

## 5<sup>e</sup> Révision de l'AI: changement de paradigme et nouveau rôle pour le médecin

La 5<sup>e</sup> révision de l'AI avalisée le 22 mars dernier par le Conseil national repose sur un principe fondamental: la réinsertion avant la rente, conformément à l'objectif clairement décrit à l'art. 1 de la loi depuis son introduction en 1960. Il ne s'agit pas de créer un nouveau réseau de chicaneries pour ne plus octroyer de rentes dans le seul but d'atteindre la réduction de 20% projetée. Il s'agit bien au contraire de prendre en charge et d'accompagner le patient dès que les problèmes se posent.

Les longs délais d'attente devraient être révolus. Alors qu'actuellement il faut avoir souffert d'une année d'incapacité de travail pour que l'AI intervienne, la situation a évolué vers un pourrissement irréversible. Une réadaptation au travail prend la tournure du parcours du combattant avec un taux d'échec considérable. Il ne reste dès lors plus qu'à octroyer une rente...

La 5<sup>e</sup> révision entend casser ce processus. L'AI n'est pas une institution de gestion «acceptable» de l'exclusion – elle entend se consacrer prioritairement à la réinsertion et se doter des moyens nécessaires.

La détection précoce intervient dès qu'il s'avère que l'incapacité de travail sera probablement prolongée et que la reprise du travail sera problématique. Le médecin traitant est appelé à intervenir en première ligne dans ce processus, même si d'autres intervenants comme l'employeur ou l'assurance d'indemnités journalières sont également habilités à le faire. C'est lui qui est sans doute le mieux à même d'apprécier la situation et les risques encourus par le patient à l'avenir. Cette démarche pourra intervenir après quelques semaines d'incapacité de travail déjà.

L'office AI examinera alors si une intervention précoce est indiquée. Si oui, le patient devra déposer une demande formelle de prestations et des mesures de réinsertion, d'aménagement de la place de travail ou de recyclage dans

une activité adaptée seront immédiatement mises en œuvre. Parallèlement l'évaluation sera approfondie pour déboucher soit sur un plan de réadaptation en bonne et due forme, soit sur une rente si cela n'est pas possible. Tant que cette décision formelle n'a pas été prise, le patient restera au bénéfice de l'assurance d'indemnités journalières conclue par l'assureur ou par lui-même, ainsi que de la compensation salariale prévue par la convention collective de sa branche ou le code des obligations.

La réadaptation ne comporte pas seulement diverses mesures d'aménagement de la place de travail ou de formation, mais aussi un dispositif d'accompagnement pour permettre l'adaptation du patient à sa nouvelle activité. Cela comporte également des mesures financières pour une durée de six mois. Le médecin traitant sera bien entendu appelé à participer activement à l'ensemble de ce processus, son intervention étant une composante essentielle du succès.

Ce projet est manifestement séduisant et il est peu probable que le Conseil des Etats y apporte des modifications fondamentales lorsqu'il en traitera. Mais déjà la politique politicienne et dogmatique montre le bout du nez avec ses exigences irresponsables. Puisse donc ce projet ne pas être compromis au niveau de son financement ni à celui de l'indispensable assainissement de la dette cumulée (probablement 12 milliards financés par le fonds AVS au moment de l'entrée en vigueur de la loi prévue le 1<sup>er</sup> janvier 2008?). D'un côté le refus de toute contribution financière supplémentaire ou au contraire le refus de toute concession sociale sous menace de referendum mettraient en danger à la fois cet indispensable changement de paradigme et les prestations de l'AVS à l'avenir.

*Dr Yves Guisan,  
vice-président FMH, Conseiller national*