Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 34 (2008)

Heft: 1

Artikel: La contribution des statistiques publiques à l'invisibilité sociale : le cas de l'invalidité psychique en Suisse

Autor: Ferreira, Cristina / Lanza, Danièle / Dupanloup, Anne

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-814547

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

La contribution des statistiques publiques à l'invisibilité sociale : le cas de l'invalidité psychique en Suisse

Cristina Ferreira, Danièle Lanza et Anne Dupanloup*

Dans un ouvrage collectif publié en 2006 – *La France invisible* – les différentes contributions montrent que ces dernières années le traitement des problèmes sociaux dans le champ politique, journalistique et scientifique, tend à fabriquer des images réductrices des populations « précaires », contribuant par là à déréaliser le malheur social (Beaud, Confavreux et Lindgaard, 2006). Paradoxalement ceux qui vivent des situations de non-reconnaissance et de mépris social – « intermittents du travail », « sans-abri », « sans-papiers », « working-poors », « gens du voyage », « travailleurs de l'ombre » – font l'objet d'une publicité croissante dans les médias, sont au cœur de stratégies et de programmes politiques, figurent parmi les principaux sujets de recherche des chercheurs en sciences sociales. Plus ces figures sont mises sur le devant de la scène en tant que « problèmes » – et notamment sous la forme de « faits divers » ou de « scandales » – plus elles sont condamnées à vivre à l'ombre en tant qu'acteurs sociaux et politiques. La médiatisation des dimensions les plus spectaculaires de leurs conditions de vie ne débouche ni sur des possibilités de participation au jeu politique, ni sur leur expression en tant que citoyens critiques vis-à-vis des institutions. Tout se passe comme si la visibilité contribuait dans certains cas de figure non pas à accéder à la reconnaissance mais à produire un surcroît de vulnérabilité.

A la lumière de cette problématique, nous nous proposons dans cet article d'interroger les effets de la « visibilité statistique » dont les rentiers AI atteints dans leur santé psychique ont fait l'objet ces dernières années[1]. Jusqu'en 2004, les discussions autour de l'état des finances de l'Assurance-Invalidité et la recherche de solutions pour assainir ces finances, ne visaient pas particulièrement une catégorie d'assurés à partir des causes de leur invalidité. En revanche, tout au long des débats sur la 5e révision de l'AI (2004–2007), la hausse du nombre de rentiers pour des raisons psychiques, observée au cours des dix dernières années, a été mise en exergue pour expliquer l'endettement de cette assurance sociale. Les discussions ont systématiquement pris

* Unité de recherche de la Haute Ecole de santé de Genève (HEDS), 47, Avenue de Champel, 1206 CH–Genève. E-mail : Cristina.Ferreira@hesge.ch, Daniele.Lanza@hesge.ch, Anne.Dupanloup@hesge.ch.

1 Les analyses proposées dans cet article se fondent sur une recherche en voie d'achèvement : « L'expertise médicale de l'invalidité psychique dans le domaine de l'A.I. : enjeux institutionnels et tensions professionnelles ». Cette étude prend appui sur des données documentaires : d'une part, la littérature produite depuis le début des années 1990 par les agents impliqués dans le champ de l'AI (notamment les médecins et les juristes), d'autre part, un corpus de 275 arrêts judiciaires du Tribunal cantonal des assurances sociales de Genève. Financée par le fonds stratégique de recherche des Hautes études spécialisées (HES), cette recherche est soutenue par le *Réseau d'études appliquées des pratiques de santé, de réadaptation et de réinsertion* (RéSaR).

appui sur les données statistiques officielles produites par l'administration fédérale. Toutefois, comme nous allons le montrer, cette forme singulière de visibilisation s'accompagne d'une invisibilité sociale et économique de ces populations à laquelle contribue paradoxalement la production statistique.

1 L'Assurance-invalidité : objet de réformes libérales progressives

En Suisse, à partir des années 1980 et surtout 1990, les réformes des politiques publiques s'inspirent d'une philosophie d'orientation néo-libérale. Les politiques d'austérité – annoncées par la volonté récurrente de réduire les dépenses publiques notamment dans le domaine du social – sont justifiées par la « crise financière de l'Etat ». L'argument des « caisses vides » est déployé par les acteurs qui diffusent un discours alarmiste pour mieux légitimer les coupes budgétaires au nom de la sauvegarde de la compétitivité économique (Longchamp, 2008). La réduction des transferts des entreprises aux collectivités publiques, notamment des cotisations aux assurances sociales, est devenu un objectif et un objet de pression efficace de la part des milieux dirigeants. Partant de là, le déficit financier des assurances sociales se constitue comme un problème politique urgent à résoudre et dont les voies de résolution privilégiées sont la diminution des dépenses publiques. Les politiques sociales se conçoivent alors sous un mode « ciblé » et les octrois de prestations sociales sont soumis à la rigueur.

Dans cette mouvance, les dispositifs de la nouvelle gestion publique, justifiés par la volonté de moderniser l'appareil de l'Etat selon une logique privée, sont mis en application pour assurer – non sans contradictions – une administration plus « efficace » et plus « flexible » (Giauque, 2003). L'incitation à la prise d'initiatives et à une plus grande responsabilité individuelle deviennent des injonctions normatives dans les débats présents sur les réformes de l'Etat social. Une vision contractualiste de la protection, qui caractérise le modèle de l'Etat social actif (Vielle et al., 2005), se diffuse largement dans les discours qui justifient les réformes des politiques sociales sous la bannière du « workfare » (Bonvin et Moachon, 2005 ; Tattini, Gianni et Cattacin, 2003). Progressivement, sont discréditées les visées de redistribution, de socialisation des ressources et de progrès social qui ont légitimé par le passé (au prix de luttes sociales et de compromis politiques) la mise en place des politiques sociales.

L'Assurance-invalidité n'échappe pas à ce processus. Entrée en vigueur le 1er janvier 1960, la Loi sur l'Assurance-invalidité a fait l'objet, en l'espace de 14 ans (de 1992 à 2007), de trois révisions législatives[2]. Dès le départ, la vocation centrale de

2 Soulignons au passage que la mise en place de cette assurance sociale se fait dans le contexte socio-économique des « trente glorieuses », c'est pourquoi l'essentiel des questions débattues se centre sur la réglementation interne. Le fonctionnement proprement dit et la logistique demeurent relativement archaïques, en témoigne le fait que la première publication des statistiques de l'AI

l'assurance invalidité est le reclassement professionnel des personnes handicapées, ceci par l'octroi de prestations de différente nature. A cet égard, les progrès de la médecine moderne rendaient cet objectif de l'AI encore plus efficace (progrès de la chirurgie réparatrice, méthodes nouvelles pour une réadaptation réussie, possibilités accrues d'intervention sur les malformations congénitales). La réintégration des invalides dans « la communauté des travailleurs » était donc l'objectif premier, non dénué d'une intention morale.

« Certes, ce reclassement présente un intérêt évident pour tous, mais il est plutôt faible par rapport à la valeur de son action humaine sur les individus. La vie morale d'un handicapé est totalement transformée par le travail, quelle que soit l'importance de ses occupations, quelque imparfaite qu'elle puisse être. La possibilité de lancer à nouveau dans le courant de la vie laborieuse ces êtres handicapés porte en elle-même une source vivifiante, alors que la constatation de leur inutilité détruisait en eux toute espérance d'avenir. La conscience de l'être diminué physiquement est un sentiment merveilleux quand elle lui démontre qu'il peut encore servir à quelque chose » (Girardet, 1967).[3]

C'est donc avec un enthousiasme non dissimulé que les juristes et la première génération des gestionnaires de l'AI défendent l'importance de cette assurance qui permet d'intégrer dans le monde économique des travailleurs diminués et de souligner le critère de l'utilité (« servir à quelque chose ») dans la reconnaissance sociale, politique et juridique de tout un chacun.

Les enjeux au cours des premières décennies de l'assurance vont se centrer sur les critères d'octroi des prestations (âge, type d'infirmité, état civil, origine, type de prestations médicales). C'est le cas de la 2e révision de l'AI qui entre en vigueur le 1er janvier 1988. Les questions proprement organisationnelles – structures, règlements, recrutement de personnel et attribution des fonctions – vont animer les 3e et 4e révisions de l'AI. Lors de la 3e révision de l'AI, qui est entrée en vigueur en janvier 1992, le problème essentiel est celui de la modernisation de l'appareil gestionnaire de l'AI. La principale mesure prise dans ce sens est la création des offices cantonaux dont certains commencent à fonctionner en 1994 et d'autres, comme à Genève, en 1995. L'objectif de cette réforme était de simplifier l'application, d'assurer une plus grande uniformité des dispositions légales, d'améliorer « le service à la clientèle », de rendre les procédures plus transparentes et plus rapides.

Si la 3e révision de l'AI a été passablement focalisée sur les questions organisationnelles, la 4e révision – adoptée le 21 mars 2003 et entrée en vigueur le 1er janvier 2004 – annonce quant à elle une volonté politique d'austérité en matière de finances au détriment des mesures de réintégration professionnelle (Despland, 1999). Cette révision introduit comme mesures d'économie *la suppression des rentes*

date de 1980 (vingt ans après la création de l'assurance).

3 Conférence tenue le 24 février 1967 à l'occasion de l'Assemblée générale de l'Association suisse de politique sociale.

complémentaires pour conjoints[4], *et l'attribution d'un « trois-quart de rente »* pour les taux d'invalidité qui sont d'au moins 60% (la rente entière étant accordée désormais aux personnes invalides à 70% au minimum)[5]*; elle supprime « les rentes pour cas pénible »* (qui concernaient les personnes au bénéfice d'un quart de rente mais qui touchaient l'équivalent d'une demi-rente)[6].

La 4e révision s'inscrit dans un changement de paradigme des politiques publiques de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées. L'idée est de contenir les coûts engendrés par le handicap, de limiter les subventions aux ateliers protégés, de mettre l'accent sur la responsabilisation des handicapés (trouver des places sur le marché du travail et pas uniquement des places sur le marché protégé) et d'inciter les entreprises à recruter ces personnes[7]. Pour atteindre ces objectifs, la Confédération a réduit les subventions qu'elle octroyait jusque-là aux organisations d'aide aux personnes handicapées qui ont dû à partir de ce moment-là s'adresser aux cantons, l'idée étant de développer une nouvelle politique publique basée sur les contrats de prestations[8]. En ce qui concerne la réadaptation professionnelle, le nouvel article 18 LAI inscrit clairement le droit de l'assuré à être *activement soutenu* dans sa recherche d'un emploi approprié ou à être suivi et conseillé pour continuer d'occuper l'emploi qu'il a déjà. Parmi les mesures importantes introduites par la 4e révision de l'AI, figure également la création des *Services médicaux régionaux* (SMR), geste qui consacre la volonté du législateur de perfectionner la médecine d'assurance dans le champ de l'AI et d'associer une partie du corps médical à une régulation plus stricte des dossiers (Ferreira, 2007)[9].

Progressivement, l'Assurance-invalidité a ainsi fait l'objet de réformes inscrites dans la mouvance de l'Etat social actif. Les réformes entamées lors de la 4e révision

---

4 L'argument qui a justifié cette suppression étant qu'une prestation fondée sur l'état civil n'avait plus raison d'être.

5 Au départ la révision prévoyait la suppression du quart de rente, mais cette mesure a été refusée en votation populaire en 1999.

6 La 4e révision a également rendu *l'allocation pour impotent plus uniforme*. Jusque-là le système traitait de manière différente les mineurs atteints d'une maladie congénitale et ceux qui souffrent d'une maladie survenue après la naissance. Seuls les premiers pouvaient percevoir, en sus de l'allocation pour impotent, des contributions aux frais spéciaux et des contributions aux frais de soins à domicile. La révision a supprimé cette inégalité et a admis en outre expressément les handicaps physiques, mentaux et psychiques.

7 Le législateur a introduit lors de cette révision la possibilité pour le Conseil fédéral d'autoriser pour une durée limitée des « projets pilote » en vue d'intégrer les invalides sur le marché du travail dit libre; l'objectif de ces projets était de réunir des expériences quant aux mesures aptes à inciter les employeurs à engager des personnes invalides.

8 Aux Etats-Unis l'introduction du « supported employement » a eu pour effet de priver les ateliers protégés de subventions fédérales, l'argent étant versé aux entreprises du marché ordinaire du travail en guise d'incitation à occuper des personnes handicapées (Hoffmann, 2005).

9 La mission de ces services, devenus opérationnels en janvier 2005, est de soutenir les offices AI lorsqu'ils examinent les dossiers médicaux pour savoir si les conditions médicales ouvrant droit à des mesures de réadaptation ou à des rentes sont remplies. Les SMR doivent analyser le dossier à la lumière des documents médicaux de l'assuré et, dans certains cas, ordonner d'autres examens. Ils peuvent, le cas échéant, se charger eux-mêmes de l'examen de la personne.

annoncent une politique qui se veut plus contractualiste et qui met en valeur la capacité des invalides à réussir leur ré-intégration professionnelle. Néanmoins, jusqu'en 2004, la problématique spécifique des invalides atteints dans leur santé psychique est restée discrète au niveau des débats. Cette discrétion est d'autant plus étonnante que les rapports statistiques signalent dès le début des années 1990 une hausse progressive des rentiers AI pour des causes psychiques. C'est dans le contexte de l'élaboration de la 5e révision – et de la justification politique de son urgence – que l'existence de ces données va être portée à la connaissance publique.

Selon notre hypothèse, pour légitimer des restrictions importantes dans l'accès aux prestations de l'assurance invalidité, il fallait opérer une redéfinition de l'invalidité et transformer ainsi le regard public porté sur les populations concernées par l'accès à ces prestations. La visibilité donnée à l'invalidité pour des raisons psychiques (présentée comme un phénomène *nouveau* et *inquiétant*) vient troubler les représentations de l'accès légitime aux prestations sociales. Au fond, par une telle visibilité est reposée la question du partage entre les ayant-droits légitimes et illégitimes. Ainsi, comme nous allons le voir, la constitution d'un « problème » autour de l'invalidité psychique ne serait pas étrangère à la justification politique d'une révision fort restrictive en matière d'accès aux prestations de l'AI[10].

2 Les usages politiques de la catégorie « invalidité psychique » : visibilité statistique et invisibilité sociologique des rentiers

Ces dernières années, la question de l'invalidité psychique s'est constituée comme problème visible en raison de la mobilisation politique autour de l'état des finances de l'Assurance-invalidité suisse. Partant des constats statistiques « d'un déficit structurel qui ne cesse de s'aggraver », le Conseil fédéral a proposé en 2004 une cinquième réforme législative de cette assurance sociale[11]. Acceptée par le peuple le 17 juin 2007, la 5e révision de l'Assurance-invalidité a pour finalité explicite une baisse de 30% du nombre de nouvelles rentes pour les années à venir[12], qui permettrait d'alléger le budget de l'AI de 596 millions de francs en moyenne annuelle jusqu'en 2025. Pour atteindre cet objectif, cette révision prévoit, d'une part, une série de mesures

10 Dans une veine similaire, Sylvie Tissot (2007) montre pour le contexte français comment les « quartiers en difficulté » se sont constitués en problème politique majeur. Par là, la sociologue analyse les métamorphoses des politiques publiques urbaines et les transformations de l'Etat social.

11 L'augmentation du nombre de bénéficiaires d'une rente AI a été systématiquement évoquée pour expliquer le déficit financier de l'AI. En 2005, les dépenses de l'AI ont atteint presque 11,6 milliards de francs ; les rentes représentent 6,7 milliards (Buri et al., 2006). Le déficit enregistré par l'AI pour le 1er semestre 2005 atteint le montant record de 1,2 milliard de francs, montant qui se maintient au premier semestre 2006 (*communiqué de presse de l'OFAS du 14 septembre 2006*).

12 Cette révision, votée par le Parlement suisse à l'automne 2006, a fait l'objet d'un référendum et a été soumise à la votation du peuple le 17 juin 2007. Elle a été acceptée par 59,1% des voix, seuls quatre cantons l'ont refusée (Genève, Fribourg, Neuchâtel et le Jura).

visant la restriction de l'accès aux prestations et, d'autre part, l'introduction de dispositifs interventionnistes visant à privilégier la réinsertion rapide des candidats aux prestations sociales.

L'urgence de la 5e révision de l'AI a été justifiée au cours des débats publics par l'état critique des finances de cette assurance sociale. Mais avant même l'entrée en vigueur de cette révision, les taux de refus opposés aux nouvelles demandes ont augmenté : 41,1% des premières demandes de rentes ont fait l'objet d'un refus au premier semestre de 2005 contre 36,6% pour la même période en 2004. En conséquence, le nombre de procédures juridiques ouvertes contre les décisions négatives de l'AI a fortement augmenté (environ 90% des refus de prestations sont contestés)[13].

C'est au cours du processus législatif et tout au long de la campagne pour la votation populaire, que les discussions ont eu lieu sur la hausse statistique des rentiers pour des raisons psychiques. Le recours permanent aux statistiques officielles dans le débat politique sur la cinquième révision de l'AI a donné à ce projet les allures d'une nécessité technique. A bien les observer pourtant, les statistiques de l'Office fédéral des Assurances Sociales (OFAS) montrent surtout les lacunes de cet office dans la connaissance effective des catégories diagnostiques et des bénéficiaires de rentes.

2.1 La visibilité statistique de l'invalidité psychique

Du point de vue statistique, les cas des « maladies psychiques » ont particulièrement retenu l'attention politique et médiatique[14]. La hausse statistique de ces cas a été fréquemment mise en avant. C'est surtout entre 1997 (28%) et 2006 (38%) que les statisticiens observent une forte augmentation du nombre de bénéficiaires de prestations AI pour des raisons psychiques. En plus de la progression numérique nette de ce type d'invalides, il est souvent question du fait que cette progression concerne pour l'essentiel les *nouveaux* bénéficiaires de l'AI. Cette tendance est confirmée par les données statistiques de 2006 (Buri, Härter et Sottas, 2006) : les maladies psychiques constituent la cause la plus fréquente d'octroi de *nouvelles* rentes jusqu'à l'âge de 59 ans tandis que pour la classe d'âge supérieure (60–64 ans), ce sont les atteintes des os et de l'appareil locomoteur (une rente sur trois).

13 Communiqué de presse de l'OFAS du 1 septembre 2005 : « AI : baisse des nouvelles rentes mais grand besoin de réformes ». Notons au passage qu'il s'agit là d'un effet pervers des nouvelles mesures restrictives : la hausse des décisions négatives vise à assainir les finances de l'Etat, mais les procédures de recours qu'elle déclenche représente un ralentissement dans l'instruction des dossiers et une surcharge de travail pour les employés des Offices AI.

14 Cette attention s'inscrit dans un contexte historique où les notions de santé mentale et de santé psychique ont connu une extension sans précédent. Comme l'observe Ehrenberg (2005), depuis les années 1970 la psychiatrie sort des seuls « murs de l'asile » pour devenir un cadre de référence dans des contextes plus étendus. Partant de là, un ensemble hétérogène de souffrances relativement inédites acquiert une visibilité publique, voire médiatique. La diversité des problèmes dont traite la psychiatrie s'est accrue en même temps que de nombreux acteurs investissent le domaine. On assiste dès lors au passage d'une psychiatrie de type médical et hospitalo-centrée à une psychiatrie gouvernée par une problématique de santé publique et susceptible de mieux répondre aux situations de souffrance psychosociale.

Si la progression fait régulièrement l'objet de commentaires, il est pratiquement impossible de savoir ce que recouvre la catégorie des «maladies psychiques». Lorsqu'on cherche à y voir plus clair, les informations deviennent vagues. Dans les statistiques officielles publiées par l'OFAS en 2006, les données détaillées pour chacun des troubles psychiques ne figurent pas. Seule figure la catégorie générale « maladies psychiques » (et des désignations équivalentes comme « affections psychiques » ou encore « psychoses et psycho-névroses »).

Si on se base sur le document de l'OFAS de 2005 – « *Codes pour la statistique AI pour les infirmités et les prestations* » on découvre la catégorie « Psychoses, psychonévroses et troubles de la personnalité ». Dans cette catégorie figurent les codes suivants :

641 : Schizophrénie
642 : Accès maniaque dépressif
643 : Psychoses organiques et lésions cérébrales
644 : Autres psychoses (cas rares tels que psychoses mixtes dites psychoses schizo-affectives, schizophrénie chez l'oligophrène) et dépressions involutives.
645 : Psychopathies
646 : Troubles réactifs du milieu ou psychogenèses ; névroses ; *borderline cases* (limite entre psychose et névrose) ; anomalie psychique simple, par exemple : caractère hypocondriaque ou démentiel ; troubles fonctionnels du système nerveux et troubles du langage qui en sont la conséquence, dans la mesure où ils ne sont pas codifiés comme troubles psychiques.
647 : Alcoolisme
648 : Autres toxicomanies
649 : Autres troubles du caractère, du comportement et de l'intelligence, y compris les troubles du développement du langage ; oligophrénie (débilité, imbécillité, idiotie).

Le manuel de classification des statisticiens de l'OFAS fournit des détails au niveau des codes (voir encadré), mais il en va autrement des résultats publiés dans le rapport annuel. On ignore la distribution du nombre de rentiers pour chacun de ces différents troubles. Les données de 2006 sont présentées sous une forme générale : sur un total de 203 661 rentiers de la catégorie globale « maladie », on compte 96 205 bénéficiaires pour des raisons psychiques (c'est-à-dire, «psychoses et psychonévroses»).

Les constats répétés d'une « explosion de cas » de maladies psychiques dans les statistiques de l'AI méritent analyse en raison des limites de la production statistique officielle. La question demeure de savoir comment les statisticiens de l'AI classifient les troubles psychiques et dans quelle mesure ils tiennent compte des manuels de classification internationaux en vigueur[15]. Déjà en 1999, deux médecins (Darioli

15 Tout porte à croire en effet que le travail de codification inhérent à la production des statistiques

et Perdrix, 1999), relevaient les limites de la production statistique officielle en soulignant le caractère obsolète de la nomenclature médicale choisie. Cette nomenclature ne serait pas compatible avec les classifications internationales touchant aux maladies (CIM-10/OMS[16]) et aux affections psychiatriques (DSM IV[17]). Partant de ces constats, les auteurs mettent en cause les analyses dominantes de l'explication de l'accroissement de l'invalidité en Suisse, qui tendent à suggérer une psychiatrisation des problèmes sociaux, voire même un recours abusif à l'AI[18].

Plus récemment ce sont les gestionnaires de l'OFAS eux-mêmes qui ont fait l'aveu des limites de la fabrication des statistiques officielles de l'AI[19]. Dans le cadre d'un programme de recherche lancé en 2006 par l'OFAS[20], un bloc thématique est consacré à l'«Analyse de la mise en invalidité pour des raisons psychiques (étude de faisabilité)». Partant du constat de l'augmentation des cas d'invalidité psychique au cours des dix dernières années et du fait que «le diagnostic de maladie psychique est très souvent difficile à étayer du point de vue médical», les auteurs du programme souhaitent mieux connaître «les causes profondes de la mise en invalidité pour causes psychiques». L'attention porte particulièrement sur le « code 646 » (troubles réactifs du milieu ou psychogènes, névroses, borderline, troubles psychosomatiques, etc.), qui regroupe, aux dires des statisticiens de l'OFAS, des « tableaux cliniques diffus, difficilement objectivables » (comme par exemple, la fibromyalgie et les maladies somatoformes). Or, les deux tiers des nouveaux invalides se voient attribuer ce code[21]. Tout porte à croire que la manière de coder les troubles psychiques ne s'appuie pas

publiques ne cherche pas à suivre l'évolution du travail de codification mené par les auteurs (experts psychiatres) des classifications internationales des maladies. Pour preuve, les codes relatifs aux troubles psychiques retenus par le service statistique de l'OFAS sont restés inchangés depuis 1983 jusqu'à aujourd'hui alors même que le DSM et la CIM ont connu ces dernières années des versions successives. A titre d'exemple, la survivance du terme de « névrose » dans la nomenclature statistique administrative détone au regard de la décision de suppression de ce terme par l'Association américaine de psychiatrie à partir de la publication du DSM-III en 1983. Nous ignorons si les statisticiens de l'OFAS collaborent avec des experts pour justifier leur propre codification des troubles ou s'ils ne font que reconduire une nomenclature ancienne mais d'usage dans les Offices cantonaux de l'AI.

16 Organisation Mondiale de la Santé (1993).

17 American Psychiatric Association (1996).

18 Les auteurs du rapport La santé psychique en Suisse publié en 2003 par l'Observatoire suisse de la santé notent également que la classification utilisée par l'AI n'est pas identique aux catégories de diagnostics psychiatriques reconnus par les ouvrages de référence (Rüesch et Manzoni, 2003).

19 Le manque de moyens fournis par l'administration fédérale est l'une des raisons avancées pour expliquer les déficits de données et d'analyses statistiques. D. Royo (1998) plaide pour des analyses exhaustives des dossiers dans le but d'avoir une meilleure connaissance des motivations de recours à l'AI. Néanmoins, constate prudemment l'auteur, une telle initiative « exigerait de l'administration fédérale la mise en place de moyens importants ». Et, interroge-t-il, ces moyens « sont-ils techniquement et financièrement supportables au niveau national ? ».

20 « Programme pluriannuel de recherche sur l'invalidité et le handicap et sur la mise en œuvre de la loi sur l'Assurance-invalidité (2006–2009) ».

21 Pour déchiffrer ce code, les auteurs du programme de recherche préconisent une analyse des dossiers des assurés et une enquête auprès des acteurs qui procèdent au codage (personnel des offices cantonaux de l'AI et les médecins des Services médicaux régionaux).

sur des critères uniformes. Les différents acteurs du champ de l'AI – agents responsables de l'exécution dans les Offices cantonaux, médecins experts indépendants, médecins de l'AI, statisticiens de l'OFAS – ne semblent pas se référer aux mêmes manuels de classification.

Les connaissances lacunaires ne concernent pas uniquement l'invalidité psychique dans le domaine de l'AI. Plus généralement, au sujet de la santé psychique et des maladies psychiques, l'Observatoire suisse de la santé constate en 2003 qu'il n'existe pas de données épidémiologiques fiables en ce qui concerne la santé psychique de la population suisse. « Les indicateurs de la santé psychique utilisées dans le cadre de *l'Enquête suisse sur la santé* sont subjectifs. Les questions de l'enquête sont formulées dans un langage courant qui manque parfois de précision. Ainsi, les données ne livrent qu'une image approximative des souffrances psychiques subjectives parmi la population suisse. Il n'existe pas davantage d'informations cliniques fiables sur la santé psychique et les troubles psychiques de la population suisse, ni d'indications sur la gravité des maladies et des troubles psychiques ou encore sur les conséquences invalidantes qui en résultent » (Rüesch et Manzoni, 2003, 43).

En conséquence, l'invalidité psychique s'est constitué ces dernières années comme un problème politique et économique alors même que la catégorisation statistique semble souffrir de quelques imprécisions. Ces imprécisions ne seraient pas étrangères aux difficultés plus générales soulevées par les classifications internationales des maladies mentales, et tout particulièrement le DSM, et par les transformations de la pratique psychiatrique induites par l'usage de ces classifications. Avec la publication en 1980 du DSM-III – suivie rapidement de la publication de la version révisée (DSM-III-R) en 1987 – on assiste à un changement important dans la vocation de ces classifications et dans la définition même des troubles psychiatriques[22]. Les catégories diagnostiques vont très vite croître en nombre, couvrant des domaines toujours plus larges du comportement social et découpant les grandes catégories reconnues (comme l'hystérie) en troubles toujours plus restreints[23]. Chaque révision du DSM annonce un nouveau découpage de la nosologie, ce qui revient à accentuer

22 Kirk et Kutchins (1998) s'interrogent sur cette rapidité à proposer des révisions du DSM. « Bien avant que les cliniciens aient pu se faire une idée bien informée du nouveau manuel et qu'une quelconque recherche empirique ait pu être entreprise, un nouveau manuel était mis en chantier [le DSM-III-R]. L'obsolescence programmée, qui caractérisa longtemps l'industrie automobile américaine, fut appliquée par l'APA [Association de psychiatrie américaine] au commerce du diagnostic psychiatrique » (p. 335) Ces auteurs suggèrent que la présentation du manuel comme relevant du provisoire (une étape d'un processus scientifique en cours) permet de répondre aux critiques acerbes dont il fait l'objet. Par ailleurs, des considérations économiques ne sont pas à négliger car à chaque révision sont proposés des produits dérivés divers.

23 La première édition du DSM est publiée en 1952 et recense 60 pathologies différentes. Le nombre de pathologies psychiatriques reconnues et officialisées par l'Association américaine de psychiatrie ne cesse de croître dans les versions suivantes : le DSM-II (publié en 1968) reconnaît 145 pathologies, le DSM-III (1980) reconnaît 280 pathologies et, en 1994, le DSM-IV officialise 410 pathologies psychiatriques.

le caractère mouvant des diagnostics[24]. Tant pour l'ajout que pour l'exclusion des catégories diagnostiques, les critères de justification sont continuellement redéfinis. Paradoxalement la volonté de simplifier la pratique des cliniciens par la proposition de catégories dites consensuelles et simplement définies se trouve contrariée par ces révisions fréquentes. L'état des savoirs et des recherches en santé mentale ne justifie pas que de telles révisions aient lieu, de surcroît en l'espace de seulement quelques années. Plus importante encore, la rapidité croissante des changements compromet sérieusement la capacité des chercheurs à tester avec efficacité les systèmes en vigueur. De l'avis de Kirk et Kutchins (1998), la fréquence des changements de nosologie ne constitue pas l'expression des progrès dans la recherche en psychiatrie mais davantage un obstacle.

En Suisse, du point de vue administratif et juridique, le DSM et la CIM sont les classifications sur lesquelles la médecine d'assurances et l'expertise médico-légale doivent s'appuyer lors de l'évaluation de l'état de santé des candidats aux prestations de l'AI. Ces usages ont dès lors pour effet de multiplier les diagnostics psychiatriques (et tout particulièrement des troubles de la personnalité), ce qui n'est vraisemblablement pas sans poser des difficultés de classement aux statisticiens.

2.2 L'invisibilité sociologique des rentiers

Force est donc d'admettre que les statistiques officielles ne permettent pas de connaître avec précision l'ensemble des pathologies regroupées sous la catégorie générique de «maladies psychiques». Mais ces lacunes ne s'arrêtent pas là. Tout semble fait pour décourager l'étude des propriétés sociologiques des bénéficiaires d'une rente. De manière générale, les statistiques officielles de l'AI ne fournissent *aucune* information sur les propriétés socio-économiques des bénéficiaires de prestations AI, telles que le niveau de formation, le parcours professionnel, le dernier métier exercé et le revenu. Les seules variables prises en considération sont le sexe, l'origine (Suisse/Etrangers)[25], le canton de domicile. On apprend dans un article publié par l'OFAS que ce n'est qu'à partir de 2005 que la demande a été faite aux Offices cantonaux de l'AI de saisir les caractéristiques professionnelles des nouveaux bénéficiaires de rentes AI (Staehelin-Witt, 2004). De même, lorsqu'il s'agit de réaliser des études plus spécifiques, les catégories socio-professionnelles ne font pas partie des variables retenues. C'est le cas d'une étude portant sur l'évolution des effectifs de rentiers de l'Assurance-invalidité pour la Suisse et pour le canton de Genève de 1980 à 1988.

24 Parallèlement aux révisions du DSM, l'Organisation mondiale de la Santé revoit périodiquement sa Classification internationale des maladies (CIM) ceci en collaboration avec des responsables de la santé de nombreux pays.

25 Selon les données statistiques 2006, on observe que les « Suisses résidant en Suisse » sont le groupe le plus concerné par les infirmités congénitales et par les maladies psychiques. Les lésions dans le domaine des os et des organes locomoteurs tendent à concerner en plus grand nombre les étrangers résidant en Suisse. Les statisticiens constatent que le lieu de domicile (vivre en Suisse ou à l'étranger) induit des différences très marquées.

Seuls les critères de sexe, d'âge, de degré d'invalidité, de type de rente et d'atteinte à la santé ont été analysés (Royo, 1998).

Dans les rapports statistiques de l'AI, nulle donnée n'est fournie sur le niveau de formation scolaire, sur la catégorie socioprofessionnelle, sur la branche d'activité[26]. Ainsi, à la lecture de ces rapports, il est impossible de savoir quels sont les champs professionnels qui sont les plus concernés par les cas d'invalidité psychique. Sont ignorées les catégories socio-professionnelles concernées par les maladies psychiques alors même que les codes statistiques sont prévus à cet effet[27].

Si tant est que la problématique de l'invalidité psychique ait gagné en visibilité publique en raison de sa visibilité statistique, force est d'admettre que le dispositif statistique est également mis au service de « l'invisibilisation » des facteurs sociaux. Il est important de rappeler ici que du point de vue juridique, les « facteurs psychosociaux ou socioculturels» sont considérés comme « étrangers » à la notion de l'invalidité telle que définie par la loi. Comme nous pouvons lire dans un arrêt du tribunal cantonal des assurances sociales de Genève, la jurisprudence du Tribunal fédéral administratif (TFA) tient à préciser une telle exclusion des mécanismes sociaux, économiques et culturels qui peuvent conduire à un état d'invalidité. «*Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie.* Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte *d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique* tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, *et non une simple humeur dépressive*. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. *En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant*» (ATAS/880/2004, souligné par nous).

26 La contribution des statistiques officielles à occulter des données sociales et économiques n'est pas nouvelle. L'historien Hans-Ulrich Jost (2005) montre que les retards à mettre sur pied un bureau fédéral de statistiques ne sont pas étrangers aux pressions du patronat suisse. Ce dernier alléguant des enjeux de concurrence étrangère qui pourraient être compromis par une visibilité de certaines données relatives notamment au monde salarial. « Ainsi, en plein milieu du XXe siècle, alors que la Suisse est depuis longtemps hautement industrialisée, l'agriculture occupe encore dans la statistique officielle une place prépondérante. Ce qui permet à son organe, l'Annuaire statistique, de proposer une multitude de données en la matière, comme cette rubrique intitulée « Ruches d'abeilles » depuis 1876. En revanche, la statistique sociale est quant à elle délibérément limitée, voire absente » (p. 435).

27 Dans le document de l'OFAS « Codes pour la statistique des infirmités et des prestations » (2005), on peut lire que la branche de l'activité professionnelle, la fonction, la profession exercée et le niveau le plus élevé de la formation accomplie, font partie des codes mais à l'évidence ils ne sont pas utilisés par les statisticiens lors de la saisie des données.

Le rappel de cette jurisprudence vaut un rappel à l'ordre adressé aux médecins et aux experts qui s'aventurent à argumenter leurs estimations à partir de facteurs sociaux, culturels, linguistiques. Le fait de ne pas parler ni d'écrire le français, d'être issu d'un milieu social défavorisé, d'avoir un niveau socioculturel particulièrement bas, d'être resté inactif pendant de nombreuses années, ce sont des facteurs qui peuvent être mentionnés dans les rapports médicaux et d'expertise, mais ils ne doivent en aucun cas justifier médicalement un diagnostic ou une estimation de l'incapacité de travail. Dès lors, on comprend mieux le gommage des propriétés socio-économiques des bénéficiaires de prestations invalidité dans les statistiques publiques.

De manière plus générale, force est de constater que les liens entre l'appartenance sociale et la condition d'invalide n'ont fait guère l'objet de recherches, y compris dans le champ universitaire. Pour preuve, lorsque les chercheurs veulent mettre en avant les inégalités sociales face aux risques d'invalidité, ils sont réduits à se référer à la seule recherche réalisée à ce jour sur ce thème (Gubéran et Usel, 2000)[28]. Ce n'est qu'à titre exceptionnel que l'Office fédéral des Assurances sociales mène des études plus précises. Pour être plus exactes, nous n'avons pris connaissance que d'une seule étude. Il s'agit d'une recherche menée et publiée en 2004 basée sur 1500 dossiers AI provenant de sept cantons (Staehelin-Witt, 2004). L'objectif était d'apprendre davantage sur les rapports existant entre le contexte professionnel et la probabilité de devenir bénéficiaire d'une rente. Cette étude montre, à partir de leur échantillon, qu'environ 27% de tous les nouveaux bénéficiaires ont obtenu une rente pour atteinte à la santé psychique. Du point de vue du niveau scolaire, les inégalités sont frappantes pour ce qui est de la probabilité de bénéficier d'une rente AI : une personne dont les études n'ont pas été poursuivies au-delà de l'école obligatoire a un risque dix fois plus élevé de devenir bénéficiaire que quelqu'un qui a achevé une école professionnelle supérieure. En revanche, les personnes diplômées d'une université ont un risque deux fois plus élevé de devenir invalides par rapport à celles qui ont achevé une école professionnelle supérieure. Aucune hypothèse ou explication n'accompagne ce constat.

Les personnes non qualifiées professionnellement ont donc plus de probabilités de devenir bénéficiaires d'une rente. Les branches économiques les plus concernées sont la construction suivie de l'administration publique, de l'hôtellerie et de la restauration. Les causes ne sont pas les mêmes selon les branches d'activité : c'est dans la construction et l'hôtellerie/restauration que la probabilité de devenir invalide en raison d'un *accident* est la plus élevée. En revanche, les affections psychiques à

28 Gubéran et Usel (2000) ont mené une étude portant sur 5137 hommes (dont 3893 Suisses et 1244 étrangers), domiciliés dans le canton de Genève. Parmi eux, 645 ont obtenu une rente entière d'invalidité. Les inégalités entre les classes professionelles sont marquées : le pourcentage d'hommes devenus invalides est le plus élevé chez les travailleurs du bâtiment (40% au sein de leur groupe professionnel), ensuite viennent les manœuvres d'usine (31,3%), les mécaniciens sur voiture (25,2%), les nettoyeurs, concierges et cantonniers (24,6%), les architectes, ingénieurs et techniciens (3,9%) et finalement, les scientifiques et apparentés (2,9%).

l'origine d'une mise en invalidité sont de loin les plus nombreuses dans le secteur de l'administration publique. Par comparaison, dans le secteur de la construction, il s'agit d'un motif de mise en invalidité relativement rare. Si ces résultats sont intéressants, il n'en demeure pas moins que l'on ignore quelles professions en particulier présentent le plus de risques pour ce qui est de l'AI. Cette lacune est regrettée par l'auteur de l'article. « Il est souhaitable de savoir (...) quelle est, pour certains groupes de professions, la probabilité de devenir rentier AI, une conclusion à laquelle nous n'avons pas pu parvenir avec l'échantillon dont nous disposions et le codage des professions, tel que pratiqué pour le recensement fédéral 2000 » (Staehelin-Witt, 2004, 307). Pour l'auteur, ces informations sont d'autant plus utiles que l'on préconise des mesures de détection précoce qui sont prévues par la 5e révision de l'AI et notamment concernant les atteintes psychiques. « Si l'on sait quelles branches et activités recèlent un risque particulièrement élevé pour les travailleurs de tomber malade psychiquement, on peut mettre sur pied des campagnes de reconnaissance précoce visant la population en question. (...) Enfin lorsque certaines professions présentent un risque particulier de surcharge psychique, une solution serait de chercher avec les employeurs des moyens de venir en aide au personnel, que ce soit par des personnes de contact au sein de l'entreprise ou par des dispositifs de repérage des personnes exposées » (Staehelin-Witt, 2004, 307).

L'intérêt porté par les chercheurs de l'OFAS aux caractéristiques professionnelles des bénéficiaires de l'AI ne se justifie guère qu'au regard de mesures de détection (et donc d'interventionnisme) et non pas pour prendre la mesure des milieux à risque et des inégalités socioprofessionnelles face à la probabilité de devenir invalide[29]. Dans le domaine de l'AI, les seules statistiques disponibles sont produites exclusivement par l'administration. Ce qui revient à dire que la finalité même de leur élaboration est d'ordre politique et gestionnaire : les données statistiques servent avant tout à orienter des décisions politiques et économiques, à informer et à « éclairer » les gestionnaires impliqués dans le champ considéré[30]. A cela s'ajoute le fait qu'en dépit des incitations fédérales à développer la recherche dans le domaine de l'Assurance-invalidité, peu voire pas d'études approfondies autonomes ont été lancées[31].

29 Voir à ce propos l'ouvrage collectif dirigé par Gérard Noiriel (2007) sur les techniques étatiques d'identification des populations. Les procédures administratives d'identification participent à la construction socio-historique des identités, et notamment des catégories jugées problématiques (comme les travailleurs immigrés, les requérants d'asile politique ou encore les jeunes délinquants). L'identification en tant que pratique administrative est également un dispositif de gouvernement et de contrôle.

30 Les circuits de production et d'usage des statistiques publiques produites par l'administration sont étroitement inscrits dans ceux de l'action publique. « De ce point de vue, les sources administratives seraient plus de nature à refléter l'action déjà existante, tandis que les enquêtes seraient seules capables d'exprimer des aspects nouveaux de la société » (Desrosières, 2005, 7).

31 Consulter à ce propos le « Rapport du Conseil fédéral du 17 août 2005 relatif aux questions posées le 27 août 2004 par la CdG-E sur la situation de l'AI au sein de la Confédération ». On peut lire dans ce rapport que l'OFAS témoigne d'une inertie importante pour ce qui est de développer la recherche dans le domaine de l'AI.

La forme particulière de visibilité statistique donnée aux rentiers pour des raisons psychiques au cours des débats sur la 5e révision n'est pas étrangère à la volonté de transformer le regard public porté sur les « invalides ». Les incertitudes scientifiques quant au caractère invalidant de certains troubles psychiques, l'officialisation récente et controversée de certaines pathologies, les doutes des statisticiens quant au codage de ces troubles : autant d'éléments réunis pour faire vaciller la morale collective quant aux droits accordés à *certains* de bénéficier de prestations de l'Assurance-invalidité.

3 Les effets induits par une visibilisation partielle

L'approche dominante du problème de l'invalidité psychique à partir des risques financiers ne suffit pas à transformer les représentations publiques de la figure même de l'invalide. Les réformes des politiques de l'invalidité qui visent un accès plus restreint aux droits demandent à être légitimées, d'un point de vue moral et politique, à l'aune d'une *nouvelle conception de la figure de l'invalide*. Ces réformes ne visent pas à mettre en cause de manière radicale l'existence même des prestations sociales, mais à concevoir celles-ci et leurs bénéficiaires sous un angle plus restrictif.

Plus précisément, il s'agit d'élaborer une définition de l'invalidité congruente avec les impératifs dictés par le marché et par l'évolution démographique de la population active. C'est à un tel travail de redéfinition de la catégorie « invalidité » que s'attellent des experts. Rendu public en 2006, le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)[32] – « *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles. Norvège, Pologne et Suisse* » –, s'appuie sur et diffuse des représentations *sui generis* de la figure de l'invalide. Les lignes directrices proposées dans ce rapport témoignent d'une vision technocratique et contractualiste de l'Etat social qui s'est largement imposée ces dernières années. Le raisonnement défendu dans ce document opère un habile renversement d'une série de causalités :

i) les candidats aux prestations d'invalidité sont appréhendés non pas en tant que populations à risques de précarité socio-économique mais en tant que *facteurs de risques* pour la survie financière des assurances sociales. Selon les auteurs du rapport, la hausse enregistrée des cas d'invalidité serait moins attribuable à un problème de santé publique qu'à une gestion imparfaite des politiques de l'invalidité. Partant de

32 Rappelons que cette institution surveille de près la prise en compte, par les pays membres, des conseils qu'elle leur prodigue en matière, par exemple, de politiques de l'emploi. L'accent est mis sur une « stratégie d'activation des chômeurs » comme on peut lire dans le rapport « *Perspectives de l'emploi de l'OCDE (2006). Stimuler l'emploi et les revenus* » (Paris, 2006). Il y est question de mesures prises pour « limiter la possibilité offerte aux chômeurs de refuser une offre d'emploi, en raison d'une incompatibilité professionnelle avec l'activité, la rémunération et/ou le lieu de travail antérieurs ». Pour asseoir la légitimité de telles propositions, il convient de renverser le regard porté sur le chômage et sur les chômeurs : ces derniers seraient le produit … des allocations-chômage (Cordonnier, 2006).

là, il est recommandé de renforcer des dispositifs de détection précoce des risques, de soumettre les Offices cantonaux de l'AI à une évaluation plus rigoureuse des suivis administratifs.

ii) les atteintes à la santé physique et psychique ne sont pas causées par la précarisation de la condition salariale mais par des appréciations subjectives d'un mal-être appuyées par une médicalisation croissante des difficultés ordinaires. Dans le rapport, sont relativisés systématiquement les résultats de recherches qui relient la survenue de l'invalidité à la pénibilité des métiers exercés et à la précarisation des conditions de travail. Par opposition, les auteurs du rapport s'efforcent de mettre en avant les dimensions thérapeutiques de l'intégration professionnelle. Partant de là, sont moralement justifiés les dispositifs qui encouragent un retour rapide au travail, indépendamment de l'état de santé.

iii) les travailleurs malades ne sont pas des citoyens sociaux à qui le droit de se retirer du marché du travail est reconnu comme légitime en raison des atteintes à leur santé mais des ressources indispensables au rééquilibrage démographique de la population active. Lorsque les auteurs du rapport abordent en particulier le cas helvétique, ils constatent « (...) que si la Suisse veut accroître ses réserves futures de main d'œuvre pour relever le défi du vieillissement démographique, il lui faudra trouver des moyens de *retenir sur le marché du travail les personnes qui ont des problèmes de santé* et, dans l'idéal, réintégrer les travailleurs ayant une capacité de travail réduite » (OCDE, 2006, 22). Les personnes jusqu'ici reconnues comme invalides par la loi, rempliraient ainsi une mission sociale et politique de haute importance qui est de pallier le problème du manque de main-d'œuvre à venir.

Implicitement, les auteurs du rapport proposent une vision optimiste et résolument volontariste de la résolution des problèmes sociaux, économiques et sanitaires vécus par des populations à risque. Nous reconnaissons dans cette re-définition de l'invalidité proposée par les experts de l'OCDE les normes contractualistes d'activation qui sont diffusées dans le champ des politiques sociales (Astier, 2007). En Suisse, les recherches menées sur les orientations politiques dans le domaine du chômage et de l'assistance publique montrent que depuis les années 1990 s'est largement diffusée l'idée selon laquelle il fallait donner la priorité à l'activation et à la responsabilisation des « sans-travail » et des « sans-ressources ». L'idée d'une contre-prestation à l'aide reçue – qui n'est pas historiquement inédite – structure largement les pratiques et les révisions successives dans le champ assurantiel et assistantiel. C'est dans ce contexte qu'ont eu lieu une série de réformes, comme l'entrée en vigueur en 1995 de la 2e révision de la Loi sur l'Assurance-chômage (LACI) qui consacre le développement des politiques d'activation en Suisse. « Le souci d'éviter les abus constitue une des inspirations de ce mouvement d'activation, tout comme la volonté de développer les compétences des personnes au chômage par le biais de mesures actives (cours, emplois temporaires, etc.) afin d'accélérer leur retour sur le marché de l'emploi » (Moachon, 2007, 1). Dans le champ de l'assistance publique, depuis les années 1990,

quinze cantons ont révisé leur législation d'aide sociale, notamment pour renforcer les mesures de contre-prestations et les systèmes de suivi. La hantise de la dépendance des « assistés » et la médiatisation récente des affaires d'abus, sont des mécanismes qui participent du processus socio-historique d'une aide aux pauvres valides qui n'a jamais été pensée en termes inconditionnels (Frauenfelder et Togni, 2007).

Dans le champ de l'Assurance-invalidité, la visibilité actuelle donnée aux « invalides pour des raisons psychiques » permet de renforcer la légitimité des politiques d'activation, voire les refus d'accès aux prestations. Ces invalides ne se confondent pas avec la catégorie plus ancienne des handicapés mentaux à qui les droits ont été progressivement reconnus non sans résistances (Kaba, 2007). Identifiés comme historiquement « nouveaux », les invalides psychiques sont les plus vulnérables du point de vue de la reconnaissance de leurs droits. Cette question acquiert de l'importance au regard de la pluralité et de la concurrence entre les régimes de sensibilité pour ce qui est de la légitimité populaire reconnue à la protection sociale[33].

Les constats d'une montée numérique des bénéficiaires de prestations d'invalidité atteints dans leur santé psychique se sont accompagnés des soupçons d'abus réitérés par l'Union Démocratique du Centre. Au point que ce parti politique est parvenu à structurer largement les débats politiques sur la 5e révision de l'AI autour de cette thématique[34]. De leur côté, les responsables politiques et institutionnels défenseurs de la 5e révision de l'AI relativisaient l'importance de la fraude sociale tout en mettant en avant le problème selon eux des « prestations indûment reçues » ou des « effets incitatifs » de l'assurance qu'il fallait corriger pour éviter des « octrois injustifiés de prestations »[35]. Dans un cas comme dans l'autre, la suspicion et l'attention ont particulièrement porté sur les pathologies psychiques.

---

33 Les études montrent que cette légitimité varie selon les domaines de protection concernés : les systèmes de retraite bénéficient d'une adhésion massive et d'un attachement au maintien et à l'amélioration de ces protections. En revanche, l'assurance-chômage et l'aide sociale – sans être fondamentalement contestées dans leur existence – sont soumises à une appréciation moins universaliste des droits (Groenemeyer, 2002 ; Staerklé et al., 2007).

34 En effet, les acteurs qui ont mené campagne contre la 5e révision de l'AI ont déployé un argumentaire réactif, ont cherché à déconstruire les soupçons d'abus et à dévier l'attention sur ceux qu'ils qualifiaient à leur tour de « profiteurs » : les actionnaires des grandes entreprises responsables de la précarisation de la condition salariale.

35 En décembre 2007, un mois avant l'entrée en vigueur de la 5e révision de l'AI, l'Office fédéral des assurances sociales annonce à la presse la première mesure institutionnelle adoptée : la lutte contre la fraude. Selon le communiqué de presse, la 5e révision offre dorénavant une « base juridique claire » à des enquêtes secrètes lorsque des soupçons pèsent sur certains assurés. « Même si la fraude ne joue pas un rôle déterminant dans l'augmentation constante du nombre d'allocataires ni dans la gravité de la situation financière de l'AI, précise le vice-directeur de l'Office fédéral des assurances sociales, les offices AI la combattront résolument pour éviter d'allouer des prestations à des personnes qui n'y ont pas droit ». L'objectif est de « garantir que les ressources de l'assurance-invalidité soient engagées de façon encore plus marquée en faveur des assurés qui ont réellement droit à ces prestations ». «Assurance-invalidité : dépister les fraudes », Communiqué de presse de *l'Office fédéral des assurances sociales*, 17 décembre 2007. http://www.news-service.admin.ch/NSBSubscriber/message/fr/16320

Comme l'analyse Groenemeyer (2002), la solidarité collective, qui suppose un renoncement aux intérêts individuels, est mise en doute dans deux situations :

i) lorsque l'idée se propage que des bénéficiaires de prestations sociales ne les méritent pas, abusent des systèmes, sont responsables de leur misère et ne se montrent pas assez motivés pour s'en sortir (idée popularisée dans la rhétorique des abus) ;

ii) lorsque les ayant-droit n'ont pas accès aux prestations sociales (alors qu'ils ont cotisé) ou craignent pour le non-accès de leur progéniture (perte de confiance dans la capacité protectrice de l'Etat social). La situation politiquement dangereuse consisterait à expliquer la seconde crainte par la première, mettant ainsi radicalement en cause le modèle universaliste.

4 Conclusion

Comme nous venons de le voir, la visibilité statistique de la problématique de l'invalidité psychique tend à enfermer celle-ci dans une approche technique et comptable des enjeux de l'assurance sociale. Les données officielles, d'autant plus qu'elles passent sous silence les propriétés socio-économiques des bénéficiaires des prestations, sont mises au service d'une argumentation politique aux tonalités alarmistes. Parce que le nombre de bénéficiaires des prestations sociales tend à augmenter, et que de ce fait la survie même des assurances sociales serait en péril, il devient impératif de baisser les dépenses qu'ils entraînent. Tel est le raisonnement largement partagé au cours des débats publics sur la 5e révision de l'AI.

Comme le souligne Julien Duval (2007), dans une publication récente consacrée aux discours sur le « trou » de la sécurité sociale en France, l'endettement public est devenu l'un des principaux arguments pour mettre en œuvre des coupes budgétaires dans le domaine du social et de la santé. Progressivement le consensus s'est établi autour de la crise financière de la sécurité sociale et fait obstacle à une politique qui consisterait à dégager de nouvelles ressources pour répondre aux besoins croissants de protection sociale. Prenant appui sur le cas de l'Allemagne, Groenemeyer (2002) constate que le consensus politique autour de la crise financière de l'Etat social s'articule toujours autour de l'idée d'une menace des politiques sociales sur la productivité économique[36]. La question du financement de la politique sociale parvient toujours à attirer l'attention de l'opinion publique par le fait que les impôts et les charges sociales touchent directement les salariés. La focalisation sur le financement n'est

36 Pour Groenemeyer (2002), « le discours de la crise de l'Etat social » est avant tout une construction politique qui cherche, selon l'idéologie privilégiée, à légitimer ou à délégitimer la politique sociale. Cela étant cet auteur ne cautionne pas l'idée d'une pure mise en scène politique ; il tente d'attirer l'attention sur les bases sociales et culturelles de la construction des politiques sociales. Ces dernières ne sont pas influencées uniquement par l'évolution économique ou les alternances politiques, mais aussi par des acteurs concrètement engagés dans la formulation des diagnostics, des directives, des statistiques, etc.

pas sans fragiliser les « réserves de solidarité dans la société » ainsi que le potentiel de légitimité morale des politiques sociales. Dans le contexte allemand, à partir des années 1990, la question des coûts du travail associé aux freins à la compétitivité des entreprises allemandes par rapport aux concurrentes étrangères a gagné en visibilité voire en popularité.

L'héritage des référentiels politiques solidaristes – ceux qui constituaient le socle normatif des politiques sociales – s'efface au profit d'une vision technocratique de gestion des risques. Les justifications des coupes budgétaires dans le domaine de la politique sociale sont d'autant plus facilitées qu'elles s'appuient sur les soupçons d'abus. De manière insidieuse, est suggérée l'idée selon laquelle la crise des finances dans le domaine du social aurait pour origine des comportements abusifs, tels que « le tourisme social », un mythe largement démenti par les recherches (Tabin, 2005).

En conséquence, dans l'espace public, les invalides constitueraient une population qui ne semble exister que sous la forme de pourcentages, de fluctuations régulièrement commentées au regard des conséquences financières. Sous cet angle, l'idée est suggérée que la population des invalides psychiques aurait une part de responsabilité dans l'endettement de l'AI, violant par là même le principe de solidarité au sein de la communauté des assurés. Ainsi, la visibilité statistique ne débouche pas sur un débat public en termes d'une *nouvelle question sociale* mais d'une *nouvelle gestion sociale*. Comme le constatait Robert Castel en 1983, l'approche gestionnaire des politiques sociales marque la dissolution du sujet autonome et de l'individu concret au profit d'une combinatoire abstraite de facteurs de risque. L'impératif donné aux stratégies préventives est à comprendre dans une forme de gouvernementalité des populations qui privilégie l'idée de flux plutôt que de collectifs socio-historiques.

Représenter les usagers de l'Etat social sous l'angle abstrait de données statistiques limitées n'est pas sans effets sur les perceptions sociales de la solidarité publique. Dans leur recherche sur la légitimité populaire de l'Etat social en Suisse, Christian Staerklé et al. (2007) montrent que ce sont les perceptions de type intergroupe qui favorisent l'adhésion à une solidarité universelle. Dès que la société cesse d'être perçue comme une société composée de groupes intermédiaires, mais apparaît plutôt comme une société d'individus indifférenciés, le sens d'une solidarité universelle entre les individus membres de cette société s'estompe à son tour.

Identifiée comme un « problème politique à résoudre », la hausse statistique des invalides pour des raisons psychiques a fait l'objet d'une visibilité sans précédents. Néanmoins, cette forme *sui generis* de visibilité, loin d'être un gage de reconnaissance a, au contraire, façonné une représentation inquiétante des catégories sociales les plus concernées par les réformes en cours. « On sait que les acteurs sociaux qui vivent sous l'emprise du stigmate et de la catégorisation négative sont peu portés à apparaître en s'affichant au grand jour au sein d'un ordre social et symbolique qui les condamne habituellement au silence et à la dévalorisation » (Voirol, 2005, 108). Non situées dans l'espace social, dépourvues d'une identité professionnelle susceptible

d'attirer l'attention sur les risques liés à certains métiers, identifiées comme l'une des principales causes du déficit financier de l'Assurance-invalidité, les personnes atteintes dans leur santé psychique font l'objet d'une invisibilité sociale peu propice aux luttes de reconnaissance. Or, nous dit Axel Honneth, pour que ces luttes puissent avoir lieu il faut que les victimes du mépris social et de non reconnaissance juridique de leurs droits, parviennent à se représenter comme un collectif. « Le potentiel cognitif inhérent aux sentiments de honte et de blessure sociale peut ou non donner naissance à une conviction politico-morale, selon le contexte politique et culturel des sujets concernés – il faut notamment pour que l'expérience du mépris devienne le motif déterminant d'actes de résistance politique, qu'elle puisse s'articuler sur un mouvement social déjà constitué » (Honneth, 2002, 170).

5 Références bibliographiques

American Psychiatric Association. 1996. *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* Paris : Masson.

Astier, Isabelle. 2007. *Les nouvelles règles du social.* Paris : PUF.

Beaud, Stéphane, Joseph Confavreux et Jade Lindgaard. 2006. *La France invisible.* Paris : La Découverte.

Bonvin, Jean-Michel et Eric Moachon. 2005. « L'activation et son potentiel de subversion de l'Etat social. » In Pascale Vielle, Philippe Pochet et Isabelle Cassiers (Eds), *L'Etat social actif. Vers un changement de paradigme.* Bruxelles : P.I.E. Peter Lang.

Buri, Markus, Andrea Härter et Gabriel Sottas. 2006. *Statistique de l'AI 2006.* Berne : Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

Cattacin, Sandro. 1996. « L'action politique face à l'exclusion. Quelques réflexions au secours de l'Etat-Providence et sur la situation en Suisse ». In Danièle Bütschi, Pierre-Alain Champod et Réné-Simon Meyer, *Inutiles au monde ? Réflexions sur l'exclusion à Genève.* Parti socialiste genevois.

Castel, Robert. 1983. De la dangerosité au risque. *Actes de la recherche en sciences sociales,* 47(48) : 119–127.

Cordonnier, Laurent. 2006. Economistes en guerre contre les chômeurs. *Le Monde diplomatique,* décembre 2006.

Darioli, Roger et Jean Perdrix. 1999. « Aspects épidémiologiques de l'invalidité en Suisse de 1987 à 1996 ». In Roger Darioli (Ed), *L'invalidité en souffrance. Défis et enjeux de la crise.* Genève : Editions Médecine et Hygiène.

Despland, Béatrice. 1999. « Quatrième révision de l'AI : notes critiques ». In Roger Darioli (Ed), *L'invalidité en souffrance. Défis et enjeux de la crise.* Genève : Editions Médecine et Hygiène.

Desrosières, Alain. 2005. Décrire l'Etat ou explorer la société : les deux sources de la statistique publique. *Genèses,* 58 : 4–27.

Duval, Julien. 2007. *Le mythe du « trou de la sécu ».* Paris : Raisons d'agir.

Ehrenberg, Alain. 2005. La santé mentale. *Cahiers français,* 234. Paris : La Documentation française.

Ferreira, Cristina. 2007. Retour sur la sinistrose, dite névrose de revendication. *Carnets de bord en sciences humaines,* 13 : 78–87.

Frauenfelder, Arnaud et Carola Togni. 2007. Les « abus » à l'aide sociale : une rhétorique au cœur du gouvernement de la misère. *Carnets de bord en sciences humaines,* 13 : 43–55.

Giauque, David. 2003. Nouvelle gestion publique et régulation organisationnelle. La bureaucratie libérale. *Revue Internationale des Sciences administratives*, 69(4): 663–692.

Girardet, Edmond. 1967. Problèmes posés par la révision de l'Assurance-invalidité. *Revue Suisse des Assurances sociales*, 11:106–115.

Groenemeyer, Axel. 2002. Politiques de la question sociale: discours de crise, infrastructure morale et options de développement. *Déviance et société*, 26(2): 253–268.

Gubéran, Etienne et Massimo Usel. 2000. Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève. Genève: OCIRT.

Hoffmann, Holger. 2005. Intégrer au lieu de marginaliser: l'emploi assisté et la 5° révision de l'AI. *Sécurité sociale CHSS*, 1: 37–40.

Honneth, Axel. 2002. *La lutte pour la reconnaissance*. Paris: Les Editions du Cerf.

Jost, Hans-Ulrich. 2005. «Les contradictions entre la politique patronale et la statistique officielle en Suisse au XX siècle». In *A titre d'ailes. Contributions de Hans-Ulrich Jost à une histoire critique de la Suisse*. Lausanne: Antipodes.

Kaba, Mariama. 2007. Des reproches d'inutilité au spectre de l'abus: étude diachronique des conceptions du handicap du XIXe siècle à nos jours. *Carnets de bord en sciences humaines*, 13: 68–77.

Kirk Stuart et Herb Kutchins. 1998. *Aimez-vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.

Lochak, Danièle. 2006. «(In)visibilité sociale, (in)visibilité juridique». In Stéphane Beaud, Joseph Confavreux et Jade Lindgaard, *La France invisible*. Paris: La Découverte.

Longchamp, Olivier. 2008. «La ‹crise financière de l'Etat›: davantage pour les riches, moins pour les pauvres». In *ATTAC. Finances publiques: lutte des caisses, luttes des classes? Concurrence fiscale et service public*. Lausanne: Editions Antipodes.

Moachon, Eric. 2007. La mise en œuvre de la lutte contre les abus: le cas du chômage. *Carnets de bord en sciences humaines*, 13: 16–24.

Noiriel, Gérard (Ed.). 2007. *L'identification, genèse d'un travail d'Etat*. Paris: Belin.

Organisation Mondiale de la Santé.1993. *CIM-10/ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris: Masson.

Organisation de coopération et de développement économiques. 2006. *Maladie, invalidité et travail: surmonter les obstacles*. Norvège, Pologne et Suisse. Paris: OCDE.

Organisation de coopération et de développement économiques. 2006. *Perspectives de l'emploi de l'OCDE. Stimuler l'emploi et les revenus*. Paris: OCDE.

Royo Daniel. 1998. Rentiers adultes de l'Assurance-invalidité (AI) en Suisse de 1980 à 1994. *Aspects de la Sécurité sociale*, 1/1998: 25–33.

Rüesch, Peter et Patrick Manzoni. 2003. *La santé psychique en Suisse*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Staehelin-Witt, Elke. 2005. *Les caractéristiques professionnelles des bénéficiaires de rente AI. Sécurité sociale CHSS*, 5: 304–307.

Staerklé, Christian, Christophe Delay, Lavinia Gianettoni et Patricia Roux. 2007. *Qui a droit à quoi? Représentations et légitimation de l'ordre social*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.

Tabin, Jean-Pierre. 2005. La dénonciation du «tourisme social»: un ingrédient de la rhétorique «réactionnaire» contre l'Etat social. *Revue suisse de sociologie*, 31(1): 103–122.

Tattini, Véronique , Matteo Gianni et Sandro Cattacin. 2003. Le «workfare» comme instrument de réforme. *Aspects de la sécurité sociale*, 3: 2–11.

Tissot, Sylvie. 2007. *L'Etat et les quartiers. Genèse d'une catégorie de l'action publique*. Paris: Seuil.

Usel, Massimo. 2004. Deux décennies d'intensification du travail, fragilisation et stress des salariés. *Cahiers d'histoire du mouvement ouvrier*, 20 : 104–120.

Vielle, Pascale, Philippe Pochet et Isabelle Cassiers (Eds). 2005. *L'Etat social actif. Vers un changement de paradigme*. Bruxelles : P.I.E. Peter Lang

Voirol, Olivier. 2005. Les luttes pour la visibilité. Esquisse d'une problématique. *Réseaux*, 129–130 : 89–122.