

Dossier

LAMal – dix ans après

Familles, générations et société

Campagne du Conseil de l'Europe «Tous différents – tous égaux»

Assurance-invalidité

La «cinquième»

Sécurité sociale

CHSS 4/2006



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral des assurances sociales OFAS

Sommaire Sécurité sociale CHSS 4/2006

Editorial	169
Chronique juin/juillet 2006	170
Mosaïque	171

Dossier**LAMal – dix ans après**

Des innovations essentielles, des effets positifs 172

LAMal: les nouveautés et les changements
(Th. Laubscher, OFSP) 173

Et si la LAMal avait échoué devant le peuple en 1994 ?
(M. Moser, ancien directeur adjoint de l'OFAS) 179

Que vont devenir les soins de longue durée ?
(O. Piller, président de la Ligue pulmonaire suisse et de
Curaviva, ancien directeur de l'OFAS) 183

Assurance-maladie obligatoire et coûts de la santé en Suisse :
évolutions marquantes depuis 1996 (N. Siffert, OFSP) 186

Révisions de la LAMal : où en sommes-nous ?
(M-Th. Furrer, OFSP) 191

Regard de l'étranger sur notre système de santé
(A. Nagel-Drdla/V. Koch, OFSP) 196

Prévoyance

Des prestations complémentaires pour 15 % des bénéficiaires
de rentes (U. Portmann, OFAS) 199

L'information fonctionne – le taux estimé d'abus est faible
(U. Luginbühl, Contrôle fédéral des finances) 203

Famille, générations et questions de société

Les jeunes soutiennent à fond la diversité, les droits de
l'Homme et la participation (A. Leimer Bakkers, OFAS) 206

Assurance-invalidité

La 5^e révision de l'AI avant la procédure d'élimination des
divergences (A. Bigovic, B. Frei, N. Wayland Bigler, OFAS) 208

Programme de recherche PR-AI. L'assurance-invalidité
sous la loupe (M. Wicki, OFAS) 213

Santé publique

Renforcer la prévention et la promotion de la santé
(S. von Greyerz, OFSP) 216

Un thème jusqu'ici négligé : les conséquences financières
du manque de culture sanitaire (St. Spycher, Obsan) 220

Parlement

Interventions parlementaires 225

Législation : les projets du Conseil fédéral 228

Informations pratiques

Calendrier (Réunions, congrès, cours) 229

Statistiques des assurances sociales 230

Livres et sites 232

Notre adresse Internet:
www.ofas.admin.ch



La LAMal, une loi d'assurance sociale marquée au sceau de la politique de la santé



Thomas Zeltner
Directeur de l'Office fédéral
de la santé publique

La loi fédérale sur l'assurance-maladie a dix ans. A cet âge, un enfant a tout juste accompli ses premières années d'école et se trouve au seuil de la puberté. Un teenager. A considérer les dix dernières années, avec tous les débats et les efforts entrepris pour réformer la LAMal, on a plutôt le sentiment d'avoir affaire à un dinosaure menacé de disparition. Nous oublions trop facilement que, par rapport à la loi qui l'a précédée en vigueur durant plus de 80 ans, la LAMal est encore très jeune. L'ancienne LAMA aussi a vécu une histoire pleine de changements, parsemée de révisions heureuses et malheureuses. Ce n'est qu'en 1994, face aux dysfonctionnements de l'ancienne loi qui rendaient nécessaires l'augmentation des subventions aux caisses-maladie et l'adoption de mesures d'urgence, qu'une unité de vue s'est faite sur la loi actuelle.

Le but assigné à la LAMal était de constituer une assurance étendue contre le risque de maladie et fondée sur la solidarité. L'a-t-elle atteint? La Confédération a fait analyser les effets de la loi, cinq ans après son entrée en vigueur. Les experts en sont venus à la conclusion que les objectifs étaient atteints tant au niveau de la solidarité que de l'approvisionnement en soins, mais pas en ce qui concernait la maîtrise des coûts. C'est pourquoi le Conseil fédéral concentre sa stratégie de réforme sur cet aspect. Il s'agira d'endiguer les coûts en renforçant les éléments de concurrence et en introduisant par exemple le financement lié aux prestations dans le secteur hospitalier ou la liberté de contracter dans le domaine ambulatoire.

Malgré tout ce qui a pu se dire à propos des avantages et des inconvénients de la nouvelle loi, cette évaluation concorde avec la perception qu'en a la population. Les enquêtes indiquent invariablement qu'une large majorité de la population est satisfaite du système de santé suisse, adhésion toutefois tempérée par la critique que suscitent toujours les coûts. Vu l'augmentation constante des primes, cette attitude de reproche est compréhensible. Mais il ne faut pas confondre la LAMal avec le système de santé. La «part de marché» de la LAMal représente seulement environ la moitié des 50 milliards de francs que pèse le système. En comparaison internationale, cela ne représente pas la solution la plus chère pour garantir à l'ensemble de la population l'accès à un système de soins global et de qualité. A l'étranger, l'idée d'une assurance-maladie obligatoire pour toute la population résidente, complétée par des éléments de concurrence régulée, fait l'objet d'une observation attentive et influence les débats sur l'organisation et le développement des systèmes de santé, comme le montre l'exemple de l'Allemagne.

La LAMal a aussi redéfini les rôles des acteurs et leurs relations entre eux, en délimitant le terrain. D'une loi de subvention, l'assurance-maladie s'est transformée en une loi influençant de manière déterminante l'approvisionnement de la population en soins de santé, tout en respectant les compétences cantonales. Même si la LAMal est et demeure une loi d'assurance sociale, la dimension de la politique de la santé est appelée à être plus fortement prise en compte, avec l'intégration de l'unité de direction Assurance-maladie et accidents dans l'Office fédéral de la santé publique.

La population accorde une très grande importance à la santé; d'après les enquêtes d'opinion, elle figure toujours parmi les thèmes de préoccupation les plus cités. Il n'est pas nécessaire d'être devin pour prévoir que, dans ces circonstances, les débats sur la LAMal vont durer longtemps encore. Il ne faut cependant pas oublier que la Suisse dispose avec cette loi d'un instrument répondant aux préoccupations de la population et qu'elle garantit à l'ensemble des résidents un accès aux progrès de la médecine. Le progrès médico-technique et les mutations démographiques et sociales continueront de confronter ce système aux défis de son financement. Répondre à ces défis complexes avec toute l'objectivité nécessaire, voilà ce à quoi nous devons nous engager. L'occasion nous est donnée de trouver des solutions d'avenir, pour maintenir une couverture d'assurance suffisante contre le risque de maladie.

Soigner, garder et payer

La Commission fédérale de coordination pour les questions familiales COFF s'intéresse dans sa nouvelle publication aux prestations fournies par les familles dont les enfants sont adultes. Elle a présenté cette étude à l'occasion de son Forum Questions familiales le 21 juin 2006 à Berne.

Le débat autour de la politique familiale se concentre principalement sur les «jeunes familles». L'accent est mis sur la période durant laquelle les parents soignent et élèvent leurs enfants. On oublie souvent que les familles fournissent aussi plus tard des prestations importantes pour la société: soins apportés aux proches, garde des petits-enfants mais aussi donations et héritages par exemple. C'est précisément à ces prestations et aux conditions de vie des familles dans les phases tardives de l'existence qu'est consacrée la nouvelle publication de la COFF.

L'étude réalisée par différents auteurs sur mandat de la COFF soulève plusieurs questions. Dans le domaine de la santé, 70 à 80% des prestations de soins aux personnes âgées sont fournies par des membres de la famille. Comment mieux reconnaître et soutenir cette impressionnante solidarité familiale pour éviter que les familles ne s'épuisent? En outre, près de la moitié de la population qui réside en Suisse vit dans des ménages sans enfant. Toute une partie de la population n'a presque plus de contacts avec des enfants ou des adolescents. Quels seront les effets de cette évolution sur la solidarité sociale? Les intérêts des familles de demain trouveront-ils encore suffisamment de soutien au sein de la société? Les conclusions et recommandations de la COFF donnent

quelques pistes de réponses à ces questions.

Adaptation du taux de conversion dans la prévoyance professionnelle

Le 28 juin 2006 le Conseil fédéral a pris connaissance des résultats de la consultation sur l'adaptation du taux de conversion minimal dans la prévoyance professionnelle. Conformément à sa décision du 16 novembre 2005, il charge le DFI d'élaborer d'ici à novembre 2006 un message prévoyant l'abaissement du taux de conversion minimal de 6,8 à 6,4%. Du fait que les attentes en ce qui concerne les rendements à long terme sur les marchés financiers ont été revues nettement à la baisse, l'abaissement du taux est plus prononcé et plus rapide que ne le prévoyait la 1^{re} révision LPP. L'entrée en vigueur du projet est prévue pour le 1^{er} janvier 2008; l'abaissement du taux doit se faire en quatre étapes, de 2008 à 2011.

Le rapport sur les résultats de la procédure de consultation (document PDF) peut être téléchargé à l'adresse www.admin.ch/ch/f/gg/pc/ind2006.html#EDI.

Réforme structurelle de la prévoyance professionnelle: ouverture de la consultation

Le Conseil fédéral a mis en consultation le 5 juillet 2006 un modèle de cantonalisation ou de régionalisation de la surveillance directe des institutions de prévoyance, exercée jusqu'ici par la Confédération et les cantons. Ce modèle prévoit d'organiser la surveillance au niveau des

cantons selon le principe du lieu du siège de l'institution, tout en augmentant les exigences qui lui sont posées. Dans la mesure du possible, les cantons devront se regrouper et constituer des régions de surveillance, comme c'est déjà le cas en Suisse centrale.

La haute surveillance devra assurer la coordination et l'uniformisation des principes de surveillance en élaborant des normes et des directives. Elle ne sera plus du ressort du Conseil fédéral, mais d'une commission de haute surveillance dont le secrétariat sera rattaché à l'Office fédéral des assurances sociales sur le plan administratif. Cette commission garantira notamment la stabilité du système, la coordination entre surveillance et haute surveillance, et elle permettra d'éviter les conflits de compétence entre ces deux niveaux.

Le projet de réforme structurelle de la prévoyance professionnelle mis en consultation reprend pour l'essentiel les conclusions d'un rapport d'experts publié en mars 2006. Toutefois les paramètres tels que le taux de conversion et le taux d'intérêt minimal n'y figurent pas, car ils font l'objet de projets séparés.

Le Conseil fédéral propose dans ce projet également différentes mesures de prévoyance en faveur des salariés âgés pour les inciter à exercer une activité lucrative plus longtemps. Il s'agit des mesures suivantes: la possibilité de prolonger l'assurance du salaire LPP en cas de réduction du temps de travail, la prise en compte, à partir de 65 ans, de bonifications de vieillesse pour les seniors actifs (cotisations supplémentaires pour les assurés qui ont des lacunes dans leur prévoyance) et le maintien de la prévoyance individuelle (pilier 3a) au-delà de 65 ans.

Des disparités dans l'accès aux soins

La Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie a mandaté deux études sur le rationnement implicite. Ces dernières concluent que la Suisse dispose d'un système de soins de qualité mais qu'il existe des disparités cantonales et régionales concernant l'accès. D'après la commission, ces différences ne permettent pas, à elles seules, de conclure à un rationnement implicite. Cependant, certains groupes à risque doivent faire l'objet d'une attention particulière.

La première étude, «Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes», a été rédigée par l'Institut pour la science des soins infirmiers de l'Université de Bâle; la seconde, «Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system?», par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne. Ces travaux tentent de dépister un rationnement implicite en s'appuyant sur différentes approches et d'éventuels indices.

L'étude bâloise se demande si, par manque de ressources au sein de l'équipe soignante, des soins essentiels n'ont pas été prodigués. Elle examine en outre les conditions de travail et compare les résultats au niveau international.

Les conclusions montrent que la qualité des soins et des prestations médicales dans les hôpitaux (erreurs dans la remise des médicaments, chutes, incidents critiques, satisfaction des patients) dépend des ressources médicales disponibles et de la satisfaction générale au travail. Les hôpitaux présentent des différences considérables du point de vue non seulement de la satisfaction du personnel soignant mais aussi de la fréquence des erreurs évitables. En ce qui concerne la qualité des prestations et des conditions de travail, la Suisse se positionne relativement bien par rapport au niveau international.

L'étude de Lausanne tente de déterminer, à partir des différents acteurs du système de santé (médecins et administrateurs d'hôpitaux) et des données de l'Enquête suisse sur la santé, à quel point les restrictions des possibilités de traitement nécessaires sont ressenties. L'étude a relevé de fortes disparités cantonales et régionales pour l'accès aux prestations nécessaires, et cela particulièrement pour les services psychiatriques. Des groupes à risque, pour qui l'accès aux prestations médicales nécessaires semble compromis, ont également été définis. Il s'agit des personnes âgées, des personnes mentalement handicapées, des personnes atteintes d'une maladie mentale et des personnes socialement défavorisées.

Pour la Commission fédérale des principes, ces études montrent qu'il existe en Suisse des disparités régionales concernant la qualité et la disponibilité des prestations médicales ainsi que l'accès à ces dernières. Ces disparités ne permettent pas à elles seules de conclure que le phénomène du rationnement implicite est largement répandu dans notre pays. La commission constate toutefois qu'il est nécessaire d'instaurer une plus grande transparence sur l'accès aux soins et sur d'éventuels obstacles à celui-ci.

Risque plus élevé d'isolement social parmi la population déjà défavorisée

L'isolement social concerne en priorité des groupes de population déjà exposés à divers autres risques sociaux – en particulier la pauvreté ou le chômage. Il touche en effet plus fortement les personnes en mauvaise santé, de nationalité étrangère ou celles n'ayant pas poursuivi d'études au-delà de la scolarité obligatoire, ainsi que les personnes âgées et celles disposant d'un faible revenu. C'est ce qui ressort d'une étude de l'Office fédéral de la statis-

tique (OFS) sur les déterminants de l'isolement social qui vient de paraître.

Le vieillissement de la population s'accélère et se poursuivra au cours des trente prochaines années

Selon le nouveau scénario de référence réalisé par l'Office fédéral de la statistique (OFS), la Suisse passera de 7,4 millions de résidents permanents début 2005 à 8,2 millions en 2036 et à 8,1 millions en 2050. La population âgée de 65 ans ou plus augmentera de plus de 90 % au cours de cette période, alors que la population de 20 à 64 ans baissera légèrement (4 %) et que la population de 0 à 19 ans diminuera de 15 %. La population active augmentera, passant de 4,2 millions au début de l'année 2005 à 4,5 millions en 2018, puis diminuera pour atteindre un niveau de 4,1 millions à fin 2050. Tels sont les résultats de la nouvelle série de scénarios élaborée par l'OFS portant sur l'évolution de la population et de la population active de la Suisse pour la période 2005-2050.

Des innovations essentielles, des effets positifs



Photo: Christoph Wider

Rétrospective et prospective. La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996. Le nouveau droit apportait des améliorations fondamentales: assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population, possibilité de changer de caisse, fonds couvrant les cas d'insolvabilité de l'institution commune LAMal, promotion de la santé et prévention des maladies, prestations pour tous – pour n'en citer que quelques-unes. Malgré toutes ces modifications positives, il demeure un petit goût amer: les instruments mis en place sont trop peu maniables pour permettre la maîtrise des coûts.

LAMal: les nouveautés et les changements

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)¹ a entraîné une refonte du droit alors en vigueur (LAMA), qui avait été adopté à l'aube du XX^e siècle et n'avait été modifié en profondeur qu'une seule fois, en 1964. Les nouveautés fondamentales introduites à cette occasion ont eu de nombreux effets positifs. Si l'opinion publique se focalise actuellement sur les aspects négatifs de la LAMal, il ne faudrait toutefois pas oublier que la nouvelle législation s'est traduite par des améliorations essentielles de notre système d'assurance-maladie dont personne ne voudrait aujourd'hui se passer.



Theodor Laubscher
Assurance-maladie et accidents, OFSP

Les Chambres fédérales ont adopté le 13 juin 1911 l'ancienne LAMA, qui régissait tant l'assurance-maladie que l'assurance-accidents et qui est entrée en vigueur par étapes en 1913 et 1914. En 1964, la section de la loi qui régissait l'assurance-maladie a été modifiée en profondeur et, en 1981, la section se rapportant à l'assurance-accidents a été remplacée par la nouvelle loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)².

1 RS 832.10

2 RS 832.20

3 Arrêté fédéral du 13 décembre 1991 sur des mesures temporaires contre la désolidarisation dans l'assurance-maladie

4 Arrêté fédéral du 9 octobre 1992 sur des mesures temporaires contre le renchérissement de l'assurance-maladie

Avant la LAMal: rétrospective

Après la révision de 1964, il n'a guère fallu attendre longtemps pour constater que de grandes modifications du système d'assurance-maladie étaient à nouveau nécessaires. Toutefois, plusieurs tentatives ont échoué soit déjà aux Chambres, soit lors de votations populaires. Eu égard à la hausse continue des coûts et des primes et à la désolidarisation préoccupante entre les bons et les mauvais risques, le Conseil fédéral a fait usage du droit d'urgence au début des années 1990 en édictant deux arrêtés, l'un contre l'accroissement de la désolidarisation³, l'autre contre l'augmentation des coûts⁴. Ce droit d'urgence, valable jusqu'à l'entrée en vigueur de la LAMal, a permis de traiter au préalable certains aspects de la révision qui allait aboutir à la LAMal. C'est notamment le cas de l'égalité des primes entre hommes et femmes dans l'assurance obligatoire des soins, de la réduction individuelle des primes et de la compensation des risques entre les assureurs-maladie. Ce droit d'urgence a de surcroît freiné la désolidarisation et la sélection des risques en interdisant la fondation de nouvelles caisses-maladie et l'extension du rayon d'activité des caisses-maladie existantes. Des mesures ont été adoptées dans le domaine des tarifs médicaux et des frais administratifs des assureurs-maladie pour endiguer la spirale des coûts et des primes. Le domaine des prestations a aussi enregistré quelques nouveautés, dont certaines ont été reprises par le nouveau droit.

Teneur des nouveautés et des changements introduits par la LAMal

Régime obligatoire de l'assurance

La principale nouveauté du droit de l'assurance-maladie a été l'introduction du régime obligatoire de l'assurance des soins, valable pour toute la population suisse, à quelques rares exceptions près. Avant la LAMal, quelques cantons avaient déjà introduit l'assurance obligatoire pour l'ensemble des habitants ou pour certains d'entre eux et la quasi-totalité de la population suisse était de fait assurée avant l'entrée en vigueur de la LAMal. Toutefois, l'introduction du régime obligatoire a non seulement apporté la garantie d'une couverture complète de l'assurance des soins en Suisse, mais aussi permis de satisfaire d'autres besoins élémentaires. Ainsi, il n'était plus possible d'exclure un assuré de l'assurance des soins à la suite du non-paiement des primes

ou des participations aux coûts ou pour d'autres motifs graves. Guère fréquente, l'exclusion n'en était pas moins une mesure draconienne pour les assurés et pour les services sociaux sous l'ancien droit. La nouvelle loi garantit en outre la poursuite de l'assurance obligatoire des soins (AOS) auprès d'un autre assureur, lorsque la caisse-maladie est liquidée, et supprime les limites d'âge au moment de l'admission, autrefois permises. La LAMal a aussi aboli le calcul des primes en fonction de l'âge d'admission, ce qui empêche notamment le reclassement dans une catégorie de prime supérieure après la fusion de deux caisses-maladie. Très courante du temps de la LAMA, l'assurance collective a été supprimée par la LAMal pour le secteur de l'AOS. Conçues en général pour les personnes exerçant une activité lucrative, les assurances collectives garantissaient à leurs membres des primes nettement inférieures, un privilège incontestable qui n'avait plus de raison d'être dans un régime d'assurance obligatoire.

Entière liberté du choix de la caisse

Les caisses-maladie sont obligées d'admettre dans l'AOS toutes les personnes soumises à l'assurance obligatoire, quels que soient leur âge et leur état de santé et sans pouvoir formuler de réserves. Si un assuré veut changer de caisse-maladie, rien ne l'empêche en principe de le faire pour le secteur de l'AOS, à condition de respecter les règles de résiliation. Si les caisses-maladie s'opposent de façon coupable au changement de caisse, elles peuvent être tenues à réparation en vertu des dispositions protectrices de la LAMal. En revanche, les personnes sollicitant l'admission auront de la peine à se défendre contre les stratégies de sélection des risques et contre d'autres stratégies de sélection mises en place par les assureurs. Il ne s'agit pas à proprement parler de refus de la demande ou de retard dans son examen. Il peut cependant se produire que la personne qui sollicite l'admission jette l'éponge avant la déclaration d'adhésion proprement dite, s'adresse à un autre assureur ou maintienne le rapport d'assurance en vigueur. Toutefois, si une personne soumise à l'assurance obligatoire dépose une demande formelle d'admission (en recommandé [LSI] de préférence, pour disposer d'un moyen de preuve), l'assureur sollicité doit l'admettre sans conditions dans l'AOS.

Prise en charge des coûts afférents aux prestations légales par l'institution commune LAMal en lieu et place des assureurs insolubles

Depuis l'introduction de la LAMal, les assurés et les fournisseurs de prestations ne courent plus le risque de devoir assumer les coûts des prestations LAMal en cas d'insolvabilité de la caisse-maladie. C'est en effet l'institution commune LAMal qui prend ces coûts en charge et qui a créé à cet effet un fonds d'insolvabilité ad hoc.

Cette nouveauté s'est déjà révélée utile dans trois cas (insolvabilité des caisses-maladie Zurzach, KBV et Accorda).

Promotion de la santé

La LAMal a imposé aux assureurs l'obligation de promouvoir la prévention des maladies. Ceux-ci gèrent donc en commun avec les cantons une institution dont la mission est de stimuler, coordonner et évaluer des mesures destinées à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Cette mission est confiée à Promotion Santé Suisse (dont l'ancien nom est Fondation suisse pour la promotion de la santé), une fondation financée par des contributions annuelles que les caisses-maladie doivent encaisser auprès de chaque assuré obligatoire. Le montant actuel de cette contribution est de 2 francs 40.

Prestations identiques pour tous

Le catalogue de prestations de l'assurance de base, uniforme et obligatoire pour toutes les parties prenantes, est l'un des éléments principaux de la LAMal. S'il n'existe pas de liste positive des prestations médicales, la LAMal applique un principe selon lequel toutes les prestations efficaces, appropriées et économiques, fournies par des prestataires agréés et, le cas échéant, ordonnées par des médecins, doivent être prises en charge par l'AOS. Les conditions détaillées de la prise en charge des frais sont fixées dans les dispositions d'exécution, et notamment dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins du Département fédéral de l'intérieur (DFI)⁵ et dans différentes listes positives. Contrairement à l'ancien droit, qui fixait des prestations minimales et laissait les caisses-maladie libres de décider les autres prestations qu'elles souhaitaient offrir dans l'assurance de base, la LAMal interdit aux assureurs d'offrir dans l'AOS des prestations qui ne sont pas définies dans la LAMal. En conséquence, le remboursement des prestations qui vont au-delà des prestations de base est l'affaire des assurances complémentaires.

Comme l'assurance de base offre des soins de qualité, couvrant l'ensemble des besoins en cas de maladie, d'accident et de maternité, le fait que les prestations soient les mêmes pour tous garantit l'égalité de traitement des assurés et empêche l'apparition d'une médecine à deux vitesses. Par rapport aux prestations minimales de la LAMA, signalons la nette amélioration que constitue le remboursement des soins dispensés en milieu hospitalier, dans un établissement médicosocial ou au domicile du patient (soins à domicile). Alors que, sous l'ancien droit, le remboursement des soins en milieu hospitalier était limité (durée: 720 jours; montant: 9 francs par jour) et que, pour les soins à domicile, il ne

⁵ Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (RS 832.112.31)

portait que sur les soins de traitement proprement dits, la LAMal supprime la durée maximale appliquée aux prestations et prévoit, en milieu hospitalier, une couverture intégrale en division commune, frais de séjour compris. Les soins de base dispensés dans un établissement médicosocial et à domicile sont aussi remboursés.

Protection tarifaire

Alors que le régime de la LAMA ne prévoyait pas de protection tarifaire intégrale, les fournisseurs de prestations doivent désormais, en vertu de la LAMal, respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente et ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la LAMal. Les moyens et les appareils, ainsi que les prestations pour lesquelles seul un montant doit être versés (cures thermales, frais de transport et de sauvetage), sont les uniques exceptions à cette règle. La protection tarifaire interdit aux fournisseurs de prestations d'encaisser des honoraires privés ou supplémentaires, sous réserve des prestations complémentaires qui dépassent les prestations fournies en application de la LAMal. Si ce principe s'applique théoriquement aussi en milieu hospitalier, il n'est toutefois pas facile d'appliquer la protection tarifaire pour les patients privés et semi-privés, étant donné que les hôpitaux ont souvent des tarifs unitaires pour les traitements médicaux en division privée et semi-privée et des tarifs forfaitaires en division commune.

Concurrence entre assureurs et entre fournisseurs de prestations et compétences de réglementation et de planification de l'Etat

L'un des objectifs de la LAMal est de favoriser la concurrence entre les caisses-maladie et entre les fournisseurs de prestations en dépit du régime obligatoire de l'assurance et du catalogue de prestations uniforme. C'est notamment dans ce but que le législateur a adopté une base légale pour des formes particulières d'assurance déjà proposées en partie sous la LAMA, avec des franchises à option, une assurance bonus et la limitation du choix des fournisseurs de prestations. De la sorte, les caisses-maladie ont la possibilité de proposer, dans l'assurance obligatoire des soins, des modèles d'assurance moins chers et par conséquent plus attrayants. La plupart des caisses-maladie ont d'ailleurs profité de cette possibilité pour étoffer leur gamme de produits d'assurance. Très rapidement, le constat a pu être fait que les assurés manifestaient un intérêt particulier pour les

franchises à option. Dès 2003, le nombre d'assurés ayant choisi un modèle particulier était ainsi supérieur au nombre des autres assurés. Néanmoins, les assurés n'ont guère fait usage de la possibilité de restreindre le choix des fournisseurs de prestations (2004: 10,1 %) et l'assurance bonus n'a attiré qu'une petite fraction des assurés (0,1 %). Etant donné qu'il s'agit de renforcer l'attrait des modèles de Managed Care, notamment, le Conseil fédéral propose, dans son message du 15 septembre 2004⁶, de compléter la LAMal et d'y introduire différentes nouveautés dans ce domaine.

Le domaine des tarifs et des prix des prestations médicales comprend aujourd'hui déjà des éléments de concurrence. Ce sont surtout les réglementations contractuelles qui sont ici visées. Certes, si la LAMal ne s'écarte ainsi pas radicalement de la LAMA – dans ce système, des contrats régissaient déjà les rapports entre fournisseurs de prestations et caisses-maladie – la nouveauté réside cependant dans le fait que la LAMal considère inadmissibles et donc nulles les interdictions faites aux membres de groupements de conclure des contrats séparés, les obligations faites aux membres de groupements d'adhérer aux accords existants, les interdictions de concurrence entre les membres, les clauses d'exclusivité et celles qui interdisent tout traitement de faveur. Les caisses-maladie sont ainsi théoriquement libres de conclure avec les fournisseurs de prestations de leur choix des contrats séparés qui ne seraient pas ouverts à tous les fournisseurs de la branche en question. La liberté contractuelle existe donc déjà dans le droit actuel. Cela dit, les incitations à conclure de tels contrats sont pratiquement inexistantes, exception faite des modèles de Managed Care, et l'usage qui en est fait est pour ainsi dire négligeable. En conséquence, les contrats de groupements garantissant le droit d'adhérer à tous les fournisseurs dominant actuellement le régime tarifaire du secteur ambulatoire. Dès lors, le Conseil fédéral a introduit, dans son message du 26 mai 2004 sur la liberté de contracter⁷, une condition nouvelle: l'autorisation d'un fournisseur à pratiquer dans le secteur ambulatoire est aussi subordonnée à la conclusion d'un contrat d'admission avec un ou plusieurs assureurs. Les Chambres fédérales n'ont pas encore examiné ce message.

Dans un système d'assurance sociale prévoyant l'obligation de s'assurer, certains éléments de planification ne doivent pas être écartés. Avant l'introduction de l'assurance obligatoire, les cantons ont certes déjà été amenés à planifier les soins de santé à la faveur d'arrêtés urgents, mais la planification hospitalière actuelle et les listes obligatoires d'hôpitaux et d'EMS sont le fruit du système mis en place par la LAMal. Ces éléments constituent la pierre d'angle de la maîtrise des coûts, essentielle pour l'AOS, et de l'application du principe d'économie des soins hospitaliers. La planification continue à

6 Message du 15 septembre 2004 relatif à la révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (Managed Care) FF 2004 5257

7 Message du 26 mai 2004 relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (liberté de contracter) FF 2004 4055

se développer dans l'AOS et l'enjeu est maintenant de passer au niveau intercantonal, voire fédéral, surtout dans le domaine de la médecine de pointe. La nouvelle réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)⁸ prévoit aussi que l'Assemblée fédérale peut, à la demande d'au moins 18 cantons et par la voie d'un arrêté fédéral soumis au référendum, déclarer obligatoire une convention intercantonale en matière de médecine de pointe et de cliniques spéciales et contraindre les cantons à y adhérer.

Réduction individuelle des primes

Sous l'ancien droit, la Confédération octroyait aux caisses-maladie pour l'assurance des soins des contributions par tête, dont le montant était différent pour les hommes, les femmes et les enfants, ainsi que des contributions supplémentaires pour certaines prestations. Les dispositions d'urgence approuvées avant l'entrée en vigueur de la LAMal ont créé les premières bases légales de l'octroi de réductions individuelles des primes aux assurés de condition économique modeste. A cet effet, la Confédération allouait aux cantons des subsides de 100 millions de francs l'an. Dans la foulée, la LAMal est passée du principe de l'arrosoir à celui de la réduction individuelle des primes et a obligé les cantons à accorder des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste. Pour 2007, la Confédération octroie des subsides de 2658 millions de francs, que les cantons doivent compléter en apportant en tout 1329 millions de francs de fonds cantonaux, ce qui donne un total de 3987 millions de francs disponibles en 2007 pour réduire les primes (pour la répartition entre les cantons, cf. FF 2006 3894). La répartition des subsides fédéraux versés au titre de réduction des primes est fonction de la population et de la capacité financière des cantons (et aussi, pour la période allant de 1997 à 2001, du montant des primes).

En 2004⁹, le subside moyen versé par bénéficiaire était de 1342 francs par an, soit 111 francs par mois. Les écarts entre les cantons sont très importants. Ces grandeurs peuvent être comparées à la prime à recevoir de 2430 francs par assuré et par mois (soit 202 francs par mois) qui figure dans le compte d'exploitation de l'AOS. Quant à eux, les cantons doivent verser des subsides complémentaires à hauteur de 50 % des subsides fédéraux s'ils veulent épuiser la contribution fédérale (1996: 35 % ; 1997: 40 % ; 1998: 45 % ; dès 1999: 50 %). La LAMal donne aux cantons la possibilité de réduire leur contribution d'au plus 50 % si la réduction de primes aux assurés de condition économique modeste est malgré tout garantie. Les subsides fédéraux versés aux cantons qui réduisent leur contribution sont alors diminués d'autant. En 2004, 15 cantons ont choisi cette voie (ce nombre était identique en 2003), de sorte que le

budget réel de 3025 millions de francs était inférieur de 14,1 % à l'objectif originel de 3523 millions de francs. Les montants effectivement versés en 2004 au titre de réductions des primes (y compris 74 millions de francs versés au titre de paiements des arriérés pour des créances relevant des exercices précédents) se sont élevés à 3170 millions de francs. Le taux de bénéficiaires moyen pour toute la Suisse était en 2004 de 31,7 %, soit environ 40 % des ménages.

Lors des premières années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la LAMal, le passage du système des subsides versés aux caisses à celui de la réduction individuelle des primes a entraîné une hausse des primes de 17 % environ, perceptible pour tous les assurés qui n'avaient pas droit à la réduction des primes. Toutefois, le mécanisme de correction social des primes par tête a fait ses preuves et a même été quelque peu renforcé par une modification de la loi adoptée le 18 mars 2005 en faveur des familles avec enfants: pour les familles disposant d'un revenu bas ou moyen, les cantons réduisent les primes des enfants et des jeunes en formation d'au moins 50 % (au plus tard dès le 1^{er} janvier 2007). De la sorte, la charge des familles de classe moyenne avec enfants s'en trouve elle aussi un peu allégée.

Compensation des risques entre les assureurs-maladie

Avant l'entrée en vigueur de la LAMal, le Conseil fédéral a fait usage du droit d'urgence pour introduire en 1993 une compensation des risques entre les assureurs-maladie dans le but de prévenir la sélection des risques et, partant, la désolidarisation entre les assurés. La LAMal régit la compensation des risques dans une disposition transitoire limitée à dix ans dans le but d'établir un équilibre entre les assureurs dont les effectifs représentent un risque de maladie élevé et ceux dont les effectifs ont un risque de maladie faible. Dans un premier temps, ce mécanisme a été appliqué uniquement aux critères de l'âge et du sexe. Contrairement aux attentes, le libre choix de la caisse n'a pas permis de réduire graduellement les écarts entre les assureurs en matière d'âge et de sexe, puisque la contribution à la compensation entre les assureurs n'a cessé d'augmenter ces dernières années. La somme redistribuée entre les assureurs, qui était de 530 millions en 1996, s'est élevée à 1103 millions en tout en 2004, de sorte qu'elle a augmenté à un rythme de 10 % en moyenne depuis 1996. Cette hausse de la somme redistribuée est imputable pour l'essentiel aux modifications structurelles des caisses-maladie,

8 Arrêté fédéral du 3 octobre 2003 concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) FF 2003 6035 et loi fédérale du 3 octobre 2003 sur la péréquation financière et la compensation des charges (PFCC) SR 613.2

9 Cf. les statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2004 publiées par l'Office fédéral de la santé publique, pp. 28-30

mais aussi à la hausse des coûts de l'assurance obligatoire des soins.

L'institution commune de la LAMal procède à la compensation des risques.

La majorité des spécialistes estime que la compensation des risques est nécessaire, notamment parce que les assureurs dont la structure des risques est bonne ont un avantage concurrentiel dans un système marqué par le libre choix de la caisse, par la prime unique, par la concurrence entre assureurs et par des prestations légales. Les Chambres fédérales ont aussi approuvé en octobre 2004 la prolongation pour cinq ans de la compensation des risques (jusqu'à la fin 2010), sans toutefois modifier ni étendre les critères de compensation. Par la même occasion, elles ont adopté un postulat qui invite le Conseil fédéral à analyser le fonctionnement de la compensation des risques et à étudier des variantes de calcul.

Lors des délibérations sur le projet de financement hospitalier, la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats a postulé l'introduction définitive de la compensation des risques en en perfectionnant le mécanisme. La commission a ainsi soumis à la Chambre haute une proposition visant à inscrire dans la loi, aux côtés des critères de l'âge et du sexe, le critère des «coûts supplémentaires consécutifs à un séjour dans un hôpital ou un établissement médico-social». La commission propose aussi de donner la compétence au Conseil fédéral de fixer un autre critère relatif aux diagnostics impliquant un risque de maladie considérable. Adoptée par le Conseil des Etats lors de sa séance du 8 mars 2006, la proposition de la commission est à l'heure actuelle examinée par la commission du Conseil national.

Soumission totale des assurances complémentaires au droit des assurances privées

Dans le régime de la LAMA, les assurances complémentaires étaient aussi régies par les principes du droit des assurances sociales. Certes, les caisses-maladie avaient plus de latitude pour déterminer les conditions d'admission et les primes que dans l'assurance des soins. L'accès aux assurances complémentaires n'était cependant pas aussi difficile pour les personnes malades et le financement obéissait en règle générale au principe de répartition. En distinguant clairement l'assurance de base des assurances complémentaires et en faisant dépendre celles-ci de la loi sur le contrat d'assurance, le législateur poursuivait deux objectifs: garantir d'un côté des soins de santé complets de qualité à la charge de l'assurance obligatoire, avec un catalogue de

prestations clairement défini et obligatoire pour tous les assureurs et, de l'autre, accorder à ceux-ci davantage de liberté dans le domaine des assurances complémentaires, ce qui devait être favorable à la concurrence. Si les dispositions transitoires de la LAMal préservaient les acquis en garantissant le maintien sans réserve de la couverture d'assurance antérieure, cette clause ne s'appliquait toutefois pas au montant de la prime. En conséquence, quelques caisses-maladie ont adapté, après l'année de transition (1996), c'est-à-dire dès 1997, leur structure de primes à l'âge effectif des assurés, ce qui s'est traduit par des hausses de primes parfois considérables pour les assurés âgés, notamment dans les assurances complémentaires d'hospitalisation. Les premières années, des hausses de primes ont pu aller jusqu'à 250 %.

Les dispositions transitoires prévoyaient que les périodes d'assurance accomplies sous l'ancien droit seraient prises en compte lors de la fixation des primes. Toutefois, l'arrêt du Tribunal fédéral du 7 mai 1998¹⁰ a confirmé l'interprétation d'une caisse-maladie, qui indiquait que cette disposition transitoire n'était pas applicable lorsque le tarif des primes sous le nouveau droit se rapportait non à l'âge au moment de l'admission, mais à l'âge réel. Cet arrêt a naturellement provoqué les protestations des personnes concernées et suscité les critiques d'une vaste partie de l'opinion. Il a également fait l'objet d'interventions parlementaires. Estimant lui aussi que des mesures s'imposaient, le Conseil fédéral a chargé un groupe de travail, par décision du 1^{er} juillet 1998, d'élaborer un rapport. Toutefois, il a renoncé à adopter des mesures législatives urgentes. D'un côté, les assureurs avaient éliminé d'eux-mêmes les excès les plus flagrants. De l'autre, les coûts des assurances semi-privées et privées s'étaient vus réduits par l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances (TFA) du 30 novembre 2001¹¹ portant sur l'obligation des cantons de prendre en charge les coûts correspondant à la division commune pour leurs patients hospitalisés dans le canton en division privée ou semi-privée. Le TFA a estimé que le canton doit aussi participer aux coûts de l'hospitalisation de ses habitants en division privée ou semi-privée d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics. La loi fédérale urgente du 21 juin 2002 sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers dispensés dans le canton selon la LAMal¹² a délimité un tant soit peu les coûts supportés par les cantons et l'allègement de la charge des assurances complémentaires. Toutefois, la prise en charge des coûts par les cantons n'a pas eu d'effet important sur les primes des assurances complémentaires.

Les primes élevées des assurances complémentaires d'hospitalisation ont entraîné une hausse des résiliations, notamment de la part des assurés âgés. Cependant, l'on n'a pas assisté à une chute des effectifs et la

10 ATF 124 III 229 ss

11 ATF 127 V 422 ss

12 RS 832.14

soumission des assurances complémentaires au droit du contrat d'assurance a provoqué l'apparition d'un autre phénomène. La plupart des grandes caisses-maladie et quelques petites ont confié leurs assurances complémentaires à une nouvelle compagnie d'assurances privée qu'elles ont fondée à cet effet. Cette évolution a aussi abouti à la constitution de groupements ou de groupes comprenant d'un côté des caisses-maladie, grandes ou petites, et une compagnie pratiquant l'assurance complémentaire et, de l'autre, une société de service ou d'autres sociétés. Ces structures ont aussi accueilli postérieurement de nouvelles caisses-maladie. D'emblée, l'autorité de surveillance a suivi avec attention et scepticisme cette évolution et le DFI a refusé l'autorisation aux premières caisses-maladie créées dans le giron d'un groupe, craignant notamment que l'appartenance au groupe facilite la sélection des risques. Saisi d'un recours de droit administratif, le TFA a toutefois conclu que les raisons mentionnées dans la décision du DFI ne justifiaient pas le refus de la reconnaissance, de sorte que le DFI a aussi dû accorder la reconnaissance et l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale¹³. Dans la foulée, d'autres caisses-maladie appartenant à des groupes ont déposé des demandes de reconnaissance. Ce sujet est encore d'actualité.

Remarque finale

La LAMal a modifié de fond en comble le droit de l'assurance-maladie, en introduisant notamment de nombreuses améliorations. Certaines de ces modifications avaient déjà été introduites avant la LAMal, par la voie des arrêtés fédéraux urgents ou par voie d'ordonnance. Dans le débat public, les aspects positifs du sys-

tème instauré par la LAMal sont souvent masqués par l'évolution des coûts et des primes. Si la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins n'a pour l'essentiel aucun rapport avec le passage de l'ancien au nouveau système, signalons néanmoins que le législateur espérait que la nouvelle loi contribue, à moyen terme du moins, à maîtriser les coûts. Ce souci transparaissait tant dans le Message du Conseil fédéral du 6 novembre 1991 que dans les délibérations des Chambres. Diverses causes expliquent pourquoi ces attentes ont été déçues. D'un côté, les instruments de maîtrise des coûts prévus par la LAMal ne sont pas assez efficaces et, de l'autre, les fournisseurs de prestations peuvent contourner trop facilement certaines mesures de maîtrise des coûts adoptées par l'autorité. Il y a donc lieu d'améliorer les bases légales, une mission dont la complexité est mise en exergue par les délibérations parlementaires en suspens portant sur les projets de révision. L'évolution des coûts de l'assurance des soins dominait déjà le débat avant l'adoption de la LAMal. Si le niveau des coûts et, surtout, des primes était à l'époque bien inférieur, leur taux d'augmentation n'avait en revanche rien à envier au taux actuel.

Theodor Laubscher, licencié en droit, Office fédéral de la santé publique, division de l'assurance-maladie.
Mél: theodor.laubscher@bag.admin.ch

13 ATF 128 V 272ss

Et si la LAMal avait échoué devant le peuple en 1994 ?

Que se serait-il passé si la loi sur l'assurance-maladie avait été refusée en votation populaire le 4 décembre 1994 ? Si l'on en croit l'humoriste allemand Karl Valentin, les prédictions seraient un exercice très difficile, surtout lorsqu'elles se rapportent à l'avenir. Ajoutons qu'elles le sont tout autant lorsqu'elles concernent le passé. La LAMal a été acceptée d'extrême justesse, avec une majorité de seulement 70 000 voix sur quelque deux millions de votants. Un refus aurait donc été tout à fait possible, beaucoup comptaient d'ailleurs fermement sur l'échec. Une chose est certaine : si les urnes avaient livré un refus, ce non aussi aurait été prononcé du bout des lèvres. Autrement dit, il aurait été très difficile d'interpréter les résultats du vote. Le choix de la direction à prendre aurait donc été plutôt dicté par la perplexité que par le consensus.



Markus Moser
Ancien directeur adjoint de l'OFAS

Après l'échec en 1974 du grand pas vers la réorganisation de l'assurance-maladie (couverture obligatoire des gros risques financée par prélèvement salarial), puis celui de la politique des petits pas (révision partielle de l'assurance-maladie facultative et assurance-maternité) en 1987, l'échec de la nouvelle tentative (assurance-maladie obligatoire assortie de prestations uniformes, de primes par tête et de réductions individuelles des primes) aurait vraisemblablement marqué la poursuite de l'ère des petits pas. Le scénario d'une telle politique était déjà prêt sous la forme de deux arrêtés fédéraux, le premier contre la désolidarisation et le second contre le renchérissement dans l'assurance-maladie.

Les titres des deux arrêtés évoquent d'ailleurs les problèmes majeurs qui alimentaient alors la discussion sur l'assurance-maladie et ont également marqué la LAMal. Ces deux thèmes, auxquels mon analyse ci-dessous se limitera, n'auraient pas disparu de l'ordre du jour politique, même si la LAMal avait été rejetée. Ainsi se dégage donc une première réponse à la question de l'évolution probable des choses après un hypothétique rejet de la LAMal : il est certain que les deux arrêtés auraient été prolongés et probable aussi qu'ils auraient fait l'objet d'adaptations ponctuelles.

Les principaux objectifs de la LAMal

Un mot, pour commencer, sur les objectifs de la LAMal. Celle-ci est aujourd'hui souvent perçue comme une prise de contrôle de la Confédération sur la santé, une tendance encore accentuée par le transfert de l'assurance-maladie du champ de compétence de l'Office fédéral des assurances sociales à celui de l'Office fédéral de la santé publique. La LAMal serait donc l'instrument permettant d'améliorer l'efficacité du système de santé et de freiner l'évolution des coûts. Lors de son adoption, la priorité n'était toutefois pas au renforcement unilatéral du rôle de la Confédération, mais à celui de l'ensemble des acteurs de la santé publique. La LAMal devait permettre d'accroître la concurrence entre assureurs et entre fournisseurs de prestations. En parallèle, de nouvelles possibilités d'intervention publique ont été aménagées et confiées en première ligne aux cantons (financement des hôpitaux, planification hospitalière). La tendance actuelle au renforcement du rôle de la Confédération serait vraisemblablement également apparue si la loi avait été rejetée.

Le motif principal sous-jacent à la création de la LAMal n'était pas la prise de contrôle sur le système de santé, mais la volonté de transformer l'assurance-maladie facultative en vigueur à l'époque en une véritable assurance sociale garantissant à l'ensemble de la population, en cas de maladie, l'accès à des soins médicaux de grande qualité, financièrement supportables, dans le cadre d'un seul et même système. La LAMal a permis d'atteindre largement cet objectif sociopolitique. La transparence du système, en particulier, aurait souffert d'un rejet de la loi, et la désolidarisation se serait poursuivie, ce qui aurait également compliqué la prise de mesures destinées à freiner la progression des coûts. Cette évolution probable fait ci-après l'objet d'une analyse plus approfondie.

Poursuite de la désolidarisation

Le concept de la loi sur l'assurance-maladie et accidents de 1911 (LAMA) visait à instituer et à maintenir une assurance sociale facultative. Avec une assurance facultative, le législateur ne peut imposer des conditions sociopolitiques que s'il les finance. Tel était d'ailleurs le propos de la LAMA, introduite en son temps uniquement parce que la mise en œuvre d'une assurance obligatoire pour les salariés sur le modèle de la législation sociale instaurée par Bismarck avait échoué en votation populaire. La LAMA a permis à la Confédération d'imposer aux assureurs-maladie des exigences sociales, leur versant en contrepartie des subventions. Les caisses devaient fournir des prestations minimales définies par la loi, mais elles pouvaient également offrir des prestations supplémentaires dans le cadre de l'assurance de base ou proposer des assurances complémentaires pour ces prestations. En conséquence, il a été pratiquement impossible de comparer les primes entre les caisses, puisqu'à une prime donnée pouvaient correspondre des catalogues de prestations distincts. Dans leur domaine d'activités, les caisses devaient accepter tous les candidats à l'affiliation, mais elles pouvaient fixer un âge maximum d'affiliation. Elles pouvaient en outre exiger des primes plus élevées pour les personnes d'un certain âge qui souhaitaient s'affilier (primes selon l'âge d'entrée) et appliquer des réserves d'assurance pour les maladies existantes. C'était également le cas lors d'un changement volontaire de caisse, ce qui avait pour conséquence que tout transfert était de fait exclu pour un assuré âgé ou déjà malade. Ce sont là les effets caractéristiques d'une assurance facultative.

La Confédération avait imposé deux conditions de politique sociale: la première était que la différence entre les primes selon l'âge d'entrée et les primes du plus jeune groupe parmi les adultes ne devait pas dépasser un certain facteur, la seconde que les réserves d'assurance devaient tomber après cinq ans au plus tard. Il était interdit d'échelonner les primes selon l'âge effectif, et les primes des femmes ne devaient pas dépasser de plus de 10 % celles des hommes, bien que les coûts de la maladie augmentent avec l'âge et que les femmes génèrent des coûts plus importants que les hommes.

Les caisses étaient autorisées à limiter leur activité à une certaine région ou à certains groupes de professions et d'entreprises, et à conclure des contrats collectifs avec certains groupes de professions et d'entreprises. De cette manière, il était possible de tenir les femmes, les personnes âgées et les malades à distance des groupes de risques bénéficiant de primes avantageuses, ou d'exiger de ces catégories d'assurés des primes malgré tout plus élevées. C'est seulement lors d'un changement de caisse forcé (p. ex. changement de domicile ou d'entreprise, dissolution de la caisse) qu'un transfert était

possible à tout âge et sans réserve d'assurance, mais l'attribution à un groupe d'âge d'entrée tenait néanmoins compte de l'âge effectif de l'assuré. Dans ce système, les caisses qui ne parvenaient pas à acquérir en permanence suffisamment de jeunes assurés, c'est-à-dire, en langage actuariel, à assurer leur pérennité, étaient tôt ou tard contraintes de se dissoudre, ce qui était particulièrement préjudiciable aux assurés âgés (attribution à un groupe d'âge d'entrée élevé au sein de la nouvelle caisse). Pour les mêmes raisons, les caisses nouvellement fondées jouissaient durant les premières années d'un atout de départ grâce aux avantages offerts aux assurés jeunes et en bonne santé.

Au-delà des lacunes évoquées, ce système d'assurance facultative a bien fonctionné sans inconvénient majeur pendant des décennies. On peut notamment attribuer ce succès au fait que pratiquement toutes les caisses étaient actives dans un segment spécifique de la société (canton, commune, groupe professionnel, entreprise, syndicat) et qu'elles sont parvenues, chacune dans son secteur, à assurer la relève de leur effectif d'assurés. Cette stabilité a également été favorisée par le fait que, comparés à aujourd'hui, les coûts de l'assurance-maladie représentaient jusque dans les années 60 une charge relativement faible pour les ménages. A partir de 1950, il a fallu quinze ans pour que les coûts par assuré doublent, et ce à une époque de forte croissance économique et de taux d'inflation élevés. Plus tard, l'évolution des coûts s'est accélérée, en particulier en raison des progrès de la médecine. En 1966, les coûts moyens par assuré se montaient à 142 francs par année. Si l'on fixe un indice à 100 pour cette année-là, celui-ci passe à 330 points en 1975, à 500 points en 1981, à 1000 points en 1991 et à presque 1500 points en 1995. Les coûts annuels moyens se montent donc à 2083 francs 55 en 1995.¹

Les faiblesses du système de l'assurance sociale facultative ne sont pas apparues tout de suite, car lors d'une révision de la LAMA en 1964, la Confédération a fixé ses subventions aux caisses-maladie en proportion de l'évolution des coûts. A partir de 1976, les subventions ont toutefois été gelées à leur niveau d'alors et n'ont plus été adaptées à l'évolution des coûts. Rétrospectivement, il apparaît que ce plafonnement des subventions a sonné le glas du système de l'assurance sociale facultative. Celui-ci a encore relativement bien survécu pendant quinze ans, mais ses faiblesses sont devenues de plus en plus criantes à partir de 1990. On voit donc bien que des décennies peuvent s'écouler avant que les erreurs de conception d'une assurance sociale et les distorsions qu'elles induisent ne deviennent évidentes et puissent être corrigées. Au moment de la votation po-

¹ Statistique de l'assurance-maladie 1994/1995, OFAS 1997, tableaux C 8 et C 11

pulaire sur la LAMal, en 1994, ces aberrations étaient si manifestes que cet élément a probablement joué un rôle décisif dans l'acceptation de la loi.

Si celle-ci avait été rejetée, la désolidarisation se serait poursuivie et encore renforcée. Des mesures individuelles sous forme de droit d'urgence n'auraient pas suffi à juguler cette évolution. Sous le régime de la LAMA, les primes pour les assurés jeunes et en bonne santé se sont inscrites à la baisse grâce à des contrats collectifs et à de nouvelles caisses bon marché, tandis qu'elles se sont élevées pour les assurés plus âgés, puisque en cas de dissolution de leur caisse, ces derniers étaient systématiquement reclassés dans des groupes d'âges d'entrée supérieurs. Ce phénomène a également mis un terme à l'équivalence entre la prime et la prestation assurée. Les derniers temps, il était devenu normal que de jeunes assurés versent des primes plus avantageuses pour des prestations sensiblement meilleures, par exemple une assurance incluant le traitement hospitalier en division privée, que celles versées par des personnes âgées pour une assurance comprenant des prestations minimales. Le système était donc à la fois injuste et opaque. Sans l'introduction de l'assurance obligatoire, cette tendance à la désolidarisation n'aurait pas pu être stoppée par des mesures individuelles.

Lutte contre l'augmentation des coûts plus difficile

Que penser du deuxième objectif de la LAMal, à savoir la lutte contre l'augmentation des coûts? Dans ce domaine, dire que les résultats ne sont pas excellents relève de l'euphémisme. Il est même fréquent que la LAMal soit rendue responsable de l'envol des coûts survenu depuis 1996. Qu'en est-il réellement?

Pour commencer, il faut distinguer entre le renchérissement dans l'assurance-maladie et l'augmentation des coûts de la santé en général. S'agissant de l'assurance-maladie elle-même, la LAMal, à ses débuts, a clairement induit un renchérissement, dans la mesure où le catalogue de prestations de l'assurance a été étendu par rapport aux prestations minimales imposées jusque-là par la LAMA (durée illimitée des prestations en cas d'hospitalisation, suppression des réserves d'assurance, extension des prestations au sein des établissements de soins et dans le cadre des soins à domicile, prévention, etc.). Si la loi avait été refusée, il est probable que cette extension des prestations de l'assurance-maladie aurait

été suspendue, tout au moins dans un premier temps, et nous n'aurions pas assisté aux augmentations de primes liées à cet effet de la révision au moment de l'entrée en vigueur de la LAMal. L'effet sur les coûts globaux de la santé aurait néanmoins été à peine perceptible, puisque ce sont justement les prestations déjà fournies dans le cadre des postes de frais les plus importants (traitements hospitaliers, réserves d'assurances, établissements de soins) qui ont fait l'objet d'un transfert vers l'assurance-maladie obligatoire. L'influence du catalogue de prestations défini par la loi sur l'augmentation annuelle des coûts de l'assurance-maladie ne doit toutefois pas être surestimée, cette remarque s'appliquant également, a contrario, à la suppression de certaines prestations dudit catalogue.

Qu'en est-il ensuite de l'objectif visant à réduire l'augmentation annuelle des coûts de l'assurance-maladie par le biais des dispositions de la LAMal? Une comparaison chiffrée avec la période précédant l'entrée en vigueur de la LAMal donne les résultats suivants: entre 1980 et 1990, les coûts de l'assurance-maladie se sont envolés de 89 %, l'indice des prix à la consommation s'est élevé de 32,4 % et l'indice des salaires a progressé de 42 %.² Entre 1996 (entrée en vigueur de la LAMal) et 2004, le tableau est le suivant: assurance-maladie +49 %, indice des prix +6,1 %, indice des salaires +9,7 %.³ Avant 1996, l'assurance-maladie a donc enregistré un renchérissement plus important, qui a cependant été mieux amorti par l'inflation et par l'augmentation des salaires. Après 1996, la situation s'est aggravée pour les assurés, car ce renchérissement n'était plus compensé dans la même mesure par l'augmentation des salaires. Est-ce là un effet de la LAMal? Sans doute pas exclusivement, mais certainement en partie, dans le sens où l'objectif fixé à la LAMal en matière d'évolution des coûts n'a pas été atteint. Les problèmes sont connus, la question des remèdes à appliquer et différentes propositions ont nourri le débat, mais il n'a jusqu'ici pas été possible de se mettre d'accord sur la mise en œuvre de mesures cohérentes.

Quelles mesures auraient été prises en cas de rejet de la LAMal? Dans un premier temps, nous aurions très certainement appris à nos dépens que des mesures urgentes et extraordinaires ne permettaient pas d'atteindre l'objectif visé. A l'époque, l'arrêt urgent contre le renchérissement limite l'augmentation des tarifs et des prix, quand il ne l'exclut pas complètement. On était alors certainement déjà conscient du fait que le réel problème ne résidait pas dans les augmentations de tarifs, mais dans l'extension du volume des prestations consommées. C'est pourquoi le message relatif à la LAMal prévoyait notamment à titre de mesure extraordinaire la possibilité pour le Conseil fédéral d'instaurer un budget global dans certains cantons ou dans toute la Suisse (art. 46 du projet de texte pour la LAMal). En

2 Données figurant dans le message concernant les mesures temporaires contre l'augmentation des coûts et la désolidarisation dans l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, p. 3

3 Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2004, tableaux 9.12 et 9.14

cas de rejet de la loi, cette proposition non reprise dans la LAMal par le Parlement serait certainement revenue sur la table. Il aurait alors fallu répondre à la question suivante : quelles prestations inclure dans le budget global, dans le cadre d'une assurance facultative assortie de prestations minimales légales et de prestations complémentaires statutaires ? Fallait-il une définition restrictive du budget global, le limitant aux prestations minimales de l'assurance de base ? Ou y ajouter les prestations complémentaires statutaires ? Et les prestations complémentaires prises en charge par les assurances complémentaires ? Fallait-il n'inclure que les assurances complémentaires des caisses-maladie ou tenir compte aussi des assurances complémentaires des compagnies d'assurances privées ?

Ces questions mettent en relief un effet tout à fait déterminant de la LAMal, effet dont on ne prend conscience que lorsque l'on fait abstraction de cette dernière pour revenir un instant à la situation prévalant avant son entrée en vigueur. Grâce à l'introduction de la LAMal, avec son caractère obligatoire, son catalogue de prestations défini et ses primes par tête uniformes au sein d'une même caisse et d'un territoire déterminé, nous disposons pour la première fois d'une base fiable de comparaison des primes, d'évaluation du renchérissement et d'intervention contre la progression des coûts. Ce n'est donc pas un hasard si les statistiques de l'Office fédéral de la statistique portant sur les coûts de la santé et leur financement, comme celles de l'Office fédéral des assurances sociales, puis de l'Office fédéral de la santé publique relatives à l'assurance obligatoire

des soins, sont devenues plus claires et plus parlantes depuis l'entrée en vigueur de la LAMal. Celle-ci a donc créé les conditions nécessaires à un débat objectif sur les mesures destinées à endiguer l'évolution des coûts de l'assurance-maladie et de la santé.

Un autre effet doit encore être attribué à la LAMal. Comme il est désormais possible de comparer les primes entre les assureurs et entre les cantons, coûts et primes sont plus souvent consultés par la population que sous la loi précédente. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, on nous présente chaque année une facture objective et fiable, qui rend compte de notre comportement et de nos exigences. Les augmentations de primes correspondent à l'excédent de coûts enregistré. Cela peut paraître banal et évident, mais dans le monde des assurances sociales, ça ne l'est pas. Il arrive en effet, en Suisse comme à l'étranger, que l'évolution du coût d'une assurance sociale ne se traduise pas par des augmentations annuelles de primes et que les problèmes restent ainsi cachés pendant des années. Or, tant que l'on ne reconnaît pas l'existence d'un problème, il n'y a aucune motivation à modifier les comportements. Un coup d'œil sur l'histoire de l'assurance-maladie suffit toutefois pour se convaincre qu'en la matière, il est bien difficile de mettre en œuvre des changements fondamentaux.

Markus Moser, docteur en droit, ancien directeur adjoint de l'OFAS, expert indépendant dans le domaine de la santé.
Mél : markus.moser@mail.ch

Que vont devenir les soins de longue durée ?

Il a fallu plus d'une centaine d'années à notre pays pour se doter – enfin – d'une loi sur l'assurance-maladie (LAMal), en réponse à un mandat datant de... 1890 ! Depuis son entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 1996, toutes les personnes domiciliées en Suisse sont obligatoirement assurées pour les soins en cas de maladie. La nouvelle loi a également introduit une obligation de prestations illimitées dans le temps en cas d'hospitalisation; elle a développé les prestations d'assurance pour les soins à domicile (Spitex) et dans les EMS. Ces améliorations, réclamées depuis longtemps, étaient particulièrement importantes pour les malades chroniques et les personnes ayant besoin de soins.



Otto Piller

Président de la Ligue pulmonaire suisse et président de Curaviva (Association des homes et institutions sociales suisses), ancien directeur de l'OFAS

Souvenons-nous: au début des années 70 du siècle passé, on parlait déjà d'une explosion des coûts dans le système de santé et on réclamait des mesures pour la freiner. C'étaient bien sûr les primes des caisses-maladie qui devenaient une charge de plus en plus insupportable pour beaucoup. Comme elles étaient calculées en fonction des risques de maladie, les personnes âgées payaient des sommes astronomiques. De plus, l'obligation de prestations incombant aux caisses étant limitée dans le temps, il n'était pas rare que des malades chroniques ou des personnes ayant besoin de soins tombent dans la pauvreté.

La nouvelle loi était censée corriger cette injustice. Dix ans plus tard, il est permis de se poser la question: a-t-elle satisfait les attentes ?

Autant répondre tout de suite: en partie seulement, hélas !

Trois objectifs principaux

L'introduction de la LAMal visait trois objectifs principaux: renforcer la solidarité entre les assurés, garantir à toute la population des soins de base de qualité et lutter contre l'augmentation massive des coûts. En 2002, c'est-à-dire six ans après l'entrée en vigueur de la loi, le Conseil fédéral a demandé une analyse des effets, qui a montré qu'elle avait pour l'essentiel atteint ses deux premiers objectifs. En particulier, tout le monde en Suisse a accès à des soins médicaux de très bonne qualité et personne ne se voit refuser une prestation nécessaire à sa santé. La solidarité a été bien renforcée, notamment entre jeunes et vieux, hommes et femmes, bien-portants et malades, mais pas assez entre riches et pauvres, en raison du système antisocial des primes par tête et malgré le dispositif de réduction des primes. L'obligation de s'assurer, la fixation de primes unitaires ne dépendant pas du risque de maladie présenté par la personne assurée, la réduction de primes pour les assurés de condition économique modeste et la compensation des risques entre assureurs, tous ces éléments ont contribué à renforcer la solidarité. La désolidarisation observée avant l'introduction de la LAMal a cessé et l'accès de tous aux prestations nécessaires est garanti.

Par contre, il est évident que le troisième objectif de la LAMal, la maîtrise des coûts, n'a pas été atteint. Comme au début des années 70 du siècle passé, soit pas loin de 40 ans plus tard, on parle toujours d'une explosion des coûts dans le système de santé...

A cause de cette incessante pression économique, la LAMal n'a pas été appliquée dans le domaine des soins de longue durée ambulatoires et hospitaliers.

Tarifs-cadre «gelés»

A l'art. 25 LAMal, le législateur indique notamment que l'assurance-maladie obligatoire prend en charge les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social. A l'obligation de prestations est liée la protection tarifaire (art. 44 LAMal), selon laquelle les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention et ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la loi.

A l'introduction de la LAMal, on a cherché à définir quelles étaient les prestations de soins à domicile et les prestations fournies dans les EMS qui sont attribuables à une maladie. En effet, ce sont les seules que l'assurance-maladie sociale soit, en principe, tenue de prendre en charge. Depuis que la comptabilité analytique est obligatoire, ces prestations doivent y figurer en tant que telles. Le Conseil fédéral a donc imposé des tarifs-cadre en attendant que les instruments comptables nécessaires soient créés. Pendant cette période de transition, la protection tarifaire était maintenue et on estimait que les éventuels découverts devaient être comblés par les pouvoirs publics. Bien que la nécessaire transparence des coûts pour les soins à domicile et les soins en EMS ait été établie, la pression économique permanente a toutefois empêché l'application de la LAMal dans ces domaines; de ce fait, on travaille aujourd'hui encore avec des tarifs «gelés», qui sont loin de couvrir les coûts. De plus, comme notre système de santé relève dans une large mesure de la compétence des cantons, il existe 26 réglementations différentes. Or, nombre de ces réglementations sont tout simplement contraires à la loi, et il est étonnant qu'à ce jour, aucun recours n'ait été déposé contre ce système.

A titre d'exemple (canton de Zurich), prenons le cas d'une personne vivant dans un EMS public, qui reçoit pour le mois d'octobre 2005 la facture suivante (en francs):

Frais de pension	Fr. 3410.–
Taxe pour les soins (niveau 4)	Fr. 6045.–
Matériel de soins	env. Fr. 100.–
Prestations diverses	Fr. 125.–
Petits frais	Fr. 200.–
Total mois	env. Fr. 9880.–

L'assurance-maladie rembourse, selon le tarif-cadre «gelé», 80 francs par jour. La pensionnaire doit donc payer de sa poche environ 7400 francs par mois, ce qui constitue une atteinte à la protection tarifaire. Si le revenu qu'elle tire de sa rente n'est pas suffisant et qu'elle a déjà «consommé» la plus grande partie de sa fortune, elle a besoin de prestations complémentaires.

On pourrait fournir ici d'autres exemples, y compris pour les soins à domicile, qui montrent que les attentes liées à l'introduction de la LAMal n'ont pas été satisfaites pour ce qui touche le financement des soins de longue durée à domicile et en EMS – non pas parce que la loi est mauvaise, mais tout simplement parce qu'elle n'est pas appliquée. Il est d'autant plus déplorable de voir certains assureurs en conclure que des soins ambulatoires de longue durée reviennent plus cher qu'un séjour en EMS (puisque les tarifs-cadre sont gelés et ne

couvrent de loin pas les coûts) et demander pour cette raison qu'on y transfère les assurés!

C'est là vraiment une situation préoccupante et intolérable. Parce qu'une disposition légale n'est pas respectée, des personnes âgées ayant besoin de soins sont exclues de la communauté solidaire instaurée par la LAMal. Il est inadmissible, par exemple, qu'un patient nécessitant des soins lourds à la suite d'un accident vasculaire cérébral tombe dans la pauvreté, alors que l'assurance-maladie rembourse à un cardiaque une greffe de cœur, y compris toutes les années de traitement qui s'ensuivent. C'est justement ce que le législateur voulait éviter en créant la LAMal.

Que faire ?

Etant donné que les coûts de la santé continuent à augmenter, le Conseil fédéral n'est pas prêt à appliquer la loi sur ces points. Il propose donc une révision des dispositions légales concernées, avec comme objectif le statu quo: les assurances-maladies continueront à ne rembourser qu'une partie des coûts. De quelle hauteur devrait être cette partie et qui devrait payer pour le reste, le Parlement en débat actuellement. Cette révision n'aboutira toutefois que si elle règle clairement qui paiera quoi à l'avenir et si elle garantit que les personnes ayant besoin de soins de longue durée ne se verront pas condamnées à la pauvreté à cause des coûts. Après la révision de loi, elles ne doivent pas rester exclues de la solidarité entre assurés voulue par la LAMal, et la nouvelle disposition doit être parfaitement appliquée. Si ce n'est pas le cas, un référendum est inévitable, ce qui signifie aussi que si la révision était refusée, il faudrait revenir à la réglementation d'origine de la LAMal – qui était excellente –, si nécessaire par voie de droit.

Système de santé de qualité élevée

Personnellement, je regrette profondément que nous discussions depuis bientôt 40 ans de la hauteur des coûts entraînés par le système de santé, car, de ce fait, les slogans populistes prennent de plus en plus le pas sur l'analyse objective et constructive.

Pourquoi ne nous posons-nous pas enfin la vraie question: un bon système de santé, qui fournit à tout un chacun les prestations dont il a besoin, peut-il vraiment être moins cher? Nous vivons dans un pays où le niveau des salaires est élevé, ce qui a pour corollaire un niveau des prix élevé. Selon une étude récente, l'ensemble du secteur de la santé est créateur de richesse à hauteur de 59 milliards de francs par an, soit 14 % du produit intérieur brut, et il représente 525 000 emplois à plein temps.

D'autres études comparatives montrent que nous possédons un système de santé de qualité et efficace, et que les coûts, même s'ils sont élevés, restent dans un cadre acceptable étant donné le niveau des salaires et des prix.

Si nous voulons, entre autres, que les patients hospitalisés et les pensionnaires des homes reçoivent des soins conformes à la dignité humaine, nous devons faire en sorte d'employer du personnel bien formé et suffisamment motivé. Les hôpitaux et les EMS fonctionnant 168 heures par semaine, les charges salariales sont élevées. Cet exemple à lui seul montre qu'on ne résout pas les problèmes du système de santé à coups de slogans populistes!

Il me semble qu'il est grand temps de revenir à une analyse objective de la situation. Nous nous rendons compte tôt ou tard que notre système de santé constitue l'un des piliers les plus importants de notre économie, qu'il crée de nombreux emplois de haut niveau et qu'il remplit notamment une des tâches majeures de l'Etat, à

savoir appliquer le mandat constitutionnel qui consiste à garantir à tous les habitants de ce pays les soins nécessaires à leur santé. Ce système de qualité et efficace ne peut pas être bon marché. Nous devons veiller à ce que tous ses acteurs soient conscients des coûts et répartir ces derniers de façon qu'ils ne constituent une charge trop lourde pour personne. Abandonnant nos œillères idéologiques, il faut donc remettre en question les primes par tête et les remplacer par une solution plus équitable.

Si les discussions continuent encore longtemps dans le même style qu'aujourd'hui, nous risquons de nuire à la qualité, au niveau de prestations et à la sécurité des soins de notre système de santé, et d'instaurer une médecine à deux vitesses.

Otto Piller, Dr. phil. nat., président de la Ligue pulmonaire suisse et président de Curaviva (Association des homes et institutions sociales suisses), ancien directeur de l'OFAS.
Mél: otto.piller@bluewin.ch

Assurance-maladie obligatoire et coûts de la santé en Suisse: évolutions marquantes depuis 1996

Cet article présente l'évolution des coûts du système de santé en Suisse depuis 1996, en détaillant leur structure pour 2004 sous l'angle de l'assurance-maladie obligatoire. Il met également en lumière la relation entre primes et prestations au sein de l'assurance-maladie obligatoire, au niveau suisse et des cantons.



Nicolas Siffert

Section Statistiques et mathématiques, OFSP

Le thème des **coûts de la santé** est récurrent dans les médias. Rien d'étonnant à cela, puisque le porte-monnaie de chacun est concerné. Mais qu'entend-on au juste sous cette notion? Afin de permettre un suivi chronologique et des comparaisons internationales, l'Office fédéral de la statistique (OFS) a retenu un concept de modélisation défini dans la publication «Coûts du système de santé».

Le **système de santé** correspond à l'ensemble des activités économiques qui permettent de recouvrer la santé, de l'améliorer ou de la conserver. Il s'agit donc principalement de soigner les malades et de protéger les personnes contre une maladie ou un accident. Le système de santé englobe tous les biens et services médicaux, paramédicaux, de soins et de prise en charge fournis à des personnes souffrant d'une maladie ou d'un handicap ou à des victimes d'accidents ainsi que les dépenses pour la prévention et des diagnostics, confiés à un personnel formé à cet effet et à des établissements spécialisés.

Coûts de la santé en Suisse sous l'angle de l'assurance-maladie obligatoire en millions de francs depuis 1996

T1

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Variation annuelle moyenne 1996-2003	Estimation 2004	Estimation 2005	Estimation 2006
Total coûts du système de santé	37 908,3	38 669,6	40 292,4	41 585,6	43 365,3	46 129,5	47 981,5	49 880,6	4,0%	52 005	54 149	56 376
Détail de composantes												
Prestations brutes d'assurance-maladie	16 873,6	17 009,1	17 841,5	18 231,2	19 316,2	20 344,5	20 951,6	21 678,1	3,6%	22 971,2	24 170	25 476
Assurance obligatoire des soins LAMal	12 459,0	13 138,5	14 024,1	14 620,5	15 478,3	16 386,5	17 095,6	17 924,1	5,3%	19 139,8	20 392	21 753
dont participation aux frais	1 678,5	1 778,0	2 097,2	2 189,9	2 288,0	2 400,2	2 502,8	2 588,5	6,4%	2 832,3	3 099	3 305
dont réduction des primes LAMal	1 815,6	2 087,1	2 263,2	2 476,6	2 532,8	2 671,6	2 848,4	2 961,1	7,2%	3 025,3	3 119,6	3 244
Assurances complémentaires LCA des assurances LAMal	3 901,9	3 394,7	3 357,3	2 846,8	2 254,2	1 604,8	1 460,5	1 393,6	-13,7%	1 076,4	828	672
dont participation aux frais	92,3	106,4	57,8	59,7	55,1	28,1	38,2	39,0	-11,6%	35,9	28	22
Assurances complémentaires LCA des assureurs privés	512,7	475,9	460,1	763,9	1 583,8	2 353,3	2 395,5	2 360,4	24,4%	2 755,0	2 950	3 050
Autres régimes de protection sociale	2 760,3	3 024,9	3 270,2	3 620,5	3 725,7	3 837,6	4 062,6	4 268,5	6,4%	4 365	4 493	4 652
Réduction des primes LAMal	1 815,6	2 087,1	2 263,2	2 476,6	2 532,8	2 671,6	2 848,4	2 961,1	7,2%	3 025,3	3 119,6	3 244
Confédération	1 364,8	1 526,3	1 601,2	1 699,6	1 740,4	1 819,6	1 915,4	1 992,8	5,6%	2 033	-	-
Cantons (y compris communes)	450,8	560,8	662,0	777,0	792,4	852,0	933,0	968,3	11,5%	992	-	-
Prestations complémentaires	293,0	237,5	264,4	277,1	317,0	315,0	343,8	375,1	3,6%	389	403	417
Aide sociale	203,5	228,6	266,2	375,1	378,5	314,9	319,7	367,7	8,8%	368	368	368
Allocations pour impotents	448,2	471,7	476,4	491,7	497,4	536,1	550,7	564,6	3,4%	584	603	623
Ménages	25 156,5	26 402,3	27 625,3	28 025,5	29 038,6	29 910,1	31 730,7	33 523,1	4,2%	47 640	49 656	51 724
Primes assurance-maladie	14 197,5	14 850,2	15 432,1	15 337,8	15 974,2	16 460,6	17 838,6	19 087,4	4,3%	20 335,1	20 794	22 123
Primes nettes de l'assurance obligatoire des soins LAMal	9 219,6	9 837,7	10 341,0	10 472,9	10 813,9	11 283,1	12 447,8	13 798,6	5,9%	14 954,3	15 344	16 623
Assurances complémentaires LCA des assureurs LAMal	4 337,5	4 410,6	4 453,3	3 766,7	2 917,4	1 987,0	1 958,4	1 882,6	-11,2%	1 358,8	1 000	950
Assurances complémentaires LCA des assureurs privés	640,4	601,9	637,8	1 098,2	2 242,9	3 190,5	3 432,4	3 406,2	27,0%	4 022,0	4 450	4 550
Participation aux frais	1 770,8	1 884,4	2 155,0	2 249,6	2 343,1	2 428,3	2 541,0	2 627,5	5,8%	2 868,2	3 127	3 327
Assurance obligatoire des soins LAMal	1 678,5	1 778,0	2 097,2	2 189,9	2 288,0	2 400,2	2 502,8	2 588,5	6,4%	2 832,3	3 099	3 305
Assurances complémentaires LCA des assureurs LAMal	92,3	106,4	57,8	59,7	55,1	28,1	38,2	39,0	-11,6%	35,9	28	22
Out of pocket	9 188,2	9 667,7	10 038,2	10 438,1	10 721,3	11 021,2	11 351,1	11 808,2	3,6%	11 786	11 927	11 996

Valeurs 2004/2005/2006: estimations (en italique) [OFS & OFSP].

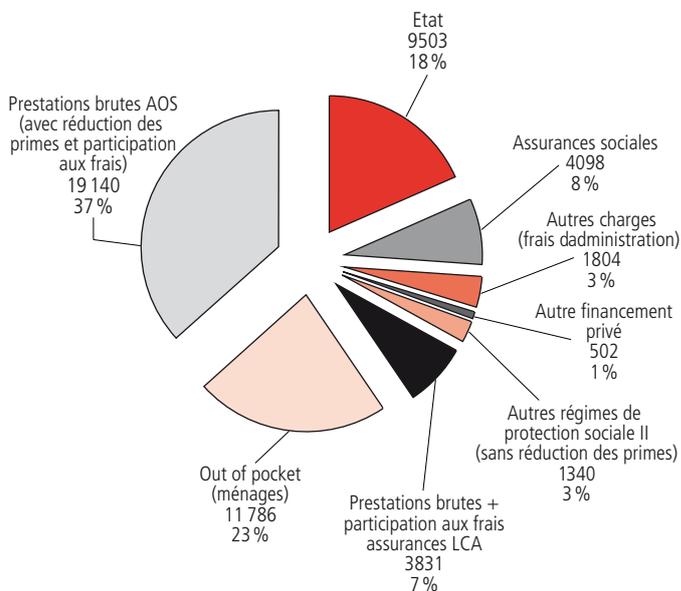
Source: Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2004, Office fédéral de la santé publique, T 9.06 & 9.21

Les «**coûts du système de santé**» (tableau 1) comprennent toutes les dépenses des établissements et des personnes exerçant des activités médicales et paramédicales, la vente des médicaments et appareils médicaux ainsi que les frais de gestion du système de santé et de prévention. En sont par contre exclus les coûts de formation des professions de la santé, les travaux de recherche médicale et les prestations en espèces versées par des assurances qui ne servent pas directement à la guérison ou au maintien de la santé comme les indemnités journalières pour perte de gain.

Dans le concept modélisation défini par l'OFS, les dépenses de santé sont principalement ventilées selon les **prestations**, les **fournisseurs de biens et services** et les **agents payeurs**. Or nombre de discussions relatives aux coûts de la santé se focalisent sur les primes d'assurance-maladie directement payées par les ménages et les prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les ventilations supplémentaires de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans la publication «Statistique de l'assurance-maladie obligatoire» selon les **primes versées pour l'AOS** (graphique 1) et les **prestations brutes de l'AOS** (graphique 2) sont à ce propos les seules qui fassent apparaître le montant des primes versées par les ménages ainsi que les prestations brutes octroyées par les assureurs dans l'assurance obligatoire (avec la participation aux frais des assurés). Les

Coûts de la santé en Suisse 2004 sous l'angle des prestations d'assurance-maladie en mio de fr. et en pour-cent du total

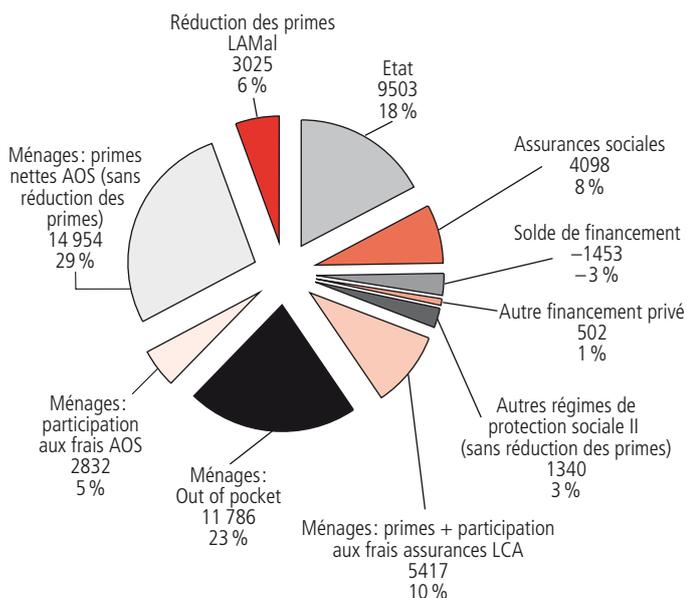
G2



Source: T 9.21 STAT AM 04 / 2004: total (100%) = 52 005 mio fr. (Estimations OFS & OFSP)

Coûts de la santé en Suisse 2004 sous l'angle des primes d'assurance-maladie en mio de fr. et en pour-cent du total

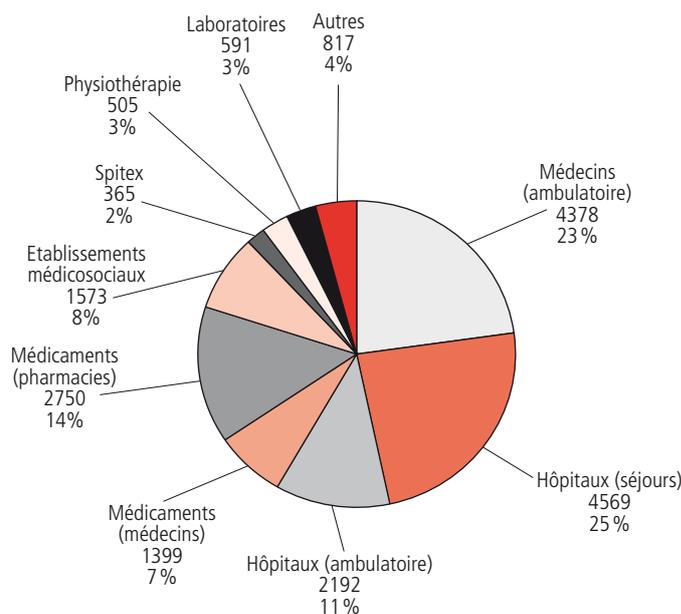
G1



Source: T 9.06 STAT AM 04 / 2004: total (100%) = 52 005 mio fr. (Estimations OFS & OFSP)

Prestations AOS (brutes) en mio de fr. et en pour-cent du total selon le groupe de coûts en 2004

G3



Total (100%): 19 140 mio fr. Source: T 1.16 STAT AM 04

Assurance obligatoire des soins dès 1996 : indicateurs principaux par assuré

T2

Caractéristiques	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Variation	Variation	Variation		Variation	
										2003-2004	annuelle	2004-2005	2005-2006		
										en %	en %	2005 ⁵	2006 ⁵	en % ⁵	en % ⁵
6B – Primes à recevoir par assuré en fr.	1 547	1 669	1 753	1 794	1 849	1 912	2 086	2 275	2 430	6,8%	5,8%	2 491	2 626	2,5%	5,4%
7B – Prestation ¹ par assuré en fr.	1 732	1 821	1 935	2 012	2 130	2 238	2 323	2 424	2 579	6,4%	5,1%	2 741	2 865	6,3%	4,5%
7C – dont prestations pour soins ambulatoires en fr.	1 142	1 211	1 288	1 352	1 451	1 545	1 612	1 662	1 743	4,9%	5,4%	1 876	1 965	7,6%	4,7%
7D – dont prestations pour soins intra-muros en fr.	590	610	647	660	679	694	711	762	837	9,7%	4,5%	865	901	3,4%	4,1%
8B – Participation aux frais par assuré en fr.	233	246	289	301	315	328	340	350	382	9,0%	6,3%	417	435	9,2%	4,5%
9B – Prestations payées ² par assuré en fr.	1 498	1 575	1 645	1 711	1 815	1 910	1 983	2 074	2 198	6,0%	4,9%	2 325	2 430	5,8%	4,5%
10B – Frais administratifs / amortissements par assuré en fr.	133	124	118	118	119	124	125	128	133	3,7%	0,0%	132	135	-1,1%	2,7%
12B – Provisions au 31 décembre par assuré en fr.	480	486	510	524	544	546	546	577	605	4,9%	2,9%	631	644	4,4%	2,0%
13B – Réserves au 31 décembre par assuré en fr.	397	415	412	424	390	287	267	324	400	23,6%	0,1%	424	442	5,9%	4,3%
– Coûts de la santé en Suisse par habitant en fr.	5 335	5 436	5 650	5 803	6 015	6 354	6 530	6 736	6 977	3,6%	3,4%	–	–	–	–

1 Total des prestations incl. la participation des assurés aux frais.

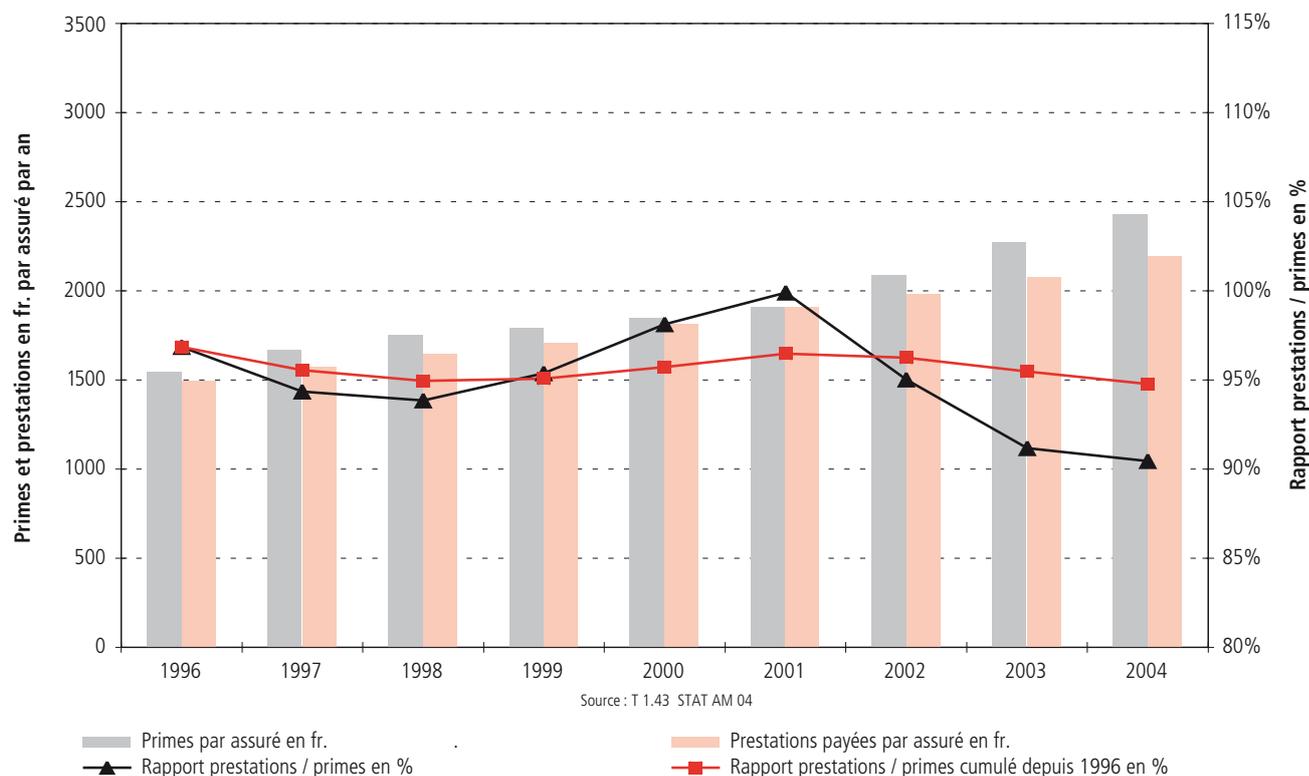
2 Prestations payées = prestations des assureurs moins la participation des assurés aux frais.

5 Estimations. Source : procédure d'approbation des primes OFSP.

Source : T 1.43 & 9.05 Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2004, Office fédéral de la santé publique

Prestations et primes AOS par assuré: CH

G4



autres régimes de protection sociale comme la réduction des primes d'assurance-maladie, les prestations complémentaires à l'assurance vieillesse et survivants (AVS), l'aide sociale et les allocations pour impotents AVS et assurance invalidité (AI) sont également intégrés.

Les prestations brutes de l'AOS (soit avec la participation des assurés aux frais) d'un exercice sont également réparties par **groupe de coûts**. Le **graphique 3** illustre cette ventilation qui détaille la part des prestations brutes figurant dans le **graphique 2**.

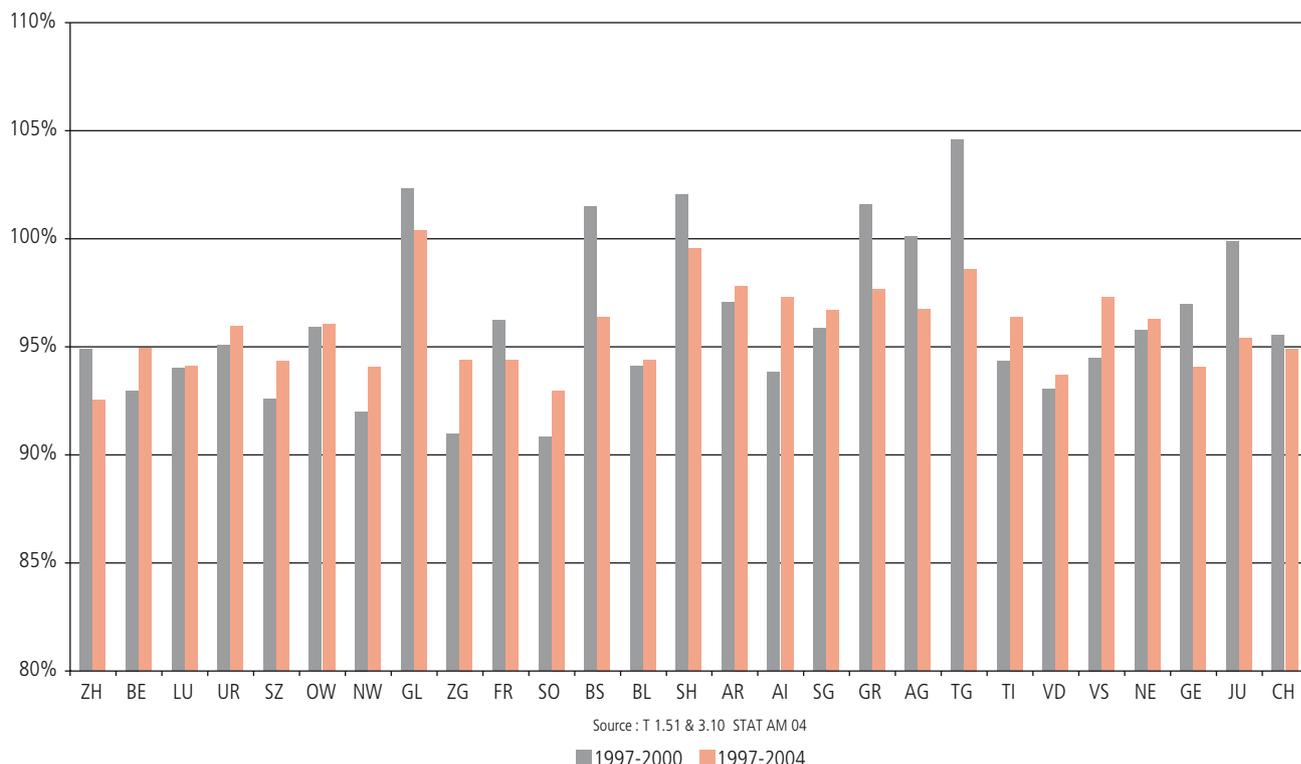
Primes et prestations par assuré dans l'assurance-maladie obligatoire

Pour tenir compte de l'évolution de la population, il convient d'examiner les évolutions relatives par assuré. Le **tableau 2** présente une sélection des principaux indicateurs. Si les coûts de la santé en Suisse ont augmenté en moyenne de 3,4% par an par habitant depuis 1996, les primes de l'AOS ont progressé nettement plus durant cette période: +5,8% en moyenne par an, illustrant bien la part croissante de l'assurance-maladie obligatoire au sein des coûts du système de santé en Suisse.

Une comparaison du rapport prestations/primes par assuré pour l'AOS requiert un examen sur plusieurs années. Ce rapport fluctue au niveau suisse de 1996 à 2004 entre 90 et 100% (**graphique 4**). Il est particulièrement intéressant d'examiner la courbe du **rapport des prestations / primes cumulé** dès 1996. Pour cela on considère le rapport de l'ensemble des prestations et des primes par assuré de l'année 1996 à l'année considérée. Ce rapport reste très proche de 95%. Ce qui signifie qu'une marge de 5% sur les primes est utilisée pour les frais administratifs, les variations des provisions et réserves et les gains ou pertes sur les placements de capitaux. Des fluctuations du rapport annuel peuvent survenir en fonction des prévisions effectuées sur le volume futur des prestations. A titre illustratif, les caisses-maladie connaissent en 2000 les coûts pour 1999 et doivent établir leurs primes pour 2001 basées sur une prévision des coûts et des assurés changeant d'assureur en 2001. Ce n'est qu'en 2002 que les coûts réels pour 2001 sont connus et qu'une comparaison avec la prévision peut être effectuée, soit deux ans plus tard. Une adaptation compensatoire ne pourra s'effectuer que sur les primes 2003, d'où le décalage temporel pour apporter les corrections liées à la comparaison entre coûts estimés et coûts réels.

Rapport prestations / primes AOS cumulé depuis 1997 par assuré par canton

G5



Examinons maintenant ce rapport prestations/ primes cumulé par assuré pour l'AOS au niveau **cantonal**. On retiendra ici deux périodes: 1997-2000 et 1997-2004. On voit ici clairement le niveau trop bas (rapport > ~ 96 %) ou trop élevé des primes (rapport < ~ 94 %) par rapport aux prestations pour la période 1997-2000 et les corrections qui sont intervenues de 2000 à 2004 par un ajustement des primes, ajustement délicat dans la mesure où elles sont basées sur une évolution présumée des prestations futures.

D'une manière générale on constate une correction du rapport prestations/primes pour tendre vers celui de la moyenne suisse proche de 95 % (**graphique 5**). Dans certains cantons la correction n'a pas encore été suffisante pour tendre vers le rapport de la moyenne suisse 1997-2004: GL, BS, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, TI,

VS et NE ont présenté des primes insuffisantes alors que ZH, SO et VD des primes trop élevées par rapport à la fourchette 94-96 %. Des corrections seront apportées ces prochaines années.

L'ensemble des tableaux et graphiques cités dans cet article proviennent de la «Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2004» de l'OFSP, disponible sous forme imprimée (adminsrv.admin.ch/edmoz/drucksa/zivil/316.916.04f.htm) ou sur Internet en format PDF/Excel (www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/02446/index.html?lang=fr).

Nicolas Siffert, lic. en sc. écon.,
Section Statistiques et mathématiques, OFSP
Mél: Nicolas.Siffert@bag.admin.ch

Révisions de la LAMal: où en sommes-nous ?

La révision de la LAMal est débattue au Parlement fédéral depuis octobre 2000. Après le rejet du projet par le peuple en décembre 2003, les Chambres fédérales ont décidé de premières modifications de la loi lors des sessions d'automne 2004 et de printemps 2005. Les nouvelles dispositions des projets encore pendants sont discutées actuellement par les commissions préparatoires. Le Conseil des Etats n'a pris de décision qu'en ce qui concerne la participation aux coûts et le nouveau régime de financement des hôpitaux.



Marie-Thérèse Furrer
Assurance-maladie et accidents, OFSP

Bref historique

La LAMal est fondée sur le principe de la solidarité entre bien portants et malades. De plus, l'assurance obligatoire des soins (AOS) doit garantir l'accès de l'ensemble de la population à des soins de qualité. Les études réalisées dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal montrent que l'obligation d'assurance, le libre passage des assurés et le comblement de lacunes dans le catalogue des prestations ont offert des solutions satisfaisantes à ces deux égards. Par contre, le troisième objectif visé par la LAMal, celui de la maîtrise des coûts, n'a pas encore été atteint.

Dans son message du 21 septembre 1998 relatif à la 1^{re} révision partielle de la LAMal (FF 1999 727), le Conseil fédéral proposait déjà, avec la possibilité de fixer des budgets globaux dans le secteur ambulatoire, une mesure visant à maîtriser les coûts. A sa proposition de 2^e révision partielle adoptée le 18 septembre 2000 (FF 2001 693), le Conseil fédéral reliait l'intention de renforcer les mécanismes d'incitation à la maîtrise

des coûts dans le domaine hospitalier, lequel constitue la part du lion dans les coûts de l'assurance obligatoire des soins si l'on y inclut les contributions des cantons. Après l'échec du projet en décembre 2003, la plupart des éléments de révision rejetés sont à nouveau en discussion aux Chambres fédérales.

La 1^{re} révision partielle

La 1^{re} révision partielle de la LAMal est entrée en vigueur en 2001. Elle contenait toute une palette de modifications visant à corriger les imperfections de la nouvelle loi constatées en pratique, corrections qui devaient se répercuter sur le plan de la solidarité. Le projet était combiné avec l'arrêté fixant les subsides fédéraux destinés à la réduction des primes pour la période de 2000 à 2003. Comme de nouvelles lignes directrices étaient données aux cantons pour leur pratique en la matière, cette modification aussi était placée à l'enseigne du renforcement de la solidarité.

La 2^e révision partielle

La LAMal reprenait implicitement les règles de financement de la loi sur l'assurance-maladie et accidents qui l'avait précédée. Elle établissait en même temps une séparation stricte entre l'assurance de base (obligatoire), qui constitue une assurance-maladie à caractère social, et les assurances complémentaires, qui sont soumises aux règles du droit des assurances privées. La collision du nouveau système avec les anciennes règles de financement a créé un flou et suscité des conflits touchant l'application de la loi, surtout en ce qui concerne l'obligation des cantons à contribuer aux coûts d'hospitalisation, à l'intérieur et à l'extérieur du canton, pour les personnes au bénéfice d'une assurance complémentaire. La 2^e révision partielle de la LAMal devait éliminer ces divergences d'interprétation sans remettre en cause les principes inscrits dans la loi, mais en permettant au contraire de les appliquer de manière stricte.

Dans son message du 18 septembre 2000, le Conseil fédéral proposait que l'assurance-maladie sociale et les cantons assument à parts égales, en cas d'hospitalisation, le remboursement des prestations obligatoirement prises en charge selon la LAMal. La révision visait du même coup à abandonner le système de la couverture des coûts pour passer à un système de financement des

prestations. Les forfaits liés aux prestations devaient servir à compenser non seulement les coûts d'exploitation mais également les coûts d'investissement. Cette réglementation était censée s'appliquer aux hôpitaux figurant sur la liste des hôpitaux du canton de domicile de la personne assurée et être valable pour tous les assurés, quelle que soit leur couverture d'assurance. Le passage au financement des prestations n'était guère contesté, et le Tribunal fédéral des assurances a dissipé définitivement le flou juridique en la matière à peine un an après le début des débats parlementaires.¹ Mais au fil des débats, toute une série de propositions de révision dans d'autres domaines (liberté de contracter, compensation des risques et Managed Care notamment) sont venues s'ajouter au projet. Il y a tout lieu de croire que l'accumulation de thèmes disparates qui ne s'intégraient pas dans un concept global de révision de la LAMal a influé négativement sur l'accueil réservé au projet. Le cumul des oppositions – émanant de diverses combinaisons de parti selon les thèmes – l'a fait capoter de justesse lors du vote final des Chambres fédérales.

Reprise par le Conseil fédéral des éléments de révision souhaités

Après que le chef du Département fédéral de l'intérieur eut entendu des milieux intéressés comment ils voyaient la suite des travaux de révision de la LAMal, le Conseil fédéral a décidé, le 25 février 2004, de réformer l'assurance-maladie par étapes.

Premier paquet législatif: le Conseil fédéral a adopté à l'intention du Parlement, le 26 mai 2004, la première série de projets portant sur cette révision. Elle en contenait quatre, indépendants les uns des autres: «Stratégies et thèmes urgents» (1A; FF 2004 4019), «Liberté de contracter» (1B; FF 2004 4055), «Réduction des primes» (1C; FF 2004 4089) et «Participation aux coûts» (1D; FF 2004 4121), qui devaient être débattus durant la session d'automne 2004 déjà pour pouvoir entrer en vigueur, pour certains, le 1^{er} janvier 2005.

Deuxième paquet législatif: le Conseil fédéral l'a adopté à l'intention du Parlement le 15 septembre 2004. Dans le projet relatif au financement des hôpitaux (2A; FF 2004 5207), il maintenait l'objectif de passer du financement des établissements au financement des prestations. Il prévoyait là aussi que les assureurs-maladie et les cantons prennent en charge, à parts égales, les coûts des prestations hospitalières. Dans le projet relatif au Managed Care (2B; FF 2004 5257), il proposait d'inscrire les réseaux de soins intégrés dans la loi au nombre des formes particulières d'assurance, afin de les promouvoir.

Le message relatif au nouveau régime de financement des soins a été adopté par le Conseil fédéral le

16 février 2005 (FF 2005 1911). Il proposait que l'AOS rembourse intégralement les soins de traitement, mais ne verse qu'une contribution (montant fixe en francs) aux soins de base.

Le projet 2A «Révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier» en détail

Proposition du Conseil fédéral du 15 septembre 2004

L'arrêt du Tribunal fédéral des assurances de 2001, selon lequel les cantons doivent également contribuer aux frais d'hospitalisation des patients au bénéfice d'une assurance complémentaire lorsqu'ils sont soignés dans un hôpital public ou subventionné par les pouvoirs publics sis à l'intérieur de leur territoire, avait mis fin à la controverse sur l'interprétation de la loi en ce qui concerne le financement des hôpitaux. Etant donné que la nécessité de se concentrer davantage sur les incitations économiques à la maîtrise des coûts n'était pas contestée, le Conseil fédéral a repris les résultats du projet qui venait d'échouer et a représenté, le 15 septembre 2004, sa proposition de révision de la LAMal dans le domaine du financement des hôpitaux. Celle-ci reprenait l'idée fondamentale de passer du financement des établissements au financement des prestations, assumé à parts égales par l'assureur et par le canton de domicile de l'assuré, ainsi que la planification cantonale ou intercantonale des soins hospitaliers pour tous les assurés. Elle reprenait également des éléments de révision qui avaient rallié une majorité au cours des débats parlementaires, comme l'abandon de la notion de traitement semi-hospitalier et la compétence subsidiaire reconnue au Conseil fédéral d'intervenir le cas échéant dans la planification intercantonale de la médecine de pointe. Le Conseil fédéral incluait encore dans sa nouvelle proposition un autre objectif: l'amélioration des bases de données. Par contre, le passage à court terme à un financement moniste ne s'inscrivait pas dans ses objectifs.

Le modèle de la CSSS-E

La commission préparatoire du Conseil des Etats est entrée en matière sur le projet du Conseil fédéral en octobre 2004, mais elle a par la suite élaboré son propre modèle. Celui-ci reposait également sur le financement des prestations et sur une planification hospitalière intégrale, prenant en compte l'ensemble des assurés, mais il s'écartait du modèle du Conseil fédéral sur le point essentiel du mode de financement des prestations. Pour la commission, toutes les prestations, qu'elles soient ambulatoires ou hospitalières, et qu'elles soient fournies

1 ATF 123 v 290 ss, ainsi que ATF 127 v 422 ss

dans un hôpital public ou privé, devaient être financées selon la même clé de répartition. Les assureurs-maladie les auraient prises en charge à raison de 70 % et les cantons de 30 %, ces derniers ayant aussi la possibilité de payer leur contribution directement aux fournisseurs de prestations.

La commission complétait en outre sa proposition de révision de la LAMal par un renforcement de la compensation des risques entre les assureurs. Elle a mis son projet en consultation en septembre 2005. Les résultats de la consultation ont conforté la majorité de la commission dans sa conviction qu'il était indispensable d'inclure dans la compensation des risques de nouveaux critères en plus de l'âge et du sexe (les seuls actuellement pris en compte), et d'inscrire ladite compensation dans la LAMal non pas pour une durée limitée sous forme de disposition transitoire, mais de façon définitive. La commission estimait en effet que les ressources des assureurs devaient être mises au service d'une gestion efficace des coûts au lieu de servir à créer des caisses bon marché pour attirer les bons risques.

Le 20 septembre 2005, la proposition de la commission était à l'ordre du jour du Conseil des Etats. Personne ne s'est opposé à l'entrée en matière et, au cours des débats également, le Conseil était unanime à penser que le financement des hôpitaux devait être mieux réglé. Les propositions de la commission ont été accueillies favorablement par la majorité des conseillers, mais la petite Chambre n'en a pas moins donné suite aux propositions demandant un renvoi à la commission et exigeant que les cantons soient consultés. Dans le cadre d'une procédure de consultation consolidée, la Conférence des gouvernements cantonaux a rejeté le modèle de la CSSS-E à une nette majorité. Deux éléments surtout se sont heurtés à une forte résistance: l'inclusion des prestations ambulatoire dans le nouveau régime de financement et le système de financement moniste.

Le modèle «bis»

Après avoir pris connaissance de la position des cantons, la CSSS-E a élaboré une solution de compromis, le modèle «bis». Celui-ci aussi reprend les principaux éléments: financement des prestations, planification hospitalière intégrale pour l'ensemble des assurés, financement commun des prestations par l'AOS et les cantons. Mais, contrairement au modèle précédent de la commission, il n'inclut pas les prestations ambulatoires dans le régime de financement et, contrairement au modèle du Conseil fédéral, il ne prévoit pas une répartition fixe du financement, valable pour tous les cantons. Selon le rapport entre le niveau cantonal des primes et la moyenne suisse, la participation des cantons aux forfaits liés aux prestations serait de 60 % (si les primes sont égales ou supérieures à la moyenne) ou de 45 % (si elles sont inférieures). Le modèle «bis» prévoit en outre que les assureurs puissent conclure pour leurs assurés un contrat avec des hôpitaux ne figurant pas sur la liste cantonale des hôpitaux et rembourser à leurs assurés un montant minimal en cas de traitement dans un de ces établissements. Dans ce cas toutefois, il n'y a pas de participation du canton. Le Conseil des Etats a adopté la modification de loi correspondante lors de sa séance du 8 mars 2006.

L'état de la question

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (second conseil à se prononcer) a entamé en mai 2006 l'examen du projet de révision de la LAMal dans les domaines du financement des hôpitaux et de la compensation des risques. L'objet sera à l'ordre du jour du Conseil national au cours de la session d'automne 2006 au plus tôt.

L'état des projets en bref

Les projets suivants sont entrés en vigueur:

Etat des projets	
<p>Projet 1A Stratégie et thèmes urgents</p> <ul style="list-style-type: none"> • carte d'assuré • rapport de gestion des assureurs • prolongation de la compensation des risques 	<p>Adopté par le Parlement lors de la session d'automne 2004. Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2005. Pas de référendum.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'introduction de la carte d'assuré est prévue pour 2008. <p>Le projet adopté par le Parlement prévoit aussi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • une prolongation de trois ans du gel des admissions des fournisseurs de prestations (art. 55a LAMal);

- disposition transitoire sur le financement des soins
- loi fédérale urgente sur l'adaptation des participations cantonales aux coûts des traitements hospitaliers
- un renforcement de l'arsenal des sanctions contre les fournisseurs de prestations non économiques et/ou de qualité insuffisante (art. 59 LAMal).

Projet 1C
Réduction des primes

Adopté par le Parlement lors de la session de printemps 2005.
Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006. Pas de référendum.

Cette proposition, nouvelle par rapport au projet du Conseil fédéral, prévoit un but spécial de politique familiale pour les revenus faibles et moyens. Elle ne fixe pas de catégories de revenus pour les ménages bénéficiant de la réduction des primes, mais en laisse le soin aux cantons. Chaque canton doit ainsi pouvoir fixer ses limites de revenu en deçà desquelles les primes pour enfants et jeunes adultes en formation sont réduites d'au moins 50 %. Les subsides fédéraux sont augmentés de 200 mio de francs. L'augmentation s'effectue par étapes, en respectant un délai transitoire d'une année.

Les projets suivants ne sont pas encore entrés en vigueur :

Projet 1B
Liberté de contracter

Aucune des deux Chambres n'a commencé à examiner le projet.

La CSSS du Conseil des Etats (premier conseil appelé à se prononcer) n'est pas encore entrée en matière, mais a prévu d'en débattre lors de sa prochaine séance. Elle ne poursuivra donc pas le sujet avant le 4^e trimestre 2006.

Projet 1D
Participation aux coûts

Le Conseil des Etats a adopté le projet, en tant que premier conseil, lors de la session d'automne 2004.

La CSSS-N a adopté lors de la session d'automne 2004 une motion d'ordre exigeant que les projets du Conseil fédéral sur la participation aux coûts et la liberté de contracter soient débattus en même temps que ceux figurant dans le 2^e paquet législatif. Autrement dit, le projet sur la participation aux coûts ne sera pas discuté par la CSSS-N avant le 4^e trimestre 2006.

Projet 2A
Financement hospitalier

Le Conseil des Etats a adopté, le 8 mars 2006, le modèle «bis» proposé par la CSSS-E. Celui-ci n'entend plus inclure le secteur ambulatoire dans le domaine des prestations cofinancées par les cantons, mais reprend les éléments suivants: rémunération au moyen de forfaits par cas liés aux prestations, compétence et obligation des cantons en matière de planification, obligation des cantons de contribuer aux prestations de tous les fournisseurs figurant sur la liste cantonale des hôpitaux. Afin de garantir la couverture sanitaire pour tous ses habitants, chaque canton établit une liste des hôpitaux: les établissements qui figurent sur cette liste reçoivent du canton une contribution proportionnelle. Les autres hôpitaux peuvent conclure des contrats avec les assureurs, mais ne reçoivent pas de contribution du canton. La CSSS-N a entamé l'examen du projet en mai 2006.

Compensation des risques

Le 8 mars 2006, le Conseil des Etats a également adopté la proposition de la CSSS-E visant à ajouter au nombre des critères de la compensation des risques celui de risque de maladie élevé. Des deux critères envisagés pour la prise en compte de l'état de santé, c'est celui des «coûts supplémentaires consécutifs à un séjour dans un hôpital» que le Conseil a retenu, abandonnant celui des «diagnostics établis sur la base des principes actifs pour une maladie donnée».

**Projet 2B
Managed Care**

La CSSS-E a examiné le projet du Conseil fédéral lors de sa séance des 17 et 18 octobre 2004 et est entrée en matière. Elle poursuivra la discussion sur ce dossier à partir du mois d'août 2006.

La CSSS-N n'a pas encore examiné le projet.

**Projet séparé
Financement des soins**

La CSSS-E a entamé l'examen du projet en août 2005. A l'occasion d'une audition de la commission sur le message du Conseil fédéral, les cantons ont présenté leur modèle de financement et les fournisseurs de prestations le leur. Au cours des entretiens bilatéraux qui ont suivi avec les différents acteurs, les caractéristiques d'une solution de compromis ont été définies. Celle-ci prévoit que l'AOS verse une contribution aux coûts de toutes les prestations de soins, la définition de cette contribution pouvant se baser sur le volume de financement actuel de l'assurance-maladie. Au terme de longues discussions, la CSSS-E a pris une première décision à sa séance des 24 et 25 avril: l'AOS verse une contribution aux prestations de soins fournies par des services de soins à domicile ou dans des établissements médicosociaux. De plus, la CSSS-E s'est prononcée en faveur d'une contribution au montant absolu (en francs). La discussion se poursuivra en août 2006.

Marie-Thérèse Furrer, licenciée en sciences politiques, Assurance-maladie et accidents, section Tarifs et fournisseurs de prestations, OFSP.
Mél: marie-therese.furrer@bag.admin.ch

Regard de l'étranger sur notre système de santé

Durant sa première décennie d'existence, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) a suscité de l'intérêt également à l'étranger. Elle ne s'est pas contentée d'attirer dans notre pays des délégations de haut rang, venues d'Europe et d'ailleurs y découvrir le système; elle s'est même vue décerner en 2000 le prix Carl Bertelsmann! A l'heure actuelle, l'OCDE procède, de concert avec l'OMS, à l'examen du système de santé et d'assurance suisse (country review).



Andrea Nagel-Drdla et Vincent Koch
Assurance-maladie et accidents, OFSP

Prix Carl Bertelsmann 2000 «Réformes dans le système de santé»

En 2000, le prix Carl Bertelsmann a été décerné au Département fédéral de l'intérieur (DFI), représentant tous ceux qui avaient contribué à l'élaboration de la nouvelle législation, en hommage au travail fourni pour l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Comme l'écrit la Fondation Bertelsmann, le jury estimait que la loi réunissait d'une manière remarquable le principe de la concurrence et celui de la solidarité.¹

Celle-ci décerne chaque année depuis 1988 le prix Carl Bertelsmann qui, afin de donner de nouvelles impulsions au débat public et politique, récompense des solutions innovantes et exemplaires dans les principaux domaines de la politique sociale. En 2000, le prix était doté de 300 000 DM. Le DFI l'a partagé avec l'associa-

tion des médecins de famille néerlandais, qui recevait également une distinction.

Sous le slogan «apprendre de l'étranger», la fondation Bertelsmann a présenté les forces et les faiblesses du système allemand de santé en comparaison internationale. A cet effet, elle a demandé à Prognos SA (Bâle) de réaliser une recherche internationale. Cette étude, suivie par une commission de travail de la fondation, consistait, d'une part, à analyser la capacité de huit pays² à piloter leur système de santé et, d'autre part, à étudier les bonnes pratiques qu'ils mettent en œuvre pour résoudre concrètement des problèmes spécifiques. Pour décrire les systèmes de santé des huit pays, un certain nombre d'exigences applicables aux réformes ont été formulées:

1. garantie de l'accès aux soins: tous les citoyens et citoyennes reçoivent les soins de base dont ils ont besoin, indépendamment de leur revenu;
2. capacité de pilotage: les mécanismes de pilotage et la coordination de tous les acteurs du système de santé fonctionnent;
3. caractère économique: les mécanismes d'incitation, ainsi que la transparence et le contrôle des coûts, permettent l'efficacité de la fourniture et de la consommation des soins;
4. qualité des soins: il existe des structures de soins intégrées entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier ainsi qu'une assurance qualité; la formation de base et la formation post graduée respectent le principe de l'«apprentissage tout au long de la vie» (*life long learning*);
5. durabilité: le maintien de la santé passe avant le traitement des maladies, avec au cœur de cette attitude l'encouragement du patient à l'autonomie et à la responsabilité individuelle.

La fondation a justifié l'attribution du prix comme suit: l'Allemagne pourrait prendre exemple sur la Suisse en ce qui concerne les conditions et les moyens nécessaires pour introduire les principes de l'économie de marché dans le système de santé. Les experts ont particulièrement apprécié le fait que, dans l'assurance de base obligatoire, les assureurs aient une marge de manœuvre et les assurés la liberté de choix. Ensuite, la

1 www.bertelsmann-stiftung.de
Böcken et al. (éd.): Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche. Carl Bertelsmann-Preis 2000, Verlag Bertelsmann Stiftung Gütersloh 2000.

2 Allemagne, Canada, Danemark, Etats-Unis, Finlande, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suisse.

Suisse est en Europe le premier pays dans lequel les HMO ont été introduits et qui a ainsi compris très tôt l'intérêt du principe des systèmes de Managed Care. Enfin, la situation de la Suisse montre bien que toute réforme en profondeur prend du temps.

La Fondation Bertelsmann a bien souligné que le prix n'était pas décerné au système suisse ou néerlandais dans son ensemble, mais seulement à certains de ses éléments. Dans le monde, aucun système de santé n'est idéal; il s'agit uniquement de distinguer les éléments dont on peut recommander l'utilisation à d'autres pays.

Country review OCDE/OMS

Le système de santé suisse fait actuellement l'objet d'un examen conjoint mené par un groupe d'experts mandaté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cet examen, dont le point d'orgue sera la publication d'un rapport durant l'automne 2006, est étroitement lié aux travaux du Groupe sur la santé de l'OCDE, mais se distingue cependant des rapports publiés par l'OCDE dans le cadre de la série des *Etudes économiques par pays*.

Etudes économiques par pays de l'OCDE

L'OCDE analyse et évalue les expériences nationales à la lumière des pratiques exemplaires définies au niveau international et formule des recommandations d'action spécifiques à l'intention des pays membres et non-membres. Les examens par les pairs (*peer review*), effectués sous l'égide de l'OCDE, couvrent un large éventail de thèmes, allant de l'économie à l'éducation, en passant par la santé, l'environnement et l'énergie. L'examen par des pairs consiste en un examen de la performance ou des pratiques d'un pays par d'autres pays dans un domaine donné. Dans le cadre des *Etudes économiques*, l'OCDE publie régulièrement, tous les un an et demi à deux ans, une étude sur la performance et les perspectives économiques globales de chacun de ses pays membres. La dernière étude en date portant sur la Suisse, qui intègre également une série de recommandations concernant le secteur de la santé, a été publiée au début de l'année 2006.³

Groupe sur la santé de l'OCDE

Un projet sur la santé a été lancé en 2001 par l'OCDE et s'est achevé par une réunion des ministres de la

santé des pays de l'OCDE qui s'est tenue en mai 2004 à Paris. Un rapport final aux ministres, intitulé *Vers des systèmes de santé plus performants*, dont l'une des conclusions principales est qu'il n'y a pas de système de santé idéal, mais qu'il y a des leçons à tirer de l'expérience des autres pays, a été rendu public à l'occasion de cette réunion.⁴ Ce rapport fait la synthèse des diverses conclusions qui se sont dégagées des études menées durant ce projet. Ont été mesurés et analysés la performance des systèmes de santé dans les pays membres, ainsi que les facteurs influant sur cette dernière. Cette analyse avait pour but d'aider les pouvoirs publics à formuler des politiques s'appuyant sur des faits, dans le dessein d'améliorer la performance des systèmes de santé. D'autres études sur les composantes du projet (qualité des soins, ressources humaines dans le domaine des soins de santé, assurance-maladie privée, délais d'attente, technologies émergentes, soins de longue durée...) sont aujourd'hui également disponibles.⁵ Pour répondre aux souhaits exprimés par les différents participants à la réunion ministérielle sur la suite à donner au Projet sur la santé (développement des données sur la santé, des comptes sur la santé, des indicateurs de performance et analyse des questions clés sur la santé en fonction des priorités fixés par les pays membres...), la décision a été prise d'institutionnaliser les travaux de l'OCDE dans le domaine de la santé, en remplaçant par un «Groupe sur la santé» le groupe ad hoc qui avait jusqu'alors accompagné le projet. Selon les déclarations du nouveau secrétaire général, l'OCDE fait aujourd'hui des questions touchant au domaine de la santé l'une de ses principales priorités.

Country review

L'examen des systèmes de santé (*country review*) effectué par l'OCDE fait partie intégrante des travaux du Groupe sur la santé. Dans ce cadre, cette organisation a déjà effectué un examen des systèmes de santé de trois pays, à savoir la Corée, le Mexique et, plus récemment, la Finlande. Ces travaux consistent en une analyse approfondie du système de santé des pays considérés et visent à mettre en évidence les principaux défis et les options stratégiques pour d'éventuelles réformes. De tels rapports sont réalisés à la demande des pays qui souhaitent être examinés par les experts de l'OCDE.

L'examen du système de santé suisse a été officiellement annoncé en mai 2004 par le conseiller fédéral Pascal Couchepin à l'occasion de la première réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé. La Suisse a demandé à ce que cet examen soit mené par l'OCDE conjointement avec l'OMS, ce qui constitue une première dans ce domaine. Les travaux de l'OCDE, qui explorent l'interaction entre l'économie et la santé en général, complètent ainsi ceux de l'OMS, dont l'objectif est d'améliorer l'état sanitaire des populations et de ré-

3 www.oecd.org/document/20/0,2340,fr_33873108_33873838_35887508_1_1_1_1,00.html

4 www.oecd.org/document/11/0,2340,fr_2649_37407_33640011_1_1_1_37407,00.html

5 www.oecd.org/health

duire les inégalités en matière de soins. L'Observatoire européen des systèmes de santé de l'OMS a publié en 2000 une brochure sur le système de santé suisse dans le cadre de la série «*Health care systems in transition*», mais l'approche méthodologique est différente de celle suivie par l'OCDE.⁶

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) s'est chargé de coordonner l'examen du système de santé suisse avec les deux organisations internationales et avec les principaux acteurs concernés en Suisse (autorités cantonales et fédérales, assureurs, fournisseurs de prestations, associations de consommateurs et industrie). Le groupe d'experts internationaux a ainsi pu mener à bien jusqu'à fin août 2005 une quarantaine d'entretiens avec les acteurs clés du domaine de la santé et a également étudié de manière intensive la littérature existante en s'appuyant principalement dans cette recherche sur des avis d'experts indépendants ainsi que sur les indications fournies tant par les cantons que par les offices fédéraux concernés. Les experts de l'OCDE et de l'OMS sont ensuite venus présenter leur projet de rapport lors d'une réunion qui s'est tenue le 10 avril 2006 à Berne et qui a réuni les principaux acteurs du système de santé suisse. Durant cette journée, la discussion s'est articulée autour de trois axes principaux: efficacité du système de santé suisse, efficience et coûts du système et, enfin, gouvernance générale du système.

Le projet de rapport, qui a profité de l'expertise de deux pays pairs, à savoir la Finlande et les Pays-Bas, a été dans l'ensemble bien accueilli et a suscité des échanges de vue intéressants. Sur la base de cette discussion et des commentaires que chacun des participants avait encore la possibilité d'adresser aux experts des deux organisations internationales, ces derniers ont ensuite entrepris de finaliser, en toute indépendance, le rapport final qui sera publié et présenté officiellement dans le courant de l'automne 2006.

Remarque finale

Le prix Carl Bertelsmann, tout comme les analyses effectuées par l'OCDE et l'OMS, ont sans doute contribué à rendre les autres pays plus attentifs au système de santé suisse. Ces dernières années, plusieurs pays ont manifesté leur intérêt pour le système de l'assurance-maladie en Suisse et sont venus faire des voyages d'étude, notamment les Pays-Bas, l'Allemagne et certains «Länder», le Canada et l'une de ses provinces, l'Alberta, ainsi que la région administrative de Hong-kong. Lors de ces visites, les délégués se sont principalement intéressés au financement de l'assurance-maladie, mais aussi à d'autres aspects organisationnels. L'Allemagne envisage depuis quelque temps d'introduire des primes par tête, les Pays-Bas de libéraliser quelque peu le système.

Le grand intérêt porté par les autres pays au système de santé suisse contraste avec les critiques émises dans notre propre pays. A un journaliste du journal *Neue Westfälische* qui, à l'occasion de la remise du prix Carl Bertelsmann, demandait si la population était satisfaite de la réforme, Ruth Dreifuss, alors conseillère fédérale, a reconnu qu'une nouvelle enquête sur la LAMal aurait certainement des résultats négatifs, car l'augmentation des coûts ne ralentissait pas aussi vite qu'espéré.⁷

Andrea Nagel-Drdla, mag. rer. pol., collaboratrice scientifique Assurance-maladie et accidents, Office fédéral de la santé publique.
Mél: andrea.nagel@bag.admin.ch

Vincent Koch, lic. rer. pol., collaborateur scientifique de la section Tarifs et fournisseurs de prestations, Assurance-maladie et accidents, Office fédéral de la santé publique.
Mél: vincent.koch@bag.admin.ch

6 www.euro.who.int/document/e68670.pdf

7 *Neue Westfälische*, 7.9.2000: *Krankenversicherung ist keine Lotterie*, Das Interview: Schweizer Bundesrätin Ruth Dreifuss zur Gesundheitsreform.

Des prestations complémentaires pour 15 % des bénéficiaires de rentes

Fin 2005, 244 500 personnes, soit 15 % des bénéficiaires de rentes, percevaient en Suisse une prestation complémentaire. La proportion s'élevait à 29 % chez les personnes à l'AI et à 12 % chez les personnes à l'AVS. Ces taux diffèrent fortement selon les cantons. Les dépenses en prestations complémentaires atteignaient près de 3 milliards de francs.



Urs Portmann

Division Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS

Augmentation de 4,1 % de l'effectif

Fin 2005, 244 500 personnes percevaient une prestation complémentaire (PC). Par rapport à l'année précédente, ce nombre a augmenté de 4,1%. L'augmentation porte en premier lieu pour les PC à l'AI (**tableau 1**), puisque 29 % des rentiers AI touchaient une PC. Près de 12 % des rentiers de l'AVS bénéficiaient d'une PC; ce taux est resté stable durant ces dernières années. Ces proportions diffèrent fortement selon les cantons.

Taux de PC différents selon les cantons

Le recours aux PC varie selon les cantons. En ce qui concerne les PC à l'AI, tous les cantons démographiquement les plus grands – Zurich, Saint-Gall, le Tessin, Genève,

cantons du Valais, d'Appenzell R.-I., de Nidwald, des Grisons et d'Argovie, où ils se situent au-dessous de 23 %.

6 % des rentiers de l'AVS recevaient des PC dans le canton du Valais, tandis qu'ils représentaient 21 % au Tessin. Les valeurs des autres cantons se situent entre ces deux extrêmes. Outre le Tessin, tous les cantons romands et les cantons de Lucerne et de Bâle-Ville présentent des taux de perception de PC supérieurs, avec plus de 13 % pour les rentiers à l'AVS. Avec le Valais, Zoug, Appenzell R.-I., Argovie, Nidwald, Bâle-Campagne et les Grisons forment le groupe à taux de perception inférieur. Dans ces régions, moins de 9 % des rentiers sollicitent des PC. Les autres cantons se trouvent en position médiane, avec un taux oscillant entre 9 et 13 % (**tableau 2, graphique 1**).

Il existe un lien étroit entre le taux de PC à l'AI et à l'AVS. Les cantons présentant des taux élevés de bénéfici-

Berne, Lucerne, Vaud et Bâle-Ville – connaissent un taux de PC au-dessus de la moyenne suisse (29 %). Les taux les plus bas se trouvent dans les

244 500 personnes perçoivent pour 3 milliards de francs des PC

T1

Bénéficiaire PC et dépenses en PC par assurance, fin 2000-2005

Année	Bénéficiaires de PC			Dépenses en PC, en mio de fr.		
	Total	PC à l'AVS	PC à l'AI	Total	PC à l'AVS	PC à l'AI
2000	202 700	140 800	61 800	2 288,2	1 441,0	847,2
2001	207 800	140 000	67 800	2 351,2	1 442,4	908,8
2002	217 000	143 400	73 600	2 527,8	1 524,8	1 003,0
2003	225 300	146 000	79 300	2 671,3	1 572,6	1 098,6
2004	234 800	149 400	85 400	2 847,5	1 650,9	1 196,5
2005	244 500	152 500	92 000	2 981,7	1 695,4	1 286,3
	Variation en % par rapport à l'année précédente					
2000	3,2	1,3	7,7	2,3	0,1	6,2
2001	2,6	-0,6	9,7	2,8	0,1	7,3
2002	4,4	2,4	8,5	7,5	5,7	10,4
2003	3,9	1,8	7,8	5,7	3,1	9,5
2004	4,2	2,3	7,7	6,6	5,0	8,9
2005	4,1	2,1	7,8	4,7	2,7	7,5

Source: Statistique des PC, OFAS

Taux de PC par canton, entre 8 et 23 %

Bénéficiaires de PC par canton et par assurance, fin 2005

Canton	Bénéficiaires de PC ¹			Taux de PC : bénéficiaires de PC, en % des rentiers		
	Total (AV, AS, AI)	PC à l'AV	PC à l'AI	Total (AV, AS, AI)	PC à l'AV	PC à l'AI
Total	244 504	149 586	92 001	15,2	12,0	28,9
Zurich	35 420	20 962	14 127	13,2	9,9	28,7
Berne	33 353	21 474	11 416	15,3	12,1	33,8
Lucerne	13 184	8 357	4 672	17,8	14,6	32,2
Uri	871	576	283	11,2	9,2	23,8
Schwyz	3 195	1 995	1 158	12,9	10,2	26,6
Obwald	855	538	309	13,6	11,0	26,1
Nidwald	706	445	255	9,9	7,8	21,5
Glaris	1 128	656	460	12,9	9,7	27,8
Zoug	1 773	1 000	762	9,5	6,8	23,1
Fribourg	9 042	5 808	3 125	18,6	16,8	25,9
Soleure	7 310	4 168	3 054	13,0	9,6	27,3
Bâle-Ville	10 629	5 459	5 082	19,6	13,6	38,5
Bâle-Campagne	7 041	4 017	2 959	11,1	8,2	23,0
Schaffhouse	2 266	1 339	900	12,4	9,3	26,5
Appenzell R.-E.	1 416	829	567	12,3	9,2	26,6
Appenzell R.-I.	290	178	109	9,2	7,0	21,3
St-Gall	15 150	8 605	6 343	15,6	11,9	29,3
Grisons	4 309	2 647	1 612	10,5	8,2	22,4
Argovie	11 722	6 290	5 304	10,4	7,3	22,7
Thurgovie	5 907	3 447	2 382	12,8	9,7	26,2
Tessin	19 195	13 101	5 777	22,8	20,8	30,7
Vaud	26 688	17 000	9 366	19,7	16,4	34,3
Valais	5 286	2 753	2 457	8,4	5,8	18,7
Neuchâtel	6 758	4 328	2 368	16,7	14,2	27,5
Genève	17 642	11 387	6 050	20,2	17,4	31,2
Jura	3 368	2 227	1 104	19,9	18,1	27,4

¹ Adultes percevant des PC

AV = Assurance-vieillesse

AS = Assurance-survivants

AI = Assurance-invalidité

Source : Statistique des PC, OFAS

ciaires de PC à l'AI connaissent aussi des taux supérieurs de perception de PC à l'AVS.

Pourquoi les taux cantonaux de PC diffèrent

Une étude récente a examiné plus en détail les raisons de ces différences de taux. La question était de savoir quels facteurs influencent le taux de perception de PC selon un modèle de régression économétrique. A cet effet, les facteurs spécifiques aux PC, comme la politique

d'information, la clé de financement et la fortune non imputable, ont été distingués des facteurs structurels comme le contexte économique, sociodémographique, politique et culturel de la population. Menée au niveau communal, l'analyse se limite toutefois au taux des rentiers de l'AVS demeurant à domicile (références dans l'encadré).

L'analyse révèle que la politique d'information des organes chargés de mettre en œuvre les PC a une importance statistique significative, bien que plutôt limitée, sur le taux de perception des PC. Il ne s'accroît

que légèrement dans les communes et les cantons menant une politique d'information plus exhaustive. De même, les autres facteurs spécifiques aux PC n'influencent guère le taux de perception des PC. Lorsque les communes doivent financer une part relativement moindre des PC, le taux de perception augmente d'une manière peu significative, et les cantons qui octroient une franchise plus élevée pour les biens immobiliers appartenant et servant d'habitation aux personnes allocataires de PC montrent un taux légèrement plus élevé.

L'étude révèle que les facteurs structurels jouent un rôle nettement plus important. A commencer par la proportion des rentiers étrangers, la part des personnes exerçant une activité lucrative à l'âge de la retraite, le taux de rentiers propriétaires de leur logement, la charge fiscale et le niveau de revenu dans les communes :

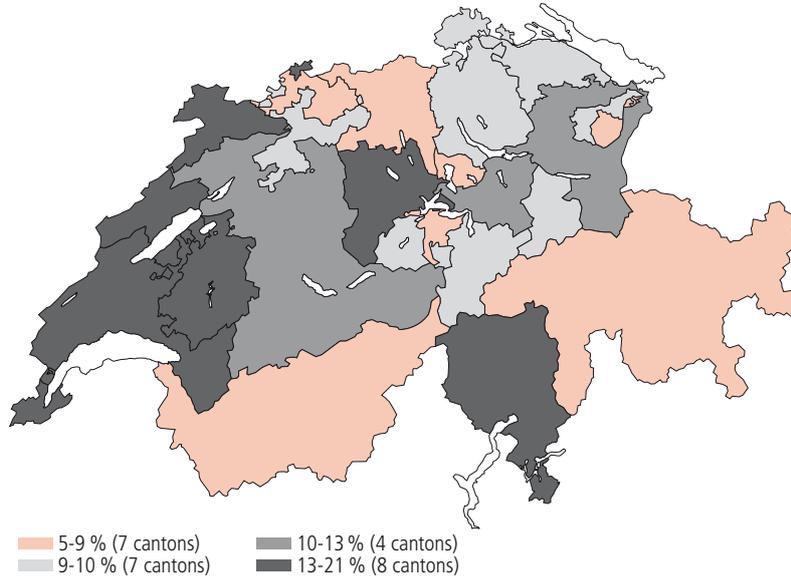
- Plus la part des bénéficiaires étrangers est grande, plus le taux de perception de PC est élevé.
- Plus il y a de rentiers exerçant une activité lucrative, plus le taux de PC est bas.
- Plus les allocataires sont propriétaires de leur logement, moins le taux de PC est élevé.
- Plus la charge fiscale sur les bas revenus est forte, plus le taux de PC augmente.
- Plus une commune connaît un niveau de revenu élevé, plus le taux de PC est bas.

Les facteurs suivants exercent aussi une influence statistique significative sur le taux de perception des PC, leur effet restant néanmoins modeste :

- Les communes rurales présentent des taux inférieurs à celui des communes non rurales.
- Les loyers chers augmentent le recours aux PC.
- Les communes de la Suisse latine présentent un taux de perception de PC tendanciellement supérieur.

Taux de perception élevé de PC dans l'Ouest et le Sud de la Suisse G1

PC à l'AVS, taux de perception de PC par canton, fin 2005



Source: Statistique des PC, OFAS

Taux de PC

Le taux de perception de prestations complémentaires (PC) est un indice important de la statistique des PC: il mesure la part des personnes recourant aux PC sur l'ensemble de celles qui bénéficient d'une rente, d'une manière globale ou selon des groupes sociodémographiques spécifiques. Ce taux constitue donc un indicateur du risque de percevoir une PC.

- Là où prédomine l'opinion politique selon laquelle l'Etat social devrait plutôt être consolidé, le taux de perception des PC a tendance à être élevé.

Contre toute attente, des facteurs n'exercent aucun effet significatif sur le taux de PC. Ainsi, n'a aucune influence sur le taux de PC dans les communes:

- une proportion élevée de bénéficiaires de rente;
- une proportion élevée de personnes très âgées;
- le nombre total des habitants.

Ces conclusions reposent sur une analyse statistique permettant d'expliquer 35 % des taux de PC. D'autres facteurs influencent évidemment cet indice, mais ils n'ont pas été pris en compte, soit parce qu'ils ne sont pas clairement identifiés, soit en raison de l'absence de données à disposition. Il convient de tenir compte de ces restrictions dans l'interprétation des présents résultats.

Dépenses de 3 milliards de francs

Les PC versées en 2005 ont atteint près de 3 milliards de francs, augmentant de 4,7 % par rapport à l'année précédente. Ce taux d'accroissement est inférieur à la moyenne des

Statistique des PC

Vous trouverez les données détaillées sur les PC dans la nouvelle publication

Statistique des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2005

Numéro de commande 318.685.05 d (allemand)

318.685.05 f (français)

A commander à:

OFCL, Diffusion publications, 3003 Berne

Fax 031 325 50 58

Mél: verkauf.zivil@bbl.admin.ch

Directement accessible sur Internet

www.ofas.admin.ch

Depuis l'année 2005, les tableaux détaillés ne figurent plus dans la publication. Ils sont intégrés, avec leur structure actuelle, dans l'annuaire statistique de la Suisse et peuvent être consultés à l'adresse: www.pc.bsv.admin.ch

Recherche sur le taux de PC

Ecoplan, Gründe für unterschiedliche EL-Quoten, Statistische Analyse im Rahmen der Evaluation der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, Bern 2006.

L'étude, qui n'existe qu'en allemand, est accessible sur le site Internet d'Ecoplan:

www.ecoplan.ch

Cette étude s'inscrit dans une recherche évaluant la politique d'information et l'examen des demandes d'octroi de PC. Pour toutes informations complémentaires, s'adresser à Ueli Luginbühl, Contrôle fédéral des finances, Centre de compétence Audit de rentabilité et évaluation, Monbijoustrasse 45, 3003 Berne, tél. +41 31 323 10 55,

Mél: ueli.luginbuehl@efk.admin.ch; Internet: www.efk.admin.ch

cf. l'article de U. Luginbühl à la page 203.

trois dernières années; il découle d'une augmentation de 2,7% pour les PC à l'AVS et de 7,5% pour les PC à l'AI. A l'AI, les PC ont donc aussi fortement augmenté que le nombre de bénéficiaires. Le total

des PC représente 25% du total des rentes AI versées, contre 15% seulement dix ans plus tôt. Ce pourcentage est nettement plus faible pour les PC à l'AVS, où les dépenses liées aux PC ne représentent que 6% du

total des rentes. Ce dernier chiffre était de 8% au début des années 90, donc légèrement plus élevé.

Urs Portmann, Dr. phil., division Mathématiques, analyses, statistiques, OFAS.
Mél.: urs.portmann@bsv.admin.ch

L'information fonctionne – le taux estimé d'abus est faible

Dans le cadre d'une évaluation, le Contrôle fédéral des finances constate que l'information sur les prestations complémentaires (PC) fonctionne bien. Les grandes différences entre les taux suivant les cantons et les communes relèvent principalement de facteurs structurels et démographiques. Des différences dans les activités d'information jouent un rôle faible. Par ailleurs, si la vérification du droit aux prestations pose parfois des difficultés, le taux estimé d'abus reste faible.



Ueli Luginbühl
Contrôle fédéral des finances

Les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI sont entrées en vigueur en 1966 sous la forme d'un régime sensé être provisoire dans l'attente de rentes suffisantes pour la couverture des besoins vitaux. Contrairement à l'AVS, les montants sont versés en fonction des besoins. Il appartient aux intéressés de faire valoir eux-mêmes le droit à ces prestations. Le manque d'information sur ces prestations a souvent été

considéré comme un obstacle à une application uniforme et respectant l'égalité de traitement.

Les PC sont financées par les ressources fiscales générales de la Confédération, des cantons et, en partie, des communes. La part de la Confédération équivaut à 22,6%. La réforme de la péréquation financière (RPT) prévoit toutefois une nouvelle clé de répartition entre la Confédération et les cantons. La Confédération va prendre en charge $\frac{5}{8}$ des dépenses des PC concernant la couverture des moyens d'existence généraux. Par contre, les frais supplémentaires relatifs aux homes pour personnes âgées et aux coûts de santé et d'invalidité vont passer entièrement à la charge des cantons. D'après les estimations, la part du financement de la Confédération devrait atteindre environ 30%. A fin 2005, il y avait près de 244 500 bénéficiaires, soit 15,2% de l'effectif des rentiers de l'AVS et de l'AI. Ils ont obtenu un montant total de presque 3 milliards de francs, ce qui correspond à un montant annuel moyen de 12 000 francs.

L'évaluation du Contrôle fédéral des finances (CDF) analyse la politique d'information des organes chargés de la mise en œuvre. En outre, elle examine la vérification du droit aux prestations dans les différents cantons, en particulier sous l'angle de la réglementation relative à la fortune déterminante. Enfin, l'évaluation s'est penchée sur les causes des importantes différences qui existent entre les cantons et les communes quant au nombre de bénéficiaires de prestations complémentaires (pour les résultats, voir l'article de U. Portmann, p. 199). Les résultats doivent également servir à répondre à deux interventions parlementaires¹.

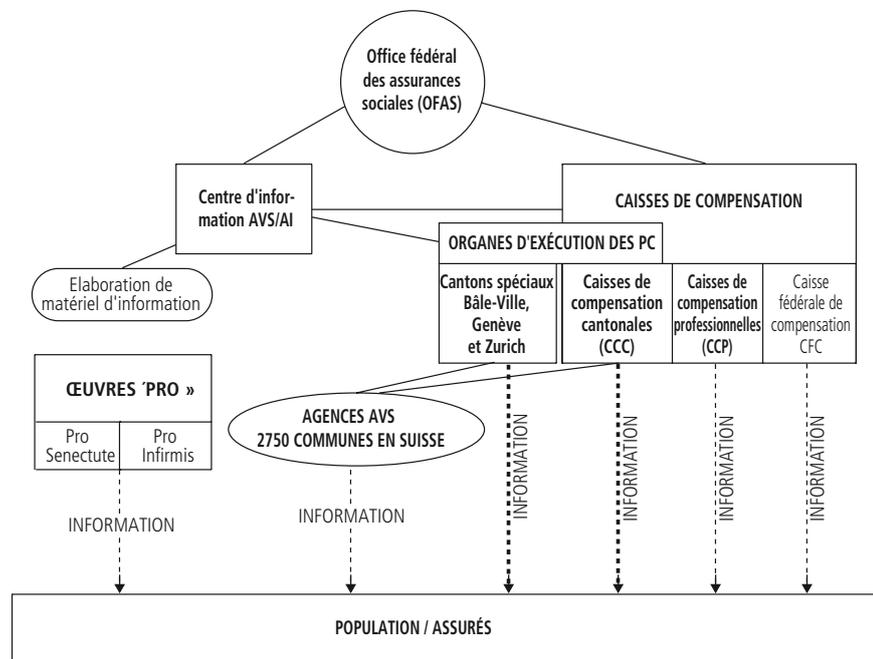
L'évaluation se base sur les résultats d'une enquête écrite menée auprès des organes appliquant les PC, à savoir auprès de 28 organes d'exécution PC (taux de réponse: 100%) et de 1138 agences communales AVS (63%), mais également sur un sondage téléphonique auprès de 2347 personnes âgées de 60 ans et plus. Elle s'appuie en outre sur des interviews, des documents écrits, le registre statistique des PC à l'OFAS, ainsi que sur une analyse multivariée.

La participation des organes PC et des agences AVS à l'enquête et aux entretiens approfondis constituait une partie importante de l'analyse. Il a donc été décidé de constituer, pour la durée du projet, un groupe de suivi, composé entre autres de représentants de l'OFAS et des organes d'exécution des PC. Ce groupe soutient matériellement l'équipe de

¹ Le postulat 03.3009 du 19 février 2003 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du CN demande un rapport sur l'obligation d'information pour les personnes ayant droit aux PC. Par son postulat 01.3172 du 23 mars 2001, le conseiller national Rossini réclame une évaluation des PC. Il demande au Conseil fédéral d'entreprendre une évaluation des effets et conséquences de l'application des critères de fortune nette sur la fixation du revenu déterminant et l'octroi ou non de prestations complémentaires.

Flux d'informations dans le domaine des PC

G1 Difficultés particulières pour l'examen des demandes



Source : CFF

projet pour la réalisation du projet et pour la validation des résultats.

L'information fonctionne et le niveau d'information est bon

L'évaluation a démontré que les exigences légales requises en matière d'information étaient prises au sérieux par les organes d'exécution PC et que tous les cantons procédaient à une information régulière. Certaines différences sont observées au plan de l'intensité d'utilisation des divers moyens de communication existants. Les caisses de compensation, les agences communales AVS et les offices AI, mais également des organes d'assistance étatiques, les homes pour personnes âgées ou les homes médicalisés, ainsi que Pro Senectute et Pro Infirmis, s'avèrent être des organes d'information essentiels en matière de PC. Près de 90 % des personnes sondées par téléphone ont déjà entendu parler des PC. Force est dès lors de

conclure que ce cercle de personnes reçoit les informations PC.

La population est informée par les canaux les plus divers. Les organes PC informent par écrit lors des premières décisions de rentes AVS et AI. Le reste de la population est informé en première ligne par la presse. Les agences AVS informent pour leur part par la diffusion d'articles dans la presse locale, mais également au moyen d'affiches. Internet est lui aussi devenu un vecteur important d'information. Une autre source d'information de premier ordre pour les bénéficiaires potentiels de PC est constituée par le cercle de la famille, des proches et des amis.

Le **graphique 1** illustre les principaux flux d'informations dans le domaine des PC et leur proximité par rapport à la population. L'épaisseur des flèches montre l'intensité de l'influence exercée sur la population.

L'OFAS en tant qu'organe de surveillance de l'exécution des PC ne fournit pas d'information directe à la population.

En principe, on fait confiance aux données fournies par les demandeurs de PC. Il n'en demeure pas moins que le dépôt d'une première demande de PC fait l'objet, par l'organe PC, d'examens approfondis. Le processus de traitement et d'examen des demandes est très similaire d'un canton à l'autre, les nouvelles demandes faisant l'objet d'un examen plus attentif que les cas soumis aux révisions périodiques. Les plus grosses difficultés ont trait au rassemblement des données concrètes du cas d'espèce ainsi qu'aux appréciations inhérentes à une modification du degré des soins requis, aux biens immobiliers à l'étranger, au droit éventuel à des rentes, au calcul du revenu hypothétique, aux prétentions LPP, sans occulter tout le chapitre lié aux successions. Il peut arriver que des biens ou des valeurs non déclarés par les demandeurs de PC restent ignorés des organes PC et ne peuvent donc être vérifiés. Un potentiel d'amélioration existe toutefois au niveau de l'échange des informations ou de la disponibilité des données entre tous les organes concernés par la procédure de demande. Le nombre des abus en matière de PC varie, selon les estimations des 1166 organes PC, de 0 à 5 % de la totalité des cas PC.

Les actes de dessaisissement jouent un rôle mineur

Lors d'une nouvelle demande, l'organe PC doit examiner si des éléments de revenu ou de fortune (p. ex. donations entre vifs, avances d'hoiries, renonciation à un héritage, à l'exercice du droit à une rente, à des prestations d'entretien du droit de la famille, ainsi qu'à des droits d'habitation ou d'usufruit) ont été dessaisis. L'enquête écrite menée auprès des organes PC démontre qu'il est question d'un dessaisisse-

ment dans environ 10 % des demandes PC déposées. L'examen y relatif est opéré sur la base de données fiscales et si possible rétroactivement lorsqu'une telle opération paraît indiquée. On observe des différences entre les cantons au niveau des périodes contrôlées.

Il y a très peu d'informations concernant les demandes rejetées

Faute de données détaillées sur les demandes rejetées, il n'est guère possible de savoir en vertu de quels critères et dans quelle ampleur des demandes PC ont été rejetées. Cela étant, les marges de manœuvre laissées aux cantons en matière de franchises sur les immeubles ou de taux d'imputation de la fortune des bénéficiaires de rentes AVS et AI vivant dans un home ou dans un hôpital aboutissent à des calculs PC différenciés. Aucune fortune n'est prise en compte pour environ 75 % des bénéficiaires de PC. Environ 10 % des demandeurs de PC font état d'une propriété foncière et 40 % d'entre eux obtiennent une PC. Comparé au taux général d'acceptation des nouvelles demandes qui s'élève à deux tiers, ce taux est donc plus faible.

Le taux de non-perception des PC est jugé bas

Le taux de non-perception des PC est constitué par le pourcentage des ayants droit potentiels aux PC qui ne font pas valoir leur droit y relatif.

Les organes PC évaluent ce taux à 6 % en moyenne (il est nettement plus bas chez les pensionnaires de home que chez les personnes vivant à domicile). Le taux de non-perception de 33 %, établi par une étude du Fonds national de 1997, paraît exagéré au regard de l'évaluation ici menée. Les causes principales de non-perception de PC résident avant tout dans le sentiment de ne pas avoir besoin de telles prestations, mais aussi dans le souci à ne pas vouloir faire état de sa situation personnelle et financière à l'égard des autorités publiques. Les résultats des sondages téléphoniques confirment les appréciations des organes PC.

Les prestations complémentaires font partie intégrante du 1^{er} pilier

Le mandat d'information inscrit dans la loi est rempli par tous les cantons. L'information est fournie et parvient aux destinataires par différents canaux. L'activité d'information n'a toutefois qu'une incidence plutôt faible sur les taux de perception de PC dans les cantons et les communes. Les facteurs démographiques et structureaux jouent un rôle beaucoup plus important. Les cantons traitent et examinent les demandes de manière comparable et les organes d'exécution estiment que le taux d'abus est faible.

Les résultats de l'évaluation mènent aux cinq recommandations suivantes à l'attention de l'OFAS:

- fixation – en collaboration avec la Commission des problèmes d'ap-

plication en matière de PC – d'une norme minimale pour les tâches d'information qui incombent aux organes PC et autres agences communales AVS;

- fixation d'un taux unique dans tous les cantons d'imputation de la fortune des rentiers AVS et AI vivant dans un home;
- enregistrement au sein du registre des statistiques de l'OFAS des données des demandes de PC rejetées;
- reprise par l'OFAS de contrôles matériels des cas d'espèce PC auprès des organes d'exécution des PC;
- garantie d'un accès automatique des organes PC aux données pertinentes pour l'examen du cas (en particulier les données fiscales).

Ueli Luginbühl, économiste d'entreprise HES, centre de compétences Audit de rentabilité et évaluation, Contrôle fédéral des finances.
Mél: ueli.luginbuehl@efk.admin.ch

Le rapport est disponible sous:
www.cdf.admin.ch

Les jeunes soutiennent à fond la diversité, les droits de l'Homme et la participation

La campagne du Conseil de l'Europe «Tous différents – tous égaux» a été présentée le 22 mai 2006 au Palais fédéral (cf. Sécurité sociale CHSS 3/2006, p. 130). De juin 2006 à septembre 2007, des jeunes vont marquer leur soutien à la diversité, aux droits de l'Homme et à la participation. Voici de quoi il sera question et comment la campagne est conçue.

Annette Leimer Bakkers

Domaine Familles,
générations et société, OFAS

Du réchauffé ?

En 1995, le Conseil de l'Europe lançait une campagne contre le racisme, l'antisémitisme, la xénophobie et l'intolérance, sous le slogan «Tous différents – tous égaux». Un comité composé de personnalités et de divers partenaires issus des activités de jeunesse extrascolaires, d'organisations de jeunesse et de défense des droits de l'Homme, des cantons et de la Confédération prit alors la responsabilité de la campagne suisse, pour mettre sur pied moult activités, débats publics et autres manifestations. Les travaux menés lors de cette campagne ont conduit à la création de l'actuel Service de lutte contre le racisme au sein du Secrétariat général du Département de l'intérieur. Par ailleurs, une organisation locale créée à l'occasion de la campagne de 1995 pour lutter contre le racisme existe encore aujourd'hui.

En 2005, les chefs d'Etat et de gouvernements des Etats membres se rencontraient à Varsovie pour le 3^e sommet du Conseil de l'Europe. Alors président de la Confédération, Samuel Schmid y représentait la

Suisse. Il y fut convenu d'un plan d'action prévoyant explicitement la promotion de la coopération avec les jeunes; une campagne pour la diversité, les droits de l'Homme et la participation en fait partie. Comme vous avez déjà pu le lire dans le précédent numéro de Sécurité sociale, cette campagne s'étendra de juin 2006 à septembre 2007. Et elle s'intitulera aussi «Tous différents – tous égaux»! Est-ce à dire qu'elle n'est qu'une reprise de l'édition de 1995? Bien sûr que non!

Pourquoi cette campagne ?

La diversité est un fait positif et une condition pour la vie culturelle et sociale. Elle est aussi un défi. Il s'agit d'affronter la part obscure de la diversité, comme les carences de l'intégration ou l'augmentation des cas de discrimination et d'agressions racistes. Quant à la promotion des droits de l'Homme et de la participation, elle met en œuvre des concepts fondamentaux pour des citoyennes et des citoyens dans une démocratie. Ces réflexions sont récapitulées dans le titre de la campagne, «Tous différents – tous égaux»: par leur indivi-

dualité, leurs talents, leurs dons et leur potentiel, tous les êtres humains sont différents, mais ils sont tous égaux devant la loi, comme citoyennes et citoyens de l'Etat et en vertu des droits fondamentaux ancrés dans la Convention européenne des droits de l'homme.

Pourquoi en Suisse aussi ?

Le monde globalisé d'aujourd'hui ne nous permet plus de faire comme si les combats menés chez nos voisins ne nous concernaient pas. La Suisse fait partie de l'Europe et doit s'engager de concert avec le Conseil de l'Europe contre le racisme et les discriminations. Par ailleurs, la diversité est une réalité vécue depuis longtemps dans notre pays et peut servir de modèle. Des minorités linguistiques, par exemple, sont protégées et, tout bien considéré, on peut observer en Suisse une paisible coexistence.

La diversité suisse ne va pourtant pas de soi. Elle s'élabore tous les jours. Chaque votation est l'occasion d'entendre parler de «Röstigraben» ou de «Polentagraben»... Vivre la diversité est affaire de volonté politique et d'actes concrets. Provoquer et faire droit à cette ouverture façonne au jour le jour notre diversité.

En comparaison européenne, le processus d'intégration que connaît notre pays a été jusqu'à présent plutôt efficace. Mais les défis demeurent, surtout en ce qui concerne les jeunes. Le rapport sur l'intégration que vient de publier l'Office fédéral des migrations indique que 50 000 enfants étrangers sont en classes spécialisées. Par rapport à l'ensemble des enfants, ils sont rangés parmi les élèves de faible niveau bien plus souvent que les enfants suisses.

tous différents
tous égaux

Chaque année, 3000 jeunes d'origine étrangère abandonnent leur formation professionnelle sans l'avoir achevée. L'accès à une place d'apprentissage est difficile pour les jeunes en provenance de l'ex-Yougoslavie, de Turquie et du Portugal. Certaines études révèlent une discrimination selon la provenance des personnes. Une bombe à retardement pour notre société!

Pour être capable de prendre part à la société, il faut bénéficier d'une égalité des chances en matière d'accès à la formation, au travail et à d'autres ressources. Il revient à la société de garantir un accès équitable en ces domaines. Cela dit, il y a des intégrations réussies; des personnes déjà intégrées peuvent transmettre leur expérience et leurs connaissances à d'autres, leur permettant ainsi d'entrer à leur tour dans le processus. Mais l'égalité des chances commence par la lutte contre les discriminations et les actions de prévention. C'est pourquoi la campagne doit permettre d'aborder les discriminations qui concernent les jeunes (recherche de place d'apprentissage ou accès à des lieux publics, par exemple) et de proposer des solutions constructives.

Concrètement ?

Ce n'est qu'en joignant les forces de la société civile, des organisations non gouvernementales, de l'administration et des commissions fédérales dans une action commune que l'on parviendra à atteindre les objectifs esquissés ci-dessus. La Confédération peut agir sur le cadre, en faisant connaître à un public plus large l'expérience acquise de la promotion de projets, en facilitant la participa-

tion des jeunes à la lutte contre le racisme, en en assurant le financement ou en diffusant son savoir-faire auprès de nouveaux porteurs de projets. Les projets doivent toutefois être mis sur pied par des organisations non gouvernementales, sur le terrain, au niveau local ou régional.

Contrairement à ce qui s'est passé lors de la campagne de 1995, la campagne de 2006/2007 ne sera pas conduite par un comité faitier. Sa direction est assurée par Infoklick.ch – Promotion des enfants et des jeunes en Suisse, en collaboration avec le Conseil suisse des activités de jeunesse (CSAJ). Un groupe de pilotage, regroupant l'OFAS, le Service de lutte contre le racisme, Infoklick et le CSAJ, est chargé des affaires courantes et du suivi des contacts. Les services fédéraux concernés par les buts de la campagne ont reçu une information lors d'une première séance. Durant les prochains mois, il s'agira également de gagner les cantons à la cause. Les organisations de jeunesse et de défense des droits de l'Homme seront informées des principaux buts de la campagne lors d'une rencontre particulière, lors de laquelle elles pourront élaborer des pistes facilitant leur engagement pour la diversité, les droits de l'Homme et la participation.

Aucun financement spécial n'est mis à la disposition de cette campagne. Des crédits comme celui prévu par la loi sur les activités de jeunesse ou des subventions en faveur de la lutte contre le racisme seront affectés pour soutenir des activités s'inscrivant dans le concept de la campagne. Les services fédéraux déjà nommés se sont déjà entendus pour promouvoir des projets au niveau du contenu, de manière à ce que la

campagne soit largement soutenue. D'autres services ne disposant pas de moyens financiers, mais concernés par les questions abordées par la campagne (par exemple les femmes, le racisme, le sport ou les personnes handicapées), pourront faire usage du message et du matériel de la campagne à travers leurs activités usuelles.

Campagne pour et par les jeunes

En rupture avec ce qui se fait généralement dans les campagnes axées sur des coups médiatiques, la campagne «Tous différents – tous égaux» est conçue comme un chantier. Elle ne prendra donc forme qu'au fil des projets et des manifestations qui l'incarneront. Les premiers coups de pioche ont déjà montré l'esprit dans lequel se fera la construction: la campagne s'est ouverte les 2 et 3 juin 2006 lors du Festival Imagine contre le racisme, à Bâle, et lors du championnat d'Europe de footbag, à Lausanne. D'autres projets sont prévus dans les prochains mois. Espérons qu'ils inspirent d'autres organisateurs. Nous vous tiendrons au courant de l'avancée de cette entreprise.

Informations complémentaires sur les sites suivants:

www.alleanders-allegleich.ch
www.tousdiffereents-tousegaux.ch
www.tuttiiversi-tuttiuguali.ch
www.tutsdiffereents-tutsegaux.ch

Annette Leimer Bakkers, secteur Questions de l'enfance, de la jeunesse et de la vieillesse, domaine Familles, générations et société, OFAS.

Mél: annette.leimer-bakkers@bsv.admin.ch

La 5^e révision de l'AI avant la procédure d'élimination des divergences

Après des travaux préparatoires aussi intenses qu'exigeants, le dossier complexe de la 5^e révision de l'AI a franchi rapidement le cap du Conseil des Etats le 22 juin dernier. Les divergences avec la chambre du peuple étant peu importantes, la 5^e révision de l'AI devrait être approuvée par le Parlement lors de sa prochaine session d'automne. L'article qui suit s'intéresse toutefois moins à l'acte législatif proprement dit qu'aux trois nouveautés fondamentales qu'il introduit dans le système de l'AI : la détection précoce, l'intervention précoce et les mesures de réinsertion. Il aborde aussi brièvement d'autres modifications, dont certaines ont été introduites lors des délibérations parlementaires de détail.



Adelaide Bigovic-Balzardi, Bernard Frei und Nancy Wayland Bigler
Domaine AI, OFAS

Détection précoce

Plus l'on détecte et aborde tôt un problème et plus il sera possible d'améliorer la situation ou de résoudre entièrement le problème en engageant des frais relativement modestes. Il s'agit dès lors de surveiller les premiers symptômes qui révèlent un risque d'invalidité et d'y réagir de façon judicieuse. C'est sur ce principe que reposent la détection précoce (DP) et l'intervention précoce (IP) de l'AI. Pour que la détection et l'intervention précoces soient efficaces, les offices AI doivent collaborer avec d'autres assureurs. Ainsi, une assurance d'indemnités journalières

peut tout à fait se charger de la détection précoce et conclure que l'assuré doit déposer une demande à l'AI. L'office AI se chargera de la détection précoce si aucun autre assureur ne le fait.

Dans la perspective de l'invalidité, de longues absences pour cause d'accident ou de maladie ou de brèves absences répétées sont des symptômes à ne pas négliger. Les personnes (employeurs, membres de la famille) ou les instances (assurance d'indemnités journalières, assurance-accidents, etc.) qui remarquent ces absences jouent ainsi un rôle important. Elles peuvent tenter, dans un entretien avec l'assuré,

d'identifier les causes et les conséquences possibles de la longue incapacité de travail. Si elles n'y parviennent pas ou si aucun entretien ne peut avoir lieu, elles peuvent communiquer le cas au service de DP AI après avoir informé l'assuré de leur intention. Celui-ci peut cependant aussi communiquer lui-même son cas à l'AI. La communication se fait par écrit¹ sur un formulaire de deux pages qui contient les données nécessaires pour que le service de DP AI puisse inviter l'assuré à un entretien d'une heure environ (premier entretien). Cet entretien de DP a lieu au plus tard cinq semaines après la communication, donc environ deux mois après le début de l'incapacité de travail.

Ce premier contact a pour but de permettre au service de DP AI de déterminer, avec l'assuré, si des mesures de normalisation de la situation doivent être prises et lesquelles. Il s'agit donc de savoir si les instruments de l'AI permettent de résoudre le problème et s'il est utile ou non de déposer une demande à l'AI. Le dépôt d'une demande ne s'avère pas utile lorsque les problèmes de santé ne sont pas la véritable raison de l'absence du travail. L'AI indique les mesures à adopter (désendettement, mesures d'intégration sociale, cours de langue, consultation conjugale, service de consultation pour enfants et adolescents, etc.) à l'assuré et, avec le consentement de celui-ci, à l'instance qui a communiqué le cas et à d'autres instances intéressées, le cas échéant, pour que l'assuré puisse à nouveau exercer une activité lucrative dans la mesure prévue. Il faut donc que la personne chargée

¹ Une incapacité de travail de 30 jours ou de brèves absences régulières peuvent justifier une communication.

de la détection précoce dispose d'un vaste savoir et de connaissances très complètes des institutions sociales et des centres de consultation de sa région.

En revanche, si des causes d'ordre médical jouent un rôle prépondérant, c'est-à-dire s'il semble que la situation actuelle puisse réellement déboucher sur une invalidité, l'AI explique à l'assuré les mesures envisageables et l'invite à déposer une demande. Il est important de comprendre que la détection précoce proprement dite ne dure pas longtemps à l'AI puisqu'elle commence au moment où le cas est communiqué et se termine par la décision de savoir si une demande de prestations AI doit être déposée ou non. Ce bref laps de temps comprend les éléments suivants :

- organisation de l'entretien de DP;
- réalisation de l'entretien;
- détermination de la suite de la procédure, toujours en collaboration avec l'assuré.

Cette phase relativement brève est d'emblée caractérisée par le contact personnel et direct entre le service de DP AI et l'assuré, sans négliger si possible l'instance qui a communiqué le cas ni, le cas échéant, d'autres personnes (employeur, médecin traitant, etc.). La procuration que l'assuré signe lors du premier entretien permet l'échange d'informations que cette démarche requiert. La DP comprend aussi des conseils, des prestations de services et des informations de caractère général qui ne concernent pas un assuré en particulier. L'on peut imaginer ici des renseignements fournis par téléphone

pour répondre aux demandes d'informations des employeurs et d'autres milieux, des contacts avec les entreprises de la région et des activités de sensibilisation et d'information.

Intervention précoce

Le dépôt de la demande de prestations de l'AI marque le début de la phase d'intervention précoce. La demande peut soit être déposée comme il en va actuellement, soit après la détection précoce. L'intervention précoce se caractérise elle aussi par un contact direct noué aussitôt que possible entre l'office AI et l'assuré. Sur la base du dossier existant (demande de prestations et, si disponible, communication et procès-verbal de l'entretien de détection précoce, rapport médical le cas échéant), l'office AI décidera s'il faut inviter l'assuré à une séance de récolte d'informations et d'évaluation des besoins. Si tel est le cas, cet examen minutieux de la situation personnelle qui analyse toutes les ressources existantes (contexte personnel, familial et social, soutien professionnel) a lieu dans le mois qui suit le dépôt de la demande. Il a pour but d'élaborer un plan de réadaptation qui montre les mesures à prendre pour atteindre les objectifs intermédiaires qui doivent aboutir en fin de compte à la réinsertion sur le marché du travail, sans octroi de rente.²

Le plan de réadaptation se concrétise dans une «convention relative aux mesures devant mener à la réadaptation» (convention relative aux objectifs). Cette convention contraignante précise non seulement l'objectif ultime et les objectifs partiels de la réadaptation, mais aussi les mesures du catalogue de prestations de l'AI requises pour atteindre ces objectifs, les responsabilités concernant les différentes mesures, le calendrier, la durée et les délais des mesures, ainsi que les modalités (date et méthode) de la révision du

plan de réadaptation. Les mesures de réinsertion (cf. infra) et les mesures d'intervention précoce viennent étoffer le catalogue de prestations de l'AI. Si elles se greffent pour l'essentiel sur des programmes existants, les mesures d'IP peuvent aussi consister en des interventions moins classiques, comme un coaching personnel ou l'éducation du patient qui montre à celui-ci comment gérer sa maladie. Les mesures d'IP coûtent en moyenne 5000 francs (au maximum 20000 francs). L'intervention précoce s'achève par la décision de principe relative à la réadaptation, prise six mois après le dépôt de la demande de prestations.³ Si l'instruction de la demande montre que l'assuré a droit aux mesures de réadaptation et dispose d'une capacité objective de réadaptation,⁴ l'office AI ordonne les mesures ad hoc, avec pour conséquence le refus du droit à la rente. Après la conclusion des mesures de réadaptation, il devra éventuellement statuer sur le droit à une rente partielle en effectuant une comparaison définitive des revenus.

Mesures de réinsertion

Les mesures de réadaptation d'ordre professionnel accordées aujourd'hui par l'AI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, aide au placement et aide en capital) sont souvent peu adéquates pour une (ré)insertion professionnelle réussie, notamment pour la catégorie toujours plus nombreuse des personnes dont la limitation de la capacité de travail est d'origine psychique. Pour cette catégorie de personnes, l'application immédiate de mesures d'ordre professionnel n'est souvent pas une solution, car ces programmes leur demandent une résistance et une constance excessives et ne tiennent pas suffisamment compte de leur situation sociale et personnelle. Des mesures situées à cheval entre la réinsertion sociale et la réinsertion

2 Dans certaines situations, le but à atteindre sera cependant une capacité de gain partielle assortie d'une rente partielle.

3 Il s'agit de la décision visée à l'art. 28, al. 1, let. a, LAI qui ouvre la voie soit à la réadaptation, soit à la rente (tendance). Le nouvel art. 49a LAI décrit cette décision au niveau de la loi et constitue une prescription de procédure. Il s'agit d'une durée maximale absolue.

4 L'instruction comprend notamment une comparaison provisoire des revenus.

professionnelle peuvent cependant, précisément dans le cas des malades psychiques, être une meilleure condition de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, sans lesquelles la réadaptation n'est tout simplement pas possible.

Pour cette raison, la 5^e révision de l'AI ajoute au catalogue de prestations un nouvel instrument appelé «mesures de réinsertion» qui vise la réadaptation socioprofessionnelle (accoutumance au processus de travail, stabilisation de la personnalité, stimulation de la motivation au travail, socialisation de base, structuration de la journée et maintien de sa structure) afin d'améliorer les possibilités de réinsertion de cette catégorie de personnes⁵ qui peuvent ainsi augmenter progressivement leur capacité de travail et leur endurance pendant un an.

Les différentes mesures de réinsertion

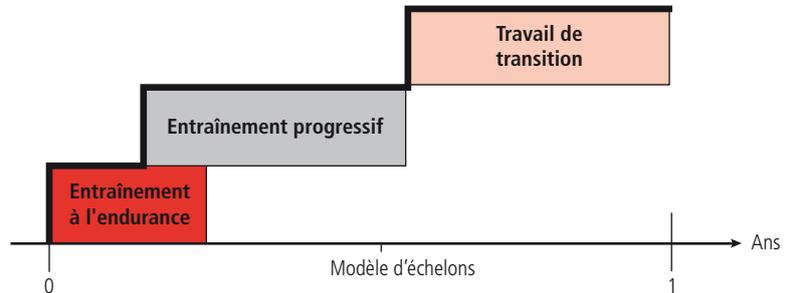
Lors de la conception des mesures de réinsertion, les critères suivants ont joué un rôle particulièrement important :

- conception modulaire;
- répétabilité;
- réadaptation rapide et durable;
- objectifs clairs (mesures concrètes, acceptables, réalistes, mesurables, contraignantes pour la personne, assorties d'un plan de réadaptation à valeur de contrat);
- accompagnement, soutien et encouragement individuels des employeurs et des personnes assurées;
- prise en compte de tous les aspects (médicaux, professionnels, sociaux, etc.).

Deux modèles de mesures de réinsertion indépendants l'un de l'autre ont été élaborés. Le premier est un modèle d'échelons (**graphique 1**) comprenant trois mesures distinctes dont une ou plusieurs sont utilisées en fonction de la capacité d'endurance et de la stabilité psychiques de

Modèle d'échelons

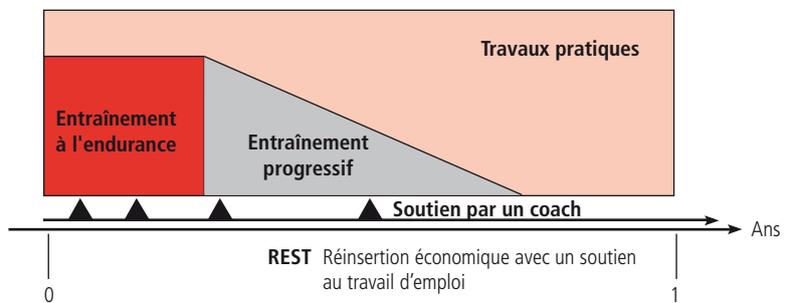
G1



Source: Assurance-invalidité, OFAS

REST

G2



Source: Assurance-invalidité, OFAS

la personne. Il est donc envisageable qu'une personne passe par plusieurs échelons au cours d'une année.

L'autre possibilité (**graphique 2**) est le modèle REST (réinsertion proche de l'économie avec un soutien sur le lieu de travail) en cours d'emploi avec encadrement en entreprise), une variante de l'emploi accompagné selon laquelle la personne assurée passe à un poste de travail dans l'économie libre par toutes les étapes de la réadaptation socioprofessionnelle, idéalement jusqu'à un engagement ferme. L'employeur et la personne assurée sont soutenus par un coach professionnel externe pendant une année au plus.

Pour l'entraînement à l'endurance, la mesure la plus facilement accessible, les seules exigences posées concernent la présence. Pour les autres mesures, la présence régulière est requise d'emblée et les exigences varient pour ce qui est de la capacité de travail dans une activité adaptée. Les mesures de réinsertion

se différencient aussi quant à leur proximité par rapport à l'économie: l'entraînement à l'endurance et l'entraînement progressif s'effectuent essentiellement dans des institutions, tandis que le travail de transition a principalement lieu dans l'économie libre. La REST constitue une forme mixte: l'encadrement ou l'accompagnement est similaire à celui fourni dans une institution, mais cette mesure est exécutée dans l'économie libre.

Chaque mesure de réinsertion a pour but de réinsérer la personne dans le monde du travail le plus rapidement possible. Si la préparation est réussie, deux possibilités s'offrent pour la suite :

- l'entrée directe dans le marché primaire du travail avec ou sans allocation d'initiation au travail;

⁵ Dans la mesure où la portée et la gravité de l'atteinte à la santé réduisent d'au moins 50 % la capacité de travail depuis au moins 6 mois.

- l'octroi de mesures d'ordre professionnel (p.ex. reclassement, aide au placement).

L'approche socioprofessionnelle et la possibilité d'interrompre les mesures et de les reprendre ultérieurement permettent de concevoir des mesures de réinsertion adaptées à la situation particulière des personnes dont la capacité de travail est restreinte pour des raisons psychiques. Ces personnes pourront ainsi avoir accès à des mesures d'ordre professionnel plus exigeantes et augmenter leurs chances de réinsertion sur le marché primaire du travail.

Autres modifications de la 5^e révision de l'AI

Avec l'introduction du système de détection et d'intervention précoces, la 5^e révision de l'AI vise en premier lieu à détecter rapidement les personnes menacées d'invalidité et à prévenir la perte de l'emploi. La révision introduit toutefois d'autres nouveautés. Nous en commenterons brièvement ci-dessous les principales, en tenant compte des modifications adoptées lors des débats parlementaires, sous réserve du vote final à l'Assemblée fédérale.

Collaboration et obligations des assurés

La 5^e révision de l'AI concrétise davantage la collaboration des assurés. Au titre «Obligations de l'assuré», la loi dit expressément que les assurés doivent tout faire pour limiter autant que faire se peut l'incapacité de travail. En particulier, les atteintes à la santé pouvant mener à l'invalidité doivent recevoir un traitement médical approprié. De la sorte, l'obligation des assurés de prévenir et de réduire le dommage – un principe juridique appliqué depuis longtemps mais jamais inscrit dans la loi – est concrétisée et codifiée. Les deux Chambres ont accepté sans modification ce renforcement légal de la responsabilité indivi-

duelle des assurés. Selon les circonstances, le manquement à l'obligation de réduire le dommage peut être sanctionné par le refus ou la réduction des prestations, sans qu'une procédure de rappel ou un délai de réflexion ne soient ici prévus. Les obligations de l'assuré sont par ailleurs rendues plus strictes par le fait que les mesures de réadaptation sont considérées comme exigibles tant qu'elles n'entraînent pas une dégradation de l'état de santé de l'assuré, qui ne peut donc plus faire valoir d'autres raisons pour refuser de collaborer.

Collaboration des employeurs et incitations à leur intention

Tant la Chambre haute que la Chambre basse se sont intéressées aux modalités permettant d'associer plus directement les employeurs. Elles ont écarté les mesures de contrainte (comme l'introduction d'un contingent), tout en soulignant que les employeurs joueront un rôle important dans la réussite de la mise en œuvre de la 5^e révision de l'AI. A la suite de ces délibérations, la Chambre des cantons a introduit un article supplémentaire qui impose expressément aux employeurs l'obligation de collaborer activement avec les offices AI afin de «contribuer à la mise en œuvre d'une solution appropriée s'inscrivant dans les limites du raisonnable». Il est impossible de connaître à l'heure actuelle les conséquences de ce nouvel article. Le Conseil des Etats considère qu'il concrétise l'obligation faite à l'employeur de protéger la personnalité et la santé du travailleur. Compte tenu du caractère vague des notions juridiques de l'exigibilité et du caractère approprié, il faudra attendre les décisions de la jurisprudence pour connaître la portée réelle de cette nouvelle disposition légale.

Le législateur a aussi accordé de l'importance aux incitations et ajouté un article qui prévoit que l'AI peut accorder un soutien financier aux employeurs qui gardent des em-

ployés pendant les mesures de réinsertion. Finalement, l'assurance pourra verser une indemnité pour les augmentations des cotisations versées à l'assurance d'indemnités journalières et à la prévoyance professionnelle lorsque ces augmentations sont dues à une «rechute» pour cause de maladie intervenue après le placement de l'assuré. Ces deux nouveautés sont à rapprocher de la possibilité déjà prévue par le message de verser des allocations pendant les périodes de mise au courant et d'initiation.

Incitation pour déposer la demande AI le plus tôt possible

Les deux Chambres ont maintenu le principe qui veut que la demande de prestations AI soit déposée le plus tôt possible, comme le prévoyait le message. Selon la 5^e révision de l'AI, la demande devra être déposée six mois avant l'éventuel versement de la rente. Si cette condition est respectée, le droit à la rente naît toujours après un délai d'attente de douze mois (pour autant que les autres conditions d'octroi soient remplies). Le but de cette nouvelle disposition est d'inciter les assurés à ne pas déposer de demande très tardivement (actuellement, 94,5 % des demandes sont déposées après douze mois ou plus). Cette disposition est importante, car toutes les demandes ne portent pas, tant s'en faut, sur le versement d'une rente, mais très souvent sur la réadaptation. Dans la plupart des cas, la réadaptation est devenue impossible après un si long délai. Il s'agit d'une norme à placer dans la perspective du caractère facultatif de la détection précoce et destinée à repêcher des cas qui n'ont pas été communiqués à temps.

Accès à la rente

L'art. 28, al. 1, let. a, a provoqué de nombreux débats dans les deux chambres. Les organisations d'aide aux personnes handicapées, en par-

ticulier, craignaient qu'il barre l'accès à la rente à de nombreux assurés qui souffrent de maladies évoluant par poussées. Les débats ont permis de tirer le sujet au clair. En supprimant le terme «vraisemblablement», le législateur a manifesté sa volonté de ne pas permettre un report illimité de la décision de principe sur la possibilité de réaliser des mesures de réadaptation. Cette volonté se concrétise par une disposition de procédure, adoptée par le Conseil des Etats, selon laquelle la décision doit être prise dans un délai de douze mois au plus. Toutefois, le Conseil fédéral a clairement indiqué qu'il escompte que la décision sera prise dans les six mois dans la grande majorité des cas.

Perspective

En dépit du net recul du taux de nouvelles rentes depuis 2003, l'AI continue à engendrer un déficit quotidien d'environ cinq millions de francs. L'entrée en vigueur prévue de la 5^e révision de l'AI le 1^{er} juillet 2007 a aussi pour but de garantir que les économies prévues de l'ordre de 300 millions de francs soient réalisées le plus rapidement possible. En septembre 2006, la 5^e révision de l'AI fera l'objet d'une procédure

d'élimination des divergences. Si le rythme de décision actuel peut être maintenu, le vote final pourrait avoir lieu lors de la session d'automne.

Les Chambres ont ajourné la partie de la révision qui porte sur les recettes. Dans son message concernant la 5^e révision de l'AI, le Conseil fédéral propose une augmentation des cotisations salariales de 1,4% à 1,5% et, dans son message relatif au financement additionnel de l'AI, un relèvement du taux de la taxe sur la valeur ajoutée de 0,8 point, ce qui équivaut à 0,9 point de TVA en tout.⁶ Compte tenu de la réduction du nombre de nouvelles rentes, l'on peut actuellement estimer qu'un relèvement des recettes correspondant en tout à 0,8 point de TVA serait suffisant.

Pour débattre des questions de financement, les Chambres fédérales veulent attendre la votation du 24 septembre sur l'initiative COSA «Bénéfices de la Banque nationale pour l'AVS». Si le peuple et les cantons rejettent l'initiative, les sept milliards du produit de la vente de l'or de la Banque nationale qui reviennent à la Confédération seront versés au Fonds de l'AVS qui supporte actuellement des dettes de l'AI d'un montant approximativement égal.

Cette démarche ne fait pas l'unanimité dans les milieux politiques. Du côté des dépenses, la 5^e révision de l'AI exige des assurés des économies substantielles (suppression du supplément de carrière et des rentes complémentaires en cours pour le conjoint). Les partis de gauche et les organisations d'aide aux personnes handicapées estiment que ce sacrifice se justifie uniquement si des mesures accroissant les recettes permettent de rétablir l'équilibre financier de l'AI.

Adelaide Bigovic-Balzardi, lic. phil., secteur Législation et développement, domaine Assurance-invalidité, OFAS.
Mél: adelaide.bigovic@bsv.admin.ch

Nancy Wayland Bigler, lic. phil., MLaw, cheffe du secteur Législation et développement, domaine Assurance-invalidité, OFAS.
Mél: nancy.wayland@bsv.admin.ch

Bernard Frei, économiste d'entreprise HES, chef d'unité, secteur Subventions et controlling, domaine Assurance-invalidité, OFAS. Mél: bernard.frei@bsv.admin.ch

⁶ Un point de TVA équivaut actuellement à un pour-cent de salaire.

Programme de recherche PR-AI L'assurance-invalidité sous la loupe

Les réponses scientifiquement fondées manquent presque partout où se discutent les questions liées à l'assurance-invalidité. La Commission de gestion du Conseil des Etats (CdG-E 2005) a critiqué cet état de fait dans un rapport de l'année dernière, donnant ainsi le coup d'envoi définitif au programme de recherche pluriannuel concernant l'application de la loi, programme requis par l'art. 68 LAI et l'art. 96 OAI depuis la 4^e révision de l'assurance-invalidité.



Martin Wicki

Division Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS

Depuis les années 1990, le nombre de nouvelles rentes de l'assurance-invalidité a fortement augmenté. Cette augmentation – vertigineuse, en comparaison internationale – cache le fait que, toujours par rapport aux autres pays, le taux d'invalidité de la Suisse demeure bas. Comme le financement des prestations dépend en grande partie de prélèvements salariaux restés constants, un fossé toujours plus grand se creuse entre les recettes et les dépenses entraînant un endettement de l'AI de huit milliards de francs déjà en 2005. Cela menace toujours plus le fonds de compensation de l'AVS chargé de régler les dettes. D'après les calculs de l'OFAS, sans les mesures de la 5^e révision et un financement complémentaire, le fonds de compensation serait totalement épuisé d'ici 2014.

La part des personnes bénéficiaires d'une rente AI pour cause de

maladie psychique se situe à environ 40 %, ce qui la place au-dessus de la moyenne des autres pays. Que se cache-t-il derrière ce nombre croissant de personnes, manifestement plus en mesure de rester dans le monde du travail, tombant malades et déclarées invalides ? La pression toujours plus forte d'une économie sans cesse plus dérégulée, comme certains l'affirment ? Une modification de la notion de santé et d'invalidité ? Ou les employeurs, les services sociaux et les offices AI sont-ils plus prompts, depuis les années 1990, à faire passer une personne de la vie active à l'AI, comme d'autres le pensent ? Certes, des facteurs aussi bien endogènes qu'exogènes contribuent à l'augmentation du nombre de bénéficiaires AI. Un passage en revue de la littérature internationale spécialisée de 1980 à 2000 permet d'estimer que les facteurs exogènes sont moins importants que les endogè-

nes, exception faite du chômage (Aarts, de Jong, Prinz 2000). Nous manquons toutefois encore d'une évaluation scientifique permettant de distinguer le poids respectif de ces différents facteurs dans notre pays.

Entre-temps, après les années où les réformes ont été gelées, la politique a commencé à réagir à l'évolution de l'assurance-invalidité. Depuis l'entrée en vigueur de la 4^e révision de la LAI en 2005, le principe en vertu duquel «la réinsertion avant la rente» a commencé à s'imposer. Et la 5^e révision actuellement en discussion renforcera cette approche. Les personnes diminuées physiquement ou psychologiquement devront être rapidement déclarées et elles seront maintenues autant que possible en activité professionnelle, en fonction de leurs compétences et de leur capacité de travail. Pour celles qui dépendent déjà d'une rente, on doit faire davantage pour qu'elles réintègrent peu ou prou le monde du travail. Cette nouvelle approche est gouvernée en sous-main par une conception qui considère le travail comme un facteur central d'intégration sociale devant faire sens et promouvoir l'indépendance personnelle. D'après cette manière de voir, il faut améliorer les conditions facilitant l'occupation professionnelle des personnes à capacité de gain réduite, au lieu de les éjecter des relations de travail. Au lieu de se focaliser sur leurs défauts, il s'agit de se river aux capacités qui leur restent. Cela entraîne un véritable changement de paradigme dans l'AI.

Etonnamment, les derniers chiffres indiquent un net recul des nouveaux cas d'invalidité ces deux dernières années, alors que la 5^e révision, qui s'est fixé pour objectif de les réduire de 20 %, est encore en

discussion et que les mesures à prendre pour y parvenir sont encore moins avancées. Les spécialistes s'interrogent sur cette baisse, comme le montre une étude Delphi menée à l'OFAS (Modetta 2006). Ils s'accordent à dire que les offices AI sont devenus plus «sévères» et que l'introduction des services médicaux régionaux (SMR) mis sur pied avec la 4^e révision ont permis un examen plus poussé des demandes de rente. Pourtant, des outils de la 5^e révision, comme la détection et l'intervention précoce, dans lesquels on place beaucoup d'espoir, ne sont pas encore en place. Une grande majorité des personnes ayant participé à l'enquête Delphi estime que la pratique plus restrictive des offices AI a abouti à ce que davantage d'individus se sont retrouvés à l'assistance sociale. Aussi plausible que cela puisse paraître à première vue, il faut constater que les rares données à disposition sur la question sont très équivoques. Nous ne savons tout simplement pas comment les personnes passent d'une institution de la sécurité sociale à l'autre. On ne s'explique pas non plus pour quelles raisons les demandes de rente AI ont été moins nombreuses ces dernières années.

Ce type de questions est à la base du nouveau programme de recherche PR-AI. Les premières esquisses rédigées à l'interne ont ensuite été discutées en un cercle élargi à d'autres offices fédéraux, à des offices AI, des offices cantonaux, des partenaires sociaux et des organisations d'aide aux personnes handicapées, qui ont été invités au printemps 2006 à discuter le concept global du programme. Le projet a ainsi pu être peaufiné avant d'être soumis à la commission AVS/AI. En juin 2006, il était sous toit et le DFI a ratifié le «programme pluriannuel de recherche sur l'invalidité et le handicap et sur la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-invalidité» en le dotant d'un crédit de trois millions de francs sur trois ans.

Quatre blocs thématiques

A quoi ressemble donc ce programme de recherche sur l'AI? De l'ensemble complexe des questions dont dépend une meilleure compréhension de l'AI, les plus brûlantes ont été retenues lors des discussions évoquées plus haut et ordonnées en quatre blocs thématiques. L'objectif central est d'acquérir les connaissances fondamentales nécessaires pour légiférer et appliquer la législation, ainsi que d'évaluer les mesures introduites lors des révisions de la LAI.

- Le bloc thématique «L'assurance-invalidité, en aval et en amont» s'articule autour des recouvrements entre l'assurance-invalidité et d'autres institutions de la sécurité sociale. Quels transferts observe-t-on entre l'AI, l'assurance-chômage et l'aide sociale? Quelles conséquences entraînent-ils pour les personnes concernées et pour les institutions? Quelles modifications a apporté la jurisprudence de ces quinze dernières années en matière d'assurances sociales et quelles en sont les conséquences? Les réflexions menées au niveau international laissent penser que les revenus de substitution en cas d'invalidité, relativement élevés, sont, en Suisse, à la base d'un effet pervers au niveau de la prise d'un emploi (OCDE 2006). La structure des institutions d'assurances concernées, qui relèvent – hormis l'AI, l'aide sociale et les prestations complémentaires – des assureurs privés soumis à une obligation restreinte de renseigner, fait de la détermination du montant du revenu de substitution une entreprise extrêmement complexe, méthodologiquement sophistiquée.
- Le deuxième bloc «Intérêts des acteurs et structures incitatives» a pour but d'établir si le comportement des divers acteurs s'explique par leurs intérêts et les incitations légales actuelles, et de quelle ma-

nière. Peut-on améliorer le mécanisme d'incitations? Pour pointer ce qui ne va pas, on parle ici d'abus. Mais qu'est-ce qui se cache derrière cette expression ambiguë, qui ouvre tout un éventail de significations, allant des prestations prescrites par la loi, bien que non désirées, jusqu'à l'obtention frauduleuse de rentes par des moyens illégaux, voire criminels, en passant par des prestations controversées? Cela touche aussi les employeurs et d'autres institutions dont la politique générale peut avoir amené par le passé des largesses indésirables.

- Au centre du troisième bloc thématique «Invalidité pour raisons psychiques», la question portera sur les raisons pour lesquelles le nombre de cas d'invalidité pour troubles psychiques peu définis, au diagnostic délicat, a tant augmenté. Peut-on analyser ces troubles de manière nuancée? Voit-on surgir au premier plan des problèmes de nature surtout médicale, ou d'autres types de problème sont-ils déterminants – places de travail, chômage, moins bonne qualification professionnelle, par exemple? La question portera surtout sur les personnes jeunes demandant une rente AI: les nouveaux bénéficiaires de l'AI sont en effet de plus en plus souvent jeunes, souffrant de problèmes psychiques, ce qui fait craindre une «longue carrière AI» de leur part, avec des coûts toujours plus élevés pour l'AI. Ce bloc examinera aussi comment le marché du travail doit être structuré pour intégrer le groupe de ces personnes malades et comment sa capacité d'intégration peut être améliorée.
- Le quatrième bloc «Effets de la loi, de ses révisions et des nouveaux instruments» portera sur l'évaluation des mesures légales et de leur application. On y examinera plus particulièrement la mise sur pied des services médicaux régionaux et leurs effets, ainsi que

les leçons qu'il convient d'en tirer sur le plan pratique. Par ailleurs, il s'agira de préparer l'évaluation des mesures de la 5^e révision, comme la détection et l'intervention précoce ou la collaboration institutionnelle, afin d'être à même de les accompagner scientifiquement.

Effet d'apprentissage du programme de recherche

Comment engager et organiser le programme de recherche, de sorte qu'il apporte à temps des réponses à des questions urgentes, aussi pratiques que possible pour leurs utilisateurs? Un tel programme ne saurait être «greffé» du dehors. Ce serait assurément courir le risque qu'il suscite des résistances provenant de l'intérieur comme de l'extérieur et qu'il sape la disposition d'apprentissage souhaitée. D'un autre côté, de pures autoévaluations mineraient la crédibilité des recherches et des évaluations. Les conséquences sont de taille:

- Les projets individuels devront être proposés par des instituts et des bureaux de recherche renommés dont *l'indépendance* est indiscutée, condition nécessaire pour garantir la légitimité des résultats scientifiques.
- Afin d'assurer *l'utilité pratique* des résultats, les chercheurs devront assortir leurs travaux de conclusions et de recommandations. *Tous les rapports de recherche et d'évaluation* seront publiés, que les recommandations des chercheurs s'accordent ou non avec celles des responsables politiques et de l'administration.
- Les thèmes de recherche seront élaborés de manière séquentielle, ce qui signifie que toutes les questions ne seront pas mises au

concours le même jour, mais que l'appel d'offres commencera dès septembre 2006, au gré des capacités et des *besoins* et selon *l'agenda politique*. Les projets s'ajusteront les uns en fonction des autres.

- Le programme, interdisciplinaire, sera conçu et dirigé conjointement par plusieurs secteurs de l'OFAS, en incluant des experts extérieurs. *Le groupe de pilotage* et les *quatre groupes d'accompagnement thématiques* comprendront, outre des personnes du domaine AI et de la division Mathématiques, analyses et statistiques (MAS), des représentants du Secrétariat à l'économie (seco), du Département des finances (DFF) de l'Observatoire de la santé (Obsan), de la Conférence des directeurs de l'action sociale (CDAS), des offices AI et des milieux de la recherche. Selon les projets, d'autres peuvent encore se joindre, par exemple l'Office fédéral de la statistique (OFS) ou l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Nous estimons que cet effort vaut la peine d'être consenti, que l'organisation pourra en tirer des leçons pour la pratique et qu'elle y gagnera en fin de compte bien davantage qu'elle devra y investir.

Comme indiqué, les appels d'offre pour les premiers projets seront lancés en septembre 2006, après avoir été discutés dans les groupes thématiques et approuvés par le groupe de pilotage. Ensuite, chaque groupe d'accompagnement suivra le projet jusqu'à la publication du rapport final. Il est prévu, d'ici 2009, entre 15 et 20 projets de 9 à 15 mois chacun. Un rapport de synthèse bouclera le PR-AI à l'automne 2009, tirant le bilan des connaissances scientifiques, des conclusions et des recommandations des différentes études et esquissant les points sur lesquels la recherche devra se poursuivre. Car,

tout optimiste que l'on soit, il ne faut pas s'attendre à ce que le programme réponde en trois ans à la totalité des questions que suscite l'assurance-invalidité. L'optimisme semble toutefois de mise, car le PR-AI offrira une contribution importante à la solution des problèmes que pose l'AI.

Le document d'une dizaine de pages présentant le concept de recherche, de même que des informations sur l'organisation du programme, les adresses de contacts et des indications périodiquement actualisées (appels d'offre, résultats intermédiaires et publications) se trouvent sur le site Internet de l'OFAS: www.bsv.admin.ch/iv/projekte/t/forschungsprogramm.htm

Bibliographie

Aarts, Leo, de Jong, Philipp, Prinz, Christopher (2000): Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente. Berne (OFAS) [en allemand, résumé en quatre langues]

CdG-E (2005): Vue d'ensemble des facteurs conduisant à l'augmentation du nombre de rentes et rôle joué par la Confédération. Rapport de la Commission de gestion du Conseil des Etats du 19 août 2005, Berne.

Modetta, Caterina (2006): Delphi-Studie zu Gründen für das verlangsamte Wachstum der IV-Neurenten. Berne (OFAS) [publication en cours]

OCDE (2006): Sickness, Disability and Work. Improving opportunities in Norway, Poland and Switzerland. Thematic review on sickness and disabilities, Round One. (Draft, May 2006) [non publié]

Martin Wicki, lic.phil., domaine Recherche et évaluation, division Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS, Mél: martin.wicki@bsv.admin.ch

Renforcer la prévention et la promotion de la santé

En matière de politique de la santé, l'attention s'est focalisée pendant des années voire des décennies sur la médecine curative et sur le financement du système de soins. Vu les défis actuels – l'évolution démographique, l'augmentation des maladies chroniques, le retour ou l'apparition de maladies infectieuses –, on observe depuis quelques temps que les cantons et la Confédération s'efforcent de renforcer la prévention des maladies et des accidents et la promotion de la santé.



Salome von Greyerz

Section Stratégie et politique de la santé, OFSP

Il convient de rappeler que la tendance actuelle à renforcer la prévention des maladies et des accidents et à promouvoir la santé s'inscrit dans un contexte particulier, marqué par la remise en question de deux prémisses importantes de la politique de la santé :

- Alors qu'au cours des dernières décennies on pouvait s'attendre à une augmentation constante de l'espérance de vie (en bonne santé) de la population, on redoute aujourd'hui un revirement, en raison de la forte augmentation des maladies chroniques telles que la surcharge pondérale, le diabète ou les troubles dus au stress.
- Vu l'évolution démographique et le développement des technologies médicales, les seules performances visant à l'efficacité ne devraient plus suffire à atténuer

l'augmentation des coûts des soins de santé.

Le renforcement des principes de prévention et de promotion de la santé est toutefois à même de contrer ces tendances. La prévention et la promotion de la santé peuvent non seulement entretenir et améliorer la santé et la qualité de vie des individus, mais renforcer aussi les capacités de l'ensemble de la société en maintenant les capacités de travail de la population. Cela permet d'éviter une mortalité précoce et des retraites anticipées dues à la maladie, de préserver l'autonomie des personnes âgées et d'éviter ou de retarder les besoins en soins. De même, la prévention et la promotion de la santé dynamisent les compétences en santé de la population, ce qui fait apparaître une demande et une utilisation plus différenciées des

prestations de santé et peut ainsi contribuer, à long terme, à modérer l'augmentation des coûts de la santé.

Ces dernières années, la prévention et la promotion de la santé ont clairement gagné en importance au niveau international. A l'instar de l'Union européenne, plusieurs pays ont lancé des initiatives en ce sens, en créant des structures spécialement chargées de cette politique. On relèvera ici particulièrement le programme d'action de l'Union européenne dans le domaine de la protection de la santé et des consommateurs, doté d'un crédit de 1,2 milliard d'euros pour les années 2007-2013, la promulgation en France de la loi sur la santé publique de 2004 et le débat que le gouvernement de coalition a relancé en Allemagne en annonçant une nouvelle loi sur la prévention.

Prévention et promotion de la santé en Suisse

En Suisse, l'Etat et les particuliers sont en train de lancer une multitude de programmes de prévention et de promotion de la santé aux niveaux fédéral, cantonal et communal; leur mise en œuvre se fait avec conviction. Les compétences de la Confédération en la matière se limitent selon la Constitution fédérale à quelques domaines comme :

- la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses (art. 118, al. 2, let. b, Cst.), la Confédération n'ayant jusqu'à présent opéré que dans le domaine des maladies transmissibles;
- l'information et la prévention relatives à l'utilisation des denrées

alimentaires (alimentation, alcool, tabac) et des agents thérapeutiques et des stupéfiants (art. 118, al. 2, let. a et art. 105 Cst.) ainsi que l'imposition des boissons distillées, du tabac brut et du tabac manufacturé (art. 131 Cst.);

- la prévention et la promotion de la santé dans le domaine de l'assurance-maladie et accidents (art. 117 Cst.), qui incombent en premier lieu aux assurances (CNA et assureurs selon la LAMal) et aux cantons;
- d'autres actions de prévention, notamment en ce qui concerne la protection contre les produits chimiques et les rayons ionisants (art. 118, al. 2, let. a et c, Cst.), la protection de l'environnement (art. 74 Cst.) et des travailleurs (art. 110 Cst.), et l'encouragement du sport (art. 68 Cst.).

Le **tableau 1** regroupe les principaux acteurs fédéraux selon les domaines thématiques.¹

D'après les statistiques des finances publiques établies par l'Office fédéral des statistiques (OFS), la part des dépenses en prévention et en promotion de la santé s'est située au fil de ces dernières années à un peu plus de 2 % du total des dépenses consacrées au système de santé suisse. Les coûts de la prévention et de la promotion de la santé s'élevaient à 1,125 milliard de francs en 2004, soit 2,2 % du total des dépenses pour la santé (51,723 milliards de francs). Ainsi la Suisse se situe-t-elle au-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE (près de 3 %). Les données de l'OFS ne prennent pas en considération les dépenses et investissements consentis dans d'autres politiques publiques – par exemple la formation, la promotion du sport ou l'amélioration de la sécurité routière –, ni les dépenses effectuées en

¹ La banque de données de la Fondation Prévention Santé Suisse fournit un aperçu des acteurs cantonaux et régionaux compétents dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention www.healthorg.ch.

Prévention de l'alcoolisme

Au niveau de l'administration fédérale, les offices suivants sont compétents en matière de prévention de l'alcoolisme: l'*Office fédéral de la santé publique* («Ça débouche sur quoi?»), la *Régie fédérale des alcools* (perception de l'impôt sur l'alcool, contrôle de la production et du commerce des eaux-de-vie), la *Direction des douanes* (impôt sur la bière), l'*Office fédéral des routes* («Alcool au volant» en collaboration avec le bpa), l'*Office fédéral de la communication* (loi sur la radio et la télévision, prohibition de la publicité pour l'alcool).

T1

Prévention du tabagisme

Au niveau fédéral, sont compétents l'*Office fédéral de la santé publique* (programme national de prévention du tabagisme), le *Fonds de prévention du tabagisme* (financement de projets) et la *Direction des douanes* (taxe sur le tabac). Le Fonds de prévention du tabagisme est régi par une loi spéciale et géré au sein de l'OFSP sous la surveillance du DFI.

Prévention de la consommation de stupéfiants

L'*Office fédéral de la santé publique* développe et met en œuvre des programmes nationaux de prévention en matière de consommation de stupéfiants (p.ex. supra-f, directives pour les écoles à propos de la consommation de cannabis, offre de formation continue, etc.); il soutient les cantons dans le développement d'instruments de mise en œuvre de la politique de la drogue fixée par le Conseil fédéral. L'*Office fédéral des routes* édicte la réglementation sur la conduite d'un véhicule sous stupéfiants.

Activité physique / Alimentation

Au sein de l'administration fédérale, l'*Office fédéral des sports* (p.ex. Jeunesse + Sport, Allez Hop), l'*Office du développement territorial* (p.ex. les activités encourageant un trafic de loisirs conforme au développement durable) et l'*Office fédéral de la santé publique* (5 fois par jour, Suisse Balance, plan d'action environnement et santé) s'occupent de ces thèmes. Le thème «Poids corporel sain» représente un point fort de la nouvelle stratégie de la *Fondation Promotion Santé Suisse*.

Maladies transmissibles, épidémies

L'*Office fédéral de la santé publique* prend des mesures de prévention (p.ex. VIH/sida, programmes nationaux de vaccination, prévention contre la grippe), en plus des mesures de politique de santé visant à lutter contre les maladies transmissibles (information de la population en général, auprès de groupes cibles, des particuliers et des groupes professionnels concernés; coordination nationale et internationale des mesures prises).

Santé psychique

Outre le *Secrétariat à l'économie et la CNA* (actions dans le domaine de la promotion de la santé en entreprise), la *Fondation Promotion Santé Suisse* s'engage dans la thématique «santé psychique – stress».

Promotion de la santé

La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit que les caisses mettent sur pied de concert avec les cantons une institution chargée de stimuler, de coordonner et d'évaluer des mesures encourageant la santé et la prévention des maladies. Cette tâche a été déléguée à la *Fondation Promotion Santé Suisse*. Le financement est prélevé sur les primes de l'assurance-maladie de base obligatoire.

Sécurité et protection de la santé sur les lieux de travail

La sécurité sur les lieux de travail contient la prévention des accidents professionnels et des maladies professionnelles. La protection de la santé des travailleurs englobe la réglementation du temps de travail et de repos, les prescriptions spéciales pour les adolescents et les femmes, des dispositions en matière de protection de la santé en général ainsi que des procédures d'approbation de plan et d'autorisation d'exploitation. Sont chargés d'en surveiller l'application la CNA, les *inspectors cantonaux du travail* ainsi que l'*inspection fédérale du travail*. Le financement de la prévention est assuré par des suppléments sur les primes de l'assurance accidents professionnels et par des recettes fiscales.

Accidents durant les loisirs et accidents du trafic routier

Des mesures de prévention à l'égard des accidents non professionnels sont prises par le *Bureau suisse de prévention des accidents (bpa)* et par la CNA, ainsi que par les *caisses d'assurance accidents privées*; elles sont financées par des compléments aux primes de l'assurance accidents non professionnels et par d'autres sources. En ce qui concerne les accidents de la route, le *Fonds pour la sécurité routière* soutient les efforts de prévention du bpa et d'autres organisations privées (TCS, VCS, Conseil de la sécurité routière, etc.) par des contributions financières provenant de suppléments de primes versées à l'assurance en responsabilité civile sur les véhicules à moteur. La législation y relative incombe à l'*Office fédéral des routes*.

Protection de la santé

En ce qui concerne la protection contre les rayonnements, le bruit et les produits chimiques, la protection de la santé, la sûreté alimentaire et les produits thérapeutiques, la Confédération est compétente pour légiférer, contrôler le marché et assurer la surveillance, via l'*Office fédéral de la santé publique*, l'*Office fédéral de l'environnement*, l'*Office fédéral de l'agriculture*, l'*Office vétérinaire fédéral*, le *Secrétariat à l'économie*, *swissmedic*. La CNA participe en tant qu'organe de mise en œuvre. Le financement provient de ressources de la Confédération et d'émoluments.

médecine préventive qui échoient à l'assurance-maladie obligatoire, selon l'art. 26 LAMal. Ces statistiques ne prennent pas en compte le marché, financé par des ressources privées, où sont consommées des prestations relevant de la prévention et de la promotion de la santé (bien-être, alimentation saine, etc.).

Le système actuel de prévention et de promotion de la santé peut se prévaloir de points forts: l'efficacité des programmes fédéraux dans la politique de la drogue, en matière de VIH/sida et de vaccinations est avérée; on constate de bons résultats dans la promotion de l'activité physique et de la prévention des caries; la mise en place de la Fondation pour la promotion de la santé, et la coopération et la mise en réseaux des différents projets de prévention

menés par la Confédération avec des partenaires externes sont un succès. Cependant, une faiblesse notable apparaît: par rapport aux trois autres piliers de la prise en charge des malades (traitement, rééducation et soins), la prévention et la promotion de la santé sont – exception faite de la lutte contre les maladies transmissibles et de la prévention des maladies professionnelles et des accidents – insuffisamment ancrées sur le plan de la conception, de la politique, de l'organisation et du droit, aux niveaux fédéral et cantonal. Cette faiblesse structurelle a pour effet que la prévention des maladies et de la promotion de la santé manquent bien souvent d'un financement adéquat et souffrent d'une certaine carence dans la conduite et la coordination, mais aussi dans la

transparence de l'offre et des prestations.

Réorientation du système de santé suisse

La nouvelle orientation du système de santé suisse vers plus de prévention et de promotion de la santé démarre lentement, et ce pour plusieurs raisons: il est très difficile de réorienter ce système, avec ses interdépendances complexes de responsabilités et ses associations professionnelles et groupements d'intérêts, sinon à un prix politique élevé. Mais il n'est plus possible de lutter contre les maladies chroniques et leurs causes – surcharge pondérale, manque d'activité physique, stress, etc. – par le seul biais de la médecine et d'une politique de la santé au sens étroit du terme. Il s'agit d'impliquer, en plus des prestataires du système de santé, les établissements scolaires et les employeurs, chaque individu et l'ensemble de la société, le marché et l'Etat.

Le moment semble favorable à une telle réorientation: la population s'intéresse davantage aux questions de santé et le marché des informations et des prestations de santé (activités de mise en forme et de bien-être, par exemple) est devenu un important secteur de services. En même temps, on comprend mieux comment se développent les maladies chroniques et psychiques et plusieurs mesures de prévention et de promotion de la santé ont montré leur efficacité.

Mandat du Département fédéral de l'intérieur

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a chargé en automne 2004 l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de soumettre à un examen critique la législation actuelle sur la prévention et la promotion de la santé, dans l'optique d'une

éventuelle nouvelle loi en la matière. Il en est résulté que les différentes options possibles requerraient des analyses plus poussées.

Le DFI a donc désigné, le 5 septembre 2005, la commission spécialisée «Prévention + Promotion de la santé» (Commission spécialisée PPS2010) pour examiner les conditions matérielles et pratiques et la faisabilité politique d'une nouvelle réglementation. Il l'a chargée de présenter un rapport sur l'avenir de la prévention et de la promotion de la santé dans notre pays d'ici juin 2006.

La commission spécialisée PPS 2010 a entamé son travail le 6 décembre 2005; en trois séances, elle a élaboré le document «Vision et thèses sur la nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse». Celui-ci a été soumis à consultation auprès des acteurs cantonaux et nationaux les plus importants dans ces questions. L'évaluation de ces prises de position a débouché sur des recommandations quant à la poursuite du travail de législation et sur des propositions pour des mesures concrètes. Le rapport intitulé «Avenir de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse» a été remis mi-juin au DFI. Le chef du département décidera de la suite à donner cet automne.

Les axes d'un renforcement durable

Dans son document «Vision et thèses sur la nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse», la commission spécialisée PPS2010 pré-

sente en sept thèses les axes essentiels d'un renforcement durable de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse.

Voici les neuf axes qu'elle préconise:

1. le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé, au niveau de la conception, de la politique, de l'organisation et du droit (thèse 1);
2. une large gamme de mesures de prévention et de promotion de la santé concernant les modes de vie (école, travail, famille, loisirs, etc.), de manière à améliorer les compétences en santé des individus, à renforcer leurs ressources et à réduire les inégalités dans la répartition des problèmes de santé (thèse 2);
3. une adaptation des bases juridiques existantes et la création de nouvelles bases juridiques fondées sur des principes homogènes valables pour toutes les activités de prévention et de promotion de la santé (thèse 3);
4. l'engagement de tous les acteurs pertinents – Etat (Confédération, cantons, communes), prestataires de services dans le système de santé, assureurs, ONG, secteur économique – actifs dans le système de la santé et dans d'autres politiques publiques, comme la formation, le sport, la vie sociale, l'environnement, les transports, l'aménagement du territoire, l'économie et les finances (thèse 4);
5. une définition et une répartition claires des compétences et des responsabilités (thèse 4);
5. la mise au point d'objectifs de santé dans le cadre de processus continus, structurés et participatifs permettant de définir des priorités

dans l'élaboration et la mise en œuvre des mesures et des prestations de prévention et de promotion de la santé (thèse 5);

7. un financement adéquat des mesures de prévention et de promotion de la santé et l'amélioration de la transparence des sources de financement et de l'utilisation des moyens (thèse 6);
8. la prise en compte des critères d'adéquation, d'efficacité et du caractère économique dans la sélection, la planification et la réalisation des mesures de prévention et de promotion de la santé, ainsi que des instruments appropriés de gestion de projet et de gestion de la qualité (thèse 7);
9. l'évaluation systématique des mesures de prévention et de promotion de la santé (thèse 7).

Informations complémentaires

Vous trouverez des informations complémentaires sur le projet «Nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé» ainsi que le document «Vision et thèses sur la nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse» sur le site Internet www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik → Politique → Nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé.

Salome von Greyerz, Dr. pharm., MAE, responsable de la section Stratégie et politique de santé CH, responsable suppléante de la division Stratégies de santé, Office fédéral de la santé publique.

Mél: salome.vongreyerz@bag.admin.ch

Un thème jusqu'ici négligé: les conséquences financières du manque de culture sanitaire

Tout comme lire et écrire sont nécessaires pour affronter la vie professionnelle et sociale de tous les jours, des compétences de base aident à conserver ou à recouvrer la santé. On ne sait pas très bien à quel point la population, en Suisse, est «alphabétisée» à cet égard. Mais on a pu constater à l'étranger que le manque de culture sanitaire a des incidences économiques considérables.



Stefan Spycher

Observatoire suisse de la santé (obsan), Neuchâtel

Dans l'espace anglo-saxon, on discute depuis quelques années de la notion de health literacy, appelée en français «culture sanitaire», «compétences en matière de santé» ou encore «alphabétisme en matière de santé». On entend par là la capacité pour l'individu de prendre dans la vie de tous les jours des décisions qui ont des effets positifs sur la santé, que ce soit à la maison, en société, au travail, dans le système de santé, sur les marchés des biens de consommation et des services ou sur le plan politique.¹ On distingue trois niveaux de culture sanitaire:² (1) les compétences de base suffisantes au niveau de la lecture et de l'écriture (compétences fonctionnelles); (2) les compétences cognitives et sociales poussées permettant de participer ac-

tivement à la vie de tous les jours, de recueillir des informations, de les interpréter en interaction avec d'autres acteurs et de les appliquer dans un contexte différent (compétences communicationnelles et interactives); (3) les compétences cognitives et sociales poussées pouvant servir à l'analyse critique d'informations, afin de mieux contrôler certaines situations de vie (compétences critiques).

L'Office fédéral de la santé publique a empoigné le thème l'an dernier et a organisé en automne 2005 un atelier à ce sujet.³ Il a par la suite donné mandat d'approfondir les aspects économiques de la culture sanitaire; les résultats de cette analyse sont résumés dans le présent article.⁴

Importance de la culture sanitaire

Cinq groupes d'acteurs (au moins) agissent dans le domaine de la santé: les assurés ou les patients, les assureurs, les fournisseurs de prestations, les pouvoirs publics (Confédération et cantons) et les organisations non gouvernementales. La culture sanitaire ne pouvant être constatée et mesurée qu'au niveau des individus, c'est le point de vue des assurés/patients que nous adopterons pour nous demander à quel point, lorsqu'ils interagissent avec d'autres acteurs, leurs trois niveaux de compétences (fonctionnelles, interactives et critiques) sont mis à contribution.

Interaction avec d'autres assurés/patients: il s'agit là d'abord de recevoir et de comprendre des informations touchant le comportement vis-à-vis de la santé («Comment puis-je vivre sainement?»), mais concernant aussi le vécu face à la maladie et au système de santé. Ensuite, au niveau des compétences interactives, l'individu doit pouvoir transmettre ses propres expériences à d'autres. Au niveau des compétences critiques enfin, on attend de l'assuré ou du patient qu'il puisse éva-

1 Ilona Kickbusch, Daniela Maag et Hans Saan (2005): Enabling healthy choices in modern health societies. Paper for the European Health Forum Badgastein 2005.

2 D. Nutbeam (2000): Health literacy as public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, Health Promotion International, 15(3), 259-267.

3 Pour plus de détails: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de (en allemand seulement).

4 Le rapport complet («Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen. Ein Konzeptpapier im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit», en allemand seulement) peut être téléchargé depuis le site de l'OFSP (cf. note 3).

luer les informations dont il dispose et qu'il comprend (peser le pour et le contre). L'interaction avec d'autres assurés revêt une importance particulière lorsque ceux-ci sont des enfants ou des personnes âgées tributaires de soins. Dans cette situation, celui qui prodigue des soins a besoin d'une culture sanitaire suffisante afin de prendre les bonnes décisions pour la personne dont il s'occupe.

Interaction avec les assureurs: au niveau des compétences fonctionnelles, il s'agit ici de recueillir et de comprendre des informations sur les contrats d'assurance, les primes et les différents assureurs. Ces exigences sont aujourd'hui élevées, car les publications à ce sujet sont difficiles à trouver, restent très techniques, et les informations sont souvent liées aux intérêts défendus. Au niveau des compétences interactives, l'individu doit savoir comment changer d'assureur ou de police d'assurance. Cela non plus n'est pas simple, car la démarche à suivre est réellement complexe.

Au niveau des compétences critiques, l'assuré doit être capable de choisir parmi tous les modèles d'assurance possibles (franchises, HMO, assurance avec bonus, divers types d'assurance complémentaire, etc.) et entre différents assureurs. L'épreuve est aujourd'hui particulièrement exigeante. L'évaluation des franchises à option dans l'assurance de base demande par exemple que l'on estime ses propres frais de santé pour l'année à venir; c'est en effet seulement sur la base de cette estimation que l'on peut déterminer le niveau de franchise optimal. Les compétences critiques sont aussi requises pour le contrôle des factures. Cette tâche n'est pas simple non plus, car ces factures ne sont pas immédiatement compréhensibles (système tarifaire complexe). Elle se complique singulièrement en cas de recours à des

prestations hospitalières, lorsqu'une assurance complémentaire a été conclue auprès d'un autre assureur que l'assurance de base. Il n'est pas rare que l'assuré doive alors décider lui-même qui paie quelle facture.

Interaction avec les fournisseurs de prestations: dans l'interaction avec les fournisseurs de prestations – à commencer naturellement par les médecins – les compétences fonctionnelles revêtent une importance tout à fait déterminante. Il s'agit pour le patient de trouver concrètement le fournisseur de prestations, de s'y retrouver dans un hôpital, de savoir remplir un formulaire, de pouvoir décrire ses maux et surtout de comprendre les instructions des médecins.

Au niveau des compétences interactives, le patient peut être amené à discuter avec le fournisseur de prestations pour trouver avec lui de la meilleure façon de poser le diagnostic et d'effectuer le traitement. Au niveau des compétences critiques, d'autres exigences essentielles interviennent encore: le patient doit pouvoir comparer et choisir entre plusieurs fournisseurs de prestations. La chose est particulièrement difficile, car ce type d'informations n'est guère disponible en Suisse.⁵ Il doit pouvoir ensuite peser le pour et le contre de différentes méthodes diagnostiques et thérapeutiques et faire son choix. Enfin l'observance ou l'adhésion s'inscrit aussi à ce niveau: le patient ne suivra correctement les indications du médecin que s'il est bien informé, qu'il s'est entretenu avec lui et qu'il a une conscience critique suffisante pour respecter le traitement.

Interaction avec la Confédération, les cantons et les organisations non gouvernementales: la Confédération et les cantons ne jouent pour les assurés un rôle visible que ponctuellement, et ce dans trois domaines principalement. D'abord, les efforts de prévention: la question se pose ici de savoir si les mesures de ce type peuvent aussi toucher les personnes

qui n'ont que peu de culture sanitaire et si celles-ci vont alors modifier leur comportement. Ensuite, les réductions de prime, et enfin les votations sur des projets touchant la politique ou le système de santé. Ces deux derniers domaines sont aujourd'hui problématiques au niveau des compétences fonctionnelles et des compétences critiques, car il est extrêmement difficile de se procurer les informations nécessaires. Nous présumons que dans nombre de cantons, les assurés ne savent pas trop comment obtenir une réduction de prime. Il n'existe pas non plus de publications qui expliquent de manière simple et claire le système de santé actuel avec ses avantages et ses inconvénients. C'est encore plus difficile au niveau des compétences critiques. Des projets comme l'initiative populaire visant l'instauration d'une caisse-maladie unique montrent qu'il faut connaître le système à fond et en détail pour pouvoir prendre une décision en sachant de quoi il retourne.

Les assurés interagissent aussi avec des ONG (la Ligue suisse contre le cancer, p. ex.). Il est essentiel d'avoir une culture sanitaire pour pouvoir saisir et assimiler les informations mises à disposition par ces organisations dans des domaines aussi importants que la prévention et le soutien en cas de maladie.

Ce bref survol, certainement incomplet, de l'importance que revêt la culture sanitaire montre déjà que celle-ci doit répondre à de très hautes exigences aux niveaux fonctionnel, interactif et critique. Ces exigences s'accroîtront encore avec la diffusion sur Internet des questions relatives à la santé (e-santé).

Indications sur l'état de la culture sanitaire

Cette culture sanitaire n'a pratiquement pas fait l'objet d'enquêtes systématiques en Suisse jusqu'ici.⁶ Il est donc impossible d'émettre des

⁵ Il est possible que la future loi sur les professions médicales introduise un registre qui fournira des informations complémentaires et offrira une vue d'ensemble.

affirmations précises sur sa présence ou son absence. Toutes les recherches empiriques disponibles ont été faites à l'étranger et elles indiquent, suivant le pays ou l'institution, que des compétences suffisantes en matière de santé font souvent défaut.

Les premiers résultats de l'«Adult Literacy and Lifeskills Survey», publiés l'an dernier, permettent de déduire certaines indications. Cette enquête comparative internationale, menée en 2003, vise principalement à mesurer l'alphabétisation des adultes (mesure des capacités fonctionnelles en tant que préalable à la health literacy).⁷ Ces résultats donnent (malheureusement) à entendre que même en Suisse, la culture sanitaire des adultes laisse souvent beaucoup à désirer.

Il est probable que plusieurs groupes de population sont particulièrement touchés par le phénomène, entre autres les personnes d'un niveau de formation inférieur, ou les migrants qui ont à surmonter des barrières culturelles et linguistiques.

Conséquences du manque de culture sanitaire

Le manque de culture sanitaire peut avoir des effets directs ou indirects sur la santé. Nous parlons de conséquences directes si par exemple il empêche le patient de comprendre les instructions du médecin. Mais ce manque peut aussi, par une manière de vivre moins saine, avoir des conséquences négatives indirectes sur l'état de santé et sur le système de santé. Nous distinguerons les conséquences du manque de culture sanitaire par leur mode (direct ou indirect) et par le domaine dans lequel elles s'exercent, en nous référant à cet égard aux trois objectifs de la loi sur l'assurance-maladie: la solidarité entre «bien portants» et «malades», la maîtrise des coûts et la garantie de soins de qualité pour tous.

Objectif solidarité: dans l'assurance-maladie, deux aspects (au

moins) défavorisent directement les personnes qui ont moins de compétences en matière de santé: (a) les assureurs pratiquent aujourd'hui une sélection active des risques, notamment en créant de nouvelles caisses. Ces personnes ont moins de chance de profiter des avantages des nouvelles caisses (primes plus basses), par exemple parce qu'elles ne comprennent pas suffisamment les modalités d'un changement d'assureur. Elles restent fidèles aux caisses habituelles, qui perçoivent des primes de plus en plus élevées parce que les personnes en bonne santé, compétentes en la matière et jeunes la plupart du temps, migrent vers les caisses bon marché. (b) En Suisse, les assurés participent aux coûts dans une proportion importante, par le système des franchises à option et de la quote-part. Les personnes malades doivent supporter davantage de coûts que les autres. Des études menées en Suisse attestent que les personnes économiquement et socialement défavorisées tombent plus facilement malades.⁸ Si l'on met le statut socioéconomique en corrélation avec la culture sanitaire, on peut conclure que les personnes qui ont moins de compétences à cet égard subissent une charge financière plus importante du fait d'une participation plus élevée aux coûts.

Objectif maîtrise des coûts: le manque de culture sanitaire induit des coûts supplémentaires, soit directement (p. ex. parce que le patient ne prend pas les médicaments prescrits et qu'ainsi la maladie est mal combattue), soit indirectement (p. ex. parce que l'état de santé a eu le temps de se dégrader, entraînant des frais de diagnostic et de traitement plus élevés). Mais il existe aussi des coûts supplémentaires évitables liés au système lui-même, parce que les assurés moins compétents en la matière ne se comportent pas comme le voudrait le principe de la «concurrence dirigée» qui sous-tend la LAMal.⁹ Ce principe suppose que les assureurs subissent une forte

pression concurrentielle du fait que les assurés ont, deux fois l'an, la possibilité de changer d'assureur pour passer à une caisse plus avantageuse. Cette pression devrait entraîner un contrôle actif et une baisse des coûts en vue d'occuper une position avantageuse sur le marché. Mais si les assurés ayant une faible culture sanitaire sont trop nombreux, cette pression diminue fortement, car il y a peu de chances que ces assurés changent d'assureur, faute de compétences suffisantes. Ainsi les avantages obtenus sur le plan concurrentiel peuvent être maintenus et sont moins menacés.

Le choix réduit de formes d'assurance dont on attend des avantages particuliers dans le domaine de la gestion des coûts de la santé (modèle du médecin de famille, HMO, etc.) a aussi des incidences en matière de coûts. Ces formes d'assurance sont rarement choisies, car tous les niveaux de culture sanitaire sont requis pour opter pour un tel modèle.

Objectif qualité des soins: nous présumons que les personnes qui ont moins de culture sanitaire obtiennent de moins bons soins, surtout parce que la santé est aussi (en partie) un produit de l'interaction entre médecins et patients. Si les personnes ont de la peine à s'exprimer, à décrire leurs maux, à comprendre les instructions du médecin et qu'elles se conforment mal à ces derniè-

6 Un projet intéressant («The future patient in Switzerland: le système de santé du futur – le point de vue du patient») est en cours aux Universités de Lausanne et Zurich.

7 Office fédéral de la statistique OFS (2005): Une enquête sur les compétences des adultes. Premiers résultats de la Adult Literacy & Lifeskills Survey. Neuchâtel.

OCDE (2005): Apprentissage et réussite. Premiers résultats de l'Enquête sur la littératie et les compétences des adultes. Ottawa et Paris.

8 Brigitte Bisig et Felix Gutwiller (éd.) (2004): Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung. Vol. 1: Gesamtübersicht. Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus.

9 Stefan Spycher (2004): Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegung www.buerobass.ch/studienverz_d.html#Krankenversicherung (en allemand, avec résumé en français).

res, les résultats seront moins bons qu'avec des personnes ayant plus de culture sanitaire.

Surcoût de 1,5 milliard de francs

Le manque de culture sanitaire a donc des répercussions sur tous les objectifs visés par la LAMal, mais en particulier sur les coûts. Il n'existe pas pour l'heure d'estimation empirique du surcoût imputable à ce manque de compétences. Mais si l'on applique à la Suisse, avec les adaptations requises, les résultats d'une étude américaine,¹⁰ on arrive pour 2004 à 1,5 milliard de francs de coûts supplémentaires évitables, dont 700 millions à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Il ne s'agit bien sûr que d'une estimation très grossière, mais elle suggère que le problème est très important du point de vue quantitatif aussi. Il faut

¹⁰ CAS Center on an Aging Society (1998): Low Health Literacy Skills Increase Annual Health Care Expenditures by \$ 73 Billion. hpi.georgetown.edu/agingsociety/pubhtml/healthlit.html

préciser encore que cette estimation ne prend pas en compte toutes les composantes: (a) elle part du manque de culture sanitaire; mais de meilleures compétences permettraient selon toute vraisemblance des économies plus importantes que le surcoût indiqué, parce que les intéressés auraient un comportement plus réfléchi vis-à-vis de la santé. (b) Ce manque de culture sanitaire a aussi des conséquences sur les plans économique et social. Il n'est pas tenu compte de ces coûts.

Coûts et bénéfice d'une amélioration de la culture sanitaire

Nous avons montré qu'une insuffisance de la culture sanitaire peut avoir des incidences financières sur le système de santé; d'un autre côté, le développement et le maintien de cette culture n'est pas gratuit. Il s'agit donc de peser les intérêts: les investissements dans ce domaine coûtent, mais ils rapportent aussi en réduisant les conséquences économiques négatives du manque de compétences en la matière. Il faut

donc trouver empiriquement, pour la Suisse, dans quelle mesure cette culture sanitaire existe et avec quelles conséquences financières il faut compter aujourd'hui déjà. Il faut examiner ensuite comment cette culture sanitaire peut être améliorée et combien il en coûtera. En combinant ces deux aspects, on peut estimer les coûts et le profit d'un investissement supplémentaire dans les compétences en matière de santé.

Les mesures prises pour contrer les conséquences négatives du manque de culture sanitaire et pour améliorer cette culture ont aussi leur prix. Mais ce n'est pas toujours à ceux qui les font que ces investissements profitent. Si par exemple un médecin s'efforce d'améliorer les compétences de ses patients, ses prestations seront moins demandées à moyen terme et, dans le système actuel de la rémunération à la prestation, il subira une perte de revenu. Il faut donc réfléchir soigneusement à la manière de modifier les incitations dans le domaine de la santé pour que les coûts et le bénéfice touchent autant que possible les mêmes acteurs. Ceux-ci seront alors plus intéressés à prendre des mesures en

Boîte à périodiques CHSS

Une boîte à périodiques pour classer les revues «Sécurité sociale» (CHSS)

Prix Fr. 26.–/pièce, y compris 7,6 % TVA, frais d'envoi en sus.

A commander chez: Cavelti AG, Druck und Media, Wilerstrasse 73, 9201 Gossau
Téléphone 071 388 81 81, téléfax 071 388 81 82

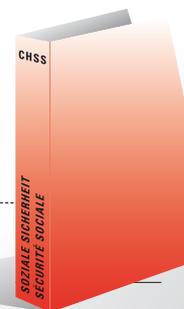
Bulletin de commande

Nous commandons boîte(s) à périodiques au prix de Fr. 26.–/pièce

Nom

Adresse

Date/Signature



vue de maintenir ou de développer la culture sanitaire.

Conséquences financières possibles d'une amélioration de la culture sanitaire

Il est clair que les mesures visant à combattre les désavantages du manque de culture sanitaire et à améliorer cette culture ont le potentiel de faire baisser les coûts de la santé. Mais ce processus n'est pas automatique. Il faut prendre en compte d'autres éléments de base de l'assurance-maladie:

- Les médecins du secteur ambulatoire sont aujourd'hui rémunérés

selon le principe du remboursement à la prestation. D'où le soupçon souvent exprimé, mais pas encore définitivement confirmé pour la Suisse, que les médecins créent eux-mêmes une partie de la demande (demande induite par l'offre).¹¹ Si nous partons de l'idée qu'il est justifié au moins en partie, il est probable que les médecins se défendront contre la baisse du chiffre d'affaires appelée à résulter de ces mesures en s'efforçant d'induire eux-mêmes des prestations pour maintenir leurs recettes.

- Une étude a analysé les prestations «inutiles» exigées par les patients et en a estimé la valeur à

2,5 milliards de francs (17 % des coûts de l'assurance-maladie obligatoire).¹² On peut donc imaginer que les mesures prises pour améliorer la culture sanitaire puissent aussi susciter des coûts supplémentaires.

Stefan Spycher, docteur en sciences économiques, Observatoire suisse de la santé (obsan). Mél: stefan.spycher@bfs.admin.ch

11 Jürg Guggisberg et Stefan Spycher (2005): Besoins, recours, demande réelle et demande induite dans les soins médicaux ambulatoires: revue critique de la littérature. Protocole de recherche 3 de l'Observatoire suisse de la santé (en allemand, avec résumé en français).

12 Gianfranco Domenighetti et Emanuela Pipitone (2002): Induction de l'offre de prestations médicales par la demande, *PrimaryCare*, 241-245.

Prévoyance professionnelle

06.3392 – Motion Fasel Hugo, 23.6.2006: Hausse du taux d'intérêt minimal

Le conseiller national Hugo Fasel, (PCS, FR) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de relever le taux d'intérêt minimal à 3,25 % lors de la prochaine révision du taux.»

Développement

A la baisse du taux d'intérêt minimal opérée ces dernières années pour cause de découvert financier des caisses de pensions devrait répondre aujourd'hui une hausse au vu de l'amélioration de leurs comptes. Diverses enquêtes ont révélé en effet que les caisses de retraite avaient atteint un rendement de quelque 10 % sur leurs avoirs, en 2005. Cette heureuse évolution devrait également profiter un tant soit peu aux assurés. La proposition de relever le taux à 3,25 % se fonde sur la moyenne mobile sur sept ans des rendements des obligations de la Confédération à sept ans, corrigée des performances obtenues sur d'autres placements. Cette formule a été examinée au sein de la Commission fédérale de la prévoyance professionnelle.»

Etat actuel: non encore traité au conseil.

06.3274 – Motion Forster-Vannini Erika, 15.6.2006: Pilier 3c destiné à financer les soins des personnes âgées

La conseillère aux Etats Erika Forster-Vannini (PRD, SG) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé d'étudier l'introduction d'un <pilier 3c> qui permettrait aux particuliers qui le désireraient de se constituer, par le biais d'une épargne bénéficiant d'un allègement fiscal, un avoir destiné à financer les soins individuels (de longue durée) dont ils pourraient avoir besoin dans leur

grand âge. A cet effet, le Conseil fédéral soumettra un projet de mise en œuvre au Parlement. Les modalités de ce <pilier 3c> seront analogues à celles du pilier 3a existant. L'avoir lié constitué durant une période limitée devra pouvoir être utilisé pour financer des soins reçus à domicile ou dans un établissement médico-social.

Développement

En raison de l'évolution démographique de notre société, le financement des soins (de longue durée) des personnes âgées constitue un problème majeur. La discussion menée au sein de la CSSS-E quant aux modes de répartition envisageables entre les diverses sources de financement chargées d'assumer à l'avenir le coût des soins (particuliers, assurances pour soins infirmiers, pouvoirs publics) a mis en évidence le fait que rien n'incite aujourd'hui les personnes concernées à se constituer spontanément une épargne destinée à financer d'éventuels frais pour les soins dont elles pourraient avoir besoin dans leur grand âge. Le système actuel n'encourage aucunement une personne retraitée à épargner dans ce but, puisqu'elle ne bénéficiera pas d'un meilleur service dans un établissement médicosocial qu'une personne qui aura dépensé son avoir selon son bon plaisir et dont les soins seront pris en charge par les assurances sociales et les pouvoirs publics. Dans ce contexte, il importe de créer un système d'incitation, afin que les personnes retraitées s'intéressent davantage à se constituer un avoir individuel destiné aux soins. Chacun devrait ainsi avoir la possibilité d'effectuer durant une certaine période de sa vie (par exemple à partir de 58 ans jusqu'à un maximum de 80 ans) des versements fiscalement privilégiés sur un compte de prévoyance du <pilier 3c> qui pourra servir, le cas échéant, à couvrir des frais de soins. Cet avoir d'épargne sera plafonné (à 200 000 francs, par exemple). Les déductions fiscales autorisées pour-

ront être définies par analogie avec celles qui existent actuellement en faveur du pilier 3a. Dans la mesure où cette «assurance de soins privée» constituée par accumulation de capital reposera sur une base purement volontaire, les personnes en situation économique difficile ne seront pas indûment mises à contribution (contrairement à ce qui se passerait avec l'introduction d'une prime spéciale pour frais de soins dans le cadre de l'assurance-maladie).»

Etat actuel: non encore traité au conseil.

06.3406 – Interpellation Rossini Stéphane, 23.6.2006: LPP. Utilisation du capital pour les indépendants

Le conseiller national Stéphane Rossini (PSS, VS) a déposé l'interpellation suivante:

«Il est demandé au Conseil fédéral de répondre aux questions suivantes:

1. A-t-il procédé à une analyse rigoureuse et interdisciplinaire des conséquences économiques, d'une part, mais aussi sociales, d'autre part, de l'utilisation de l'avoir LPP dans le cadre du lancement d'une activité indépendante? Si oui, quels sont les principaux enseignements qu'il en tire?
2. Quelles sont les conséquences à long terme (par exemple, au moment de l'âge de la retraite) de la perte de fonds LPP par une cessation de l'activité indépendante, notamment en termes de pertes de revenus et de niveau des rentes de prévoyance vieillesse?
3. Pour éviter le risque avéré d'une perte du capital LPP dans le cadre notamment du démarrage d'une activité d'indépendant suite à une période de chômage, ne faudrait-il pas envisager de fixer de nouvelles exigences, plus restrictives, tenant compte notamment des capacités de la personne à assumer la gestion de son entreprise? Si oui, quels éléments et critères d'appréciations sont envisagés? (Voir

propositions du rapport Hornung D. et Rötliberger T.)

4. Entre l'illusion d'une activité d'indépendant et les conséquences sociales négatives mises en évidence dans le cadre de cette problématique, le Conseil fédéral entend-il privilégier l'une ou l'autre des approches (activité ou risques sociaux) et compléter l'appareil normatif actuel, voire présenter au Parlement une modification de la LPP?

Développement

Le démarrage d'une activité professionnelle indépendante peut se faire par un apport de financements provenant de la prévoyance professionnelle LPP (2^e pilier). De plus, il est avéré que dans le cadre de l'application de l'assurance-chômage ou des régimes d'aide sociale (insertion professionnelle, par exemple) existe une incitation à l'activité professionnelle indépendante, notamment grâce à la possibilité d'utilisation de fonds LPP.

Selon une étude publiée par la revue Sécurité sociale (OFAS, N° 5/2005, et rapport de recherche N° 8/2005, Hornung D. et Rötliberger T.), on peut observer que:

- l'apport du financement par la LPP est important (1/4 des créations de sociétés de personnes);
- un tiers des indépendants investissent la totalité de leur capital dans l'entreprise;
- si 2000 à 3000 entreprises n'auraient pas été fondées sans l'apport du capital LPP, le nombre annuel d'anciens indépendants subissant des pertes de fortune se situe entre 830 et 1200 par an;
- ainsi, quand une activité indépendante est abandonnée pour des raisons économiques, le capital 2^e pilier risque d'être partiellement ou totalement perdu.

Par ailleurs, dans différentes études réalisées en Suisse sur la pauvreté (PNR 29 et 45, statistiques OFS), il a été observé que, d'une part, les petits indépendants constituent dés-

ormais un groupe de population fragile et «à risque» et que, d'autre part, la faillite économique d'une activité indépendante entraînait par ailleurs la perte des fonds de prévoyance LPP, donc un affaiblissement important de la prévoyance vieillesse. La pauvreté peut alors surgir, avec des conséquences graves sur le niveau de vie au moment de la retraite.»

Etat actuel: non encore traité au conseil.

Assurances sociales

06.3218 – Motion Groupe de l'Union démocratique du centre (V), 11.05.2006: Statistique des assurances sociales. Collecter et publier les données par nationalité

Le Groupe de l'Union démocratique du centre a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est prié de donner des instructions aux offices fédéraux chargés de collecter les données statistiques relatives aux assurances sociales (notamment à l'AI, à l'AC, aux APG, aux allocations familiales et à l'aide sociale), afin que les statistiques soient ventilées non seulement selon la classification Suisses / étrangers, mais aussi en fonction du pays d'origine des étrangers, et que les résultats soient publiés par canton.

Développement

La statistique des assurances sociales montre que la proportion d'étrangers parmi les bénéficiaires de prestations est beaucoup plus forte que la proportion d'étrangers par rapport à la population.

On constate que 20% des étrangers reçoivent environ 40% des prestations AI. On constate aussi que près de la moitié des chômeurs sont d'origine étrangère et que les étrangers sont surreprésentés parmi les bénéficiaires de l'aide sociale. Enfin, un demi-milliard de francs est envoyé à l'étranger chaque année au

titre des allocations familiales, sans pour autant que le nombre d'enfants en Suisse n'augmente. L'exportation à l'étranger des allocations pour enfants devrait d'ailleurs concerner la DDC, puisque ces prestations constituent en partie une aide au développement. Face à ce constat, il paraît indispensable de recenser par pays d'origine les effectifs d'étrangers bénéficiant de prestations sociales. L'exemple du canton d'Argovie, qui applique la ventilation par pays d'origine dans sa statistique de la délinquance, montre que ce système ne génère pas de charges particulières. Il permet en revanche de déterminer dans quels groupes de la population des mesures de prévention particulières s'imposent.»

Avis du Conseil fédéral du 28.6.2006

«Les données sur la nationalité et le domicile sont relevées depuis plusieurs années dans le premier pilier (l'AVS, l'AI et les PC) ainsi que dans l'assurance-chômage. Ces informations sont accessibles aux personnes intéressées et publiées en fonction des thèmes traités. Dans cette mesure, l'objet de la motion est réalisé.

Dans les autres domaines des assurances sociales, en particulier dans la prévoyance professionnelle, l'assurance-maladie et accident et les allocations familiales, il n'existe pas toujours de statistique centralisée sur les personnes (cotisants et bénéficiaires) ou alors il arrive que la nationalité ou le canton de domicile ne soient pas connus des organes d'application. L'introduction d'une obligation générale de relever ces variables – comme le demande la motion – entraînerait une augmentation significative des coûts administratifs à différents échelons. Dans la prévoyance professionnelle, l'approbation de la motion aurait par exemple comme conséquence d'obliger les quelque 8000 institutions de prévoyance à relever ces variables auprès de plusieurs centaines de

milliers d'employeurs pour plus de trois millions assurés actifs. Le relevé concernant les quelque 650 000 bénéficiaires de prestations devrait être encore plus lourd.

De tels développements nécessiteraient donc des ressources considérables qui ne sont aujourd'hui pas disponibles. Ces dépenses élevées seraient par ailleurs sans commune mesure avec le gain de connaissance limité qu'apporterait la saisie de la

nationalité. Dans le secteur de la maladie, par exemple, un relevé de la nationalité sans différenciation des risques auxquels sont soumis les assurés n'aurait qu'un faible intérêt scientifique.

Pour ce qui est de l'aide sociale, la variable sur la nationalité est relevée dans le cadre de la statistique suisse sur l'aide sociale, dont les résultats ont été récemment rendus publics: la nature récente de l'enquête ne

permet cependant pas encore d'exploiter cette variable. La qualité de cette information devrait cependant s'améliorer à moyen terme.»

Déclaration du Conseil fédéral du 28.6.2006:

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

Etat actuel: non encore traité au conseil.

Législation : les projets du Conseil fédéral (état au 31 juillet 2006)

Projet	Date du message	Publ. dans la Feuille fédérale	1 ^{er} Conseil		2 ^e Conseil		Vote final (publ. dans la FF)	Entrée en vigueur / référendum
			Commission	Plénium	Commission	Plénium		
Péréquation financière. Réforme	14.11.01	FF 2002, 2155	Com. spéc. CE ...21.5, 28.5, 14.8, 5.9.02, 24.6, 20.8.03	CE 1/2.10.02 1.10.03	Com. spéc. CN 21.10, 21.11.02, 13, 14, 27/28.1, 27.2, 25.3.03	CN 13+19.6, 29.9.03	3.10.03 (FF 2003, 6035, 6245)	Décision populaire du 28.11.04: acceptée Entrée en vigueur: 1.1.08
Péréquation financière. Législation d'exécution	7.9.05	FF 2005 5641	Com. spéc. CE 7.2.06	CE 14./15.3.,21.3.06				
LF contre le travail au noir	16.1.02	FF 2002, 3438	CER-CN ...28.10, 18.11.02, 31.3/1.4.03, 26.1, 5.4.04 Sous-com. 8.5, 2 + 23.6, 8.9, 26.11.03	CN 16.6.04	CER-CE 29.6.04	CE 16.12.04	17.6.05 (FF 2005, 3973)	Entrée en vigueur: 1.1.07
Utilisation de l'or de la BNS + IP Bénéfice de la Banque nationale pour l'AVS	20.8.03	FF 2003, 5597	CER-CN 4.11.03 26.1, 5.4.04	CN 1.3.04 9.6.04 15.3.05	WAK-SR 28.6.04 9.3.05 (différences)	CE 28.9.04	16.12.05 (FF 2005, 6789)	Décision populaire: 24.9.06
IP Pour de plus justes allocations pour enfant	18.2.04	FF 2004, 1195	CSSS-CN 29.4.04 29.11.05 (diff.)	CN 10.3.05	CSSS-CE 4.5, 29.6.05	CE 14.6.05	24.3.06 (FF 2006, 3389)	
LAMal – Projet 1B Liberté de contracter	26.5.04	FF 2004, 4055	CSSS-CE 21/22.6.04 30.5.06		CSSS-CN 30.6.04			
LAMal – Projet 1D Participation aux coûts	26.5.04	FF 2004, 4121	CSSS-CE 21/22.6, 23/24.8.04	CE 21.9.04	CSSS-CN 30.6.04			
LAMal – Projet 2A Financement hospitalier et compensation des risques	15.9.04	FF 2004, 5207	CSSS-CE 18/19.10.04, 24/25.1, 27/28.6, 30.8, 21.9, 31.10.05, 23/24/25.1.06 Sous-com. 28.2, 22+31.3, 11.4, 30.5, 11.8, 24.10.05	CE 20.9.05 (Refus à la CSSS-CE) 7/8.3.06	CSSS-CN 7.4, 4.5 6./7.7.06			
LAMal – Projet 2B Managed Care	15.9.04	FF 2004, 5257	CSSS-CE 18/19.10.04 30.5.06					
LAMal – Financement des soins	16.2.05	FF 2005, 1911	CSSS-CE 29.8.05, 24.1, 21.2, 24.4.06					
IP pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base	22.6.05	FF 2005, 4095	CSSS-CE 30.8.05, 23/24.1, 29.5.06 sous-com. 7, 20, 22.6.06					
5^e révision AI	22.6.05	FF 2005, 4215	CSSS-CN 22.8, 11.11.05, 17.2.06	CN 21.3.06	CSSS-CE 30.5.06	CE 22.6.06		
Caisse-maladie unique et sociale, init. populaire	9.12.05	FF 2006, 725	CSSS-CN 16/17.2.06	CN 8.5.06	CSSS-CE 29.5.06	CE 15.6.06	28.6.06 (FF 2006, 5471)	Décision populaire: (prévue) 11.3.07
AVS. Nouveau numéro d'assuré AVS	23.11.05	FF 2006, 515	CIP-CE 31.1, 1.5.06	CE 22.3, 12.6.06		CN 6.6.06	23.6.06 (FF 5505)	
AVS. Harmonisation des registres officiels de personnes	23.11.05	FF 2006, 439	CIP-CE 31.1.06	CE 22.3, 12.6.06		CN 6.6.06	23.6.06 (FF 5517)	
11^e révision de l'AVS. Mesures relatives aux prestations	21.12.05	FF 2006, 1917	CSSS-CN 5.5.06					
11^e révision de l'AVS. Introd. d'une prestation de préretraite	21.12.05	FF 2006, 2019	CSSS-CN 5.5.06					

CN = Conseil national / CCN = Commission préparatoire du Conseil national / CE = Conseil des Etats / CCE = Commission préparatoire du Conseil des Etats / CSSS = Commission de la sécurité sociale et de la santé publique / CER = Commission de l'économie et des redevances / CAJ = Commission des affaires juridiques / CIP = Commission des institutions politiques / CPS = Commission de la politique de sécurité / IP = Initiative populaire.

Calendrier

Réunions, congrès, cours

Date	Manifestation	Lieu	Renseignements et inscription
14.9.06	Journée d'information et de réflexions sur l'actualité de l'assurance-maladie (cf. note)	Centre de congrès «La Longeraie», Morges	santésuisse Office de formation romand av. de la Rasude 2 case postale 621 1001 Lausanne Tél. 021 321 00 26 Fax 021 321 00 29 www.santesuisse.ch
18.9.06	Enfance et structures d'accueil – modèles pour la Suisse (cf. note)	Volkshaus Zürich	Secrétariat du Congrès Pro Familia Suisse Marktgassee 36 3011 Berne Tél. 031 381 90 30 Fax 031 381 91 31 info@profamilia.ch www.tagung-kinderbetreuung.ch
21.9.06	Quelles réponses à l'exclusion des jeunes ? Cours de l'APAS (Association professionnelle des assistants sociaux du Jura, du Jura bernois et de Bienne) (cf. note)	CIP, Tramelan	Inscriptions: APAS – M ^{me} Sylvie Cortat Frey Creux de la Quère 6 2830 Courrendlin apas@bluewin.ch Renseignements: M ^{me} Elisabeth Buchwalder Hajj Ali Tél. 032 420 72 72 www.apas.ch
3/4.10.06 et 17/18.10.06	Politiques de l'emploi et de la réinsertion professionnelle (cf. CHSS 3/2006)	IDHEAP, Chavannes-près-Renens	Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP) Prof. G. Bonoli Tél. 021 557 40 90 giuliano.bonoli@idheap.unil.ch www.idheap.ch > politiques sociales > séminaires

l'emploi et au logement. Ils viennent ainsi grossir de jour en jour les rangs des chômeurs et des bénéficiaires de l'aide sociale.

Parmi les raisons généralement évoquées pour expliciter ce phénomène on cite une économie stagnante, des difficultés scolaires, la rupture d'apprentissage, l'éclatement du noyau familial, des difficultés de santé. Ces jeunes filles et jeunes hommes forment désormais une nouvelle classe problématique qui questionne et préoccupe les milieux professionnels et les instances chargées de lutter contre leur exclusion. L'APAS (Association professionnelle des assistants sociaux du Jura, du Jura bernois et de Bienne) a suivi avec attention cette évolution et les enjeux sociaux et professionnels qui s'en suivent. Mieux comprendre, échanger sur les actions menées, définir de nouvelles orientations, c'est à cette réflexion que l'APAS invite à participer durant cette journée.

Journée d'information et de réflexions sur l'actualité de l'assurance-maladie

Ce colloque offre aux participants la possibilité d'écouter des personnalités confirmées s'exprimant en leur nom et en toute liberté sur les réalités de leur domaine d'activité et de leur poser des questions; il se terminera par un débat contradictoire sur l'initiative populaire fédérale «Pour une caisse-maladie unique et sociale».

un public spécialisé et intéressé de faire connaissance et de se laisser inspirer de la meilleure pratique nationale et internationale de mise en œuvre et de financement des structures d'accueil de supervision d'enfants. Une table ronde permettra notamment d'évaluer les possibilités de transfert des modèles présentés dans le contexte helvétique et d'analyser les conditions nécessaires à l'élaboration d'un concept global d'accompagnement et d'accueil des enfants.

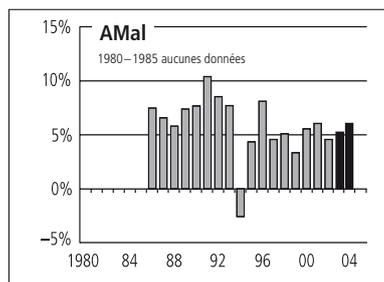
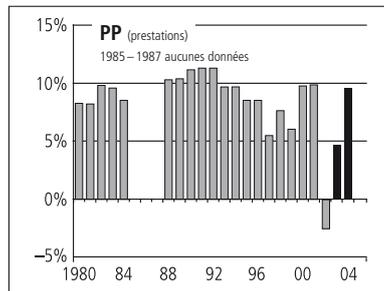
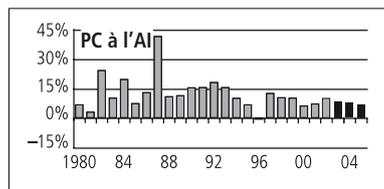
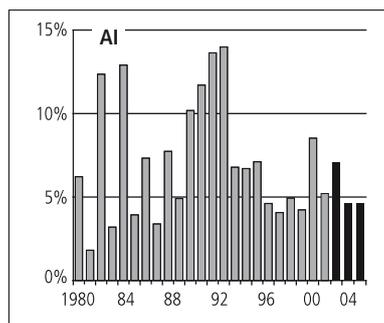
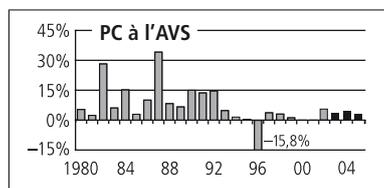
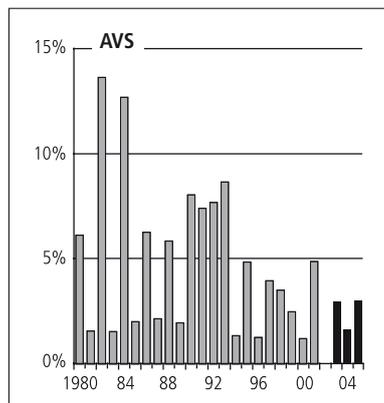
Congrès «Enfance et structures d'accueil – modèles pour la Suisse»

Le congrès «Enfance et structures d'accueil – modèles pour la Suisse» a pour but de donner la possibilité à

Quelles réponses à l'exclusion des jeunes ?

Depuis une quinzaine d'années, on observe une constante augmentation du nombre de jeunes adultes n'ayant pas accès à la formation, à

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AVS		1990	2000	2003	2004	2005	Modification en %
							TM¹
Recettes	mio fr.	20 355	28 792	31 958	32 387	33 712	4,1%
	dont contrib. ass./empl.	16 029	20 482	22 437	22 799	23 271	2,1%
	dont contrib. pouv. publics ²	3 666	7 417	8 051	8 300	8 596	3,6%
Dépenses		18 328	27 722	29 981	30 423	31 327	3,0%
	dont prestations sociales	18 269	27 627	29 866	30 272	31 178	3,0%
Résultats des comptes		2 027	1 070	1 977	1 964	2 385	21,4%
Capital		18 157	22 720	25 044	27 008	29 393	8,8%
Bénéficiaires de rentes AVS ³	Personnes	1 225 388	1 515 954	1 584 795	1 631 969	1 684 745	3,2%
Bénéf. rentes veuves/veufs	Personnes	74 651	79 715	89 891	92 814	96 297	3,8%
Cotisants AVS, AI, APG		3 773 000	3 904 000	4 008 000	4 042 000

PC à l'AVS		1990	2000	2003	2004	2005	TM ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	1 124	1 441	1 573	1 651	1 695	2,7%
	dont contrib. Confédération	260	318	356	375	388	3,4%
	dont contrib. cantons	864	1 123	1 217	1 276	1 308	2,5%
Bénéficiaires (personnes, av. 1997 cas)		120 684	140 842	146 033	149 420	152 503	2,1%

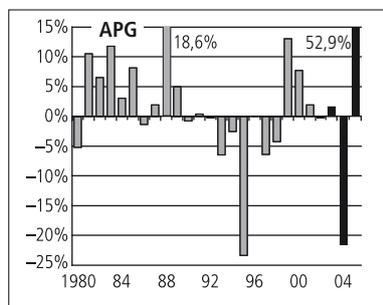
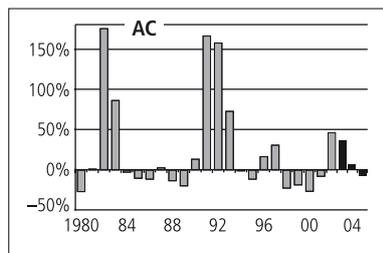
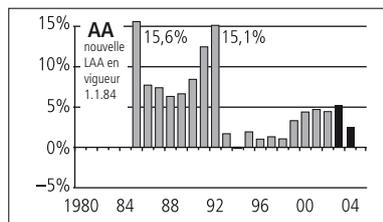
AI		1990	2000	2003	2004	2005	TM ¹
Recettes	mio fr.	4 412	7 897	9 210	9 511	9 823	3,3%
	dont contrib. ass./empl.	2 307	3 437	3 764	3 826	3 905	2,1%
	dont contrib. pouv. publics	2 067	4 359	5 329	5 548	5 781	4,2%
Dépenses		4 133	8 718	10 658	11 096	11 561	4,2%
	dont rentes	2 376	5 126	6 440	6 575	6 750	2,7%
Résultats des comptes		278	-820	-1 448	-1 586	-1 738	9,6%
Capital		6	-2 306	-4 450	-6 036	-7 774	28,8%
Bénéficiaires de rentes AI ³	Personnes	164 329	235 529	271 039	282 043	289 834	2,8%

PC à l'AI		1990	2000	2003	2004	2005	TM ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	309	847	1 099	1 197	1 286	7,5%
	dont contrib. Confédération	69	182	244	266	288	8,3%
	dont contrib. cantons	241	665	855	931	999	7,3%
Bénéficiaires (personnes, av. 1997 cas)		30 695	61 817	79 282	85 370	92 001	7,8%

PP / 2^e pilier		1990	2000	2003	2004	2005	TM ¹
Source : OFS/OFAS							
Recettes	mio fr.	32 882	50 511	46 100	48 093	...	4,3%
	dont contrib. salariés	7 704	10 294	12 300	12 600	...	2,4%
	dont contrib. empl.	13 156	15 548	16 400	18 049	...	10,1%
	dont produit du capital	10 977	16 552	13 300	13 971	...	5,0%
Dépenses		15 727	31 605	33 900	35 202	...	3,8%
	dont prestations sociales	8 737	20 236	22 600	24 664	...	9,1%
Capital		207 200	475 000	468 000	491 900	...	5,1%
Bénéficiaires de rentes	Bénéf.	508 000	748 124	830 000	839 800	...	1,2%

AMal		1990	2000	2003	2004	2005	TM ¹
Assurance obligatoire des soins							
Recettes	mio fr.	8 869	13 944	17 042	18 285	...	7,3%
	dont primes (à encaisser)	6 954	13 442	16 857	18 069	...	7,2%
Dépenses		8 417	14 056	16 435	17 446	...	6,2%
	dont prestations	8 204	15 478	17 942	19 163	...	6,8%
	dont participation aux frais	-801	-2 288	-2 591	-2 835	...	9,4%
Résultats des comptes		451	-113	607	840	...	38,3%
Capital		...	7 122	7 087	8 008	...	13,0%
Réduction de primes		332	2 545	3 066	3 170	...	3,4%

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AA tous les assureurs	1990	2000	2003	2004	2005	TM ¹
Recettes	4 181	5 993	6 449	6 914	...	7,2%
dont contrib. des assurés	3 341	4 671	5 014	5 385	...	7,4%
Dépenses	3 043	4 547	5 236	5 364	...	2,4%
dont prestations directes avec rench.	2 743	3 886	4 528	4 645	...	2,6%
Résultats des comptes	1 139	1 446	1 214	1 551	...	27,7%
Capital	11 195	27 483	31 584	33 563	...	6,3%

AC Source: seco	1990	2000	2003	2004	2005	TM ¹
Recettes	776	6 450	5 898	4 802	4 805	0,1%
dont contrib. sal./empl.	648	6 184	5 610	4 341	4 346	0,1%
dont subventions	-	225	268	453	449	-0,8%
Dépenses	492	3 514	6 706	7 074	6 683	-5,5%
Résultats des comptes	284	2 935	-808	-2 272	-1 878	-17,3%
Capital	2 924	-3 157	1 475	-797	-2 675	235,7%
Bénéficiaires ⁴	Total 58 503	207 074	316 850	330 328	322 640	-2,3%

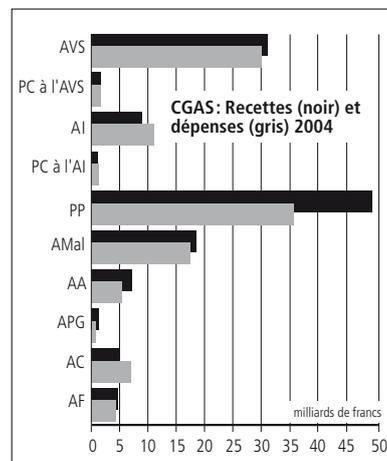
APG	1990	2000	2003	2004	2005	TM ¹
Recettes	1 060	872	932	957	1 024	7,1%
dont cotisations	958	734	804	818	835	2,0%
Dépenses	885	680	703	550	842	52,9%
Résultats des comptes	175	192	229	406	182	-55,1%
Capital	2 657	3 455	2 274	2 680	2 862	6,8%

AF	1990	2000	2003	2004	2005	TM ¹
Recettes estimées	3 049	4 517	4 827	4 823	...	-0,1%
dont agric. (Confédération)	112	139	129	128	125	-2,3%

Compte global des assurances sociales (CGAS*) 2004

Branches des assurances sociales	Recettes mio fr.	TM 2003/2004	Dépenses mio fr.	TM 2003/2004	Résultats des comptes mio fr.	Capital mio fr.
AVS (CGAS)	31 686	2,1%	30 423	1,5%	1 263	27 008
PC à l'AVS (CGAS)	1 651	5,0%	1 651	5,0%	-	-
AI (CGAS)	9 511	3,3%	11 096	4,1%	-1 586	-6 036
PC à l'AI (CGAS)	1 197	8,9%	1 197	8,9%	-	-
PP (CGAS) (estimation)	48 093	4,3%	35 202	3,8%	12 892	491 900
AMal (CGAS)	18 285	7,3%	17 446	6,2%	840	8 008
AA (CGAS)	6 914	7,2%	5 364	2,4%	1 551	33 563
APG (CGAS)	880	1,9%	550	-21,7%	330	2 680
AC (CGAS)	4 802	-18,6%	7 074	5,5%	-2 272	-797
AF (CGAS) (estimation)	4 823	-0,1%	4 790	0,7%	33	...
Total consolidé (CGAS)	127 065	3,0%	114 015	3,3%	13 050	556 326

*CGAS signifie: Selon les définitions des comptes globaux des assurances sociales. De ce fait, les données peuvent différer de celles des comptes d'exploitation propres à chaque assurance sociale. Les recettes n'incluent pas les variations de valeur du capital. Les dépenses ne comprennent pas la constitution de provisions et réserves.



Indicateurs d'ordre économique

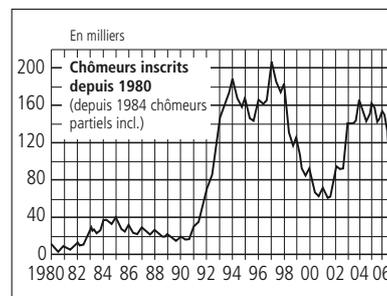
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Taux de la charge sociale ⁵ (selon CGAS)	26,15	26,48	27,53	27,17	27,38	27,30
Taux des prestations sociales ⁶ (selon CGAS)	20,13	19,89	20,75	20,93	21,93	22,24

Chômeurs(ses)

	ø 2003	ø 2004	ø 2005	mai 06	juin 06	juillet 06
Chômeurs complets ou partiels	145 687	153 091	148 537	129 486	122 837	121 725

Démographie

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Rapport dépendance <20 ans ⁷	37,6%	33,5%	31,3%	32,1%	32,1%	31,7%
Rapport dépendance des personnes âgées ⁷	25,0%	28,0%	33,5%	42,6%	48,9%	50,9%



1 Taux de modification annuel le plus récent = TM.
 2 Inclus TVA (depuis 1999) et impôt sur les bénéfices des maisons de jeu (depuis 2000).
 3 Avant la 10^e révision de l'AVS des rentes pour couples et des rentes simples étaient versées. Pour le calcul des bénéficiaires, le nombre de rentes pour couples (qui existaient jusqu'à la fin de l'année 2000) a été multiplié par deux et ajouté au nombre de rentes simples.
 4 Le nombre de chômeurs se trouve à la fin du tableau.
 5 Rapport en pour-cent des recettes des assurances sociales au produit intérieur brut.

6 Rapport en pour-cent des prestations des assurances sociales au produit intérieur brut.
 7 Rapport entre les personnes âgées de 0 à 19 ans et les personnes actives. Rapport entre les rentiers et les personnes actives. Personnes actives: de 20 ans jusqu'à l'âge de la retraite (H 65 / F 65).

Source: Statistique des assurances sociales suisses 2006 de l'OFAS; seco, OFS. Informations: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Livres

Politique sociale

Ludwig Gärtner, Yves Flückiger: **Problèmes de l'Etat social: causes, fondements et perspectives.** Rapport de synthèse. 2006, Rüegger Verlag. Case postale 1470, 8040 Zurich. www.rueggerverlag.ch. 175 p. Fr. 38.–. ISBN: 3-7253-0832-2

L'évolution économique, sociale et sociopolitique des années 90 a suscité, en Suisse, un débat sur l'avenir de l'Etat social. Les thèmes abordés par le programme national de recherche intitulé «Problèmes de l'Etat social» (PNR 45) se réfèrent directement à ces débats et les prolongent. Le présent ouvrage est la synthèse des résultats obtenus dans le cadre de ce programme.

Santé publique

Wally Achtermann, Christel Berst: **Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale.** Volume 2. 2006, Office fédéral de la santé publique (OFSP). Diffusion: Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), Vente de publications fédérales, 3003 Berne. N° de commande: 311.601.f. www.bbl.admin.ch/bundespublikationen. 214 p. Fr. 28.–. ISBN: 3-905235-57-9.

Le rapport «Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale» fournit une vue d'ensemble des politiques et du système de santé suisse sous l'angle du fédéralisme. Il documente la richesse et la capacité d'innovation des politiques de santé des cantons et de la Confédération; il décrit dans quelle mesure les cantons coordonnent leurs politiques de manière bilatérale, régionale et au niveau suisse; il présente finalement les nouvelles

formes de collaboration entre cantons et Confédération dans la perspective d'une meilleure gouvernance au niveau national. Il formule quatre conditions essentielles à l'avènement d'une politique nationale de la santé: une culture de collaboration entre cantons et Confédération, une politique fondée sur l'échange de savoirs, une approche multisectorielle et globale de la santé, un renforcement des compétences de santé de la population.

François Höpflinger, Valérie Hugentobler: **Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse – Observations et perspectives.** 2006, Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, Editions Médecine et Hygiène, 46, chemin de la Mousse, 1225 Chêne-Bourg. www.medhyg.ch; www.obsan.ch. 142 p., Fr. 39.–. ISBN 2-88049-216-5

Les auteurs proposent une vue d'ensemble de l'évolution démographique et de l'état de santé des personnes âgées. Leur analyse détaillée tient compte aussi bien des prestations de soins professionnels que des formes d'entraide non professionnelles. Elle décrit l'état présent et les perspectives d'avenir de notre système de soins pour personnes âgées. Celui-ci repose sur quatre piliers: les soins prodigués par les proches parents au sein des familles (entraide familiale), l'aide des amis et des voisins (entraide informelle), les services professionnels de soins à domicile (soins ambulatoires) et les prestations des institutions pour personnes âgées (soins intra-muros). Les auteurs qui, au-delà des aspects démographiques et médicaux de la question, ont tenu compte de l'évolution générale de la société, concluent qu'une bonne coopération entre ces quatre composantes deviendra encore plus nécessaire à

l'avenir qu'elle ne l'est aujourd'hui. Plusieurs pistes d'action concrètes sont présentées dans cette publication.

Droit

Pascal Pichonnaz, Alexandra Rumo-Jungo: **Enfant et divorce.** Symposium en droit de la famille, 2005, Université de Fribourg. 2006, Schulthess Médias juridiques SA. Commande: Buchstämpfli, Wölflistrasse 1, case postale 5662, 3001 Berne. Tél. 031 300 66 77, fax 031 300 66 88. e-shop.staempfliverlag.ch/index.cfm. 328 p., Fr. 78.–. ISBN 3-7255-5172-3.

L'ouvrage reprend les interventions présentées lors du traditionnel Symposium en droit de la famille, qui s'est tenu à Fribourg en automne 2005. Les deux sessions (française et allemande) ont donné lieu à deux publications au contenu différent. Les contributions exposent l'état des recherches psychologiques, de même que la doctrine et la jurisprudence sur le thème des enfants et du divorce. Elles posent également un regard critique sur les projets de lois et suggèrent des pistes de réflexion de lege ferenda. Enfin, le large aperçu de la jurisprudence et de la doctrine de juin 2003 à juin 2005 sera certainement utile aux praticiens.

Internet

www.nouvjur.com

Ce site, qui existe depuis un peu plus d'un an, rencontre un succès croissant tant auprès des compagnies d'assurances et de leurs collaborateurs, des études d'avocats que des étudiants. Il a pour objectif d'informer de la dernière jurisprudence et d'assurer la formation continue.

Nouvelles publications

	Source N° de commande Langues, prix
Commission fédérale de coordination pour les questions familiales (Ed.): «Soigner, garder et payer – La famille et les phases tardives de la vie»	OFCL ¹ 301.607 d/f Fr. 17.–
Office fédéral de la statistique: «Forte augmentation des dépenses sociales depuis 2001. Analyse spéciale des Comptes globaux de la protection sociale»	OFS ² 299-0602 d 300-0602 f Fr. 6.–
Complément d'information à l'Info-Service: «Etre au chômage», «Prestations en cas de recherche d'emploi à l'étranger» (Etat membre de l'UE ou de l'AELE)	seco ³ 716.204 d/f/i gratuit
Allocations familiales dans l'agriculture. Commentaire et barèmes. Etat au 1 ^{er} janvier 2006	OFCL ¹ 318.806 d/f Fr. 9.30
Office fédéral des assurances sociales, Secteur Statistiques: «Statistique des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI 2005»	OFCL ¹ 318.685.05 d/f Fr. 5.50

1 OFCL, Diffusion publications, 3003 Berne, fax 031 325 50 58. E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch;
Internet: www.bbl.admin.ch/bundespublikationen/f

2 Office fédéral de la statistique, Expédition, Espace de l'Europe 10, 2000 Neuchâtel. Tél. 032 713 60 60, fax 032 713 60 61,
E-mail: order@bfs.admin.ch

3 seco, Effingerstrasse 31, 3003 Berne. Tél. 031 322 27 88, fax 031 311 38 35, www.seco.admin.ch, margrit.borer@seco.admin.ch

Sécurité sociale (CHSS)

La revue, lancée en 1993, paraît 6 fois par an. Chaque numéro contient un dossier sur un thème d'actualité. Les dossiers publiés de 2004 à 2006:

- N° 1/04 Renforcer la responsabilité individuelle pour sauver l'Etat social ?
- N° 2/04 Votation populaire du 16 mai 2004: 11^e révision de l'AVS/Financement de l'AVS et de l'AI
- N° 3/04 Egalité femmes et hommes: 30 ans après
- N° 4/04 Oui à un congé de maternité payé
- N° 5/04 La 5^e révision de l'AI
- N° 6/04 Rapport sur les familles 2004

- N° 1/05 Pas de dossier
- N° 2/05 Partenariat enregistré – donner un cadre légal à la relation
- N° 3/05 Modernisations dans l'exécution de l'AVS
- N° 4/05 Justice sociale – éthique et pratique
- N° 5/05 Nouveau régime de financement des soins
- N° 6/05 Travailler après 50 ans

- N° 1/06 Prévoyance professionnelle – quo vadis?
- N° 2/06 La 11^e révision de l'AVS bis
- N° 3/06 Accueil extrafamilial des enfants: programme d'impulsion
- N° 4/06 LAMal – dix ans après

Les articles des dossiers de *Sécurité sociale* sont accessibles sur Internet à l'adresse suivante: www.ofas.admin.ch (à partir de CHSS 3/1999).

Prix au numéro: 9 francs. Prix des numéros parus entre 1993 et 2002: 5 francs (les numéros 1/1999 et 3/1995 sont épuisés). Prix de l'abonnement annuel: 53 francs (TVA incluse).

Commande: **Office fédéral des assurances sociales, CHSS, 3003 Berne, fax 031 322 78 41, mél: info@bsv.admin.ch**

Impressum

Editeur	Office fédéral des assurances sociales (OFAS)	Traduction	Service linguistique de l'OFAS
Rédaction	Rosmarie Marolf Mél: rosmarie.marolf@bsv.admin.ch Téléphone 031 322 91 43 Sabrina Gasser, administration Mél: sabrina.gasser@bsv.admin.ch Téléphone 031 325 93 13 La rédaction ne partage pas forcément les opinions des auteurs extérieurs à l'OFAS.	Copyright	Reproduction autorisée avec l'accord de la rédaction
Commission de rédaction	Adelaide Bigovic-Balardi, Susanna Bühler, Stefan Müller, Andrea Nagel, Catherine Fahrni	Tirage	Version allemande: 6000 ex. Version française: 2000 ex.
Abonnements et informations	OFCL 3003 Berne Téléfax 031 325 50 58 www.ofas.admin.ch Mél: verkauf.zivil@bbl.admin.ch	Prix	Abonnement annuel (6 numéros): Suisse: 53 francs (TVA incluse) Etranger: 58 francs Prix du numéro: 9 francs
		Diffusion	OFCL, Diffusion publications 3003 Berne
		Impression	Cavelti AG, Druck und Media Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2689 318.998.4/06f