales étant moins bien couvertes. La situation est confuse et parfois peu coordonnée dans le domaine des services ambulatoires pour le « logement privé », où différents agents de financement interviennent : l'AI (avec l'« accompagnement à domicile » au sens l'art. 74 LAI, la contribution d'assistance et les mesures d'ordre professionnel), les cantons (avec les offres ambulatoires) ainsi que les communes (en attribuant des mandats aux prestataires d'aide et de soins à domicile). Les moyens supplémentaires fournis par l'API et les prestations complémentaires (PC) permettent en outre de financer les services d'autres prestataires privés. Aucune donnée n'est cependant disponible concernant, par exemple, les prestations d'aide et de soins à domicile ou l'utilisation de l'API et des PC.

Les mêmes agents de financement se retrouvent dans tous les cantons, mais dans des configurations différentes et des rôles plus ou moins forts. Les cantons financent principalement les offres de logement dans un cadre institutionnel, une partie étant assumée par les résidents. Ces derniers paient les taxes de home sous forme de déductions sur leur rente AI et d'éventuels autres revenus, au moyen de l'API et, le cas échéant, des PC, ainsi que, dans les très rares cas où ces fonds ne suffisent pas, par d'autres sources (communes, particuliers). Dans le domaine du « logement privé », le principal agent payeur est l'utilisateur lui-même. Il dispose pour cela de la rente AI, d'une API d'un montant plus élevé que celle octroyée aux résidents d'institutions et, le cas échéant, de PC ou encore d'une contribution d'assistance de l'AI. L'AI finance en outre, sur la base de l'art. 74 LAI, les prestations fournies par des organisations privées dans le cadre de l'« accompagnement à domicile ».

À quelques exceptions près, le financement de l'offre reste pratiqué par le plus de cantons. La majeure partie des cantons alémaniques a développé ce modèle pour en faire un financement de l'offre axé sur les personnes, les institutions étant indemnisées en fonction des prestations sur la base du besoin individuel d'accompagnement de chaque résident. En Suisse romande, au Tessin et dans quelques cantons alémaniques, le modèle appliqué est encore un pur financement de l'offre.

### **2.3 Principales recommandations à l'intention de l'OFAS et des offices AI**

Dans la quasi-totalité des projets, les auteurs ont été invités à formuler des recommandations fondées sur des éléments probants. Selon le sujet considéré, celles-ci sont plus ou moins détaillées et s'adressent à différents acteurs impliqués ou susceptibles de l'être. Les principales recommandations émises à l'intention de l'OFAS et des offices AI sont résumées dans la présente section (2.3), puis les prises de position correspondantes de l'OFAS sont présentées à la section 2.4.

#### *Surveiller de près la situation en matière de transferts de l'AI vers l'aide sociale*

Dans le système suisse de la sécurité sociale, le minimum vital est garanti par différentes institutions aux rôles en principe bien définis. Le rapport sur l'évolution des transferts entre ces sous-systèmes contient des recommandations méthodologiques concernant la surveillance, qui portent sur le développement du système d'indicateurs. Il préconise ainsi

d'étendre de manière ciblée la population de base – et impérativement d'y intégrer les nouveaux demandeurs de prestations – afin de pouvoir observer et interpréter de façon adéquate les changements au sein de l'AI et entre les sous-systèmes. Une extension à la population résidante permanente (Statpop) permet d'effectuer des analyses supplémentaires et d'établir des taux en se basant sur la population de référence. Pour mieux identifier les changements au fil du temps, il est recommandé de former des cohortes. Il peut s'agir de cohortes spécifiques formées en fonction de l'institution sociale concernée et des intérêts en jeu : personnes ayant déposé une première demande auprès de l'AI, assurés particuliers (par ex. ceux bénéficiant de mesures d'IP), nouveaux bénéficiaires d'une rente AI, etc. Les auteurs préconisent à cet égard de mettre en place un monitoring permanent.

#### *Renforcer les structures nationales de la collaboration interinstitutionnelle*

L'étude relative à la collaboration interinstitutionnelle (CII) recommande de préciser la définition des objectifs, des tâches et des priorités des trois organes CII nationaux, d'examiner la répartition des tâches et les responsabilités, ainsi que de supprimer le système de rotation de la direction du bureau national CII. La structure organisationnelle, les tâches et les compétences des organes nationaux doivent donc être plus explicitement définies. De même, il convient d'éliminer les doubles compétences et les concours de compétences, en faisant en sorte que le bureau soit subordonné exclusivement au comité de pilotage. Selon les recommandations, les ressources en personnel doivent être adaptées au volume des tâches confiées au bureau national CII et mises à disposition de manière durable par les partenaires de la CII (Egger, Egger-Mikic, 2016 : p. 45).

#### *Structurer et développer les offres de transition I*

S'agissant du développement des offres de transition I (entre école et formation professionnelle) destinées aux jeunes atteints dans leur santé, les chercheurs recommandent que les offices AI – qui, à l'heure actuelle, n'ont pas encore défini de procédure de détection précoce des élèves au bénéfice d'une scolarisation spécialisée intégrée – établissent une procédure idoine en accord avec le service cantonal de pédagogie spécialisée. Concernant les élèves de classes régulières ne disposant pas du statut d'élèves d'école spécialisée, il serait dans un premier temps impératif de rechercher la collaboration avec le service cantonal de l'enseignement obligatoire en vue de définir la procédure de détection précoce, de clarifier les rôles et de déterminer une stratégie de communication à l'égard des écoles. Afin de prévenir les interruptions d'apprentissage, lorsque les jeunes sont déjà accompagnés par l'office AI, il est utile pour celui-ci d'avoir des échanges réguliers avec les écoles professionnelles ou les conseillers en formation. Dans certains cas, il serait souhaitable que l'office AI fournisse à ces jeunes un accompagnement plus soutenu. Les institutions impliquées en cas d'interruption d'apprentissage devraient être plus fortement sensibilisées à cette question.

Comme le recommandent les auteurs, le CM FP pourrait être mieux mis à profit en tant que premier centre d'aide en cas d'interruption d'apprentissage. Le cofinancement par l'AI de ce dernier a tout son sens lorsqu'il est bien établi dans le canton concerné. Il y a lieu de clarifier les prestations que le CM FP est appelé à fournir pour le compte de l'office AI, la durée de l'accompagnement des jeunes et le rôle qu'il assume. Pour les jeunes ayant de bonnes perspectives d'évolution vers un choix professionnel ferme, une deuxième année transitoire devrait être financée. On pourrait aussi envisager le cofinancement de leçons supplémentaires pour les jeunes présentant des difficultés d'apprentissage ou d'importantes lacunes scolaires.

### *Pilotage adapté aux besoins des prestations visées à l'art. 74 LAI*

L'étude relative à la pratique en matière d'octroi d'aides financières au sens de l'art. 74 LAI préconise un pilotage ciblé de la couverture des besoins. La part des ressources disponibles en faveur des services à la personne devrait être accrue, de même qu'il faudrait définir des priorités parmi ces services sur la base du profil d'efficacité attendu le plus important. Par ailleurs, des simplifications devraient être recherchées lorsque certains services sont utilisés plusieurs fois par les mêmes personnes, notamment l'aide dans les lieux d'accueil et les cours. Les assurés qui n'ont jusqu'à présent que peu, voire pas, pris part à de telles offres devraient être prioritaires. En ce qui concerne les disparités régionales et les lacunes dans le réseau d'offres, il convient de réfléchir à la densité requise d'une offre de services spécifiques destinée à un groupe cible déterminé. La visibilité de l'offre de prestations n'est pour l'heure pas satisfaisante. Il serait utile de davantage inciter les organisations avec lesquelles des contrats sont conclus à mieux faire connaître leur offre.

Les recommandations préconisent également que l'OFAS puisse contrôler l'adéquation aux besoins, en promouvant des pratiques innovantes fondées sur des critères clairs et assorties d'incitations financières ou en reformulant les normes minimales. Il convient d'étudier la faisabilité d'une plateforme en ligne dédiée aux offres relatives à tous les services à la personne au sens de l'art. 74 LAI. En outre, la possibilité d'une collaboration systématique entre les offices AI cantonaux devrait être considérée afin d'identifier précisément le cercle des personnes ayant droit aux prestations visées à l'art. 74 LAI et, lors de l'octroi de prestations, d'orienter correctement les assurés vers les offres à leur disposition.

### *Obligation de réduire le dommage : utiliser les conditions à l'octroi de prestations de façon plus ciblée*

L'étude sur les conditions fixées dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage révèle que cet instrument de l'AI est non seulement assez rarement utilisé, mais qu'il est aussi difficile à appliquer. Les conditions imposées préalablement à l'octroi d'une rente pour raisons psychiques tendent à être mieux observées et s'avèrent donc plus efficaces. Il incombe aux offices AI de vérifier soigneusement si une condition médicale est proportionnée et raisonnablement exigible. Les outils d'aide à la décision sous forme d'instructions de travail destinées au personnel, les formations thématiques ou le principe du double contrôle ont prouvé leur utilité. Par ailleurs, le service juridique ou la direction du service devrait impérativement être associé au processus, tout comme les conditions devraient s'inspirer des directives des sociétés médicales de spécialistes. Au sein des plus grands offices AI, une spécialisation visant à mettre en place une expertise et des routines est également envisageable.

Dans le domaine de la réadaptation, les assurés devraient être « convaincus » à l'aide de moyens plus « doux » avant de recourir à une mise en demeure ou à un délai de réflexion. Il est préconisé d'entretenir des échanges réguliers avec les partenaires chargés de l'exécution et de régler contractuellement le devoir d'information avec les prestataires institutionnels. Dans le domaine des rentes, où les conditions portent essentiellement sur des mesures médicales, il est considéré comme utile de fournir des informations en personne à l'assuré. En règle générale, associer le médecin traitant s'avère judicieux. L'observation des conditions devrait, dans toute la mesure du possible, être contrôlée de façon adaptée au cas d'espèce.

### *Optimisation et transfert de l'accord paritaire genevois*

L'étude sur l'accord paritaire genevois comporte quelques recommandations spécifiques, qui visent notamment à augmenter sa visibilité auprès des employeurs et des assurés. Il

s'agit également d'impliquer plus fortement les employeurs et les syndicats. Certains employeurs peuvent être encouragés par leur association faîtière à jouer un rôle plus proactif au niveau de la prise de contact. Aborder systématiquement les assurés permettrait d'instaurer la confiance et de créer la motivation. D'autres recommandations visent à identifier les cas relevant de l'accord paritaire lors du dépôt des demandes AI, ainsi qu'à améliorer la coordination entre les assureurs perte de gain maladie et les offices AI concernant le financement des indemnités journalières pendant la phase d'intervention précoce.

En outre, l'étude se prononce en faveur d'un transfert de ce projet à d'autres cantons et branches, tout en l'assortissant de certaines conditions. L'avantage est particulièrement intéressant lorsqu'il s'agit de secteurs fortement frappés par les problèmes d'invalidité, laissant craindre une perte de savoir-faire. Les spécificités structurelles de l'accord paritaire genevois font entrevoir d'autres facteurs de succès, comme le faible nombre de caisses de pension et d'assureurs perte de gain maladie qui interagissent avec une puissante association faîtière et ses 18 associations professionnelles membres. Ce nombre réduit de partenaires de coordination est à l'origine de la grande efficacité de l'accord. Dans ce contexte, une culture du partenariat social, l'orientation sur les résultats de l'office AI et une gestion du changement appropriée revêtent également de l'importance.

#### *Renforcer la diversification des offres de logements destinées aux personnes en situation de handicap*

Afin d'encore mieux tenir compte de la diversité des besoins en matière de logement des personnes en situation de handicap, le rapport juge nécessaire d'avoir un large éventail d'offres entre lesquelles le passage est aisé. À cet égard, les cantons, les organisations et les prestataires sont les premiers concernés. Les auteurs recommandent à l'OFAS d'examiner de plus près, en collaboration avec les cantons et la CDAS, le domaine du « logement privé » avec services (ambulatoires). L'objectif de cet examen devrait être de répartir les compétences de façon plus transparente et d'étudier la problématique des flux financiers. Cela pourrait partir d'une dissociation plus poussée des tâches respectives de la Confédération et des cantons dans ce domaine. Dans le même temps, il faut garantir l'égalité de traitement avec le domaine des institutions, ainsi que la possibilité de passer de l'un à l'autre.

Les auteurs préconisent par ailleurs d'élaborer un ensemble de données fiables, disponibles durablement, dans le domaine de l'offre de logement en institution en vue de rédiger des rapports à l'intention de l'ONU. À cet effet, il faudrait définir les critères permettant de distinguer les offres de logement en institution selon le degré d'autonomie laissée aux résidents, et relever statistiquement cette autonomie. Selon les auteurs, l'OFAS et l'OFS devraient en outre harmoniser entre eux les codes utilisés pour désigner les types de handicap.

## **2.4 Prises de position de l'OFAS**

Dans ce qui suit, l'OFAS prend position sur les recommandations qui s'adressent aux offices AI. Il aborde les mesures adoptées ou envisagées sur la base des recommandations formulées.

### **2.4.1 Mesures adoptées à ce jour**

En vue de mettre en place le monitoring des transferts de l'AI vers l'aide sociale, l'OFAS travaille, en collaboration avec l'Office fédéral de la statistique (OFS), à l'amélioration continue de la base de données. Dans ce contexte, la gestion des données AS-AI-AC a été confiée à l'OFS, où les rapports transversaux sur la sécurité sociale sont développés en étroite coopération avec l'OFAS et le SECO. Le monitoring AS-AI-AC permet désormais

d'établir la statistique « Parcours dans le système de sécurité sociale », qui réunit les données individuelles de l'AI, de l'aide sociale et de l'assurance-chômage (AC). Les passages entre ces trois systèmes de prestations sont également pris en considération dans des publications régulières.

Les résultats de l'étude confortent l'AI dans sa stratégie d'enregistrer le plus tôt possible les assurés et de continuer à étendre les mesures de réadaptation. L'AC tout comme l'aide sociale font partie des autorités habilitées à communiquer les cas. La communication dans le cadre de la détection précoce auprès de l'AI permet d'accroître les chances des assurés d'exercer durablement une activité lucrative et donc d'améliorer la coordination des prestations. Le Développement continu de l'AI (DC AI), entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022, suit cette orientation stratégique à travers un large éventail de mesures.

Les recommandations relatives aux structures nationales de la collaboration interinstitutionnelle ont été intégrées dans la décision de poursuivre le développement de la CII, signée le 29 mars 2017 par les trois chefs des départements de l'intérieur (DFI), de justice et de police (DFJP) et de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR). Le bureau national CII est ainsi à présent formellement rattaché au SECO, doté de 80 % équivalents plein temps (EPT) et financé à parts égales par l'OFAS, le SECO, le Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) et le Secrétariat d'État aux migrations (SEM). Dans le sillage du DC AI, la collaboration interinstitutionnelle a été étendue aux instances cantonales chargées de la coordination des mesures de réadaptation professionnelle pour les jeunes et jeunes adultes, ainsi qu'aux prestataires cantonaux de mesures de préparation à la formation professionnelle initiale soutenus par l'AI. D'autres améliorations ont été apportées en 2021 et en 2022, années durant lesquelles l'OFAS a assumé la présidence du comité de pilotage national CII.

Les offres de transition I destinées aux jeunes atteints dans leur santé constituent un élément important du Développement continu de l'AI. Les assurés concernés ont été identifiés comme groupe cible majeur et leurs transitions scolaires et professionnelles déclarées thème central de la révision. La réadaptation et donc la prévention de la dépendance aux rentes d'invalidité étaient ici au centre des préoccupations. Parmi les mesures correspondantes figurent l'extension aux jeunes de la détection précoce, de certaines mesures d'intervention précoce et des mesures de réinsertion, ainsi que l'optimisation des mesures d'ordre professionnel durant les transitions I et II. Afin que l'AI soit impliquée le plus tôt possible, les instances cantonales telles que le CM FP sont désormais également habilitées à annoncer des personnes à l'AI. Cette dernière peut par exemple participer à raison d'un tiers maximum aux frais de personnel du CM FP ou d'autres services cantonaux analogues lorsqu'il s'agit d'accompagner les jeunes et les jeunes adultes présentant des problématiques multiples sur la voie menant au marché du travail.

En relation avec la réadaptation professionnelle et à la lumière de l'évaluation de l'accord paritaire genevois, l'OFAS estime qu'il est très souhaitable d'élargir la discussion sur les solutions de branche, soutenues par les partenaires sociaux, à d'autres contextes et possibilités d'application. Dans le cadre du Développement continu de l'AI, décision a été prise de renforcer la collaboration avec les organisations faïtières du monde du travail, ce qui a conduit à la création de l'art. 68<sup>sexies</sup> LAI.

Concernant l'analyse des besoins et de l'offre dans le domaine des prestations visées à l'art. 74 LAI, l'OFAS salue les suggestions de l'étude de remédier à l'insuffisance et aux inégalités de couverture des besoins sans rien changer aux ressources à disposition. Il vérifie, en collaboration avec les organisations faïtières, dans quelle mesure la visibilité des offres a été renforcée et un monitoring permettant d'améliorer la répartition des ressources peut être mis en place. Il examine en outre l'opportunité d'une redistribution des fonds disponibles en faveur des services à la personne, ou la possibilité de définir des priorités

parmi ces services en fonction de leur profil d'efficacité. Grâce à la limitation des tâches de relations publiques (PROSPREH), des fonds ont pu être redistribués en faveur des services à la personne.

À l'aide des nouveaux concepts, les organisations décrivent les prestations concrètes fournies et les objectifs visés, ainsi que les modalités pour mesurer ces objectifs, établir des priorités parmi les prestations et les piloter. Les prestations doivent être centrées sur l'inclusion. En outre, les rôles et les responsabilités des organisations faitières ont été précisés et l'accent a été placé sur le pilotage et le contrôle. Des enquêtes auprès des clients et des contrôles réguliers doivent permettre de remanier les prestations et de faire en sorte qu'elles soient fournies en adéquation avec les besoins. Les organisations sont par ailleurs tenues de publier les prestations sur leurs sites Internet.

Dans le cadre du DC AI, il est également proposé d'améliorer le processus pour les aides financières au sens de l'art 74 LAI, en finançant des projets et leur mise en œuvre. Un élément essentiel de la solution consiste à remplacer des prestations obsolètes ou moins efficaces par des services nouveaux ou meilleurs. C'est pourquoi un mécanisme de réduction modeste est prévu. Ce dernier a été à l'origine du large rejet de la solution proposée lors de la procédure de consultation.

Sur la base des constats présentés dans le PR-AI 3, les directives relatives aux conditions fixées pour l'octroi de prestations dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage ont été intégralement remaniées lors du Développement continu de l'AI. Le contrôle et la possibilité de fixer des conditions ont été mis en œuvre tant pour les mesures de réadaptation professionnelle que pour l'examen du droit à la rente. La marche à suivre et la procédure formelle applicable à la réduction du dommage ont en outre été détaillées et clarifiées dans les directives.

Pour l'état des lieux de l'offre en logements adaptés aux personnes en situation de handicap, l'OFAS suit la direction indiquée par la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées et met l'accent sur des principes tels que l'autonomie, la possibilité de choisir et la participation à tous les domaines de la vie sociale. En font également partie la flexibilité et la diversité de l'offre de logement assortie de prestations de soutien plus ou moins larges. Depuis lors, l'OFAS a réalisé d'autres études (cf. chap. 4) visant à recenser les modalités d'aide au logement autonome à l'étranger et à identifier des instruments appropriés de relevé des besoins. En collaboration avec la CDAS et le Bureau fédéral pour l'égalité des personnes handicapées (BFEH), une étude de suivi a en outre été mandatée en vue d'étudier la problématique des flux financiers dans le domaine des prestations d'aide au logement.

#### 2.4.2 Mesures envisagées

En collaboration avec l'OFS, l'OFAS suit le développement d'un nouveau référentiel de données (SoSiRep), qui doit notamment servir de base à la création de la base de données AS-AI-AC. Il sera ainsi possible de mieux comprendre les passages entre les systèmes sociaux en général et les transferts de l'AI vers l'aide sociale en particulier. De nouveaux indicateurs longitudinaux pertinents sur les flux de personnes entre les trois domaines centraux de la sécurité sociale (AC, AI et aide sociale) doivent être établis en tenant compte d'autres données provenant de SoSiRep (en particulier les données du système de recensement fédéral de la population comme la « Statistique de la population et des ménages » ou les données issues des comptes individuels AVS concernant les revenus soumis à cotisation). L'OFAS dispose d'un accès direct à SoSiRep et peut par conséquent contribuer à ses propres analyses.

Les structures nationales doivent continuer à renforcer la collaboration interinstitutionnelle pour que les différentes mesures et offres des organes d'exécution puissent être mises en

œuvre plus efficacement et accroître les chances de réadaptation. S'agissant des offres de transition I destinées aux jeunes atteints dans leur santé, il est également prévu d'entreprendre les démarches nécessaires afin de lancer, de renforcer ou d'améliorer la collaboration entre les acteurs concernés.

Pour ce qui est des prestations visées à l'art. 74 LAI, on cible une nouvelle limitation des PROSPREH à des fins de redistribution en faveur des services à la personne, ainsi qu'une amélioration de la coordination entre la Confédération, les cantons et les organisations d'aide aux personnes handicapées. D'autres objectifs consistent à mieux faire connaître les prestations des offices AI et à renforcer l'orientation des prestations sur l'« empowerment » des assurés. S'agissant des conditions fixées pour l'octroi de prestations dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage, il s'agit désormais de voir comment les nouvelles règles, et notamment l'utilisation de conditions dans le domaine de la réadaptation professionnelle, sont appliquées par les offices AI, si elles portent leurs fruits et quels effets elles déploient. Ces questions pourraient être abordées ultérieurement dans une étude de suivi. Dès que les résultats des différentes études menées dans le domaine des prestations d'aide au logement seront disponibles, les possibilités d'adaptation et d'amélioration des prestations actuelles seront, le cas échéant, évaluées. En raison du fédéralisme et du partage des compétences, de tels examens doivent être effectués en étroite collaboration avec les cantons.



## 3 Acteurs

L'assurance-invalidité entretient des relations avec de nombreux acteurs, par exemple des domaines de la santé, social ou juridique, du monde du travail et, surtout, avec les bénéficiaires de prestations. Le présent chapitre s'intéresse à ces acteurs et groupes d'acteurs ainsi qu'à leur travail (commun) et à leurs interfaces avec l'AI. Le PR-AI 3 a consacré huit projets de recherche aux liens de coopération entre l'AI et les divers acteurs, dont les résultats, les connaissances et les recommandations sont présentés dans ce qui suit. Les résultats de quatre travaux de recherche dédiés aux bénéficiaires de prestations sont exposés dans la première partie. Une étude apporte un éclairage sur la situation économique des rentiers AI en général et sur celle des bénéficiaires d'une rente complémentaire pour enfant de l'AI en particulier. Une autre analyse s'est penchée sur le groupe des jeunes atteints de troubles psychiques et nouveaux bénéficiaires d'une rente AI en examinant tous les aspects de leur parcours scolaire, médical et de réadaptation professionnelle qui ont abouti à l'octroi de la rente. Pour finir, l'attention est portée aux résultats d'une étude qui a mis en lumière le point de vue des assurés sur les processus de réadaptation de l'AI. La deuxième partie du chapitre aborde les travaux de recherche relatifs aux experts médicaux, psychiatres traitants et employeurs, les analyses étant dans ce cadre toujours centrées sur les interfaces et la collaboration avec l'AI.<sup>10</sup>

### 3.1 Assurés

#### 3.1.1 Situation économique des rentiers AI

La première analyse globale de la situation économique des bénéficiaires d'une rente de l'AI est parue en 2012 (Wanner, Pecoraro 2012). Entre-temps, les données disponibles sont de bien meilleure qualité. Aujourd'hui, elles permettent de faire des constats différenciés sur la situation économique des bénéficiaires de rente AI et de leur ménage, ainsi que de décrire son évolution durant la dernière décennie. Il est désormais possible de suivre l'évolution des revenus des bénéficiaires de rente AI sur plusieurs années, avant et après l'octroi de la rente. Les travaux de recherche publiés en 2020 (Guggisberg et al. 2020c) ont cherché des réponses aux trois questions suivantes :

- Quelle est aujourd'hui la situation économique des rentiers AI ?
- Dans quelle mesure la situation économique des rentiers AI a-t-elle changé depuis sa dernière évaluation en 2012 ?
- Comment la participation au marché du travail et les revenus des rentiers AI ont-ils évolué entre les années précédant et celles suivant l'octroi de la rente ?

Les résultats de l'étude montrent que le revenu équivalent annuel médian des bénéficiaires de rente AI était de 52 000 francs en 2015 – année la plus récente pour laquelle les données sont complètes –, soit environ 16 000 francs de moins que celui des personnes ne touchant pas de rente AI (Guggisberg et al. 2020c : p. X). Ils révèlent en outre que les rentiers AI sont en meilleure position financière lorsque leur ménage perçoit des revenus du travail : leur situation économique dépend donc, dans une large mesure, de la présence (ou de l'absence) dans le même ménage d'autres personnes exerçant une activité lucrative (Guggisberg et al. 2020c : p. XI).

---

<sup>10</sup> Le chapitre « Acteurs » présente les travaux de recherche du PR-AI 3 consacrés aux interactions et à la collaboration des principaux acteurs avec l'AI. Le chapitre « Système et interfaces » porte quant à lui sur les travaux de recherche du PR-AI 3 consacrés au système de l'AI et à ses interfaces en général.

Par rapport aux résultats de l'étude précédente (qui se référait aux données de l'année 2006), les inégalités de revenus entre les bénéficiaires de rente AI et les personnes ne touchant pas de rente AI sont restées globalement inchangées. En revanche, les inégalités de revenus entre bénéficiaires de rente AI se sont quelque peu réduites, alors qu'elles ont légèrement augmenté entre personnes ne touchant pas de rente AI. La comparaison des résultats fait apparaître que les rentiers AI considérés dans l'étude de 2020 (qui se réfère aux données de l'année 2015) perçoivent plus fréquemment des PC que ceux de 2006 et un peu moins souvent des revenus provenant d'une activité lucrative. Ces mouvements peuvent s'expliquer par les changements dans la composition de l'effectif des bénéficiaires de rente AI (qui comporte notamment davantage de personnes atteintes de troubles psychiques) et par l'évolution des chances sur le marché du travail (Guggisberg et al. 2020c : p. XI).

Les résultats présentés dans les travaux de recherche concernant les rentiers AI ayant des ressources financières faibles ou très faibles sont fondés sur deux seuils de revenus, également utilisés au niveau international : un revenu inférieur à 60 % du revenu équivalent médian de l'ensemble de la population correspond à des ressources financières faibles, tandis qu'un revenu inférieur à 50 % de ce revenu correspond à des ressources financières très faibles (Guggisberg et al. : p. XII). Sur la base de cette définition, on relève qu'environ 18 % des bénéficiaires de rente AI vivaient en 2015 dans un ménage ayant des ressources financières faibles et près de 6 %, dans un ménage ayant des ressources financières très faibles. Au cours de la même année, ces parts s'établissaient à environ 12 % (ressources financières faibles) et 7 % (ressources financières très faibles) pour les personnes sans rente AI. Les bénéficiaires de rente AI présentent par conséquent un risque plus élevé que les autres de vivre dans un ménage aux ressources financières faibles. En revanche, ils courent un risque légèrement moins marqué de vivre dans un ménage disposant de ressources financières très faibles (Guggisberg et al. 2020c : p. XII).

L'analyse spécifique de l'évolution des revenus d'une sélection de nouveaux bénéficiaires montre que leur participation au marché du travail avait déjà reculé de manière significative cinq à trois ans avant l'octroi de la rente AI. Un nombre relativement important de personnes ont donc cessé de travailler ou ont dû accepter une forte baisse de leur salaire deux ans avant l'octroi de la rente (Guggisberg et al. 2020c : p. XI). Après l'octroi de la rente, on constate que la part de personnes disposant de ressources financières très faibles a fortement diminué, passant de 19 % à 8 %. Cela s'explique par le fait que les prestations du 1<sup>er</sup> pilier et les PC fournissent un soutien particulièrement efficace à l'extrémité inférieure de l'échelle des revenus (Guggisberg et al. 2020c : p. XII).

L'étude conclut que l'AI parvient relativement bien à éviter que les bénéficiaires de ses rentes doivent se contenter de ressources financières très limitées. Par contre, près de 18 % de ces derniers ne disposent que de ressources financières limitées, une proportion nettement plus élevée que pour les personnes ne touchant pas de rente de l'AI (Guggisberg et al. 2020c : p. XIII). Il ressort de l'examen de l'évolution des revenus avant et après l'octroi d'une rente AI que cette prestation améliore rapidement la situation financière d'une proportion importante d'assurés. Outre les prestations du 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> pilier, cela peut s'expliquer surtout par l'accès aux PC. Dans ce contexte, il apparaît que l'octroi d'une rente réduit considérablement le risque de précarité économique, en particulier pour les personnes vivant seules, pour les familles monoparentales, pour les couples avec enfants et pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Ce constat s'applique également aux jeunes et aux personnes de nationalité étrangère (Guggisberg et al. 2020c : p. XIII).

### 3.1.2 Situation économique des bénéficiaires de rentes complémentaires pour enfant

Les parents constituent un groupe spécifique de bénéficiaires de rente AI ; ils perçoivent en ce sens des rentes complémentaires pour enfant de l'AI. Ces dernières sont depuis longtemps l'objet d'un débat politique. La Commission de la sécurité sociale et de la santé

publique du Conseil des États a ainsi déposé un postulat (16.3910) qui charge le Conseil fédéral d'analyser la situation économique des bénéficiaires de rentes complémentaires pour enfant de l'AI ou de l'AVS et d'en rendre compte dans un rapport. L'étude « Wirtschaftliche Verhältnisse der Bezügerinnen und Bezüger einer Rente aus der 1. Säule (AHV/IV) mit Anspruch auf eine Kinderzusatzrente » (Guggisberg, Liechti 2019) a été élaborée afin de fournir une partie des bases nécessaires pour répondre à ce postulat. L'analyse s'est concentrée sur les deux questions :

- Combien d'enfants et de jeunes adultes vivent en Suisse, dans quels types de ménage, et combien d'entre eux ont des parents qui perçoivent une rente complémentaire pour enfant ?
- Dans quelle situation économique vivent les enfants qui donnent droit à une rente et quel rôle y jouent les rentes pour enfant du 1<sup>er</sup> pilier ainsi que celles de la prévoyance professionnelle ?

Ce qui suit porte principalement sur les résultats concernant les bénéficiaires des rentes complémentaires pour enfants de l'AI. Dans le 1<sup>er</sup> pilier, quelque 100 000 rentes pour enfant sont octroyées pour près de 96 000 enfants<sup>11</sup>, dont environ 73 000 versées par l'AI et 23 000 par l'AVS (Guggisberg, Liechti 2019 : pp. VII et 5). Un examen de l'âge des enfants et des jeunes adultes donnant droit à une rente pour enfant de l'AI fait apparaître que près de 50 000 ont entre 0 et 17 ans et environ 22 000 entre 18 et 24 ans. Les chiffres diffèrent s'agissant des enfants donnant droit à une rente pour enfant de l'AVS. Le nombre d'enfants plus âgés est ici nettement supérieur et les deux tranches d'âge y sont représentées chacune pour moitié environ (Guggisberg, Liechti 2019 : p. 5). 15 % des rentes pour enfant de l'AI sont versées à des bénéficiaires résidant à l'étranger, tandis que cette proportion est nettement supérieure pour l'AVS avec près d'un tiers (Guggisberg, Liechti 2019 : p. VII).

Parmi les enfants donnant droit à une rente tant de l'AI que de l'AVS, presque un tiers (31 %) sont des ressortissants étrangers et plus de deux tiers (69 %) sont suisses (Guggisberg, Liechti 2019 : p. 5). Le montant moyen d'une rente pour enfant de l'AI s'établit à 560 francs et s'avère légèrement inférieur à celui d'une rente pour enfant de l'AVS (640 francs). Cet écart est largement dû au fait que les rentes AI ne sont pas systématiquement des rentes entières (Guggisberg, Liechti 2019 : p. 11). Les enfants suisses donnant droit à une rente de l'AI conduisent à un rente moyenne de 600 francs, contre 490 francs pour les enfants étrangers (Guggisberg, Liechti 2019 : p. 11). Globalement, près de 19 % des bénéficiaires de rente AI perçoivent au moins une rente pour enfant ; les personnes présentant une infirmité congénitale ont moins souvent des enfants qui donnent droit à une rente que celles dont l'invalidité est due à une maladie ou à un accident (Guggisberg, Liechti 2019 : p. VIII). Dans 15 % des cas AI, les parents bénéficiaires sont étrangers, contre 33 % des cas AVS (Guggisberg, Liechti 2019 : p. 9).

Les enfants donnant droit à une rente sont proportionnellement beaucoup plus nombreux à vivre dans des familles à faible capacité économique que ceux dont les parents ne perçoivent aucune rente du 1<sup>er</sup> pilier et n'ont donc pas droit à une rente pour enfant.<sup>12</sup> Parmi les ménages avec enfants mineurs donnant droit à une rente pour enfant de l'AI, le quartile le moins favorisé dispose au maximum d'un revenu équivalent d'environ 32 000 francs (rente AVS : 36 100 francs), contre 41 100 francs pour le groupe témoin ne percevant

<sup>11</sup> Il est possible qu'un enfant perçoive deux rentes pour enfant du 1<sup>er</sup> pilier, par exemple lorsque les deux parents touchent une rente du 1<sup>er</sup> pilier.

<sup>12</sup> Pour des raisons liées aux données, les analyses ne portent que sur les personnes qui ont leur domicile légal et leur domicile fiscal principal dans un des onze cantons ayant mis leurs données fiscales à la disposition des chercheurs (Guggisberg und Liechti 2019 : p. VIII), à savoir : AG, BE, BL, BS, GE, LU, NE, NW, SG, TI, VS (Guggisberg und Liechti 2019 : p. 51).

aucune rente pour enfant (Guggisberg, Liechti 2019 : p. VIII). Les différences sont un peu moins marquées en ce qui concerne les jeunes adultes (18 à 24 ans) donnant droit à une rente pour enfant. Le quartile le moins favorisé des ménages avec jeunes adultes donnant droit à une rente pour enfant de l'AI dispose au maximum d'un revenu équivalent d'environ 32 600 francs (rente AVS : 40 000 francs), tandis que cette limite se situe à 43 700 francs pour le groupe témoin des parents actifs ne percevant pas de rente du 1<sup>er</sup> pilier (Guggisberg, Liechti 2019 : p. IX). Dans les deux groupes d'âge, proportionnellement, la part d'enfants et de jeunes adultes vivant dans des ménages à capacité économique modeste est plus élevée que celle des enfants de parents qui tous deux sont actifs et ne perçoivent pas de rente du 1<sup>er</sup> pilier (Guggisberg und Liechti 2019 : p. IX).<sup>13</sup>

Le taux de perception de PC chez les parents dont l'enfant donne droit à une rente est d'environ 38 % dans l'AI et 14 % dans l'AVS (Guggisberg, Liechti : p. IX). Les chercheurs se sont servis de modèles de simulation pour évaluer les répercussions d'une réduction des rentes pour enfant de 40 à 30 % de la rente principale correspondante, ou la suppression de celles-ci. Les résultats concluent qu'une réduction ou la suppression des rentes pour enfant des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> piliers aurait un impact important (au sens d'une nouvelle détérioration de la situation) pour les enfants concernés et qui grandissent au sein d'un ménage dont la capacité économique est faible. Les enfants dont les parents ont atteint l'âge ordinaire de la retraite vivent aujourd'hui déjà plus souvent dans une situation de précarité, proportionnellement parlant, que ceux dont les parents n'ont pas encore atteint cet âge. Et l'impact serait encore plus marqué pour les enfants vivant au sein d'un ménage percevant une rente de l'AI (Guggisberg, Liechti 2019 : p. X).

### 3.1.3 Profils de jeunes bénéficiaires de rente AI atteints de troubles psychiques

Alors que les précédents sous-chapitres portaient sur des mandats de recherche exclusivement consacrés aux conditions économiques des rentiers AI et de leur famille, certains projets du PR-AI 3 se sont intéressés de manière exhaustive à la situation des bénéficiaires de rente AI. Une étude s'est notamment penchée sur les jeunes bénéficiaires de rente AI atteints de troubles psychiques et leurs parcours jusqu'à l'octroi de prestations. L'objectif consistait ici à formuler des recommandations quant aux possibilités d'élaborer de futures mesures de manière encore plus spécifique, ciblée et donc efficace afin de permettre à ces jeunes de se réinsérer avec succès dans le monde du travail. L'étude portant sur les jeunes bénéficiaires de rente AI a été achevée entre la fin du PR-AI 2 et le début du PR-AI 3 et publiée au cours des premiers mois de ce dernier. C'est pourquoi elle doit également être mentionnée dans le cadre du rapport de synthèse du PR-AI 3.

Cette analyse a été motivée par la forte baisse du nombre de nouvelles rentes octroyées dans l'assurance-invalidité au cours des 15 dernières années, sauf dans le cas des jeunes adultes. La plupart du temps, la mise en invalidité à un très jeune âge est due à des problèmes psychiques, ce qui s'explique par le fait que trois quarts environ des troubles psychiques débutent avant l'âge de 25 ans – et donc plus tôt que de nombreuses maladies physiques. Avant la publication des travaux de recherche « Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten » (Baer et al. 2015), il n'existait pratiquement pas d'informations sur les jeunes rentiers AI en Suisse, le genre de problèmes psychiques dont ils souffraient, leur âge au moment où les troubles ont commencé à se manifester et la formation qu'ils suivaient alors, la date du premier recours à des services spécialisés et les particularités des parcours qui aboutissent à l'octroi d'une rente. La publication sur les jeunes bénéficiaires de rente AI comble ces lacunes et propose des

---

<sup>13</sup> Il est ici à noter que les disparités en termes de revenu sont très importantes parmi les ménages de jeunes adultes percevant des rentes pour enfant de l'AVS.

données et connaissances afin de développer et améliorer les mesures précoces et efficaces. Cela doit permettre à l'AI et aux autres acteurs (systèmes de formation, de santé, employeurs, etc.) de maintenir davantage de jeunes avec des troubles psychiques dans le système d'éducation ou sur le marché du travail (Baer et al. 2015 : p. XXV s.).

### *Infirmités et parcours ayant abouti à l'octroi d'une rente aux jeunes atteints de troubles psychiques*

Les résultats de l'étude globale montrent que les jeunes bénéficiaires d'une rente AI (de 18 à 29 ans) sont très souvent atteints de troubles psychiques précoces et graves dus soit à des causes organiques (déficience intellectuelle, troubles du développement prononcés, schizophrénie), soit à des difficultés biographiques graves pendant la petite enfance comme les troubles de la personnalité (Baer et al. 2015 : p. XXXIV). La plupart du temps, les jeunes rentiers se font remarquer dès la petite enfance, puisque chez la moitié d'entre eux, un premier trouble est détecté à l'âge préscolaire. Par la suite, ces assurés ont souvent besoin de l'aide continue de différents experts ou institutions, et ce jusqu'à l'âge adulte (Baer et al. 2015 : p. XXXIV). Une grande partie de ces jeunes rentiers n'ont jamais fréquenté l'école ordinaire ni eu d'emploi sur le marché primaire du travail, mais ont toujours évolué dans un environnement protégé. Dans l'ensemble, seuls quelque 14 % des jeunes rentiers ont accompli une formation professionnelle sanctionnée par un CFC. Par ailleurs, aujourd'hui seuls 5 % des jeunes rentiers exercent une quelconque activité lucrative accessoire (Baer et al. 2015 : p. XXXIV).

Étonnamment, les chercheurs arrivent à la conclusion que, malgré ce contexte défavorable, des alternatives à la rente auraient pu être trouvées pour une minorité d'entre eux au moins et que certains ont peut-être été mis en invalidité trop tôt. En cause : le système d'éducation a manqué de détecter leur trouble à temps, les informations et la coopération médicales étaient insuffisantes, les perspectives de réadaptation manquaient ou les processus de l'AI étaient inadéquats (Baer et al. 2015 : p. XXXIV). En règle générale, il ne faut pas oublier que l'étiquette « troubles psychiques » cache parfois des situations de multimorbidité avec des troubles ou handicaps graves, fréquemment assortis d'une déficience intellectuelle (Baer et al. 2015 : p. XXXIV). À ce titre, la mise en invalidité est estimée justifiée par les chercheurs.

Ces derniers mettent néanmoins en évidence quelques problèmes qu'il faudrait résoudre pour éviter désormais les mises en invalidité précoces, évoquant la détection et l'intervention trop tardives ainsi que l'octroi (trop) rapide d'une rente, mais aussi le début tardif du traitement psychiatrique (Baer et al. 2015 : p. XXXIV). Les analyses révèlent en outre que l'abandon des études n'est pas inévitable chez de nombreux jeunes atteints de psychoses ou de troubles de la personnalité et aurait pu être prévenu, puisque ces assurés abandonnent souvent leurs études de leur propre initiative (Baer et al. 2015 : p. XXXV). Par ailleurs, l'étude souligne que les mesures de l'AI sont parfois abandonnées précocement, car la plupart des jeunes rentiers renoncent à faire une deuxième tentative de formation professionnelle après avoir mis un terme à la première. De même, des interventions trop peu durables sont mises en place pour les troubles dépistés précocement, tels que les troubles socio-émotionnels précoces (y compris TDAH) ou les troubles du développement. Enfin, un pronostic médical (trop) pessimiste quant à l'évolution des troubles schizotypiques freine le parcours de réadaptation.

Quel que soit le type de troubles, l'étude affirme que trop peu d'informations médicales concernant la réadaptation sont transmises : il est rare que les rapports médicaux considérés indiquent quelles adaptations concrètes dans la formation ou sur le lieu de travail pourraient aider les jeunes assurés. Ils ne contiennent pas non plus de conseils au corps enseignant, aux formateurs, aux responsables hiérarchiques ou aux responsables de la réadaptation sur la manière de s'occuper de l'assuré. Pour finir, les chercheurs parviennent à la conclusion qu'une évaluation détaillée ou une expertise pourrait se révéler

plus efficace pour la réadaptation si elle était réalisée au début de la procédure AI et pas seulement lors l'examen du droit à la rente (Baer et al. 2015 : p. XXXV s.).

#### 3.1.4 La réadaptation vue par les assurés

Dans le cadre des travaux de recherche préalablement évoqués du PR-AI 3, différentes informations et connaissances concernant les bénéficiaires de prestations de l'AI ont été collectées et des données de la Centrale de compensation, des données fiscales, des dossiers d'assurés ont fait l'objet d'évaluations. Mais aucun des projets de recherche n'avait encore recueilli directement l'avis des assurés – que ce soit sur leurs parcours de réadaptation, leur évaluation des mesures de réadaptation ou les facteurs (subjectifs) de réussite de la réadaptation professionnelle. De nombreux projets menés dans le cadre du PR-AI 3 ont porté sur la mise en œuvre et les effets des mesures de l'AI. Dans quelques analyses, les assurés ont aussi pu ponctuellement donner leur avis sur certains thèmes comme la qualité de l'appareillage auditif, les organisations d'aide aux personnes handicapées ou la contribution d'assistance, mais jamais d'une manière globale au sujet des mesures de réadaptation. L'étude « Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten » (Baer et al. 2018) vient combler cette lacune en abordant du point de vue des assurés les questions des facteurs de réussite de la réadaptation, de la situation de vie des personnes concernées et son évolution au cours de la réadaptation (Baer et al. 2018 : p. XXII).

##### *Infirmités, traitement et situation sociale des participants à l'enquête*

Les résultats des travaux de recherche reposent sur une enquête écrite, à laquelle ont été invitées à participer quelque 4000 personnes présentant des troubles psychiques ou musculo-squelettiques ayant suivi des mesures de réadaptation professionnelle de l'AI (à savoir mesures d'intervention précoce, mesures d'ordre professionnel ou mesures de réinsertion). Le taux de retour a été d'environ 25 %. Des entretiens plus poussés ont été menés avec vingt participants. La réussite de la réadaptation était définie comme étant un revenu d'une activité lucrative d'au moins 1000 francs par mois et l'absence de prestations de l'assurance-chômage et de rente AI<sup>14</sup> (Baer et al. 2018 : p. XXII).

Lors de l'enquête, près de 55 % des personnes interrogés indiquent souffrir d'une maladie psychique – psychose, névrose ou trouble de la personnalité – et 45 % de troubles musculo-squelettiques (Baer et al. 2018 : p. XXIV). En termes de réussite de la réadaptation professionnelle, il apparaît qu'environ un tiers des sondés sont réinsérés (Baer et al. 2018 : p. XXVII) et que le type de pathologie joue un rôle majeur à cet égard. En effet, 45 % des assurés présentant des troubles musculo-squelettiques ont réussi à se réinsérer, contre seulement 25 % des assurés atteints d'une maladie psychique, ceux ayant des troubles psychotiques étant les moins intégrés (Baer et al. 2018 : p. XXIV). Une analyse montre que la majorité des assurés suivent un traitement, le plus souvent chez leur médecin de famille ou chez un psychiatre exerçant dans son propre cabinet. Mais près d'un cinquième des personnes interrogées déclarent aussi ne suivre aucun traitement. Selon les chercheurs, on peut supposer qu'une partie d'entre elles n'en ont pas besoin, mais qu'un traitement serait peut-être indiqué pour les autres, étant donné l'évolution souvent chronique ou récidivante des troubles psychiques et musculo-squelettiques (Baer et al. 2018 : p. XXV).

En ce qui concerne la situation sociale, les résultats de l'étude amènent à conclure que le handicap important de la plupart des assurés se répercute moins sur leur intégration sociale que sur leur insertion professionnelle : la moitié à deux tiers d'entre eux réussissent à

---

<sup>14</sup> Bénéficiaire de l'aide sociale ne constituait pas un critère d'exclusion pour la réussite de la réadaptation (Baer et al. 2018 : p. 15)

conserver un réseau social. Près de la moitié ont dans leur entourage au moins trois personnes sur lesquelles ils peuvent compter en cas de problème (aide instrumentale) et la même proportion des personnes de confiance avec lesquelles ils peuvent parler de problèmes très personnels (soutien moral) (Baer et al. 2018 : p. XXVI). En comparaison, 80 % et presque 70 % de l'ensemble de la population suisse ont respectivement des personnes sur qui compter en cas de problème et des personnes de confiance (Baer et al. 2018 : p. 68).

#### *Mesures de réadaptation suivies, revenu et facteurs de réussite*

S'agissant des mesures suivies, l'étude révèle que les personnes interrogées ont principalement obtenu des mesures d'intervention précoce et des mesures de reclassement, moins des mesures de formation professionnelle initiale et des mesures de réinsertion. Ces résultats reflètent des effets de sélection : les mesures d'intervention précoce aboutissent à un taux de succès élevé, tandis que mesures de réinsertion et de formation professionnelle initiale s'observent plus souvent chez les assurés non réinsérés. Ces deux dernières mesures constituent fréquemment une condition préalable à la poursuite de l'intégration, mais sont aussi octroyées à des assurés ayant une capacité de travail encore réduite. Les mesures d'intervention précoce se situent en revanche plutôt dans le cadre d'un emploi existant – et augmentent les chances de réussite.

Indépendamment de la réussite de la réadaptation elle-même, les différentes mesures d'ordre professionnel agissent sur les capacités de travail de base (apprendre à travailler en dépit des problèmes ou de la douleur) et la confiance en soi des assurés. Parallèlement, les chercheurs relèvent qu'environ un tiers des personnes interrogées disent que les mesures de réadaptation de l'AI ne leur ont rien apporté, voire qu'elles ont plutôt aggravé leurs problèmes de santé. L'absence d'effets positifs et les effets négatifs pour la santé sont surtout cités dans les cas où il n'y a eu aucune discussion commune avec le conseiller AI, le médecin ou l'employeur. 50 à 60 % des sondés estiment que le conseiller de l'office AI était compétent et ont l'impression qu'il s'est beaucoup engagé pour eux. La relation personnelle avec les conseillers AI semble donc essentielle (Baer et al. 2018 : p. XIII s.).

Le pourcentage de personnes interrogées qui indiquent avoir une activité lucrative (quel que soit leur taux d'occupation) s'accroît avec le temps, passant de 40 % au début des mesures à 65 % à la fin. Dans le même temps, la part de personnes au chômage diminue notablement. Deux tiers des sondés ont besoin d'autres sources de revenus. Ce n'est que dans le groupe des assurés bien réinsérés – c'est-à-dire qui perçoivent un revenu mensuel supérieur à 1000 francs et ne bénéficient ni de prestations de l'AC ni de rente AI – que 80 % des personnes vivent uniquement de leur activité professionnelle. Ce groupe comprend au total près d'un tiers des sondés, ce qui signifie que l'on peut supposer qu'environ un quart des personnes interrogées (80 % d'un tiers) sont actives professionnellement et indépendantes financièrement (Baer et al. 2018: p. XXVIII).

Concernant l'identification des facteurs de réussite de la réadaptation professionnelle, les résultats de l'enquête montrent que des mesures ciblées et adaptées en fonction du handicap permettent d'accroître le rythme de travail et le taux d'occupation. De telles mesures ont en outre pour effet d'améliorer le comportement dans le travail et la confiance en soi et exercent une influence positive sur la capacité des assurés à travailler malgré leurs problèmes. Parmi les autres facteurs de réussite figure le soutien actif de l'AI lors de la recherche d'un emploi, ainsi qu'en cas de problème ou de crise durant le processus de réadaptation. Selon les chercheurs, le fait que le conseiller AI, tout comme les responsables des mesures, aient compris la problématique à laquelle fait face l'assuré sur le lieu/marché du travail constitue également un facteur de succès important. De plus, une bonne qualité de vie (subjective), peu de difficultés psychiques, une conviction bien ancrée d'avoir le contrôle de sa vie, une bonne santé générale et l'absence de limitations psychiques fonctionnelles majeures sont des clés de la réussite. Lors d'analyses supplémentaires, il

apparaît que les personnes ayant une formation élevée ont davantage de chances de réussir leur réadaptation professionnelle, contrairement aux assurés qui manquent de flexibilité (perfectionnisme et rigidité) ou ont des problèmes liés à l'égalité d'humeur (impulsivité et comportement conflictuel) (Baer et al. 2018 : p. XXX s.).

### **3.2 Acteurs œuvrant aux interfaces avec l'AI : employeurs, experts et psychiatres**

Le précédent chapitre traitait des projets de recherche du PR-AI 3 consacrés aux assurés, à leur situation économique, à leurs parcours jusqu'à l'octroi d'une rente, ainsi qu'à leurs points de vue sur les mesures et les facteurs de succès de la réadaptation professionnelle. Dans ce qui suit, sont présentés les résultats de projets de recherche dédiés aux autres acteurs centraux interagissant avec l'AI que sont les employeurs, les experts et les psychiatres.

#### **3.2.1 Collaboration avec les employeurs**

Les employeurs jouent un rôle décisif en ce qui concerne la réadaptation professionnelle des personnes atteintes dans leur santé. Depuis la 5<sup>e</sup> révision de l'AI, les offices AI mettent par conséquent en place de manière ciblée divers instruments et activités liés ou non à des cas précis en vue d'une collaboration durable avec les employeurs. L'étude « Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Arbeitgebenden » (Geisen et al. 2016) publiée début 2016 a pour la première fois mis en lumière la qualité de cette collaboration et les formes de coopération.

Dans l'ensemble, les stratégies de coopération diffèrent beaucoup et la satisfaction à cet égard se révèle élevée. Les chercheurs basent leurs constats d'une part sur la synthèse des résultats de nombreux projets régionaux, cantonaux et nationaux, d'autre part sur une enquête menée auprès des employeurs et des offices AI. L'étude conclut notamment que la stratégie de coopération est très variable d'un office AI à l'autre et que cette collaboration est jugée positive par les offices comme par les employeurs (Geisen et al. 2016 : p. XV), et ce, indépendamment des pratiques des offices AI (Geisen et al. 2016 : p. XV). Le fait que ces derniers adaptent leur stratégie de collaboration aux contextes culturels, géographiques et économiques propres aux cantons est identifié par les chercheurs comme l'une des clés du succès. Parmi les autres facteurs favorables, l'étude mentionne la présence conjointe de compétences techniques et personnelles chez les spécialistes des offices AI, l'équilibre optimal entre le conseil et les autres prestations fournis aux employeurs par les offices AI, ainsi que le fait d'associer d'autres acteurs externes tels que les médecins traitants à ce processus (Geisen et al 2016 : p. 92 s.).

#### **3.2.2 Point de vue des employeurs sur l'assurance-invalidité et ses instruments**

Outre les travaux de recherche précités relatifs à la collaboration entre les offices AI et les employeurs, une enquête représentative auprès des employeurs visant à connaître leur point de vue sur l'AI et ses instruments a été réalisée en 2021 – tout comme en 2008, 2010, 2012 et 2014 déjà –, hors du cadre du PR-AI 3 mais en étroite coordination avec celui-ci (Buess, Vogel 2021). Les résultats de cette enquête en ligne se fondent sur les réponses de plus de 2300 employeurs, représentatifs de toutes les tailles d'entreprises, régions et secteurs de l'économie.

De manière générale, le point de vue des employeurs sur l'AI est resté le même : ils en ont une image positive, mais estiment tout de même que certains points pourraient être améliorés. Globalement, les résultats de l'enquête sont restés stables par rapport aux résultats comparables depuis 2012. Il en ressort que les points forts de l'AI se situent au niveau de l'image (relativement) positive de l'assurance auprès des entreprises, ainsi que dans le degré élevé de satisfaction des entreprises ayant collaboré directement avec un office AI. Malgré cette évolution positive, l'enquête met en évidence un potentiel

d'amélioration : le degré de connaissance et d'information des entreprises sur les prestations et le mandat de l'AI tend ainsi à se détériorer au fil des années et seule une minorité d'employeurs ont déjà fait concrètement l'expérience de la (nouvelle) réadaptation de personnes atteintes dans leur santé. Malgré cela, une majorité des employeurs interrogés déclarent pouvoir envisager de maintenir à leur poste des collaborateurs atteints dans leur santé avec l'aide de l'AI et de ses instruments (Buess, Vogel 2021 : p. VIII). Dans ce contexte, le fait que la plupart des entreprises interrogées s'estiment en mesure de détecter les signes avant-coureurs d'un éventuel arrêt de travail pour des raisons psychiques revêt également une grande importance (Buess, Vogel 2021 : p. 32 s.).

Il ressort notamment des résultats de l'enquête que les offices AI doivent cibler leur stratégie de communication et de collaboration avec les employeurs en tenant compte des besoins et opportunités propres à chaque taille d'entreprise et à chaque secteur, afin d'améliorer le degré d'information et de connaissance de même que la (nouvelle) réadaptation professionnelle. Cet enseignement, relatif à la nécessité d'une collaboration entre offices AI et employeurs qui soit ciblée et adaptée au contexte, recoupe les principaux résultats des travaux de recherche de Geisen et al. (2016). Pour ces auteurs également, une coopération adaptée aux contextes culturels, géographiques et économiques propres aux cantons est un facteur-clé de succès.

### 3.2.3 Enquête auprès des psychiatres

Outre l'étude précitée sur la collaboration entre les offices AI et les employeurs, d'autres rapports de recherche du PR-AI 3 mentionnent l'avantage, pour l'AI, d'associer plus souvent les médecins traitants au processus et de renforcer cette collaboration. Le rapport présenté dans ce qui suit est consacré à un groupe de médecins qui, ces dernières années, a fortement gagné en importance pour l'AI dans le cadre de l'octroi de rentes ainsi que de la réadaptation professionnelle et du maintien en emploi : les psychiatres. Bien que le rapport « Patienten mit Arbeitsproblemen » (Baer et al. 2017) ait été établi hors programme de recherche PR-AI, il a été cofinancé par l'OFAS en raison de sa pertinence pour le Développement continu de l'AI. Les psychiatres suisses n'avaient jamais encore été interrogés sur leurs expériences concrètes avec des patients rencontrant des difficultés au travail et en incapacité de travail, ni sur la manière dont ils évaluent l'une et l'autre de ces situations. On ne disposait donc d'aucune donnée épidémiologique clinique et ne pouvait exploiter que de manière restreinte les connaissances spécifiques des psychiatres dans le domaine du traitement et de la réadaptation. L'étude abordée ci-dessous devait contribuer à combler cette lacune en fournissant une base de données permettant de concevoir des mesures visant à insérer les personnes atteintes de troubles psychiques sur le marché de l'emploi (Baer et al. 2017 : p. XXV).

326 psychiatres ont répondu à l'ensemble des questions de l'enquête (Baer et al. 2017 : p. XXV). Des modules de questions spécifiques ont aussi permis d'obtenir des informations sur les certificats médicaux d'incapacité de travail. Les résultats montrent que, rétrospectivement, les psychiatres jugent que l'incapacité de travail était inévitable dans 80 % des cas. Ils estiment en revanche qu'il aurait été possible, dans environ 30 % des cas, de réduire la durée ou le taux de l'incapacité de travail si l'employeur avait fait preuve de davantage de souplesse et de compréhension pour la situation du patient (Baer et al. 2017 : p. XXXII). Les résultats suggèrent qu'en Suisse, les psychiatres traitent leurs patients de manière efficace, sur une longue durée et en instaurant une étroite relation de confiance. Grâce à la relation thérapeutique qu'ils créent, ils parviennent à faire en sorte que les patients appliquent dans leur vie ce dont il a été question au cabinet (Baer et al. 2017 : p. XXXVI). S'agissant des difficultés liées au travail, les psychiatres estiment surtout problématiques le manque de reconnaissance et de valorisation de la part des supérieurs hiérarchiques, ainsi que leur manque de tact dans la communication. Du côté des patients, le problème le plus important est leur difficulté à s'imposer et leur incapacité à dire non.

Cette analyse ne reflète probablement que certains aspects du vécu des patients et ne peut donc être que partielle. L'évaluation théorique des limitations fonctionnelles en fonction du diagnostic faite par les psychiatres diffère sensiblement (Baer et al. 2017 : p. XXIX). Dans ce cadre, de multiples limitations fonctionnelles liées à des problèmes au travail sont évoquées, par exemple : limitations centrées sur l'aspect relationnel pour les troubles de la personnalité, limitations dans le domaine de la cognition sociale, de la concentration et de la confrontation à la réalité dans le cas des troubles schizophréniques, ainsi que limitations concernant la résistance prolongée à l'effort, le rythme de travail et la capacité de travail s'agissant des dépressions (Baer et al. 2017 : p XXXII).

D'une manière générale, les résultats révèlent que le travail constitue un thème prioritaire pour les patients psychiatriques. Dans leur majorité, ils ont d'importants problèmes au travail, sont en incapacité de travail, au chômage, à l'AI ou à l'aide sociale. Les chercheurs concluent que, malgré la fréquence et l'importance des difficultés que rencontrent les patients psychiatriques au travail, on ne dispose pas pour l'instant de bases médicales sur les interventions psychiatriques susceptibles d'améliorer l'efficacité au travail et sur les conditions nécessaires. En outre, ces questions ne sont pas abordées de manière systématique dans la formation postgraduée et continue des psychiatres (Baer et al. 2017 : p XXXVI).

Les psychiatres évaluant différemment les cas purement théoriques des cas qu'ils traitent eux-mêmes, les chercheurs leur recommandent d'élargir leur perspective au poste de travail. Cette thématique serait abordée dans la formation postgraduée et la formation continue des psychiatres, une démarche à laquelle les employeurs pourraient aussi être associés. Par ailleurs, les échanges entre psychiatres et employeurs devraient être intensifiés. Cela permettrait d'éviter d'une part que les premiers continuent de voir leurs patients avant tout comme des victimes de conditions de travail peu favorables et du comportement agressif de l'entourage professionnel – même si les patients en question ont déjà eu à plusieurs reprises des conflits à leurs emplois précédents – et d'autre part que cette perspective partielle mette en péril le maintien en emploi, car elle ne prend pas en compte la charge que peut représenter le patient pour son entourage professionnel (Baer et al. 2017 : p. XXXVIII).

#### 3.2.4 Experts

Les précédentes sections ont abordé différents aspects relatifs à l'incapacité de travail. Évaluer la capacité ou l'incapacité de travail compte aussi parmi les principales attributions des médecins qui agissent en tant qu'experts pour le compte de l'AI. Un projet de recherche réalisé dans le cadre du PR-AI 3 leur a été consacré. D'une manière générale, les expertises de l'AI font face à deux défis majeurs. Premièrement, l'effectif insuffisant d'experts médicaux qui empêche parfois que les expertises soient établies dans un délai satisfaisant. Deuxièmement, la qualité des expertises et les qualifications des experts, souvent remises en question par le public. C'est dans ce contexte qu'a été élaboré le rapport « Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung der medizinischen Gutachterinnen und Gutachter » (Laubereau et al., 2017) qui fournit un état des lieux de l'expertise médicale en Suisse, en mettant l'accent sur le profil de formation des experts. Il s'intéresse aussi aux exigences en matière de qualification et de formation que les offices AI imposent aux experts.

Les résultats montrent que les doutes concernant les qualifications professionnelles n'ont pas lieu d'être. L'éventail des titres de médecin spécialiste que détiennent les experts est large, les disciplines les plus fréquentes étant la psychiatrie ou la psychothérapie, la médecine interne générale, la neurologie et la rhumatologie. Près de trois quarts des experts interrogés ont un certificat de formation continue en médecine des assurances, les certificats les plus répandus étant ceux de l'association Swiss Insurance Medicine (SIM). Le profil de formation varie légèrement en fonction du type d'expertises. Parmi les médecins

établissant des expertises monodisciplinaires, la part des spécialistes en psychiatrie ou en psychothérapie est plus élevée que parmi ceux qui réalisent des expertises pluridisciplinaires, ce qui est vraisemblablement liée au fait qu'un plus grand nombre de disciplines médicales est nécessaire pour établir une expertise pluridisciplinaire. 90 % des experts disposent d'une expérience professionnelle de plus de quinze ans, et 70 % exercent une activité médicale à plein temps. Presque tous les experts exercent leur activité de médecin en Suisse, il est rare que ceux qui officient principalement à l'étranger soient engagés pour la réalisation d'expertises et, lorsque c'est le cas, plutôt pour des expertises pluridisciplinaires. Ils représentent environ 4 % des experts interrogés (Laubereau et al. 2017 : p. XIV).

S'agissant des exigences posées par les offices AI, il apparaît que tous demandent que l'expert dispose d'un titre fédéral de spécialisation FMH ou d'une formation équivalente acquise à l'étranger. Des qualifications supplémentaires peuvent être exigées dans certains cas, mais elles ne sont généralement que considérées comme un atout. En font partie le certificat d'expert médical SIM, des expériences cliniques ou une expérience professionnelle en tant qu'expert. Selon les informations de 23 offices AI, 2300 experts ont été mandatés en 2016 et la moitié des 16 800 expertises réalisées durant cette année étaient monodisciplinaires (48 %), un tiers pluridisciplinaires (34 %) et un cinquième bidisciplinaires (18 %) (Laubereau et al. 2017 : p. XIV).

Du point de vue des offices AI, la principale difficulté en matière d'expertise consiste à trouver des experts adéquats qui fournissent un travail de qualité. L'effectif devrait en particulier être développé dans certaines disciplines médicales (par ex. la psychiatrie et l'ophtalmologie) et dans le domaine des expertises pluridisciplinaires. Selon les offices AI, il existe un besoin de développement en Suisse romande, ainsi que dans les cantons périphériques, les petits cantons et les cantons bilingues (Laubereau et al. 2017 : p. XIV).

D'après les responsables de formation interrogés, il est nécessaire d'agir à toutes les étapes de la formation des experts médicaux. De leur côté, ces derniers demandent entre autres des offres de formation axées davantage sur la pratique et davantage de formations dans le domaine médico-juridique (Laubereau et al. 2017 : p. XVIII).

### **3.3 Principales recommandations à l'intention de l'OFAS et des offices AI**

Les rapports susmentionnés établis dans le cadre du PR-AI 3 ont fait le point sur différents acteurs, ainsi que sur leur collaboration et leurs interactions avec l'assurance-invalidité : les assurés, les psychiatres, les employeurs et les experts. Les résultats et enseignements issus des études et les recommandations formulées sur cette base par les auteurs se révèlent aussi hétérogènes que les acteurs mis en lumière et les thèmes des travaux de recherche.

#### *L'AI parvient relativement bien à stabiliser la situation économique des bénéficiaires de rente*

Les résultats de l'étude sur la situation économique des bénéficiaires d'une rente de l'AI montrent que l'AI parvient relativement bien à protéger ceux-ci de la précarité : une part proportionnellement élevée voit sa situation financière s'améliorer avec la perception d'une rente AI. C'est notamment le cas des ménages monoparentaux et des autres ménages avec enfants, ainsi que des personnes atteintes de troubles psychiques. Les prestations du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>e</sup> pilier y contribuent, tout comme l'accès rapide à des prestations complémentaires. Il faut se rappeler toutefois que le revenu moyen des bénéficiaires de rente AI est nettement inférieur à celui des personnes qui ne touchent pas de rente (Guggisberg et al. 2020c). C'est également le cas pour les ménages de bénéficiaires de rentes AI (et AVS) ayant droit à des rentes complémentaires pour enfant du 1<sup>er</sup> pilier. Les résultats montrent ici clairement que les enfants dont les parents perçoivent une rente AI (et

AVS) présentent un risque de grandir dans un milieu économiquement défavorisé supérieur à ceux vivant dans des familles qui ne perçoivent pas de telles rentes. Les auteurs précisent qu'une réduction ou la suppression pure et simple des rentes pour enfant dans des ménages à faible capacité économique aurait pour effet de détériorer leurs conditions de vie et partant les chances de formation scolaire et professionnelle des enfants concernés (Guggisberg, Liechti 2019).

*Davantage de mesures de réadaptation et moins de rentes pour les jeunes assurés atteints dans leur santé psychique*

L'équipe de chercheurs responsable du rapport sur les jeunes assurés atteints dans leur santé psychique préconise que, chez les jeunes assurés AI présentant des troubles relevant de la psychiatrie de l'adulte (par ex. schizophrénie ou dépression) et disposant d'un certain potentiel de travail, l'AI devrait mettre l'accent sur l'accomplissement d'une formation professionnelle qualifiée. Les auteurs sont d'avis qu'il faudrait clairement accorder davantage de mesures d'ordre professionnel ou visant l'intégration – et ce pendant plus longtemps que jusqu'à présent, même en cas d'abandon. L'AI doit par conséquent insister sur l'importance de suivre sur le long terme les mesures octroyées, viser une coopération systématique avec les entreprises formatrices et les institutions de formation, et accorder des mesures d'intervention précoce aux assurés se trouvant encore en formation. Dans ce contexte, les chercheurs recommandent en outre de relever l'âge minimal pour l'octroi d'une rente dans le cas de jeunes assurés qui présentent un potentiel de travail. Ils préconisent également de revoir les rentes AI ou les revenus de substitution sociaux (PC) qui risquent de représenter une incitation financière inopportune s'ils dépassent clairement les possibilités de gain réelles des jeunes assurés atteints dans leur santé psychique sans formation ni expérience de travail. Enfin, selon les chercheurs, les médecins traitants aussi devraient s'engager davantage en faveur des efforts de réadaptation (Baer et al. 2015 : p. XXXVIII).

*Renforcer la coopération dans le cas d'assurés présentant des troubles psychiques ou musculo-squelettiques*

À la lumière des résultats de l'étude relative au point de vue des assurés, les auteurs recommandent une coopération systématique entre l'AI et les médecins traitants dès le début du processus de réadaptation, ainsi que la création d'incitations et de sanctions à l'adresse des médecins qui ne sont pas disposés à coopérer (Baer et al. 2018 : p. XXXII). Par ailleurs, les encadrants dans les organes d'exécution doivent suivre des formations portant sur les symptômes pathologiques et les limitations fonctionnelles chez les personnes atteintes d'une maladie psychique ou musculo-squelettique. La source d'informations que constitue le parcours professionnel doit aussi être davantage exploitée. Concernant les gestionnaires de cas des offices AI, les auteurs relèvent l'importance cruciale de la relation entre les assurés et les conseillers de l'AI, de la constance de cette relation et des entretiens individuels. Il y a ici nécessité d'adapter le nombre de cas à la charge de chacun des conseillers et, le cas échéant, d'investir dans leur formation.

Sur la base des résultats relatifs au traitement, le rapport constate que les assurés, qu'ils soient atteints de troubles psychiques ou physiques, doivent suivre et continuer à suivre un traitement général de longue durée, y compris après la réinsertion. Aux fins du succès de l'intégration professionnelle, il est préconisé de se focaliser davantage sur les mesures relatives au marché primaire du travail et de renforcer l'aide au placement (Baer et al. 2018 : p. XXXIII).

### *Renforcer la collaboration avec les employeurs dans des contextes non liés à des cas précis et propres à des groupes cibles*

En s'appuyant sur les résultats de l'étude relative à la collaboration entre l'AI et les employeurs, les chercheurs recommandent aux offices AI de développer davantage les formes de coopération et leurs offres destinées aux entreprises dans des contextes non liés à des cas précis et propres à des groupes cibles (comme les collaborateurs atteints de troubles psychiques). S'agissant de la pratique de collaboration, les auteurs préconisent de la vérifier régulièrement et de l'adapter si nécessaire. En outre, les offices AI pourraient renforcer les compétences de conseil de leur personnel (Geisen et al. 2016 : pp. 93 s. et XXI ss.). Les employeurs sont de leur côté invités à recourir plus activement aux offres de conseil des offices AI. Les deux acteurs pourraient également mettre en place un processus stratégique, dans le cadre duquel des auto-évaluations de la collaboration, ainsi que d'autres initiatives communes et projets pilotes seraient réalisés.

Pour optimiser la coopération bilatérale entre offices AI et employeurs, il conviendrait à l'avenir d'y associer d'autres acteurs tels que les médecins traitants (Geisen et al. 2016 : pp. 94 et XXII s.). Au vu des résultats de l'enquête auprès des employeurs, les offices AI devraient, dans leur travail de terrain, cibler davantage la stratégie de communication et de collaboration avec les employeurs sur les besoins et opportunités propres à chaque taille d'entreprise et à chaque secteur. Une telle approche a en partie déjà été lancée par les offices AI.

### *Élargir la perspective des psychiatres au poste de travail*

Sur la base de l'analyse de la collaboration entre l'AI et les psychiatres, les auteurs recommandent de sensibiliser et de former ces médecins à l'importance d'intégrer dans leurs traitements la question de l'activité professionnelle et des difficultés au travail (Baer et al. 2017 : p. XXXVI). Selon les chercheurs, les contacts devraient aussi être systématiques entre les établissements scolaires ou centres d'apprentissage et les spécialistes de la psychiatrie (notamment ceux de l'enfance et de l'adolescence), afin que les enseignants et maîtres professionnels qui identifient des comportements particuliers sachent à qui s'adresser. Cela permettrait d'éviter que, face à des problèmes au poste de travail ou de formation qui apparaissent généralement tôt, des interventions psychiatriques ou un soutien de l'AI débutent trop tardivement, voire n'aient pas lieu (Baer et al. 2017 : p. XXXVII). Selon les chercheurs, les contacts et la coordination entre les psychiatres, les employeurs, les gestionnaires de cas des assurances perte de gain, les conseillers de l'AI et d'autres services publics devraient également être intensifiés. À cet effet, une entente sur des principes généraux et des conventions réglant la manière d'établir des contacts entre les acteurs, ainsi que sur les droits et obligations de chaque partie dans de telles situations est requise (Baer et al. 2017 : p. XXXVII s.). Pour ce qui est de l'évaluation de l'incapacité de travail enfin, il conviendrait de formuler des directives médicales contenant des instructions détaillées sur la durée et le taux de l'incapacité de travail, l'établissement du pronostic et les possibilités d'être présent au travail (Baer et al. 2017 : p. XXXIX).

### *Renforcer la formation pratique pour les experts*

En se fondant sur les résultats de l'étude concernant la formation, la formation postgrade et la formation continue des experts en Suisse, les auteurs adressent leurs recommandations à tous les principaux acteurs impliqués, à savoir les acteurs du domaine de la médecine des assurances et les facultés de médecine, l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM), la Fédération des médecins suisses (FMH), les offices AI et l'OFAS. Ils préconisent entre autres de renforcer tant la formation pratique dans certaines disciplines médicales que la supervision des expertises. Ils invitent aussi à encourager de nouvelles offres de formation continue sur des thèmes médico-juridiques et à les proposer sur tout le territoire, ainsi qu'à renforcer l'accompagnement des experts, le *learning on the*

*job* et l'assurance qualité – par exemple via l'analyse des expertises et un retour d'informations ciblé aux experts par les offices AI (Laubereau et al. 2017 : p. XVIII).

### 3.4 Prises de position de l'OFAS

À la suite des principaux résultats et recommandations issus des rapports de recherche du PR-AI 3 et évoqués au chapitre « Acteurs » ci-avant, sont maintenant présentées les prises de position de l'OFAS à propos des mesures adoptées envisagées sur la base des recommandations formulées.

#### 3.4.1 Mesures adoptées à ce jour

Les travaux de recherche précités ont été repris dans les préparatifs du Développement continu de l'assurance-invalidité (DC AI) entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Les jeunes et jeunes assurés atteints dans leur santé psychique (groupe cible 2, 13-25 ans) ainsi que les assurés atteints dans leur santé psychique (groupe cible 3) constituent deux des trois principaux groupes cibles du DC AI. Conformément aux recommandations formulées dans le rapport de recherche sur les jeunes bénéficiaires de rente AI atteints de troubles psychiques et dans l'enquête auprès des psychiatres, les mesures de détection précoce, d'intervention précoce et de réinsertion ont été étendues aux jeunes dans le cadre du DC AI. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les offres cantonales du case management « Formation professionnelle » (CM FP) et les offres transitoires préparant à la formation professionnelle initiale peuvent être cofinancées par l'AI à raison d'un tiers. L'AI peut en conséquence intensifier et systématiser la coopération avec les acteurs cantonaux du degré secondaire II, tel que recommandé. Le DC AI vise également à davantage orienter la formation professionnelle initiale vers le marché primaire du travail et l'égalité de traitement en matière d'indemnités journalières des jeunes assurés en formation, qu'ils soient ou non atteints dans leur santé. Conformément aux recommandations issues des travaux de recherche sur les jeunes rentiers et le point de vue des assurés, les mesures suivantes ont en outre été mises en œuvre dans le cadre du DC AI : extension des mesures médicales de réadaptation de l'AI, extension des prestations de conseil et de suivi, nouvel octroi de mesures de réadaptation après interruption, ainsi que renforcement de la collaboration entre l'AI et les médecins traitants et les employeurs (FF 2017, p. 2365 ss.). Une intensification de la collaboration avec les employeurs répond aussi à la recommandation émise lors des travaux de recherche sur la collaboration entre les offices AI et les employeurs de même qu'aux constats de l'enquête concernant le point de vue sur l'AI et ses instruments.

Dans le domaine des expertises médicales, le DC AI a introduit des nouveautés tant sur le front de la procédure que sur celui de la qualité et de l'assurance de la qualité. Les critères et les autorisations pour les experts médicaux ont ainsi été réglés par voie d'ordonnance. Les enseignements tirés de l'étude sur les qualifications professionnelles des experts ont pu ici être mis à profit. Outre les exigences professionnelles telles que les titres de médecin spécialiste, les obligations ont été renforcées et formalisées, en particulier dans le domaine de la médecine des assurances.

#### 3.4.2 Mesures envisagées

En vertu du DC AI, un système de rentes linéaires a été instauré le 1<sup>er</sup> janvier 2022. En vue d'évaluer les modifications de la situation économique des rentiers AI susceptibles de découler de ces nouvelles bases légales, des analyses seront réalisées en prenant comme référence l'étude susmentionnée sur la situation économique des bénéficiaires d'une rente de l'AI (2020).

Le renforcement et le développement de la collaboration avec différents acteurs tels que les employeurs, ainsi que l'orientation accrue de diverses mesures de réadaptation vers le

marché primaire du travail décidés dans le DC AI seront désormais encore intensifiés. Au niveau national, le DC AI prévoit en outre de renforcer les conditions-cadres de la collaboration entre l'AI et les organisations faïtières du monde du travail par le biais de conventions de collaboration. De plus, la nouvelle loi dote les offices AI de moyens et instruments supplémentaires visant à améliorer concrètement la collaboration avec les employeurs, dont il s'agira de mesurer l'impact au moyen d'une nouvelle enquête auprès des employeurs, qui sera menée en 2025.



## 4 Évaluation de prestations de l'AI

Le PR-AI 3 a permis le lancement de différents projets de recherche et évaluation concernant les prestations de l'AI, afin d'évaluer notamment les modalités de mise en œuvre, l'atteinte des objectifs ou encore d'identifier un potentiel d'amélioration. Les résultats de ces différents projets sont synthétisés ci-dessous en trois catégories<sup>15</sup> : 1) les mesures de réadaptation 2) les mesures de soutien au logement à domicile et 3) les moyens auxiliaires.

### 4.1 Évaluation des mesures de réadaptation

En ce qui concerne les mesures de réadaptation, le PR-AI 3 s'est intéressé en particulier à quatre aspects. Il s'agit d'abord de l'évaluation des mesures de réadaptation en général et de leurs effets, pour lesquelles différentes études livrent des résultats. Deuxièmement, une étude s'est penchée plus spécifiquement sur les mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, mesure qui a été introduite dans le cadre de la 5<sup>ème</sup> révision LAI et qui est étendue dans le cadre du Développement continu de l'AI. Un projet cantonal prometteur lancé par l'OAI du Tessin, les « formations courtes », a également été évalué dans le cadre de la *Conférence nationale en faveur de l'intégration des personnes handicapées sur le marché du travail*<sup>16</sup>. Enfin, la dernière section porte sur les résultats d'une étude concernant les méthodes d'intervention précoce intensive pour le traitement de l'autisme infantile.

#### 4.1.1 Le renforcement de la réadaptation dans l'AI

L'évaluation de la réadaptation dans l'AI (Guggisberg et al. 2015) a constitué une importante étude à cheval entre le PR-AI 2 et le PR-AI 3. Elle examine les mesures de réadaptation dans leur ensemble ainsi que leurs effets, et fait ainsi un bilan partiel de la 5<sup>e</sup> révision LAI entrée en vigueur en 2008. L'étude a analysé les cohortes de nouvelles annonces entre 2004 et 2011 en examinant les mesures octroyées aux assurés et leurs effets durant les 3 ans suivant l'annonce (donc jusqu'en 2014 pour la cohorte 2011).

Les résultats montrent clairement que l'AI s'est plus fortement réorientée vers la réadaptation depuis 2008. La prise de contact se fait de manière plus précoce et l'octroi de mesures d'intervention précoce (externes) a doublé. Conformément aux buts fixés, les mesures d'intervention précoce introduites avec la 5<sup>e</sup> révision LAI sont octroyées en moyenne très rapidement (un peu plus de quatre mois). La part des personnes atteintes de troubles psychiques touchant ces mesures a également augmenté progressivement pour atteindre un tiers (cohorte 2011). Les mesures d'ordre professionnel n'étaient pas au centre de la 5<sup>e</sup> révision LAI et leur emploi semble rester relativement stable. Cependant, l'étude montre que sur ce point, les différences intercantionales se sont réduites, les OAI qui autrefois y recouraient moins les utilisant davantage depuis 2008.

Concernant les effets sur le taux de nouvelles rentes et l'insertion professionnelle, les analyses statistiques montrent que les OAI qui effectuent le tri en direction de la réadaptation de manière moins bureaucratique (informations orales plutôt que rapports des médecins traitants) et plus rapide ont de meilleurs résultats. Le « succès » tel que défini dans cette étude en lien avec les objectifs de l'AI, à savoir diminuer les nouvelles rentes et améliorer l'insertion professionnelle, est également plus élevé lorsque les OAI utilisent les mesures d'intervention précoce de manière large. En revanche, l'évaluation montre que les

---

<sup>15</sup> Ce chapitre ne traitera pas des prestations de services financées par l'article 74 LAI, qui ont fait l'objet d'un rapport dont les résultats sont synthétisés dans le chap. 2.

<sup>16</sup> <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-64998.html>

mesures d'ordre professionnel devraient être octroyées de manière sélective, mais en y investissant davantage de moyens financiers.

Le rapport de recherche sur les passages de l'assurance-invalidité à l'aide sociale (Guggisberg, Bischof 2020) confirme également que le nombre de mesures de réadaptation externes a triplé au cours de la période 2005-2018. La forte croissance en 2008 faisant suite à la 5<sup>e</sup> révision LAI est surtout liée à l'octroi des mesures d'intervention précoce. Parallèlement, le nombre de rentes a diminué, passant de 26 % des nouvelles annonces pour la cohorte 2005 (rente observée en 2009) à 15 % pour la cohorte 2014 (rente observée en 2018). En chiffres absolus, il s'agit de 3400 rentes en moins malgré l'augmentation importante des nouvelles annonces.

La réadaptation des jeunes atteints dans leur santé afin d'éviter le risque d'invalidité constitue un défi particulièrement important, qui a été traité dans une étude internationale (Prins, Riek 2017 ; voir chapitre 2). Ce groupe-cible est d'ailleurs, avec les cas psychiques et les enfants, au centre du Développement continu de l'AI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

#### 4.1.2 Focus sur les « mesures de réinsertion préparant à la réinsertion professionnelle »

À la suite de l'étude qui portait sur les mesures de réadaptation en général (Guggisberg et al. 2015), une nouvelle recherche (Schmidlin et al. 2020) s'est focalisée sur les mesures de réinsertion préparant à la réinsertion professionnelle (MR). Les principales questions de recherche portaient sur le profil des bénéficiaires (caractéristiques, critères de sélection), la mise en œuvre (nombre, durée et type de MR, interruptions, coûts) et les effets (probabilité de démarrer une mesure professionnelle après une MR, insertion dans le marché du travail). Les MR visent avant tout à préparer les personnes présentant des troubles psychiques (mais aussi somatoformes) à la réadaptation professionnelle. L'objectif est de retrouver une capacité de travail d'au moins 50 %.

En 2018, 4172 assurés ont bénéficié d'une nouvelle MR, soit une augmentation de 68,8 % par rapport à 2012. L'évaluation constate des différences sur le plan de l'utilisation des mesures : certains offices essaient de délivrer une décision aussi rapidement que possible et utilisent activement les mesures de réinsertion afin d'identifier et d'accompagner les assurés assez tôt dans le processus de réadaptation. D'autres ont une interprétation très stricte des mesures de réinsertion et les proposent en premier lieu aux assurés ayant quitté le marché du travail depuis plus longtemps. Ils utilisent ces mesures pour déterminer le degré d'endurance et la capacité de travail des assurés et ont ensuite recours à d'autres types de mesures, notamment des mesures d'ordre professionnel, afin de réinsérer les assurés sur le marché du travail.

Concernant le profil des bénéficiaires, l'étude montre que 68,5 % d'entre eux sont atteints d'une maladie psychique. Les spécialistes de la réadaptation des offices AI sont confrontés à des cas de plus en plus complexes : plus de 80 % des assurés ont au moins une maladie concomitante à leur affection principale, et il s'agit fréquemment d'atteintes psychiques multiples. Cette comorbidité s'accompagne de plus en plus souvent de problèmes financiers, familiaux et sociaux, exigeant une coordination avec d'autres services et prestations de soutien. Depuis 2016, les OAI tendent à moins allouer de mesures de réinsertion dans le cadre de la réadaptation des bénéficiaires de rentes, préférant les octroyer aux personnes qui exerçaient encore une activité professionnelle un an auparavant.

L'évaluation de la mise en œuvre montre qu'il s'écoule en moyenne dix mois entre la (nouvelle) demande à l'AI et le premier recours à une mesure de réinsertion (hors bénéficiaires de rentes AI). Les mesures sont d'autant plus efficaces que l'intervalle de temps par rapport à la dernière activité professionnelle est court. Par contre, les personnes

sans activité professionnelle et qui perçoivent des indemnités journalières de l'assurance-maladie ou l'aide sociale doivent attendre en moyenne six mois de plus entre la demande AI et le début des mesures de réinsertion. Or, chaque semestre supplémentaire divise par deux la probabilité de succès de ces mesures, compte tenu des autres facteurs d'influence. Selon les résultats de l'étude il semble que les offices AI aient reconnu l'importance d'allouer aussi rapidement que possible, dans le cours de la maladie, des mesures de réinsertion. En effet, la part des assurés bénéficiant déjà de ces mesures lors de la phase d'intervention précoce (IP) a nettement augmenté depuis 2016. Dans le même temps, la part des rentiers bénéficiant de mesures de réinsertion diminue sans cesse.

Depuis 2016, davantage de mesures de réinsertion sont allouées. Les offices AI octroient en moyenne deux mesures par assuré. Près d'un cinquième de ces mesures sont interrompues, avant tout en raison d'une dégradation de l'état de santé, d'une absence de progrès ou d'un manque de coopération et de motivation des assurés. Un résultat important de l'étude est que les chances de retour au travail sont optimales lorsque les mesures de réinsertion sont mises en œuvre au plus proche de l'économie. Certains OAI ont intensifié leurs contacts avec les employeurs et développé leur réseau. Les cantons plutôt urbains ou ceux présentant un taux de chômage relativement élevé privilégient cependant les institutions ou le marché secondaire du travail.

Depuis 2013, le taux de succès des MR, c'est-à-dire l'atteinte d'une capacité de réadaptation professionnelle d'au moins 50 %, a augmenté de neuf points de pourcentage pour s'établir à 65 % en 2017. Après avoir achevé une MR, 46 % des assurés atteignant une capacité de réadaptation professionnelle d'au moins 50 % passent ensuite à une mesure d'ordre professionnel, et 1 % à un travail de transition. Depuis 2013, la part des personnes trouvant un emploi, au moins à temps partiel, à l'issue d'une mesure de réinsertion est restée stable autour de 34 %. Toutefois, la part des assurés s'inscrivant à l'assurance-chômage (AC) après avoir complété une mesure de réinsertion (24 %) a augmenté de 7 %. Dans le même temps, la part des assurés percevant une rente AI entière ou partielle (sans activité professionnelle) par rapport à tous les assurés en mesure de réinsertion a diminué de 6 % en 2017 pour s'établir à 12 %. Le nombre d'assurés bénéficiant d'une mesure d'ordre professionnel à l'issue d'une MR est nettement plus élevé dans les cantons présentant un taux de chômage supérieur à la moyenne.

Le succès du retour en emploi dans l'économie libre dépend avant tout de deux facteurs : lorsque moins d'un an s'est écoulé entre la dernière activité professionnelle et l'octroi des mesures de réinsertion et lorsque la dernière mesure de réinsertion s'est déroulée sur le marché ordinaire du travail. Concernant les effets à moyen terme, les résultats montrent que, trois ans après la dernière mesure, 37 % des personnes sont insérées sur le marché du travail. La plupart disposent d'un revenu mensuel de 3000 francs ou plus. Un quart des assurés ayant complété ou interrompu une mesure trois ans auparavant perçoivent une rente AI entière, et 16 % une rente partielle. En outre, 2 % sont inscrits au chômage et 9 % perçoivent l'aide sociale. Trois ans après avoir effectué une MR, une personne sur dix n'a pas de revenu provenant d'une activité professionnelle ou des contributions du système de sécurité sociale.

#### 4.1.3 Les « Formazioni brevi » : un projet cantonal

Les « Formazioni brevi strutturate » (formations courtes structurées, ci-après FC) ont été mises en œuvre par l'office AI du Tessin avec les organisations du monde du travail actives à l'échelle cantonale. Lancé en 2013, ce projet visait à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain des assurés AI atteints dans leur santé en leur offrant des possibilités de reclassement de courte durée destinées à valoriser leur expérience professionnelle et leur potentiel d'insertion sur le marché primaire du travail. Ce projet a été évalué (Greppi et al. 2017) et discuté dans le cadre de la *Conférence nationale en faveur de l'intégration des personnes handicapées sur le marché du travail* en tant que « bonne pratique »

potentiellement transférable à d'autres cantons. L'évaluation portait sur le concept, la mise en œuvre et les premiers effets observables des FC.

Les FC ont été conçues pour étendre l'offre dont peuvent bénéficier des personnes d'âge moyen ou avancé, disposant d'une expérience professionnelle importante mais qui, ayant un niveau de scolarité et de formation plutôt faible, auraient de la peine à suivre les parcours de formation classiques (au sens de la Loi sur la formation professionnelle) dans le cadre d'une mesure de reclassement de l'AI. Elles ne remplacent donc pas d'autres mesures.

Les FC préparent à une profession sur une période de neuf mois en moyenne et consistent en des parcours standardisés, conçus avec les associations professionnelles et ciblés sur les besoins concrets et actuels du marché de l'emploi local. Les parcours de formation associent fréquemment des offres existantes (ou des éléments de celles-ci) d'une durée variable. Le certificat délivré à l'issue des neuf mois (ou l'attestation de cours, si l'assuré n'a pas passé l'examen final) est reconnu par l'association cantonale de la branche dans laquelle la formation a été créée. Il peut aussi être validé dans un deuxième temps par le département de la formation (à l'exemple de ce qui se passe pour la filière de la vente), ce qui entraîne une institutionnalisation accrue du dispositif.

L'étude met en lumière le caractère novateur des FC, qui réside moins dans l'objectif de réinsertion que dans différents aspects résultant de leur conception même : accès facilité au reclassement pour les personnes disposant de faibles qualifications et ressources scolaires, structuration des FC, collaboration avec les organisations du monde du travail, ainsi que capacité d'articulation et d'intégration dans un nouveau parcours formalisé constitué de formation théorique et de pratique en entreprise. Les FC constituent de plus une solution intéressante du point de vue financier, car elles améliorent les chances d'insertion professionnelle de ceux qui en bénéficient, tout en évitant l'octroi de mesures plus longues et plus coûteuses, nécessitant des compétences préalables spécifiques.

Au moment de l'évaluation, quatre FC existaient dans les branches de la logistique, du commerce et de la vente. Ces filières ont été choisies pour leur capacité à dispenser une formation transversale et parce qu'elles permettaient de tirer parti sans délai de ressources formatives existantes et de garantir aux organismes de formation une participation suffisante.

En ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité du dispositif, l'étude a été confrontée à des limites méthodologiques, en particulier l'absence d'un groupe témoin. Néanmoins, les données analysées semblent attester de l'efficacité du dispositif. Moins de 20 % des assurés ont interrompu leur parcours de formation et aucun participant n'a dû recourir à des prestations financières supplémentaires de l'AI au terme de la formation courte. Enfin, s'agissant de la réinsertion sur le marché primaire du travail, près de la moitié des assurés ayant achevé une FC avaient trouvé un poste dans une entreprise au moment de l'enquête. De manière plus générale, l'effet qualifiant et l'utilité des FC sont renforcés par la collaboration avec les associations professionnelles, elle-même gage d'un enseignement correspondant aux besoins du marché du travail.

Les évaluations livrées par les participants eux-mêmes indiquent un degré de satisfaction généralement bon, bien que nombre d'entre eux estiment que des améliorations pourraient être apportées à l'organisation et au contenu des formations. L'impression qu'ont la plupart des assurés d'une dégradation des conditions salariales par rapport au dernier emploi occupé constitue une limite qui devrait être mise en perspective. L'absence d'un groupe témoin rend cela impossible.

L'étude identifie des indices montrant que certaines entreprises utilisent les FC à leur avantage et demandent continuellement de nouvelles personnes à former sans jamais en embaucher. Ce risque implique un certain monitoring de la part de l'OAI.

Sur la base de ces résultats globalement positifs, l'étude conclut qu'une extension des FC, notamment dans d'autres cantons et branches, devrait être examinée.

#### 4.1.4 Les méthodes d'intervention précoce intensive pour le traitement de l'autisme infantile

L'autisme constitue une infirmité congénitale pouvant donner droit à des mesures médicales de l'AI. La question de l'efficacité des mesures de traitement a donné lieu à un projet pilote évalué dans le cadre du PR-AI 3 (Liesen et al. 2018).

Des interventions précoces sous forme de traitements intensifs en thérapie comportementale ont été développées aux États-Unis pour le traitement de l'autisme infantile, forme la plus sévère des troubles du spectre de l'autisme (TSA). Elles n'étaient pas encore reconnues en Suisse comme des mesures médicales scientifiquement avérées et adéquates. Les experts de l'autisme ont cependant la conviction qu'un traitement intensif très précoce améliore sensiblement le comportement et les capacités des enfants concernés et que c'est la meilleure façon de les préparer à mener une vie aussi indépendante que possible hors institution. Or, s'il existe en Suisse une grande diversité de méthodes de traitement, l'OFAS constatait l'absence de toute directive thérapeutique.

En vue d'y remédier, l'OFAS a lancé le 1<sup>er</sup> janvier 2014 un projet-pilote mené sur cinq ans par cinq, puis six centres proposant un traitement intensif de l'autisme infantile en Suisse. Une centaine d'enfants pour lesquels le diagnostic d'autisme infantile a été posé ont bénéficié sur deux ans, entre 2014 et 2017, d'une intervention précoce intensive selon les méthodes ABA (*Applied Behavior Analysis*), ESDM (*Early Start Denver Model*) ou Mifne (*Méthode thérapeutique originaire d'Israël*), ou suivant d'autres modèles ciblant spécifiquement l'autisme.

Malgré des limites méthodologiques et le manque de recul sur les effets à long terme l'évaluation tend à démontrer une efficacité de l'intervention précoce intensive. Ainsi, des interventions intensives globales de thérapie comportementale et/ou axée sur le développement – effectuées sur une durée de deux ans et avec une intensité de 25 heures par semaine – permettent d'obtenir une nette amélioration de la situation des enfants et de la qualité de vie des parents, ainsi qu'une réduction de la charge pédagogique et des coûts induits au niveau de l'économie nationale. Des déterminations empiriques de l'efficacité ont été effectuées dans le cadre même du projet pilote, mais elles ne fournissent pas de repères fiables. Les chercheurs se sont donc fondés sur la littérature spécialisée internationale (42 revues et méta-analyses, publiées entre 2010 et 2017, et trois lignes directrices internationales relatives à l'autisme) pour aboutir à ces conclusions.

S'agissant des coûts et des conséquences financières, l'étude relève que la charge financière des interventions précoces intensives est essentiellement supportée par des tiers, en particulier les familles. Les principaux effets en termes de coûts concernent d'une part l'école (diminution des coûts liés aux mesures de pédagogie spécialisée, scolarisation spécialisée comprise) et, d'autre part, les parents, dont les pertes de productivité sont réduites. Les frais de prise en charge ultérieure diminuent également et, si la personne atteinte de TSA est en mesure de participer à la vie active, les fruits de son travail s'améliorent. La littérature et les données disponibles permettent de décrire ces effets, mais non de les prouver empiriquement.

Les auteurs recommandent de reconnaître les interventions précoces intensives en tant que forme de traitement efficace et appropriée. Ils préconisent cependant de définir un modèle d'impact indiquant les aspects que l'intervention doit permettre d'améliorer, la manière dont ils doivent être mesurés, à quel moment, ainsi que l'influence de l'intervention sur la vie future de l'enfant et sur la qualité de vie de la famille. Le rapport recommande également de développer un modèle de financement. Il est apparu en effet que les coûts

sur la durée de vie constituent la perspective appropriée pour évaluer le rapport coûts-bénéfice de l'intervention précoce intensive en matière de TSA. C'est particulièrement important en Suisse, où la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches (RPT) permet à la Confédération et aux cantons de se renvoyer plus facilement la responsabilité concernant l'imputation des coûts, et où, outre les pouvoirs publics, des tiers et des sponsors sont indispensables pour faire exister des centres d'intervention et les maintenir en activité. À la suite de cette étude, un projet a été lancé de manière conjointe par l'OFAS et les cantons afin de développer un modèle de programme, d'impact et de financement.

## 4.2 Les mesures de soutien au logement à domicile

Trois projets ont été lancés dans le cadre du PR-AI 3 sur le thème du soutien au logement à domicile. Le premier était très large et devait permettre d'identifier des pistes de développement en se basant sur la comparaison de modèles internationaux de soutien au logement à domicile. Le deuxième était au contraire très focalisé et portait sur les instruments d'évaluation du besoin d'aide utilisés en Suisse, avec un accent particulier sur les instruments de l'AI. Enfin, l'évaluation de la contribution d'assistance a permis d'actualiser l'analyse de cette prestation introduite en 2012.

### 4.2.1 Modèles internationaux de soutien au logement à domicile

Le projet « Soutien au logement à domicile : comparaison de modèles internationaux » visait à comparer le cas suisse avec trois autres modèles internationaux de soutien au logement à domicile afin de dégager des pistes de développement (Veyre et al. 2022). La Belgique, les Pays-Bas et la Suède ont ainsi été choisis en fonction de critères précis, en particulier le fait d'être signataire de la Convention relative aux droits des personnes handicapées du 13 décembre 2006 (CDPH), le fait d'être un pays politiquement décentralisé, d'être un État actif dans le domaine du soutien à la vie à domicile ou encore l'existence de programmes d'assistance personnelle. L'étude s'est appuyée sur l'analyse d'environ 200 documents (administratifs, évaluations etc.), 24 entretiens semi-directifs et deux « focus groups ».

La comparaison montre que les possibilités de logement à domicile divergent fortement entre les pays. À l'exception de la Suède, le logement institutionnel reste une option largement mobilisée. En Suisse, en Flandre et aux Pays-Bas, des offres de logements dits alternatifs ou inclusifs complètent l'offre de logement institutionnel. La Flandre et les Pays-Bas partagent la particularité de faire reposer, en grande partie, le développement de ces alternatives sur les proches et les associations. La Suède est le seul pays à avoir adopté une politique claire et contraignante de désinstitutionnalisation, entraînant la fermeture des grandes institutions. Des logements de quatre à cinq personnes sont actuellement proposés aux personnes qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas vivre à domicile. Les Pays-Bas ont également affiché une volonté politique de désinstitutionnaliser, mais la mise en œuvre de la réforme de 2015 qui allait dans ce sens a été freinée par des coupes budgétaires ayant réduit l'accès aux allocations individuelles. Un mouvement de réinstitutionnalisation est ainsi observé dans ce pays. L'élaboration d'un plan d'action permettant la désinstitutionnalisation ainsi qu'un monitoring précis du nombre de personnes encore placées en milieu fermé est demandé par le Comité de l'ONU pour les droits des personnes handicapées.

Les auteures comparent les modalités de répartition des compétences entre niveaux institutionnels. En Belgique et en Suisse, les entités fédérées sont particulièrement autonomes pour orienter la politique de soutien au logement à domicile. Ainsi dans les deux pays cohabitent des modèles axés tant sur le financement direct de services généraux que sur le développement de prestations ambulatoires couplées avec des possibilités de financement lié au sujet. Des disparités régionales concernant l'offre de logement et les

modes de financement sont observées. Les entités fédérées doivent coordonner les prestations proposées avec celles dispensées par le niveau fédéral. En Belgique, cette coordination est relativement peu complexe puisque les allocations visant à compenser la perte de revenu ainsi que la perte d'autonomie sont placées sous la responsabilité du gouvernement central, tandis que les entités fédérées ont la pleine responsabilité de la politique de logement. En Suisse, l'enchevêtrement des compétences est plus important. En Flandre, une agence gouvernementale est responsable de la mise en œuvre de l'ensemble de la politique du handicap. Le cadrage des mesures ainsi que le nombre limité d'acteurs facilitent ainsi la coordination.

Concernant les prestations, le développement d'un modèle de financement lié au sujet prenant la forme d'un budget personnel constitue une mesure particulièrement adéquate pour garantir le libre choix du logement. La Flandre et les Pays-Bas ont développé ce type de modèle, contrairement à la Suisse où cette option est encore peu répandue. Le budget personnel se distingue de la mesure d'assistance personnelle, proposée en Suède ou de la contribution d'assistance suisse, par sa couverture jugée particulièrement large. En effet, le budget personnel tel qu'il est proposé en Flandre et aux Pays-Bas permet l'achat de prestations proposées tant par des institutions agréées que par des prestataires privés ou publics intervenant à domicile. Le financement constitue cependant un défi : en Flandre, les dotations gouvernementales sont insuffisantes pour répondre à l'ensemble des demandes, engendrant des listes d'attente ou contraignant les personnes avec un handicap à se rabattre sur la vie institutionnelle.

En comparant le soutien des proches aidants dans les quatre pays, les auteures observent à nouveau d'importantes différences tout en relevant son rôle dans les possibilités de vie à domicile. Ce soutien peut prendre tant la forme de prestations de conseils, d'informations que d'accompagnement dans la réalisation des tâches quotidiennes. La rémunération des proches comme assistants personnels n'est pas admise en Suisse dans le cadre de la contribution d'assistance alors qu'elle l'est dans les trois autres pays.

Enfin, l'étude souligne des problèmes communs aux quatre pays, tel que le manque de logements accessibles. Sur la base de l'analyse comparée, les auteures dégagent ainsi des pistes de développement pour la Suisse, celles qui concernent l'AI étant relevées à la fin de ce chapitre. Certaines recommandations concernent cependant avant tout les cantons, qui sont invités, en collaboration avec les organisations, à renforcer les prestations d'accompagnement dans les démarches administratives. De même, les cantons et communes devraient prendre les mesures nécessaires afin de garantir l'accès tant physique qu'économique à des logements adaptés.

#### 4.2.2 Instruments d'évaluation des besoins d'aide

Un deuxième projet a porté sur le soutien au logement à domicile et a été lancé parallèlement au projet sur les modèles internationaux (Canonica et al. 2022). Il s'est focalisé sur les instruments d'évaluation relatifs aux trois prestations AI « allocation pour impotent (API) », « supplément pour soins intenses (SSI) » et « contribution d'assistance (CDA) ». Il s'agissait de 1) dresser un inventaire des instruments d'évaluation utilisés en Suisse pour le logement à domicile ; 2) examiner le potentiel d'optimisation des instruments d'évaluation de l'AI pour l'API, le SSI et la CDA ; 3) explorer les possibilités pour améliorer la coordination et l'harmonisation des instruments d'évaluation. L'analyse s'est basée sur un questionnaire adressé à tous les cantons, des entretiens semi-directifs (OFAS, offices AI, cantons, associations de personnes handicapées et services spécialisés ou d'évaluation utilisant des instruments d'évaluation). Quatre entretiens de groupe avec des bénéficiaires de prestations et 24 entretiens semi-directifs avec des prestataires de services qui soutiennent et conseillent les personnes handicapées dans leur vie autonome ont également été effectués.

Selon l'étude, il apparaît que les instruments d'évaluation diffèrent selon la forme et le type d'enquête, les acteurs chargés de l'enquête, les contenus saisis, la méthode, le cadre d'orientation temporel, les références professionnelles et théoriques ou encore la compréhension du handicap qui les sous-tend. Concrètement, un instrument peut donner la priorité à une procédure standardisée, un autre à une approche plus ouverte. Parfois, l'auto-évaluation est prépondérante, d'autres fois l'évaluation par des tiers domine. Certains instruments ont tendance à être plutôt axés sur les ressources, d'autres plutôt sur les déficits ; ils mesurent soit les besoins individuels, soit les prestations spécialisées fournies. Et si parfois, la situation actuelle est déterminante, parfois l'instrument est aussi orienté vers l'avenir et les objectifs. Sur le plan opérationnel, l'analyse identifie des différences entre cantons alémaniques et latins. Alors qu'en Suisse alémanique, les instruments d'évaluation utilisés pour le financement sont définis par le canton, en Suisse latine, la tâche d'évaluation est déléguée à des organisations privées (par exemple des associations de personnes handicapées). Celles-ci choisissent les instruments d'évaluation, ce qui entraîne une moindre uniformité. En Suisse alémanique, l'« Individuelle Betreuungsbedarf » (IBB) s'est imposé presque partout dans le domaine stationnaire. Avec cet instrument, les professionnels indiquent la fréquence des prestations fournies. Les cantons latins ont développé un instrument analogue pour le domaine stationnaire, OLMIS (Outil latin de mesure de l'Intensité des soutiens), qui ne s'est toutefois pas imposé. Seul un canton utilise régulièrement cet instrument. Il s'agit d'un instrument très standardisé qui relève la situation actuelle. L'évaluation est effectuée par des professionnels extérieurs. Dans le domaine ambulatoire, la planification individuelle de l'aide (Individuelle Hilfeplanung - IHP) s'établit de plus en plus en Suisse alémanique ; un canton romand prévoit également d'introduire l'IHP. En Suisse romande, l'instrument MHAVIE (Mesure des habitudes de vie) occupe une place importante. Les deux instruments ont une approche ouverte et évaluent le besoin de soutien individuel. L'auto-évaluation est au premier plan et les instruments se focalisent sur l'avenir et le potentiel de développement des personnes handicapées.

L'étude relève que les instruments de l'AI pour l'API, le SSI et la CDA sont éprouvés, fiables et relativement faciles à utiliser. Elle établit cependant un constat relativement critique. Les instruments s'orientent ainsi fondamentalement sur les déficits et sur un modèle médical du handicap éloigné d'une conception bio-psycho-sociale du handicap (ICF). En raison de la procédure standardisée avec principalement des questions fermées (« logique de formulaire ») visant à établir un droit à des prestations assurées par la loi, les instruments ne seraient ainsi pas adaptés à tous les types de handicap et ne peuvent pas toujours intégrer de manière appropriée les besoins de soutien individuels liés au handicap. De plus, ils relèvent la situation actuelle de l'assuré alors que les potentiels de développement ne sont pas pris en compte. La promotion de l'autodétermination et de l'autonomie dans le cadre du logement à domicile devrait également être bénéfique pour l'AI sur le plan économique, car de telles mesures contribuent à réduire le besoin de soutien des personnes assurées.

#### 4.2.3 Évaluation de la contribution d'assistance

La contribution d'assistance, introduite à l'occasion de la 6<sup>e</sup> révision de l'AI (1<sup>er</sup> volet), est une nouvelle prestation qui a fait l'objet de différents rapports d'évaluation. Le dernier rapport (Guggisberg, Bischof 2020) couvre la période 2012 à 2019. Selon le message du Conseil fédéral (10.032) du 24 février 2010, l'objectif premier de cet instrument est de promouvoir l'autonomie et la responsabilité des personnes qui ont besoin d'assistance. Pour y avoir droit, les assurés doivent vivre à domicile ou sortir de l'institution où ils vivaient jusque-là. L'évaluation a porté principalement sur l'évolution de la demande et les caractéristiques des bénéficiaires, ainsi que sur l'atteinte des objectifs et l'évolution des coûts.

De 2012 à 2019, 3466 adultes ont bénéficié au moins une fois de contribution d'assistance. Le nombre des nouveaux bénéficiaires a connu une augmentation relativement constante,

avec en moyenne environ 420 nouveaux bénéficiaires par an. Fin 2019, 675 personnes (19 % du total) avaient cessé de toucher la prestation. La plupart de ces personnes sont décédées (426 personnes, soit 12 %), tandis que 249 ne touchaient plus de contribution d'assistance, soit parce qu'elles ne la souhaitaient plus, soit parce qu'elles ne remplissaient plus les conditions requises. Les raisons les plus fréquemment invoquées sont l'interdiction d'engager des membres de la famille comme assistants, la charge administrative que représente cette contribution, la difficulté de trouver des assistants adéquats ou des raisons de santé (une détérioration de l'état de santé, par ex.).

En 2019, 2940 adultes ont perçu une contribution d'assistance, dont 328 hommes et femmes (11 %) ayant déjà atteint l'âge ordinaire de la retraite. Les bénéficiaires d'une contribution d'assistance représentaient 7,1 % des adultes touchant une API (retraités AVS exceptés). La proportion était de 10,9 % du total des adultes vivant à domicile avec une API. Ce taux varie aussi considérablement (entre 5,5 % et 17,9 %) d'un canton à l'autre. Les différences intercantionales s'expliquent dans une très faible mesure par la structure du groupe des bénéficiaires d'API, et on peut exclure tout lien avec le degré d'urbanisation ou la taille des cantons (nombre d'habitants). Par contre, on recense un nombre nettement plus important de bénéficiaires d'une contribution d'assistance dans les cantons qui accordent une priorité relativement élevée au dialogue dans le cadre de la procédure d'instruction. La probabilité qu'une personne bénéficiant d'une API reçoive également une contribution d'assistance est ainsi environ 50 % plus élevée dans de tels offices AI que dans les autres.

Concernant le profil des bénéficiaires, l'étude relève que la part des bénéficiaires d'une contribution d'assistance parmi les bénéficiaires d'une API vivant à domicile varie, selon le degré d'impotence, entre 6,0 % (impotence faible), 10,9 % (impotence moyenne) et 34,6 % (impotence grave). Les personnes présentant une impotence grave ont ainsi une plus grande probabilité de recevoir une contribution d'assistance que celles qui présentent une impotence moyenne ou faible. Les personnes atteintes de troubles liés au système nerveux (taux de perception de 22 %) ou d'altération des os et de l'appareil locomoteur (15 %) perçoivent nettement plus souvent une contribution d'assistance. À l'inverse, les personnes présentant des troubles psychiques, qui reçoivent généralement une API pour une impotence faible, sont sous-représentées avec un taux de perception de 5 %. C'est également le cas des personnes atteintes d'infirmités congénitales (taux de perception de 9 %).

L'analyse des coûts montre que le montant médian de la contribution d'assistance mensuelle maximale octroyée est de 1895 francs. Le montant médian effectivement perçue (1359 francs) est nettement inférieur. Il est donc relativement fréquent que les bénéficiaires n'utilisent pas l'intégralité du montant auquel ils auraient droit ; en moyenne, ils en utilisent les trois quarts. La principale raison invoquée par ces personnes est l'aide non rémunérée de leur partenaire ou d'autres membres de leur famille.

Au total, les prestations fournies augmentent depuis 2012 parallèlement au nombre de bénéficiaires. Leurs coûts ont atteint 70,1 millions de francs en 2019 (bénéficiaires adultes y compris à l'âge de la retraite).

En plus de l'analyse statistique des données administratives, les chercheurs ont effectué une enquête auprès de tous les bénéficiaires. Cette dernière a montré que l'instrument contribution d'assistance est tout à fait approprié pour atteindre les objectifs mentionnés dans le message de 2010 : près de trois quarts des personnes interrogées estiment que la contribution d'assistance a légèrement ou fortement amélioré leur situation, alors que 4 % considèrent qu'elle l'a détériorée. Près de trois bénéficiaires sur quatre sont très satisfaits ou satisfaits des possibilités qui leur sont offertes d'organiser leur vie de façon autonome. Par contre, la contribution d'assistance n'a eu jusqu'ici que peu, voire aucun impact sur la situation ou l'insertion professionnelle des bénéficiaires. Près d'un quart de ces derniers

exercent une activité professionnelle sur le marché primaire du travail, ce qui était déjà le cas avant la perception de la contribution d'assistance. La majorité des personnes interrogées estiment que la contribution d'assistance a permis de réduire la charge pesant sur leur famille et leur entourage. Toutefois, deux tiers (66 %) des personnes interrogées estiment que leurs proches sont encore sollicités ou très sollicités.

En moyenne, les bénéficiaires d'une contribution d'assistance font appel à l'aide d'assistants pour environ 21 heures par semaine. Un quart des personnes interrogées emploie un assistant, un quart en emploie deux, un quart en emploie trois et le dernier quart en emploie plus de trois. La moyenne est de 2,4 assistants par bénéficiaire d'une contribution d'assistance.

L'étude conclut que les objectifs prioritaires, à savoir promouvoir l'autonomie et la responsabilité, améliorer les chances de vivre à domicile malgré le handicap et faciliter l'intégration sociale et professionnelle, sont atteints. Par contre, la contribution d'assistance ne permet que peu de sorties de home. Parmi les 3466 bénéficiaires adultes recensés jusqu'en 2019, 232 vivaient dans un home avant de toucher cette prestation, ce qui représente 6,7 % de l'ensemble des bénéficiaires d'une contribution d'assistance. Cela signifie que, depuis que le dispositif existe, 1,8 % des 12 800 personnes vivant en home avec une impotence ont décidé de demander la contribution d'assistance pour sortir de leur institution. L'enquête effectuée auprès des bénéficiaires n'a pas donné de renseignement exact sur le nombre de personnes auxquelles la contribution d'assistance a permis d'éviter une entrée en home, mais les résultats suggèrent que cela a été le cas pour un nombre significatif de bénéficiaires.

### 4.3 Moyens auxiliaires

En plus des mesures de réadaptation et de mesures de soutien au logement à domicile, le PR-AI 3 s'est intéressé à un troisième groupe de prestations : les moyens auxiliaires. Deux études ont été menées, l'une portant sur les appareils auditifs, l'autre sur les appareils de communication.

#### 4.3.1 Évaluation de la fourniture d'appareils auditifs : prix et qualité

À la suite d'un changement de système de remboursement des appareils auditifs, une étude (Braun-Dubler et al. 2020) a analysé le prix et la qualité de la fourniture de ces moyens auxiliaires dans le cadre à la fois de l'AVS et de l'AI. Jusqu'au 30 juin 2011, les appareils auditifs étaient remboursés selon un système tarifaire. En raison de ses coûts élevés, ce système a fait l'objet de plus en plus de critiques, en particulier concernant le manque de concurrence sur le marché des appareils auditifs. En outre, les spécialistes estimaient qu'il n'y avait aucun lien avéré entre le degré de perte auditive et les coûts de fourniture d'appareils auditifs. Par conséquent, un système de contributions forfaitaires a été introduit le 1<sup>er</sup> juillet 2011.

Dans ce nouveau système, les personnes assurées ne sont plus catégorisées en fonction du degré de perte auditive, mais touchent indépendamment de cela un montant forfaitaire qui leur est versé directement. Les forfaits ont été calculés sur la base du marché allemand des appareils auditifs, qui est comparable, et prennent en considération les coûts élevés de la main-d'œuvre en Suisse en étant fixés à un niveau 50 % plus élevé. Les montants forfaitaires englobent tous les coûts occasionnés pendant six ans (à l'exception des frais dus aux piles et aux réparations). L'OFAS espérait que le nouveau système renforce la concurrence sur le marché des appareils auditifs, fasse baisser les prix des appareils et des prestations de services et décharge financièrement les assurances sociales, sans que la qualité de la fourniture d'appareils auditifs n'en souffre. L'étude visait à évaluer le changement de système en termes d'évolution des prix et de qualité de la fourniture.

D'après les résultats de l'enquête menée auprès des personnes porteuses d'appareils auditifs, la qualité de la fourniture d'appareils auditifs en Suisse est restée à un excellent niveau depuis le changement de système. Aucune différence significative en termes de satisfaction subjective entre les périodes analysées (2012, 2013 et 2019) n'a été relevée. Environ 90 % des personnes porteuses d'un appareil auditif ressentent une amélioration (significative) de leur qualité de vie grâce au port d'un appareil. Concernant la qualité des prestations de services, la satisfaction est également restée à un niveau très élevé dans le système forfaitaire. L'étude relève aussi que la qualité des appareils auditifs s'est beaucoup améliorée grâce aux progrès techniques et que la qualité des appareils bon marché est nettement meilleure qu'il y a encore dix ans. La part des appareils auditifs appartenant à la catégorie technique la plus élevée a nettement augmenté.

Les chercheurs confirment que les contributions forfaitaires fixées par l'OFAS permettent de financer sans supplément de prix un appareil auditif simple et adéquat. Une majorité des acheteurs se tourne cependant vers une fourniture d'appareil dont le prix dépasse le montant octroyé. Les bénéficiaires de l'AI interrogés expliquent ce choix par une meilleure intelligibilité et qualité acoustique, alors que les personnes assurées de l'AVS ont le plus souvent indiqué n'avoir reçu aucune offre d'appareillage sans supplément de prix (47 %). Comme l'AVS ne vise pas à prendre en charge la totalité des frais de fourniture, mais au maximum 75 %, ce résultat n'est pas surprenant.

De manière générale, la majorité des experts estime qu'il est très difficile, voire impossible pour les consommatrices et les consommateurs d'évaluer le rapport prix-prestation, en raison de la vaste gamme de produits, de la complexité des appareils auditifs et de la diversité des paquets de prestations. Cette situation limite fortement la concurrence souhaitée. Les personnes assurées se sentent en moyenne moins bien informées lors de l'achat d'un appareil auditif dans le système forfaitaire que dans le système tarifaire, probablement en raison d'une plus grande diversité des prestations et d'un pouvoir plus étendu des consommatrices et des consommateurs.

Environ un quart des personnes assurées a acheté un appareil dans le système forfaitaire dont le coût total était inférieur à ce qui était le cas dans le système tarifaire ; parallèlement, environ 10 % des personnes assurées se sont procuré des systèmes auditifs nettement plus coûteux. Les experts expliquent ce constat par la forte disposition des consommatrices et consommateurs suisses à payer pour satisfaire des exigences élevées de qualité.

Enfin, l'étude apporte des résultats concernant l'évolution des prix et des coûts. En ce qui concerne les effets du changement de système sur les prix, l'analyse de régression a montré que le changement de système avait entraîné une chute des prix de 9,2 %. Les prix des appareils auditifs ont chuté (- 5,7 %), mais moins que les prix des prestations de services (- 19,4 %). Concernant spécifiquement l'AI, les coûts relevés dans l'échantillon sont revenus au même niveau que dans le système tarifaire en raison d'une tendance à acquérir des produits de qualité supérieure, alors que dans l'AVS, entre 2017 et 2019, les coûts ont reculé de 7,6 % par rapport au système tarifaire.

L'étude conclut que le système des forfaits, qui laisse plus de liberté au consommateur, semble être un modèle plus pertinent que celui du système tarifaire car il entraîne des économies pour l'assurance, ne nuit pas à la qualité de la fourniture et engendre un certain effet de prix. Les auteurs (Braun-Dubler et al. 2020) recommandent d'améliorer l'information et la transparence afin de renforcer la concurrence. Ces activités devraient selon les auteurs être du ressort des organisations de protection des consommateurs ou de personnes malentendantes.

#### 4.3.2 Analyse de la remise d'appareils de communication

L'AI rembourse les frais occasionnés par les appareils de communication électriques et électroniques aux assurés gravement handicapés de la parole et de l'écriture qui dépendent d'un tel appareil pour entretenir des contacts quotidiens avec leur entourage. Une étude du PR-AI 3 (Trageser et al. 2016) a ainsi été lancée afin d'analyser la remise, l'utilisation et l'utilité des appareils de communication.

Concernant l'utilisation et l'utilité des appareils, les résultats confirment que les appareils de communication sont bénéfiques pour les assurés. Plus de la moitié d'entre eux les utilisent pour communiquer au quotidien et avec leur entourage, ainsi que pour communiquer des souhaits, besoins ou pensées complexes. Environ la moitié des assurés interrogés ont besoin de l'appareil pour signaler à temps des besoins fondamentaux (faim, besoin d'aller aux toilettes, etc.). Les assurés sont globalement satisfaits des appareils de communication : environ 90 % considèrent que la convivialité et la fiabilité des appareils, mais aussi leur utilité, sont globalement bonnes ou plutôt bonnes. L'enquête laisse toutefois supposer qu'un autre appareil (souvent une tablette) moins onéreux serait plus utile pour certains assurés. Les iPad et autres tablettes sont aujourd'hui déjà les appareils de communication les plus utilisés, et les déclarations des assurés montrent qu'ils pourraient l'être encore davantage. Ces appareils présentent non seulement l'avantage d'être maniables et largement acceptés, ils sont aussi moins onéreux et devraient donc alléger les coûts à la charge de l'assurance-invalidité à l'avenir.

La plupart des assurés font un usage intensif des appareils : deux tiers les utilisent quotidiennement et 27 %, plusieurs fois par semaine. Du point de vue de l'AI, ces résultats sont cependant insatisfaisants, puisque la communication est une activité quotidienne et les appareils doivent en principe être utilisés tous les jours pour que l'objectif de réadaptation soit rempli. L'étude montre que l'utilisation des appareils de communication a tendance à baisser lorsque l'assuré quitte l'école spéciale. Cela tient d'une part au fait que les appareils sont moins utiles ou utilisables en dehors de l'école, mais aussi au fait qu'ils remplissaient parfois d'autres buts que la communication quotidienne. D'autre part, il semble que les institutions pour adultes n'offrent pas un soutien suffisant aux assurés dans l'utilisation de leur appareil de communication car leurs ressources sont plus limitées et qu'elles disposent de moins de personnel formé à cet effet.

Concernant le processus de remise des appareils de communication, certains résultats laissent penser que les appareils de communication remis ne correspondent pas toujours au besoin de l'assuré ou que leur financement n'aurait dans certains cas pas dû être assumé par l'AI. Depuis mi-2014, la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires pour personnes handicapées et âgées (FSCMA) peut vérifier, pour les élèves d'écoles spéciales, si les conditions de prise en charge par l'AI sont réunies. Sur mandat des offices AI, elle peut également réaliser des expertises pour déterminer si les appareils de communication recommandés correspondent aux besoins des assurés. Les remises inadéquates devraient donc diminuer.

L'enquête montre que les prestations d'évaluation et de conseil des fournisseurs donnent satisfaction, mais qu'elles présentent également des faiblesses, comme le fait que les fournisseurs accordent trop peu de temps et ne mettent qu'un seul appareil à disposition. La conséquence est parfois que l'appareil choisi n'est pas le bon et que les possibilités de communication ne sont pas exploitées de manière optimale. Une première mesure pour améliorer la qualité de la remise réside dans les expertises supplémentaires que la FSCMA peut effectuer. Les auteurs soulignent également que le processus d'évaluation prend trop de temps, puisqu'il peut s'écouler une année avant que l'appareil ne soit remis à l'assuré. Ils relèvent enfin que les entraînements à l'emploi sont de qualité, mais que des améliorations sont possibles (voir recommandations à la fin de ce chapitre).

#### 4.4 Principales recommandations à l'intention de l'OFAS et des offices AI

Dans presque tous les projets, les chercheurs ou les évaluateurs ont été invités à formuler des recommandations fondées sur des preuves, c'est-à-dire sur des preuves empiriques. Cette section synthétise les principales recommandations adressées à l'AI issues des études présentées dans ce chapitre. Les prises de position de l'OFAS sont ensuite présentées en distinguant les mesures adoptées et envisagées.

##### *Optimisation des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (MR)*

L'évaluation des MR (Schmidlin et al. 2020) avait une visée formative et devait permettre leur optimisation dans le cadre du Développement continu de l'AI. Ce rapport a ainsi donné lieu à de nombreuses recommandations basées sur les preuves. Il est ainsi préconisé de mettre en œuvre les MR le plus tôt possible au moment de l'atteinte à la santé afin d'augmenter leurs chances de succès. Les MR devraient aussi être mobilisées lorsque les chances de retour en emploi sont réelles ; des mesures d'instruction peuvent aider à estimer cette possibilité, mais ne devraient pas être utilisées elles-mêmes en tant que mesures d'instruction, comme cela est parfois le cas dans certains OAI. Les auteures recommandent également aux spécialistes de la réadaptation des OAI de coordonner la gestion du cas avec les prestataires des MR, les assurés et les médecins traitants afin de définir des objectifs appropriés. L'étude conclut que les MR ont de meilleurs résultats lorsqu'elles sont – au moins partiellement – exécutées dans le premier marché du travail : il est ainsi judicieux d'exécuter les MR de manière flexible, en alternant, quand cela est possible, entre l'institution et l'accompagnement au sein du marché du travail. Ce dernier constat plaide aussi pour une intensification des contacts avec les employeurs, qui doivent être soutenus par l'OAI au moyen d'échanges réguliers. Enfin, les auteures constatent l'augmentation de la complexité des cas (problématiques sociales, de santé etc.), ce qui plaide pour une analyse large de la situation incluant des facteurs qui ne concernent pas directement l'AI. Ce point implique ainsi une plus grande coordination avec d'autres acteurs (Autorités de protection de l'enfant et de l'adulte, consultation sociale, aide familiale, écoles), comme le font déjà avec succès certains OAI (Schmidlin et al. 2020, p. 89).

##### *Optimiser les mesures de soutien au logement à domicile*

L'étude portant sur les modèles internationaux de soutien au logement à domicile (Veyre et al. 2022) devait identifier des pistes de développement, en particulier pour l'AI et les cantons. Ainsi, les auteures suggèrent à la Confédération, en collaboration avec les cantons, de formuler les lignes directrices d'un plan d'action visant à soutenir le logement à domicile. Des bases légales établissant les critères de financement devraient également être créées. De plus, en se basant sur le constat d'un enchevêtrement des compétences entre l'AI et les cantons (mesures de soutien aux deux niveaux), les chercheuses suggèrent une clarification des compétences avec comme objectif la concentration de la responsabilité de la mise en œuvre du soutien au logement à domicile à un seul niveau institutionnel. Un modèle de financement lié au sujet prenant la forme d'un budget personnel devrait être envisagé en prenant l'allocation pour impotent comme base, qui engloberait la contribution d'assistance. Les montants accordés doivent par ailleurs permettre de faire le choix effectif de la vie à domicile. De même, la Confédération et les cantons devraient formuler les lignes directrices d'un plan d'action visant à soutenir financièrement les proches aidants et à harmoniser les prestations y relatives. Enfin, les organes compétents devraient consulter les personnes avec un handicap lors de l'élaboration des lignes directrices, des lois, des modèles ou des prestations les concernant, et la satisfaction des bénéficiaires ainsi que la correspondance entre les besoins couverts et à couvrir devraient être évaluées.

### *Instruments d'évaluation du besoin*

L'analyse des instruments d'évaluation du besoin d'aide (Canonica, 2022) arrive à des conclusions relativement critiques concernant les instruments de l'AI et propose des améliorations sur cette base. Ainsi, selon les auteurs, le point de départ de l'évaluation ne devrait pas être un formulaire avec des catégories et des items définis, mais la personne avec ses besoins individuels ressentis. Ces besoins doivent être traduits en un besoin de soutien individuel lié au handicap et reconnu par l'État social. Le point de référence pour l'évaluation devrait être le mode de vie et la participation souhaités par l'individu. Cela nécessite une procédure toujours standardisée, mais plus ouverte et qualitative que la procédure actuelle (par exemple, description du déroulement d'une journée avec des questions de contrôle comme élément). Les approches ouvertes sont, toujours selon les auteurs, les plus adaptées pour saisir les besoins individuels spécifiques liés au handicap.

L'instrument devrait être basé à la fois sur les ressources et sur les déficits. Les auteurs suggèrent d'appliquer un modèle bio-psycho-social du handicap, qui met l'accent sur le fonctionnement et non sur le déficit en tant que tel. Ce n'est pas seulement la situation actuelle qui devrait être utilisée, mais aussi une perspective d'avenir et d'objectifs. D'une part, le besoin de soutien immédiat lié au handicap devrait être déterminé, et d'autre part (si les personnes assurées le souhaitent), le potentiel de développement ou un « projet » concret visant à promouvoir l'autonomie et/ou la participation devrait être rendu possible. Les facteurs contextuels et les ressources devraient être considérés. La procédure d'évaluation recommandée prévoit également des inégalités de traitement compensatoires entre les personnes assurées, car il s'agit de promouvoir l'égalité des chances, les besoins nécessaires à cet effet pouvant différer.

L'évaluation doit aboutir à un total des besoins de soutien, par exemple quantifié en heures / prestations (spécialisées). L'enquête proposée est plus complexe et requiert des compétences professionnelles spécifiques. L'équipe de recherche recommande d'examiner la possibilité de créer des services d'évaluation externes, indépendants et spécialisés. Sur le plan opérationnel, une telle mesure favoriserait également la séparation organisationnelle entre le service chargé de l'enquête et celui chargé du financement. Cette double fonction des offices AI cantonaux a été qualifiée à plusieurs reprises de problématique lors des entretiens.

### *Optimisation de la contribution d'assistance*

L'évaluation de la contribution d'assistance montre que 48 % des assurés concernés estiment que la charge administrative liée à la gestion de l'assistance est trop élevée. Les auteurs (Guggisberg, Bischof 2020) suggèrent ainsi une simplification administrative : outre une meilleure aide pour commencer, sous la forme d'un guide ou d'une brochure d'information par exemple, les assurés pourraient disposer d'une possibilité de décompte par voie électronique sur Internet (moyennant un système accessible à tous). L'évaluation a aussi montré que les assurés (et non les évaluateurs) jugeaient les montants accordés parfois trop limités pour financer la prestation d'assistance.

### *Appareils de communication*

L'étude sur les appareils de communication (Trageser et al. 2016) recommande notamment d'optimiser les prestations d'évaluation et de conseil. Une phase de test pourrait ainsi être instaurée afin que l'assuré essaie différents appareils et qu'il puisse demander (ainsi que ses personnes de référence) un entretien d'évaluation supplémentaire. Par ailleurs, les auteurs suggèrent que l'OFAS pourrait recommander aux offices AI d'obliger les fournisseurs à proposer systématiquement une solution basée sur un iPad ou une autre tablette. Les entraînements à l'emploi pourraient aussi être améliorés : selon la complexité de l'appareil de communication, un second entraînement à l'emploi ou un soutien

téléphonique pourrait être octroyé, en cas de besoin, à l'assuré et à ses personnes de référence après une phase d'entraînement définie, afin de répondre de manière ciblée à des questions spécifiques. Pour contrôler la qualité des entraînements à l'emploi, les offices AI pourraient exiger des fournisseurs qu'ils se procurent auprès des assurés et des personnes de référence une confirmation du succès de l'entraînement et du temps qui y a été consacré. En outre, les chercheurs recommandent de garantir que les personnes de référence et/ou les personnes compétentes en matière de communication assistée (responsables CA) des institutions soient intégrées aux entraînements à l'emploi. Ces entraînements auraient ainsi un effet plus durable.

#### *Renforcer les méthodes d'intervention précoce intensive pour le traitement de l'autisme infantile*

L'évaluation recommande de reconnaître les interventions précoces intensives en tant que forme de traitement efficace et appropriée. Un modèle de coûts devrait également être développé afin d'établir les modalités de financement, et plus concrètement la répartition entre Confédération et cantons.

### **4.5 Prises de position de l'OFAS**

Ce sous-chapitre présente une prise de position de l'OFAS concernant les recommandations formulées. À cette fin, des mesures déjà prises sur la base des résultats des études et des mesures envisagées pour l'avenir sont indiquées.

#### 4.5.1 Mesures adoptées

Les mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (MR) ont été révisées dans le cadre du Développement continu de l'AI (DC AI) en tenant compte des résultats de l'évaluation. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les mesures ont été étendues aux jeunes, qui ne pouvaient jusque-là pas en bénéficier. De plus, les MR peuvent désormais être reconduites à plusieurs reprises, et l'indemnisation est versée non seulement à l'employeur actuel, mais également à tout nouvel employeur. Enfin, la mise en place des mesures dans le premier marché du travail a été renforcée dans le règlement de l'AI en se basant ainsi sur les résultats de l'évaluation.

La contribution d'assistance n'a pas subi de changements substantiels dans le cadre du Développement continu de l'AI. Certains ajustements ont cependant eu lieu en tenant compte des résultats d'évaluation, en particulier l'importante augmentation des tarifs de nuit, la possibilité d'utiliser le budget non utilisé pour les nuits pour facturer plus d'heures de jours et la possibilité de recourir à des prestations de conseil tous les trois ans et plus seulement au début de la contribution d'assistance.

Concernant l'évaluation des méthodes d'intervention précoce intensive pour le traitement de l'autisme infantile, ces interventions ont été reconnues en tant que forme de traitement efficace et appropriée. Un projet a été lancé de manière conjointe entre l'OFAS et les cantons afin de développer un modèle de programme, d'impact et de coûts ainsi qu'un modèle de financement conjoint. Le modèle retenu est calqué sur la répartition des tâches propre à la péréquation financière (RPT).

#### 4.5.2 Mesures envisagées

Concernant la contribution d'assistance, un groupe de travail a été mis en place sur la base des résultats d'évaluation. Ce groupe était composé de l'OFAS, d'organisations représentant les personnes en situation de handicap ainsi que les offices AI. Il s'est essentiellement focalisé sur les possibilités de simplification administrative. Malgré le constat d'un potentiel très limité de simplification dans le modèle actuel, des pistes sont

actuellement à l'étude, comme par exemple la possibilité de régler la facturation de manière électronique.

Concernant les appareils auditifs, l'OFAS constate sur la base du rapport que :

- les prix n'ont que légèrement baissé, mais pas les marges sur les appareils auditifs ;
- les suppléments de prix versés par les personnes assurées ont augmenté ;
- peu d'appareils auditifs bas de gamme et très peu d'appareils auditifs moyen de gamme sont vendus ;
- du point de vue de l'OFAS, les objectifs du système forfaitaire n'ont pas été atteints malgré la qualité élevée.

L'OFAS estime donc qu'il est nécessaire d'agir à moyen terme dans le domaine de la fourniture d'appareils auditifs. Des changements dans le domaine des moyens auxiliaires dans son ensemble sont actuellement à l'étude dans le cadre du postulat d'une commission. Le Conseil fédéral décidera sur la base du rapport de postulat la direction à prendre concernant les moyens auxiliaires en général, qui sont également évalués dans ce contexte.

Concernant les appareils de communication, le marché a évolué depuis la réalisation de l'étude en 2016. Les deux plus grands prestataires de services dans ce domaine ont fusionné. Une partie du personnel du plus grand prestataire s'est autonomisée pour former une entreprise indépendante qui fournit également des prestations dans le domaine des appareils de communication. Le plus grand prestataire du marché des appareils de communication a demandé une renégociation du tarif horaire. Des clarifications sont en cours à ce sujet. Dans le cadre d'une éventuelle renégociation, il faudrait également revoir le déroulement/processus en tenant compte des résultats de l'étude.

Concernant les mesures de soutien au logement à domicile et les instruments d'évaluation du besoin d'aide, ces deux rapports ont été finalisés fin 2022, c'est-à-dire à la fin du PR-AI 3. La finalisation du présent rapport de synthèse a ainsi eu lieu en même temps. Les recommandations de ces deux études sont à la fois nombreuses et importantes (voir plus haut), si bien qu'il n'a pas été possible pour l'OFAS de prendre position à temps. Une stratégie va cependant être élaborée afin d'optimiser le système en général, et les instruments d'évaluation du besoin en particulier. Cette stratégie se fera en collaboration avec les différents partenaires clés de l'OFAS au niveau fédéral et cantonal.

## 5 Perspectives

Le PR-AI 3 a donné lieu à 24 études qui ont été synthétisées dans ce rapport. Certaines d'entre elles constituaient des évaluations formatives ou sommatives de révisions antérieures de l'AI, tandis que d'autres ont servi d'analyse de la situation et de bases de décisions. De nombreux résultats ont directement été utilisés dans le cadre de l'élaboration du Développement continu de l'AI, comme cela a été précisé dans les différents chapitres de cette synthèse. Un cycle d'interaction a ainsi lieu entre la recherche et évaluation d'une part et le développement de l'assurance-invalidité d'autre part : les études servent de base de décision avant la révision, puis la révision de loi tient compte de ces résultats dans le processus politique, avant qu'enfin des évaluations analysent la mise en œuvre et les effets des changements législatifs ainsi que leur correspondance avec les objectifs fixés.

Ainsi, le programme de recherche PR-AI 4, qui a débuté le 1<sup>er</sup> janvier 2023, a comme priorité l'évaluation du Développement continu de l'AI à l'aide d'une dizaine de projets. Le budget du PR-AI 4 a été approuvé par le Département fédéral de l'intérieur le 19 septembre 2022 après consultation de la sous-commission AI et s'étendra de 2023 à 2028. Il s'agira notamment d'évaluer spécifiquement les différentes modifications légales concernant les trois principaux groupes cibles que sont les enfants, les jeunes et les adultes atteints dans leur santé psychique. D'autres projets ont une visée transversale et étudieront par exemple la linéarisation des rentes, le calcul de l'invalidité et les changements concernant les expertises médicales. L'évaluation du DC AI a fait l'objet d'un concept à part entière. À ses côtés, le PR-AI 4 comportera des projets variés servant de soutien à l'optimisation de l'assurance.



## 6 Références

Baer, Niklas ; Frick, Ulrich ; Besse, Christine ; Cuonz, Neisa ; Matt, Michael (2018). *Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 8/18. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.

Baer, Niklas ; Frick, Ulrich ; Rota, Fulvia ; Vallon, Pierre ; Aebi, Kaspar ; Romann, Christine ; Kurmann, Julius (2017). *Patienten mit Arbeitsproblemen: Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 11/17. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.

Baer, Niklas ; Altwicker-Hàtori, Szilvia ; Juvalta, Sibylle ; Frick, Ulrich ; Rüesch, Peter (2015). *Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 19/15. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.

Message du 15 février 2017 concernant la modification de la loi sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI), FF 2017 2363.

Bolliger, Christian ; Champion, Cyrielle ; Gerber, Michèle ; Fritschi, Tobias ; Neuenschwander, Peter ; Kraus, Simonina ; Luchsinger, Larissa ; Steiner, Carmen (2020). *Auflagen zur Schadenminderungspflicht in der Invalidenversicherung* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 1/20. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.

Bolliger, Christian ; Rüefli, Christian ; Berner, Delia (2016). *Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 15/16. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.

Braun-Dubler, Nils ; Langhart, Manuel ; Frei, Vera ; Kaderli, Tabea ; Albrecht, Martin ; an der Heiden, Iris ; Ochmann, Richard ; Sander, Monika ; Temizdemir, Ender ; Graf, Susanne ; Nitsche, Elena (2020). *Analyse der Preise und der Qualität in der Hörgeräteversorgung* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 15/20. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.

Buess, Michael ; Vogel, Raphael (2022). *Arbeitgeberbefragung zur Wahrnehmung der IV und ihrer Instrumente*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 3/22D. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.

Buess, Michael ; Vogel, Raphael (2022). *Enquête « Le point de vue des employeurs sur l'AI et ses instruments »*. Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 3/22F. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.

Canonica, Alan ; Margot-Cattin, Pierre ; Stalder, René ; Abbas, Marina ; Froidevaux, Gaël (2023). *Unterstützung beim Wohnen zu Hause: Instrumente zur Bedarfsabklärung* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 11/22. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.

Egger, Marcel ; Egger-Mikic, Daniela (2016). *Evaluation der nationalen Strukturen für die Interinstitutionelle Zusammenarbeit* (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 8/16. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.

- Flamand-Lew, Emilie; Ankers, Neil; Ostrowski, Gaspard; Serdaly, Christine (2017). *Evaluation des Zusammenarbeitsmodells «Accord paritaire genevois»*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 6/17D. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Flamand-Lew, Emilie ; Ankers, Neil ; Ostrowski, Gaspard ; Serdaly, Christine (2017). *Evaluation de l'accord paritaire genevois*. Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 6/17. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- Fritschi, Tobias ; Von Bergen, Matthias ; Müller, Franziska ; Bucher, Noëlle ; Ostrowski, Gaspard ; Kraus, Simonina ; Luchsinger, Larissa (2019). *Bestandesaufnahme des Wohnungsangebots für Menschen mit Behinderung* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 7/19. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- Geisen, Thomas ; Baumgartner, Edgar ; Ochsenbein, Guy ; Duchêne-Lacroix, Cédric ; Widmer, Lea ; Amez-Droz, Pascal ; Bauer, Roland (2016). *Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Arbeitgebenden* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 1/16. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS
- Greppi, Spartaco ; Avilés, Gregorio ; Bigotta, Maurizio ; Dif-Pradalier, Maël (2017). *Evaluation du dispositif « Formazioni brevi »*. Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 10/17. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- Greppi, Spartaco ; Avilés, Gregorio ; Bigotta, Maurizio ; Dif-Pradalier, Maël (2017). *Evaluation der "Formazioni brevi"*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 10/17D. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Greppi, Spartaco ; Avilés, Gregorio ; Bigotta, Maurizio ; Dif-Pradalier, Maël (2017). *Valutazione del dispositivo "Formazioni brevi"*. Aspetti della sicurezza sociale. Rapporto di ricerca Nr. 10/17I. Berna: Ufficio federale delle assicurazioni sociale.
- Guggisberg, Jürg ; Bischof, Severin (2017). *Evaluation Assistenzbeitrag 2012-2016* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 8/17. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- Guggisberg, Jürg ; Bischof, Severin (2020). *Entwicklung der Übertritte von der Invalidenversicherung in die Sozialhilfe. Analyse auf Basis der SHIVALV-Daten* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 8/20. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- Guggisberg, Jürg ; Bischof, Severin (2020). *Evaluation Assistenzbeitrag 2012 bis 2019* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 16/20. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- Guggisberg, Jürg ; Bischof, Severin ; Jäggi, Jolanda ; Stocker, Désirée ; Portmann, Lea (2015). *Evaluation de la réadaptation et de la révision des rentes axée sur la réadaptation dans l'assurance-invalidité*. Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 18/15. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- Guggisberg, Jürg ; Liechti, Lena (2019). *Wirtschaftliche Verhältnisse der Bezügerinnen und Bezüger einer Rente aus der 1. Säule (IV/AHV) mit Anspruch auf eine Kinderzusatzrente* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 5/19. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- Guggisberg, Jürg ; Liechti, Lena ; Bischof, Severin (2020). *Die wirtschaftliche Situation von IV-Rentnerinnen und IV-Rentnern* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 14/20. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.

- Laubereau, Birgit ; Müller, Franziska ; Hanimann, Anina ; Balthasar, Andreas (2018). *Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung der medizinischen Gutachterinnen und Gutachter* (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 5/18. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- Liesen, Christian ; Krieger, Beate ; Becker, Heidrun (2018). *Evaluation der Wirksamkeit der intensiven Frühinterventionsmethoden bei frühkindlichem Autismus* (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 9/18. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- OCDE (2022). *Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices*. Paris : Éditions OCDE.
- Prins, Rienk (2017). *Jeunes atteints dans leur santé : mesures d'activation et de prévention de la dépendance aux rentes d'invalidité*. Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 3/17F. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- Prins, Rienk (2017). *Junge Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen: Rentenvermeidende und aktivierende Massnahmen*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 3/17D. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Schmidlin, Sabina ; Borer, Jonas ; Allemann, Elisabeth ; Clerc, Rebecca (2017). *Angebote am Übergang I für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 9/17. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- Schmidlin, Sabina ; Bühlmann, Eva ; Muharremi, Fitore ; Kobelt, Emilienne ; Champion, Cyrielle (2020). *Evaluation der Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 17/20. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- Trageser, Judith ; Schultheiss, Andrea ; Angst, Vanessa ; Von Stokar, Thomas (2016). *Analyse der Abgabe von Kommunikationsgeräten an Versicherte der Invalidenversicherung* (en allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 13/16. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- Veyre, Aline ; Lequet, Marie ; Pestoni, Amélie ; Kühr, Judith (2023). *Soutien au logement à domicile : comparaison de modèles internationaux*. Rapport de recherche Nr. 10/22F. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.
- Veyre, Aline ; Lequet, Marie ; Pestoni, Amélie ; Kühr, Judith (2023). *Unterstützung für das Wohnen zu Hause : Internationale Modelle*. Aspects de la sécurité sociale. Forschungsbericht Nr. 10/22D. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV.
- Wanner, Philippe ; Pecoraro, Marco (2012). *La situation économique des rentiers AI*. Aspects de la sécurité sociale. Rapport de recherche n° 3/12. Berne : Office fédéral des assurances sociales OFAS.

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

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

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

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