



Mesures médicales de l'assurance-invalidité

Evaluation de la mise en œuvre et analyse de l'évolution des coûts

L'essentiel en bref

Les dépenses pour des mesures médicales de l'assurance-invalidité (AI) ont augmenté continuellement depuis plus d'une dizaine d'années. Les coûts pour les mesures médicales se situent en 2010 à 692 millions de francs, répartis entre 669 millions pour les infirmités congénitales et 23 millions pour les mesures de réadaptation. Les coûts liés aux infirmités congénitales ont progressé de 61 % en 10 ans. En 2010, un peu plus de 113 000 personnes ont bénéficié des prestations médicales pour des infirmités congénitales, soit une augmentation de 12 % entre 2001 et 2010. Le coût moyen par bénéficiaire tourne autour de 5 920 francs en 2010 et a connu une évolution à la hausse de 43 % durant la même période. En près de 10 ans, les coûts des prestations médicales pour des infirmités congénitales ont augmenté 1,5 fois plus vite que les coûts de la santé. Depuis 2006, l'évolution des coûts suit cependant la même tendance que l'augmentation des coûts pour l'assurance-maladie.

Le Contrôle fédéral des finances (CDF) a cherché à savoir quelles sont les causes de cette évolution des coûts à la hausse, quels sont les facteurs d'explication possibles et s'il existe des différences significatives selon les maladies ainsi qu'en fonction des cantons. Il s'est penché sur l'élaboration des directives par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) déterminant les conditions de prise en charge, ainsi que la mise en œuvre et le traitement des dossiers au niveau des offices cantonaux de l'AI. Il a en outre voulu savoir si l'OFAS est à même d'effectuer un pilotage efficace de ce dossier et d'assurer ses fonctions de surveillance. Outre une analyse des archives disponibles à l'OFAS, l'évaluation se base sur une analyse statistique, une enquête auprès des offices AI et des entretiens approfondis.

Entre réadaptation et substitut à l'assurance-maladie: des mesures au statut hybride

Les mesures médicales figurent dès l'origine parmi les prestations prévues dans le cadre de la loi sur l'assurance-invalidité de 1959. Alors que l'art. 12 concerne les mesures médicales nécessaires à la réadaptation professionnelle, l'art. 13 est spécifique aux infirmités congénitales ayant pour effet une atteinte importante à la future capacité de gain. La liste des infirmités congénitales reconnues est établie par le Conseil fédéral. Si l'art. 13 demeure quasiment inchangé depuis l'origine de la loi, l'article 12 a été limité aux jeunes jusqu'à 20 ans suite à la 5^{ème} révision de l'AI. Les dispositions de la loi sur l'AI ont été élaborées à une époque où il n'existait pas encore d'assurance-maladie obligatoire. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 fixe la répartition des compétences entre les différentes assurances, l'AI ayant primauté sur l'assurance-maladie. Si un dossier est refusé par l'AI, il sera généralement pris en charge par l'assurance-maladie. Dans la pratique, les acteurs de la mise en œuvre ont une vision divergente sur les dispositions de l'AI, à savoir si les mesures médicales sont un simple substitut à l'assurance-maladie ou si elles poursuivent aussi un objectif de réadaptation voire d'intégration sociale, en lien avec les autres prestations individuelles octroyées par l'AI. Le principal problème réside dans la définition de ce que l'AI doit prendre en charge si on suit une logique d'intégration telle qu'elle existe depuis la 5^{ème} révision.

Une liste des infirmités congénitales dépassée et peu cohérente

Si des modifications peuvent être formellement effectuées chaque année, la dernière grande révision de la liste des infirmités congénitales a été effectuée en 1985. Ainsi cette liste ne répond pas forcément aux critères et standards médicaux actuels. Il y eu en effet relativement peu de changements depuis cette date. De plus cette liste est une construction de la médecine des assurances et ne correspond pas aux classifications internationales des maladies. Il n'est par exemple pas aisé de comprendre pourquoi les prématurés sont pris en charge par l'AI, ni même pourquoi le seul critère du poids est déterminant. La distinction entre infirmité congénitale et maladie acquise n'est pas toujours évidente. Il existe une circulaire sur les mesures médicales précisant les traitements ou fixant des limites. Celle-ci a été développée au fil du temps et elle peut manquer de cohérence, sachant que pour certaines infirmités il existe des précisions sur la durée d'un traitement alors que pour d'autres, il y a très peu de délimitations. Les dispositions légales indiquent que les infirmités de faible importance peuvent être supprimées du catalogue et que les prestations doivent avoir un caractère simple et adéquat. Dans la pratique, ces notions demeurent difficiles à définir.

Une commission mise en sommeil et des modifications effectuées de manière *ad hoc*

Jusqu'en 2005, une commission spécialisée pour les mesures médicales de réadaptation était chargée de faire des propositions à l'OFAS en vue d'adapter la liste des infirmités ou la circulaire sur les mesures. Cette commission a existé sous différentes formes, mais a été mise en sommeil sous le prétexte que les ressources de l'OFAS étaient accaparées par la mise en œuvre de la 5^{ème} révision de l'AI, et aussi parce que les membres de cette commission défendaient avant tout leur spécialité médicale. L'OFAS a préféré par la suite créer des groupes de travail *ad hoc* pour résoudre des questions spécifiques, souvent sous pression ou sur demande externe. De fait, si les critères de prise en charge du syndrome psycho-organique font débat depuis 1974, il a fallu attendre 2011 avant qu'une directive précise les conditions, sachant que l'essentiel de l'augmentation des cas est survenu dans les années 1990. L'infirmité relative à l'autisme a été modifiée en 2010, suite à une demande d'une association spécialisée, aboutissant à un élargissement de la prise en charge du spectre autistique. L'OFAS a indiqué que cette modification correspondait déjà à la pratique et n'entraînerait pas d'augmentation des coûts, ce qui s'est révélé inexact. En pratique, le processus de modification de la liste des infirmités et de la circulaire est devenu peu transparent pour de nombreux acteurs concernés, y compris au sein de la Confédération.

Traitement des cas: des dossiers simples selon l'AI mais tout dépend de leur complexité

Les offices AI traitent les demandes afin de décider si les critères sont remplis, suivent ensuite les dossiers avec l'octroi des prestations et effectuent un premier contrôle des factures avant de les transmettre à la Centrale de compensation pour paiement. Si les offices AI estiment que les dossiers de mesures médicales sont parmi les plus simples à traiter, en particulier en comparaison avec les dossiers de rentes, tout dépend ensuite de la complexité des cas. Certains dossiers peuvent exiger beaucoup de ressources afin de pouvoir prendre une décision. C'est notamment le cas pour les maladies psychiques, qu'il s'agisse de mesures de réadaptation ou d'infirmités congénitales, et pour les infirmités motrices cérébrales. Ces cas sont exigeants car il existe souvent une marge d'interprétation et il est nécessaire d'obtenir des informations complémentaires. Les offices AI rencontrent des difficultés pour distinguer les coûts à la charge de l'AI par rapport

aux coûts à la charge de l'assurance-maladie, contrôler les factures, en particulier des hôpitaux ayant introduit le système du forfait par cas, et lors d'octroi de mesures de psychothérapies, d'appareils de traitement ou de mesures paramédicales.

Des pratiques différentes et un niveau de connaissances variable selon les offices AI

Organes d'exécution de dispositions fédérales, les offices AI sont libres de s'organiser comme ils le souhaitent en créant par exemple un service spécialisé pour les mineurs. Ils disposent d'environ 130 postes équivalents plein temps pour gérer les dossiers des mineurs. La connaissance même du domaine des mesures médicales est très différente selon les offices AI, la taille n'étant pas nécessairement un argument déterminant. Si certains offices AI ont développé un système d'information leur permettant d'avoir une vision d'ensemble, d'autres ont des difficultés à indiquer les ressources qu'ils consacrent à ces dossiers, le nombre de premières demandes déposées ou encore le nombre de refus. Les changements intervenus en 2011 ont réduit le rôle et les possibilités d'intervention de l'OFAS vis-à-vis des Services médicaux régionaux (SMR). Les offices AI sont libres de soumettre les dossiers qui doivent être examinés par le SMR. Dans la pratique, il existe d'importantes différences sur les dossiers qui doivent impérativement être transmis au SMR ou qu'il est recommandé de leur transmettre. Le contrôle des factures est plus ou moins approfondi selon les offices AI, de même que le recours à un médecin du SMR en cas de doute sur des prestations. Les SMR sont dépendants de la présence d'un pédiatre ou d'un spécialiste qui pourra plus aisément se prononcer sur le dossier ou le bien-fondé des prestations. Or, il est impossible de trouver des spécialistes des différentes maladies dans chaque SMR.

Un système de pilotage insuffisant et une surveillance limitée, au niveau de l'OFAS

Si l'OFAS a élaboré un nouveau modèle de pilotage et de surveillance dès 2005, celui-ci n'intègre pas vraiment les mesures médicales considérées comme un dossier secondaire, la priorité étant dévolue aux rentes et à la mise en œuvre de la 5^{ème} révision. Les conventions de prestations fixées avec les offices AI ne comportent pas d'objectifs ni d'indicateurs spécifiques pour apprécier les activités des offices AI dans le domaine des mesures médicales. L'OFAS dispose de statistiques détaillées sur les mesures médicales, mais ces données, bien qu'elles soient accessibles depuis longtemps, ont été très peu utilisées. Elles offrent des possibilités d'analyses intéressantes tant au niveau des différences entre infirmités qu'au niveau des différences cantonales ou de comparaisons entre prestations facturées. Elles ne sont cependant que très rarement discutées avec les partenaires de l'OFAS concernés par les mesures médicales. De fait, le système d'information de l'OFAS est faible; l'office fédéral n'exploite pas suffisamment les données à disposition afin d'identifier les risques et prendre, le cas échéant, des mesures correctrices.

Quelques maladies génèrent des coûts élevés

Parmi l'ensemble des infirmités congénitales, une quinzaine de maladies couvrent 60% des coûts. Les coûts de trois infirmités, les paralysies cérébrales, les prématurés, et le syndrome psycho-organique dépassent ou avoisinent 60 millions de francs. Mis à part les cas dentaires et la néonatalogie, les maladies chroniques génèrent logiquement le plus de dépenses puisque les patients peuvent devoir être suivis durant plusieurs années. L'augmentation du nombre de bénéficiaires est largement supérieure à la moyenne pour l'autisme et les troubles de la croissance. Quant au coût moyen par bénéficiaire et par an, il est le plus élevé pour les prématurés (près de 35 000 fr.) et le traitement de la mucoviscidose (environ 32 000 fr.). L'augmentation de ce coût est supérieure à la moyenne pour les patients atteints de paralysie cérébrale et pour les

prématurés. Pour l'épilepsie, le syndrome psycho-organique, l'autisme et les paralysies cérébrales, l'AI octroie d'autres prestations comme des moyens auxiliaires, des allocations pour impotent ou des formations professionnelles initiales. Au niveau des montants facturés, les prestations stationnaires représentent 40% des coûts facturés et ne concernent qu'à peine 10 % de bénéficiaires, parmi lesquels des cas complexes. Viennent ensuite les prestations ambulatoires qui ne représentent qu'à peine 10 % des montants facturés, puis les soins dentaires. D'une manière générale, le CDF a constaté que la part la plus importante de l'augmentation des coûts est liée à l'évolution du coût par cas. Ceci est dû à l'accroissement du volume des prestations, conséquence du développement de la technique médicale.

Des différences cantonales difficilement explicables

Le CDF a comparé l'évolution selon les cantons. Les résultats montrent que les différences se rapprochent des tendances observées dans le domaine de la santé (taux d'hospitalisation; niveau de primes d'assurance-maladie). Toutefois, en examinant des maladies spécifiques, il peut exister des différences significatives entre les cantons. Le CDF a constaté que celles-ci sont plus importantes lorsque les critères des infirmités et des mesures font l'objet d'une large marge d'interprétation (maladies psychiques); le coût par cas peut alors être jusqu'à trois fois plus cher en fonction des cantons. Le développement de l'offre médicale joue en outre un rôle et ceci concerne la proximité des centres urbains et de centres médicaux de pointe.

Grande marge de manœuvre des fournisseurs de prestations

Le domaine des mesures médicales de l'AI est complexe car il concerne une multitude de maladies très différentes. Les problèmes qui se posent ne sont pas identiques qu'il s'agisse des maladies psychiques, des paralysies cérébrales, des malformations faciales et dentaires, de la néonatalogie, ou des troubles de la croissance. Certes, l'offre médicale, les progrès de la recherche, une meilleure connaissance de la maladie, l'amélioration des diagnostics, l'apparition de nouveaux traitements thérapeutiques améliorent la prise en charge des patients, leur qualité de vie et ont incontestablement un effet sur les coûts. A ce titre il est impressionnant de voir les progrès réalisés dans la prise en charge d'enfants atteints de cardiopathie congénitale ou de mucoviscidose. Mais il existe aussi d'autres facteurs de coûts plus spécifiques comme la difficulté de définir des critères clairs et objectifs ou encore de déterminer la durée, l'intensité et la fréquence de traitements ou produits thérapeutiques. Il n'est pas possible d'être informé des derniers développements dans des domaines médicaux aussi variés. Le niveau de connaissances de l'OFAS et des offices AI étant souvent faible, fragmenté ou concentré dans un faible nombre d'acteurs, les fournisseurs de prestations et les sociétés médicales spécialisées disposent d'une grande marge de manœuvre pour définir les standards diagnostiques et thérapeutiques. L'AI reste le plus souvent en marge de ces débats, voire totalement absente.

Potentiel d'amélioration et recommandations

Etant donné le faible pilotage de l'OFAS, il existe des différences significatives entre les cantons et une grande liberté est laissée au fournisseur de prestations. Le débat sur le transfert des mesures médicales de l'AI à l'assurance-maladie existe depuis des années et se résume souvent à un transfert de charges d'une assurance sociale à une autre. Cependant, il n'y a pas eu réflexion de fond sur la maîtrise des coûts, ni sur la gestion de ce dossier par l'AI. Aussi longtemps que la Suisse conserve une segmentation de son système d'assurance sociale, il convient de l'optimiser. Avec les résultats de cette évaluation, le CDF estime que des améliorations sont nécessaires. Il

adresse six recommandations à l'OFAS. Deux recommandations de portée stratégique portent sur l'avenir des mesures médicales et la révision de la liste des infirmités congénitales ainsi que la circulaire des mesures médicales. Cet aspect est d'autant plus important alors que l'OFAS reconnaît ne disposer ni des ressources ni des instruments de pilotage nécessaires pour suivre ce dossier, en particulier le développement de la médecine. Deux recommandations sur le pilotage et la surveillance concernent la fixation d'objectifs et d'indicateurs spécifiques dans les conventions avec les offices AI, une meilleure exploitation des données et l'identification des risques en fonction des maladies, cantons et fournisseurs de prestations. Deux recommandations liées aux tâches d'exécution impliquent la création de pôles de compétences spécialisés par domaine médical et un examen rigoureux des cas complexes et des cas coûteux.

L'OFAS est d'accord avec les recommandations et s'engage à les mettre en œuvre dans un délai de 3 à 5 ans. Il précise que, dans une première phase, un concept doit être élaboré d'ici fin 2014 incluant d'éventuelles modifications législatives.

Texte original en français