

SÉCURITÉ SOCIALE

CHSS n° 3 / 2016

DOSSIER

Les 20 ans de la LAMal

Quelle maîtrise
des coûts après 20 ans? 7

Politique sociale

Croissance modérée des
prestations complémentaires 32

Prévoyance

Partage de la prévoyance en
cas de divorce : nouveau droit 58



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Les 20 ans de la LAMal, et pas la moindre maîtrise des coûts ?



Oliver Peters

Vice-directeur Office fédéral de la santé publique

Les coûts de la santé ont plus que doublé en Suisse depuis l'instauration de la LAMal en 1996. Beaucoup, dans le débat public, y voient le résultat d'un comportement irresponsable des assurés ou d'un échec de la LAMal, voire du principe même d'une assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

En comparaison internationale, la Suisse est effectivement, de tous les pays développés, celui dont les dépenses de santé par habitant sont les plus élevées. Mais si l'on rapporte ces dépenses au produit intérieur brut, elle ne figure plus qu'au 3^e ou au 4^e rang des comparaisons internationales. Et si nous considérons la hausse des dépenses de santé au cours des vingt dernières années, l'Allemagne, l'Autriche, la France et l'Italie ont fait nettement mieux que notre pays ; et la Norvège, les Pays-Bas, la Suède et la Grande-Bretagne, nettement moins bien. Une comparaison internationale n'offre donc guère de point d'appui pour une critique de fond de la LAMal.

L'économiste américain Paul Krugman a relevé qu'après la Deuxième Guerre mondiale, dans les pays industrialisés, 30 à 40 % du revenu allaient à l'alimentation et 3 à 4 % à la santé, alors qu'aujourd'hui nous n'en consacrons plus que 10 à 15 % à l'alimentation, mais 10 à 15 % aussi à la santé. Dans son article « The Health Care Crisis and what to do about it », Krugman

montre aussi que les différences d'efficacité s'accroissent à mesure que les coûts augmentent.

Pour ce qui est de l'efficacité de notre système de santé, les hôpitaux et les médecins suisses, en dépit d'un grand investissement de ressources humaines et financières et d'une densité de médecins supérieure à la moyenne par rapport aux autres pays de l'OCDE, ne produisent que relativement peu de consultations ambulatoires et un nombre moyen d'hospitalisations. Les coûts par hospitalisation et par consultation sont très élevés en Suisse, ce qui constitue un problème crucial alors que les besoins augmentent en raison de l'évolution démographique.

En vue de maîtriser les coûts, la nouvelle loi, en 1994, misait sur les accords entre partenaires tarifaires et sur la concurrence entre assureurs-maladie. Mais cela n'a pas débouché sur les résultats escomptés. En particulier, les coûts des soins ambulatoires se sont envolés au cours des quinze dernières années, surtout en ce qui concerne les médecins spécialistes, et les frais d'hospitalisation n'ont cessé d'augmenter, même après la mise en place du système de forfaits par cas SwissDRG.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la Suisse, contrairement à d'autres pays, n'a pas entrepris grand-chose pour limiter le volume et l'intensité des prestations facturées. D'autres pays ont accordé une grande importance, dans le secteur ambulatoire, aux forfaits et parfois aussi aux budgets de prestations. Dans le secteur hospitalier, les objectifs en matière de prestations et les déductions en cas de dépassement des prestations sont monnaie courante. En Suisse, on a négligé jusqu'ici le volume des prestations facturées.

A notre sens, il est nécessaire de réfléchir, en Suisse aussi, à la manière dont on pourrait fixer des forfaits pour les prestations médicales et limiter, par des instruments appropriés ayant des incidences financières, les incitations à fournir des prestations médicales qui ne s'imposent pas. Les assurés, qui pâtiraient moins d'actes médicaux non indispensables, ne seraient pas les derniers à en profiter. ■

- 03 Editorial
- 64 Interventions parlementaires
- 65 Législation: les messages du Conseil fédéral
- 66 Statistiques des assurances sociales
- 68 Bon à savoir

Dossier

Les 20 ans de la LAMal

- 8 **Les 20 ans de la LAMal: rétrospective sélective** Depuis son entrée en vigueur en 1996, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) est au cœur des discussions sur le système de santé. L'attention, comme lors de son adoption, est focalisée sur l'évolution des coûts. La présente rétrospective retrace les principales adaptations et révisions de cette loi. **Sandra Schneider, Office fédéral de la santé publique**
- 13 **Retour statistique sur les 20 ans de la LAMal** Freiner les coûts de la santé était un des objectifs déclarés de la LAMal, adoptée en 1994 dans un contexte marqué, au début des années 1990, par la lutte contre l'explosion des primes et des coûts, notamment au moyen d'arrêtés urgents. Cet objectif a-t-il été atteint ou les primes ont-elles explosé, comme le prévoyaient les détracteurs du projet? **Aline Froidevaux / Christoph Kilchenmann, Office fédéral de la santé publique**
- 18 **Tirer les leçons de l'histoire** Lorsque j'ai participé à l'établissement des procès-verbaux de la commission d'experts Schoch¹ en tant qu'économiste frais émoulu et jeune recrue dans le secteur de la santé, je n'aurais jamais pensé que j'aurais l'honneur, 27 ans plus tard, d'exposer le point de vue des cantons sur la législation qui en a résulté. **Michael Jordi, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé**

- 23 **Entretien avec l'ancienne conseillère fédérale Ruth Dreifuss** En charge des assurances sociales au Conseil fédéral, Ruth Dreifuss a largement participé à l'élaboration et à la mise en œuvre de la LAMal. Elle a continué à suivre ce dossier même après son départ du gouvernement. C'est pourquoi nous lui avons demandé, en tant que témoin marquante, de répondre à quelques questions sur l'histoire et les effets de la loi.

Politique sociale

- 26 **Compte global des assurances sociales 2014** En 2014, les recettes des assurances sociales ont augmenté de 2,4 %, et les dépenses, de 1,9 %. Par rapport à l'année précédente, le résultat (22 milliards de francs) est légèrement meilleur. Comme en 2012 et 2013, le taux des prestations sociales et le taux de la charge sociale ont également augmenté. **Salome Schüpbach / Stefan Müller, Office fédéral des assurances sociales**
- 32 **Croissance modérée des prestations complémentaires** Fin 2015, 315 000 personnes touchaient des prestations complémentaires (PC) à l'AVS ou à l'AI, ce qui correspond à une augmentation de 1,8 % par rapport à 2014. Il s'agit de la deuxième plus faible croissance depuis 2000. **Urs Portmann / Jeannine Röthlin, Office fédéral des assurances sociales**
- 38 **Mesures de soutien non monétaire en matière de logement** Dans de nombreuses villes, la demande de logements à loyers avantageux est supérieure à l'offre. Elle est tellement élevée que les personnes touchées ou menacées par la pauvreté ne trouvent guère de logements adaptés. Les mesures de soutien non monétaire facilitent leur accès à un logement abordable et leur participation à la vie sociale. **Marie Glaser / Eveline Althaus / Michaela Schmidt, Ecole polytechnique fédérale de Zurich**

44 Facteurs de succès des entreprises d'intégration L'intégration sociale et professionnelle constitue la plus durable des protections contre la pauvreté. Pour la première fois, une étude exploratoire s'est penchée sur les facteurs de succès du point de vue des entreprises d'intégration sociale et professionnelle, des organismes de la sécurité sociale et des bénéficiaires. **Stefan M. Adam, Haute école spécialisée de la Suisse du Nord-Ouest / Gregorio Avilés, Haute école spécialisée de la Suisse italienne / Daniela Schmitz, Haute école spécialisée à distance Suisse**

49 L'interprétariat communautaire dans les institutions de la CII Les institutions de la CII ne font que rarement appel à un interprète communautaire lors des entretiens de conseil. De nombreux arguments techniques et économiques plaident pourtant en faveur d'une telle collaboration. Les instances nationales et cantonales de la CII ont les moyens d'agir pour faire évoluer les pratiques. **Lena Emch-Fassnacht, Interpret**

Assurance-maladie

54 Evaluation du nouveau régime de financement des soins Le nouveau régime de financement des soins vise à prévenir une nouvelle augmentation de la charge financière supportée par l'assurance obligatoire des soins (AOS) et par les ménages, ainsi qu'à améliorer la situation, socialement précaire, de certaines catégories de personnes exigeant des soins. Une évaluation du nouveau régime est en cours. **Christine Heuer / Christian Vogt, Office fédéral de la santé publique**

Prévoyance

58 Partage de la prévoyance en cas de divorce: nouveau droit La révision du partage de la prévoyance en cas de divorce entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2017. La grande nouveauté tient au fait que l'exécution du partage au moyen de la prévoyance professionnelle sera aussi possible lorsqu'un conjoint touche déjà une rente d'invalidité ou de vieillesse du 2^e pilier. **Franziska Grob, Office fédéral des assurances sociales**

Am 4. Dezember
Ja ! Für
das bessere
Kranken
Versicherungs-
Gesetz !



DOSSIER

Les 20 ans de la LAMal

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996. Elle prenait le relais de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA) de 1911 et instaurait un régime d'assurance obligatoire à l'échelle nationale: l'assurance-maladie sociale, ou assurance obligatoire des soins (AOS). Jusqu'alors, seule l'assurance-accidents était obligatoire; l'assurance-maladie ne l'était que dans un canton sur deux et dans certaines villes. Outre l'obligation d'assurance, les principaux objectifs du législateur étaient une compensation (limitée) des risques entre les caisses, l'encouragement de la concurrence, la promotion de la prévention et un meilleur contrôle des coûts de la santé.

Pour le 20^e anniversaire de la LAMal, les articles qui ouvrent le présent dossier retracent l'évolution des composantes de la loi et présentent, avec l'évolution

des primes et des coûts, les principaux paramètres de la politique de la santé. Un troisième article s'interroge sur la mesure dans laquelle l'objectif de différenciation des systèmes de santé visé par la LAMal a été atteint jusqu'ici, et désigne, du point de vue des cantons, les principaux défis stratégiques à relever pour installer un système de santé de qualité, efficace et reposant sur un financement social. Enfin, cerise sur le gâteau, l'ancienne conseillère fédérale Ruth Dreifuss, en grand témoin de cette époque, analyse l'évolution de la politique de la santé depuis l'instauration de la LAMal. ■

Les 20 ans de la LAMal : rétrospective sélective

Sandra Schneider, Office fédéral de la santé publique

Depuis son entrée en vigueur en 1996, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) est au cœur des discussions sur le système de santé. L'attention, comme lors de son adoption, est focalisée sur l'évolution des coûts. La présente rétrospective retrace les principales adaptations et révisions de cette loi.

L'instauration de la LAMal visait un triple objectif : maîtrise des coûts, approvisionnement en soins et solidarité ; il importait que l'ensemble de la population ait accès à des soins de qualité et que les personnes de condition économique modeste bénéficient d'un soutien financier pour le paiement des primes. Peu après l'entrée en vigueur de la LAMal, plusieurs initiatives populaires exigeaient déjà des adaptations, certaines radicales, par exemple l'initiative pour une caisse unique ou celle pour des coûts hospitaliers moins élevés, qui voulait limiter la protection d'assurance aux coûts hospitaliers. Toutes ont été rejetées. Au Parlement aussi, l'intérêt est resté vif, comme en témoigne le nombre élevé d'interventions. On ne s'étonnera donc pas que la LAMal ait déjà connu

plusieurs adaptations, notamment dans le but de maîtriser les coûts.

LA RÉFORME DE L'ASSURANCE-MALADIE A-T-ELLE FAIT SES PREUVES ?

Cinq ans après l'entrée en vigueur de la LAMal, une première évaluation aboutissait, pour chacun des objectifs précités, aux résultats suivants (OFAS 2001) :

- Approvisionnement en soins : les principales lacunes en matière de soins ont été comblées, et l'accès de tous les assurés aux prestations est garanti.
- Solidarité : la solidarité entre les assurés a été renforcée. L'obligation de s'assurer, la prime unique, le libre passage intégral et la compensation des risques ont permis de jugu-

ler efficacement et durablement le mouvement de désolidarisation observé sous le régime de l'ancien droit.

- Maîtrise des coûts : par contre, la maîtrise des coûts n'a pas été obtenue dans la mesure souhaitée. La concurrence entre assureurs ne joue pas suffisamment, le développement des modèles de *managed care* (réseaux de soins) est resté modeste et la planification hospitalière n'a pas débouché sur les économies attendues.

En 2002, le Conseil fédéral a procédé à un vaste état des lieux du système d'assurance-maladie sociale (Conseil fédéral 2002a) et a fait de la maîtrise des coûts l'objectif premier de sa stratégie de réforme (Conseil fédéral 2002b). Des mesures à court, moyen et long terme devaient permettre de mieux maîtriser le volume des prestations et d'accorder plus de poids à leur adéquation, en d'autres termes, de rendre le recours aux prestations plus efficient. L'accent restait mis sur l'optimisation du système, notamment par des incitations économiques positives et par la correction des effets pervers. La même année, le Conseil fédéral adoptait des propositions (Conseil fédéral 2002c) qu'il avait déjà avancées dans la deuxième révision partielle de la LAMal¹ alors en cours.

Alors que la première révision partielle de la LAMal comportait surtout des correctifs visant à combler les lacunes et à renforcer la solidarité, les propositions de la deuxième révision partielle étaient focalisées sur l'objectif de maîtrise des coûts. Estimant que le problème persistant des coûts s'expliquait avant tout par un contrôle insuffisant du volume des prestations, le Conseil fédéral mettait l'accent sur des corrections propres à agir sur ce dernier. La deuxième révision partielle de la LAMal, qui aurait surtout dû instaurer un nouveau régime de financement des hôpitaux, échoua cependant devant le Conseil national, le 17 décembre 2003, après trois ans de délibérations au Parlement.

Après l'échec de la deuxième révision partielle, le Conseil fédéral décida de poursuivre la réforme en suivant une stratégie globale, mais en procédant par étapes. En vue de consolider ou d'optimiser le système existant, il présenta au Parlement, en deux paquets législatifs, les éléments pour l'essentiel non controversés de la révision (Conseil fédéral 2004). Il s'y ajouta un projet sur le financement des soins, traité à

part. Ces projets ont été débattus aux Chambres fédérales sur une période de sept ans.

Première révision partielle de la LAMal, du 24 mars 2000²

La réduction de primes constituait une partie importante de cette révision, qui précisait également les prescriptions relatives au changement d'assureur afin d'unifier la pratique des assureurs. Le Parlement décida en outre des mesures coercitives, telles que prestations en dommages-intérêts, amendes d'ordre et intérêts moratoires, qui devaient faire en sorte que les assureurs se conforment au droit en vigueur. La règle explicite selon laquelle le risque de participation aux coûts dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins ne peut pas être réassuré a également été introduite à cette occasion. La possibilité a été donnée aux pharmaciens de remplacer les préparations originales par des génériques plus avantageux, à condition que le médecin n'ait pas exigé expressément la remise d'une préparation originale. Enfin, avec la création de l'art. 55a, le Conseil fédéral se voyait accorder la possibilité de limiter selon le besoin l'admission des fournisseurs de prestations dans le domaine ambulatoire (« clause du besoin »). Par contre, la proposition du Conseil fédéral d'introduire, comme mesure de maîtrise des coûts, des budgets globaux dans le secteur ambulatoire également n'a pas été suivie.

MESURES VISANT LA MAÎTRISE DES COÛTS En 2004 déjà, le Parlement adopta quelques adaptations urgentes ou peu controversées³, notamment l'introduction de la carte d'assuré (art. 42a) et la prolongation de trois ans de la clause du besoin pour l'admission des fournisseurs de prestations (art. 55a).

FINANCEMENT HOSPITALIER Après que la question de la participation cantonale aux coûts des traitements hospitaliers dispensés en division privée ou semi-privée à l'intérieur du canton eut été réglée à titre transitoire en 2002 par une loi fédérale urgente⁴, les Chambres fédérales adoptèrent, le 21 décembre 2007, l'une des plus importantes adaptations de la LAMal, la révision du financement des hôpitaux. Sur le fond, celle-ci correspondait largement à la deuxième révision partielle de la LAMal. Outre le passage à un financement lié aux prestations (art. 49), une planification intégrale dans le domaine hospitalier avec attribution de mandats de prestations par les cantons (art. 39) et l'égalité de traitement entre hôpitaux publics et privés, elle comportait une nou-

² En vigueur depuis le 1.1.2001 ; RO 2000 2305, FF 1999 I 727.

³ RO 2005 1071, FF 2004 4019.

⁴ RS 832.14 ; RO 2002 1643 ; prolongée trois fois jusqu'à fin 2008 : RO 2004 4373 ; RO 2006 5785 ; RO 2008 9.

¹ FF 2001 693.

velle réglementation du financement, dual, par les assureurs et les cantons (art. 49a)⁵. Cette adaptation avait pour objectif une maîtrise de la croissance des coûts dans le secteur hospitalier non ambulatoire, qui ne compromette pas pour autant la garantie de l'accès à des soins de qualité. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

PILOTAGE DU DOMAINE AMBULATOIRE Nous avons déjà mentionné la prolongation de la clause du besoin jusqu'au 30 juin 2007. Ce ne serait pas la dernière : le Parlement prolongea cette clause pour les fournisseurs de prestations le 13 juin 2008 jusqu'au 31 décembre 2009 et, le 12 juin 2009, il la prolongea à nouveau en limitant la mesure aux médecins spécialistes et aux pharmaciens⁶. La limitation des admissions est arrivée à échéance à la fin de 2011, les Chambres ayant adopté en septembre 2011 une solution de rechange avec le projet Réseaux de soins. Mais il apparut rapidement que le nombre de médecins désireux de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie augmentait fortement, influençant négativement l'évolution des coûts dans le secteur ambulatoire. Après le rejet du projet Réseaux de soins, le Conseil fédéral reprit la question en main et soumit au Parlement, le 21 novembre 2012, un message concernant la réintroduction en urgence, à titre temporaire, de l'admission selon le besoin. Celle-ci fut adoptée après un bref débat, si bien que la clause du besoin fut réintroduite le 1^{er} juillet 2013⁷. Une solution à long terme permettant de piloter le domaine ambulatoire devait prendre le relais. Le Conseil fédéral a soumis au Parlement, le 18 février 2015, un message concernant le pilotage du domaine ambulatoire⁸. Celui-ci prévoyait en particulier la possibilité pour les cantons de prendre des mesures en cas de pléthore ou de pénurie. Au cours du débat parlementaire, les Chambres ont adapté le projet en sorte que la clause du besoin en vigueur jusque-là soit inscrite dans la LAMal sans limitation dans le temps. Mais le Conseil national a finalement rejeté cette proposition le 18 décembre 2015. Peu avant l'échéance de la réglementation, le Parlement, se fondant sur une initiative parlementaire, a décidé le 17 juin

2016 de prolonger une nouvelle fois de trois ans la validité de la clause du besoin, jusqu'au 30 juin 2019⁹.

COMPÉTENCE SUBSIDIAIRE DE LA CONFÉDÉRATION DANS LE DOMAINE TARIFAIRE Dans le but de mettre fin au blocage dû aux partenaires tarifaires et d'adapter les structures tarifaires à la situation actuelle, le Parlement accorda au Conseil fédéral, le 23 décembre 2011¹⁰, la compétence de procéder à des adaptations de la structure tarifaire si cette dernière s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de celle-ci (art. 43, al. 5^{bis}). Dans le même temps, une base légale était créée, prévoyant l'obligation de communiquer les diagnostics et les procédures pour le contrôle des factures (art. 42, al. 3^{bis})¹¹. Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2013. En adoptant, le 20 juin 2014, l'ordonnance sur l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie, le Conseil fédéral, faisant pour la première fois usage de sa compétence subsidiaire, a adapté la structure tarifaire Tarmed au 1^{er} octobre 2015. Cette adaptation visait à donner davantage de poids aux prestations médicales intellectuelles par rapport aux prestations techniques, tout en améliorant la situation financière des médecins de premier recours.

PROJETS REJETÉS VISANT LA MAÎTRISE DES COÛTS Les projets du Conseil fédéral de 2004 relatifs à la participation aux coûts, aux réseaux de soins et à la liberté de contracter prévoyaient des mesures visant à renforcer la responsabilisation, mais aussi à optimiser les soins¹². Les Chambres ont repris des éléments de ces projets dans le projet Réseaux de soins, qu'elles ont adopté le 30 septembre 2011¹³. Elles ne sont pas entrées en matière sur les deux autres projets. Cette modification de loi aurait inscrit dans la LAMal des modèles d'assurance avec réseaux de soins intégrés, et encouragé la qualité et l'efficacité des traitements. Une quote-part différenciée ainsi que des durées contractuelles plus longues pour des formes particulières d'assurance

⁵ RO 2008 2049 ; FF 2008 9.

⁶ RO 2008 2917 ; FF 2004 4055 ; RO 2009 5265 ; FF 2009 2977.

⁷ RO 2013 2065 ; FF 2012 8709.

⁸ FF 2015 2109.

⁹ RO 2016 2265.

¹⁰ RO 2012 4085 ; FF 2012 51.

¹¹ RO 2012 4085 ; FF 2012 51.

¹² FF 2004 4121 ; FF2004 5257 ; FF 2004 4055.

¹³ FF 2011 6849.

étaient également prévues. Ce projet fut toutefois rejeté à une large majorité en votation populaire le 17 juin 2012¹⁴.

La partie du projet Réseaux de soins qui portait sur l'encouragement de l'économicité pour les médicaments avait déjà échoué devant le Conseil national. Elle prévoyait, entre autres, un réexamen triennal des conditions d'admission des médicaments dans la liste des spécialités. Le Conseil fédéral a néanmoins instauré au niveau de l'ordonnance un réexamen régulier en tant que moyen de maîtriser les coûts. Après deux réexamens exceptionnels des prix en 2007 et 2009 et une baisse de la part relative à la distribution pour tous les médicaments, l'ensemble des médicaments de la liste des spécialités sont soumis à réexamen depuis 2012, à raison d'un tiers chaque année.

En prévision d'une hausse des primes qui s'annonçait exceptionnellement forte pour 2010, le Conseil fédéral a soumis au Parlement, le 29 mai 2009, ses propositions de mesures pour endiguer l'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins¹⁵. Celles-ci comprenaient la mise en place de permanences téléphoniques de conseil médical par tous les assureurs en tant que premier recours gratuit, l'introduction d'une contribution aux frais de traitement de 30 francs pour les six premières consultations auprès d'un médecin ou d'un service ambulatoire hospitalier, l'octroi au Conseil fédéral de la compétence de baisser les tarifs en cas d'évolution des coûts supérieure à la moyenne, l'inclusion de services ambulatoires des hôpitaux dans les mandats de prestations cantonaux, ainsi que la prolongation à deux ans des contrats de franchise à option. Ce projet a été rejeté en vote final par le Conseil national le 1^{er} octobre 2010.

AUTRES ADAPTATIONS

RÉDUCTION DE PRIMES Les adaptations de la LAMal n'ont pas toutes eu pour seul objectif de maîtriser les coûts, elles ont aussi continué à poursuivre l'objectif de solidarité. C'est ainsi qu'une nouvelle réglementation des conséquences juridiques en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts (suspension des prestations; art. 64a) et l'engagement des cantons de réduire d'au moins 50 % les primes des enfants jusqu'à 18 ans et des jeunes adultes en

formation jusqu'à 25 ans pour les familles à revenu moyen (art. 65, al. 1^{bis} et 6) ont été adoptées le 18 mars 2005¹⁶.

FINANCEMENT DES SOINS Le nouveau régime de financement des soins¹⁷, par lequel une limitation des contributions aux soins a été introduite au 1^{er} janvier 2011 (art. 25a), vise à atténuer la charge croissante que l'évolution démographique fait peser sur l'assurance-maladie. Il contient encore d'autres éléments de politique sociale, tels que la limitation des coûts à la charge des patients, l'introduction d'une allocation pour impotent de l'AVS pour les personnes vivant à domicile et présentant une impotence faible, ainsi qu'un relèvement des franchises sur la fortune pour le droit des pensionnaires de home à des prestations complémentaires à l'AVS.

COMPENSATION DES RISQUES Afin de réduire l'incitation à sélectionner les risques, le Parlement a décidé le 21 décembre 2007, en même temps que la révision du financement des hôpitaux, de prolonger la compensation des risques et d'en modifier le calcul à partir de 2012¹⁸. La nouvelle formule prend en compte, outre l'âge et le sexe, un nouveau critère : le séjour d'une certaine durée dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente.

Par décision du 21 mars 2014, le Parlement a inscrit la compensation des risques dans la LAMal sans limitation dans le temps, tout en décidant un nouvel affinement du dispositif¹⁹ : le Conseil fédéral a la possibilité de définir des indicateurs de morbidité supplémentaires. C'est ainsi que la formule de calcul inclura dès 2017 le nouvel indicateur « coût des médicaments au cours de l'année précédente »²⁰. Elle tiendra ainsi compte des assurés qui génèrent des coûts importants même sans avoir séjourné dans un hôpital ou un EMS au cours de l'année précédente.

COMPENSATION PARTIELLE DES PRIMES PAYÉES EN TROP OU EN INSUFFISANCE Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, des primes trop élevées ou au contraire trop basses par rapport aux prestations fournies ont été perçues

¹⁴ FF 2012 7159.

¹⁵ FF 2009 5207.

¹⁶ RO 2005 3587; FF 2004 4089.

¹⁷ RO 2009 3517; FF 2005 1911.

¹⁸ RO 2009 4755; FF 2004 5207.

¹⁹ RO 2014 3345.

²⁰ RO 2014 3481.

dans les cantons en raison d'estimations des coûts trop pessimistes ou trop optimistes. Afin de corriger au moins partiellement ces déséquilibres, le Parlement a adopté le 21 mars 2014 un mécanisme de compensation limité dans le temps. La compensation partielle est de 800 millions de francs et elle est supportée par une partie des assurés ainsi que par les assureurs et la Confédération. La loi est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2015 pour une durée de trois ans²¹.

Nouvelle loi sur la surveillance de l'assurance-maladie

L'évolution du marché de l'assurance-maladie et de l'organisation des assureurs a montré clairement que l'autorité de surveillance manquait de bases légales pour préserver le système par des mesures appropriées. Un projet de loi a donc été élaboré pour combler cette lacune dans le droit de la surveillance, et accroître la transparence et la cohérence dans une concurrence régulée. Il contient des améliorations notamment dans le domaine de la sécurité financière et de la gestion d'entreprise des assureurs, ainsi que dans les compétences de l'autorité de surveillance. Celle-ci pourra désormais intervenir par des mesures de prévention et de précaution lorsque la stabilité financière d'un assureur est compromise et que les organes de celui-ci n'ont pas engagé des mesures suffisantes. Adoptées le 26 septembre 2014 par le Parlement, la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (RS 832.12) et l'ordonnance afférente (RS 832.121) sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

PERSPECTIVES Le 23 janvier 2013, le Conseil fédéral a fixé les priorités de la politique suisse de la santé pour les prochaines années. Son document stratégique offre une vue d'ensemble de 36 mesures, réparties en quatre domaines d'action, qui seront mises en œuvre progressivement (Conseil fédéral 2013). Ces mesures, qui se fondent sur douze objectifs, permettront d'aménager de manière optimale le système de santé suisse, qui a fait ses preuves, en fonction des défis présents et à venir. Elles forment la base actuelle du développement de l'assurance-maladie et doivent permettre de maîtriser les coûts, d'optimiser les soins et de renforcer la solidarité. On retrouve ainsi les objectifs initiaux de la LAMal, présentés au début de cet article.

Le Conseil fédéral a soumis au Parlement, le 4 décembre 2015, un projet relatif au renforcement de la qualité et de l'économicité²². Dans l'esprit de la stratégie fédérale de 2009 en matière de qualité dans le système de santé, ce projet vise à

améliorer la qualité des prestations médicales, à augmenter la sécurité des patients et à freiner la croissance des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Indépendamment de cette démarche, la Confédération renforce le contrôle systématique des technologies de la santé et des prestations médicales prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (*Health technology assessments*, HTA). L'objectif visé est de réduire le nombre des traitements et des interventions inutiles, inefficaces ou inefficaces, d'éviter la fourniture de soins inadaptés ou un excès de soins, et d'améliorer ainsi la qualité des traitements.

Etant donné que les différences de prix des génériques entre la Suisse et l'étranger restent considérables et que les mesures prises jusqu'ici se sont révélées peu efficaces, le Conseil fédéral entend inscrire dans la LAMal un système de prix de référence pour les médicaments dont le brevet est échu.

Le Conseil fédéral a en outre été chargé par le Parlement de continuer de rechercher pour le secteur ambulatoire des solutions à long terme permettant de garantir un approvisionnement en soins de qualité et de maîtriser les coûts de façon ciblée.

BIBLIOGRAPHIE

Conseil fédéral (2013), Santé2020, *Politique de la santé: les priorités du Conseil fédéral*, 23 janvier 2013: www.goo.gl/DA8o6y (OFSP).

Conseil fédéral (2004), *communiqués de presse des 25 février, 26 mai et 15 septembre 2004*: www.goo.gl/9yNlxS (OFSP).

Conseil fédéral (2002c), *communiqué de presse du 21 août 2002*: www.goo.gl/xPlaFK (OFAS).

Conseil fédéral (2002b), *communiqué de presse du 3 juillet 2002*: www.goo.gl/ajqQpN (OFAS).

Conseil fédéral (2002a), *L'assurance-maladie sociale. Analyse, séance spéciale du Conseil fédéral du 22 mai 2002*, publié par le Département fédéral de l'intérieur: www.goo.gl/R8Ke10 (OFAS).

OFAS (2001), *Analyse des effets de la loi sur l'assurance-maladie, rapport de synthèse*, publié par l'Office fédéral des assurances sociales, Berne, décembre 2001: www.goo.gl/9MSFGo (OFAS).



Sandra Schneider

Lic. iur., avocate, responsable de la division Prestations, responsable adjointe de l'unité de direction Assurance maladie et accidents, OFSP.
sandra.schneider@bag.admin.ch

²¹ RO 2014 2463; FF 2012 1707.

²² FF 2016 217.

Retour statistique sur les 20 ans de la LAMal

Aline Froidevaux,

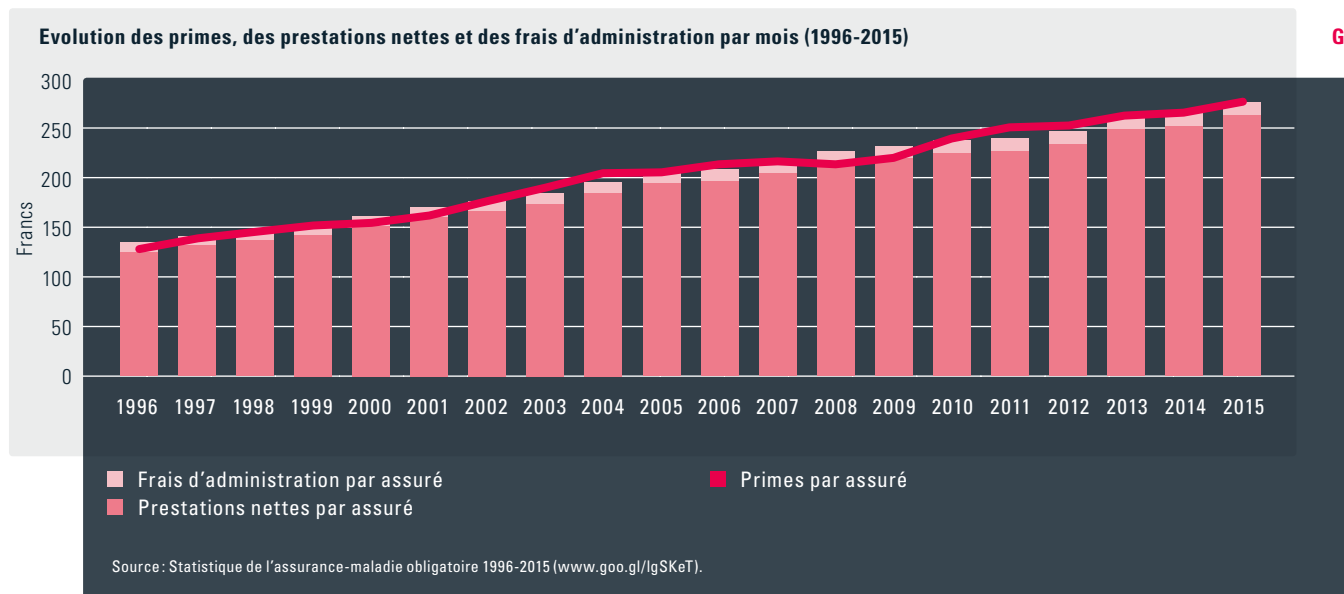
Christoph Kilchenmann ; Office fédéral de la santé publique

Freiner les coûts de la santé était un des objectifs déclarés de la LAMal, adoptée en 1994 dans un contexte marqué, au début des années 1990, par la lutte contre l'explosion des primes et des coûts, notamment au moyen d'arrêtés urgents. Cet objectif a-t-il été atteint ou les primes ont-elles explosé, comme le prévoyaient les détracteurs du projet ?

La paralysie de la croissance économique dans les années 1970 a durablement transformé la hausse des coûts de la santé en un sujet politique. Au début des années 1990, le Conseil fédéral et le Parlement se sont même vus contraints à recourir au droit de nécessité pour limiter les coûts et les primes. L'évolution de ces derniers comptait parmi les points les plus discutés en 1994, lors de la campagne sur le référendum relatif à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Alors que le Conseil fédéral considérait que le renforcement de la concurrence permettrait de maîtriser les coûts, le comité référendaire affirmait que les primes allaient exploser.

MAÎTRISE OU EXPLOSION DES COÛTS ? Entre 1996 et 2015, les prestations versées par les assureurs (prestations nettes, hors participation aux frais des assurés) ont progressé, par assuré, de 4,0 % par an, tandis que les prix à la consommation s'accroissaient dans le même temps de 0,5 % par an en moyenne. Les prestations nettes ont donc augmenté, en termes réels, de 3,5 %, soit un doublement des dépenses en termes réels en vingt ans. La LAMal n'a-t-elle donc pas atteint son objectif de ralentir la croissance des coûts ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de comparer ce taux de croissance à l'évolution enregistrée dans les vingt années qui ont précédé l'introduction de la LAMal. La série chronologique des prestations dans la statistique de



l'assurance-maladie 1994/1995 fait apparaître pour la période de 1976 à 1995 une croissance annuelle par tête de 7,1 %, soit – en tenant compte de l'inflation considérable enregistrée durant cette période – de 3,8 % en francs constants. Cependant, ni le mode de saisie des données ni l'étendue des prestations ne sont demeurés constants au cours de cette période¹. La période de 1985 à 1993 se prête mieux à des évaluations de long terme touchant l'évolution des coûts avant l'introduction de la LAMal : en effet, la saisie statistique n'a pas connu de changements d'importance depuis 1985, quand a débuté la saisie séparée de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire. Dans cette période, les prestations de l'assurance de base par assuré se sont accrues de 7,0 % par an en termes nominaux, soit de 3,7 % en termes réels. Des calculs portant sur d'autres périodes font la plupart du temps également apparaître des taux de croissance en termes réels qui sont supérieurs à ceux déterminés pour la période qui débute

en 1996. Il est donc justifié d'affirmer que la progression des coûts a légèrement ralenti depuis l'introduction de la LAMal.

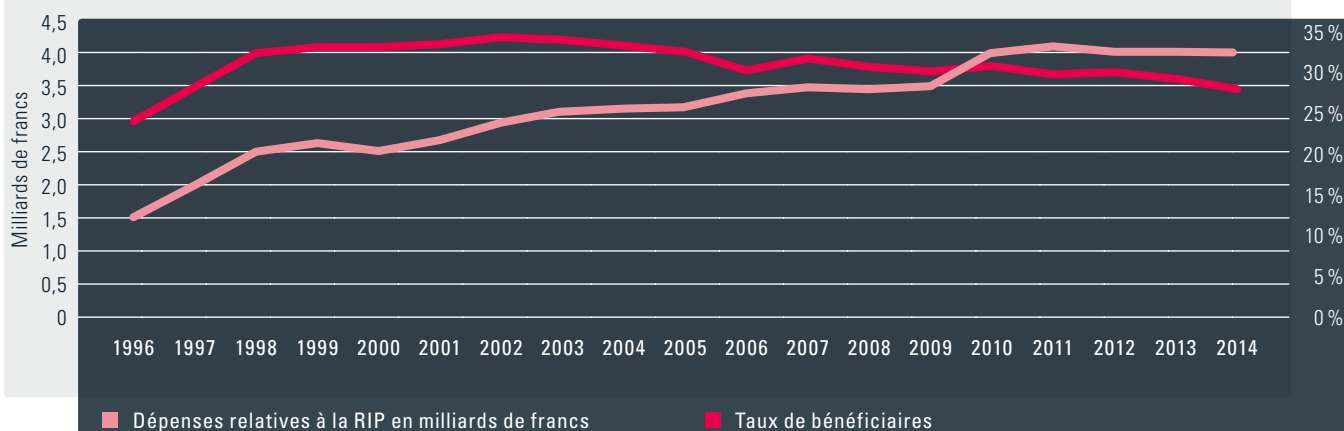
LA CROISSANCE DES PRIMES, REFLET DE LA CROISSANCE CONSTANTE DES COÛTS

L'évolution des primes est la variable qui permet le mieux de représenter la croissance des coûts de la santé au niveau de chaque assuré. Dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), la prime mensuelle moyenne d'un adulte pour le modèle standard avec franchise ordinaire et couverture accident est passée de 173 francs en 1996 à 412 francs en 2015. Comme de plus en plus d'assurés choisissent des formes particulières d'assurance et bénéficient des rabais qui en découlent, la croissance des primes effectivement payées par assuré est légèrement moins marquée. Mais la progression n'en reste pas moins considérable : en 2015, le montant mensuel moyen facturé par tête était de 274 francs, soit plus du double des 128 francs facturés en moyenne la première année de la LAMal (voir graphique G1). En moyenne sur le long terme, les primes se sont accrues au même rythme que les coûts, ceux-ci étant la somme des prestations nettes et des frais d'administration. Cependant, les primes n'ont de loin pas couvert les coûts en 1996, 2000, 2001, 2008 et 2009, tandis qu'elles leur étaient supérieures en 2003, 2004, 2006, 2011 et 2012. Les déficits ont conduit à

¹ Il a par contre été tenu compte du fait qu'en raison d'un changement dans le plan comptable, les valeurs de 1994 ne sont pas comparables avec celles des années précédentes. En conséquence, la croissance de 14,9 % affichée dans la statistique mentionnée a été remplacée par une estimation de l'OFAS de +4,4 %, citée dans l'introduction de la « Statistique de l'assurance-maladie 1994/1995 ».

G2

Evolution du taux de bénéficiaires et des dépenses relatives à la RIP (1996-2014)

Source : Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2014 (www.goo.gl/IgSKeT).

une consommation des réserves, tandis que les excédents ont au contraire permis la constitution de réserves.

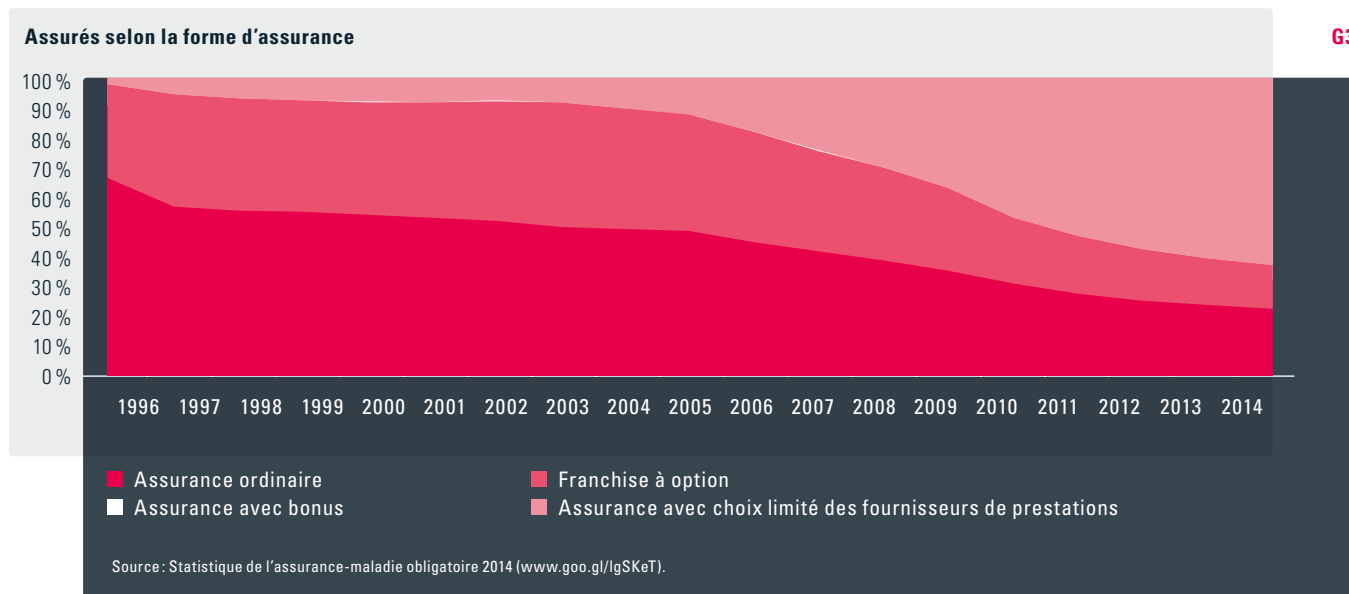
RÉDUCTION INDIVIDUELLE DES PRIMES À LA PLACE DE SUBVENTIONS POUR LES CAISSES-MALADIE L'impression répandue que l'augmentation des primes d'assurance-maladie est plus forte depuis l'entrée en vigueur de la LAMal pourrait être liée au changement de système dans le mode de subvention de l'assurance-maladie sociale. Selon le droit antérieur, des subventions étaient versées aux caisses-maladie, afin qu'elles puissent fixer des primes inférieures aux coûts qu'elles supportaient. A l'inverse, la LAMal introduit le principe de la réduction individuelle des primes (RIP) au bénéfice des assurés de condition économique modeste. Financée par la Confédération et les cantons, la RIP est conçue comme un correctif social de la prime unique, permettant de réduire de manière ciblée la prime des assurés qui ne pourraient pas en supporter la charge financière. Il découle de la logique du système de la LAMal que la partie de la population qui n'a pas droit à la RIP ne bénéficie plus des subventions publiques qui étaient versées aux caisses avant 1996.

Cette année-là, la RIP a coûté environ 1,47 milliard de francs et le taux de bénéficiaires (part des bénéficiaires de

la RIP dans l'ensemble des assurés) était de 22,9 %. Les trois années suivantes, en particulier, les dépenses relatives à la réduction des primes et le taux de bénéficiaires se sont fortement accrus (voir graphique G2). Le taux de bénéficiaires s'est ensuite stabilisé, puis a notablement reculé depuis 2004, pour s'inscrire à 26,9 % en 2014. Mais comme le montant moyen payé par assuré a progressé continuellement sur toute la période, les dépenses relatives à la RIP ont tout de même augmenté. En 2014, elles s'établissaient pour la Confédération et les cantons à 4 milliards de francs, soit 21,0 % des recettes des assureurs-maladie. A titre de comparaison, la part des subventions dans ces dernières s'inscrivait à 19 % en 1985².

BOOM DES FORMES PARTICULIÈRES D'ASSURANCE Pour les assurés disposant d'un revenu moyen et ne bénéficiant plus de la RIP, en particulier, les primes d'assurance-maladie sont devenues un poste de dépense important. Or, en choisissant l'offre appropriée, ils peuvent réduire considérablement ces coûts. Les formes d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations (ci-après CLFP) ou avec franchise à option sont jusqu'à moitié moins chères

² Propres calculs sur la base de la « Statistique suisse des assurances sociales 2015 » (www.goo.gl/5016kTj).



que le modèle avec franchise ordinaire et couverture accident. Cela explique leur grande popularité.

Plus de la moitié des assurés optent pour un modèle de prime qui limite leur choix des prestataires de soins.

En 1996, 65,9% des assurés avaient souscrit une assurance ordinaire. En 2014, ils n'étaient plus que 22,3% dans ce cas (voir graphique G3). Déjà très répandue avant l'entrée en vigueur de la LAMal, l'assurance avec franchise à option, dans laquelle les assurés participent davantage aux frais, avait une part de marché de 32,0% en 1996. Mais comme de nombreux assurés sont passés ensuite à des modèles avec CLFP, cette part n'était plus que de 14,7% en 2014. Dans les modèles avec CLFP, l'assuré s'engage à appeler une permanence télé-

phonique avant toute consultation médicale, ou à réaliser le premier examen auprès d'un médecin ou d'un cabinet HMO défini. Ces formes d'assurance ont enregistré une croissance énorme, passant de 1,7% des assurés en 1996 à 63,0% en 2014. L'assurance avec franchise à option et l'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations sont souvent combinées. Dans le graphique G3, ces modèles combinés sont compris dans les formes d'assurance avec CLFP. Actuellement, un peu moins de la moitié des assurés ayant opté pour un modèle avec CLFP ont choisi la franchise ordinaire.

L'assurance avec bonus, qui prévoit une réduction de prime lorsque l'assuré n'a bénéficié d'aucune prestation au cours d'une année, demeure marginale : moins de 0,5% de part de marché sur l'ensemble de la période.

CONCENTRATION DES ASSUREURS DANS DES GROUPES La LAMal permet aux assurés de réduire le coût financier des primes en leur donnant la liberté non seulement de choisir leur modèle d'assurance mais également de changer d'assureur. Ils peuvent le faire sans problème, étant donné que l'assurance-maladie sociale prévoit le libre passage intégral et l'obligation d'admission. C'est pourquoi les assureurs qui proposent des primes largement inférieures aux autres reçoivent souvent de très nombreuses demandes

d'affiliation. Mais ils doivent d'abord constituer des réserves pour les nouveaux assurés, car cet afflux d'assurés constitue un risque important pour les assureurs qui se positionnent de cette manière sur le marché. La difficulté réside notamment dans le fait que l'état de santé des nouveaux assurés n'est pas connu, et que les coûts qui en découlent sont souvent sous-estimés par la direction des assureurs. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, ce risque typique pour l'AOS a mis en difficultés financières plusieurs caisses-maladie, notamment petites ou moyennes, visant une clientèle régionale. Celles qui n'ont pas été mises en faillite ont souvent été absorbées par des concurrents plus grands.

La concurrence entre caisses a accéléré le processus de concentration : le nombre d'assureurs proposant l'AOS est passé de 898 en 1966 à 145 en 1996, et à 57 en 2016. De nombreux assureurs de petite taille, ayant une clientèle locale, ou encore d'anciennes caisses-maladie d'entreprises ont disparu.

La progression des grands groupes sur le marché de l'assurance-maladie est également remarquable. Ces vingt dernières années, de nombreux grands assureurs ont fondé des filiales ou absorbé des caisses jusque-là autonomes. Aujourd'hui, plus de la moitié des assureurs soit font partie d'une structure de groupe, soit sont liés à un groupe par un contrat de collaboration souple. Ensemble, ces assureurs couvraient en 2014 environ 6,6 millions d'assurés, sur un total de 8,1 millions, ce qui correspond à une part de marché de 81,1%.

Pour un groupe d'assureurs, il y a différents avantages à proposer l'AOS par l'intermédiaire de différentes caisses. Cela lui permet par exemple de contourner l'obligation de la prime unique et de proposer à ses assurés des possibilités supplémentaires pour réduire leurs primes. Par exemple, si l'assuré choisit une caisse hors du groupe, il peut en découler que son assurance complémentaire et son assurance de base ne sont plus proposées par le même prestataire ; en revanche, en changeant de caisse tout en demeurant au sein du groupe, il évite les frais administratifs qui en résulteraient. Et lorsque l'assuré présente une structure de risques favorable, l'assureur a tout intérêt à le conserver au sein du groupe.

CONCLUSION Les effets de la LAMal se reflètent aussi dans les statistiques de l'assurance-maladie. La nouvelle loi n'a certes réussi que partiellement à freiner la croissance des coûts, et en raison des changements dans la procédure de

financement, notamment l'octroi de la réduction individuelle des primes à la place du subventionnement des caisses-maladies, et du recul global de la part du financement public, la charge financière des primes s'est même accrue pour les ménages ne bénéficiant pas d'une RIP. Mais le renforcement de la concurrence entre caisses a conduit à l'émergence de formes de soins médicaux meilleur marché, largement utilisées par les assurés. Ainsi, à l'heure actuelle, plus de la moitié de la population a opté pour une forme d'assurance avec choix limité des fournisseurs de prestations. Cette situation traduit une certaine disposition des assurés à choisir sur une base volontaire des formes de soins plus efficaces. Elle permet d'espérer que la loi déploiera réellement un effet de maîtrise des coûts, même s'il est clair que le système peut encore être amélioré à cet égard. ■



Aline Froidevaux

Lic. rer. oec., économiste, cheffe suppléante de la section Primes et surveillance de la solvabilité, Office fédéral de la santé publique.
aline.froidevaux@bag.admin.ch



Christoph Kilchenmann

Docteur ès sciences politiques, chef de la section Primes et surveillance de la solvabilité, Office fédéral de la santé publique.
christoph.kilchenmann@bag.admin.ch

Tirer les leçons de l'histoire

Michael Jordi, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

Lorsque j'ai participé à l'établissement des procès-verbaux de la commission d'experts Schoch¹ en tant qu'économiste frais émoulu et jeune recrue dans le secteur de la santé, je n'aurais jamais pensé que j'aurais l'honneur, 27 ans plus tard, d'exposer le point de vue des cantons sur la législation qui en a résulté.

L'objectif premier d'un système de santé dans les pays développés devrait être partout le même, à savoir garantir l'accès à des soins médicaux de qualité, organisés de façon efficace au meilleur tarif possible et économiquement supportables pour le particulier. Or, un abîme sépare les modèles de mise en œuvre concrets et la réalisation de cet objectif. En Suisse, la politique de la santé multiplie elle aussi depuis des décennies ses efforts dans ce but et n'a de cesse de peaufiner son modèle avec plus ou moins d'enthousiasme.

UN SYSTÈME LENT, RÉFORMABLE À CERTAINES CONDITIONS Qu'est-ce qui caractérise les tentatives de réforme passées du système de santé, qu'elles aient réussi ou avorté? Historiquement, la Suisse possède un système de santé lent. Cela concerne tant le cadre législatif que l'organisation des soins. La loi sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA) de 1912 a connu une première révision mineure en 1964. Il a cependant fallu attendre la deuxième révision, totale celle-ci, pour obtenir un changement digne de ce nom, avec la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) adoptée de justesse par la votation populaire de 1994: caractère obligatoire de l'assurance, libre changement de caisse-maladie pour l'assurance de base, compensation des risques, primes uniques

¹ A l'automne 1989, le Conseil fédéral a constitué une commission d'experts sous la présidence d'Otto Schoch, alors conseiller aux Etats radical (AR). Cette commission avait pour mission de préparer un avant-projet de la révision de la loi sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA) pour l'automne 1990.

pour tous les adultes, renforcement de la solidarité par la suppression des assurances collectives, réductions de primes dans toute la Suisse, possibilités de contrôle tarifaire par la Confédération et les cantons, financement dual fixe des hôpitaux, etc. La révision a abouti grâce à la conjonction de plusieurs facteurs : processus d'élaboration prudent prévoyant la participation des cantons et des partenaires concernés, volonté de réforme commune et sincère dépassant les clivages partisans, modèle respectant l'équilibre des pouvoirs dans le cadre du projet et s'agissant des intérêts des acteurs, et retenue vis-à-vis des revendications maximalistes d'ordre politique – autant d'ingrédients nécessaires pour les réformes à venir. Se rapprocher de l'objectif assigné au système de santé suisse (pour rappel : offrir des soins de qualité organisés efficacement, au moindre coût, reposant sur un financement social) exige d'accepter des compromis, de renoncer à des revendications maximalistes teintées d'idéologie, de garder à l'esprit la mise en œuvre pratique et de parvenir à un savant mélange entre contrôle de l'Etat et exigences d'économicité et de qualité, justice sociale, liberté de choix des assurés et capacité de développement des prestataires. Voilà pourquoi le chemin de l'assurance-maladie est pavé d'initiatives populaires nettement rejetées, qui ont revendiqué alternativement une très large extension des principes d'économie de marché – manifestement peu au goût des électeurs –, l'abandon de la prime par tête ou l'instauration d'une caisse unique.

Le système de la santé suisse est réfractaire aux revendications idéologiquement marquées.

LA RÉFORME DE 1994 Le rôle des cantons a été fortement mis à contribution par la révision, décidée en 1994 et entrée en vigueur il y a 20 ans. Il a fallu adopter des dispositions d'exécution cantonales concernant la réduction individuelle des primes, la vérification de l'obligation de s'assurer ou l'établissement des listes des hôpitaux et des EMS. Dans

l'ensemble, la révision a plutôt renforcé le rôle des cantons dans tout le système de santé, puisque la LAMal a globalement conforté le statut d'assurance sociale de l'assurance-maladie en instituant l'obligation de s'assurer, qui a nécessité la fixation de conditions générales. Pourtant, les cantons ont jugé les conséquences de cette révision moins radicales que celles du nouveau régime de financement hospitalier adopté en 2007, dont les effets ont commencé à se déployer pleinement en 2012. Un article sur la planification hospitalière était certes déjà entré en vigueur en 1996, mais les exigences en matière de planification n'y étaient définies que de façon embryonnaire et correspondaient en partie à la pratique existante.

Même si le projet du Conseil fédéral concernant la LAMal reposait sur une structure relativement compacte et cohérente, celle-ci a connu des modifications et des extensions au cours des débats parlementaires, si bien que de nombreuses questions de définition sont restées en suspens. C'est le cas par exemple de l'obligation pour les cantons de contribuer aux coûts des traitements hors canton choisis par l'assuré ou des traitements hospitaliers des patients bénéficiant d'une assurance en division privée ou semi-privée. Les dispositions d'exécution n'ont pas non plus défini les exigences relatives à la vérification des critères d'économicité ni les conditions permettant de juger de la qualité des prestations. Certaines questions n'ont été réglées que dans le cadre de procédures de recours par des clarifications du Conseil fédéral, puis du Tribunal fédéral. Cet aboutissement de la réforme est certes compréhensible sous l'angle du processus législatif, mais plutôt insatisfaisant.

PLUS DE MARCHÉ, MAIS AUSSI PLUS D'ÉTAT La révision de la LAMal adoptée en 2007, avec le nouveau régime de financement des hôpitaux et des soins ainsi que les articles sur la planification des hôpitaux et de la médecine hautement spécialisée, a eu des conséquences bien plus importantes que celles de la révision totale de 1994, tant sur le plan financier que sous l'angle de la politique en matière de soins. Financièrement parlant, la révision s'est traduite pour les cantons par un accroissement des charges de plus de 1,5 milliard de francs par an avec, à la clé, un allègement minime de l'assurance de base. En effet, ce sont essentiellement les assurances complémentaires qui ont vu leurs charges financières allé-

gées et, dans une moindre mesure, les assurés ayant souscrit ces assurances. Les principes invoquant plus de marché, mais aussi ceux revendiquant plus d'Etat, ont été inscrits dans la loi ; rien d'étonnant à cela d'ailleurs, puisque le renforcement des instruments concurrentiels d'un secteur de prestations public s'accompagne presque automatiquement d'un accroissement de la réglementation afin de définir les conditions générales et le processus de surveillance, et d'éviter la défaillance du marché. Les cantons se sont vu imposer un cahier des charges concernant les processus de planification, dont l'importance et les conséquences ne sont toujours pas évidentes dix ans après l'édiction du texte de loi, sans compter qu'il doit être le plus souvent précisé, voire ajusté, par les tribunaux. L'un des éléments clés de cette révision est et reste la primauté des négociations entre partenaires tarifaires et le rôle des cantons dans l'établissement des tarifs. Ces thèmes sont d'ailleurs d'actualité puisqu'ils sont de nouveau au cœur des discussions sur la politique tarifaire et des débats politiques au Parlement fédéral. D'une part, on constate que depuis la mise en œuvre, en 2012, des nouvelles règles de financement hospitalier introduisant les forfaits liés aux prestations, basés sur des structures tarifaires uniformes pour toute la Suisse, et l'inclusion des coûts d'investissement dans le calcul de ces forfaits, les exigences auxquelles doivent satisfaire les partenaires tarifaires pour s'entendre sur des solutions communes se sont accrues. D'autre part, et dans des proportions inquiétantes, ces derniers n'ont pas été en mesure de trouver des solutions viables sur le plan tarifaire. Compte tenu de l'équilibre précaire de ce système, il incombe à la Confédération et aux cantons de dissiper le flou juridique en analysant la situation et en fixant des règles. Remettre en cause ce rôle dévolu aux cantons reviendrait à déstabiliser le système.

ANCIENNES ET NOUVELLES EXIGENCES Nous en arrivons ainsi aux mots d'ordre qui guideront l'action de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et des cantons ces prochaines années s'agissant de la LAMal : stabilisation et optimisation. Avant que de nouvelles règles de financement puissent être mises sur les rails législatifs, il convient de stabiliser le système actuel tout en procédant à des optimisations ciblées. A cet égard, cinq défis stratégiques sont prioritaires, comme exposé ci-après.

OPTIMISER LES SERVICES DE SANTÉ La Suisse dispose d'un système de santé très décentralisé, qui laisse aux prestataires privés opérant dans le secteur ambulatoire une liberté thérapeutique quasi illimitée. Actuellement, il n'existe pas de réglementation optimale des services de santé, ni sous l'angle de la quantité ni sous celui de la qualité, et la limitation des admissions de médecins spécialistes n'est possible que de façon restreinte. Selon la spécialité médicale et la région, on peut donc se trouver en situation de pénurie ou, au contraire, de (sur)saturation. Pour ce qui est des soins stationnaires, leur pilotage passe par les mandats de prestations des cantons, qui règlent les domaines de spécialisation ainsi que divers éléments visant à assurer un certain niveau de qualité (quantités minimales, exigences structurelles). On s'attend ainsi à ce que les nouvelles règles de planification et de financement des hôpitaux débouchent sur une concentration judicieuse de l'offre, une articulation des niveaux de prestations, une collaboration intercantonale accrue et la mise en place de nouvelles structures de soins de base dans les régions périphériques. Cela ne signifie pas que tout doit désormais converger dans les centres et que les prestataires de soins dans les campagnes doivent être saignés à blanc. Mais il faut faire avancer les projets de coopération. Tout le monde ne peut pas tout faire. Cependant les cantons doivent, eux aussi, mieux harmoniser leurs offres de soins afin d'éviter une pléthore de prestations. Cela peut passer par des projets de coopération intercantonaux ou par une amélioration de la coordination des planifications hospitalières. Une lacune majeure subsiste néanmoins : la non-intégration des soins ambulatoires et stationnaires dans une chaîne de traitement cohérente. Cela concerne notamment le traitement de maladies chroniques très répandues, comme le diabète ou le cancer. La mise en place et la promotion de modèles de soins intégrés requièrent en effet les efforts conjugués des autorités de l'Etat et des prestataires publics et privés. Il est indispensable que le traitement de ces patients gagne en attrait grâce à des systèmes de tarification améliorés. La loi fédérale sur le dossier électronique du patient jette par ailleurs les bases d'un meilleur échange d'informations entre les prestataires et les patients.

FAIRE MIEUX AU JUSTE PRIX Les prestations de santé en Suisse sont de bonne qualité. Il est cependant possible de

les améliorer et surtout d'éviter des erreurs et nombre de redondances. Des efforts en ce sens ont certes déjà été accomplis, mais laissés à l'initiative individuelle. L'image de l'assurance qualité dans notre pays est donc celle d'une mosaïque ajourée par endroits, dont il s'agit de rassembler et de compléter les éléments. A cet égard, le projet de révision de la LAMal présenté par le Conseil fédéral en vue du renforcement de la qualité, actuellement débattu au Parlement, nous permettra de faire un grand pas en avant. Pour améliorer la qualité et la transparence de celle-ci, il faut s'appuyer sur des directives étatiques touchant la documentation uniforme des prestations et sur une analyse indépendante de ces dernières, visant à établir si certains traitements, diagnostics et médicaments sont plus efficaces, appropriés ou économiques que d'autres. Les outils nécessaires à cet effet s'appellent lignes directrices, registres et évaluations des technologies de la santé. Il reste également beaucoup à faire en matière de formation des prix et de structures tarifaires, comme évoqué plus haut. En raison de l'impasse dans laquelle se trouvent de nombreux partenaires tarifaires, qui n'assument pas suffisamment le rôle que leur assigne la loi pour négocier les tarifs hospitaliers ou médicaux, ce sont souvent les cantons qui finissent par fixer les prix. Il faut s'attendre en outre à ce que la Confédération intervienne, à titre subsidiaire, pour enfin soumettre la structure tarifaire pour les prestations ambulatoires, Tarmed, à la révision prévue de longue date. Le Parlement lui en a opportunément donné la compétence tout récemment.

L'état n'est pas synonyme de malus, ni l'économie synonyme de bonus.

ÉVITER ET RETARDER LA MALADIE Nous ne pouvons que difficilement assumer les dépenses de santé futures si nous ne réussissons pas à identifier suffisamment tôt, voire à éviter, les maladies graves et de longue durée. Actuellement, nous en sommes toujours à engager davantage de ressources

pour améliorer la médecine curative que pour réduire le fardeau de la maladie. Il ne s'agit pas seulement d'argent, mais aussi de ressources intellectuelles, de ressources affectées à la recherche, de temps, d'énergie. Un transfert des efforts et une redistribution des ressources de la médecine curative vers la promotion de la santé et la prévention s'avèreraient sans doute plus profitables que dans tout autre domaine. Là aussi, l'argent n'est pas seul en cause; c'est également une question d'engagement de la part de la société tout entière: de l'Etat, des institutions du secteur de la santé, mais aussi des citoyens et des proches des patients. Chacun a une part de responsabilité. A cet égard, les cantons peuvent en premier lieu jouer un rôle d'incitation, d'information et de coordination. Le jeu en vaut la chandelle. A ce niveau, la stratégie engagée au niveau national pour prévenir les maladies non transmissibles doit contribuer à mieux harmoniser les offres existantes et à fixer les priorités.

FORMER DES SPÉCIALISTES ET Y RECOURIR DE FAÇON JUDICIEUSE

L'un des défis à relever en marge du champ d'action de la LAMal concerne le marché du travail dans le secteur de la santé. Les optimisations les mieux planifiées des soins de santé resteront lettre morte si le personnel qualifié nécessaire fait défaut. C'est pourquoi des mesures s'imposent s'agissant de la définition des exigences professionnelles, du financement des établissements de formation et de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie. La réglementation de l'admission des médecins est actuellement l'objet d'une vive controverse. A cet égard également, reste à définir l'instrument de pilotage idéal qui permettra d'assurer une répartition judicieuse des médecins de premier recours et des spécialistes sur tout le territoire en donnant aux cantons la possibilité d'intervenir et en prévoyant des mesures d'encouragement et, éventuellement, des tarifs incitatifs. Enfin, s'agissant de la fourniture des soins, il y a lieu de mettre au point de nouveaux modèles d'organisation et de collaboration, car l'évolution démographique et l'augmentation des besoins sont telles que si nous conservons les mêmes profils professionnels et les mêmes structures de soins, nous ne pourrons plus, dans vingt ans, couvrir les besoins en personnel, même au prix d'un immense effort de formation. La seule chance d'améliorer la situation réside dans l'union et la coordination des forces de la Confé-

dération, des cantons, des acteurs de la branche et des établissements de formation.

ATTÉNUER LES RÉPERCUSSIONS SOCIALES Outre la part des coûts de la santé financée par les recettes fiscales, cantonales notamment, qui n'a cessé de croître ces dernières années, la LAMal prévoit en particulier des réductions individuelles pour alléger le fardeau que les primes font peser sur les assurés à faibles revenus. Avec la LAMal, ce système a été clairement inscrit dans la loi, puis adapté dans le cadre de la Réforme de la péréquation financière (RPT). La LAMal garantit que les subventions fédérales suivent l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins. Dans certains cantons, les quotes-parts de subventions sont toutefois soumises à de fortes pressions. Si cette situation défavorable aux cantons devait perdurer, elle serait préjudiciable à la stabilité et à l'acceptation du système tout entier, jusqu'ici largement soutenu.

CONCLUSION Le moment est venu d'examiner les problèmes du système de santé suisse et de chercher des solutions sans a priori idéologique. L'Etat n'est pas synonyme du pire, ni le libre marché du meilleur : des prescriptions légales et le contrôle de l'Etat sont indispensables pour que les initiatives des partenaires tarifaires et des acteurs du marché aboutissent à des résultats concrets. L'Etat doit toutefois faire preuve de doigté et laisser le champ libre à l'innovation et au changement. Cela s'applique tant à la Confédération qu'aux cantons. Evitons à l'avenir les grands débats de fond politiques et concentrons-nous plutôt sur la recherche de solutions pragmatiques, qui rallient les nombreux acteurs et groupes d'intérêts concernés et servent le bien-être de la population. Mais cela implique de travailler dur, et non de construire dans le vide. Pour ce faire, il faut des initiatives, que celles-ci soient d'ordre public ou privé, et le soutien de la population.

ET SI L'ON CHANGEAIT D'OPTIQUE ? Pour finir, qu'on me permette de jeter un regard personnel et dégagé sur l'avenir : depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, les décideurs influents à l'échelon fédéral font de la LAMal un chantier permanent. Un chantier dont on ne sait trop qui est le maître d'ouvrage, l'architecte, le chef de chantier, le contre-

maître, le maçon et le sous-traitant, la distribution des rôles étant très floue. La LAMal constitue ainsi un ouvrage sans style bien défini, qui continue certes d'assurer le bon fonctionnement du système de santé mais qui, eu égard aux objectifs énoncés précédemment (maîtrise des coûts, rôle social, garantie de la qualité, efficacité), présente un bilan législatif que l'on peut qualifier au mieux de mitigé. Chaque artisan œuvre un peu au chantier. La LAMal, loi sur l'assurance sociale à l'origine, s'est muée en un quart de loi sur la planification et la fourniture des soins, un dixième de loi sur la qualité et un vingtième de loi sur la prévention. Cela n'a rien de condamnable en soi et ne mérite pas qu'on s'y oppose. Néanmoins, une dualité des lois devrait permettre d'y voir plus clair sur le chantier : d'une part, une loi sur la santé qui préciserait les rôles, les tâches et le financement du système de santé, qui peut parfaitement se baser sur la répartition actuelle des compétences entre la Confédération, les cantons et les acteurs du système de santé, et qui nécessiterait éventuellement une clarification minimale au niveau de la Constitution. D'autre part, une loi sur l'assurance-maladie, focalisée sur l'assurance sociale et sur la surveillance de celle-ci. La loi sur la santé définirait par exemple les principes d'une politique nationale de santé, délimiterait clairement les compétences et les responsabilités financières entre la Confédération et les cantons, et réglerait les éléments dont on a constaté qu'ils font obstacle à l'amélioration de la coordination des soins de santé, ou encore définirait les principes de collecte et d'assurance qualité des données relatives à la santé et des données des registres. Un changement d'optique ne ferait pas de mal. ■



Michael Jordi

Lic. rer. pol., MPA, secrétaire central de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).
michael.jordi@gdk-cds.ch

Entretien avec l'ancienne conseillère fédérale Ruth Dreifuss

En charge des assurances sociales au Conseil fédéral, Ruth Dreifuss a largement participé à l'élaboration et à la mise en œuvre de la LAMal. Elle a continué à suivre ce dossier même après son départ du gouvernement. C'est pourquoi nous lui avons demandé, en tant que témoin marquante, de répondre à quelques questions sur l'histoire et les effets de la loi.



Ruth Dreifuss
Ancienne conseillère fédérale

En 1993, vous avez en quelque sorte hérité de la LAMal de votre prédécesseur PDC Flavio Cotti, et vous avez encore suivi une année les débats parlementaires jusqu'au vote final. Sur quels points avez-vous alors été satisfaite du résultat, et sur lesquels

auriez-vous souhaité d'autres décisions? Ma participation à la genèse de la LAMal remonte à plus loin encore que mon élection au Conseil fédéral. J'avais suivi les travaux préparatoires en tant que secrétaire de l'Union syndicale suisse (USS). A partir de 1991, j'avais été responsable du secteur des

assurances sociales au sein de l'USS. Notre mouvement s'était mobilisé depuis des décennies pour une assurance-maladie obligatoire et avait œuvré au sein de la commission Schoch, laquelle avait élaboré un projet à l'intention du Conseil fédéral. Ce dernier a repris beaucoup de choses de la proposition de la commission, à une importante différence près: selon le projet de la commission, les primes n'auraient pas dû dépasser 8 % du budget familial. Et tant la commission Schoch que le Conseil fédéral avaient renoncé à compenser la perte de gain en cas de maladie. Les avantages présentés par le régime obligatoire – suppression de tout délai de carence pour les maladies déjà présentes, solidarité entre jeunes et vieux, entre hommes et femmes, entre bien-portants et malades,

réductions de primes pour les faibles revenus – étaient si importants que j’ai adopté avec joie le rejeton du conseiller fédéral Cotti.

Les objectifs principaux de la LAMal comprennent le renforcement de la solidarité entre les différents groupes de population ou de patients, ainsi que l’accès de tous à une médecine de qualité. Dans les deux cas, il s’agissait d’éviter que ne se développe une médecine à deux vitesses. Dans quelle mesure ces objectifs ont-ils été atteints? On peut entendre deux choses par médecine à deux vitesses (ou « à deux classes », comme on dit en allemand) : soit un système dans lequel quelques-uns peuvent acheter certaines prestations qui sauvent la vie ou guérissent des maladies, tandis que d’autres n’ont pas accès à ces prestations, soit un système dans lequel tous bénéficient de soins médicaux de qualité, mais où quelques-uns ont le libre choix du médecin à l’hôpital, peuvent occuper une chambre à un lit ou profiter d’un menu plus varié. Si les deux classes du système de santé sont comparables aux classes des CFF, cela ne me dérange pas. Tous les passagers du train arrivent en même temps à destination, qu’ils voyagent en 1^{re} ou en 2^e classe. Et c’est en grande partie le cas grâce à la LAMal. Il y a par contre médecine à deux vitesses dans le cas de la médecine dentaire, pour laquelle il n’existe pas d’assurance générale. Il suffit souvent de jeter un coup d’œil à ses dents pour savoir si quelqu’un est riche ou pauvre. Mais même si la LAMal a atteint son objectif, celui-ci est régulièrement remis en question. Le risque d’une médecine à deux vitesses augmente avec des coûts élevés, comme le sont notamment ceux des médicaments les plus récents contre le cancer ou l’hépatite C.

En septembre 2000, quatre ans après l’entrée en vigueur de la LAMal, vous avez reçu pour la Confédération le Prix Carl-Bertelsmann. Celui-ci avait été décerné sur la base d’une comparaison des systèmes de santé entre l’Allemagne, le Danemark, la Finlande, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, la Suisse et les Etats-Unis. L’étude avait prêté une attention particulière à la sécurité de l’approvisionnement, à la pilotabilité, à l’économicité et à la qualité des soins. Elle a souligné en particulier la coexistence entre la solidarité (compensation des risques, régime obligatoire : accès de tous aux progrès de la médecine)

et des éléments d’économie de marché qui encouragent la concurrence entre fournisseurs de prestations. L’évolution à moyen terme montre que, du moins en ce qui concerne la pilotabilité (question du fédéralisme) et l’économicité (question de la hausse des coûts), le doute est permis. La concurrence contrôlée souhaitée pour les soins de base s’est-elle établie et quels en sont les effets sur la qualité et sur les coûts? À la lumière de l’évolution des quinze dernières années, la Suisse mériterait-elle encore ce prix? A l’époque déjà, je doutais qu’elle le mérite vraiment. Mais beaucoup de pays d’Europe et même les Etats-Unis étaient alors à la recherche d’un équilibre entre réglementation étatique et mécanismes de pilotage convenus par contrat ou dictés par l’économie de marché. Et la LAMal, toute jeune encore, semblait être sur la bonne voie. Les experts de Bertelsmann ont cependant fortement surestimé l’évolution du managed care et des cercles de qualité. En ce qui concerne la concurrence entre les assureurs, ils ont prêté bien trop peu d’attention à la « chasse aux bons risques ».

La LAMal manque d’indications à la maîtrise de coûts pour les acteurs du système.

Un troisième objectif important de la LAMal était de parvenir au moins à freiner la hausse des primes et des coûts. Mais depuis lors, les primes ont augmenté de près de 150%. En 2014, selon les calculs de l’OFS, les dépenses de santé ont atteint 11% du produit intérieur brut. Qu’est-ce qui n’a pas marché? La LAMal manque d’incitations à la maîtrise des coûts pour les innombrables acteurs, chacun d’entre eux suit sa propre logique. Les possibilités d’intervention étatique – réparties entre la Confédération et les cantons – restent faibles. Beaucoup de choses sont laissées aux négociations entre organisations faïtières des assureurs et

associations de fournisseurs de prestations. Les négociations à propos de Tarmed, interminables et aux résultats finalement modestes, en sont un bon exemple. Mais il faut aussi avoir présent à l'esprit qu'une première aggravation de la charge que les primes font peser sur les ménages était liée à l'extension du catalogue des prestations, une deuxième à l'introduction du nouveau régime de financement des hôpitaux. Et les prix des médicaments les plus récents contribuent aussi à la croissance des coûts. Mais les 11 ou même 12 % du PIB correspondent à bien plus que ce que couvre la LAMal, à savoir à l'ensemble des dépenses de santé. Celles-ci, pour la Suisse, sont comparables à celles d'autres pays européens, la France ou les Pays-Bas par exemple.

Depuis le nouveau régime de financement des soins, entré en vigueur en 2011, les cantons se plaignent d'une énorme charge supplémentaire due à ce qu'on appelle les coûts résiduels des soins, qui grèvent aussi notamment les PC (lesquelles font office d'assurance des soins pour la classe moyenne). Que peut-on faire là contre? Les enjeux du domaine des soins ont-ils été suffisamment reconnus et pris en considération lors de la conception de la LAMal? De fait, les prestations complémentaires jouent un rôle de moins en moins important pour les retraités qui vivent à la maison et peuvent se prendre eux-mêmes en charge. Leur situation financière s'est améliorée au fil des ans. En revanche, les PC servent de plus en plus à payer les frais liés aux soins. Cette nouvelle orientation des PC, appelée certes à durer, a tout son sens. La question de savoir si la compensation des charges entre, d'un côté, la Confédération (et la LAMal) et, de l'autre, les cantons et les communes est la meilleure qui soit ne doit pas être considérée à propos des seuls soins, isolés du reste. Je sais d'expérience combien il a été difficile de redéfinir la répartition des tâches et de leur financement. Et cette répartition doit être réexaminée de temps en temps. Les soins sont véritablement une branche en pleine croissance; mais, à mes yeux, la problématique de la répartition des charges n'a pas grand-chose à voir avec la LAMal.

Si vous mettez en balance le bénéfice social de la LAMal et ses coûts, qu'est-ce qui a selon vous le plus de poids? Ou, autrement formulé: quelles limitations seraient acceptables dans le régime obligatoire et, en lien avec lui, dans

la sécurité de l'approvisionnement et la qualité des soins, afin d'agir durablement contre la hausse des coûts? La solution n'est pas dans la suppression de certaines prestations, elle réside dans le fait d'éviter des prestations inutiles grâce aux cercles de qualité, aux directives à l'adresse des spécialistes, à la demande d'un deuxième avis, etc. Par ailleurs, les prix des médicaments devraient être baissés, notamment ceux des génériques, qui sont nettement trop élevés en Suisse en comparaison internationale. Et les tarifs des prestations devraient être régulièrement adaptés à l'évolution de la technique. Les limites de cet entretien ne me permettent pas d'aborder les nombreuses mesures et révisions qui seraient nécessaires pour mieux maîtriser l'évolution des coûts. Mais j'ai confiance que le conseiller fédéral Alain Berset et ses collaboratrices et collaborateurs y travaillent et j'espère qu'ils seront soutenus dans cette tâche. ■

POLITIQUE SOCIALE

Compte global des assurances sociales 2014

Salome Schüpbach,
Stefan Müller ; Office fédéral des assurances sociales

En 2014, les recettes des assurances sociales ont augmenté de 2,4 %, et les dépenses, de 1,9 %. Par rapport à l'année précédente, le résultat (22 milliards de francs) est légèrement meilleur. Comme en 2012 et 2013, le taux des prestations sociales et le taux de la charge sociale ont également augmenté.

L'OFAS calcule chaque année le compte global des assurances sociales (CGAS), qui se fonde sur les données financières de l'ensemble des assurances sociales et sert de base à la Confédération pour sa politique en matière d'assurances sociales. Comme les données financières de la prévoyance professionnelle (PP), de l'assurance-maladie (AMal), de l'assurance-accidents (AA) et des allocations familiales (AF), assurances organisées de manière décentralisée, ne seront disponibles que fin 2016, le compte global le plus récent est basé sur les chiffres de 2014.

Par rapport à l'exercice précédent, le CGAS 2014 affiche un résultat des comptes en légère amélioration (+1,2 milliard de francs), approchant les 22 milliards de francs (cf. tableau **T1**). La progression des recettes (2,4 %) a été supérieure à celle des dépenses (1,9 %).

La majeure partie (86 %) des dépenses des assurances sociales servent au financement des prestations sociales. Celui-ci, sauf pour les prestations complémentaires (PC), financées par les recettes fiscales, est assuré essentiellement par les cotisations des assurés et des employeurs (ci-après : cotisations des assurés), qui sont fonction des revenus. Autres sources de financement, moins importantes : les contributions éventuelles des pouvoirs publics et, le cas échéant, les produits du capital.

C'est l'AVS, avec 41 milliards de francs, qui sert le plus de prestations sociales, alors que la PP, encore en phase de constitution, verse 34 milliards de francs sous forme de rentes et de prestations en capital (cf. tableau **T2**). La première génération présentant une durée de cotisation complète dans la PP n'atteindra l'âge légal de la retraite qu'en

CGAS 2014 (en milliards de francs, arrondi)

T1

	AVS	PC à l'AVS	AI	PC à l'AI	PP	AMal	AA	APG	AC	AF	Total consolidé
Recettes	41,3	2,7	10,0	2,0	69,6	25,9	7,8	1,8	7,3	6,0	173,7
Dépenses	40,9	2,7	9,3	2,0	51,2	26,2	6,7	1,7	6,5	5,8	152,1
Résultat	0,5	–	0,8	–	18,4	–0,2	1,1	0,1	0,7	0,2	21,6
Capital	44,8	–	–7,8	–	770,3	13,2	50,5	1,0	–2,1	1,5	871,3

AC : assurance-chômage ; AI : Assurance-invalidité ; APG : allocations pour perte de gain.

Source : SAS 2016 (en préparation).

Principales recettes et dépenses 2014 (en milliards de francs, arrondi)

T2

	AVS	PC à l'AVS	AI	PC à l'AI	PP	AMal	AA	APG	AC	AF	Total consolidé
Recettes											
Cotisations des assurés et des employeurs	29,9	–	5,0	–	54,3	21,6	6,1	1,8	6,6	5,6	130,3
Contributions des pouvoirs publics	10,6	2,7	4,9	2,0	–	4,0	–	–	0,6	0,2	25,0
Produit courant du capital	0,8	–	0,1	–	15,3	0,2	1,4	0,0	0,0	...	17,8
Dépenses											
Prestations sociales	40,7	2,7	8,3	2,0	34,3	24,8	5,7	1,7	5,8	5,6	130,8

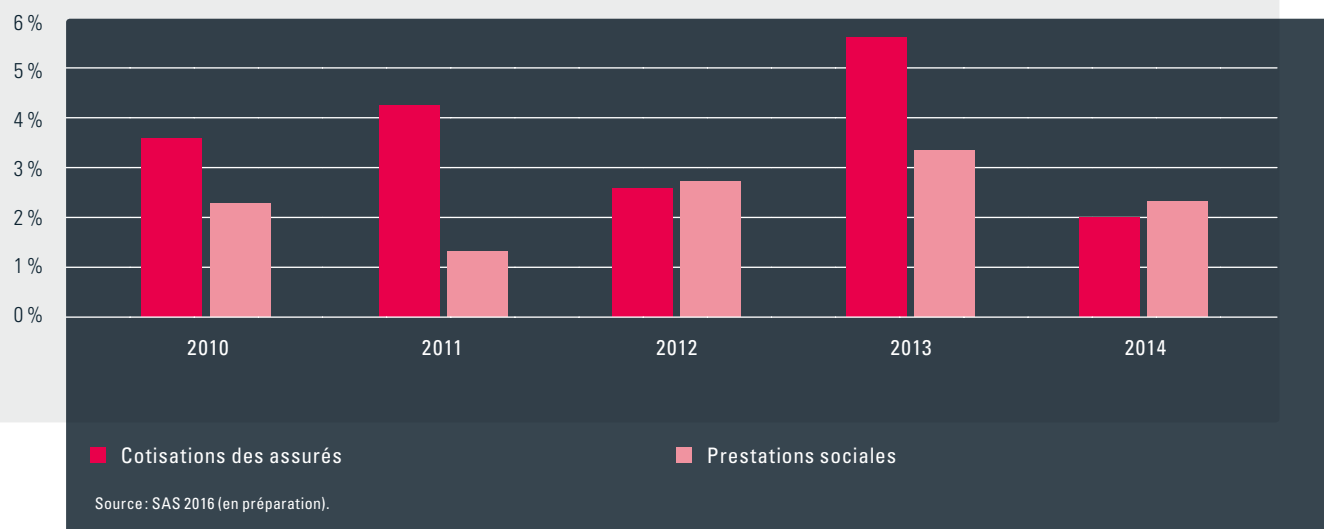
Source : SAS 2016 (en préparation).

2025. D'ici là, les prestations de la PP continueront de se rapprocher du niveau des recettes ; actuellement, les dépenses de la PP sont de 34 milliards de francs alors que ses recettes atteignent près de 70 milliards. Pour respecter les promesses de prestations, il importe donc de constituer un capital financier suffisant jusqu'au terme de la phase de constitution 2025. Une autre importante source de recettes de la PP est le produit courant du capital. Sa part dans les recettes a cependant diminué de près de moitié depuis 1999, passant de 40 à 22 %. En conséquence, la part des cotisations des assurés est remontée durant la même période de 60 à 78 %.

L'équilibre financier du compte global dépend de l'évolution des cotisations des assurés et de celle des prestations sociales (cf. graphique G1).

En 2014 comme en 2012, le taux de croissance des cotisations des assurés a été inférieur à celui des prestations sociales, et on notait une tendance à la détérioration des résultats. Pour les autres années de la période considérée, le taux de croissance des cotisations des assurés a dépassé de 1,4 à 2,9 points celui des prestations sociales. Le résultat du CGAS s'est amélioré en conséquence.

LES RECETTES NE PROGRESSED PAS AU MÊME RYTHME QUE LES DÉPENSES Sur les 174 milliards de francs encaissés en 2014 par les assurances sociales, 130 milliards ont été versés par les assurés et les employeurs. Les cotisations des assurés représentent ainsi trois quarts des recettes des assurances sociales.

Croissance des cotisations et des prestations dans le CGAS, de 2010 à 2014**G1**

L'évolution de ces recettes dépend dans une large mesure de celle des salaires nominaux (cf. graphique G2) et de celle des revenus soumis à l'AVS, aussi appelés masse salariale (cf. graphique G3). De 1990 à 2014, toutes deux affichaient une tendance à l'affaiblissement de la croissance.

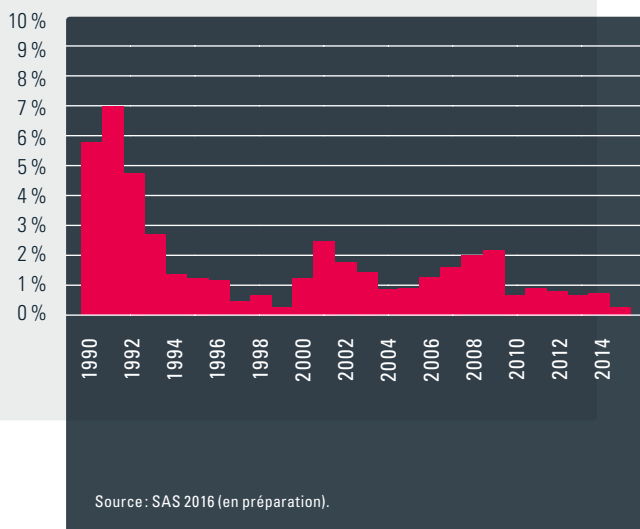
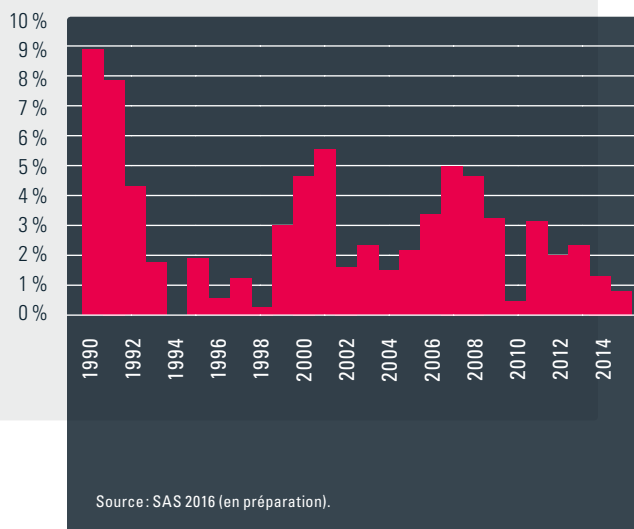
Ainsi, après 2000, les salaires nominaux n'ont crû que de 1 à 2 % par année tout au plus. Alors qu'au début des années 1990, la somme des revenus soumis à l'AVS augmentait encore de 4 à 9 % par année, leur augmentation n'atteint plus que 2 à 5 % depuis 2000. A partir de 2010, les taux de variation ne dépassent même plus 1 à 3 %. Déterminée à la fois par une composante prix, la croissance moyenne des salaires nominaux, et par une composante volume, le volume de l'emploi, autrement dit le nombre de salariés, l'évolution de la masse salariale est celle qui reflète le mieux comment l'assiette de cotisations devrait évoluer pour tenir le même rythme que l'évolution des prestations. Sur les quatre dernières années, la masse salariale a progressé trop faiblement (à peine 2 %) pour financer la croissance moyenne des prestations (plus de 2 % ; cf. graphique G1).

CHIFFRES CLÉS DU CGAS Les informations fournies par le compte global CGAS sont résumées par deux chiffres clés : le taux des prestations sociales, qui exprime le droit poten-

tiel des bénéficiaires de prestations à la création de valeur (rapport entre les prestations sociales et le PIB), et le taux de la charge sociale, qui constitue un indice de la charge relative que les assurances sociales font peser sur l'économie nationale (produits du capital inclus). Les deux taux sont « factices », en ce sens que le numérateur n'est pas une composante du dénominateur ; en effet, ni les prestations sociales ni les sources de recettes des assurances sociales (cotisations des assurés, contributions des pouvoirs publics, produit courant du capital) ne font partie du PIB. Mais étant donné que les trois perspectives comptables possibles du PIB sont proches de celle des assurances sociales, une comparaison avec le PIB a néanmoins tout son sens (voir encadré).

Perspectives comptables du PIB et du CGAS

Le produit intérieur brut (PIB) est calculé et présenté selon trois approches différentes : la production, l'affectation et la répartition des valeurs économiques. Les recettes et les prestations sociales du CGAS peuvent notamment être interprétées dans la perspective du calcul de répartition : pour cela, les recettes totales et les prestations totales des assurances sociales sont comparées au calcul de répartition du PIB. Tandis que le taux de la charge sociale mesure l'importance approximative des recettes des assurances sociales, le taux des prestations sociales met en rapport les prestations des assurances sociales avec le PIB.

Salaires nominaux (taux de variation)**G2****Revenus soumis à l'AVS (taux de variation)****G3****Deux séries de comptes globaux, deux perspectives différentes**

L'OFAS calcule chaque année le compte global des assurances sociales (CGAS), qui se fonde sur les données financières de l'ensemble des assurances sociales et sert de base à la Confédération pour sa politique en matière d'assurances sociales.

De son côté, l'Office fédéral de la statistique (OFS) établit les comptes globaux de la protection sociale (CGPS) sur la base des mesures de protection sociale définies dans le cadre d'Eurostat. Ceux-ci permettent avant tout de procéder à une comparaison internationale. Un taux des prestations sociales est calculé dans les deux approches. Celui du CGAS se réfère aux prestations des assurances sociales, celui du CGPS aux prestations de protection sociale selon Eurostat.

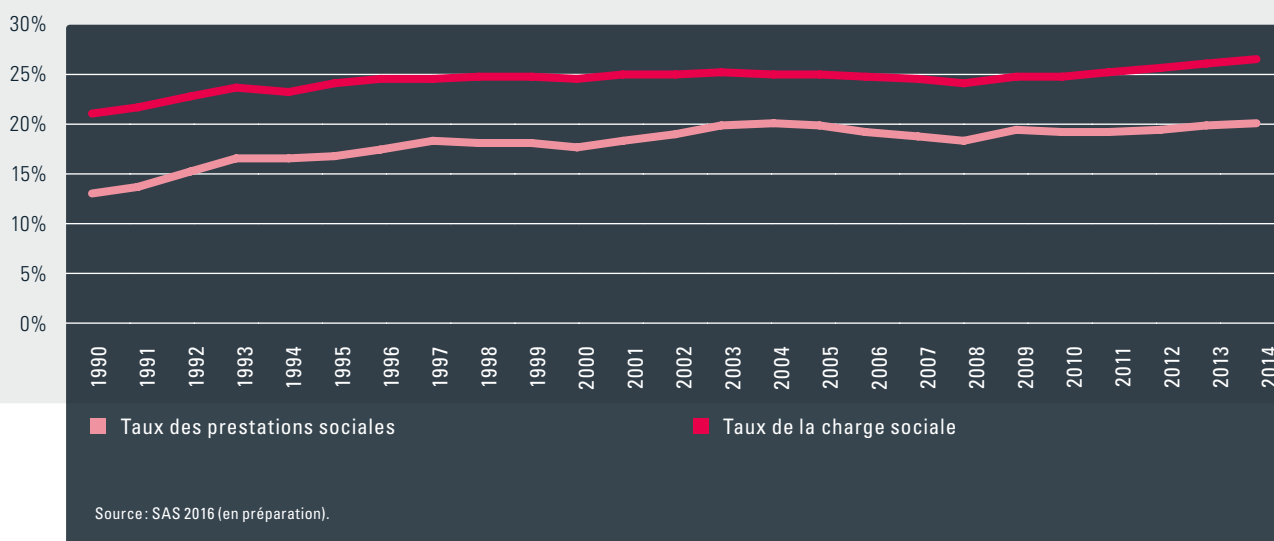
Bien qu'ils ne soient pas identiques, les flux de trésorerie du PIB et les prestations sociales des assurances sociales se rapprochent beaucoup (cf. encadré). Aussi les deux taux des assurances sociales peuvent-ils se comprendre comme des indicateurs du rapport entre l'économie nationale et les dites assurances. En ce sens, le taux des prestations sociales exprime la part de la consommation globale que la société accorde aux personnes concernées par les risques sociaux. Quant au taux de la charge sociale, il indique quelle part du revenu global la société consacre à la couverture des risques sociaux. Plus ces taux sont élevés, plus grande est l'importance que la société accorde à cette dernière. Entre 1990 et 2014, ce sont surtout les années ayant succédé aux crises

financières qui ont été caractérisées par des taux élevés des prestations sociales et de la charge sociale : ceux-ci ont progressé aussi bien après l'éclatement de la bulle des valeurs technologiques (2001/2002) qu'après la crise financière de 2008.

ÉVOLUTION ACTUELLE DU TAUX DES PRESTATIONS SOCIALES :

ces cinq dernières années, toutes les branches d'assurance sociale n'ont connu que des adaptations minimales des prestations. Les dépenses n'en ont pas moins augmenté, surtout en raison d'évolutions réelles, notamment l'augmentation du nombre de bénéficiaires dans l'AVS et la PP ou l'accroissement du recours aux prestations dans l'AMal. Etant donné qu'il est pratiquement impossible d'influer sur ce type d'augmentation des dépenses, celles-ci provoquent une progression du taux des prestations sociales si le PIB n'affiche pas simultanément une croissance au moins équivalente. Mais comme le PIB n'a progressé que de 1,5 % en moyenne au cours des quatre dernières années alors que les taux de variation des prestations sociales étaient nettement supérieurs (AVS +2,8 %, PP +2,6 %, AMal +4,2 %), le taux des prestations sociales n'a cessé d'augmenter. Son niveau actuel a déjà été atteint par le passé, en 2004. Au vu de la faiblesse de l'évo-

Taux des prestations sociales et taux de la charge sociale de 1990 à 2014



lution attendue du PIB (-0,5 % en 2015, 1,0 % en 2016, +2,0 % en 2017)¹, il faut s'attendre à ce que l'augmentation se poursuive.

ÉVOLUTION ACTUELLE DU TAUX DE LA CHARGE SOCIALE : pour éviter une hausse du taux de la charge sociale de 2011 à 2014, il aurait fallu que les recettes des assurances sociales ou les cotisations des assurés n'aient pas dépassé la hausse moyenne de 1,5 % du PIB. Mais elles ont progressé en fait de 3,1 % en moyenne, d'où l'augmentation de ce taux, qui reflète les efforts entrepris ces dernières années pour améliorer durablement le financement des assurances sociales. A cette fin, des hausses des cotisations ou des taux de cotisation ont été décidées (APG, AC, PP et AMa), ou des sources de financement supplémentaires ont été mises à contribution (AI).

ÉVOLUTION RÉCENTE DE QUELQUES ASSURANCES SOCIALES Les résultats de 2015 sont déjà connus pour les assurances sociales à organisation centralisée (AVS, AI, PC, APG et AC). On peut en tirer de premières indications pour le compte global 2015.

- L'AVS a affiché pour cet exercice un résultat d'exploitation et un résultat de répartition négatifs, ce qui ne s'était plus produit depuis 1999. En 2014, le résultat d'exploitation était encore positif, les augmentations de valeur du capital ayant permis de maintenir les recettes au-dessus du niveau des dépenses. Si l'on se réfère au résultat de répartition, l'AVS affiche en 2015 un excédent de dépenses pour la deuxième année consécutive. Mais étant donné que la perspective du compte global inclut le produit courant du capital², le résultat des comptes est encore une fois positif et se chiffre à 167 millions de francs.
- L'AI poursuit son assainissement financier. A la différence des autres assurances sociales, l'évolution de ses dépenses stagne, et ce depuis 2009. La somme des rentes versées a tendance à diminuer depuis 2006 et a encore baissé de 1,6 % en 2015. L'AI a pu ainsi réduire de 614 millions de francs ses engagements envers l'AVS, les ramenant à 7229 millions.
- Les dépenses des prestations complémentaires (PC), allouées sous condition de ressources, ont atteint 4782 millions de francs en 2015. Leur progression a donc ralenti par rapport à 2014, passant de 3,3 à 2,2 %. 16,5 % de l'ensemble

¹ www.goo.gl/r9Ehoo

² Sur les trois perspectives comptables du CGAS, cf. *Sécurité sociale* CHSS 3/2015, pp. 156 s., en particulier tableau T2, p. 157.

des bénéficiaires de prestations AVS et AI en Suisse ont perçu des PC.

- Du fait que l'AC couvre un risque économique, il est normal que ses finances fluctuent davantage que celles des autres assurances sociales en fonction de la conjoncture. Depuis 2011, elle profite d'un taux de cotisation plus élevé (2,2 au lieu de 2,0 %) sur les salaires jusqu'à 126 000 francs. En outre, un pour-cent de solidarité est prélevé, depuis 2011 également, sur les tranches de salaires comprises entre 126 000 et 315 000 francs. Cette limite supérieure a été supprimée au 1^{er} janvier 2014. Depuis lors, le pour-cent de solidarité est donc prélevé sur l'ensemble de la part de salaire qui dépasse 126 000 francs. Grâce à l'amélioration du financement et à une conjoncture plus favorable, le déficit cumulé de l'AC, qui se chiffrait à 6,3 milliards de francs fin 2010, a pu être ramené à 1,5 milliard fin 2015.
- Les finances 2015 de la PP, de l'AMal, de l'AA et des AF étant relevées en 2016, les chiffres les plus récents rendent compte de l'évolution jusqu'à fin 2014. La PP a enregistré en 2014 plus de 2 milliards de francs de contributions d'assainissement (quatre fois plus qu'en 2013), une augmentation de 1 milliard de francs des versements initiaux des assurés, ainsi qu'un accroissement exceptionnel des frais de gestion de la fortune, qui ont à nouveau été relevés de façon plus précise. Pour l'AMal, les recettes selon le CGAS n'ont pas toujours pu suivre le rythme des dépenses, si bien que l'assurance accuse de légers déficits en 2013 et en 2015.

PREMIER APERÇU DU COMPTE GLOBAL 2015 Les assurances sociales centralisées financées par des cotisations salariales – AVS, AI, APG et AC – enregistrent en 2015 une évolution financière relativement défavorable : pour chacune d'elles, le résultat des comptes est quelque peu inférieur à celui de l'année précédente. Le compte global 2015 devrait donc être moins bon que celui de 2014, d'autant que l'évolution du PIB accuse aussi un recul de 0,5 % pour 2015. ■

Le présent article est basé sur la « Statistique des assurances sociales suisses » (SAS) 2016 de l'OFAS, qui paraîtra fin 2016.

N^{os} de commande (gratuit) :

SAS 318.122.16F

SVS 318.122.16D

Le rapport annuel « Assurances sociales 2015 : rapport annuel selon l'article 76 LPG » expose l'évolution récente et les chiffres clés actuels de toutes les assurances sociales et informe sur les réformes en cours.

Nos de commande (10 francs par exemplaire) :

Assurances sociales 2015 318.121.15F

Sozialversicherungen 2015 318.121.15D

Assicurazioni sociali 2015 318.121.15I

La « Statistique de poche 2016 » de l'OFAS a été publiée en juillet 2016. Les principales informations sur les assurances sociales et sur le compte global 2014 y sont résumées.

N^{os} de commande (gratuit) :

Statistique de poche 318.001.16F

Taschenstatistik 318.001.16D

Pocket statistics 318.001.16ENG

www.ofas.admin.ch > Documentation > Faits et chiffres > Statistiques

A commander auprès de l'OFCL, Diffusion publications, 3003 Berne, ou par courriel à verkauf.zivil@bbl.admin.ch



Salome Schüpbach

Lic. rer. pol., collaboratrice scientifique, secteur Recherche, évaluation et statistiques du domaine Mathématiques, analyses, statistiques et standards, OFAS.

salome.schuepbach@bsv.admin.ch



Stefan Müller

Docteur ès sciences politiques, expert scientifique, secteur Recherche, évaluation et statistiques du domaine Mathématiques, analyses, statistiques et standards, OFAS.

stefan.mueller@bsv.admin.ch

POLITIQUE SOCIALE

Croissance modérée des prestations complémentaires

Urs Portmann,
Jeannine Röthlin ; Office fédéral des assurances sociales

Fin 2015, 315 000 personnes touchaient des prestations complémentaires (PC) à l'AVS ou à l'AI, ce qui correspond à une augmentation de 1,8 % par rapport à 2014. Il s'agit de la deuxième plus faible croissance depuis 2000.

Fin 2015, 315 000 personnes, soit un peu plus de 16 % des rentiers AVS et AI, touchaient des PC, ce qui correspond à une augmentation de 1,8 % par rapport à l'année précédente. Cette croissance est nettement inférieure à la moyenne annuelle de 3,0 % enregistrée depuis le début du siècle. Cela s'explique notamment par l'évolution des PC à l'AI, dont la croissance (0,9 %) a été inférieure à 1 % pour la première fois depuis plus de 20 ans. L'évolution observée depuis un certain nombre d'années se poursuit donc : le recul du nombre de rentiers AI se fait aussi sentir du côté des PC. Si ce recul n'a pas entraîné de baisse du nombre de bénéficiaires de PC, il se traduit par un ralentissement de la croissance, qui est inférieure à celle des PC à l'AVS¹ depuis quelques années.

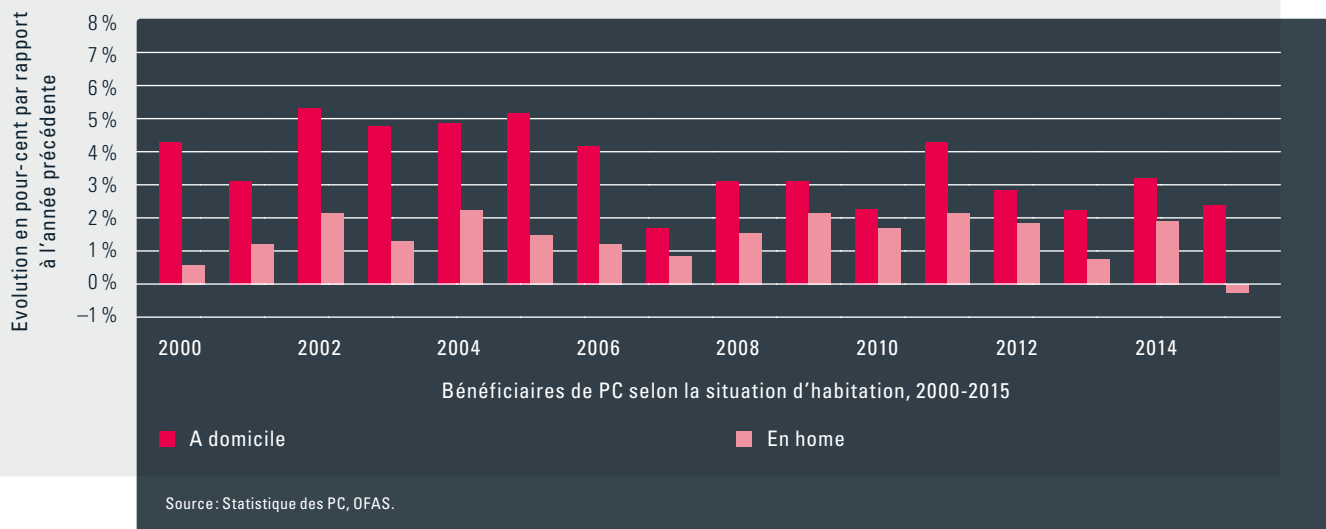
¹ Par « PC à l'AVS », on entend ici uniquement les PC à l'assurance-vieillesse, et non les PC à l'assurance-survivants, qui sont peu nombreuses et présentent une tout autre structure. Nous employons l'expression « AVS » parce qu'elle est plus courante.

12,5 % DES RENTIERS AVS TOUCHENT DES PC Les PC à l'AVS ont enregistré une croissance plus importante, due principalement à la hausse de l'effectif des rentiers. Mais ce n'est pas la seule évolution : la hausse du nombre de bénéficiaires vivant à domicile est depuis longtemps légèrement supérieure à la moyenne, principalement en raison des cas concernés par le minimum garanti, à savoir les personnes qui ont droit uniquement à la prise en charge de leur prime d'assurance-maladie. Globalement, le nombre de bénéficiaires de PC et le nombre de rentiers de l'assurance-vieillesse connaissent une évolution parallèle, de sorte que le taux de PC est resté quasi inchangé (12,5 %) au fil du temps.

Le ralentissement observé en 2015 tient à la baisse de 0,2 % des bénéficiaires de PC vivant en home (cf. graphique 61). S'il s'agit du premier recul enregistré depuis l'an 2000, il ne fait que confirmer la tendance des dernières années. On constate en particulier une baisse du nombre de pensionnaires d'établis-

Faible croissance chez les pensionnaires de home bénéficiant de PC

G1



sements médico-sociaux (EMS). Avec l'amélioration constante de l'offre d'aide et de soins à domicile, les séjours en EMS sont en effet moins fréquents ou moins longs. Par ailleurs, depuis l'introduction en 2011 du nouveau régime de financement des soins, une partie du financement n'incombe plus aux PC. Il est en outre probable que la situation financière des personnes très âgées se soit améliorée ces dernières années, puisqu'elles sont de plus en plus nombreuses à avoir un 2^e pilier.

DYNAMIQUE DE L'ÉVOLUTION : 9 % DE SORTIES ET 11 % D'ENTRÉES La faible hausse des PC à l'AVS et à l'AI de 2015 cache des flux importants, qui permettent de mieux mettre en évidence la dynamique de l'évolution. Ainsi, 28 500 personnes, soit 9,2 % de l'effectif enregistré en début d'année, sont sorties du système des PC, tandis que 34 300 personnes, soit 11,1 % de l'effectif initial, ont acquis un droit aux PC (cf. graphique G2).

Ces changements dépendent fortement de la situation d'habitation. Le nombre de bénéficiaires vivant à domicile a augmenté de 2,4 % en 2015, tandis que celui des bénéficiaires résidant en home a diminué de 0,2 %. Pour les premiers, le pourcentage des entrées est de 10,5 %, pour les seconds, de 13,1 %. La principale différence réside dans les sorties : 18,9 % des pensionnaires de home ne touchaient plus de prestations

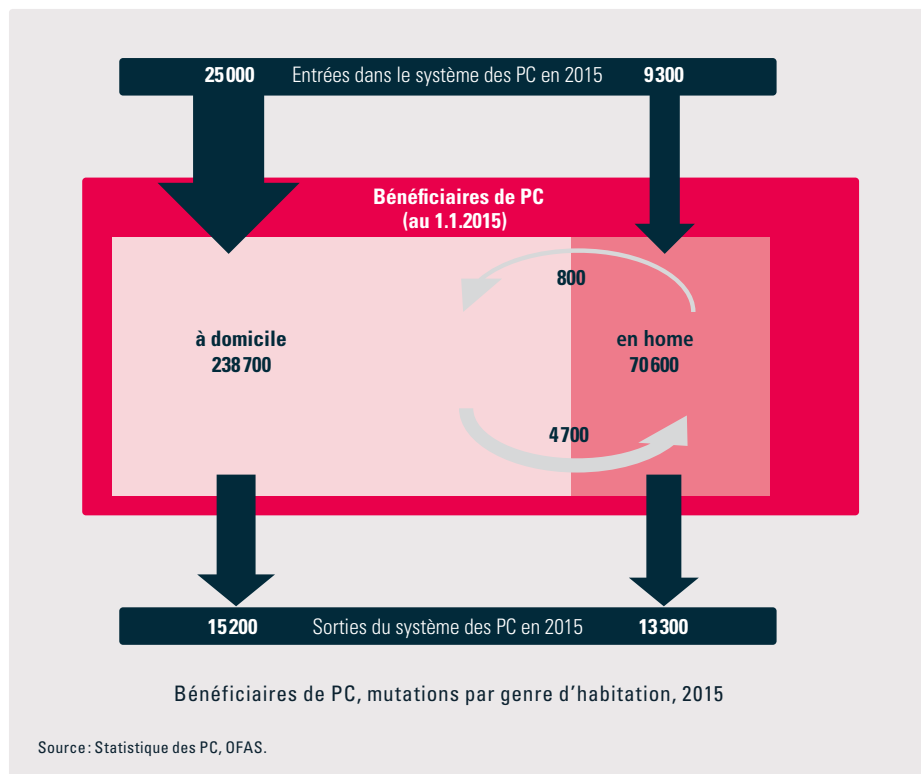
fin 2015, généralement parce qu'ils étaient décédés au cours de l'année. Chez les bénéficiaires de PC qui résident à domicile, les sorties ne représentent que 6,4 % de l'effectif initial. 2,0 % des bénéficiaires entrent dans un home, où ils continuent de percevoir des PC, augmentant de 6,7 % le nombre de pensionnaires de home touchant des PC.

En 2015, plus de 16 % des rentiers de l'AVS ou de l'AI percevaient aussi des PC.

Quelle est la part de personnes qui touchent des PC pour la première fois lorsqu'elles entrent en home et celle des personnes qui en touchaient déjà auparavant ? 40 % des pensionnaires de home bénéficiant de PC en 2015 percevaient déjà des PC avant d'entrer en home. Ils étaient donc déjà tributaires de ces prestations lorsqu'ils vivaient à domicile, car leur revenu ne suffisait pas. Les 60 % restants ont touché des PC pour la première fois lors de leur entrée en home.

Croissance modérée, mais flux importants

G2



Les modifications varient aussi selon la branche d'assurance. Les nouvelles entrées dans le domaine des PC à l'AI font augmenter de 9,6 % l'effectif des bénéficiaires, alors que les sorties représentent seulement 5,7 % de cet effectif. Les changements d'assurance sont aussi importants. A l'âge de la retraite, la plupart des rentiers AI bénéficiant de PC continuent à percevoir cette prestation, tout en changeant de branche d'assurance. Dans le domaine des PC à l'assurance-vieillesse, les sorties et les entrées s'équilibrent à peu près, avec 11,9 % d'entrées et 11,3 % de sorties.

5 % DES NOUVEAUX RETRAITÉS QUI NE TOUCHAIENT PAS DE PC À L'AI ONT BESOIN DE PC Environ 9 % des nouveaux retraités sont tributaires des PC (cf. tableau T1). 4 % touchaient déjà des PC à l'AI : leur situation financière était donc déjà précaire avant la retraite. 5 % seulement sont devenus tributaires des PC au moment d'arriver à la retraite. Par la suite, c'est au moment de l'entrée en EMS qu'on observe de

nouvelles entrées dans le système des PC. Les personnes qui avaient un revenu suffisant tout au long de leur vie ne sont souvent pas capables d'assumer les frais de home par leurs propres moyens. Le taux de PC passe à 18,6 % chez les personnes de plus de 79 ans. Une petite partie d'entre elles seulement touchaient déjà des PC à l'AI.

La durée de perception joue un rôle important dans l'évolution des prestations complémentaires. Les résultats présentés ci-après s'appuient sur les données individuelles fournies par les organes d'exécution cantonaux, voire communaux dans certains cas. Les données sont collectées par l'Office fédéral des assurances sociales depuis 1987. La durée de perception ne peut être calculée précisément que pour les personnes qui sont entrées et sorties du système des PC entre 1987 et 2015. C'est pour la cohorte des personnes qui sont entrées dans le système en 1988 que l'on dispose des données les plus complètes. L'exhaustivité des données diminue ensuite d'année en année. Il apparaît que la durée de percep-

Deux cinquièmes des nouveaux retraités bénéficiaires de PC (16 500) touchaient déjà des PC à l'AI

T1

Age	Nombre			Taux de PC*		
	Total	Sans PC à l'AI	Après PC à l'AI	Total	Sans PC à l'AI	Après PC à l'AI
65-69	38 700	22 200	16 500	9,1	5,2	3,9
70-79	69 400	52 700	16 700	10,8	8,2	2,6
>79	77 600	72 400	5 200	18,6	17,4	1,3

Bénéficiaires de PC à l'AVS selon les PC touchées antérieurement, fin 2015

* Part des rentiers touchant des PC

Source: Statistique des PC, OFAS.

tion est pratiquement indépendante de l'année d'entrée dans le système des PC. Environ 30 % des bénéficiaires touchent des PC pendant un à trois ans, et 45 % pendant un à six ans (cf. graphique G3).

Nous pouvons fournir des informations plus détaillées sur la durée de perception pour les personnes entrées dans le système des PC en 1988. En moyenne², ces personnes ont touché des PC pendant huit ans. La durée de perception dépend essentiellement de deux facteurs: la branche d'assurance et la situation d'habitation au moment de l'entrée dans le système. L'âge joue donc aussi indirectement un rôle.

DURÉE DE PERCEPTION EN EMS: TROIS ANS EN MOYENNE La durée de perception est évaluée selon la situation au moment de l'entrée dans le système des PC, sans tenir compte des changements ultérieurs (passage des PC à l'AI aux PC à l'AVS), ainsi que selon la situation d'habitation, toujours au moment de l'entrée dans le système. Pour les bénéficiaires de PC vivant à domicile, on constate une différence nette entre les deux branches d'assurance. Alors que les retraités touchent en moyenne des PC pendant neuf ans, les

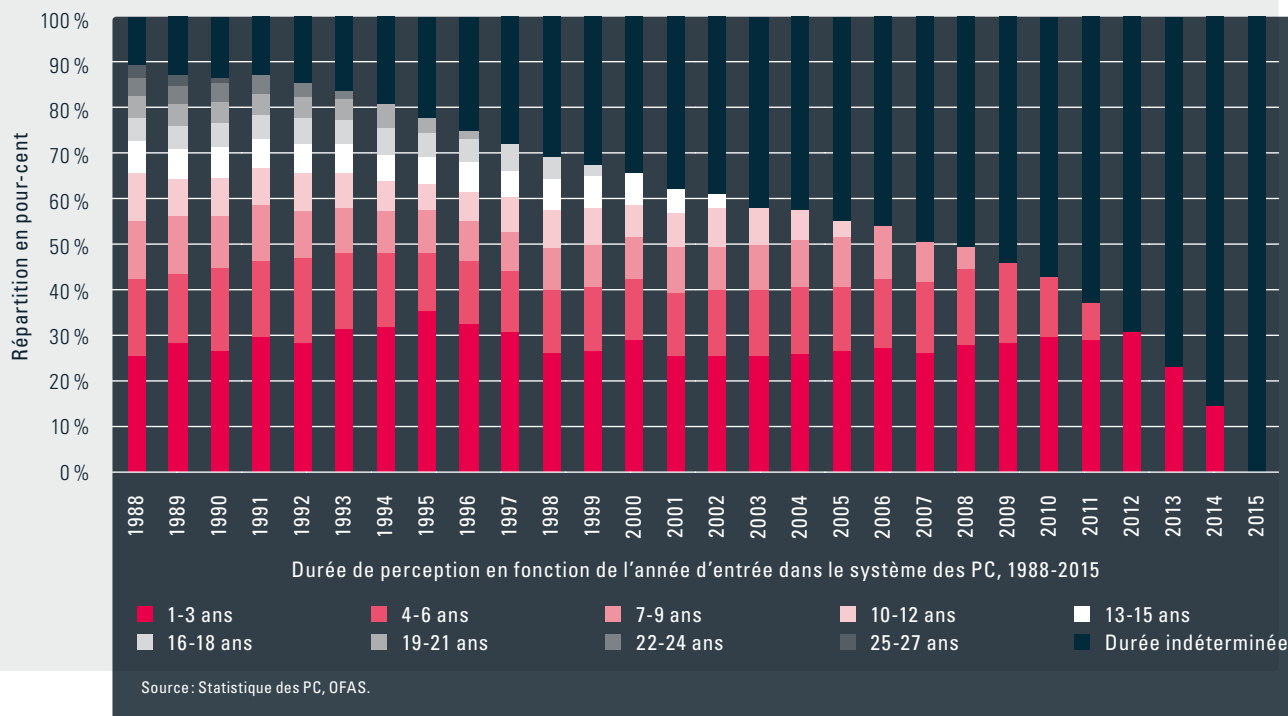
bénéficiaires de PC à l'AI en sont tributaires pendant près de deux fois plus longtemps (cf. graphique G4). Quant aux pensionnaires de home, ils ne touchent des PC à l'AVS que durant trois ans. La durée de perception est par contre de 24 ans en moyenne pour les pensionnaires de home bénéficiant de PC à l'AI.

Qui touche des PC un jour en est le plus souvent tributaire le reste de sa vie.

La plupart des personnes qui touchent des PC en sont tributaires jusqu'à la fin de leur vie. Pour quelles raisons les personnes sortent-elles du système des PC? Le décès est la raison la plus fréquente. A ce niveau aussi, on relève des différences entre les groupes susmentionnés. Le décès est la cause de 80 % seulement des sorties du système pour les bénéficiaires de PC à l'AI qui vivent à domicile. Les autres motifs ne sont pas connus en détail. Dans la plupart des cas, il s'agit probablement d'un changement de la situation financière qui entraîne la perte du droit aux PC: soit une amélioration du

² Les moyennes présentées ici sont en fait des médianes. La médiane d'un ensemble de valeurs est la valeur qui permet de couper l'ensemble en deux parties égales. Une moitié des valeurs est inférieure à la médiane et l'autre moitié y est supérieure.

La durée de perception des PC est relativement stable depuis 1988



revenu, soit une baisse des dépenses. Certains rentiers AI retrouvent le chemin du travail. Lorsque leur droit aux prestations de l'AI s'éteint, ils perdent aussi leur droit aux PC.

4,8 MILLIARDS DE FRANCS DE DÉPENSES AU TITRE DES PC

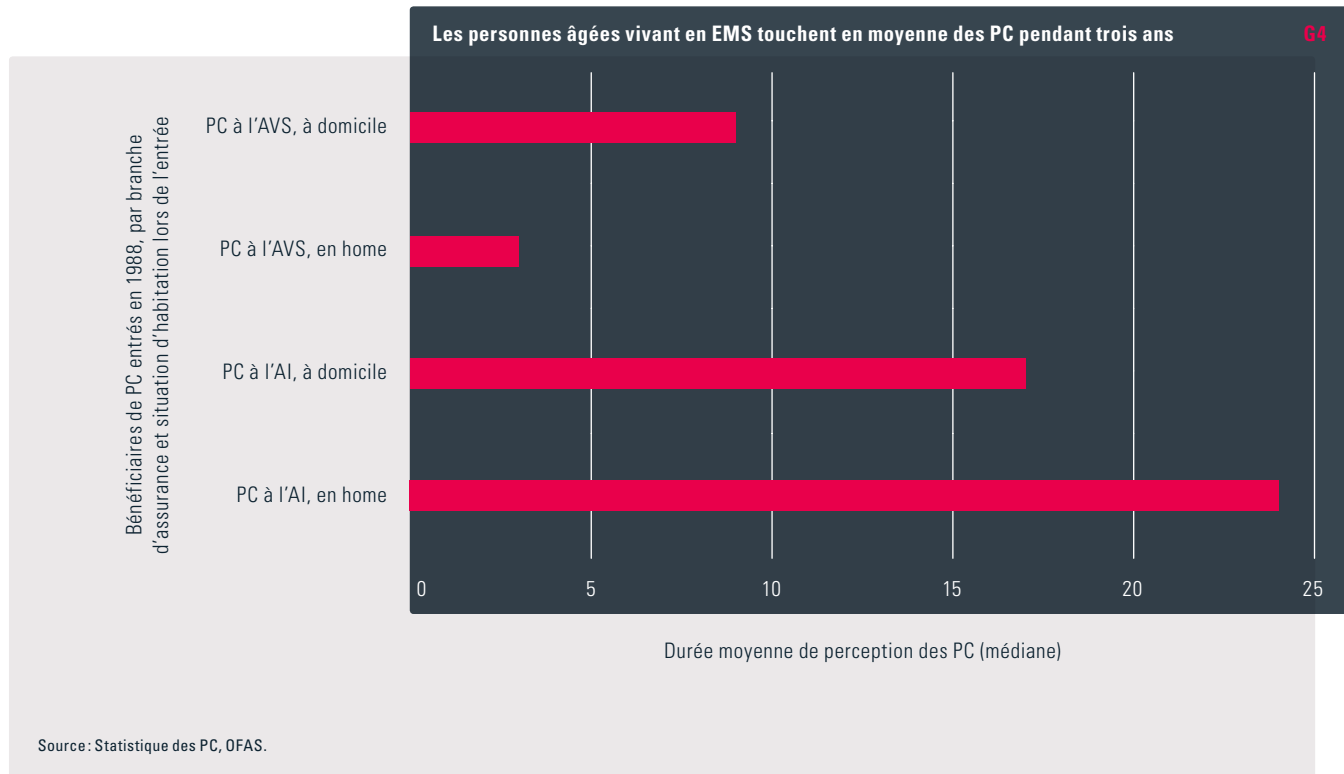
Les PC versées en 2015 ont atteint 4,8 milliards de francs, soit une augmentation de 2,2% par rapport à l'année précédente. Cette croissance est largement inférieure à la moyenne des années qui ont suivi 2008, date de la dernière révision des PC. Ce ralentissement s'explique principalement par l'évolution des PC à l'AI, dont la progression est moins marquée que celle des PC à l'AVS depuis neuf ans. Les dépenses pour les PC à l'AI³ représentaient 45,7% du montant total des rentes AI en 2015. Cette part était deux fois moins élevée dix ans plus tôt. Ce pourcentage est nettement plus faible pour les PC à l'AVS, où les dépenses ne représentent que 7,9% du total des rentes. Ce pourcentage était longtemps

resté autour de 6% ; son augmentation est due pour l'essentiel à la suppression du plafonnement des PC en 2008.

Depuis 2008, l'évolution des dépenses des PC peut être considérée sous un autre aspect encore, puisqu'une distinction est faite depuis lors, pour les PC périodiques (sans les frais de maladie), entre couverture du minimum vital et coûts supplémentaires liés au séjour en home. Pour les personnes qui vivent chez elles, l'intégralité des PC périodiques sert à garantir le minimum vital. Dans le cas des pensionnaires de home, pour déterminer la part du minimum vital, on calcule quel serait le montant des PC si la personne vivait chez elle. La Confédération assume 5% du minimum vital. La part qui ne sert pas à la couverture des besoins vitaux – c'est-à-dire les frais supplémentaires liés au séjour en home – est intégralement assumée par les cantons.

Une petite moitié des dépenses totales des PC est consacrée à la couverture des besoins vitaux. Cette somme a augmenté en moyenne de 3,2% par année depuis 2008. Les frais supplémentaires liés au séjour en home ont pour leur part

³ Somme des rentes AI versées aux assurés vivant en Suisse.



augmenté de 4,1%. Ce taux de croissance ne permet toutefois guère de tirer des conclusions sur l'évolution des frais de home. En effet, de nombreux cantons ont réorganisé en profondeur le financement des frais de home en 2011, de sorte qu'une partie des frais n'est plus couverte par les PC. Ce sont les frais de maladie remboursés dans le cadre des PC qui ont connu la plus forte hausse (5,8%). Ils ne représentent toutefois qu'un dixième des dépenses totales des PC. ■



Urs Portmann

Docteur ès philosophie, expert scientifique, secteur Mathématiques; domaine Mathématiques, analyses, statistiques et standards, OFAS.
urs.portmann@bsv.admin.ch



Jeannine Röthlin

Dipl. Math. ETH; mathématicienne, secteur Mathématiques, domaine Mathématiques, analyses, statistiques et standards, OFAS.
jeannine.roethlin@bsv.admin.ch

POLITIQUE SOCIALE

Mesures de soutien non monétaire en matière de logement

Marie Glaser,
Eveline Althaus,
Michaela Schmidt ; Ecole polytechnique fédérale de Zurich

Dans de nombreuses villes, la demande de logements à loyers avantageux est supérieure à l'offre. Elle est tellement élevée que les personnes touchées ou menacées par la pauvreté ne trouvent guère de logements adaptés. Les mesures de soutien non monétaire facilitent leur accès à un logement abordable et leur participation à la vie sociale.

Se loger est un besoin humain vital. Avoir un toit, un espace à soi, est essentiel pour se sentir en sécurité et affronter les défis complexes du quotidien. Posséder un logement sûr et adapté est fondamental tant du point de vue du bien-être quotidien que pour l'intégration sociale et la possibilité d'entretenir des contacts sociaux. L'approvisionnement en logements reflète les réalités sociales et culturelles d'une société (Glaser 2009, p. 62 ; Gysi 2009, pp. 10 à 23). Le logement traduit les différents styles de vie et signes d'appartenance. Partant, il est également un révélateur des inégalités sociales et des phénomènes de discrimination et de ségrégation. Nombre de personnes touchées ou menacées par la pauvreté vivent dans des conditions de logement précaires (Bochsler et al. 2015 ; Bieri/Elmiger 2013, p. 6 à 9).

En Suisse, les logements abordables sont de plus en plus rares, notamment dans les espaces urbains et les régions connaissant un marché du logement particulièrement tendu¹. Les besoins grandissants en matière de logement et l'évolution des exigences liées à la construction entraînent souvent un accroissement des frais de construction en cas de rénovation ou de nouvelles constructions, qui se traduisent à leur tour par des loyers élevés. En outre, les investisseurs déve-

¹ Les taux de logements vacants en Suisse ont légèrement augmenté en 2014 par rapport aux années précédentes, mais n'atteignent en moyenne que 1,08 %. De fortes disparités régionales sont observées : tandis que le canton du Jura affiche des taux d'environ 2,25 %, seuls 0,23 % des logements étaient vacants dans le canton de Bâle-Ville, 0,39 % dans le canton de Genève et 0,22 % en ville de Zurich. C'est surtout le nombre de nouveaux logements inoccupés qui s'est accru. OFS (juillet 2014).

loppent de nouveaux projets de construction dans le segment de prix supérieur et l'habitat urbain bénéficie d'une attractivité toujours plus grande. Dans le même temps, les stratégies délibérées de développement urbain et l'évolution du marché ont pour effet de creuser le fossé qui sépare les ménages ayant des pouvoirs d'achat différents (Sfar 2014, pp. 152 à 167). Ainsi se produisent des effets d'exclusion. Lorsque les projets de rénovation et de nouvelle construction (ou de construction de remplacement) ne reposent pas sur un programme résolument équitable sur le plan social, les loyers ne sont habituellement pas accessibles aux personnes à faibles revenus.

Un soutien non monétaire en matière de logement favorise la participation à la vie sociale.

Sur le marché libre du logement, les offres bon marché sont généralement tellement demandées que les personnes touchées ou menacées par la pauvreté ont elles-mêmes peu de chances de trouver un logement adapté. Lorsque, en plus de leur situation financière très défavorable, elles sont confrontées à d'autres discriminations sur le marché du logement, la recherche d'un logement se heurte souvent à des écueils insurmontables. Cela concerne en particulier les personnes issues de l'immigration qui, du fait de leur nom, de la couleur de leur peau ou de leur statut de séjour, subissent des discriminations. C'est également le cas des personnes âgées ou handicapées touchant des rentes modestes, des personnes aux prises avec des situations complexes dues à des problèmes de santé, psychosociaux et financiers, mais aussi des personnes confrontées à une toxicodépendance et de celles qui doivent reprendre pied dans la société après un séjour dans une institution ou après l'exécution d'une peine en milieu fermé. A ce niveau, l'apport constitué par les prestations non monétaires pour faciliter l'accès de ces personnes à un logement abordable et garantir ainsi leur participation sociale est décisif.

Le paysage actuel des offres de services non monétaires en Suisse s'apparente à du rafistolage : le soutien des personnes touchées ou menacées par la pauvreté en matière de logement est réglé de façon très disparate d'une commune à l'autre. Tandis que certaines communes ont mis en place des services spécialisés de consultation et d'assistance, d'autres n'en ont quasiment pas, ou pas du tout.

Les prestations de services non monétaires analysées dans l'étude contribuent à fournir un logement adapté aux personnes touchées ou menacées par la pauvreté et à garantir la sécurité du logement de ces personnes dans une perspective durable. En font notamment partie les aides à la recherche d'un logement, les mesures préventives visant à éviter les dénonciations de bail et les expulsions (sécurité du logement) et l'octroi de logements protégés et accompagnés. Ces services ont la capacité d'offrir un soutien immédiat aux personnes touchées ou menacées par la pauvreté en fonction de leur situation personnelle et de leur problème de logement. C'est la raison pour laquelle elles constituent un complément important aux instruments stratégiques et structurels visant à promouvoir des logements abordables tels que les interventions sur le plan de l'aménagement du territoire, les initiatives parlementaires et la législation en matière de politique du logement ou les aides monétaires à la personne et à la pierre.

L'étude distingue les prestataires étatiques et les prestataires non étatiques. Outre l'aide aux sans-abri imposée par la loi (mise à disposition d'hébergements d'urgence), les services sociaux communaux offrent parfois un soutien dans la recherche d'un logement et peuvent aider les bénéficiaires de l'aide sociale à conserver leur logement et à stabiliser leur situation sur ce plan. Dans de nombreuses villes, les services de cette nature relevaient auparavant d'initiatives privées émanant d'associations ou de fondations qui, aujourd'hui, accomplissent généralement leurs missions dans le cadre d'un mandat de prestations confié par une ou plusieurs communes. Etatiques ou non, ces organes proposent aussi bien des prestations fournies par des professionnels que des services offerts par des bénévoles. Compte tenu de la forte demande, les différentes offres atteignent souvent leur limite en termes de capacités.

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE L'étude menée par ETH Wohnforum – ETH CASE (centre de recherche interdisciplinaire sur le logement au département d'architecture de l'École polytechnique de Zurich) sur mandat du Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté en Suisse, est consacrée aux prestations de services non monétaires destinées à soutenir les personnes touchées ou menacées par la pauvreté dans le domaine du logement. Les prestations de services non monétaires ont été analysées selon trois dimensions : sous l'angle de leur orientation et de leur organisation spécifiques, au regard de leurs groupes cibles et des problématiques types de leurs bénéficiaires, et du point de vue de la coopération des prestataires avec les bailleurs et les acteurs du secteur social et de la santé. A cet effet, dix prestataires étatiques et non étatiques ont été sélectionnés à titre d'exemple :

- Casanostra, Biel/Bienne
 - IG Wohnen, Bâle
 - Fondation Apollo, Vevey
 - Fondation Domicil, Zurich
 - Projet-pilote « Wohnhilfe Schlieren »
 - Association WOHnenbern
 - Unité logement du service social, ville de Lausanne
 - Geschäftsbereich Wohnen und Obdach, Soziale Einrichtungen und Betriebe, Sozialdepartement, ville de Zurich
 - Projet-pilote « Wohncoaching », Soziale Dienste, ville de Lucerne
 - Servizio di Accompagnamento Sociale (SAS), ville de Lugano
- L'étude a consisté à comparer, classifier et analyser ces différentes offres tout en identifiant leur potentiel et leurs enjeux majeurs. A cet effet, elle a discerné de premières pistes d'actions prometteuses.

MÉTHODOLOGIE Outre une analyse documentaire systématique, des entretiens qualitatifs individuels et de groupe ont été réalisés avec des experts. Les personnes suivantes ont été interrogées : des chefs de service et des collaborateurs en poste auprès des dix prestataires mentionnés, les personnes prises en charge par ceux-ci (autrement dit, les personnes touchées ou menacées par la pauvreté) et des bailleurs (propriétaires privés, représentants d'agences immobilières et de coopératives de construction et d'habitation). En outre, un groupe de discussion constitué de représentants du secteur

immobilier, d'associations politiques et d'ONG provenant de différentes régions (notamment linguistiques) de Suisse a été constitué. Enfin, un atelier de validation commun a été organisé afin de mettre en relation toutes les personnes ayant participé à l'étude et d'entériner les résultats de l'étude.

TROIS PROFILS D'OFFRES CARACTÉRISTIQUES L'examen systématique des offres a permis de discerner trois profils d'offres caractéristiques :

- conseil et soutien dans la recherche d'un logement et pour les questions liées au logement ;
- service d'aide au logement et sécurité du logement ;
- suivi et accompagnement de personnes dans des logements loués par le prestataire ou lui appartenant.

En fonction de l'orientation de chacun des prestataires, la gamme d'offres spécifique de ceux-ci couvre en réalité un ou deux profils, voire les trois.

CONSEIL ET SOUTIEN DANS LA RECHERCHE D'UN LOGEMENT ET POUR LES QUESTIONS LIÉES AU LOGEMENT

Les offres du profil 1 fournissent une assistance de base aux personnes touchées ou menacées par la pauvreté à la recherche d'un logement ou confrontées à des problèmes dans le cadre du contrat de location existant. Les prestations, gratuites pour la plupart – consultations individuelles ou séances d'information publiques, en règle générale –, sont communément accessibles à toutes les personnes intéressées et font appel à la responsabilité personnelle de leurs bénéficiaires. L'une des principales fonctions de ces offres consiste à convaincre les bailleurs de prendre en compte, pour l'attribution de leur logement, les demandes de personnes touchées ou menacées par la pauvreté.

Ce segment d'offres comprend également des projets de bénévolat consistant par exemple à conseiller les personnes à la recherche d'un logement pour la constitution d'un dossier de candidature convaincant ou dans leurs relations avec les sociétés de gérance immobilière. Les offres proposées par les professionnels, quant à elles, comprennent également des prestations d'attribution directe de logements (cf. profil 2).

SERVICE D'AIDE AU LOGEMENT ET SÉCURITÉ DU LOGEMENT

Le profil d'offres 2 est fourni exclusivement par des prestataires professionnels. Ici, l'accent est mis sur

les prestations de services qui visent, d'une part, à procurer un logement aux personnes touchées ou menacées par la pauvreté et, d'autre part, à surtout les aider à conserver leur logement à long terme. Dans le cadre de la sécurité du logement, des travailleurs sociaux dûment formés conseillent et accompagnent à domicile les personnes prises en charge. Ils servent ainsi d'intermédiaires, notamment lorsque des problèmes avec les bailleurs et les gardiens ou des conflits de voisinage risquent de donner lieu à une dénonciation du bail. Ces prestations de services non monétaires sont généralement assorties de garanties financières qui assurent la régularité du versement du loyer et évitent d'engager des frais supplémentaires (entre autres par le biais d'instruments tels que la responsabilité solidaire ou la prise en charge du bail pour une durée limitée). Les prestations de services non monétaires de ce profil apportent en outre une contribution au travail d'intégration socio-spatial *in situ* axé sur les ressources, également appelé intégration par le logement (par exemple en renforçant les réseaux de voisinage, en assurant une médiation en cas de conflits de voisinage, etc.).

Les services d'aide au logement et de sécurité du logement s'adressent en particulier aux personnes provenant d'un milieu socio-économique défavorisé, confrontées à des problèmes de santé ou psychiques et/ou issues de l'immigration. Pour que l'octroi d'un logement à long terme paraisse judicieux, celles-ci doivent remplir des critères spécifiques, comme être en possession d'une autorisation de séjour, avoir une situation psychosociale stable, être apte à vivre de façon autonome. Certains prestataires exigent par ailleurs qu'un adulte du ménage, au moins, possède des notions de base dans l'une des langues nationales ou régionales. Lorsque des garanties financières sont également accordées, le risque encouru par les prestataires s'accroît, ce qui se traduit par une politique d'admission plus sélective. Résultat : les personnes qui renoncent à l'aide sociale et vivent d'un revenu inférieur au minimum vital ou celles qui sont fortement endettées ou font l'objet de poursuites, par exemple, ne réunissent pas les conditions permettant d'accéder à de telles offres.

Pour obtenir des résultats probants, les offres de ce profil ont pour particularité de nécessiter un travail méthodique de réseautage et de persuasion avec les bailleurs, s'inscrivant dans une optique à long terme. Convaincre les propriétaires et les gagner à la cause des personnes touchées ou menacées par

la pauvreté est extrêmement important à cet égard, puisque ce sont eux qui décident en dernier ressort à qui ils louent leur bien. Autrement dit, de bons contacts avec les acteurs locaux du secteur immobilier constituent la condition *sine qua non* si l'on entend les sensibiliser aux problèmes de logement que rencontrent les personnes touchées par la pauvreté.

SUIVI ET ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES DANS DES LOGEMENTS LOUÉS PAR LE PRESTATAIRE OU LUI APPARTENANT

Les prestations de services non monétaires du troisième profil sont offertes par des acteurs mandatés par les collectivités publiques pour fournir de l'aide aux sans-abri ou mettre en œuvre des mesures de prévention. Cette offre comprend des lieux d'accueil et des logements d'urgence, une combinaison de logements et de services d'accompagnement (ponctuel ou non), ainsi que des formes de suivi individuel à domicile. Ces prestations sont fournies soit par un secteur des services sociaux communaux, soit par des organisations privées. L'accompagnement dans des biens loués par le prestataire ou lui appartenant s'adresse explicitement aux personnes touchées ou menacées par la pauvreté qui se trouvent dans des situations problématiques complexes et sont particulièrement marginalisées (toxicomanes, personnes ayant des problèmes de santé et/ou psychosociaux). Les récents changements intervenus dans le paysage psychiatrique (réduction du nombre d'institutions résidentielles, privatisations) posent un sérieux défi pour la fourniture d'offres adéquates.

L'accompagnement dans des appartements ou des biens loués par le prestataire présuppose des échanges réguliers avec les gérants immobiliers et les concierges. En effet, c'est en abordant les problèmes de manière préventive et en réagissant rapidement et de manière appropriée aux crises déjà déclarées que l'on garantit durablement la sécurité du logement. S'agissant de logement protégé et accompagné, la coopération avec d'autres acteurs du réseau social et de santé a surtout besoin d'un fort ancrage institutionnel. Une connaissance systémique des conditions de vie et de logement des bénéficiaires et une coordination parfaitement rodée des prestataires sont une condition *sine qua non* pour permettre aux bénéficiaires de vivre de façon autonome et indépendante dans leur propre logement en dépit de problématiques parfois complexes et d'éviter parfois ou du moins de réduire le recours aux soins hospitaliers.

PRINCIPAUX RÉSULTATS L'expérience faite par les prestataires révèle qu'un affranchissement prématuré des services d'accompagnement et de suivi ou le seul développement de solutions temporaires ne résolvent rien sur la durée et qu'ils exigent en définitive plus de temps et d'argent que les offres de logement axées sur le long terme. Quel que soit le profil de l'offre, il s'avère que le fonctionnement, l'organisation et la fourniture de services non monétaires en matière de logement dépendent en particulier des bailleurs, du marché du logement et des communes.

LE RÔLE DES BAILLEURS L'accès des personnes touchées ou menacées par la pauvreté au marché du logement est facilité lorsque les prestataires de services travaillent en réseau avec les acteurs de la branche immobilière dans le cadre de relations de coopération mutuellement contraignantes. L'étude suggère que les propriétaires privés sont en général plus facilement accessibles dans le cadre de la recherche d'un logement, étant donné qu'on peut les contacter personnellement et les motiver. Par contre, l'accès aux grandes agences immobilières s'avère souvent plus difficile. Celles-ci attribuent les logements en fonction de critères qui excluent systématiquement les candidats endettés, ayant fait l'objet de poursuites ou dont les références fournies par d'anciens bailleurs sont défavorables. Il est donc très difficile pour les prestataires de services non monétaires de convaincre les gérances de louer malgré tout leur bien immobilier aux personnes qui ne remplissent pas les critères des sociétés immobilières. L'accès aux coopératives de construction et d'habitation traditionnelles dans lesquelles le conservatisme prévaut est tout aussi ardu. Les coopératives d'orientation progres-siste, dont la politique d'attribution de logements vise explicitement la mixité sociale parmi les habitants, sont plus faciles à convaincre.

Pour pouvoir s'assurer de la coopération durable de toutes les catégories de bailleurs, les prestataires de services d'aide au logement doivent allier professionnalisme, travail de persuasion et réseautage. Des stratégies telles que l'organisation de séances d'information et de réseautage, des contacts réguliers avec les associations de propriétaires et les associations immobilières ou la représentation des acteurs de la branche immobilière au sein même des organes stratégiques des prestataires de services non monétaires s'avèrent prometteuses.

De même, il faut que les prestataires de services soient facilement accessibles, travaillent de façon fiable et professionnelle et promeuvent une communication dénuée de préjugés et axée sur la recherche de solutions, ce qui présuppose qu'ils maîtrisent le jargon de la branche immobilière.

L'IMPORTANCE DU MARCHÉ DU LOGEMENT Les personnes dont le revenu est inférieur ou égal au minimum vital sont tributaires de logements à loyers avantageux. Or ceux-ci sont extrêmement rares, notamment lorsque le marché du logement est caractérisé par un faible nombre de logements vacants, un taux modique de nouvelles constructions et des loyers élevés sur le marché. Les offres non monétaires existantes contribuent dans une large mesure à soutenir les personnes victimes de discriminations sur le marché du logement. Mais l'étude met en évidence certaines insuffisances : les prestations de services différenciées en matière de conseil, d'approvisionnement en logements adaptés et de sécurité du logement (profils 1 et 2) n'existent pas dans toutes les villes et communes connaissant un marché du logement tendu, tant s'en faut. Par ailleurs, la demande en matière d'assistance dépasse souvent l'offre existante. L'expérience montre que les offres du profil 3 sont indispensables, y compris sur un marché du logement détendu, car les personnes touchées ou menacées par la pauvreté qui sont confrontées à des situations de vie complexes et qui recherchent un logement ou veulent garantir la sécurité de celui-ci sont toujours victimes de discriminations et d'exclusions.

LE RÔLE DES COMMUNES Les communes politiques jouent un rôle capital dans la fourniture et la mise en place des offres non monétaires. La plupart des offres soumises à la présente analyse reposaient auparavant sur l'initiative de professionnels et d'organismes engagés, implantés au niveau communal ou régional. Leur financement est aujourd'hui assuré par des mandats de prestations auxquels participent une ou plusieurs communes. Les prestataires d'offres non étatiques reçoivent également des mandats de prestations dont l'étendue et le budget peuvent varier d'un prestataire à l'autre. Dans l'ensemble, les experts interrogés jugent précieux le potentiel constitué par l'ancrage local ou régional des offres. Néanmoins, celui-ci est fortement influencé par le budget alloué à la politique sociale commu-

nale. Ce budget bénéficie quant à lui du système de compensation des charges entre les communes et le canton, bien que les cantons n'assument les aides directes accordées aux offres que dans des cas particuliers. Dans les communes qui poursuivent une politique budgétaire restrictive en ce qui concerne l'aide sociale, la dépendance des prestataires vis-à-vis des finances communales devient véritablement problématique.

RECOMMANDATIONS Les principales conclusions de l'étude mettent en lumière les mesures de soutien en matière de logement ayant des chances d'être favorables pour les personnes touchées ou menacées par la pauvreté.

LES GARANTIES FINANCIÈRES RENFORCENT LES OFFRES NON MONÉTAIRES Associer des prestations de services non monétaires et des incitations financières est particulièrement propice à une collaboration durable. L'un des enseignements fondamentaux de l'étude est que les prestations de service non monétaires favorisent la bonne volonté et la compréhension des bailleurs tout en leur donnant de l'assurance, mais que seules des garanties financières leur assurent la sécurité économique, qui s'avère décisive en dernier ressort.

L'IMPORTANCE DES OFFRES INTERCOMMUNALES La création d'offres intercommunales à l'échelon régional et l'élargissement de celles existantes sont des mesures utiles et importantes pour combler les lacunes en matière d'offres de prestations de services non monétaires dans le domaine du logement. D'un côté, les communes craignent de voir ainsi leurs frais d'aide sociale augmenter, notamment dans les cantons où le système de compensation des charges en matière d'aide sociale est peu développé, voire inexistant. De l'autre, certains experts interrogés attendent de telles offres qu'elles contribuent à réduire les coûts de l'assistance sociale et de la santé. Indépendamment de ces différentes appréciations, les résultats de l'étude indiquent que les mesures d'aide au logement et de sécurité du logement en faveur des personnes touchées ou menacées par la pauvreté pourront véritablement déployer leurs effets sur la durée si elles s'inscrivent dans le cadre d'une stratégie globale généralisée, coordonnée au niveau régional (voire suprarégional) ou cantonal. ■

BIBLIOGRAPHIE

Althaus, Eveline ; Schmidt, Michaela ; Glaser, Marie (2016) : *Nicht-monetäre Dienstleistungen im Bereich Wohnen für armutsbetroffene und -gefährdete Menschen. Eine Untersuchung von staatlichen und nicht-staatlichen Angeboten*; [Berne : OFAS]. Aspects de la sécurité sociale ; rapport de recherche n° 2/16 (rapport en langue allemande ; avant-propos et résumé en langue française) : www.goo.gl/9TMno4 (OFAS).

Bochsler, Yann ; Ehrler, Franziska ; Gasser, Nadja ; Kehrli, Christin ; Knöpfel, Carlo ; Salzgeber, Renate (2015) : *Bestandsaufnahme über Haushalte von Menschen in Armut und in prekären Lebenslagen*; Aspects de la sécurité sociale ; Rapport de recherche n° 15/15 (rapport en langue allemande ; avant-propos et résumé en langue française) : www.goo.gl/9TMno4 (OFAS).

Sfar, Doris (2014) : *Une politique du logement d'avenir pour une Suisse à dix millions d'habitants* (traduction d'une contribution publiée dans Caritas Sozialalmanach 2014) : www.goo.gl/KrkSBJ (OFL).

Bieri, Cordula ; Elmiger, Max (2013) : « Prekäre Wohnverhältnisse und ihre gesellschaftlichen Folgen », in : Caritas Zürich (éd.) ; *Zu wenig Wohnung!*, Zurich : Caritas, pp. 6 à 9 (publication en langue allemande).

OFS (Office fédéral de la statistique, 2013) : *Dénombrement des logements vacants au 1^{er} juin 2014* : www.statistik.ch > Infothèque > 09 – Construction, logement > Date de publication 2015 > Construction et logement 2013 : www.goo.gl/Jz1pZD (OFS).

Glaser, Marie Antoinette (2009) : « Wohnen im Wandel », in : Eberle, Dietmar ; Glaser, Marie Antoinette (éd.) ; *Wohnen – im Wechselspiel zwischen öffentlich und privat*. Zurich : Niggli, pp. 60 à 66 (publication en langue allemande).

Gysi, Susanne (2009) : « Zwischen «Lifestyle» und Wohnbedarf. Was der Mensch zum Wohnen braucht », in : Eberle, Dietmar ; Glaser, Marie Antoinette (éd.) ; *Wohnen – im Wechselspiel zwischen öffentlich und privat*. Zurich : Niggli, pp. 10 à 23 (publication en langue allemande).



Marie Glaser

Docteur ès philosophie, responsable de projet, direction de ETH Wohnforum – ETH CASE.
glaser@arch.ethz.ch



Eveline Althaus

Docteur ès sciences, collaboratrice scientifique auprès de ETH Wohnforum – ETH CASE.
althaus@arch.ethz.ch



Michaela Schmidt

Docteur ès sciences, collaboratrice scientifique auprès de ETH Wohnforum – ETH CASE.
michaela.schmidt@arch.ethz.ch

POLITIQUE SOCIALE

Facteurs de succès des entreprises d'intégration

Stefan M. Adam, Haute école spécialisée de la Suisse du Nord-Ouest

Gregorio Avilés, Haute école spécialisée de la Suisse italienne

Daniela Schmitz, Haute école spécialisée à distance Suisse

L'intégration sociale et professionnelle constitue la plus durable des protections contre la pauvreté. Pour la première fois, une étude exploratoire s'est penchée sur les facteurs de succès du point de vue des entreprises d'intégration sociale et professionnelle, des organismes de la sécurité sociale et des bénéficiaires.

A première vue, le manque d'informations sur les facteurs de succès des entreprises d'intégration sociale et professionnelle (EISP) a de quoi étonner : la Suisse compte plus de 400 entreprises de ce type, qui proposent des tâches proches du marché du travail à environ 43 000 personnes sans emploi, contribuant ainsi de façon non négligeable à la lutte contre la pauvreté. Mais à y regarder de plus près, ce manque de connaissances s'explique par le caractère hybride des EISP (Glänzel/Schmitz 2012). D'un côté, ces entreprises poursuivent des objectifs sociaux dans le cadre d'un mandat de prestations confié par les pouvoirs publics (p. ex. insertion sur le marché du travail, intégration sociale grâce au travail d'équipe, amélioration de l'employabilité par la formation et le perfectionnement) et de l'autre, elles sont soumises aux impératifs du marché (coûts, délais, commandes, qualité).

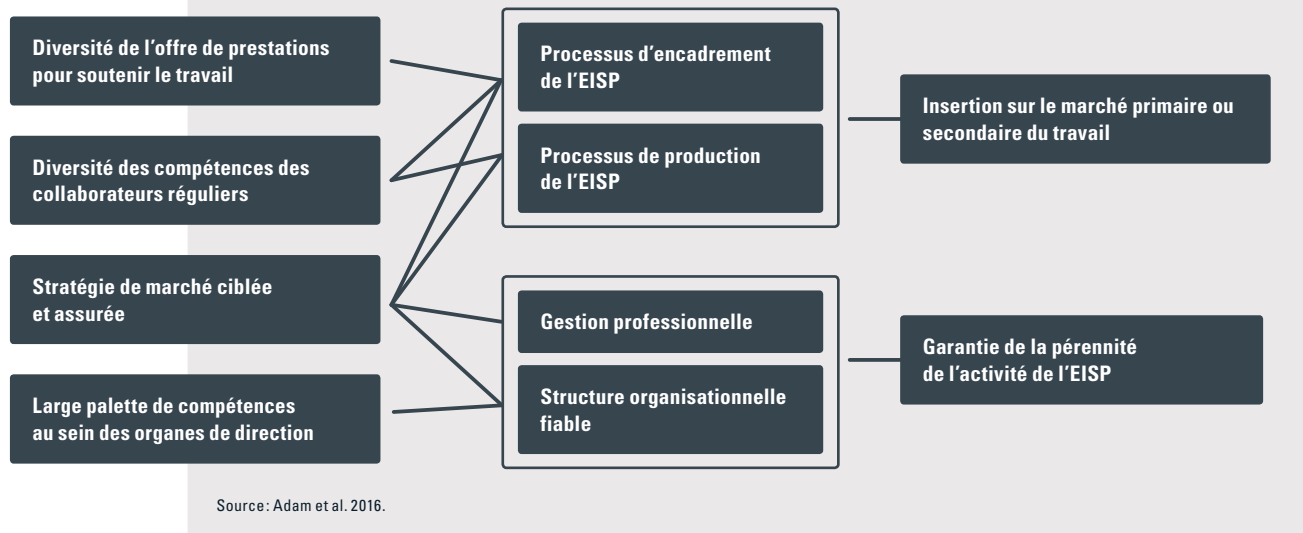
En d'autres termes, les EISP doivent concilier deux logiques assez contradictoires.

Les recherches menées jusqu'ici ne décrivent pas suffisamment les EISP en tant qu'organisations hybrides et leurs facteurs de succès. La recherche sur les facteurs de succès des entreprises classiques se concentre sur les facteurs d'ordre entrepreneurial (économiques) et néglige les objectifs sociaux. A l'inverse, la recherche sociale se focalise sur les objectifs et effets sociaux, sans tenir compte des aspects d'ordre entrepreneurial. On le voit, la recherche sur les entreprises hybrides et, en particulier, sur leurs facteurs de succès n'en est qu'à ses débuts.

OBJECTIFS Sur mandat du Programme national contre la pauvreté, une équipe interdisciplinaire réunissant des cher-

Facteurs de succès stratégiques et organisationnels (sélection)

G1



cheurs de la Haute école spécialisée de la Suisse du Nord-Ouest (FHNW), de la Haute école spécialisée à distance Suisse (FFHS) et de la Haute école spécialisée de la Suisse italienne (SUPSI), a mené une étude exploratoire pour combler cette lacune de la recherche. Ses objectifs étaient les suivants :

- identifier les facteurs de succès en matière d'intégration sociale et professionnelle du point de vue des EISP, des organismes de la sécurité sociale et des bénéficiaires ;
- identifier les interactions entre les facteurs de succès relevés dans l'optique de l'intégration sociale et professionnelle ;
- identifier les facteurs clés pouvant être influencés ou pilotés par les EISP.

MÉTHODE Afin d'identifier les facteurs d'intégration sociale et professionnelle, des enquêtes ont été menées auprès des trois acteurs principaux pour relever les indicateurs permettant de mesurer le succès des EISP. Pour ces dernières, c'est par exemple le nombre de personnes insérées sur le marché du travail ou encore la rentabilité. Les bénéficiaires ont pour leur part cité les changements positifs dans leur situation financière, sociale ou professionnelle.

Les chercheurs ont appliqué une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives.

IDENTIFICATION DES FACTEURS DE SUCCÈS ET DES FACTEURS CLÉS DU POINT DE VUE DES EISP : les chercheurs ont adopté une approche quantitative descriptive, proche de celle appliquée dans la recherche sur les facteurs de succès des entreprises classiques. Ils ont interrogé 18 EISP au total (10 en Suisse alémanique, 4 en Suisse romande et 4 au Tessin) à l'aide d'un questionnaire en ligne pour analyser leurs modèles stratégiques, organisationnels et de financement. Les entreprises interrogées ont été sélectionnées au moyen de différents critères, tels que la région linguistique, le groupe cible, la taille, le chiffre d'affaires réalisé sur le marché et la forme juridique.

IDENTIFICATION DES FACTEURS DE SUCCÈS ET DES FACTEURS CLÉS DU POINT DE VUE DES ORGANISMES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : les chercheurs ont opté ici pour une approche exploratoire qualitative. Ils ont interrogé 4 représentants de l'assurance-chômage (AC), 3 de l'assurance-invalidité (AI) et 5 de l'aide sociale, répartis dans les trois régions linguistiques.

IDENTIFICATION DES FACTEURS DE SUCCÈS ET DES FACTEURS CLÉS DU POINT DE VUE DES BÉNÉFICIAIRES : les chercheurs ont ici aussi privilégié une

Facteurs de succès économiques (sélection)

G2



Source: Adam et al. 2016.

approche exploratoire qualitative. Ils ont commencé par pré-sélectionner des interlocuteurs potentiels dans une dizaine d'EISP. Ils ont interrogé 27 personnes au total (16 en Suisse alémanique, 7 en Suisse romande et 4 au Tessin), dont 13 qui étaient tributaires de l'aide sociale, 9 qui relevaient de l'AC et 5 qui percevaient des prestations de l'AI.

RÉSULTATS

FACTEURS DE SUCCÈS ET FACTEURS CLÉS DU POINT DE VUE DES EISP L'analyse des modèles stratégiques et organisationnels des entreprises étudiées a permis de relever de nombreux facteurs jouant un rôle dans le succès global d'une EISP (voir graphique G1), mesuré à l'aune de l'intégration des bénéficiaires et de la pérennité de l'activité.

De l'avis des EISP interrogées, le portefeuille de compétences des collaborateurs réguliers constitue le principal facteur de succès sur les plans stratégique et organisationnel. En effet, un large éventail de compétences est indispensable vu l'hétérogénéité et la complexité croissantes des besoins des bénéficiaires, qui rendent d'autant plus nécessaire un encadrement individuel. La diversité des compétences, combinée à une large offre de prestations, a un impact positif non seulement sur l'encadrement, mais aussi sur les proces-

sus de production des EISP, améliorant la qualité, l'efficacité et l'efficacité.

Outre les compétences des collaborateurs réguliers, les compétences des membres des organes de direction jouent également un rôle important. Une gestion professionnelle nécessite un ensemble de compétences équilibré, grâce auxquelles les bonnes décisions stratégiques peuvent être prises au bon moment.

Enfin, les normes de gestion de la qualité et de bonne gouvernance ont également un impact sur le succès, à plusieurs égards. D'une part, le respect de normes de gestion de la qualité contribue de manière essentielle à l'organisation optimale des processus d'encadrement et de production, et permet un soutien plus efficace des bénéficiaires. D'autre part, les normes de qualité et de bonne gouvernance contribuent à garantir une gestion professionnelle et une structure organisationnelle optimale. En ce sens, elles sont essentielles, à court terme, pour le bon déroulement des affaires et, à moyen terme, pour la pérennité de l'activité.

Le succès économique des EISP requiert une gestion professionnelle, par exemple l'utilisation ciblée de méthodes de gestion et de structures de direction, une orientation entrepreneuriale, ainsi que des collaborateurs réguliers

possédant des qualifications spécifiques (cf. graphique 62). Une bonne gestion financière nécessite un service financier interne, un contrôle de gestion et un système d'indicateurs, ainsi que l'établissement de rapports réguliers. La diversification constitue un facteur de succès central. Le succès dépend en effet fortement de la capacité d'une EISP à diversifier non seulement son champ d'activités et ses bénéficiaires, mais aussi ses sources de financement (d'un côté, les organismes qui lui adressent des bénéficiaires, et de l'autre des subventions publiques mais aussi des recettes commerciales et des dons). L'étude souligne l'importance de la diversification des EISP, tant dans une perspective de viabilité financière que dans une perspective d'intégration sociale. Grâce à des idées innovantes, les entreprises interrogées développent des produits et services inédits, qui fournissent non seulement de nouveaux domaines d'activité à leurs bénéficiaires, mais améliorent aussi l'adéquation des activités aux bénéficiaires et permettent de trouver de nouvelles sources de financement. Au final, la combinaison des facteurs de succès économiques susmentionnés permet aux EISP de conserver leur marge de manœuvre entrepreneuriale et de garantir leur succès économique, et donc la pérennité de leur activité.

FACTEURS DE SUCCÈS ET FACTEURS CLÉS DU POINT DE VUE DES ORGANISMES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE Pour les responsables cantonaux de l'AC, de l'AI et de l'aide sociale, les facteurs clés pour le succès de l'intégration sociale et professionnelle sont la situation de départ des bénéficiaires, les conditions-cadre et la qualité de la collaboration. Les représentants des organismes de la sécurité sociale estiment que le succès du processus d'intégration dépend essentiellement de la motivation des bénéficiaires. Il est important de les consulter, de les impliquer dans les processus de production et d'identifier leurs ressources et intérêts personnels. En ce qui concerne les conditions-cadre, le succès dépend principalement des relations entre les organismes de la sécurité sociale et les EISP. Quelques personnes interrogées ont critiqué les différences cantonales dans la gestion des contrats, mais aussi l'hétérogénéité des règles relatives aux bénéfices et à la concurrence. Il est réellement nécessaire de discuter et de clarifier la situation, car l'activité entrepreneuriale

demandée est freinée par une quantité croissante d'obstacles légaux et administratifs. Enfin, la forme et la qualité de la collaboration jouent aussi un rôle clé. Toutes les constellations sont concernées, aussi bien la collaboration entre organismes de la sécurité sociale et EISP, celle entre EISP ou encore celle entre EISP et employeurs. Dans tous les cas, la réussite dépend principalement de la volonté des personnes impliquées. Globalement, les personnes interrogées considèrent que la collaboration est de qualité, même si des améliorations sont possibles, en particulier au niveau de la collaboration entre EISP ainsi qu'entre EISP et employeurs du marché primaire du travail.

FACTEURS DE SUCCÈS ET FACTEURS CLÉS DU POINT DE VUE DES BÉNÉFICIAIRES Dans leur cas particulier, les bénéficiaires ont cité la motivation, la qualité de la collaboration, le portefeuille de compétences des collaborateurs réguliers et le lien avec le marché primaire du travail. La motivation augmente lorsque les bénéficiaires ont leur mot à dire dans la collaboration entre EISP et organismes de la sécurité sociale ; ils veulent être pris au sérieux. Le travail au sein d'une EISP produit un effet optimal lorsque les bénéficiaires peuvent convenir avec les EISP et les organismes de la sécurité sociale des objectifs adaptés à leur situation concrète et à leur situation de départ (p. ex. durée, taux d'occupation). Il faut en outre que les bénéficiaires soient informés de manière transparente sur toutes les décisions qui les concernent. S'agissant de leur implication dans les processus de production et de service des EISP, il est primordial de tenir compte des limites physiques, psychiques et sociales des bénéficiaires ainsi que de leur niveau de qualification, mais sans les réduire à leurs limites. C'est indispensable pour maintenir la capacité de travail et encourager l'employabilité. Par ailleurs, une combinaison équilibrée entre des éléments du marché primaire du travail (p. ex. délais) et des éléments propres aux institutions sociales (p. ex. processus d'encouragement) améliore la reconnaissance sociale des bénéficiaires et leur permet de se sentir appréciés et utiles. En outre, le réseau social des bénéficiaires s'étend, les risques de dépendance diminuent, de nouvelles perspectives professionnelles se présentent et la situation matérielle s'améliore. Enfin, les bénéficiaires améliorent leurs qualifications professionnelles et personnelles.

CONCLUSIONS S'appuyant sur les résultats de l'étude, les chercheurs ont identifié les pistes d'action suivantes :

GESTION ENTREPRENEURIALE PROFESSIONNELLE DES EISP Une gestion entrepreneuriale professionnelle des EISP est indispensable. Des mesures simples suffisent : par exemple la mise au point d'un ensemble d'indicateurs pour le pilotage qui s'appuie sur les données disponibles en interne et n'entraîne donc pas de surcroît de travail administratif. Les chercheurs recommandent également l'application de normes comptables uniformes (p. ex. Swiss GAAP RPC 21), qui offrent un haut niveau de transparence et de comparabilité, et donnent une bonne impression vis-à-vis de l'extérieur (Zöbeli/Schmitz 2015, p. 20).

CONCLUSION PAR LES EISP ET LES ORGANISMES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DE CONVENTIONS DE PRESTATIONS UNIFORMES SPÉCIFIQUES AUX GROUPES CIBLES Bien souvent, les organismes de la sécurité sociale et les EISP n'ont pas conclu de convention de prestations. Lorsqu'une convention existe, elle manque souvent de clarté et ne tient pas compte du double objectif poursuivi par les EISP. L'utilisation des excédents est en outre réglée différemment d'une entreprise à l'autre. Les chercheurs recommandent donc la conclusion de conventions de prestations claires, uniformes et spécifiques aux groupes cibles en veillant à la clarté des formulations et en prévoyant pour les EISP un outil efficace de contrôle de la réalisation des objectifs.

DÉVELOPPEMENT D'INSTRUMENTS DE PILOTAGE DES FACTEURS DE SUCCÈS ÉCONOMIQUES ET HUMAINS L'étude souligne l'étroitesse des liens entre facteurs de succès économiques et humains pour ce qui est de l'effet préventif sur la pauvreté. Il manque cependant à cet égard des instruments adaptés à la forme hybride des EISP. Un contrôle systématique des prestations et de l'efficacité qui tienne compte de la logique hybride des EISP s'impose pour garantir la rentabilité tout en remplissant les objectifs sociaux, tels qu'adopter une attitude empreinte de respect envers les bénéficiaires et renforcer leurs aptitudes sociales et professionnelles.

BILAN L'étude présentée ici a permis pour la première fois d'identifier les facteurs de succès des EISP. Elle fournit ainsi une contribution majeure pour la recherche sur les organisations hybrides et pour le travail de terrain. L'analyse relève en particulier que certains facteurs de succès sont étroitement liés et peuvent contribuer aussi bien au succès économique de l'entreprise qu'au succès de l'intégration. Enfin, l'étude offre aux organismes qui financent les prestations (AI, AC, aide sociale) et aux entreprises qui les fournissent (EISP) une base de discussion sur le potentiel des entreprises d'intégration sociale et professionnelle en matière de prévention et de lutte contre la pauvreté. ■

BIBLIOGRAPHIE

Adam, Stefan ; Amstutz, Jeremias ; Cavedon, Enrico ; Wüthrich, Bernadette ; Schmitz, Daniela ; Zöbeli Daniel ; Avilés, Gregorio ; Crivelli, Luca ; Ferrari, Domenico ; Gafner, Anja ; Greppi, Spartaco ; Lucchini, Andrea ; Pozzi, Davide (2016) : *Explorative Studie zu den Erfolgsfaktoren von Unternehmen der sozialen und beruflichen Integration*; [Berne : OFAS]. Aspects de la sécurité sociale ; rapport n° 4/16 (en allemand, avec résumé en français) : www.goo.gl/9TMno4 (OFAS).

Zöbeli, Daniel ; Schmitz, Daniela (2015) : *Rechnungslegung für Nonprofit-Organisationen – Ein praktischer Kommentar zum neuen Swiss GAAP FER 21* ; 2^e version revue et complétée ; Zurich : éditions Orell Füssli.

Glänzel, Gunnar ; Schmitz, Björn (2012) : «Hybride Organisationen – Spezial- oder Regelfall?», in : Helmut K. Anheier et al. (éd.) ; *Sozial Investitionen – interdisziplinäre Perspektiven* ; Wiesbaden : Springer.



Stefan M. Adam

M.A., M.Sc., prof. à l'Institut de conseil, coaching et gestion sociale, Haute école de travail social, HES de la Suisse du Nord-Ouest (FHNW). stefan.adam@fhnw.ch



Gregorio Avilés

PhD, chargé de cours et chercheur, Département des sciences économiques, de la santé et du travail social, HES de la Suisse italienne (SUPSI). gregorio.aviles@supsi.ch



Daniela Schmitz

Docteur ès sciences économiques, directrice de recherche Innovation et comptabilité/audit, Institut pour le management et l'innovation, HES à distance (HESD). daniela.schmitz@ffhs.ch

POLITIQUE SOCIALE

L'interprétariat communautaire dans les institutions de la CII

Lena Emch-Fassnacht, Interpret

Les institutions de la CII ne font que rarement appel à un interprète communautaire lors des entretiens de conseil. De nombreux arguments techniques et économiques plaident pourtant en faveur d'une telle collaboration. Les instances nationales et cantonales de la CII ont les moyens d'agir pour faire évoluer les pratiques.

La collaboration interinstitutionnelle (CII) aide les institutions actives dans les domaines de la sécurité sociale, de la formation et de l'insertion professionnelle à harmoniser au mieux leurs activités. Son objectif est que l'offre existante soit utilisée dans le meilleur intérêt des bénéficiaires. La collaboration consiste, par exemple, à développer une stratégie commune visant à faciliter l'intégration effective et durable des migrants dans le marché du travail. La part des personnes allophones parmi les bénéficiaires des services publics d'orientation professionnelle, des services publics de placement, des offices AI cantonaux et des services d'aide sociale est comprise entre 25 et 45%. Les migrants constituent donc un public cible non négligeable des offres et des prestations des institutions de la CII.

Collaboration interinstitutionnelle

La collaboration interinstitutionnelle (CII) regroupe, de manière formelle et informelle, diverses institutions actives dans les domaines de la sécurité sociale, de la formation et de l'insertion professionnelle. Les coopérations entre ces institutions peuvent être consacrées à l'élaboration en commun de stratégies et de processus opérationnels, à une coordination des offres ou à des collaborations ponctuelles sur des cas précis. Les principaux acteurs sont l'assurance-chômage, l'assurance-invalidité, l'aide sociale, la formation professionnelle et l'orientation professionnelle. S'y ajoutent les institutions œuvrant à l'insertion et à la réinsertion sur le marché du travail – par exemple les organes de l'assurance-accidents ou de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie – ou à l'intégration des migrants. La CII est financée par les cotisations des membres des institutions concernées. Ses principaux partenaires sont les employeurs.

Une compréhension mutuelle est une condition essentielle pour permettre aux institutions de la CII de remplir

leurs missions de conseil et d'information de manière à la fois efficace et ciblée. Le recours à des interprètes communautaires spécialement formés, en tant qu'élément d'une culture plus générale de la compréhension interculturelle, est à ce titre déterminant.

Les institutions de la CII privilégient actuellement différentes approches pour communiquer avec leurs usagers allophones: information dans la langue officielle, au besoin en s'aidant de gestes, utilisation d'une troisième langue comprise par les deux interlocuteurs, recours à une connaissance ou à un parent de l'utilisateur pouvant assurer une traduction ou utilisation d'interprètes communautaires professionnels. Ces différentes approches ne sont pas sans conséquence sur la qualité du travail de conseil et d'information, des relations que les organes de la CII ont décidé d'examiner plus en détail. C'est dans cet esprit que le Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM) a chargé l'association *Interpret*¹ d'évaluer l'importance de l'interprétariat communautaire dans les institutions de la CII (Emch-Fassnacht 2016).

Interprètes communautaires

Lorsque la communication directe est difficile, les interprètes communautaires professionnels assurent la compréhension entre les professionnels et les migrants. Garantissant une traduction précise et complète des propos dans les deux sens, ils sont tenus à un devoir de confidentialité, de neutralité et d'impartialité. Les interprètes communautaires peuvent être physiquement présents ou travailler par téléphone.

DES PRATIQUES DIFFÉRENTES... Les institutions de la CII prises en compte dans l'étude diffèrent considérablement les unes des autres, que ce soit par leur domaine d'activité, leurs compétences, leur mode d'organisation ou leur taille. Le recours à des interprètes communautaires varie lui aussi fortement selon l'institution et le type de prestations fournies. Au nombre des participants à l'étude figuraient trois offices régionaux de placement (ORP), deux services d'orientation professionnelle, universitaire et de carrière, cinq services d'aide sociale, un office AI cantonal, un centre d'experti-

tises privé et une agence de la Suva. Quatre d'entre eux ont pris part à l'étude dans le cadre d'une coopération pilote².

L'interprétariat communautaire est généralement connu et relativement bien implanté dans les institutions de l'aide sociale et les services sociaux. Les résultats de l'étude permettent néanmoins de penser que le recours régulier à ce type de services se concentre encore pour l'essentiel sur les grands centres urbains tels que Berne ou Zurich. En règle générale, les frais d'interprétation sont comptabilisés sous le poste des prestations circonstanciées (PCi) et imputés au compte client. Les institutions de l'aide sociale et les services sociaux utilisent toutefois cette possibilité de financement à des fréquences très diverses.

Dans le cas de l'assurance-invalidité, les interprètes communautaires sont surtout sollicités dans le cadre d'exams médicaux et d'expertises pluridisciplinaires, tandis que la Suva fait appel à eux pour le traitement de cas complexes. Le financement de l'interprétariat communautaire est clairement prévu: alors que la Suva impute les frais correspondants au compte client, les centres d'expertises privés les facturent aux offices AI cantonaux sur la base de la convention conclue avec l'OFAS.

L'intervention d'interprètes communautaires est, par contre, rarement sollicitée lors des entretiens de réadaptation dans les offices AI. Elle est également peu répandue dans les ORP et les services publics d'orientation professionnelle, universitaire et de carrière. Les conseillers de ces services s'en remettent généralement soit à des parents ou à des connaissances, soit à des collaborateurs internes possédant les compétences linguistiques nécessaires pour servir d'interprètes. Le financement du recours à des interprètes professionnels n'est, dans la plupart des cas, pas réglementé. L'ORP du canton de Saint-Gall et le service de case management « Formation professionnelle » du canton de Soleure constituent des exceptions. Ils ont réglé de manière informelle la question du financement et imputent les frais d'interprétation sur leur budget ordinaire.

² La démarche a consisté, d'une part, à analyser des cas dans lesquels le recours à l'interprétariat communautaire était une pratique établie et, d'autre part, à lancer et à accompagner des « coopérations pilotes » permettant à des institutions qui n'avaient pas encore travaillé avec des interprètes communautaires d'acquiescer de premières expériences en la matière. Les frais correspondants ont été pris en charge par le budget du projet.

¹ *Interpret* est l'Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle (www.inter-pret.ch).

... MAIS DES SITUATIONS D'INTERVENTION SIMILAIRES

Pour ce qui est des situations qui justifient de façon caractéristique l'intervention d'un interprète communautaire, les cas évoqués par les professionnels des différentes institutions de la CII se recoupent largement :

- **Premiers entretiens et entretiens de clarification :** pierre angulaire d'une coopération constructive, ces entretiens nécessitent une bonne compréhension de part et d'autre, notamment sur la question des droits et obligations respectifs.
- **Entretiens délicats et complexes :** il est particulièrement difficile de conduire un entretien en deux langues lorsque des professionnels de divers horizons ou des personnes de l'entourage privé de l'utilisateur y prennent part. L'interprète communautaire sert alors de soutien au professionnel et clarifie ce qui doit l'être.
- **Entretiens difficiles par leur contenu :** l'intervention d'un interprète communautaire permet de garantir une traduction fidèle lorsque des sujets techniques impliquant la connaissance d'un jargon spécifique sont abordés.
- **Entretiens sur des questions personnelles ou de santé et entretiens à forte charge émotive :** le recours à un interprète communautaire garantit l'impartialité et le respect des règles de confidentialité.
- **Entretiens de conseil en présence de parents allophones :** ces entretiens sont particulièrement difficiles à gérer du fait du nombre d'interlocuteurs impliqués. L'intervention d'un interprète communautaire permet aussi d'éviter que le jeune soit lui-même impliqué dans un rôle de traduction, voire de médiation. De tels changements de rôles et de positions sont problématiques et doivent être proscrits.
- **Entretiens à teneur contraignante :** l'intervention d'un interprète communautaire s'impose lorsque le droit d'être entendu doit être garanti.
- **Entretiens débouchant sur une décision de principe :** lorsqu'une décision de principe engageant l'avenir de l'utilisateur doit être prise lors d'un entretien, il est indispensable d'assurer une bonne compréhension entre les interlocuteurs.

Exemple : accident de M. Yogeswaran

A la suite d'un accident, M. Yogeswaran (pseudonyme) présente une incapacité de travail et n'est pas en mesure de reprendre le poste qu'il occupait précédemment. Sa fille l'accompagne aux entretiens avec les conseillers de l'AI et de l'ORP pour faciliter la communication.

Le premier entretien à l'ORP se déroule d'ailleurs essentiellement entre la conseillère et la fille de M. Yogeswaran. Sur la base de cette expérience, la conseillère décide de faire appel à un interprète communautaire pour l'entretien suivant. Elle juge important que M. Yogeswaran ait la possibilité de s'exprimer directement et de formuler lui-même ses préoccupations, ses interrogations et ses éventuels plans d'avenir sans avoir à dépendre de sa fille. En outre, la conseillère prévoit lors du prochain entretien d'exposer plus en détail les droits et les obligations de l'assuré, ainsi que l'importance de la réinsertion. Ces questions sont cruciales pour la poursuite de la collaboration et la conseillère veut être sûre d'être pleinement comprise par M. Yogeswaran.

UTILITÉ AVÉRÉE ET QUALITÉ DE CONSEIL ACCRUE

Les professionnels ayant déjà fait appel à l'interprétariat communautaire en reconnaissent clairement l'utilité. De nombreux arguments, techniques comme économiques, plaident en faveur d'un recours ciblé et pertinent aux services des interprètes communautaires, surtout par rapport à l'utilisation de parents ou de connaissances comme auxiliaires à la traduction.

- Les professionnels qui travaillent avec des interprètes communautaires remplissent leurs missions de conseil et d'information de manière à la fois plus efficace et mieux ciblée. Malgré la présence d'un interlocuteur supplémentaire, la communication gagne en clarté et en simplicité. Le développement d'une confiance mutuelle et la qualité de la coopération permettent de réduire les risques de frustration.
- Le recours ciblé et pertinent aux services d'interprètes communautaires professionnels se traduit par une efficacité accrue du travail de conseil. Le nombre d'entretiens et d'appels téléphoniques s'en trouve réduit, tandis que les malentendus et les tâches superflues sont également moins fréquents.
- L'interprétariat communautaire permet de compter sur une traduction de qualité, assurant aux deux parties une transmission exhaustive, précise et aussi fiable que possible des contenus. La distance professionnelle et la confidentialité sont garanties, tandis que la protection des données est respectée. Les différences ou les sensibilités socioculturelles sont prises en compte.

Cycle pour l'intervention d'interprètes communautaires**G1**

OBSTACLES À LA COLLABORATION L'analyse des expériences pratiques et en particulier des coopérations pilotes montre qu'une collaboration ciblée avec des interprètes communautaires pourrait s'avérer profitable à toutes les institutions de la CII. Plusieurs raisons expliquent pourquoi ce potentiel n'est, à ce jour, pas ou que partiellement exploité. Les professionnels interrogés ne collaborent pas ou ne collaborent que rarement avec des interprètes communautaires, parce que :

- ils ne sont pas ou pas suffisamment familiarisés avec les divers instruments de la compréhension interculturelle ;
- ils sont rarement confrontés à des situations justifiant de faire appel à des interprètes communautaires et oublient par conséquent l'existence de cette possibilité ;
- ils ne savent pas comment réserver ce service et comment conduire un entretien en présence d'un interprète communautaire ;
- ils ne connaissent pas les avantages d'un service professionnel d'interprétariat communautaire pour leur activité de conseil, notamment par rapport à la prestation d'un auxiliaire à la traduction ;
- la budgétisation et le financement de ce service ne sont pas clairs ou pas connus ;

- les obstacles structurels et techniques au sein de leur institution nuisent à une collaboration standardisée et fonctionnelle avec des interprètes communautaires ;
- les formes de communication au sein de l'institution ou les convictions personnelles du professionnel concerné et de ses supérieurs hiérarchiques entravent la collaboration avec des interprètes communautaires.

FAVORISER LA COLLABORATION Connaître les avantages que présente l'interprétariat communautaire pour la CII, les besoins auxquels il est susceptible de répondre, mais aussi les obstacles auxquels il se heurte permet d'identifier les facteurs favorables à une collaboration ciblée entre institutions et interprètes communautaires (cf. graphique G1).

Le choix du mode de communication dépend d'un ensemble de facteurs et de contraintes. L'élément décisif est, dans tous les cas, que les représentants des institutions de la CII aient une compréhension adéquate des divers instruments à leur disposition, de leurs avantages et inconvénients respectifs, des situations d'entretien auxquels ils correspondent et de l'utilité qu'eux-mêmes peuvent en retirer (1). Cette connaissance préalable est nécessaire pour qu'une institution puisse déterminer ses besoins effectifs. Une fois prise la décision de principe de faire appel à un interprète communautaire en cas de besoin, le processus de commande, les responsabilités et la coordination avec le service régional d'interprétariat communautaire doivent être précisés (2). Seuls des processus efficaces et clairement définis sont à même de convaincre les professionnels concernés des avantages d'une collaboration avec des interprètes communautaires.

Les professionnels qui font régulièrement appel aux services de ces interprètes acquièrent l'expérience et la sécurité nécessaires à la réussite de la collaboration (3). Des formations complémentaires axées sur la résolution des difficultés rencontrées viennent étayer ce processus. Reconnaissant les bénéfices immédiats qu'ils peuvent retirer de ces services, les professionnels concernés font appel de manière ciblée à des interprètes communautaires lorsque leur intervention répond à un besoin avéré.

Les connaissances et les expériences ainsi accumulées permettent à leur tour une discussion éclairée sur les conditions générales nécessaires à une intervention efficace des interprètes communautaires (4). Ce cadre devrait en particu-

lier déterminer la standardisation des processus, la collecte des données pertinentes, la clarification du financement et la définition des principaux aspects de la collaboration entre les institutions de la CII et le service d'interprétariat régional.

Si l'existence d'un cadre adéquat favorise la collaboration avec les interprètes communautaires, les résultats de l'étude montrent également que ce facteur n'est pas toujours suffisant. La collaboration effective avec les interprètes communautaires n'est pas la même selon que les professionnels concernés la conçoivent comme un instrument nécessaire à l'accomplissement de leur mandat légal ou seulement comme une marque de bienveillance à l'égard des migrants. Une discussion et un accord sur les normes à utiliser sont des éléments essentiels pour instaurer durablement une culture de la compréhension interculturelle (5). Ils permettent de réduire l'impact d'éventuelles divergences entre les prescriptions institutionnelles et les convictions personnelles.

Une collaboration durable et régulière avec des interprètes communautaires suppose que des efforts soient déployés à chacune des cinq étapes qui viennent d'être exposées. La réglementation du financement, par exemple, n'est pas nécessairement suffisante en elle-même pour assurer une telle collaboration dès lors que les professionnels concernés ne peuvent pas compter sur l'appui de leur direction opérationnelle.

POSSIBILITÉS D'ACTION POUR LA CII La collaboration avec les interprètes communautaires devrait être un instrument professionnel au service de l'activité de conseil. Sa mise en œuvre ne devrait pas être ponctuelle ni dépendre des convictions personnelles des professionnels concernés ou de leurs supérieurs, mais s'inscrire dans une stratégie opérationnelle commune. Tous les groupes cibles devraient avoir la possibilité d'en profiter dans la même mesure. Les représentants des institutions étudiées sont favorables à ce que l'ensemble des institutions de la CII collaborent avec des interprètes communautaires. Une telle évolution améliorerait en particulier la qualité de l'activité de conseil sur ce que l'on appelle les « cas CII », c'est-à-dire les cas complexes qui impliquent plusieurs institutions et présentent souvent une forte charge émotive. Les usagers allophones pourraient ainsi bénéficier d'une information plus précise et plus complète sur les systèmes de sécurité sociale et de formation. La collaboration interinstitutionnelle s'en trouverait simplifiée.

A plus long terme, une réglementation de l'interprétariat communautaire à un niveau supérieur s'impose. L'organisation de la CII constitue à ce titre une chance. Il appartient aux comités nationales et cantonales de pilotage, de développement et de coordination de la CII d'aborder, avec les délégués cantonaux compétents, la question de la diversité linguistique et culturelle et de reconnaître l'importance de l'interprétariat communautaire pour les institutions de la CII. Les possibilités d'ancrage institutionnel et de financement devraient notamment passer par l'élaboration de processus uniformes et standardisés. Les prestations des interprètes communautaires devraient, par exemple, pouvoir être facturées au titre des mesures d'instruction. Les autorités cantonales, en particulier leurs unités opérationnelles, devraient examiner les besoins concrets de recourir à ces prestations. C'est à elles qu'il revient, pour préparer la voie à une standardisation, de définir les instruments de la collaboration et d'éliminer les obstacles organisationnels et structurels existants, l'objectif étant de garantir l'égalité des chances dans l'accès à des services de conseil professionnels. ■

BIBLIOGRAPHIE

Emch-Fassnacht, Lena (2016) : *L'importance de l'interprétariat communautaire dans les institutions de la collaboration institutionnelle (CII) : pratique actuelle et recommandations formulées à partir de treize cas étudiés*. Etude réalisée sur mandat du Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM) à l'intention des comités nationaux CII aux fins d'encourager le recours à l'interprétariat communautaire en vue d'améliorer la qualité du conseil dans les structures ordinaires [Berne : Interpret] (rapport intégral uniquement en allemand, synthèse en français) : www.goo.gl/UfHGIL.



Lena Emch-Fassnacht

Lic. phil., collaboratrice scientifique, responsable de projet Interpret.
lana.emch@inter-pret.ch

ASSURANCE-MALADIE

Evaluation du nouveau régime de financement des soins

Christine Heuer,
Christian Vogt ; Office fédéral de la santé publique

Le nouveau régime de financement des soins vise à prévenir une nouvelle augmentation de la charge financière supportée par l'assurance obligatoire des soins (AOS) et par les ménages, ainsi qu'à améliorer la situation, socialement précaire, de certaines catégories de personnes exigeant des soins. Une évaluation du nouveau régime est en cours.

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996, avait entraîné des développements importants et socialement nécessaires dans le domaine des soins. Alors que, sous l'ancien droit, les contributions aux soins étaient souvent modestes, l'assurance obligatoire des soins (AOS), désormais étendue à l'échelon fédéral, remboursait les soins dispensés à domicile (secteur ambulatoire), mais aussi ceux dispensés en établissement médico-social (EMS) ou à l'hôpital (secteur stationnaire). De plus, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile (domaine Spitex) étaient reconnus comme fournisseurs de prestations, à côté des infirmières travaillant à leur compte. Cette amélioration de la prise en charge des prestations a néanmoins conduit à une augmentation des coûts de l'AOS, qui s'est ajoutée à celle due à l'évolution de la démographie, de la médecine et de la société.

En 1998, des tarifs-cadre avaient été introduits à titre temporaire pour le domaine des soins en raison du manque de transparence des coûts et dans le but d'améliorer la maîtrise des coûts dans l'AOS. La mesure ne prétendait pas être viable à long terme et les tarifs-cadre ont finalement été remplacés, début 2011, par le nouveau régime de financement des soins. Cette révision de la législation concerne aussi les autres instruments de la sécurité sociale participant au financement des soins, à savoir l'allocation pour impotent de l'AVS et les prestations complémentaires (PC) à l'AVS et à l'AI.

OBJECTIFS DU NOUVEAU RÉGIME ET MESURES PRINCIPALES Le nouveau régime de financement des soins a deux objectifs. Le premier est de prévenir une nouvelle augmentation de la charge financière supportée par l'AOS,

puisque l'assurance prenait en charge de façon croissante, avant le nouveau régime, des soins dus à l'âge. Le deuxième objectif est d'améliorer la situation, socialement précaire, de certaines catégories de personnes exigeant des soins, et tout particulièrement d'éviter que ces personnes ne dépendent de l'aide sociale ou ne tombent dans la pauvreté.

Pour prévenir une nouvelle augmentation de la charge financière supportée par l'AOS, les tarifs-cadre ont été remplacés par un système de contributions. La prise en charge des coûts a été réglée, et les coûts des soins ont été répartis entre les assureurs (AOS), les assurés et les cantons. L'AOS fournit ainsi une contribution fixe (en francs) aux soins qui sont dispensés sur la base d'une prescription médicale et d'un besoin en soins avéré, sous forme ambulatoire (par un infirmier ou une organisation Spitex) ou dans des EMS. Le montant des contributions est fixé en fonction du besoin en soins.

Les personnes exigeant des soins ne sont pas nécessairement capables de supporter elles-mêmes les frais d'accompagnement et d'hôtellerie (séjours en établissement) ou d'aide ménagère (soins à domicile), lesquels s'ajoutent à leur participation aux coûts des soins proprement dits. Pour limiter la charge des ménages et minimiser le risque de dépendance de l'aide sociale, le législateur a pris trois mesures. Premièrement : la part des assurés aux coûts des soins (participation des patients) a été plafonnée à 20 % du montant maximal pris en charge par l'AOS par jour¹ et la question du financement résiduel a été transférée aux cantons. Deuxièmement : une allocation pour impotent a été introduite dans l'AVS pour les personnes vivant à domicile et présentant une impotence légère, tandis que, dans le cas des résidents d'EMS, les franchises sur la fortune ont été relevées pour le droit aux PC à l'AVS. Enfin, les cantons ont été chargés de veiller à ce que les séjours en EMS n'entraînent pas de dépendance de l'aide sociale en général. En amont de l'introduction des forfaits par cas liés aux prestations, il avait été redouté que cette réforme ne provoque le renvoi prématuré de patients des hôpitaux. Cela a conduit le Parlement à prévoir, à titre de troisième mesure, la possibilité que l'AOS prenne en charge durant deux semaines au plus les soins aigus et de transition

qui se révèlent nécessaires à la suite d'un séjour hospitalier et sont prescrits par un médecin de l'hôpital.

Qui a besoin de soins n'a pas toujours les moyens de payer les frais d'accompagnement ou d'aide ménagère.

EXPÉRIENCES SOUS LE NOUVEAU RÉGIME Les Chambres fédérales ont continué à réfléchir intensivement au financement des soins après l'introduction du nouveau régime. Plus de trente interventions parlementaires ont été déposées. Elles traitent notamment du financement résiduel par les cantons, de la participation des patients aux coûts, des systèmes pour la saisie des besoins en soins, de la liberté de choix et d'établissement des personnes exigeant des soins, de l'égalité de traitement des prestataires publics et privés dans le domaine Spitex, mais aussi des principes de la comptabilité analytique et de la saisie des prestations, ainsi que de la question de la délimitation entre soins et accompagnement. Par ailleurs, les commissions de la sécurité sociale et de la santé publique des deux Chambres ont demandé l'établissement de rapports sur l'avancement de la mise en œuvre du nouveau régime (OFSP 2011a, 2011b, 2012, 2013). Le financement résiduel par les cantons a été abondamment débattu. Pour les séjours extracantonaux en EMS, il est prévu que le canton d'origine en soit désormais responsable, par analogie avec la règle prévue dans la loi sur les PC².

CONCEPTION ET RÉALISATION DE L'ÉVALUATION

L'art. 32 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie charge l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de procéder à des

¹ Le plafond actuel est fixé à 108 francs ; cf. art. 7a, al. 3, de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; www.goo.gl/2mMylP). La participation de la personne exigeant des soins s'élève ainsi à 21 francs 60 par jour au maximum.

² A ce sujet, cf. notamment Conseil fédéral (2015) et l'initiative parlementaire 14.417 « Amender le régime de financement des soins » (www.goo.gl/JP7sNH).

Nouveau régime de financement des soins : domaines thématiques de l'évaluation

Mise en œuvre

Par les cantons

- Adaptation des législations cantonales
- Règle matérielle pour le financement résiduel intra- et extracantonal
- Mise en œuvre pour les soins aigus et de transition
- Règlementation cantonale relative aux PC

Par les fournisseurs de prestations

- Délimitation entre soins et autres prestations

Questions conclusives

- Appréciation générale de l'avancement de la mise en œuvre
- Difficultés de mise en œuvre

Effets

Conséquences financières

- Evolution des coûts des soins
- Evolution des parts au financement des différents agents payeurs
- Impact financier pour l'AOS
- Impact financier pour les personnes exigeant des soins (part aux coûts des soins)
- Report entre soins et autres prestations
- Impact financier pour les pouvoirs publics

Conséquences sociales

- Situation financière des personnes exigeant des soins

Effets sur l'offre et la demande de prestations

- Effets généraux sur les fournisseurs de prestations
- Effets sur l'offre de soins
- Effets sur le recours aux soins
- Facteurs déterminant la décision en matière de soins
- Prise en charge appropriée/inappropriée des personnes exigeant des soins
- Conditions-cadre pour les soins / le personnel soignant

Questions conclusives

- Appréciation des effets visés et involontaires
 - Comparaison des régimes de financement cantonaux
 - Adaptations/mesures requises
-

Source: tableau des auteurs, inspiré d'OFSP (2016).

études scientifiques sur l'application et les effets de la loi (et de ses révisions). Une étude réalisée sur mandat dudit office pose des bases importantes pour l'évaluation du nouveau régime de financement des soins (Feh Widmer/Rüefli, 2015). Elle a en effet permis d'élaborer un modèle des effets de la révision de la loi, mais aussi de définir les questions principales à évaluer. De plus, l'étude a identifié les sources de données existantes et développé un modèle d'enquête avec ses destinataires potentiels (en particulier : personnes exigeant des soins, cantons, fournisseurs de prestations, assureurs).

Une communauté de travail a commencé le travail d'évaluation en avril 2016 sur mandat de l'OFSP. Le rapport devrait être publié fin 2017 et servira de base pour décider du développement futur du financement des soins. Un groupe composé de représentants des principaux acteurs concernés par le nouveau régime avait déjà accompagné l'étude posant les bases de l'organisation de l'évaluation ainsi que le travail d'élaboration du cahier des charges de l'évaluation (OFSP 2016). Les résultats de l'évaluation et les mesures envisageables sur cette base seront discutés par les représentants des personnes exigeant des soins, des fournisseurs de prestations (EMS et domaine Spitex), des assureurs, des cantons et de la Confédération avec l'équipe chargée de l'évaluation et les personnes compétentes à l'OFSP.

OBJECTIF DE L'ÉVALUATION ET DOMAINES THÉMATIQUES L'évaluation porte une appréciation sur l'avancement de la mise en œuvre, le degré de réalisation des objectifs et d'éventuels effets involontaires (voir encadré).

MÉTHODE Les nombreuses facettes de l'objet d'étude et l'état lacunaire des données invitent à combiner plusieurs méthodes d'enquête. Le délai imparti ne permet pas de traiter de manière approfondie tous les sujets soulevés ; si l'évaluation les aborde tous, elle se concentre sur quatre priorités :

RÉALISATION DES OBJECTIFS DE LA RÉVISION L'évaluation met l'accent sur l'appréciation de l'impact financier de la révision sur l'AOS et de son efficacité au plan de la politique sociale. Il s'agit d'exploiter au maximum les données disponibles. S'agissant de l'efficacité au plan de la politique sociale, les données sont lacunaires et ne permettent qu'une évaluation limitée. Pour y remédier, l'équipe chargée de l'évaluation réalise des études de cas dans six à huit communes (notamment au moyen d'enquêtes téléphoniques auprès de représentants des communes, de points de contact et d'organisations d'aide aux personnes exigeant des soins). Par ailleurs, les personnes directement concernées sont interviewées personnellement.

AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE L'évaluation doit rendre compte de façon aussi complète et actuelle que possible de la façon dont les cantons et les fournisseurs de soins mettent en œuvre le nouveau régime de financement

des soins. Les différentes politiques des cantons doivent être examinées et expliquées de manière fondée. Cela permettra une analyse nuancée des effets du nouveau régime et la mise en évidence de bonnes pratiques.

Pour décharger les cantons sur le plan administratif, une fiche d'information spécifique est élaborée pour chaque canton. Elle recense des documents importants disponibles (Internet, rapports de l'OFSP, bases légales cantonales, etc.). La liste est envoyée aux cantons et complétée par ceux-ci. Les expériences des fournisseurs de prestations sont recueillies par écrit ou au moyen d'une enquête en ligne.

EFFETS SUR LES COÛTS ET ÉVENTUELS EFFETS INVOLONTAIRES

L'évaluation s'intéresse aux effets sur les coûts, mais aussi à d'éventuels effets involontaires (positifs ou négatifs) dans le comportement de la demande et du côté des prestations. Les données disponibles sont analysées en tenant compte des résultats choisis de différentes études. Les résultats obtenus lors des entretiens avec des personnes exigeant des soins ou lors de l'enquête menée auprès des EMS et des organisations Spitex sont consolidés et approfondis.

ADAPTATIONS ET MESURES ENVISAGEABLES

Une appréciation complète des résultats de l'évaluation permettra d'identifier les forces et faiblesses du nouveau régime et d'en déduire d'éventuelles recommandations pour le développement du financement des soins. ■

BIBLIOGRAPHIE

OFSP (2016): *Pflichtenheft. Externe Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung* [Berne: OFSP]: www.goo.gl/jbXKmK

Conseil fédéral (2015): *Compétence pour le financement résiduel dans le cadre du financement des soins. Rapport du Conseil fédéral du 21 octobre 2015 en exécution des postulats 12.4051 « Séjour dans un home situé en dehors du canton de domicile. Financement résiduel » du 4 décembre 2012, et 12.4099 « Régler le financement résiduel en cas de séjour dans un home situé en dehors du canton de domicile en s'inspirant de la LPC » du 11 décembre 2012*: www.goo.gl/WlloVJ.

Feh Widmer, Antoinette; Rüefli, Christian (2015): *Konzept zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung* [Berne: Büro Vatter AG]: www.goo.gl/jbXKmK.

OFSP (2013): *CSSS-N – 10-09. Mise en œuvre du financement des soins. Rapport explicatif du 3 octobre 2013. Mise en œuvre dans les cantons de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008* [Berne: CSSS-N]: www.goo.gl/enTtIG.

OFSP (2012): *SGK-N / CSSS-N – 10-09. Mise en œuvre du financement des soins. Rapport explicatif du 13 août 2012. Mise en œuvre de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008 dans les cantons* [Berne: CSSS-N]: www.goo.gl/enTtIG.

OFSP (2011b): *CSSS-E – 10-09. Mise en œuvre du financement des soins. Rapport explicatif du 28 juillet 2011. Mise en œuvre de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008 dans les cantons – Questions complémentaires* [Berne: CSSS-E]: www.goo.gl/enTtIG.

OFSP (2011a): *SGK-CSSS-10-09. Mise en œuvre du financement des soins. Rapport du 26 avril 2011. Mise en œuvre de la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008 dans les cantons* [Berne: CSSS-N]: www.goo.gl/enTtIG.



Christine Heuer

Lic. rer. soc., collaboratrice scientifique, service Evaluation et recherche, OFSP.
christine.heuer@bag.admin.ch



Christian Vogt

Politologue, collaborateur scientifique, section Tarifs et fournisseurs de prestations I, OFSP.
christian.vogt@bag.admin.ch

PRÉVOYANCE

Partage de la prévoyance en cas de divorce : nouveau droit

Franziska Grob, Office fédéral des assurances sociales

La révision du partage de la prévoyance en cas de divorce entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2017. La grande nouveauté tient au fait que l'exécution du partage au moyen de la prévoyance professionnelle sera aussi possible lorsqu'un conjoint touche déjà une rente d'invalidité ou de vieillesse du 2^e pilier.

Depuis le 1^{er} janvier 2000, les prétentions découlant de la prévoyance professionnelle acquises durant le mariage sont partagées entre les conjoints en cas de divorce. Par analogie, les dispositions applicables en cas de divorce s'appliquent aussi à la dissolution judiciaire d'un partenariat enregistré (art. 22d LFLP, à compter du 1.1.2017 : art. 23 LFLP). Grâce au partage de la prévoyance, le conjoint qui n'exerce pas d'activité lucrative ou travaille à temps partiel, par exemple pour s'occuper des enfants, n'est pas désavantagé par rapport à l'autre conjoint dans la constitution de sa prévoyance. Le partage de la prévoyance peut donc être vu comme le pendant, dans la prévoyance professionnelle, du *splitting* des revenus opéré dans le 1^{er} pilier.¹

Lors du partage, les deux conjoints ont aujourd'hui en principe droit – pour autant qu'aucun d'entre eux ne perçoive

déjà une rente d'invalidité ou de vieillesse de la prévoyance professionnelle – à la moitié de la prestation de sortie au sens de la loi sur le libre passage (LFLP) de l'autre conjoint, calculée pour la durée du mariage. Par contre, si l'un des conjoints touche déjà une prestation de la prévoyance professionnelle, le partage de la prévoyance se fait au moyen d'une indemnité équitable.

Après de longs travaux préparatoires, le Conseil fédéral a adopté en mai 2013 un message relatif à la révision du partage de la prévoyance (FF 2013 4341). Le Parlement n'a procédé qu'à quelques adaptations pour adopter la loi révisée le

¹ Les prétentions découlant du 3^e pilier n'entraînent pas de partage de la prévoyance, mais les avoirs du pilier 3a sont pris en compte dans le cadre de la liquidation du régime matrimonial.

19 juin 2015 (FF 2015 4437). Le 10 juin 2016, le Conseil fédéral a fixé au 1^{er} janvier 2017 l'entrée en vigueur des dispositions de lois et d'ordonnances révisées². La révision ne change pas fondamentalement le partage de la prévoyance. Le principe fondant la réglementation actuelle n'est pas contesté et reste le même : en cas de divorce, les prétentions découlant de la prévoyance professionnelle acquises durant le mariage sont partagées entre les conjoints. La révision apporte des améliorations ponctuelles dans des domaines qui suscitaient des critiques :

- Le partage de la prévoyance englobera les fonds de la prévoyance professionnelle même lorsque l'un des conjoints touche déjà des prestations du 2^e pilier (c'est l'élément central de la révision).
- Le moment déterminant pour le calcul du partage sera la date de l'introduction de la procédure de divorce et non plus celle de l'entrée en force du jugement de divorce.
- L'obligation, pour les institutions de prévoyance et de libre passage, de communiquer certaines informations à la Centrale du 2^e pilier sera étendue.
- La répartition entre part obligatoire et part surobligatoire des avoirs de prévoyance attribués lors du partage de la prévoyance sera réglée dans la loi.
- Les conjoints bénéficieront de plus de souplesse pour la recherche de solutions communes.

DÉTERMINATION DU TYPE DE PARTAGE POUR CHAQUE CONJOINT

A compter du 1^{er} janvier 2017, la première étape consistera à déterminer le type de partage de la prévoyance. Le type de partage n'est pas nécessairement le même pour les deux conjoints, puisqu'il dépend de la situation de chacun au moment de l'introduction de la procédure de divorce. Selon le cas, c'est une prestation de sortie, une prestation de sortie hypothétique ou une rente qui sera partagée :

- Si aucun cas de prévoyance n'est encore survenu et qu'aucune rente de la prévoyance professionnelle n'est donc versée, la prestation de sortie acquise durant le mariage, calculée conformément à la loi sur le libre passage, sera

partagée par moitié (art. 123 CC), comme c'est déjà le cas à l'heure actuelle.

- Si un conjoint perçoit une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle et qu'il n'a pas encore atteint l'âge réglementaire de la retraite³, c'est sa prestation de sortie hypothétique, à savoir le montant auquel il aurait droit en vertu de l'art. 2, al. 1^{er}, LFLP en cas de réinsertion réussie dans la vie professionnelle, qui sera partagée (art. 124 CC).
- Si un conjoint perçoit une rente d'invalidité alors qu'il a déjà atteint l'âge réglementaire de la retraite ou perçoit une rente de vieillesse, c'est la rente perçue qui sera partagée (art. 124a CC).

PARTAGE DE LA PRÉVOYANCE AVANT LA SURVENANCE D'UN CAS DE PRÉVOYANCE

Si aucun cas de prévoyance n'est encore survenu, la révision n'apporte pas de changement fondamental : c'est toujours la prestation de sortie qui sera partagée par moitié. L'unique nouveauté réside dans le fait que seule la prestation de sortie acquise entre le mariage et l'introduction de la procédure de divorce sera partagée. La prestation de sortie acquise entre l'introduction de la procédure de divorce et l'entrée en force de celui-ci ne le sera plus. L'art. 22a LFLP réglera le calcul de la prestation de sortie à partager : pour chaque conjoint, celle-ci correspondra à la différence entre la prestation de sortie disponible au jour de l'introduction de la procédure de divorce (créditée des intérêts dus conformément au taux d'intérêt minimal LPP et compte tenu des avoirs investis dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement) et la prestation de sortie existant au moment de la conclusion du mariage. Des règles particulières sont prévues si des paiements en espèces ont été effectués durant le mariage ou si le mariage a été conclu avant le 1^{er} janvier 1995.

Si l'autre conjoint a aussi droit à une prestation de sortie, celle-ci sera également partagée. Les prétentions réciproques des conjoints seront compensées entre elles, après quoi la prestation de sortie attribuée sera transférée à l'institution de prévoyance du conjoint créancier, ou à une institution de libre passage si le conjoint créancier n'est pas assuré à

² Pour la genèse du projet, voir le communiqué de presse du 10.6.2016 (Conseil fédéral, DFI, OFAS, DFJP, OFJ) : <http://goo.gl/5ZmMEb> ; Grob 2013 ; Nussberger 2010.

³ Les rentes d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire sont des prestations viagères. Elles sont transformées en rente de vieillesse à l'âge de la retraite uniquement si le règlement de l'institution de prévoyance le prévoit.

la prévoyance professionnelle ou s'il ne peut plus effectuer de rachat auprès de son institution de prévoyance. Le conjoint créancier pourra demander que le versement lui soit directement adressé uniquement s'il remplit une des conditions fixées à l'art. 5 LFLP, s'il a déjà atteint l'âge de la retraite ou s'il perçoit une rente d'invalidité entière de l'assurance-invalidité. Le montant attribué sera prélevé auprès de l'institution du conjoint débiteur dans la même proportion que celle qui existe entre l'avoir de vieillesse obligatoire et le reste de l'avoir de prévoyance, et il sera crédité à l'avoir obligatoire et au reste de l'avoir de prévoyance du conjoint créancier, toujours dans la même proportion.

Le conjoint débiteur aura la possibilité d'effectuer, après le divorce, des rachats à hauteur du montant prélevé lors du transfert de la prestation de sortie (art. 22d LFLP).

PARTAGE DE LA PRÉVOYANCE AVANT L'ÂGE DE LA RETRAITE EN CAS DE PERCEPTION D'UNE RENTE D'INVALIDITÉ

A l'heure actuelle, lorsqu'un cas de prévoyance est survenu avant le divorce, le partage de la prévoyance passe par l'octroi d'une indemnité équitable, même si seul un des conjoints touche déjà une rente. A l'avenir, si l'un des conjoints perçoit une rente d'invalidité et qu'il n'a pas encore atteint l'âge réglementaire de la retraite, le partage porte sur sa prestation de sortie hypothétique (art. 124 CC), selon les mêmes règles que celles qui s'appliquent au partage d'une prestation de sortie effective. Notons toutefois les particularités suivantes :

- Si la rente d'invalidité du conjoint débiteur a été réduite pour cause de surindemnisation en raison d'un concours de prestations avec l'assurance-accidents ou l'assurance militaire, la prestation de sortie hypothétique ne peut pas être partagée et une indemnité équitable sera octroyée.
- En cas d'invalidité partielle, la prestation de sortie à partager est la somme de la prestation de sortie hypothétique et de la prestation de sortie effective. Si la prestation de sortie effective suffit à couvrir le montant dû, c'est elle qui sera utilisée en priorité pour le partage de la prévoyance.

Après le transfert d'une prestation de sortie hypothétique, l'institution de prévoyance du conjoint débiteur peut réduire sa rente d'invalidité aux conditions détaillées dans l'ordon-

nance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (OPP 2).

PARTAGE DE LA PRÉVOYANCE EN CAS DE PERCEPTION D'UNE RENTE VIEILLESSE OU D'UNE RENTE D'INVALIDITÉ APRÈS L'ÂGE DE LA RETRAITE

En vertu du nouveau droit, si un conjoint a déjà atteint l'âge de la retraite au moment de l'introduction de la procédure de divorce et qu'il touche une rente de vieillesse ou d'invalidité de la prévoyance professionnelle, cette rente sera partagée. D'après les estimations, cette situation se présente dans environ 1000 divorces par an à l'heure actuelle⁴. C'est le juge du divorce qui décidera les proportions dans lesquelles les rentes seront partagées. Selon le message du Conseil fédéral, le principe du partage par moitié des avoirs de prévoyance acquis pendant le mariage doit s'appliquer ici aussi. Cela dit, le juge appréciera les modalités du partage en tenant compte en particulier de la durée du mariage et des besoins de prévoyance de chacun des époux (art. 124a, al. 1, CC). Lorsque le mariage a duré de longues années, pendant lesquelles la plus grande partie de la prévoyance a été constituée, un partage de la rente entière par moitié devrait en règle générale être équitable. Le message contient en annexe un tableau indicatif permettant d'estimer approximativement la part de rente acquise durant le mariage.

Si l'autre conjoint a également atteint l'âge de la retraite, sa rente, s'il en touche une, sera aussi partagée⁵. Comme pour les prestations de sortie, les prétentions réciproques à des parts de rente seront compensées entre elles.

Par contre, si l'autre conjoint n'a pas encore atteint l'âge de la retraite, l'un peut prétendre à une prestation de sortie et l'autre à une part de rente. Les prestations de sortie ne pourront être compensées par des parts de rente que si les époux et leurs institutions de prévoyance respectives y consentent. Dans cette situation somme toute assez rare⁶, la loi permet toutefois de s'écarter des règles de principe et de procéder au

⁴ Sur environ 17 000 divorces par an.

⁵ Dans les couples à un revenu, un seul conjoint a droit à une rente de vieillesse.

⁶ Selon les estimations, sur les quelque 1000 divorces par an prononcés alors qu'un conjoint touche déjà une rente de vieillesse, l'autre conjoint n'a pas encore atteint l'âge de la retraite dans la moitié des cas.

Conversion de la part de rente attribuée en rente viagère**G1**

Date d'entrée en force du jugement de divorce	
Daten d'entrée en force du jugement de divorce	29.03.17
Montant de la part de rente attribuée	
Montant de la part de rente attribuée, en francs	Fr. 850.–
Conjoint débiteur	
Date de naissance	06.06.49
Sexe (f/m)	m
Rente réglementaire de conjoint, en pour-cent de la rente en cours	60 %
Conjoint créancier	
Date de naissance	07.07.57
Sexe (f/m)	f
Rente viagère	
Montant après conversion en rente viagère, en francs	Fr. 740.–
<small>Calculé au moyen des bases techniques LPP 2015, taux technique de 2,75% pour l'année civile 2017. Source : OFAS, 2016.</small>	

partage d'une autre manière (voir section suivante et cas de figure présenté dans l'encadré).

La part de rente attribuée au conjoint créancier sera convertie en rente viagère par l'institution de prévoyance du conjoint débiteur selon des principes actuariels, conformément à la formule définie dans l'ordonnance sur le libre passage (OLP). Dès l'entrée en vigueur de la révision, ce calcul pourra être effectué à l'aide de l'outil électronique de conversion fourni sur le site Internet de l'OFAS (voir graphique G1, qui illustre le cas de figure présenté dans l'encadré)⁷. L'ins-

titution de prévoyance du conjoint débiteur versera la part de rente convertie à l'institution de prévoyance du conjoint créancier ou à une institution de libre passage s'il n'a pas d'institution de prévoyance ou qu'il ne peut plus y effectuer de rachat. Elle effectuera annuellement un transfert correspondant à la rente due pour une année civile jusqu'à ce que le conjoint créancier atteigne l'âge de la retraite, présente une invalidité complète ou remplisse une des conditions de paiement en espèces fixées à l'art. 5 LFLP. La part de rente sera ensuite versée par mensualités directement au conjoint créancier.

⁷ L'outil de conversion sera disponible à partir du 1^{er} janvier 2017 sur www.ofas.admin.ch.

Cas de figure : attribution d'une part de rente et conversion en rente viagère

L'époux a 68 ans et perçoit une rente de vieillesse de la prévoyance professionnelle de 3000 francs. L'épouse a 60 ans et travaille à 40 %. Sa prestation de sortie au moment de l'introduction de la procédure de divorce se monte à 250 000 francs. Elle n'a aucune lacune de prévoyance à combler. Selon son certificat de prévoyance, elle aura droit à l'âge ordinaire de la retraite (64 ans) à une rente mensuelle de 1300 francs seulement. Comme ils se sont mariés très jeunes, leurs prétentions de prévoyance ont été intégralement acquises durant le mariage.

Partage de la prévoyance selon les règles de principe :

La moitié de la prestation de sortie de l'épouse, soit 125 000 francs, est versée à l'époux, et la part de rente attribuée à l'épouse s'élève à 1500 francs.

Problème :

En suivant à la lettre les règles de principe, on ne tient pas suffisamment compte des besoins de prévoyance respectifs. Après le partage de sa rente, l'époux n'a plus la possibilité d'en augmenter le montant, car il ne peut pas faire transférer la prestation de sortie de son épouse dans son institution de prévoyance.

Possibilité de partage tenant compte des besoins de prévoyance :

Pour couvrir au mieux ses besoins de prévoyance, l'époux doit pouvoir conserver la plus grande part possible de sa rente. Pour couvrir les besoins de prévoyance de l'épouse quand elle sera à la retraite, il faut que sa propre rente ajoutée à la part de rente de son conjoint résultant du partage de la prévoyance donne une rente totale plus ou moins équivalente à celle de ce dernier. Elle n'a en revanche pas besoin de toucher la moitié de la rente de son conjoint.

Sans divorce, les deux conjoints auraient eu droit, le moment venu, à une rente mensuelle totale de 4300 francs. Pour qu'ils aient des rentes plus ou moins équivalentes, le juge peut décider d'octroyer à l'épouse une part de rente de son époux s'élevant à 850 francs, en vertu de l'art. 124a, al. 1, CC et de ne pas partager la prestation de sortie de l'épouse, en vertu de l'art. 124b, al. 2 (exception compte tenu des besoins de prévoyance). Cette solution tient compte des besoins de prévoyance de l'époux, puisqu'il dispose ainsi de la rente de vieillesse la plus élevée possible. Son épouse ne peut en l'occurrence faire état de prétentions de prévoyance s'y opposant.

Conversion de la part de rente attribuée et versement :

La part de rente attribuée (850 francs) est convertie en rente viagère pour l'épouse au moyen de l'outil électronique prévu à cet effet. La conversion tient compte du fait que l'épouse, âgée de 60 ans, vivra probablement plus longtemps que l'époux, qui a déjà 68 ans, et que l'institution de prévoyance devra donc lui verser la part de rente attribuée pendant plus longtemps. Dans le cas présent, la rente calculée par le programme est de 740 francs⁸ (voir graphique G1). Etant donné que l'épouse a déjà atteint l'âge minimal pour la retraite anticipée (58 ans), elle peut exiger que cette rente lui soit directement versée.

EXCEPTIONS Une application stricte des règles susmentionnées déboucherait parfois sur des solutions inéquitables ou difficilement applicables. Dans certains cas, la loi prévoit donc des dérogations ou permet de s'écarter des principes fixés :

- Il sera encore possible de conclure une convention de divorce dérogeant aux dispositions légales. Les conditions seront même moins strictes que dans le droit en vigueur. Ces conventions seront admises dès lors que le tribunal aura vérifié qu'une prévoyance vieillesse et invalidité adéquate reste assurée pour les deux conjoints⁹.
- En vertu de l'art. 124b, al. 2, CC, le juge peut aussi, dans des cas exceptionnels, attribuer moins ou plus de la moitié de la prestation de sortie au conjoint créancier. Comme dans le droit en vigueur, le juge pourra attribuer moins de la moitié de la prestation de sortie au conjoint créancier ou

refuser le partage pour de justes motifs. Ce qui est nouveau, c'est que le juge pourra aussi ordonner l'attribution de plus de la moitié de la prestation de sortie au conjoint créancier dans des cas précis. Quant aux justes motifs, ils sont précisés de manière non exhaustive à l'art. 124b, al. 2, ch. 1 et 2, CC. Comme dans la législation et la jurisprudence actuelles, il y aura juste motif lorsque le partage par moitié s'avère inéquitable en raison de la liquidation du régime matrimonial¹⁰ ou de la situation économique des époux après le divorce¹¹. Il y aura aussi juste motif lorsque le partage par moitié s'avère inéquitable en raison des besoins de prévoyance de chacun des époux. Cette exception mention-

⁸ Ce chiffre est provisoire, car les bases techniques pour 2017 n'étaient pas encore connues au moment de la publication.

⁹ Le droit en vigueur exige une prévoyance équivalente.

¹⁰ Exemple : dans un couple vivant sous le régime de la séparation des biens, le mari, indépendant, gagne très bien sa vie et se constitue un 3^e pilier (les prétentions découlant du 3 pilier ne se partagent pas), tandis que l'épouse est employée à temps partiel et dispose d'un revenu et d'un 2^e pilier modestes (FF 2013 4370).

¹¹ Exemple : la femme, professionnellement active, a financé la formation de son mari et celui-ci s'apprête à entamer une activité professionnelle qui lui permettra de constituer une meilleure prévoyance vieillesse que sa femme (arrêt du tribunal fédéral 5A_79/2009, consid. 2.1).

née dans la loi peut se produire lorsque les deux conjoints touchent à peu près le même salaire, mais que l'un d'entre eux a constitué un avoir de prévoyance bien plus important durant le mariage en raison d'une grande différence d'âge. Elle est également pertinente lorsque seul l'un des conjoints a déjà atteint l'âge de la retraite¹². Si l'on appliquait toujours strictement le principe du partage par moitié de la rente de vieillesse de l'un et de la prestation de sortie de l'autre, on ne tiendrait souvent pas suffisamment compte des besoins de prévoyance concrets de l'un et de l'autre (voir le cas de figure présenté dans l'encadré).

- Les art. 124d et 124e CC permettent de déroger aux principes exposés ci-dessus si l'exécution du partage au moyen de la prévoyance professionnelle ne peut être raisonnablement exigée ou qu'elle s'avère impossible. Des règles spécifiques s'appliquent également dans le cas plutôt rare où la rente du conjoint créancier est réduite à l'âge de la retraite pour cause de surindemnisation.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES Les personnes qui auront déjà divorcé à l'entrée en vigueur de la révision pourront profiter du nouveau droit à certaines conditions. Si le conjoint créancier s'est vu attribuer selon le droit actuel une indemnité équitable sous la forme d'une rente qui s'éteint au décès du conjoint débiteur, il pourra demander qu'une rente viagère lui soit attribuée en lieu et place. Cette rente lui sera alors versée par l'institution de prévoyance du conjoint débiteur même après le décès de ce dernier¹³. ■

BIBLIOGRAPHIE

Grob, Franziska (2013): « Message concernant le nouveau dispositif de partage de la prévoyance en cas de divorce », in *Sécurité sociale CHSS* n° 4, 2013, pp. 222-225: <http://goo.gl/MUe8Wv>.

Nussberger, Natascia (2010): « Révision du partage de la prévoyance professionnelle en cas de divorce », in *Sécurité sociale CHSS* n° 6, 2010, pp. 326-329: <http://goo.gl/pdBdEq>.

¹² Cela concerne 500 divorces par an, d'après les estimations.

¹³ Cf. art. 7e du titre final P-CC.



Franziska Grob

Docteur ès droit, juriste au secteur Droit de la prévoyance professionnelle, domaine AVS, prévoyance professionnelle et PC, Office fédéral des assurances sociales.
franziska.grob@bsv.admin.ch

PARLEMENT

Interventions parlementaires (état au 17 juillet 2016)

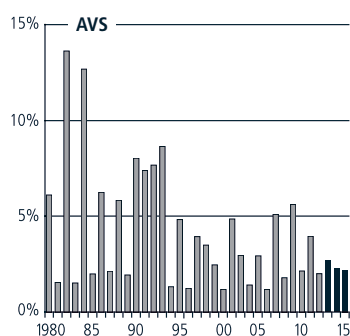
Numéro d'objet	Intervention		Proposition Conseil fédéral
Assurance-maladie			
16.3069	Motion Clottu Raymond (CN; UDC/NE)	Evaluation annuelle de l'économicité des produits médicaux facturés à la charge de l'assurance obligatoire des soins	Rejeter
16.3084	Motion Landolt Martin (CN; PBD/GL)	Assurance-maladie. Adapter le montant de la franchise ordinaire	Rejeter
16.3110	Motion Groupe Libéral-Radical CN (Orateur Sauter Regine)	Assurance-maladie. Adapter régulièrement le montant des franchises	Rejeter
16.3111	Motion Groupe Libéral-Radical CN (Orateur Sauter Regine)	Assurance-maladie. Renforcer la liberté de choix et la responsabilité individuelle en augmentant la franchise maximale	Rejeter
16.3112	Motion Groupe Libéral-Radical CN (Orateur Sauter Regine)	Assurance-maladie. Adapter enfin le montant de la franchise minimale	Rejeter
16.3166	Motion Heim Bea (CN; PS/SO)	Liste des moyens et des appareils. Faire baisser les prix	Rejeter
16.3169	Motion Heim Bea (CN; PS/SO)	Faire obligation aux caisses-maladie de rembourser les moyens et appareils médicaux achetés à l'étranger	Rejeter
16.3193	Motion Hess Lorenz (CN; PBD/BE)	Tarifs dans la LAMal. Promouvoir l'innovation et la transparence	Rejeter
16.3223	Postulat Gschwind Jean-Paul (CN; PDC/JU)	Stopper la hausse des coûts de la santé	Rejeter
16.3255	Motion Brand Heinz (CN; UDC/GR)	Assurance-maladie. Pour un échange efficient de données au lieu d'une bureaucratie onéreuse	Rejeter
16.3352	Postulat CSSS-CN	Financement à parts égales de l'augmentation des coûts des prestations de soins par tous les agents payeurs	Rejeter
Prévoyance			
16.3035	Motion Feller Olivier (CN; PLR/VD)	Représentation des rentiers dans les organes de leur caisse de pension	Rejeter
16.3049	Motion Feller Olivier (CN; PLR/VD)	Gestion de la fortune des fonds AVS/AI/APG. Pour une information complète et transparente du Parlement, des médias et de l'opinion publique	Rejeter
16.3065	Postulat Béglé Claude (CN; PDC/VD)	Pour une retraite flexible de 58 ans jusqu'au delà de 70 ans sans impacts négatifs	Rejeter
16.3103	Motion Groupe PDC CN (Orateur Humbel Ruth)	Supprimer également la pénalisation du mariage dans l'AVS	Rejeter
16.3225	Motion Hegglin Peter (CN; PDC/ZG)	Instaurer un âge AVS de référence et le lier à l'espérance de vie moyenne	Rejeter
International			
16.3331	Motion Nantermod Philippe (CN; PLR/VS)	Négocier avec la France un nouvel accord relatif à la coordination du régime des assurances sociales des travailleurs frontaliers	Rejeter
Politique familiale			
16.3210	Postulat Schmid-Federer Barbara (CN; PDC/ZH)	Davantage de transparence dans les caisses de compensation pour allocations familiales	Rejeter
Politique sociale			
16.3216	Postulat Piller Carrard Valérie (CN; PS/FR)	Actualisation du rapport sur la pauvreté	Rejeter

Législation : les projets du Conseil fédéral (état au 31 juillet 2016)

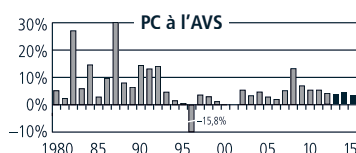
Message : N° d'objet (Curia Vista)	Date du message	Publ. dans la Feuille fédérale	1 ^{er} Conseil Commission	Plénium	2 ^e Conseil Commission	Plénium	Vote final (publ. dans la FF)	Entrée en vigueur/référendum
Loi fédérale sur la réforme de la prévoyance vieillesse 2020 : 14.088	19.11.14	FF 2015, 1	CSSS-CE 15/16.1, 10.2, 26/27.3, 23/24.4, 12/13/14.8.15 CdF-CE : 29.1.15	CE 14/15/16.9.15	CdF-CN 15.10.15 CSSS-CN 20/21/22.1, 6/7/8.4, 12/13/22/23/24.5.16			
Loi sur les fonds de compensation : 15.087	18.12.15	FF 2016, 271	CSSS-CE 4/5.7.16					
Modification de la loi fédérale sur les prestations complémentaires (Montants maximaux pris en compte au titre du loyer) : 14.098	17.12.14	FF 2015, 805	CdF-CN 30/31.3.15 CSSS-CN 25/26.6.15, 24/25/26.2.16	CN 22.9.15				
Loi sur le libre passage. Droits en cas de choix de la stratégie de placement par l'assuré : 15.018	11.2.15	FF 2015, 1669	CSSS-CN 28/29.5.15	CN 22.9.15	CSSS-CE 2/3.11.15	CE 30.11.15	18.12.15	
LAMal. Dispositions à caractère international : 15.078	18.11.15	FF 2016, 1	CSSS-CE 11/12.1.16	CE 16.3.16				
LAMal. Renforcement de la qualité et de l'économicité : 15.083	4.12.15	FF 2016, 217	CSSS-CE 2.2, 21/22.3.16	CE 16.6.16				
Loi fédérale sur l'assurance-accident. Modification : 08.047	30.5.08	FF 2008, 4877 FF 2014, 7691 (Message additionnel)	CSSS-CN 20.6, 9.9, 16.10, 6/7.11.08; 15/16.1, 12/13.2, 26/27.3, 27.8, 9.10, 29.10.09; 28.1, 24.6.10; 13/14.11.14; 15/16/17.4.15	CN Projet 1 : 11.6.09 (renvoi à la CSSS-CN); 22.9.10 (renvoi au Conseil fédéral); 4.6.15 (classement) Projet 2 : 11.6.09 (suspension); 4.6, 10.9.15 Projet 3 : 4.6, 10.9.15	CSSS-CE 31.1.11 ; 12/13/14.8.15	CE Projet : 1.3.11 (renvoi au Conseil fédéral); 8.9.15 (classement) Projet 2 : 1.3.11 (suspension); 8.9, 16.9.15 Projet 3 : 8.9.15	Projet 2 : 25.9.15 Projet 3 : 25.9.15	
CC. Partage de la prévoyance professionnelle en cas de divorce : 13.049	29.5.13	FF 2013, 4341	CAJ-CE 1/2.7, 27.8, 14.11.13; 15.1, 15.5.14	CE 12.6.14; 19.6.15	CAJ-CN 13/14.11.14 ; 22/23.1, 16/17.4.15	CN 1.6, 19.6.15	19.6.15	
Aides financières à l'accueil extra-familial pour enfants. Modification : 16.055	29.6.16	FF 2016						
Mesures en matière de lutte contre le travail au noir. Loi : 15.088	18.12.15	FF 2016, 141	CER-CN 20/21.6.16					
Sécurité sociale. Convention avec la République populaire de Chine : 16.018	3.2.16	FF 2016, 1159	CSSS-CE 21/22.3.16	CE 16.6.16	CSSS-N 7/8.7.16			
AVSplus : pour une AVS forte. Initiative populaire : 14.087	19.11.14	FF 2014, 9083	CdF-CE 29.1.15 CSSS-CE 10.2, 26/27.3.15	CE 9.6.15	CdF-CN 3/4.9.15 CSSS-CN 12/13.11.15	CN 16.12.15	18.12.15	25.9.16

CAJ = Commission des affaires juridiques / CdF = Commission des finances / CE = Conseil des Etats / CER = Commission de l'économie et des redevances / CN = Conseil national / CSSS = Commission de la sécurité sociale et de la santé publique

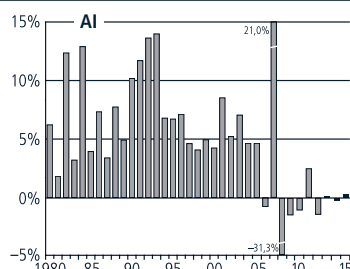
Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



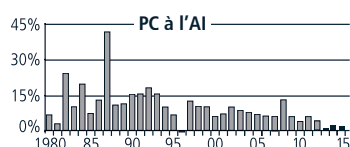
AVS	1990	2000	2010	2014	2015	Veränderung in % TM'
Recettes (y compris les variations de valeur du capital) (mio fr.)	20355	28792	38495	42574	41177	-3,3%
dont contrib. ass./empl.	16029	20482	27461	29942	30415	1,6%
dont contrib. pouv. publics	3666	7417	9776	10598	10737	1,3%
Dépenses	18328	27722	36604	40866	41735	2,1%
dont prestations sociales	18269	27627	36442	40669	41533	2,1%
Résultat d'exploitation total	2027	1070	1891	1707	-558	-132,7%
Capital²	18157	22720	44158	44788	44229	-1,2%
Bénéficiaires de rentes AV (Personnes)	1 225 388	1 515 954	1 981 207	2 196 459	...	2,5%
Bénéf. rentes veuves/veufs	74 651	79 715	120 623	137 987	...	3,5%
Nombre de cotisants AVS	4 289 723	4 552 929	5 251 238	5 546 188	...	1,1%



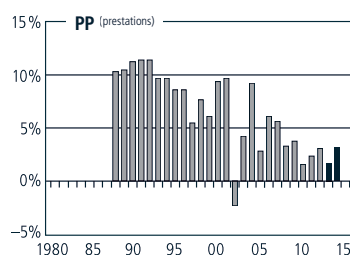
PC à l'AVS	1990	2000	2010	2014	2015	TM'
Dépenses (= recettes) (mio fr.)	1124	1441	2324	2712	2778	2,4%
dont contrib. Confédération	260	318	599	696	710	1,9%
dont contrib. cantons	864	1 123	1 725	2 016	2 069	2,6%
Bénéficiaires (personnes, av. 1997 cas)	120 684	140 842	171 552	196 478	201 182	2,4%



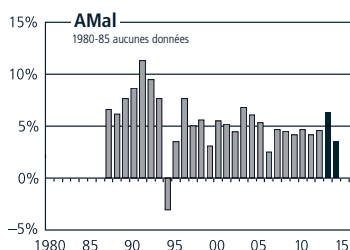
AI	1990	2000	2010	2014	2015	TM'
Recettes (y compris les variations de valeur du capital) (mio fr.)	4412	7897	8176	10177	9918	-2,5%
dont contrib. ass./empl.	2307	3437	4605	5018	5096	1,6%
Dépenses	4133	8718	9220	9254	9304	0,5%
dont rentes	2376	5126	6080	5773	5612	-2,8%
Résultat d'exploitation total	278	-820	-1045	922	614	-33,5%
Dettes de l'AI envers l'AVS	6	-2306	-14944	-12843	-7229	7,8%
Fonds AI²	5000	5000	0,0%
Bénéficiaires de rentes AI (Personnes)	164 329	235 529	279 527	259 930	...	-2,0%



PC à l'AI	1990	2000	2010	2014	2015	TM'
Dépenses (= recettes) (mio fr.)	309	847	1751	1967	2004	1,9%
dont contrib. Confédération	69	182	638	702	713	1,6%
dont contrib. cantons	241	665	1 113	1 264	1 290	2,0%
Bénéficiaires (personnes, av. 1997 cas)	30 695	61 817	105 596	112 864	113 858	0,9%

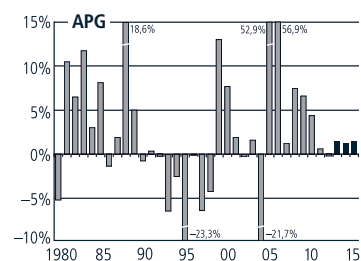
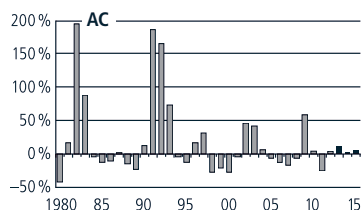
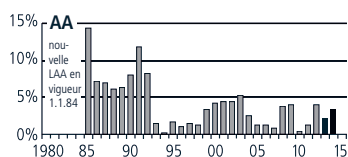


PP/2° Pilier (Source : OFS/OFAS)	1990	2000	2010	2014	2015	TM'
Recettes (mio fr.)	32882	46051	62107	69635	...	2,9%
dont contrib. sal.	7704	10294	15782	17753	...	2,4%
dont contrib. empl.	13156	15548	25432	28354	...	10,9%
dont produit du capital	10977	16552	15603	15292	...	7,5%
Dépenses	16447	32467	45555	51202	...	1,4%
dont prestations sociales	8737	20236	30912	34273	...	3,1%
Capital	207200	475000	617500	770300	...	8,1%
Bénéficiaires de rentes (Bénéf.)	508 000	748 124	980 163	1 074 741	...	2,0%



AMal Assurance obligatoire des soins	1990	2000	2010	2014	2015	TM'
Recettes (mio fr.)	8623	13907	22472	25944	...	3,3%
dont primes (à encaisser)	6954	13442	22051	25845	...	3,4%
Dépenses	8370	14204	22200	26155	...	3,0%
dont prestations	7402	13190	20884	24650	...	2,6%
dont participation d. assurés aux frais	-801	-2288	-3409	-3989	...	-2,4%
Résultats des comptes	254	-297	273	-212	...	21,5%
Capital	6600	6935	8651	13199	...	9,1%
Réduction de primes	332	2545	3980	4007	...	-0,2%

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AA tous les assureurs	1990	2000	2010	2014	2015	TM'
Recettes (y compris les variations de valeur du capital) (mio fr.)	4181	5992	7863	7773	...	0,0%
dont contrib. des assurés	3341	4671	6303	6089	...	0,1%
Dépenses	3259	4546	5993	6662	...	3,5%
dont prestations directes avec rench.	2743	3886	5170	5698	...	3,6%
Résultats des comptes	923	1446	1870	1111	...	-16,7%
Capital	12553	27322	42817	50530	...	3,5%

AC (Source: seco)	1990	2000	2010	2014	2015	TM'
Recettes (mio fr.)	736	6230	5752	7260	7483	3,1%
dont contrib. sal./empl.	609	5967	5210	6633	6796	2,5%
dont subventions	-	225	536	618	634	2,5%
Dépenses	452	3295	7457	6523	6874	5,4%
Résultats des comptes	284	2935	-1705	737	610	-17,3%
Capital	2924	-3157	-6259	-2149	-1539	28,4%
Bénéficiaires ³ (Total)	58503	207074	322684	302862	...	2,3%

APG	1990	2000	2010	2014	2015	TM'
Recettes (y compris les variations de valeur du capital) (mio fr.)	1060	872	1006	1838	1811	-1,5%
dont cotisations	958	734	985	1790	1818	1,6%
Dépenses	885	680	1603	1668	1703	2,1%
Résultat d'exploitation total	175	192	-597	170	108	-36,5%
Capital	2657	3455	412	968	1076	11,1%

AF	1990	2000	2010	2014	2015	TM'
Recettes (mio fr.)	2689	3974	5074	5957	...	3,9%
dont agricole	112	139	149	121	...	-6,7%

Compte global des assurances sociales CGAS 2014

Branches des assurances sociales	Recettes mio fr.	TM 2013/2014	Dépenses mio fr.	TM 2013/2014	Résultats des comptes mio fr.	Capital mio fr.
AVS (CGAS)	41 331	1.5%	40 866	2.2%	465	44 788
PC à l'AVS (CGAS)	2 712	4.1%	2 712	4.1%	-	-
AI (CGAS)	10 007	1.4%	9 254	-0.6%	753	-7 843
PC à l'AI (CGAS)	1 967	2.3%	1 967	2.3%	-	-
PP (CGAS) (estimation)	69 635	2.9%	51 202	1.4%	18 432	770 300
AMal (CGAS)	25 944	3.3%	26 155	3.0%	-212	13 199
AA (CGAS)	7 773	0.0%	6 662	3.5%	1 111	50 530
APG (CGAS)	1 804	1.6%	1 668	1.8%	136	968
AC (CGAS)	7 260	2.6%	6 523	0.5%	737	-2 149
AF (CGAS)	5 957	3.9%	5 761	2.4%	196	1 510
Total consolidé (CGAS)	173 683	2.4%	152 065	1.9%	21 619	871 302

Indicateurs d'ordre économique

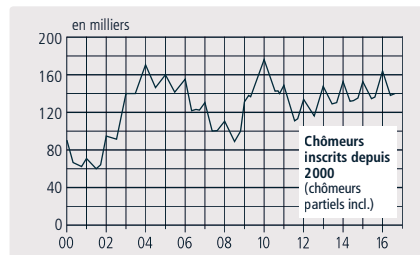
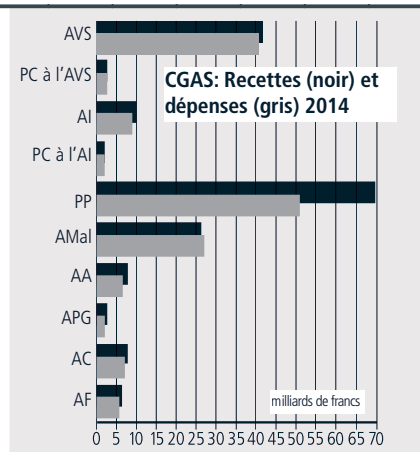
	2000	2005	2010	2012	2013	2014
Taux de la charge sociale ⁴ (indicateur selon CGAS)	25,1%	25,5%	25,2%	26,1%	26,6%	26,9%
Taux des prestations sociales ⁵ (indicateur selon CGAS)	18,0%	20,3%	19,6%	19,8%	20,1%	20,4%

Chômeurs(ses)

	ø 2013	ø 2014	ø 2015	mai 16	juin 16	juil. 16
Chômeurs enregistrés	136 524	136 764	142 810	144 778	139 127	139 310
Taux de chômage ⁶	3,2%	3,0%	3,2%	3,2%	3,1%	3,1%

Démographie Scénario A-00-2015

	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Rapport dépendance <20 ans ⁷	32,9%	32,6%	32,6%	34,7%	34,7%	34,2%
Rapp. dép. des pers. âgées ⁷	29,9%	30,2%	32,6%	41,3%	47,6%	52,2%



¹ Taux de modification annuel le plus récent = TM.

² 1.1.2011 : transfert de 5 milliards de francs de l'AVS à l'AI.

³ Le nombre de chômeurs se trouve à la fin du tableau.

⁴ Rapport en pour-cent des recettes des assurances sociales au produit intérieur brut.

⁵ Rapport en pour-cent des prestations des assurances sociales au produit intérieur brut.

⁶ Chômeurs enregistrés par rapport à la population résidente active.

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 64).

Source : Statistique des assurances sociales suisses 2016 de l'OFAS ; SECO, OFS. Informations : salome.schuepbach@bsv.admin.ch

EN RÉPONSE

Egalité entre femmes et hommes : où en sommes-nous ?

L'égalité juridique entre femmes et hommes est réputée réalisée en Suisse depuis le début du 21^e siècle. Mais des conditions essentielles à une égalité au quotidien, comme la possibilité de concilier travail familial et travail professionnel, sont encore loin d'être acquises.



Dr phil. Elisabeth Joris,
historienne indépendante,
Zurich

Pourquoi la politique n'a-t-elle pas encore fait tout son travail ?

La loi de 1996 est le fruit de la mobilisation féminine après la grève des femmes et la non-élection de Christiane Brunner au Conseil fédéral. Comme aujourd'hui, la tendance politique générale était à la déréglementation. Mais des règles sont indispensables pour mettre fin à la persistance de l'inégalité salariale et de la sous-représentation des femmes dans les étages supérieurs du secteur privé. Seule une large résistance des femmes permettra de briser l'opposition aux propositions de Mme Sommaruga (analyse des salaires).

Comment rappeler les politiques et les hommes à leurs responsabi- lités ?

Le congé de paternité est une bonne approche. Mais pour le quotidien, outre une plus grande flexibilité des offres d'accueil, il faut un droit à un horaire de travail spécialement adapté à la prise en charge effective de tâches familiales. Celle-ci doit absolument être retenue comme un critère positif dans les évaluations de carrière. L'appel à une obligation de servir pour les femmes est inacceptable face à l'immobilisme de la politique en matière d'égalité. En développant leur activité professionnelle, les femmes ont fourni une énorme prestation d'utilité économique générale qui ne s'est pas répercutée dans une égalité salariale effective. Sous l'angle de la politique d'égalité, les différences salariales inexplicables entre hommes et femmes s'opposent encore à une obligation de servir pour les femmes.

EN CLAIR

Split|ting

[splɪtɪŋ]

Introduit en 1997 par la 10^e révision de l'AVS. Pour le calcul de la rente, les revenus réalisés pendant les années de mariage sont additionnés et attribués pour moitié à chacun des conjoints. Les bonifications pour tâches éducatives et d'assistance sont réparties au même moment. Seuls les revenus réalisés durant les périodes où les deux conjoints étaient assurés à l'AVS sont soumis à l'attribution réciproque. La répartition est effectuée lorsque les deux conjoints ont droit à la rente, lorsque le mariage est dissous par divorce ou lorsqu'un ou une bénéficiaire de rente perd son conjoint. Le splitting fondait le droit des femmes à leur propre rente, améliorant surtout la situation économique des femmes divorcées.

Source: www.ofas.admin.ch

EN CHIFFRES

20 000

C'est, en francs par année, le montant moyen qu'une femme de la génération 2002-2012 au bénéfice d'une rente touche de moins qu'un homme. L'écart constaté en Suisse entre les rentes de vieillesse des hommes et des femmes, appelé gender pension gap. Si l'écart est inférieur à 3 % dans l'AVS, il dépasse 60 % dans la prévoyance professionnelle, ce qui reflète une répartition traditionnelle des tâches dans les familles de cette génération. Jusqu'en 1995, les femmes pouvaient retirer leur capital de prévoyance au moment du mariage, ce qui a réduit encore leur droit à la rente, modeste puisque basée sur le revenu. La réforme Prévoyance vieillesse 2020 vise, entre autres, à améliorer la prévoyance des personnes travaillant à temps partiel et des travailleurs à bas salaires.

Source: www.ofas.admin.ch

EN PERSPECTIVE

La loi sur l'égalité a 20 ans

La loi fédérale sur l'égalité entre femmes et hommes (LEg) est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1996.



Affiche pour le vote sur l'article constitutionnel du 14 juin 1981.

Début juillet 1996, soit quinze ans après l'inscription du principe « salaire égal pour un travail de valeur égale » dans la Constitution fédérale (art. 8, al. 3, nCst.), la LEg ancrant dans la législation l'égalité entre les sexes dans la vie professionnelle. La dernière Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) analysée sous cet angle, celle de 2012, indique

que l'interdiction de discrimination salariale sur la base du sexe, de l'état civil et de la situation familiale inscrite dans la LEg n'est toujours pas respectée partout. Si la proportion de différences salariales inexpliquées dans le secteur privé a diminué de 1998 à 2008, passant de 41,1 à 38,9 %, l'ESS 2012 enregistrait encore une différence de salaire mensuel entre hommes et femmes de 1659 francs (20,3 %) en moyenne, dont 678 francs (8,3 %) ne pouvaient être expliqués ; dans le secteur public, la différence était de 1478 francs (16,5 %), dont 573 francs (6,4 %) non expliqués. En mars 2016 s'est achevée la consultation relative à une révision partielle de la LEg dans laquelle le Conseil fédéral propose l'obligation pour les employeurs occupant plus de 50 salariés d'effectuer tous les quatre ans une analyse interne des salaires. Sources: www.bfeg.admin.ch; www.goo.gl/7MYc10 (OFS); www.goo.gl/gqmAOX (Consultations)

EN BREF

Une institution nationale des droits de l'homme en Suisse

Suivant l'évaluation du projet pilote du Centre suisse de compétence pour les droits de l'homme (CSDH), qui est un réseau constitué par plusieurs universités et d'autres entités, le Conseil fédéral a décidé de mettre en place une institution nationale des droits de l'homme. Elle aura pour mission de renforcer encore les droits de l'homme en Suisse, d'appuyer les autorités, les organisations de la société civile et les entreprises dans le domaine des droits de l'homme et de promouvoir les échanges entre les acteurs pertinents. Le DFJP et le DFAE ont été chargés de soumettre au Conseil fédéral, d'ici à la fin juin 2017, un projet destiné à la consultation. <https://goo.gl/jgTm7X> (Conseil fédéral), www.csdh.ch

Améliorer la conciliation entre travail et famille

Le Conseil fédéral veut réduire les frais que les parents qui travaillent doivent assumer pour la garde de leurs enfants par des tiers et contribuer à une meilleure adéquation de l'offre d'accueil extra-familial à leurs besoins. Dans ce but, il entend mettre en place des incitations financières pour un montant total de 100 millions de francs sur cinq ans. Il a transmis au Parlement le message correspondant concernant la modification de la loi fédérale sur les aides financières à l'accueil extra-familial pour enfants. www.goo.gl/EBWc0x (OFAS)

EN DIRECT

Congrès annuel 2016 ASPS

Le congrès sera l'occasion de dresser le bilan des réformes de l'AI de ces 15 dernières années et de discuter de questions d'intégration professionnelle et des conditions de vie des rentiers AI.

2 novembre 2016, Berne
www.goo.gl/xKRsbC

Conférence nationale contre la pauvreté

Le programme national contre la pauvreté met l'accent sur la prévention de la pauvreté par la formation et donne ainsi de nouvelles impulsions aux efforts visant à éliminer la pauvreté en Suisse.

22 novembre 2016, Bienne
<http://goo.gl/73V8V1>

Colloque lucernois

A partir d'exemples tirés de la pratique, le colloque lucernois sur la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées discutera de nouveaux moyens et d'approches novatrices et efficaces de mise en œuvre de la convention.

25 novembre 2016, Lucerne
www.goo.gl/ZIBvC0

NOUS FAISONS ATTENTION !!!

... AUX COÛTS DE LA SANTÉ !

SANS SUCRE
SANS LACTOSE
SANS GLUTEN
SANS GRAISSE
SANS ŒUFS
SANS COLORANTS
SANS ADDITIFS
SANS ALCOOL



IMPRESSUM

Date de publication

2 septembre 2016

Editeur

Office fédéral des assurances sociales

Rédaction

Suzanne Schär

Mél : suzanne.schaer@bsv.admin.ch

Téléphone 058 462 91 43

La rédaction ne partage pas forcément les opinions des auteurs extérieurs à l'OFAS.

Commission de rédaction

Jérémie Lecoultre, Marco Leuenberger,

Katharina Mauerhofer, Stefan Müller,

Robert Nyffeler, Michela Papa, Nicole Schwager

Abonnements et numéros uniques

Office fédéral des constructions et de la logistique
3003 Berne

Téléfax 031 325 50 58

www.publicationsfederales.admin.ch

Traduction

Service linguistique de l'OFAS

Copyright

Reproduction autorisée avec l'accord de la rédaction

Tirage

Version allemande : 2200

Version française : 1070

Prix

Abonnement annuel (4 numéros): Fr. 35.–

TVA incluse, prix du numéro Fr. 9.–

Diffusion

OFCL

Conception

MAGMA – die Markengestalter, Berne

Impression

Cavelti AG, Gossau

Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG

318.998.3/16f

