

SÉCURITÉ SOCIALE

CHSS n° 3 / 2018

DOSSIER

Assurance obligatoire des soins: désignation des prestations

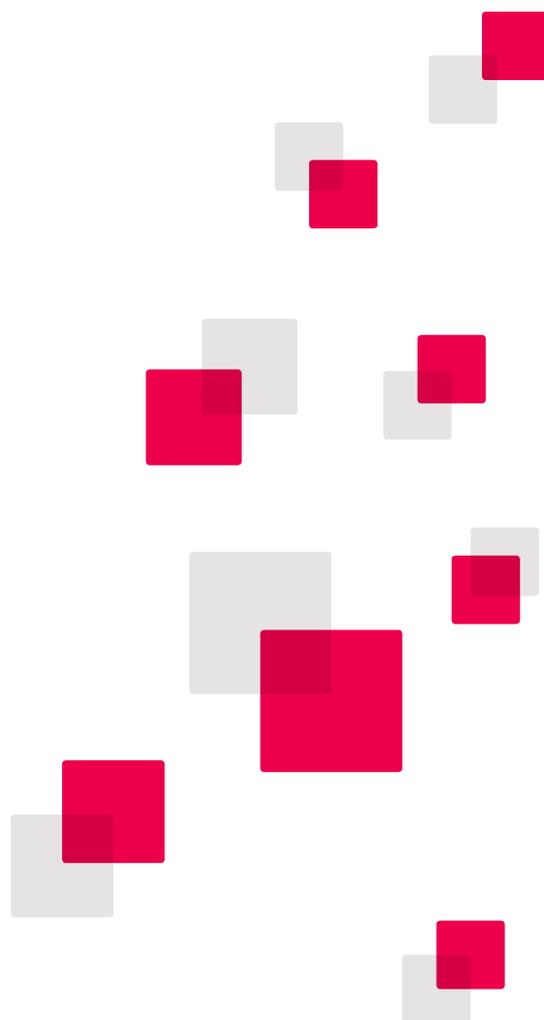
L'Office fédéral de la santé publique a remanié les critères sur la base desquels il détermine les prestations médicales qui sont prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire. 7

Politique sociale

L'influence de la grève générale sur la politique sociale 27

Assurance-invalidité

Les mesures de réadaptation de l'AI vues par les bénéficiaires 59



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Contrôler l'évolution des coûts est l'affaire de tous



Sandra Schneider

**Responsable de la division Prestations,
Office fédéral de la santé publique**

Le volume des prestations de l'assurance obligatoire des soins revient régulièrement, au centre des discussions sur la politique de la santé. Les assurés ont droit dans tous les cas à la prise en charge des coûts des prestations nécessaires et appropriées, et à des prestations de qualité. Mais, d'un autre côté, le volume des prestations constitue un facteur de coûts. Tout le monde s'accorde pour dire que l'évolution des coûts dépend dans une mesure déterminante de la quantité des prestations fournies. Or, précisément parce que l'assurance-maladie est financée suivant le principe de la solidarité, il est indispensable de vérifier régulièrement quelles prestations celle-ci rembourse, et à quel coût. Voilà aussi pourquoi, en vue d'augmenter la qualité et de réduire les coûts, le Conseil fédéral accorde dans sa stratégie Santé2020 la priorité à la diminution du nombre des prestations, des médicaments et des procédures qui manquent d'efficacité et d'efficacité.

Le système suisse permet d'intégrer rapidement les innovations et de fournir rapidement aux assurés des soins du haut niveau de qualité souhaité. Cela était et cela reste l'un

des objectifs de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, depuis son entrée en vigueur. Mais un tel objectif a aussi son prix. Les nouvelles prestations très coûteuses, en particulier, notamment celles servant au traitement des maladies cancéreuses, soulèvent des questions de plus en plus difficiles quant à leur appréciation et à leur impact financier. La Suisse n'est pas le seul pays à devoir y faire face. D'autres aussi sont confrontés au problème de la finançabilité de leur système d'assurances sociales, recherchent des solutions et échangent leurs expériences.

L'un des plus grands défis à relever sera par conséquent de continuer à fournir à l'ensemble de la population des prestations du haut niveau de qualité souhaité, tout en maintenant les prix sous contrôle. Des efforts doivent être consentis non seulement par la Confédération, mais aussi par tous les autres acteurs : fournisseurs de prestations, assureurs, entreprises pharmaceutiques, sans oublier les cantons et les assurés eux-mêmes. Les diverses mesures de maîtrise des coûts prévues offriront à bon nombre d'entre eux l'occasion de contribuer, en particulier, à freiner l'augmentation des quantités. ■

- 03 **Éditorial**
- 74 **Statistiques des assurances sociales**
- 76 **Bon à savoir**

Dossier

Assurance obligatoire des soins : désignation des prestations

- 8 Désignation des prestations dans l'AOS : bases légales** Conseillés par 3 commissions extraparlémentaires, le Département de l'intérieur et l'Office fédéral de la santé publique définissent les prestations qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. **Karin Schatzmann, Office fédéral de la santé publique**

- 11 Obligation de prise en charge des prestations** Les prestations de santé qui sont remboursées par l'assurance obligatoire des soins doivent être efficaces, appropriées et économiques. **Stefan Otto, Office fédéral de la santé publique**

- 14 Désignation des prestations médicales et non médicales** Le Département de l'intérieur désigne les prestations médicales, de chiropratique et non médicales qui sont prises en charge par l'AOS. **Felix Gurtner, Office fédéral de la santé publique**

- 16 Principes de la désignation des médicaments** L'Office fédéral de la santé publique désigne les médicaments qui sont inscrits dans la liste dite des spécialités et qui sont remboursés par l'assurance obligatoire des soins. Ces médicaments doivent être efficaces, appropriés et économiques. **Jörg Indermitte, Andrea Rizzi; Office fédéral de la santé publique**

- 19 Liste des analyses : aspects méthodiques, réévaluation périodique** Le Département de l'intérieur édicte une liste des analyses à charge de l'assurance obligatoire des

soins avec leur tarif. Cette liste est établie sur le principe de la requête. **Michèle A. Fleury-Siegenthaler, Adrian Mischler; Office fédéral de la santé publique**

- 21 Désignation des moyens et appareils dans l'AOS** Le Département de l'intérieur désigne les moyens et appareils qui sont remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Ceux-ci sont en règle générale inscrits sur demande dans la liste des moyens et appareils, qui est en cours de révision totale. **Daniel Pulfer, Office fédéral de la santé publique**

- 23 L'évaluation des technologies de la santé pour réévaluer des prestations médicales** L'Office fédéral de la santé publique a mis en place une section qui se sert de l'évaluation des technologies de la santé pour réévaluer les prestations médicales prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. **Klazien Matter-Walstra, Mark Finlayson; Office fédéral de la santé publique**

Politique sociale

- 27 L'influence de la grève générale sur la politique sociale au lendemain de la Première Guerre mondiale** Dans la mémoire historique, la grève générale de novembre 1918 reste associée à la confrontation entre la classe ouvrière et la bourgeoisie qui a empoisonné le climat politique pendant l'entre-deux-guerres. Ses effets sur la politique sociale sont pourtant méconnus. **Martin Lengwiler, Université de Bâle, Matthieu Leimgruber, Université de Zurich**

- 31 Compte global des assurances sociales 2016/2017** En 2016, les recettes des assurances sociales ont progressé de 1,3 % et les dépenses, de 1,1 %. Le résultat, de 17 milliards de francs, affiche ainsi une légère amélioration par rapport à l'exercice précédent. **Salome Schüpbach, Stefan Müller; Office fédéral des assurances sociales**

Famille, générations et société

- 36 Congé de maternité: interruptions de travail avant et après l'accouchement** Une étude portant sur le congé de maternité prénatal livre pour la première fois des indications sur les interruptions de travail des mères avant et après l'accouchement, mais aussi sur les lacunes de couverture, les baisses de revenu et les difficultés que rencontrent les femmes et les employeurs concernés. **Melania Rudin, Bureau BASS**
- 41 Congé de maternité: interruptions de travail avant l'accouchement** Sur la base d'une nouvelle étude, le Conseil fédéral estime que les interruptions de travail pendant la grossesse sont bien couvertes d'un point de vue financier et qu'il n'est donc pas nécessaire d'instaurer un congé prénatal rémunéré pour les jours qui précèdent l'accouchement. **Andrea Künzli, Office fédéral des assurances sociales**
- 45 Le congé parental, à quoi ça sert?** Une revue approfondie de la littérature a permis de mettre en évidence les effets que le congé parental (congé de maternité et congé de paternité inclus) a sur les mères, les pères et les enfants, sur la famille, sur les entreprises, sur la société et sur l'État. **Franziska Müller, Alma Ramsden; Interface Politikstudien Forschung und Beratung**
- 50 Analyse coûts-bénéfices de la politique familiale** Afin de promouvoir une politique d'entreprise qui favorise la conciliation travail-famille, il est important de montrer aux entreprises ses avantages économiques et sociétaux. Ce faisant, davantage d'employeurs feront le choix d'investir dans ce secteur. **Philippe Gnaegi, Pro Familia Suisse**
- 55 Accueil extra-familial pour enfants: nouvelles aides financières** Depuis le 1^{er} juillet 2018, la Confédération peut soutenir financièrement les cantons et les communes qui s'engagent à faire baisser les coûts facturés aux parents pour la garde de leurs enfants par des tiers. Elle peut également participer au financement des pro-

jets qui visent une meilleure adéquation de l'offre d'accueil aux besoins des parents. **Barbara von Kessel-Regazzoni, Office fédéral des assurances sociales**

Assurance-invalidité

- 59 Les mesures de réadaptation de l'AI vues par les bénéficiaires** Pour la première fois, des assurés atteints de troubles musculo-squelettiques ou de maladies psychiques ont fait l'objet d'une enquête approfondie. L'étude montre les liens étroits entre handicap, réussite de la réadaptation et qualité de vie, et l'importance de la spécificité des mesures et de l'aspect relationnel. **Niklas Baer, Psychiatrie Bâle-Campagne; Ulrich Frick, HSD University of Applied Sciences, Cologne; Neisa Cuonz, psychologue, Zurich; Christine Besse, Centre hospitalier universitaire vaudois; Michael Matt, ValueQuest**

International

- 67 Numérisation des échanges de données de sécurité sociale** La Suisse coordonne ses assurances sociales avec celles des États de l'UE et de l'AELE. Il est prévu qu'à l'avenir les pays européens échangeront leurs données de sécurité sociale sous forme numérique. Afin de rendre cela possible, plusieurs réseaux sont en train d'être mis en place. **Silvia Pittavini, Office fédéral des assurances sociales**
- 70 Réunion OCDE des ministres de la politique sociale en mai 2018** Les ministres OCDE de la politique sociale se sont réunis à Montréal les 14 et 15 mai pour débattre des défis du nouveau monde du travail, de la promotion de la diversité et de la prévention de différentes formes d'inégalités. **Cyril Malherbe, Office fédéral des assurances sociales**



Les glucomètres, classés à la rubrique 21 « Appareils de mesure des états et des fonctions de l'organisme » de la liste des moyens et appareils, sont remboursés par l'assurance obligatoire des soins tous les deux ans au plus.

DOSSIER

Assurance obligatoire des soins : désignation des prestations

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a remanié les critères sur la base desquels il détermine les prestations médicales qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) précise à cet égard que l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations médicales (critères EAE) doivent être attestés et régulièrement réexaminés.

En vue d'augmenter la qualité et de réduire les coûts, le Conseil fédéral accorde la priorité, dans sa stratégie Santé2020, à la diminution du nombre de prestations inefficaces et non efficaces. Il importe donc de renforcer les évaluations des technologies de la santé (ETS). L'OFSP a mis en place à cette fin une nouvelle section

qui réexamine systématiquement les prestations potentiellement obsolètes.

Les articles du présent dossier décrivent le cadre légal, les bases servant à l'évaluation ainsi que les différents processus par lesquels l'OFSP et le Département fédéral de l'intérieur (DFI) déterminent ou réexaminent les prestations obligatoirement prises en charge. Hormis pour les médicaments, inscrits sur une liste établie par l'OFSP, toutes les autres listes relèvent de la compétence de décision du DFI. Celles-ci énumèrent les prestations médicales, non médicales et de chiropratique, les analyses de laboratoire ainsi que les moyens et appareils pris en charge par l'assurance. ■

Désignation des prestations dans l'AOS : bases légales

Karin Schatzmann, Office fédéral de la santé publique

Conseillés par trois commissions extraparlimentaires, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) définissent les prestations qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Celles-ci sont évaluées à la lumière des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité inscrits dans la loi.

L'assurance obligatoire des soins (AOS) prend en charge les coûts des prestations médicales qui sont efficaces, appropriées et économiques (critères EAE ; art. 32, al. 1, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, LAMal; RS 832.10). Le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou par un chiropraticien ne sont pas pris en charge par l'AOS ou ne le sont qu'à certaines conditions (art. 33, al. 1, LAMal). De plus il détermine dans quelle mesure l'AOS prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation (art. 33, al. 3, LAMal). Le Conseil fédéral détermine aussi quelles sont les prestations des autres prestataires (art. 33, al. 2, LAMal), les mesures médi-

cales de prévention (art. 26 LAMal), les prestations en cas de maternité (art. 29, al. 2, LAMal), ainsi que les soins dentaires (art. 31, al. 1, LAMal) qui sont pris en charge. Il a délégué ces tâches au DFI respectivement l'OFSP (art. 33, al. 5, LAMal en relation avec l'art. 33 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, OaMal; RS 832.102). Le DFI a également la compétence de désigner les analyses de laboratoire, les produits et les substances actives et auxiliaires employés pour la prescription magistrale, ainsi que les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 52, al. 1, let. a, ch. 1 à 3, LAMal) qui sont pris en charge ; l'OFSP a la même compétence pour les préparations pharmaceutiques et les médicaments confectionnés (liste des spécialités, LS ; art. 52, al. 1, let. b, LAMal).

Prestations, désignation, consultation et publication

T1

Prestations	Désignation dans	Commission consultative	Décision	Publication
Prestations médicales	OPAS et annexe 1	Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP)	DFI	Recueil officiel (RO) Recueil systématique (RS)
Prestations des fournisseurs de prestations non médicales	OPAS	CFPP	DFI	Recueil officiel (RO) Recueil systématique (RS)
Restriction de prise en charge des coûts pour certaines interventions électives	Annexe 1a OPAS	CFPP	DFI	Recueil officiel (RO) Recueil systématique (RS)
Moyens et appareils	Annexe 2 OPAS (liste des moyens et appareils; LiMA)	Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA)	DFI	www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance maladie > Prestations et tarifs
Analyses de laboratoire	Annexe 3 OPAS (liste des analyses; LA)	CFAMA	DFI	www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance maladie > Prestations et tarifs
Médicaments (produits et substances actives et auxiliaires employés pour la prescription magistrale)	Annexe 4 OPAS (liste des médicaments avec tarif; LMT)	Commission fédérale des médicaments (CFM)	OFSP	www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance maladie > Prestations et tarifs
Médicaments confectionnés	Liste des spécialités (LS)	CFM	OFSP	www.ofsp.admin.ch > Assurances > Assurance maladie > Prestations et tarifs

Source: OFSP.

PRINCIPE DE LA CONFIANCE APPLIQUÉ AUX PRESTATIONS DES MÉDECINS ET DES CHIROPRACTIENS

L'obligation de prise en charge au sens de l'art. 33, al. 1, LAMal est ainsi définie qu'elle signifie que, sauf disposition contraire, toutes les prestations des médecins et des chiropraticiens sont prises en charge par l'AOS. Il est donc présumé implicitement que ces prestations sont obligatoirement prises en charge (principe de la confiance). Les chiropraticiens sont placés sur un pied d'égalité avec les médecins dans leur domaine d'activité et peuvent pratiquer à la charge de l'assurance-maladie sociale sans prescription ni mandat. La présomption de prise en charge à titre obligatoire vaut pour eux au même titre que pour les médecins¹. Les

prestations médicales sont inscrites dans une liste ouverte en annexe 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS, RS 832.112.31), qui énonce les règles de prise en charge des coûts pour des prestations spécifiques: elle précise si celles-ci sont obligatoirement prises en charge ou non, et indique également les limitations définies pour certaines indications, les prescriptions faites aux fournisseurs de prestations ou – pour les prestations visées à l'art. 33, al. 3, LAMal – si celles-ci sont prises en charge pour une durée déterminée à condition de faire l'objet d'une évaluation.

Le principe de la confiance ne s'applique pas aux autres prestations, qui sont toutes inscrites dans des listes exhaustives (dites positives, art. 33, al. 2, LAMal).

¹ Cf. ATF 129 V 167, consid. 3.2.

COMMISSIONS CONSULTATIVES EXTRAPARLEMENTAIRES

Au total trois commissions extraparlamentaires conseillent le Conseil fédéral, respectivement le DFI et l'OFSP pour la désignation des prestations (art. 33, al. 4, LAMal ; art. 37a ss OAMal) : la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP, compétente pour les prestations médicales générales et les questions de principe ; art. 37d OAMal), la Commission fédérale des médicaments (CFM, compétente pour les produits et les substances actives et auxiliaires employés pour la prescription magistrale ainsi que pour les préparations pharmaceutiques et les médicaments confectionnés, inscrits par l'OFSP dans la liste des spécialités ; art. 37e OAMal) et la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA, compétente pour les analyses de laboratoire ainsi que pour les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques ; art. 37f OAMal).

Les commissions extraparlamentaires sont des commissions consultatives qui donnent des avis et préparent des projets. Elles n'ont aucun pouvoir de décision (art. 8a, al. 2, de l'ordonnance sur l'organisation du gouvernement et de l'administration, OLOGA ; RS 172.010.1). Elles examinent si les prestations remplissent les critères EAE, condition requise pour la prise en charge des coûts par l'AOS. Leurs recommandations ne sont pas contraignantes. Toutes les commissions ont leur propre règlement d'organisation, qui définit notamment leur mode de travail et la composition des sous-commissions éventuelles, mais qui contient aussi les directives et procédures relatives à la désignation des prestations, et qui règle la participation d'experts (art. 37b OAMal). Le secrétariat des commissions et des sous-commissions est assuré par l'OFSP (art. 37b, al. 6, OAMal).

PUBLICATION La désignation des prestations (à l'exception des médicaments) débouche en règle générale, deux fois par année, sur des adaptations de l'OPAS et de ses annexes. L'OPAS et ses annexes 1 (prestations médicales) et 1a (restriction de prise en charge des coûts pour certaines interventions électives) sont publiées dans le recueil officiel (RO) et le recueil systématique (RS) du droit fédéral. En revanche, les annexes 2 (liste des moyens et appareils), 3 (liste des analyses) et 4 (liste des médicaments avec tarif) ne sont publiées que sur le site Internet de l'OFSP (art. 20a, 28, al. 2, et 29, al. 2, OPAS). La LS est publiée par l'OFSP (art. 71, al. 1, OAMal). ■

**Karin Schatzmann**

MLaw, avocate, co-cheffe de la section
Prestations médicales, OFSP.
karin.schatzmann@bag.admin.ch

Obligation de prise en charge des prestations : évaluation à l'aide des critères EAE

Stefan Otto, Office fédéral de la santé publique

Les prestations de santé qui sont remboursées par l'assurance obligatoire des soins doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'opérationnalisation de ces critères sert d'instrument de travail aux commissions consultatives extraparlimentaires.

L'art. 32 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit que les prestations qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) doivent être efficaces, appropriées et économiques (critères EAE). Leur efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. Les commissions fédérales extraparlimentaires compétentes (cf. Schatzmann dans ce numéro, p. 10) pour conseiller le Département fédéral de l'intérieur (DFI) ou l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ont précisé et opérationnalisé ces critères et leur application. Au niveau international, le terme d'évaluation des technologies de la santé (ETS, en anglais *Health Technology Assessment*, HTA) est utilisé pour désigner l'évaluation systématique de ces technologies. L'opérationnalisation des critères EAE s'inspire des méthodes ETS appliquées à l'international.

REMANIEMENT DE L'OPÉRATIONNALISATION DES CRITÈRES EAE Un manuel de standardisation de l'évaluation médicale et économique des prestations médicales avait déjà été rédigé dans les années 1990 ; il servait de base pour la présentation des demandes et pour les travaux des commissions. Il a été développé sous la forme d'un document de travail, publié en 2011 et intitulé « Opérationnalisation des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité », qui décrit et commente les critères EAE pour l'évaluation de toutes les prestations AOS. Le remaniement de ce document, qui a commencé en 2015 et devrait être achevé à l'automne 2018, s'appuie sur les expériences faites par les commissions fédérales avec les procédures de demande, ainsi que sur l'évolution observée en Suisse et à l'étranger dans le domaine de l'ETS.

L'application des critères EAE est surtout requise pour les prestations très coûteuses.

Le document remanié servira de ligne directrice aux requérants, aux commissions extraparlimentaires ainsi qu'aux instances de décision. Des documents complémentaires plus détaillés préciseront l'application des critères EAE à des types de prestations spécifiques. Une partie de ces documents sont déjà disponibles (p.ex. processus et critères relatifs aux médecines complémentaires, instructions concernant la liste des spécialités [LS], listes de contrôle CED¹), d'autres sont en cours de remaniement ou d'élaboration. Le recours à de nouvelles prestations coûteuses ou rares, en particulier, confronte le système de santé à ses limites et exige, en Suisse aussi, une opérationnalisation plus poussée.

EFFICACITÉ, ADÉQUATION ET ÉCONOMICITÉ : DÉFINITIONS Les trois critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité portent sur les caractéristiques spécifiques d'une prestation, mais ils sont aussi hautement interdépendants, ce qui se reflète dans leur définition.

- **Efficacité**: Une prestation est efficace lorsqu'elle est propre à atteindre les objectifs diagnostiques et thérapeutiques visés, que son utilité est prouvée par des études cliniques, que le rapport entre bénéfices et dommages est favorable comparativement aux autres procédures diagnostiques ou thérapeutiques et que l'on peut admettre que les résultats de l'étude peuvent être transposés au cadre d'application suisse.
- **Adéquation**: Une prestation est appropriée lorsqu'elle est pertinente par rapport aux autres prestations possibles et propre à soigner les patients, lorsqu'elle est compatible

avec les conditions légales et les aspects ou les valeurs sociaux et éthiques, et que la qualité et une application appropriée sont garanties dans la pratique.

- **Économicité**: Une prestation est économique lorsqu'elle présente un meilleur profil coût/bénéfice que les autres prestations possibles ou que son surcoût correspond à un bénéfice supplémentaire.

BASES D'ÉVALUATION POUR LA DÉTERMINATION DES CRITÈRES EAE

La préparation des informations et des bases scientifiques concernant une prestation (évaluation) doit tenir compte des éléments suivants :

CONTEXTE MÉDICAL DE LA PRESTATION

- Population cible
- Domaine d'indication
- Aspects épidémiologiques
- Description de la prestation
- Résultats pertinents (indicateurs relatifs au succès de la thérapie, p. ex. prolongement de la survie, disparition des douleurs)
- Position de la prestation dans le processus de traitement (à l'intérieur d'une suite de mesures diagnostiques et thérapeutiques)
- Diffusion de la prestation en Suisse
- Professionnels/fournisseurs de prestations impliqués
- Autorisation de mise sur le marché
- Situation en matière de prise en charge dans d'autres pays

ASPECTS TOUCHANT L'EFFICACITÉ

- Efficacité démontrée par les études (*efficacy*) et efficacité selon l'usage courant (*effectiveness*)
- Sécurité
- Études en cours, carences dans les données factuelles

ASPECTS TOUCHANT L'ADÉQUATION

- Exigences de qualité/garantie de la qualité
- Position dans la pratique
- Évolution attendue (sous l'angle des technologies médicales, de l'importance relative dans le processus de traitement) par rapport à la prestation
- Aspects touchant l'adéquation du recours à la prestation (p. ex. risque d'offre excessive)

¹ Les listes de contrôle CED (Coverage with Evidence Development) servent à l'évaluation systématique des prestations médicales et à déterminer si celles-ci se prêtent à une décision de « prise en charge en cours d'évaluation ».

- Aspects éthiques
- Aspects sociaux
- Aspects juridiques

ASPECTS TOUCHANT L'ÉCONOMICITÉ

- Coût de la prestation (par rapport aux autres prestations possibles et aux coûts à l'étranger)
- Conséquences financières : prise en compte de ces conséquences pour les agents financeurs de l'AOS (assureurs, cantons), bilan des coûts supplémentaires et des coûts évités.
- Rapport coût/bénéfice

Les répercussions sur les coûts hors de l'AOS (coûts indirects, p. ex. arrêts de travail) peuvent être prises en compte au titre des aspects sociaux dans le critère d'adéquation. Elles ne sont pas utilisées dans l'évaluation de l'économicité. On ne peut pas non plus, en général, les déterminer avec suffisamment de fiabilité ; elles admettent une grande marge d'appréciation, leur volume varie beaucoup et elles concernent d'autres budgets.

APPRÉCIATION EAE ET RECOMMANDATION RELATIVE À L'OBLIGATION DE PRISE EN CHARGE

Se fondant sur les informations préparées dans l'évaluation, les commissions fédérales évaluent si les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité sont remplis et émettent une recommandation concernant l'obligation de prise en charge (*appraisal*). Cette appréciation ne consiste pas simplement en un « oui » ou un « non » ; il existe plusieurs degrés de satisfaction des critères (p. ex. le bénéfice clinique est moindre, équivalent ou plus grand que celui des autres options thérapeutiques ; les résultats de l'étude ne peuvent pas être transposés à la Suisse, peuvent l'être en partie ou en totalité ; la prestation est globalement inefficace, partiellement ou tout à fait efficace). Ces différents degrés de satisfaction ont un impact sur l'appréciation globale de la satisfaction des exigences EAE. Si par exemple une prestation présente un faible bénéfice supplémentaire, une qualité moyenne des données factuelles, une faible pertinence par rapport aux options existantes et des conséquences financières importantes, l'appréciation générale peut être négative. En revanche, pour une prestation dont le bénéfice thérapeutique attendu est

moindre par rapport à certaines options, mais qui est pertinente en raison de sa plus grande simplicité d'application et d'un coût moins élevé, l'appréciation peut être positive. Si les critères EAE ne peuvent être évalués qu'incomplètement ou qu'il reste très incertain qu'ils soient vraiment remplis, la recommandation peut être une prise en charge provisoire de la prestation à condition que le fournisseur de prestations la soumette à une évaluation scientifique, qu'il peut effectuer lui-même ou confier à un tiers. ■



Stefan Otto

Dr méd., co-chef de la section Prestations médicales, OFSP.
stefan.otto@bag.admin.ch

Procédure de désignation des prestations médicales et non médicales

Felix Gurtner, Office fédéral de la santé publique

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne les prestations – médicales, de chiropratique et non médicales – qui sont prises en charge par l'AOS. Il le fait selon une procédure en deux étapes et suivant le principe de la demande.

En vertu du principe de la confiance, les prestations des médecins et des chiropraticiens qui servent au diagnostic et au traitement sont présumées obligatoirement prises en charge (cf. Schatzmann dans ce numéro, p. 9) : les prestataires (hôpitaux, etc.) ou les fabricants peuvent mettre en place de nouvelles prestations et partir de l'idée qu'elles seront prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) sans que l'autorité examine au préalable si elles répondent aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE). Les acteurs du domaine de la santé peuvent toutefois mettre en doute l'obligation générale de prise en charge et demander au DFI ou à l'OFSP d'examiner si ces critères sont remplis. Cet examen suit une procédure en deux temps : on détermine d'abord si un contrôle EAE approfondi est véritablement nécessaire (clarification du caractère controversé, tri) ;

si tel est le cas, une demande complète d'examen de l'obligation de prise en charge est ensuite exigée.

La procédure de demande complète est toujours appliquée pour toute extension ou adaptation concernant les prestations dont l'obligation de prise en charge est réglée dans des listes positives (cf. Schatzmann dans ce numéro, p. 9). Cela concerne les prestations de prestataires non médicaux prescrites par un médecin, les mesures de prévention, les prestations spécifiques en cas de maternité et les traitements dentaires.

CLARIFICATION DU CARACTÈRE CONTROVERSÉ Dans cette procédure, qui repose sur les informations fournies par le prestataire (que l'OFSP complète par une revue de la littérature) et sur une consultation des organisations d'assureurs

et des associations de médecins, la prestation est déclarée « controversée » (c.-à-d. nécessitant que l'on vérifie si les critères EAE sont remplis) ou obligatoirement prise en charge en vertu du principe de la confiance (« non controversée »). La décision de prise en charge obligatoire n'est prise que si toutes les parties prenantes estiment que les critères EAE sont remplis et qu'un examen plus poussé est superflu. Cette consultation peut déboucher sur une proposition de limitation de l'obligation de prise en charge, par exemple seulement pour certaines indications ou pour certains fournisseurs de prestations. Dans ces cas, la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP) doit examiner la prestation sur la base des résultats de la consultation et émettre une recommandation à l'intention du DFI concernant la mention de la prestation, avec la condition de prise en charge, dans l'annexe 1 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).

Si la prestation est classée « controversée », le prestataire doit déposer un dossier de demande, ce qui permettra d'examiner si les critères EAE sont remplis. S'il ne le fait pas, la CFPP peut recommander d'exclure la prise en charge.

PROCÉDURE DE DEMANDE Le contrôle EAE des prestations médicales (ou de chiropratique) controversées a lieu dans le cadre d'une procédure de demande. Il arrive aussi que des prestataires sollicitent un contrôle EAE ou un examen de l'obligation de prise en charge, même sans clarification préalable du caractère controversé de la prestation, parce que des problèmes surgissent concernant la prise en charge des coûts par les assureurs ou qu'ils s'attendent à des difficultés en raison de caractéristiques particulières des prestations. Une demande de nouvelle admission ou d'adaptation doit être présentée dans tous les cas pour les prestations réglés dans des listes positives ou pour la modification ou la suppression de conditions particulières précisées dans l'annexe 1 OPAS.

Sont habilités à déposer une demande les prestataires à titre individuel, les sociétés spécialisées ou d'autres organisations de fournisseurs de prestations ainsi que les fabricants de dispositifs médicaux qui font partie d'une prestation médicale (p. ex. implants). Les demandes doivent être soumises en utilisant un formulaire détaillé prévu à cet effet.

La section compétente de l'OFSP examine si les demandes présentées sont complètes. Elle réclame au requérant les infor-

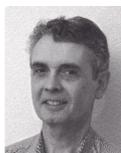
Formulaires de demande et informations

www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurances > Assurance-maladie > Désignation des prestations > Processus de demande > Processus de demande pour prestations générales

mations manquantes et complète la demande au moyen de recherches qu'elle effectue elle-même ou fait réaliser. Suivant l'objet de la demande, elle consulte au besoin, sur des questions spécifiques, des sociétés spécialisées, d'autres commissions fédérales ou d'autres institutions. Ensuite, elle rédige un résumé standardisé. Elle soumet le dossier complet à la CFPP qui peut soit demander d'autres informations en vue d'une deuxième lecture, soit émettre une recommandation.

Les recommandations émises par la CFPP sont de trois types : prise en charge obligatoire, non-prise en charge ou prise en charge à certaines conditions. Ces dernières peuvent être une limitation des indications, une limitation à des fournisseurs de prestations qualifiés ou une garantie de prise en charge préalable de l'assureur dans chaque cas concret. Il est possible en outre, pour les prestations prometteuses dont on ne peut pas encore déterminer de façon définitive si elles remplissent les critères EAE (art. 33, al. 3, LAMal), de limiter l'obligation de prise en charge pour 2 à 5 ans. Avant l'échéance de ce délai (normalement après 2 à 5 ans), la prestation en question doit faire l'objet d'une nouvelle évaluation. Il s'agit là du statut « prise en charge en cours d'évaluation », ou Coverage with Evidence Development (CED). La seconde évaluation, définitive, a lieu sur la base des résultats d'études en cours ou nouvelles, ainsi que, le cas échéant, d'autres relevés sur l'application en Suisse.

Se fondant sur les recommandations de la CFPP, l'OFSP formule les adaptations nécessaires du texte de l'OPAS et de ses annexes 1 et 1a, rédige un rapport explicatif incluant une estimation des conséquences financières, consulte les offices et soumet le projet d'adaptation au DFI pour décision. ■



Felix Gurtner

Dr méd., MSc., collaborateur scientifique,
section Prestations médicales, OFSP.
felix.gurtner@bag.admin.ch

Principes de la désignation des médicaments

Jörg Indermitte,

Andrea Rizzi; Office fédéral de la santé publique

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) désigne les médicaments qui sont inscrits dans la liste dite des spécialités et qui sont remboursés par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Ces médicaments doivent être efficaces, appropriés et économiques. L'OFSP est conseillé dans cette tâche par la Commission fédérale des médicaments (CFM).

L'OFSP établit la liste des spécialités pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (ci-après liste des spécialités ou LS) en vertu de l'art. 52, al. 1, let. b, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). La LS comprend les préparations originales remboursées par l'AOS ainsi que les génériques les plus avantageux, et en indique les prix. Il s'agit là de prix maximaux, qui ne peuvent être dépassés et qui se composent du prix de fabrique, d'une part relative à la distribution et de la TVA. Pour qu'un médicament soit admis dans la LS, il doit remplir les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE) énoncés à l'art. 32, al. 1, LAMal.

PROCESSUS DE DEMANDE D'ADMISSION DANS LA LISTE DES SPÉCIALITÉS Après un préavis favorable de Swissmedic, les entreprises pharmaceutiques peuvent déposer auprès de l'OFSP, 90 jours environ avant l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament, une demande d'admission dans la LS (art. 69 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, OAMal). Après réception de la demande, l'OFSP procède à un contrôle formel et vérifie que la demande est complète. Si elle ne l'est pas, il la retourne au requérant pour qu'il y remédie. La CFM conseille l'OFSP pour la détermination des médicaments qui seront obligatoirement pris en charge. À son intention, l'OFSP rédige pour chaque préparation une fiche d'information indiquant les valeurs repères sur l'efficacité,

l'adéquation et l'économicité de celle-ci ainsi que celles sur l'autorisation de mise sur le marché en Suisse et à l'étranger. Cette fiche comprend également des questions concrètes à l'adresse de la CFM. L'OFSP transmet en outre à cette dernière les documents remis par les entreprises pharmaceutiques.

La CFM tient six séances par année. Les délais de dépôt des demandes et la date d'admission la plus proche possible sont déterminés par le calendrier des séances. Après avoir évalué le médicament à la lumière des critères EAE et pris en considération les autres éléments à apprécier, la commission recommande à l'OFSP l'acceptation ou le rejet de la demande. Pour ce faire, elle tient aussi compte du contexte sociétal et du cadre général de la politique de la santé dans notre pays. Dès que l'entreprise pharmaceutique a reçu l'autorisation définitive de Swissmedic et à condition que les critères EAE soient remplis, l'OFSP admet le médicament dans la LS par décision au sens de l'art. 5 de la loi sur la procédure administrative (PA). En règle générale, il rend cette décision dans les 60 jours suivant l'autorisation de Swissmedic (art. 31b de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS). Seuls comptent pour ce délai les jours durant lesquels le dossier est en traitement à l'OFSP. La période pendant laquelle l'office attend la réponse de l'entreprise à ses demandes de précisions n'est pas prise en compte (*stop the clock*). Si les critères EAE ne sont pas remplis, l'OFSP rend en principe une décision de rejet. Cependant, l'entreprise pharmaceutique peut aussi lui demander qu'il s'abstienne de rendre une telle décision même si le délai est écoulé, en particulier lorsqu'une admission prochaine est probable parce que l'entreprise a déposé une nouvelle demande susceptible de répondre aux critères EAE. Dans ces cas, l'admission dans la LS est retardée, c.-à-d. qu'elle n'intervient pas dans le délai usuel de 60 jours à compter de l'autorisation de Swissmedic. Les entreprises pharmaceutiques concernées peuvent tenter un recours contre la décision de l'OFSP devant le Tribunal administratif fédéral.

EFFICACITÉ, ADÉQUATION ET ÉCONOMICITÉ DES MÉDICAMENTS Pour évaluer l'efficacité et l'adéquation d'un médicament, l'OFSP s'appuie sur les documents qui étaient déterminants pour l'enregistrement de celui-ci par Swissmedic, à savoir, des études cliniques contrôlées (art. 65a OAMal). Il est préférable que l'entreprise remette des études

de phase III avec un médicament (comparateur) qui a déjà été évalué et considéré efficace, approprié et économique. Afin de disposer de suffisamment de bases de décision, l'OFSP peut exiger encore d'autres documents. Dans son évaluation, l'OFSP juge qu'un médicament est efficace si, comparé à d'autres médicaments déjà pris en charge pour le traitement de la même maladie, le rapport risques/bénéfices est favorable.

L'adéquation d'un médicament découle de son effet et de sa composition. Elle est examinée du point de vue clinico-pharmacologique et galénique; l'examen porte également sur les effets secondaires et le danger d'un usage abusif (art. 33, al. 1, OPAS). Un médicament est jugé approprié s'il est efficace par rapport à d'autres médicaments qui peuvent aussi être employés et que cette efficacité est pertinente sur le plan clinique. Il faut en outre que sa distribution en Suisse réponde à un besoin médical et que les tailles d'emballage et les dosages garantissent une utilisation appropriée dans la pratique.

Le prix d'un médicament est fixé sur la base d'une comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger (CPE), et plus précisément dans neuf pays de référence (AT, BE, DE, DK, FR, FI, GB, NL, SE), et d'une comparaison avec des préparations équivalentes sur le plan thérapeutique (CPET), c.-à-d. utilisées pour traiter la même maladie. La CPET se fonde sur le coût thérapeutique journalier moyen ou le coût d'une cure. S'il en ressort que le médicament représente un progrès thérapeutique significatif, l'OFSP peut accorder un supplément pour innovation de 20 % au maximum. Un prix correspondant à la moyenne entre la CPE et la CPET (supplément pour innovation éventuel inclus) est jugé économique.

Si d'autres éléments ou adaptations sont encore attendus pour l'évaluation des critères EAE, l'OFSP peut admettre le médicament dans la LS à titre provisoire en vertu de l'art. 33, al. 3, LAMal. Une admission provisoire est nécessaire en particulier lorsque l'utilité d'un médicament est prometteuse sur la base des premiers résultats, mais que l'on attend encore les résultats d'autres études. Au besoin, l'OFSP peut aussi fixer des charges et des conditions, notamment en matière de contrôle ou de maîtrise des coûts, surtout si le nouveau médicament risque de grever fortement le budget de l'AOS. L'OFSP peut en outre, en vertu de l'art. 73 OAMal, assortir la prise en charge d'un médicament d'une limitation se rapportant à une indication, à un groupe de patients, à une quan-

tité ou à une durée de traitement donnés, ou précisant que le médicament doit être prescrit par un médecin spécialiste ou un centre spécialisé.

Après l'admission d'un médicament dans la LS ainsi qu'en cas d'extension des indications ou de modification des limitations, l'OFSP publie les bases de son évaluation de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité du médicament. Il publie en particulier des informations concernant la CPET effectuée ainsi que le supplément pour innovation accordé le cas échéant. Il communique également le prix moyen pris en considération sur la base de la CPE. Lorsqu'il admet le médicament pour une durée limitée, il publie la durée de l'admission (art. 71 OAMal).

EXAMEN DES DEMANDES Les demandes d'admission dans la LS sont traitées selon trois types de procédure.

DEMANDES SOUMISES À LA CFM :

- Suivent une procédure d'admission ordinaire les demandes d'admission dans la LS de préparations originales (art. 31, al. 1, OPAS), les demandes d'augmentation de prix (art. 67, al. 2, OAMal) et les demandes de modification ou de suppression d'une limitation (art. 65f OAMal). Les communications des entreprises pharmaceutiques concernant les extensions des indications de médicaments figurant déjà sur la LS et non soumis à des limitations suivent aussi cette procédure. La procédure d'admission des préparations originales dure au minimum 18 mois. Il y a six échéances par année pour le dépôt des demandes d'admission, qui doivent être munies du préavis de Swissmedic, et être présentées deux mois environ avant la séance au cours de laquelle la CFM devrait les traiter.
- Suivent une procédure rapide d'admission les préparations originales pour lesquelles Swissmedic accepte une procédure rapide d'autorisation (art. 31a OPAS). Dans la procédure rapide, le titulaire de l'autorisation peut présenter une demande jusqu'à 30 jours avant la séance au cours de laquelle la CFM devrait la traiter.

DEMANDES NON SOUMISES À LA CFM :

- Suivent une procédure d'admission simplifiée (art. 31, al. 2, OPAS) les demandes concernant les génériques, les médicaments en comarketing, les préparations avec des prin-

cipes actifs connus, les nouvelles formes galéniques ainsi que les nouvelles tailles d'emballage et les nouveaux dosages. L'OFSP traite une fois par mois les demandes de ce type, à condition qu'elles soient accompagnées d'une autorisation de Swissmedic. La procédure simplifiée dure environ sept semaines.

RÉEXAMEN DE MÉDICAMENTS DE LA LISTE DES SPÉCIALITÉS

Même après l'admission d'un médicament dans la LS, il est nécessaire de vérifier périodiquement si celui-ci remplit toujours les critères EAE (art. 32, al. 2, LAMal) : cela se fait, d'une part, en cas de demande d'augmentation de prix ou après l'admission d'une autre indication et, d'autre part, après échéance du brevet et dans le cadre du réexamen périodique (triennal) des conditions d'admission. Pour ce dernier, les médicaments sont répartis selon leur appartenance à un groupe thérapeutique de la LS en trois blocs (art. 34d OPAS), qui font à tour de rôle l'objet de ce réexamen (art. 65d, al. 1, OAMal).

INSTRUCTIONS CONCERNANT LA LISTE DES SPÉCIALITÉS

Les « Instructions concernant la liste des spécialités » (www.ofsp.admin.ch > Thèmes > Assurances > Assurance-maladie > Désignation des prestations > Processus de demande > Médicaments: processus d'admission dans la LS) décrivent les exigences que doivent remplir les demandes, les processus de demande et d'examen ainsi que la procédure de réexamen. Il s'agit d'une ordonnance administrative, qui garantit une pratique administrative uniforme et proportionnée, ainsi que l'égalité des droits et l'absence d'arbitraire dans le traitement des demandes. Elle constitue ainsi un instrument de travail utile à l'OFSP, aux entreprises pharmaceutiques ainsi qu'à d'autres autorités et organisations. ■



Andrea Rizzi

Pharmacienne, coresponsable de la section Médicaments, OFSP.
andrea.rizzi@bag.admin.ch



Jörg Indermitte

Dr ès sciences naturelles, pharmacien, coresponsable de la section Médicaments, OFSP.
jörg.indermitte@bag.admin.ch

Liste des analyses : aspects méthodiques, réévaluation périodique

Michèle A. Fleury-Siegenthaler,

Adrian Mischler; Office fédéral de la santé publique

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) édicte une liste des analyses à charge de l'assurance obligatoire des soins avec leur tarif. Cette liste est établie sur le principe de la requête. Avant d'admettre, de supprimer ou de modifier une analyse de cette liste, le DFI est conseillé par la commission fédérale compétente.

La liste des analyses est une liste positive : y figurent les analyses pouvant être facturées par les laboratoires médicaux à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS ; art. 34, al. 1, LAMal). Il est interdit de facturer une analyse non répertoriée sous la position d'une analyse figurant elle dans la LA.

Le tarif officiel des analyses (art. 52, al. 1, let. a, ch. 1, LAMal) apparaît également dans cette liste. La LA est uniquement applicable pour les analyses ambulatoires ; celles effectuées dans le cadre stationnaire sont en principe comprises dans le forfait (art. 49, LAMal).

Les analyses à la charge de l'AOS doivent servir à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25, al. 1,

LAMal). Une analyse diagnostique doit permettre, avec une probabilité acceptable,

- de décider si un traitement est nécessaire, et si oui, lequel, ou
- de réorienter le traitement médical appliqué jusqu'alors, ou
- de redéfinir les examens nécessaires ou
- de renoncer à d'autres examens.

Les analyses, pour lesquelles il apparaît clairement, au moment de la prescription, qu'elles ne satisferont à aucun des quatre points précités, ne sont pas prises en charge.

PROCÉDURE D'ADMISSION L'extension de la liste des analyses est basée sur le « principe de l'apport ». Les personnes et organisations intéressées doivent soumettre une requête de prise en charge des coûts de la nouvelle prestation à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

La requête doit contenir toutes les informations permettant d'en évaluer l'efficacité, l'adéquation et l'économicité (critères EAE, art. 32, al. 1, LAMal).

En plus de la documentation requise pour les autres prestations médicales, il est nécessaire de fournir :

- les documents réglementaires concernant les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DIV) et leur autorisation de mise sur le marché Suisse,
- des informations concernant les caractéristiques techniques et la performance de l'analyse (sensibilité, spécificité, valeurs prédictives, taux de faux négatifs et de faux positifs, précision et robustesse), ainsi que
- les mesures d'assurance de la qualité appliquées.

La section de l'OFSP compétente vérifie que le dossier de requête soit complet. Le cas échéant, des informations complémentaires sont requises et le dossier complété avec des recherches effectuées en interne ou par un organisme externe. Ensuite, un résumé standardisé est rédigé à l'attention de la commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA). Cette dernière évalue la conformité du dossier aux critères EAE et émet une recommandation positive ou négative à l'attention du DFI, qui décide.

RÉVISIONS DE LA LISTE DES ANALYSES L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations médicales sont réexaminés périodiquement (art. 32, al. 2, LAMal). C'est également le cas pour les analyses de laboratoire.

La précédente révision de la liste des analyses date du 1^{er} juillet 2009. Elle avait pour objectif une nouvelle tarification des analyses, selon les règles de l'économie.

Une nouvelle révision est actuellement en cours, le projet transAL (www.g2o20-info.admin.ch > 222.2 Adaptation de la liste des analyses), qui a pour objectifs principaux de faire correspondre la liste des analyses à l'état actuel de la science et de la technique de laboratoire et d'en améliorer la gestion.

MASTERPLAN « MÉDECINS DE FAMILLE ET MÉDECINE DE PREMIER RECOURS » Une révision ciblée de la liste des analyses a par ailleurs eu lieu dans le cadre de la stratégie du DFI de promotion de la médecine de premiers recours, le masterplan « Médecine de famille et médecine de premier recours » (www.bag.admin.ch > Thèmes > Professions de la santé > Professions médicales > Soins médicaux de base > Masterplan « médecine de famille et médecine de base »).

Dans ce cadre, le chef du DFI a décidé que 33 analyses rapides effectuées dans les laboratoires de cabinets médicaux seraient, en raison de la disponibilité rapide de leurs résultats, mieux rémunérées à partir du 1^{er} janvier 2015. Les résultats de ces analyses de diagnostic en présence du patient permettent aux médecins de prendre, au cours de la consultation, des décisions diagnostiques et thérapeutiques. ■

Michèle A. Fleury-Siegenthaler

Dr méd., médecin spécialiste, OFSP.

michele.fleury-siegenthaler@bag.admin.ch

Adrian Mischler

Docteur ès sciences techniques, économiste, OFSP.

adrian.mischler@bag.admin.ch

Désignation des moyens et appareils dans l'AOS

Daniel Pulfer, Office fédéral de la santé publique

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne les moyens et appareils qui sont remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Ceux-ci sont en règle générale inscrits sur demande dans la liste des moyens et appareils, qui est en cours de révision totale.

La liste des moyens et appareils (LiMA) constitue l'annexe 2 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS; cf. Schatzmann dans ce numéro, p. 9). Elle est subdivisée en positions pour chacune desquelles les propriétés du moyen ou de l'appareil en question sont décrites en termes généraux. Tous les produits de marque ayant les caractéristiques mentionnées peuvent être remboursés. Ceux qui ne correspondent pas à la description d'une position de la LiMA ne peuvent pas être facturés à la charge de l'AOS.

Un montant maximal de remboursement (MMR) est défini pour chaque position de la LiMA. Il correspond au montant maximal qu'un assureur rembourse dans le cadre de l'AOS pour le produit inscrit sous une position donnée (art. 24, al. 1, OPAS). En règle générale, celui-ci équivaut au prix moyen des produits appropriés disponibles sur le marché, les prix pra-

tiqués à l'étranger étant également pris en considération. L'assuré est libre de choisir un produit spécifique dans les limites du MMR. Lorsqu'un produit est facturé pour un montant supérieur, la différence est à la charge de l'assuré (art. 24, al. 2, OPAS). Les moyens et appareils ne sont pas soumis à la protection tarifaire (art. 44, al. 1, LAMal).

Les MMR sont fixés principalement en fonction de la médiane des prix publics suisses. La comparaison avec les prix pratiqués à l'étranger influe directement sur les positions de la LiMA qui se rapportent à des biens commercialisés exclusivement sur le plan international. Le MMR ne doit pas être plus élevé que le prix résultant de cette comparaison. Celui-ci correspond à la médiane des prix pratiqués à l'étranger, corrigés de la TVA, avec prise en compte d'une correction de coût pour la distribution et la remise en Suisse.

Produits remboursés dans le cadre de la LiMA (art. 20 OPAS)

- Moyens et appareils thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences. En font notamment partie les bas de contention, le matériel de pansement et les tests d'autocontrôle de la glycémie.
- Moyens et appareils remis sur prescription médicale par un centre de remise reconnu.
- Moyens et appareils utilisés par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement (p. ex. un membre de la famille).

Produits remboursés hors LiMA (art. 20a, al. 2, OPAS)

- Moyens et appareils qui sont implantés dans le corps.
- Moyens et appareils qui sont utilisés par les fournisseurs de prestations dans le cadre du traitement médical conformément à l'art. 35 LAMal (p. ex. par les médecins, les hôpitaux et les physiothérapeutes). Ceux-ci sont remboursés selon la convention tarifaire applicable (SwissDRG, Tarmed, tarif pour la physiothérapie, etc.).
- Moyens et appareils utilisés dans le contexte des soins donnés en EMS ou par les services de soins à domicile. Ceux-ci sont remboursés dans le cadre du régime de financement des soins.

En revanche, pour les produits fabriqués sur mesure en Suisse ou qui consistent pour une part essentielle en prestations de service fournies en Suisse, le prix pratiqué à l'étranger n'est pas directement déterminant. Tout au plus, le coût à l'étranger de produits comparables peut être pris en compte lors de la détermination du MMR.

PROCÉDURE DE DEMANDE Les positions de la LiMA n'étant définies qu'en fonction des caractéristiques essentielles qu'un produit doit présenter pour être admis dans la liste, les produits de marque nouveaux ou modifiés qui correspondent à une position donnée de la LiMA peuvent être directement facturés à la charge de l'AOS.

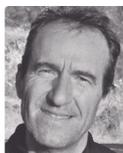
Une demande doit être déposée, en revanche, pour l'admission de nouvelles positions dans la LiMA. Les acteurs intéressés peuvent aussi demander la modification ou la suppression de positions existantes. La section compétente de l'OFSP examine si ces requêtes sont complètes. Au besoin, elle réclame les informations manquantes, complète la demande au moyen de recherches et rédige un résumé standardisé incluant une estimation des conséquences financières. Elle soumet le dossier complet à la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (CFAMA), qui émet une recommandation à l'intention du DFI. Celui-ci décide à titre définitif de l'admission de la position, ainsi que du MMR.

RÉVISION Comme la LiMA n'a fait l'objet que d'adaptations partielles depuis 1996, une révision totale a été entamée en décembre 2015 et devrait s'achever fin 2019.

L'objectif principal du réexamen est d'adapter la structure de la LiMA et les MMR en fonction des progrès de la médecine et de l'évolution du marché. Cet examen se fait suivant les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Pour ce qui est de l'adéquation, on examine aussi si tous les produits se prêtent à être utilisés par l'assuré lui-même et si des suppressions ou limitations concernant notamment la quantité, la durée d'utilisation, l'indication médicale ou l'âge de l'assuré sont indiquées (art. 22 OPAS). Enfin, il s'agit aussi d'optimiser l'applicabilité de la LiMA (attribution des produits sans équivoque aux positions respectives, possibilité de vérification de la part des assureurs).

Des groupes de travail, organisés par catégories de produits (fabricants/importateurs, centres de remise, médecins prescripteurs, assureurs) réexaminent les chapitres de la liste. Leurs propositions sont discutées par la sous-commission LiMA de la CFAMA, puis soumises au DFI pour décision. Fin 2017, les produits pour diabétiques et le matériel de pansement et de stomie, qui représentent deux tiers environ des coûts au titre de la LiMA avaient été réexaminés. Les modifications relatives aux produits pour diabétiques et au matériel de pansement sont entrées en vigueur les 1^{er} mars, 1^{er} avril et 1^{er} juillet 2018.

RÉEXAMEN PÉRIODIQUE Pour le réexamen périodique prévu à l'art. 32, al. 2, LAMal, un système de réexamen de la LiMA à intervalles réguliers est mis en place dans le cadre de la révision en cours. Il sera mis en application probablement en 2020, dès que les structures, les processus, les méthodes et le rythme de réexamen auront été définis. ■

**Daniel Pulfer**

MPH, collaborateur scientifique,
section Prestations médicales, OFSP.
daniel.pulfer@bag.admin.ch

L'évaluation des technologies de la santé pour réévaluer des prestations médicales

Klazien Matter-Walstra,

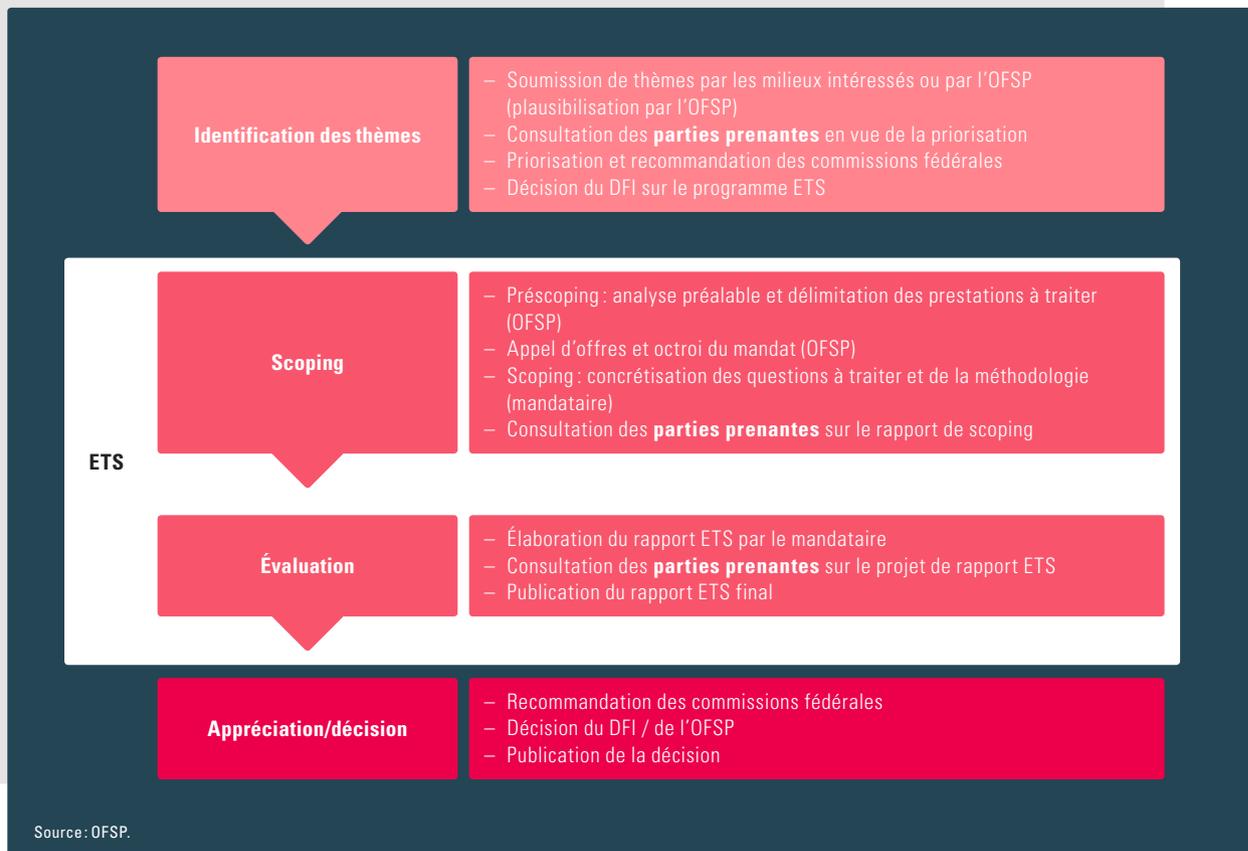
Mark Finlayson; Office fédéral de la santé publique

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mis en place une section qui se sert de l'évaluation des technologies de la santé pour réévaluer les prestations médicales prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

De nombreux pays évaluent les prestations de santé sous une forme ou une autre. Le terme d'évaluation des technologies de la santé (ETS, en anglais Health Technology Assessment, HTA) est reconnu internationalement pour l'évaluation systématique des technologies et des procédures médicales. L'ETS constitue un instrument essentiel afin de rassembler des données probantes pour la prise de décision et le conseil stratégique. Elle contribue à la mise en œuvre des objectifs de politique de la santé focalisés sur le patient et vise la sécurité, l'efficacité et la meilleure qualité possible des traitements. Elle permet d'évaluer les technologies de la santé à la lumière de critères médicaux, économiques, éthiques, sociaux et organisationnels, et fournit des données probantes sur leur efficacité, leur adéquation et leur économicité (Drummond et al. 2008, Sari 2016, Koch et al. 2009).

Dans la stratégie Santé2020 (OFSP 2013) qu'il a adoptée au début de 2010, le Conseil fédéral a inscrit le renforcement de l'évaluation des technologies de la santé au nombre de ses priorités en matière de politique de la santé. L'ETS permet en effet de prendre des décisions en toute transparence, en s'appuyant sur des données probantes. Elle joue un rôle essentiel dans la discussion sur l'obligation de prise en charge, car elle permet d'exposer de façon claire les motifs de suppression ou de limitation de prestations inefficaces et peu efficaces. Elle répond ainsi pleinement à l'objectif principal de la politique de santé, qui consiste à accroître la qualité des prestations médicales tout en abaissant les coûts. L'établissement de rapports ETS a pour base légale l'art. 32 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), qui précise que les prestations médicales prises en charge par l'AOS doivent être efficaces,

Processus ETS et appréciation



appropriées et économiques (critères EAE), et faire l'objet d'un réexamen périodique selon ces mêmes critères.

Dans ce contexte, le Conseil fédéral a lancé un programme ETS pour réévaluer les prestations déjà remboursées par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Celui-ci se concentre sur l'examen de prestations AOS potentiellement obsolètes, dans le but de les retirer du catalogue des prestations ou de restreindre l'obligation de rembourser (désinvestissement) (Calabrò et al. 2018, Ibarгойen-Roteta et al. 2010, Orso et al. 2017, Parkinson et al. 2015, Maloney et al. 2017).

RÉÉVALUATION DES PRESTATIONS : LES ÉTAPES DU PROCESSUS L'ETS est un processus pluridisciplinaire systématique et transparent, qui s'appuie sans a priori sur des méthodes de recherche scientifiques éprouvées et qui se subdivise en quatre étapes : l'identification des thèmes, le

scoping, l'évaluation, et enfin une phase d'appréciation et de décision (voir graphique G1).

IDENTIFICATION DES THÈMES Les organisations intéressées, comme les fédérations d'assureurs-maladie, la Fédération des médecins suisses (FMH) et les représentants de l'industrie pharmaceutique, ou encore les particuliers peuvent proposer des thèmes pour le programme de désinvestissement au moyen d'un formulaire de proposition (www.bag.admin.ch/hta). L'OFSP le peut lui aussi. Une fois par année, avec la participation des diverses parties prenantes, il examine les propositions reçues, en vérifie la plausibilité et les hiérarchise sur la base des critères suivants :

- importance du thème : fréquence et gravité de la maladie, incidence budgétaire de la prestation ;

Le programme ETS examine les prestations potentiellement obsolètes pour les retirer du catalogue des prestations.

- nécessité d'intervenir : manque d'efficacité, de sécurité et/ou d'économicité, inadéquation de l'offre ;
- utilité possible d'une mesure de réglementation : amélioration de l'approvisionnement en soins et du profil de sécurité, économies ;
- applicabilité de mesures d'amélioration : capacité de régulation.

Les critères suivants excluent l'inscription dans le programme de désinvestissement :

- prestation étrangère au champ d'application de la LAMal ;
- rapport ETS sur une question comparable déjà disponible ou en cours d'élaboration dans un autre pays (dans ce cas, un rapport d'adaptation pour la Suisse peut être rédigé) ;
- mise en questions concernant les lignes directrices en matière de traitement de la maladie ou l'analyse des structures de soins ;
- évaluation EAE et recommandation déjà faites au cours des trois dernières années par l'une des commissions extraparlimentaires consultatives.

L'OFSP communique la liste plausibilisée et hiérarchisée des prestations susceptibles d'être admises dans le programme de désinvestissement à la commission extraparlimentaire compétente (cf. Schatzmann 2018 dans ce numéro, p. 9 s.). Celle-ci émet sa recommandation et transmet la liste au Département fédéral de l'intérieur (DFI) ou – s'il s'agit de médicaments – à l'OFSP, qui l'approuvent en dernier ressort.

DÉFINITION ET CONCRÉTISATION DES QUESTIONS POSÉES : SCOPING Dans l'étape qui suit, l'OFSP délimite

la question à traiter par une analyse préalable (préscoping) et examine les données probantes existantes pour la prestation en question. Il confie ensuite à un institut scientifique externe l'établissement d'un rapport de scoping, qui consiste à définir les questions à traiter et à élaborer la méthode de réévaluation. Ce rapport est soumis à une revue par des experts externes ainsi qu'à une consultation des parties prenantes, et complété en conséquence.

RECUEIL ET ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES : ÉVALUATION Le rapport ETS proprement dit est établi dans le cadre d'une évaluation. L'institut mandaté y répond aux questions définies dans le rapport de scoping à l'aide des meilleures données probantes disponibles possibles. Les principaux éléments d'un rapport ETS sont une description claire des groupes de patients considérés, la ou les prestations à examiner, et enfin les informations concernant les traitements témoins servant à la comparaison ainsi que les résultats (p. ex. cliniques) analysés. Les données probantes renseignant sur l'efficacité, la sécurité, le rapport coût/bénéfice ainsi que sur les aspects éthiques, sociaux et organisationnels de la prestation sont ensuite recueillies et examinées sous l'angle de la qualité en fonction de critères scientifiques. Le rapport ETS, comme le rapport de scoping, est soumis à une revue par des experts externes ainsi qu'à une consultation des parties prenantes.

APPRÉCIATION DES DONNÉES PROBANTES ET PRISE DE DÉCISION : APPRÉCIATION/DÉCISION Dès que le rapport ETS est disponible dans sa version définitive, il est présenté aux commissions consultatives extraparlimentaires, qui donnent leur appréciation de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité de la prestation en se fondant sur le rapport et sur les données probantes exposées (Wild et Patera, 2014). Les commissions préparent ensuite une recommandation à l'intention du DFI (pour les prestations médicales) ou de l'OFSP (pour les médicaments confectionnés). Ces derniers décident sur cette base de la suppression, de la limitation ou du maintien de l'obligation de prise en charge de la prestation.

MISE EN PLACE DU PROGRAMME ETS L'OFSP a mis en place en 2017 sa nouvelle section Évaluation des technologies de la santé, qui a pour mission de poursuivre le déve-

Projets ETS 2015-2018

T1

Thème	Début	Fin
Interventions au niveau de la colonne vertébrale avec différents implants	2015 (pilote)	2017
Arthroscopies du genou	2015 (pilote)	probablement en 2018
Thérapies à base de fer en cas de carence en fer sans anémie	2016 (pilote)	probablement en 2018
Autocontrôle de la glycémie chez les personnes atteintes de diabète sucré de type 2 non insulino-dépendant	2017	non encore défini
Usage de médicaments contenant du sulfate de chondroïtine pour le traitement de l'arthrose des articulations	2018	non encore défini
Ablation du matériel d'ostéosynthèse (p. ex. vis, plaques, clous, cerclages) utilisé pour le traitement des fractures	2018	non encore défini
Thérapies simples et combinées avec de l'olmesartan	2018	non encore défini
Inhibiteurs de la pompe à protons chez les patients souffrant de reflux gastro-œsophagien non érosif ou de reflux non détectable par endoscopie	2018	non encore défini
Tests de vitamine D	2018	non encore défini

lancement du programme ETS après une phase pilote qui a démarré en 2015 (voir tableau T1). Cette section est responsable des étapes « identification des thèmes » et « préscoping », ainsi que de la gestion de l'ensemble des projets ETS. Elle participe en outre aux réseaux ETS nationaux et internationaux, afin de renforcer les échanges sur les éléments techniques et méthodologiques du processus ETS.

De nouvelles propositions ont été déposées en 2018. La hiérarchisation et le choix des thèmes ainsi que la formulation de la recommandation à l'intention du DFI sont en cours.

Des informations complémentaires sur les processus ETS et les rapports sont disponibles à l'adresse www.bag.admin/hta.

BIBLIOGRAPHIE

Calabrò, G.E., La Torre, G., Waure, C. de, Villari, P., Federici, A., Ricciardi, W. et Specchia, M.L. (2018) : « Disinvestment in healthcare: an overview of HTA agencies and organizations activities at European level », in *BMC Health Services Research*, vol. 18, n° 1, p. 148.

Maloney, M.A., Schwartz, L., O'Reilly, D. et Levine, M. (2017) : « Drug disinvestment frameworks: components, challenges and solutions », in *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 33, n° 2, pp. 261-269.

Orso, M., Waure, C. de, Abraha, I., Nicastro, C., Cozzolino, F., Eusebi, P. et Montedori, A. (2017) : « Health technology disinvestment worldwide: Overview of programs and possible determinants », in *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 33, n° 2, pp. 239-250.

Sari, B. (2016), *HTACoreModel3.0*, Version 3.0, vol. 2016.

Parkinson, B., Sermet, C., Clement, F., Crausaz, S., Godman, B., Garner, S., Choudhury, M., Pearson, S.-A., Viney, R., Lopert, R. et Elshaug, A.G. (2015) : « Disinvestment and value-based purchasing strategies for pharmaceuticals. An international review », in *PharmacoEconomics*, vol. 33, n° 9, pp. 905-924.

Wild, C. et Patera, N. (2014), « Assessment-APPRAISAL-Decision. (Good) practice examples and recommendations », *Decision Support Document n° 72* (Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment), vol. 2014.

OFSP (2013), *Politique de la santé: les priorités du Conseil fédéral. Santé2020*, [Berne: OFSP].

Ibargoyen-Roteta, N., Gutiérrez-Ibarluzea, I. et Asua, J. (2010) : « Guiding the process of health technology disinvestment », in *Health Policy*, vol. 98, n° 2-3, pp. 218-226.

Koch, P., Schilling, J., Läubli, M., Mitscherlich, F., Melchart, D. et Bellucci, S. (2009) : « Health technology assessment in Switzerland », in *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 25, suppl. pp. 174-177.

Drummond, M.F., Schwartz, J.S., Jönsson, B., Luce, B.R., Neumann, P.J., Siebert, U. et Sullivan, S.D. (2008) : « Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions », in *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 24, n° 3, pp. 244-258 ; discussion, pp. 362-368.

**Klazien Matter-Walstra**

Docteur ès sciences naturelles, responsable de la section Évaluation des technologies de la santé, OFSP.

klazien.matter-walstra@bag.admin.ch

**Mark Finlayson**

PhD, MSc, collaborateur scientifique, section Évaluation des technologies de la santé, OFSP.

mark.finlayson@bag.admin.ch

POLITIQUE SOCIALE

L'influence de la grève générale sur la politique sociale au lendemain de la Première Guerre mondiale

Martin Lengwiler, Université de Bâle
Matthieu Leimgruber, Université de Zurich

Dans la mémoire historique, la grève générale de 1918 reste associée à la confrontation entre la classe ouvrière et la bourgeoisie qui a marqué la période de l'entre-deux-guerres. Ses effets sur la politique sociale sont pourtant méconnus.

Les deux guerres mondiales du XX^e siècle ont exercé une influence décisive et durable sur le développement des États-providence en Europe. Nombre de réformes sociales sont la conséquence d'interventions de l'économie de guerre ou ont été introduites à la fin des conflits, en quelque sorte en tant que dividendes de la paix. On ne saurait comprendre les réformes sociales de la République de Weimar sans l'arrière-plan de la Première Guerre mondiale, ni l'étatisation du système de santé britannique en faisant abstraction du contexte de la Seconde Guerre mondiale (Obinger/Petersen/Starke 2018).

Ce constat vaut également pour la Suisse. La création de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) en 1948 aurait été impensable sans l'introduction, en 1939, du régime des allocations pour perte de gain en cas de service militaire. La Première Guerre mondiale a, elle aussi, on l'oublie souvent, eu une influence décisive sur la politique sociale. Confrontées à un conflit plus long que prévu, les autorités fédérales doivent

relever des défis considérables en matière de politique économique et sociale. L'inflation pèse sur le pouvoir d'achat, surtout durant la seconde moitié de la guerre. À partir de 1917, la guerre économique menée par la Triple-Entente contre l'Allemagne et la Suisse entraîne des pénuries.

Pendant les deux dernières années de la guerre, une part importante de la main-d'œuvre urbaine tombe dans la pauvreté. À l'exception de l'assistance publique, il n'existe quasiment aucune protection sociale. Certes, la Confédération introduit un impôt fédéral direct pour couvrir ses besoins de financement. Elle restreint la liberté du commerce et de l'industrie afin de maintenir l'approvisionnement du pays, et collabore étroitement avec les associations faïtières de l'économie. Elle apporte également des subventions et des allègements fiscaux, notamment aux caisses-maladie et aux caisses de pension. Mais il manque un système d'assurance perte de gain pour les plus de 200 000 soldats au départ. Avec la mobi-

lisation, quantité de familles perdent leur source de revenus. La population active est par ailleurs mal protégée contre le risque d'accident, p. ex. sur le lieu de travail. Bien que la base légale pour la création de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA, aujourd'hui Suva) ait été introduite dès 1912, celle-ci ne commence son activité qu'en 1918, en raison des retards liés à la guerre (cf. Jaun/Straumann 2016 ; Leimgruber 2018 ; Rossfeld/Straumann 2008).

RENDICATIONS EN MATIÈRE DE POLITIQUE SOCIALE

La grève générale de novembre 1918, à laquelle participent plus de 250 000 travailleurs et qui conduit le Conseil fédéral à déployer des troupes, s'inscrit dans le contexte de la crise économique et sociale des dernières années de la guerre. Certaines des revendications du Comité d'Olten, constitué en février de la même année par des représentants de la social-démocratie et des syndicats pour coordonner les activités politiques à l'échelle nationale, font référence à ces conditions difficiles : mise en place d'un service de subsistance, d'un monopole d'État pour le commerce extérieur, d'un impôt sur la fortune pour rembourser la dette publique et d'une assurance publique pour la vieillesse et l'invalidité.

La Confédération ne reste pas inactive après la grève générale. La stratégie suivie par les autorités est néanmoins ambivalente. D'un côté, les responsables de la grève sont poursuivis et, pour certains d'entre eux, condamnés à de lourdes peines (Gautschi 2018, pp. 355-380). D'un autre côté, les représentants des milieux radicaux et catholiques-conservateurs acceptent d'engager des réformes sociales. Tenant compte de certaines revendications des grévistes, le Conseil fédéral et le Parlement lancent plusieurs initiatives qui peuvent être vues comme une tentative de tirer des enseignements des expériences de la Première Guerre mondiale et de la grève générale.

La grève générale a eu une influence directe et importante sur la mise en place d'un système public de prévoyance vieillesse. Déjà dans les années 1890, l'idée d'introduire une assurance-vieillesse et invalidité sur le modèle bismarckien avait été discutée au niveau fédéral. Le gouvernement avait toutefois mis la priorité sur l'assurance-maladie et accidents, et avait reporté à plus tard la prévoyance vieillesse, ce qui explique la revendication du Comité d'Olten (Leimgruber 2008, pp. 31-40).

OPTIMISME ET DÉSILLUSION Au lendemain de la Première Guerre mondiale, sous l'impulsion de la grève générale, le Conseil fédéral remet le projet d'assurance-vieillesse et invalidité à l'ordre du jour. En juin 1919, il rend public un projet d'assurance combinée, dont les rentes seraient financées par des recettes fiscales des cantons et de la Confédération (Leimgruber 2008, pp. 58-64, 83-102).

L'architecte du projet est Edmund Schulthess, conseiller fédéral radical qui dirige le Département de l'économie publique de 1912 à 1935 et dont l'engagement politique repose à la fois sur une proximité avec les milieux économiques et sur un attachement au partenariat social. Animé par la conviction qu'un développement de l'État social permettrait de dépasser l'opposition entre la bourgeoisie et la classe ouvrière, il défend la notion d'assurance au motif qu'elle permettrait d'éviter les tensions sociales et les conflits ouverts. La « réforme sociale » devient alors, aux yeux des contemporains, la réponse adaptée aux risques de conflit social associés au capitalisme (Leimgruber 2008, pp. 74-76). Avec l'introduction du scrutin proportionnel en 1919, le Conseil fédéral satisfait une autre revendication de la grève générale.

Le projet d'assurance-vieillesse du Conseil fédéral bénéficie aussi de l'initiative populaire fédérale lancée par Christian Rothenberger en 1920. Conseiller national radical bâlois bien disposé à l'égard de la social-démocratie, ce dernier appelle de ses vœux l'introduction d'une assurance-vieillesse et invalidité largement financée par l'impôt. Son projet est plus progressiste que celui du Conseil fédéral et recueille un large soutien, en particulier des sociaux-démocrates. Cette phase d'optimisme est néanmoins de courte durée. Les travaux du Conseil fédéral sont retardés par la récession économique des années 1921/22. En 1925, l'initiative est repoussée par le peuple. Si la proposition du Conseil fédéral pour l'instauration d'un système de prévoyance vieillesse est acceptée lors d'une autre votation, elle porte uniquement sur un principe constitutionnel donnant à la Confédération la compétence d'introduire une assurance-vieillesse et survivants (AVS), puis une assurance-invalidité. Or l'échec de l'initiative Rothenberger conduit le Conseil fédéral à ne pas précipiter les choses. Il accorde la priorité à l'AVS et range dans ses tiroirs les plans pour une assurance-invalidité (Pellegrini 2002 ; Leimgruber 2008, pp. 83-102).

La loi sur l'AVS, élaborée par le Conseil fédéral après 1925, se limite à une modeste garantie minimale, financée à par-

tir des cotisations prélevées sur les salaires et des prestations provenant du produit des taxes sur l'alcool et le tabac. Même cette version minimaliste du projet de loi, fait naufrage lors du référendum de 1931. Une alliance contre nature de fédéralistes opposés à toute forme de centralisation, de libéraux conservateurs sur le plan fiscal et de catholiques-conservateurs parvient à réunir contre le texte une large majorité de 60 % des votants. Après cet échec, le projet AVS est mis en veille (Leimgruber 2009b, pp. 127-135).

Les difficultés rencontrées au niveau fédéral ne paralysent pas complètement le développement de l'AVS. Dans le sillage des débats fédéraux, divers modèles prennent forme au niveau cantonal. Déjà avant la guerre, de nombreux cantons disposaient de caisses AVS, surtout pour leurs fonctionnaires. L'année 1919 est marquée par une véritable vague d'initiatives législatives (Message du Conseil fédéral de 1919, pp. 44-51).

Les expériences de la Première Guerre mondiale et de la grève générale auront aussi une influence indirecte sur la politique sociale menée durant la Seconde Guerre mondiale et sur la création de l'AVS. Sur le plan organisationnel, l'AVS s'appuie sur le régime des allocations pour perte de salaire et gain (APG) : Conçu avant même l'éclatement de la guerre, il fait partie des premières mesures d'économie de guerre décidées durant l'été 1939. L'assurance offrait aux soldats mobilisés une compensation de revenu et évitait ainsi les situations de détresse et les risques de protestation rencontrés durant la Première Guerre mondiale. En ce sens, elle procède du souci de prévention qui caractérisait déjà les initiatives des années 1920 en matière de politique sociale. L'AVS tire profit de l'existence du régime des APG en reprenant son appareil administratif après la démobilisation de l'armée (Leimgruber 2009a).

PERCÉE DÉCISIVE DANS LA RÉGLEMENTATION DU TEMPS DE TRAVAIL

L'élan que connaît la politique sociale après la Première Guerre mondiale a des effets plus marqués sur la réduction des heures de travail et sur l'assurance-chômage. Le principe d'une semaine de travail de 48 heures, revendication de longue date des syndicats, s'impose progressivement après la grève générale. Après la guerre, la norme hebdomadaire est inscrite dans plusieurs conventions collectives ainsi que dans les révisions de la loi sur les fabriques (1919) et de la loi sur la durée du travail dans les entreprises de transport (postes et chemins de fer, 1920) (Degen 2015).

La réglementation de l'assurance-chômage connaît, elle aussi, une avancée décisive. À la suite de la grève générale, la Confédération met en place un système de subventions pour des caisses publiques, paritaires et syndicales. L'idée ne va certes pas dans le sens d'une étatisation des caisses ou d'une obligation générale de s'assurer, et les subventions restent modestes au début. La loi fédérale de 1924 constitue néanmoins la première réglementation nationale sur l'assurance-chômage. Son importance sera particulièrement évidente après 1930, lorsque la crise économique mondiale frappe la Suisse. De nombreuses caisses de chômage voient alors leurs recettes s'effondrer et leurs dépenses exploser. La Confédération sauvera nombre d'entre elles en augmentant ses subventions. Les caisses des syndicats, p. ex., couvrent plus de trois quarts de leurs dépenses à l'aide des contributions de la Confédération (Togni 2009, pp. 102-104).

La grève générale n'a eu au mieux qu'une influence indirecte sur le développement de l'assurance-maladie. Les premières décisions sur cette question avaient déjà été prises avant 1918. Depuis 1912, la loi sur l'assurance-maladie et accidents permet à la Confédération de subventionner les caisses-maladie qui opèrent dans le cadre d'un régime obligatoire d'assurance-maladie au niveau cantonal ou local. Malgré l'absence d'obligation à l'échelle nationale, l'assurance-maladie se répand rapidement dans les cantons grâce aux subventions fédérales. Pendant la Première Guerre mondiale, les cantons de Bâle-Ville, Lucerne, Zoug, Zurich et Schwyz introduisent des régimes obligatoires. Ceux de Saint-Gall, de Berne, d'Appenzell Rhodes-Intérieures, du Tessin, des Grisons et d'Uri suivent après la guerre. À la fin des années 1930, près de la moitié de la population est assurée, sous une forme ou une autre, contre la maladie (Lengwiler 2009, pp. 167-172). La guerre a vraisemblablement accéléré cette évolution.

CAS PARTICULIER DE L'ASSURANCE-ACCIDENTS

L'influence de la grève générale et de la Première Guerre mondiale sur l'histoire de la CNA n'est, elle aussi, au mieux qu'indirecte. La CNA commence son activité en avril 1918, soit six mois avant la grève générale. La façon dont elle conçoit son rôle ne s'inscrit toutefois pas dans un climat d'optimisme en matière de politique sociale. Au cours des premières années, son activité suit un cours résolument favorable aux employeurs à la différence de l'approche partenariale qui

caractérise les conventions tarifaires et le système des caisses d'assurances. Malgré la composition tripartite du conseil d'administration, qui réunit des représentants des employeurs, des employés et des autorités fédérales, les décisions concernant le personnel sont clairement prises dans l'intérêt des employeurs. Le premier directeur, Alfred Tzaut, est un opposant au principe d'une assurance-accidents publique. Le conseil d'administration le choisit principalement pour des raisons tactiques, dans un souci de rassurer les adversaires de l'État social. Le premier médecin-chef de l'institution, Daniel Pometta, est aussi favorable aux employeurs. Dans les deux cas, les représentants des syndicats au sein du conseil d'administration s'opposent en vain à ces nominations. Ce n'est que dans les années 1930, lorsque la première génération des dirigeants part à la retraite, que le conseil d'administration s'engage dans une forme plus poussée de partenariat social. Un nombre croissant de membres du Parti socialiste suisse ou de personnalités proches des syndicats sont alors nommés à la direction de la CNA (Lengwiler 2006, pp. 223-226).

Comment résumer les conséquences de la grève générale de 1918 sur l'évolution de la politique sociale ? De toute évidence, la grève générale a modifié les débats sur la politique sociale à plusieurs niveaux : au niveau fédéral dans le cas de la prévoyance vieillesse et de l'assurance-chômage, au niveau cantonal dans le cas de l'assurance-maladie et, en partie, de l'assurance-vieillesse. Elle a surtout renforcé les solutions corporatistes entre employeurs et employés, par exemple les caisses de pension, les caisses de chômage et les caisses-maladie gérées de façon paritaire. Elle n'a toutefois pas exercé d'influence décisive sur les réformes de grande ampleur. La marge de manœuvre politique et économique durant l'entre-deux-guerres était manifestement trop étroite pour cela. ■



Martin Lengwiler

Professeur ordinaire d'histoire générale du XIX^e et du XX^e siècle, Université de Bâle.
martin.lengwiler@unibas.ch



Matthieu Leimgruber

Professeur associé d'histoire moderne et d'histoire suisse, Université de Zurich.
matthieu.leimgruber@uzh.ch

BIBLIOGRAPHIE

- Leimgruber, Matthieu (2018): « War and Social Policy Development in Switzerland, 1870–1990 », in: Obinger, Herbert; Petersen, Klaus; Starke, Peter (éds): *Warfare and Welfare: Military Conflict and Welfare State Development in Western Countries*, Oxford: Oxford University Press, pp. 364-392.
- Obinger, Herbert; Petersen, Klaus; Starke, Peter (éds) (2018): *Warfare and Welfare: Military Conflict and Welfare State Development in Western Countries*, Oxford: Oxford University Press.
- Jaun, Rudolf; Straumann, Tobias (2016): « Durch fortschreitende Verelendung zum Generalstreik? Widersprüche eines populären Narrativs », in *Mitteilungen des Historischen Vereins Zentralschweiz* 169, pp. 19-52.
- Degen, Bernard (2015): « Durée du travail », in: *Dictionnaire historique de la Suisse*, www.dhs.ch (8.7.2018).
- Lengwiler, Martin (2009): « Das verpasste Jahrzehnt. Krankenversicherung und Gesundheitspolitik (1938-1949) », in: Leimgruber, Matthieu; Lengwiler, Martin (éds), *Umbruch an der « inneren Front ». Krieg und Sozialpolitik in der Schweiz, 1938-1948*, Zurich: Chronos, pp. 165-184.
- Leimgruber, Matthieu (2009a): « Die Auseinandersetzung um die Altersversorgung », in: Leimgruber, Matthieu; Lengwiler, Martin (éds), *Umbruch an der « inneren Front ». Krieg und Sozialpolitik in der Schweiz, 1938-1948*, Zurich: Chronos, pp. 125-138.
- Leimgruber, Matthieu (2009b): « Schutz für Soldaten, nicht für Mütter. Lohnausfallentschädigung für Dienstleistende », in: Leimgruber, Matthieu; Lengwiler, Martin (éds), *Umbruch an der « inneren Front ». Krieg und Sozialpolitik in der Schweiz, 1938-1948*, Zurich: Chronos, pp. 75-100.
- Togni, Carola (2009): « Arbeitslosenversicherung. Der soziale Kompromiss für die Nachkriegszeit », in: Leimgruber, Matthieu; Lengwiler, Martin (éds), *Umbruch an der « inneren Front ». Krieg und Sozialpolitik in der Schweiz, 1938-1948*, Zurich: Chronos, pp. 101-124.
- Leimgruber, Matthieu (2008): *Solidarity Without the State? Business and the Shaping of the Swiss Welfare State, 1890-2000*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Rossfeld, Roman; Straumann, Tobias (éds) (2008): *Der vergessene Wirtschaftskrieg? Schweizer Unternehmen im Ersten Weltkrieg*, Zurich: Chronos.
- Lengwiler, Martin (2006): *Risikopolitik im Sozialstaat: Die schweizerische Unfallversicherung 1870-1970*, Cologne: Böhlau.
- Pellegrini, Luca (2002): « Les enjeux du financement de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité (1918-1920) », in: Studer, Brigitte; Guex, Sébastien; Gilomen, Hans-Jörg (éds), *De l'assistance à l'assurance sociale: ruptures et continuités du Moyen Âge au XX^e siècle*. Zurich: Chronos, pp. 297-306.
- Gautschi, Willi (1988): *Der Landesstreik 1918*, Zurich: Chronos.
- Message du Conseil fédéral à l'Assemblée fédérale concernant l'attribution à la Confédération du droit de légiférer en matière d'assurance-invalidité, vieillesse et survivants, et la création des ressources nécessaires à la Confédération pour les assurances sociales, 21 juin 1919, in: *FFIV 1 1919*, pp. 1-234: www.admin.ch > Droit fédéral > Feuille fédérale > 1919.

POLITIQUE SOCIALE

Compte global des assurances sociales 2016/2017

Salome Schüpbach,
Stefan Müller, Office fédéral des assurances sociales

En 2016, les recettes des assurances sociales ont progressé de 1,3 % et les dépenses, de 1,1 %. Le résultat, de 17 milliards de francs, affiche ainsi une légère amélioration par rapport à l'exercice précédent. La publication des données de 2016 permet de présenter l'évolution des assurances sociales sur une période de 30 ans.

COMPTE GLOBAL 2016 Étant donné que les données financières de la PP, de l'AMal, de l'AA et des AF dépendent de structures décentralisées, les chiffres définitifs utilisés pour le compte global des assurances sociales (CGAS) ne sont disponibles qu'une année au mieux après la fin de l'exercice considéré. C'est pourquoi le compte global le plus récent, établi en 2018, est basé sur les chiffres de 2016.

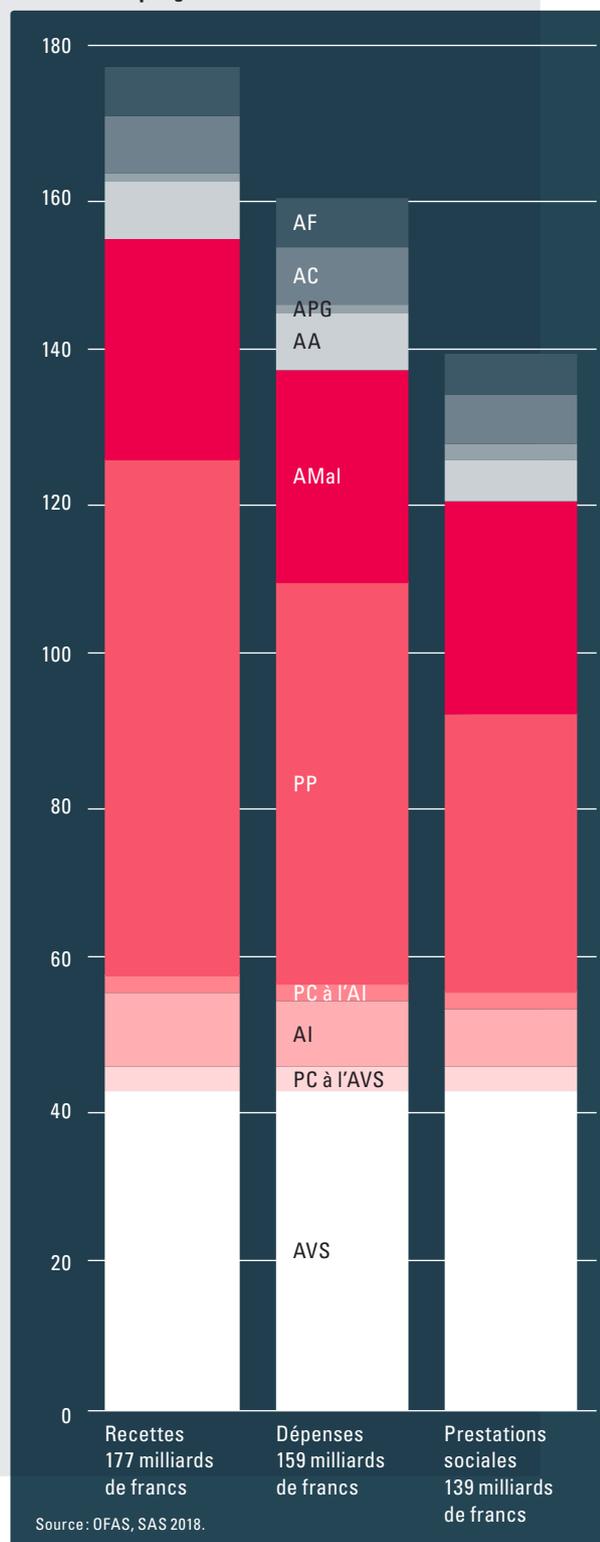
En 2016, les recettes de l'ensemble des assurances sociales (177 milliards de francs) ont été supérieures aux dépenses (159 milliards de francs ; voir tableau T1). Ajouté aux variations de valeur du capital de 22 milliards de francs (voir encadré), le résultat du compte global de plus de 17 milliards de francs a entraîné une augmentation du capital des assurances sociales de près de 40 milliards de francs. Ce capital s'établit désormais à 922 milliards de francs, un montant proche du billion.

Rapporté au PIB de 659 milliards de francs, il atteint la valeur la plus élevée jamais enregistrée, soit 140 %.

Les recettes comme les dépenses du CGAS représentent près d'un quart du PIB. La PP occupe une place prépondérante pour ce qui est des recettes et des dépenses, tandis que c'est l'AVS qui verse la part la plus importante des prestations sociales. Les différentes assurances sociales ont versé des prestations pour un montant de 139 milliards de francs, ce qui correspond à un taux des prestations sociales (rapport des prestations sociales au PIB) de 21,1 %. Avec le chiffre de 20,7 % de l'année précédente, il s'agit de la valeur la plus élevée jamais enregistrée. Des taux compris entre 20,1 et 20,4 % avaient déjà été atteints entre 2003 et 2005.

Structure du compte global 2016

G1



Le CGAS comprend les huit assurances sociales, à savoir :

l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) ;
 l'assurance-chômage (AC) ;
 la prévoyance professionnelle (PP) ;
 les allocations pour perte de gain (APG) ;
 les allocations familiales (AF) ;
 l'assurance-invalidité (AI) ;
 l'assurance-maladie (AMal) ;
 l'assurance-accidents (AA) ;

et

les prestations complémentaires (PC) à l'AVS et à l'AI qui, en tant que prestations sous condition de ressources, garantissent la couverture des besoins vitaux.

PREMIER APERÇU DU COMPTE GLOBAL 2017

Les données les plus récentes des assurances sociales gérées de manière centralisée – à savoir l'AVS, l'AI, les PC, le régime des APG et l'AC – fournissent de premières indications concernant le compte global 2017 : l'AVS, l'AI et le régime des APG ont enregistré une augmentation des cotisations salariales de près de 1 % en 2017, contre 1,9 % dans le cas de l'AC. Les contributions des pouvoirs publics à l'AVS et à l'AI, financées par des impôts généraux et des impôts à affectation liée, ont augmenté d'environ 2 %. Si l'on tient compte des fluctuations annuelles du produit courant du capital, les recettes de l'AVS ont progressé de 1,3 %, celles de l'AI de 1,7 %, celles du régime des APG de 1,0 % et celles de l'AC de 1,8 %. Puisque les dépenses de l'AI (0,4 %), du régime des APG (-1,2 %) et de l'AC (-1,5 %) ont à peine augmenté ou même diminué, le résultat de ces trois assurances s'est amélioré en 2017. Seule l'AVS, qui a connu une augmentation des dépenses (1,8 %) clairement supérieure à celle des recettes (1,3 %), a connu en 2017 une détérioration de son résultat, qui est passé de -145 millions à -375 millions de francs. Les résultats combinés de l'AVS, de l'AI, du régime des APG et de l'AC se sont améliorés de près de

Le CGAS ne tient pas compte des variations de valeur du capital dans les recettes courantes

Les recettes du CGAS sont calculées sans les variations de valeur du capital. Ces dernières sont volatiles, car elles dépendent de l'évaluation des marchés financiers. Si on prend l'exemple du SMI, les gains de 14 % réalisés en 2017 avaient été réduits de moitié en février 2018. En outre, les variations de valeur du capital ne font pas partie du cycle économique et ne peuvent donc pas être comparées directement avec le PIB. La création de valeur qui en résultera éventuellement ne sera effective que plus tard.

Compte global des assurances sociales 2016 (en milliards de francs)

T1

	AVS	PC	AI	PC	PP	AMal	AA	APG	AC	AF	Total
	AVS		AI		CGAS						
Total recettes	42,4	2,9	10,0	2,0	68,4	28,7	7,8	1,7	7,6	6,1	177
Total dépenses	42,5	2,9	9,2	2,0	52,7	28,6	7,0	1,7	7,4	5,9	159
dont prestations sociales	42,3	2,9	8,4	2,0	36,7	27,4	5,9	1,7	6,7	5,8	139
Résultat CGAS	-0,1	-	0,8	-	15,7	0,1	0,8	-0,1	0,2	0,1	17
Capital	44,7	-	-6,4	-	816,6	12,3	53,2	1,0	-1,4	1,7	922

Source : SAS 2018.

Compte global des assurances sociales 2016 (taux de variation en pour-cent)

T2

	AVS	PC	AI	PC	PP	AMal	AA	APG	AC	AF	Total
	AVS		AI		CGAS						
Total recettes	1,2	2,8	-0,6	2,1	0,3	5,5	0,9	-8,7	1,6	2,0	1,3%
Total dépenses	1,9	2,8	-1,1	2,1	-1,5	2,9	4,8	2,5	8,4	0,6	1,1%
dont prestations sociales	1,9	2,8	0,4	2,1	3,3	-4,0	2,7	2,5	9,1	0,6	2,9%
Résultat CGAS	-187,0	-	6,5	-	6,6	-124,6	-24,4	-154,2	-74,5	281,6	3,5%
Capital	1,0	-	-11,4	-	4,8	1,5	2,1	-4,8	-10,1	7,3	4,5%

Source : SAS 2018.

200 millions de francs. Cela signifie que le résultat du CGAS 2017, pour la partie qui est déjà connue, est légèrement meilleur que celui de 2016.

30 ANNÉES DE CGAS : ÉVOLUTION DE L'IMPORTANCE DES DIFFÉRENTES ASSURANCES SOCIALES Cela fait désormais 30 ans que l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) calcule le CGAS. Les prestations sociales constituent l'élément le plus important de ce compte (voir graphique G2).

LA PP ENREGISTRE LA PLUS FORTE PROGRESSION DES PRESTATIONS SOCIALES Au cours de la période allant de 1987 à 2016, c'est dans la PP que les prestations sociales ont progressé le plus fortement. La PP n'est obligatoire que depuis 1985 et est donc en phase de constitution jusqu'en 2025, où une première classe d'âge atteindra l'âge de la retraite en disposant d'une durée complète de cotisation. Jusqu'en 2007/2008, le total des prestations de la PP

avait tendance à se rapprocher de celui de l'AVS ; depuis lors, les deux valeurs suivent des trajectoires plus ou moins parallèles. Il semble donc que, malgré des recettes nettement plus importantes, la PP n'atteindra pas, dans un avenir proche, un volume total de prestations équivalent à celui de l'AVS (voir graphique G1).

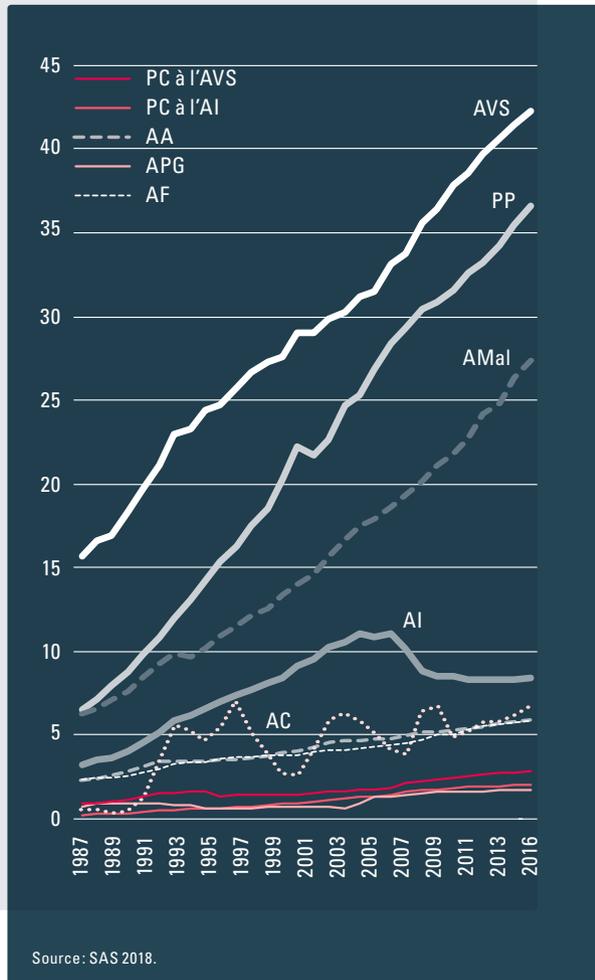
L'AMal affiche une progression de plus en plus marquée, ce qui reflète l'augmentation des coûts de la santé. L'évolution de la courbe de l'AI illustre la transformation structurelle

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.

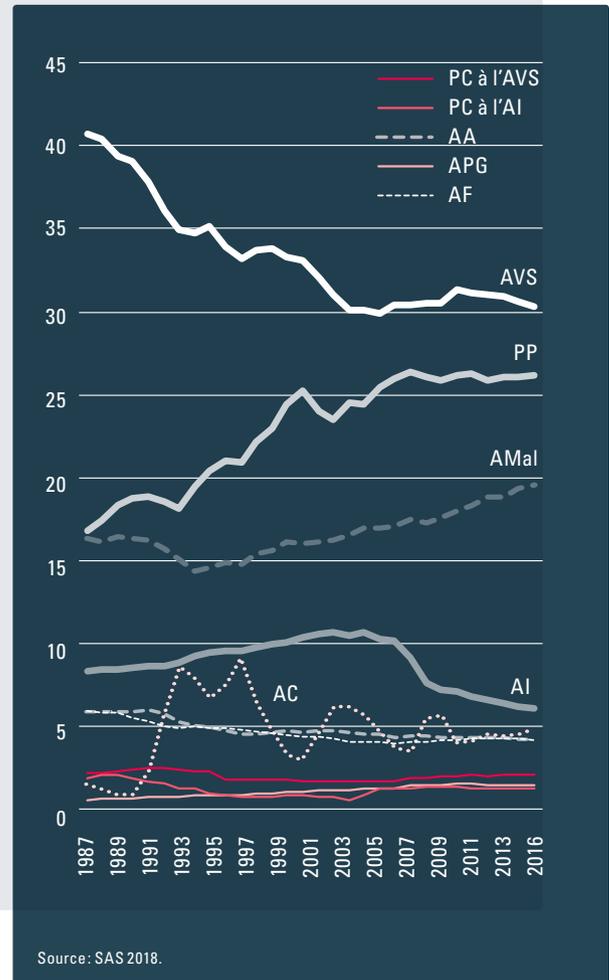
Prestations sociales 1987-2016
(évolution du montant total, en milliards de francs)

G2



Prestations sociales 1987-2016
(part des assurances dans le volume total, en pour-cent)

G3



de l'AI d'une assurance de rente en une assurance de réadaptation telle qu'elle a été décidée à l'occasion de la 5^e révision de l'AI du 6 octobre 2006. En 2008 et 2009, après l'entrée en vigueur du nouveau système de péréquation financière (suppression des subventions aux institutions), et de façon moins marquée après 2009, le total des prestations sociales de l'AI a même diminué, avant de se stabiliser à partir de 2012.

L'AC est la seule assurance sociale qui couvre un risque économique, ce qui se reflète clairement dans la trajectoire cyclique du montant total de ses prestations. La situation

sur le marché du travail s'est nettement détériorée dans les années 1995, 2001-2002 et 2009, ce qui a chaque fois entraîné une augmentation des prestations de cette assurance.

Alors que le volume des prestations des AF, de l'AA, des PC à l'AVS et des PC à l'AI affiche une tendance à la hausse sur l'ensemble de la période, celui du régime des APG est d'abord orienté à la baisse jusqu'en 2004, en raison de la diminution du nombre de personnes qui font du service, puis augmente à partir de 2005, en raison de l'extension du régime des APG à l'allocation de maternité.

Sur 20 ans, la part de l'assurance-maladie dans le volume des prestations des assurances sociales a augmenté de 5 points.

ÉVOLUTION DE LA PART DES DIFFÉRENTES ASSURANCES SOCIALES DANS LE VOLUME TOTAL DES PRESTATIONS SOCIALES

La part des différentes assurances sociales dans le total des prestations illustre l'évolution de l'importance relative de ces assurances au cours des 30 dernières années. Bien que la part combinée de l'AVS et de la PP soit restée à peu près stable (entre 53 et 58 % sur l'ensemble de la période, ou même entre 55 et 57 % depuis 2004), l'importance respective de ces assurances a évolué de manière inversée : alors que la part de l'AVS dans le total des prestations a baissé de dix points de pourcentage jusqu'en 2006 avant de se stabiliser autour de 30 %, la part de la PP a augmenté de près de dix points jusqu'en 2008 pour s'établir autour de 26 % depuis lors. L'AMal a vu son importance relative augmenter de façon constante. Sur 20 ans, soit de l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie obligatoire en 1996 à 2016, sa part dans le volume total des prestations des assurances sociales a augmenté de cinq points. Depuis 2005, la part de l'AI a presque diminué de moitié, passant de 11 à 6 %. L'AA, quant à elle, a perdu une grande partie de son importance par rapport à 1987. La part des AF, qui était de 6 % en 1987, oscille autour de 4 % depuis 2009, année depuis laquelle des seuils minimaux s'appliquent dans l'ensemble de la Suisse. ■

Le présent article est basé sur la « Statistique des assurances sociales suisses » (SAS) 2018 de l'OFAS, qui paraîtra fin 2018.

N^{os} de commande (gratuit) :

SVS 318.122.18D

SAS 318.122.18F

Le rapport annuel « Assurances sociales 2017 : rapport annuel selon l'article 76 LPGa » expose l'évolution récente et les chiffres clés actuels de toutes les assurances sociales et informe sur les réformes en cours.

N^{os} de commande (10 francs par exemplaire) :

Sozialversicherungen 2017 318.121.17D

Assurances sociales 2017 318.121.17F

Assicurazioni sociali 2017 318.121.17I

La « Statistique de poche 2018 » contient les principales informations sur les assurances sociales et sur le compte global 2016.

N^{os} de commande (gratuit) :

Taschenstatistik 318.001.18D

Statistique de poche 318.001.18F

Statistica tascabile 318.001.18I

Pocket statistics 318.001.18ENG

www.ofas.admin.ch > Publications et services > Statistiques

À commander auprès de : OFCL, Diffusion des publications fédérales, 3003 Berne, ou www.publicationsfederales.admin.ch



Salome Schüpbach

Licenciée en sciences politiques, collaboratrice scientifique, secteur Données de base et analyses du domaine Mathématiques, analyses, statistiques et standards, OFAS.

salome.schuepbach@bsv.admin.ch



Stefan Müller

Docteur ès sciences politiques, expert scientifique, secteur Données de base et analyses du domaine Mathématiques, analyses, statistiques et standards, OFAS.

stefan.mueller@bsv.admin.ch

FAMILLE, GÉNÉRATIONS ET SOCIÉTÉ

Congé de maternité : interruptions de travail avant et après l'accouchement

Melania Rudin, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS)

Une étude portant sur le congé de maternité prénatal livre pour la première fois des indications sur les interruptions de travail des mères avant et après l'accouchement, mais aussi sur les lacunes de couverture, les baisses de revenu et les difficultés que rencontrent les femmes et les employeurs concernés.

Le cadre légal qui protège, du point de vue du droit du travail et sur le plan économique, les femmes enceintes, les accouchées et les mères qui allaitent pendant la période dite de maternité (art. 5 LPGA) est défini dans la loi sur l'égalité (LEg), la loi sur le travail (LTr), le code des obligations (CO) et la loi sur les allocations pour perte de gain (LAPG).

Tandis que la LEg interdit toute discrimination des travailleuses se fondant sur une grossesse, la LTr et les ordonnances qui s'y rapportent protègent la santé de la plupart des travailleuses pendant leur grossesse et juste après leur accouchement – notamment au moyen d'une interdiction d'occupation durant les huit semaines qui suivent l'accouchement – et posent les conditions auxquelles les femmes enceintes peuvent être occupées (protection de la maternité). En ce qui concerne les rapports de travail de droit privé,

le CO prévoit le droit à un congé de maternité ainsi que la protection contre le licenciement pendant la grossesse et le congé de maternité. Enfin, la LAPG et son règlement définissent le maintien minimal du paiement du salaire pendant le congé de maternité.

Pour ce qui est du congé de maternité et de la protection contre le licenciement dans le service public, ce sont les lois sur le personnel de la Confédération, des cantons ou des communes qui s'appliquent au lieu du CO. La majorité des cantons et la Confédération sont plus généreux que la LAPG et le CO en permettant en particulier aux femmes de prendre un congé prénatal, en général de deux semaines, et en leur accordant tout de même quatorze semaines de congé de maternité après l'accouchement.

OBJET ET CONCEPTION DE L'ÉTUDE Afin de vérifier la thèse selon laquelle les normes légales en vigueur ne prennent pas suffisamment en compte les interruptions de travail avant l'accouchement, que connaissent la plupart des femmes enceintes, le Conseil des États a transmis au Conseil fédéral le postulat Maury Pasquier (15.3793) exigeant de lui qu'il décrive dans un rapport l'étendue et les motivations des interruptions de travail avant la grossesse ainsi que la sécurité financière qui en découle pour les femmes enceintes, et qu'il examine l'éventualité d'un congé de maternité prénatal.

Ce rapport se fonde, d'une part, sur une étude réalisée pour l'OFAS qui a analysé le cadre légal en vigueur de la protection des mères et de la santé avant l'accouchement et, d'autre part, sur une enquête menée auprès des mères qui ont reçu une allocation pour perte de gain après l'accouchement et auprès des employeurs sur la pratique en matière de protection des employées pendant toute la période de maternité. L'étude s'appuie sur les réponses de 2809 femmes ayant droit à une allocation de maternité et de 3575 entreprises.

CADRE LÉGAL PENDANT LA GROSSESSE L'analyse du cadre légal et réglementaire de la sécurité des employées enceintes a permis d'identifier diverses lacunes et difficultés.

LACUNES DE COUVERTURE Il existe des lacunes de couverture dans la LTr et dans le CO. D'une part, les employées qui travaillent dans le secteur agricole ou dans des ménages privés et les travailleuses à domicile ne sont pas ou que partiellement soumises à la LTr. La protection qui y est prévue contre les activités dangereuses ou pénibles ne s'applique donc pas pour elles. D'autre part, les dispositions du CO relatives à l'obligation pour l'employeur de continuer à verser le salaire en cas de maladie valent aussi pour les incapacités de travail liées à la grossesse. Étant donné que le maintien du paiement du salaire est calculé en fonction du nombre d'années travaillées et qu'il ne dure que quelques semaines lors des premières années de service, une incapacité de travail liée à la grossesse peut, selon la durée de l'engagement, entraîner une perte de gain parfois totale pour l'employée.

DÉFIS Ce sont en particulier les femmes ayant un travail atypique ou employées depuis peu qui sont les plus vulnérables lorsqu'elles sont enceintes, tant du point de vue du droit du travail que sur le plan économique.

– Les femmes qui tombent enceintes pendant leur période d'essai ne bénéficient pas du maintien du paiement du salaire en cas d'interruption de travail pour des raisons de santé, ni d'aucune protection contre le licenciement.

– Les employées en contrat à durée déterminée ne sont pas non plus protégées contre le licenciement, car le CO ne prévoit pas de possibilité de résilier un tel contrat, qui prend donc fin à son terme.

– Pour les femmes qui ont des revenus fluctuants, une réduction volontaire ou non de leur horaire de travail peut entraîner, outre une baisse de leur salaire à court terme, une diminution du montant de leur allocation de maternité après l'accouchement.

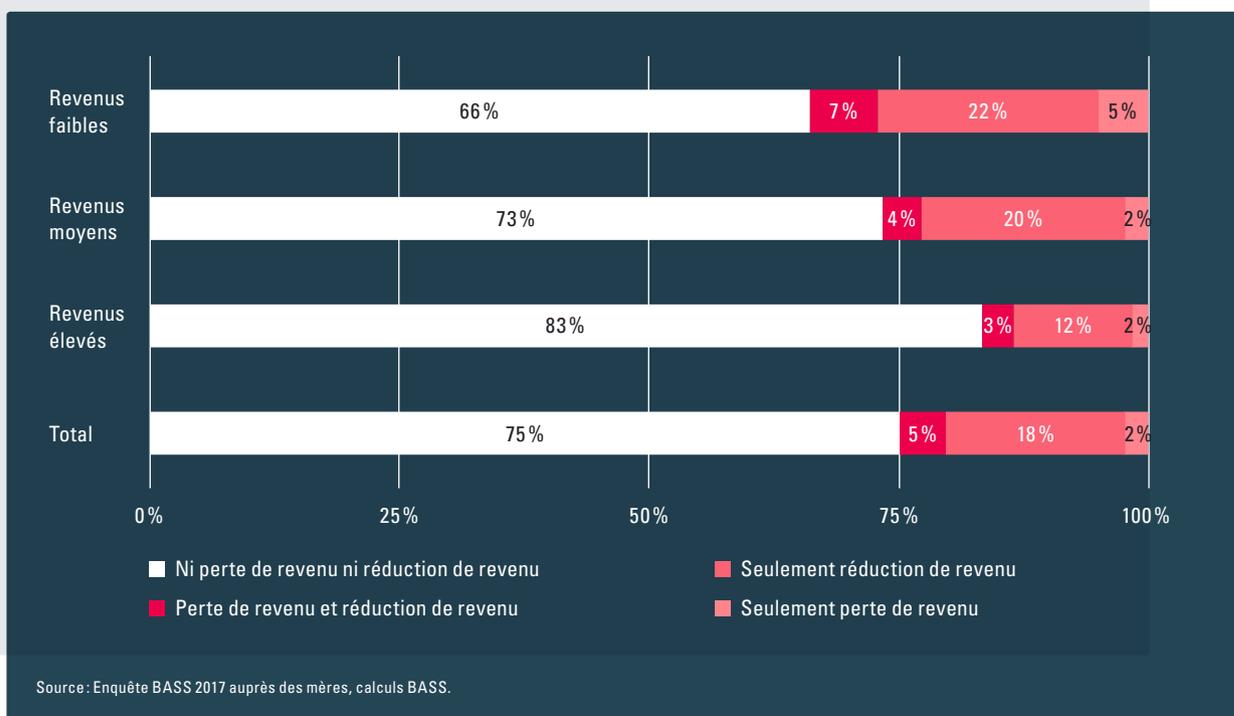
– Les femmes au chômage qui sont en incapacité de travail liée à la grossesse sont considérées comme non aptes au placement, de sorte que leur droit à une allocation est limité à 30 indemnités journalières, comme pour toute personne inapte au placement. Il n'existe pas, pendant le chômage, de sécurité équivalente à la protection contre le licenciement dont bénéficient les salariées ; une femme qui arrive en fin de droit au cours de sa grossesse perd donc le droit à des allocations de maternité après l'accouchement.

LA MATERNITÉ DU POINT DE VUE DES EMPLOYÉES ET DES EMPLOYEURS

PROTECTION DE LA MATERNITÉ La LTr et les ordonnances qui s'y rapportent règlent la protection de la maternité. En vertu de l'art. 63 de l'ordonnance 1 relative à la loi sur le travail, toute entreprise est tenue de faire réaliser une analyse de risques pour les activités qui y sont réalisées par les femmes enceintes et à dispenser en temps utile – c'est-à-dire avant une éventuelle grossesse – aux femmes exerçant une activité pénible ou dangereuse l'intégralité des informations sur les risques que cette affectation comporte, ainsi que sur les mesures prescrites. Plus de la moitié des femmes interrogées qui déclarent avoir effectué à plusieurs reprises des tâches considérées comme dangereuses ou pénibles pour la mère et l'enfant n'ont pas été informées de ces dangers par leur employeur. Au total, 16 % des employeurs interrogés estiment, à tort, qu'il est de la responsabilité des femmes concer-

Part des femmes subissant des diminutions de revenu pendant la grossesse

G1



nées de s'informer sur les dangers potentiels et d'en parler, le cas échéant, à leur supérieur hiérarchique.

INTERRUPTIONS DE TRAVAIL PENDANT LA GROSSESSE

Les résultats de l'enquête réalisée auprès des mères et auprès des employeurs montrent que les interruptions de travail avant l'accouchement sont un phénomène très répandu : 81 % des femmes interrogées et 86 % des entreprises interrogées ont déjà été confrontées à des interruptions de travail de femmes enceintes pour des raisons de santé. La plupart des femmes concernées étaient totalement incapables de travailler, et quelques-unes souffraient d'une incapacité partielle. Ces interruptions de travail ont duré en moyenne six semaines et ont été bien plus souvent motivées par des problèmes de santé que par la dangerosité ou la pénibilité des tâches à accomplir.

La majeure partie des interruptions de travail ont eu lieu peu avant le terme de la grossesse. Plus de deux tiers des femmes interrogées ont été en arrêt maladie à temps plein ou

à temps partiel pendant les deux dernières semaines de grossesse. Ce pourcentage s'élève à 76 % les tout derniers jours avant l'accouchement. Par contre, 16 % des femmes ont travaillé quasiment jusqu'à la naissance de leur enfant.

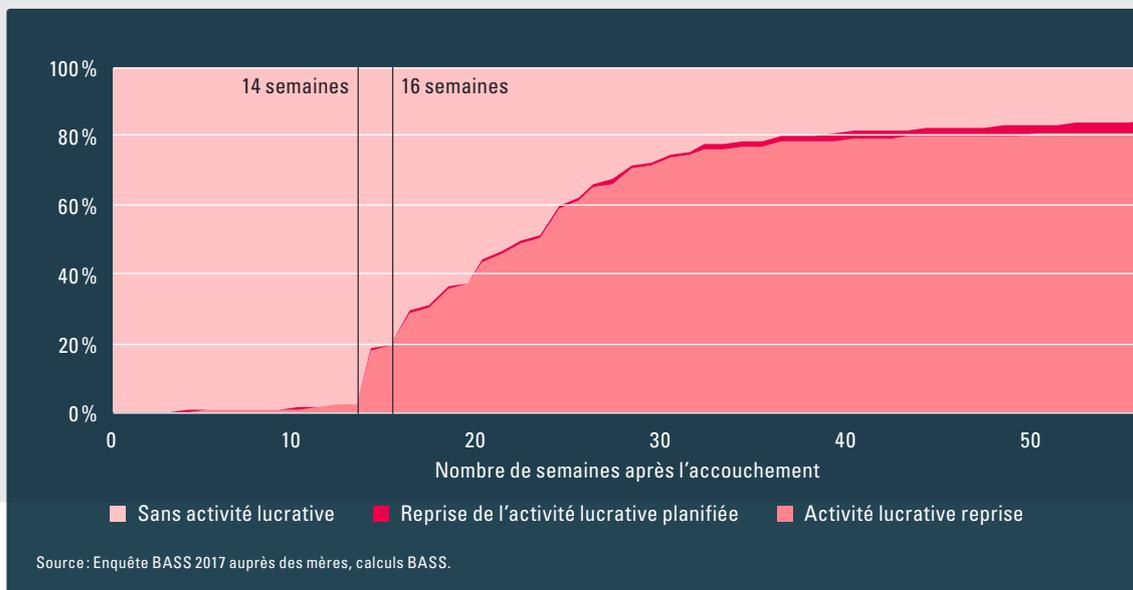
PROTECTION FINANCIÈRE Les femmes comme les entreprises indiquent avoir connu des désavantages économiques en lien avec une maternité.

Un quart des femmes interrogées ont dû encaisser une diminution de leur revenu pendant leur grossesse, les pertes étant plus fréquemment partielles que totales. Les risques de pertes financières sont particulièrement importants pour les femmes jeunes, rémunérées à l'heure, qui ont peu d'ancienneté, un faible niveau d'étude ou de bas revenus (voir graphique G1).

Les entreprises bénéficient certes pour la plupart d'une assurance d'indemnités journalières pour continuer à verser son salaire à une femme enceinte pour une durée limitée en cas d'interruption de travail pour des raisons de santé ; toute-

Nombre de semaines avant la reprise de l'activité lucrative

G2



fois, elles doivent supporter elles-mêmes le risque financier pendant le délai d'attente, qui peut durer de 14 à 180 jours (30 en général) selon le contrat. L'employeur ne peut également pas s'assurer contre les interruptions de travail en cas d'interdiction d'occupation fondée sur le droit du travail. S'il est dans l'impossibilité de proposer un travail équivalent à une femme enceinte, cette dernière peut se dispenser d'aller travailler et l'employeur doit lui verser, à ses frais, 80 % de son salaire antérieur.

CONGÉ DE MATERNITÉ ET REPRISE DU TRAVAIL Près de la moitié des femmes interrogées bénéficient d'une durée du congé de maternité et d'un montant d'allocation qui dépassent le seuil légal, cette part dépassant la moyenne pour les femmes qui ont un niveau de formation élevé. Les congés plus longs et mieux indemnisés sont principalement accordés au sein des grandes entreprises, des administrations publiques, des établissements de formation ainsi que dans les secteurs de la santé et du social.

Les femmes qui bénéficient d'une partie de leur congé de maternité rémunéré avant l'accouchement sont peu nombreuses (3 % des femmes interrogées). La plupart préfèrent

en effet prendre l'intégralité de leur congé après la naissance de leur enfant. Seule une minorité de femmes (18 %) reprend une activité professionnelle immédiatement après les quatorze semaines de congé de maternité. En accord avec leur employeur, plus généreux que la LAPG, la moitié des femmes interrogées reviennent travailler après 22 semaines (voir graphique G2).

Plus de 10 % des femmes déclarent que leur employeur a abordé l'éventualité de résilier le contrat de travail d'un commun accord lors de l'annonce de leur grossesse, ou qu'il a évoqué un licenciement au terme du congé de maternité. Au total, 6 % des femmes interrogées ont renoncé de leur propre initiative à leur emploi après la naissance de leur enfant, et 3 % ont été licenciées par leur employeur au terme du délai de protection contre les licenciements. Par contre, on ne sait pas combien de femmes ont renoncé à leur emploi sous la pression de leur employeur. Nombre de mères qui travaillaient avant d'accoucher mais plus au terme de leur congé de maternité ont justifié cette période de chômage par le manque de volonté de leur ancien employeur de les garder à un taux d'occupation réduit. Une analyse réalisée spécialement pour la CHSS montre qu'au total, 11 % des femmes qui avaient un

travail avant leur accouchement n'en avaient plus après leur congé de maternité, bien qu'elles souhaitent reprendre le travail. Ce chiffre monte à 15 % si on ajoute aux causes de ces longues pauses professionnelles non désirées les complications de santé ou le manque de solutions de garde des enfants.

OPPORTUNITÉ D'AGIR DU POINT DE VUE DES PARTIES INTERROGÉES L'enquête menée auprès des mères et auprès des entreprises montre qu'un congé prénatal rémunéré ne résoudrait qu'une partie des difficultés liées à la maternité.

Pour de nombreuses femmes concernées, le retour à la vie professionnelle est ardu. Leur difficulté majeure est de trouver une solution satisfaisante pour reprendre une activité professionnelle à la fin du congé de maternité. Selon les mères, que le congé de maternité soit pris en partie avant l'accouchement ou non n'est pas la question ; par contre, elles estiment que la durée totale du congé est insuffisante. Sans même parler du congé de paternité ou du congé parental, qui se situent encore plus haut dans la liste des demandes en suspens.

Pour les employeurs, la collaboration avec les médecins représente une difficulté de taille : trop souvent, ceux-ci délivrent des certificats d'incapacité de travail ou des interdictions d'affectation à certaines tâches au lieu de préciser dans quelle mesure ou à quelles conditions une activité professionnelle adaptée serait encore possible. En outre, les petites entreprises en particulier déplorent la charge financière découlant des interruptions de travail liées à la grossesse qu'elles doivent supporter pendant le délai d'attente de l'assurance d'indemnités journalières. L'obligation de verser le salaire en cas d'interdiction d'occupation est également mentionnée comme un inconvénient économique. Par ailleurs, plusieurs entreprises pointent du doigt le risque de discrimination des jeunes femmes lors du recrutement, de potentiels employeurs n'étant pas toujours prêts à assumer les éventuels frais supplémentaires liés à la grossesse.

CONCLUSION Un congé prénatal financé par les cotisations aux assurances sociales soulagerait surtout les employeurs, puisque ce sont eux qui, dans le cadre de l'obligation de continuer à verser le salaire en cas d'absences pour raisons de santé, supportent les frais salariaux non couverts. En revanche, les employées enceintes qui ont un tra-

vail stable et à durée indéterminée subiraient peu de pertes économiques car, en cas d'interdiction d'occupation, la plupart sont bien couvertes par les indemnités journalières en cas de maladie ou par le maintien du versement du salaire pour les semaines qui précèdent l'accouchement. Les difficultés économiques auxquelles les femmes doivent faire face pendant leur grossesse sont plus souvent dues à des rapports de travail atypiques ou à l'accomplissement d'une période d'essai qu'à une absence pour des raisons de santé au cours des semaines qui précèdent l'accouchement. Les femmes enceintes au chômage connaissent en particulier d'importantes lacunes de couverture. L'assurance-chômage ne donne droit qu'à 30 indemnités journalières en cas d'incapacité de travail pour raisons de santé, et les femmes peuvent arriver en fin de droit avant leur accouchement.

L'enquête montre en outre que les employeurs faillissent à leur obligation d'informer sur la protection de la maternité. Nombre d'entre eux ne savent même pas qu'ils sont tenus de réaliser une évaluation du risque pour les tâches considérées comme potentiellement dangereuses ou pénibles pour la mère et l'enfant et ne remplissent donc souvent pas leur devoir d'en informer les futures mères.

Enfin, il est à noter que les femmes et les entreprises interrogées ont été nombreuses à souligner la difficulté, à bien des égards, de trouver des solutions réalisables et soutenues par tous les acteurs pour faciliter le retour à la vie professionnelle des mères après un congé de maternité. ■

BIBLIOGRAPHIE

Rudin, Melania ; Stutz, Heidi ; Bischof, Severin ; Jäggi, Jolanda ; Bannwart, Livia (2018) : *Interruptions de travail avant l'accouchement* (en allemand, avec résumé en français) ; [Berne : OFAS]. Aspects de la sécurité sociale ; rapport de recherche n° 2/18 : www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Recherche et évaluation > Rapports de recherche.

Interruptions de travail avant l'accouchement et congé prénatal. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Maury Pasquier (15.3793) déposé le 19 juin 2015, Berne, le 2 mars 2018 : www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Recherche et évaluation > Rapports de recherche.



Melania Rudin

Master en science économiques, responsable du secteur intégration professionnelle, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS AG.
melania.rudin@buerobass.ch

FAMILLE, GÉNÉRATIONS ET SOCIÉTÉ

Congé de maternité : interruptions de travail avant l'accouchement

Andrea Künzli, Office fédéral des assurances sociales

Sur la base d'une nouvelle étude, le Conseil fédéral estime que les interruptions de travail pendant la grossesse sont bien couvertes d'un point de vue financier et qu'il n'est donc pas nécessaire d'instaurer un congé prénatal rémunéré pour les jours qui précèdent l'accouchement.

La conseillère aux États Maury Pasquier a déposé un postulat (15.3793) demandant au Conseil fédéral de produire un rapport sur les interruptions de travail des femmes enceintes. Ce rapport doit fournir des informations sur la fréquence et la couverture financière des interruptions de travail pendant la grossesse, et étudier la nécessité éventuelle d'instaurer un congé prénatal. Dans cette optique, l'OFAS a fait réaliser une étude (Rudin et al. 2018) examinant le nombre de mères ayant dû renoncer à leur activité professionnelle avant l'accouchement, les raisons et la durée de ces interruptions de travail, et la part du revenu ou la compensation qu'elles recevaient à cette occasion. Ces questions trouvent leurs réponses dans une enquête menée auprès de 3575 entreprises et de 2809 femmes ayant eu un enfant en 2016 et perçu une allocation de maternité du régime des allocations pour perte de gain (APG).

Les interruptions de travail pendant la grossesse sont un phénomène très répandu.

FRÉQUENCE, RAISONS ET DURÉE DES INTERRUPTIONS DE TRAVAIL L'étude montre que les interruptions de travail avant l'accouchement sont un phénomène très répandu : elles ont concerné environ 80 % des femmes pendant toute la grossesse, tandis que près de 70 % étaient

en congé maladie dans les deux semaines précédant l'accouchement. Quelque 16 % des femmes ont travaillé (quasiment) jusqu'à la naissance de leur enfant. Les interruptions de travail étaient généralement motivées par des raisons de santé, et non par le caractère dangereux ou pénible du travail. Elles duraient en moyenne six semaines.

CONGÉ DE MATERNITÉ PRÉNATAL Les exigences minimales concernant le congé de maternité rémunéré sont réglées dans le droit fédéral. Elles prévoient que ce congé commence au plus tôt avec la naissance de l'enfant et dure quatorze semaines (art 16*b*, al. 1, de la loi sur les allocations pour perte de gain, LAPG ; en relation avec l'art. 329*f* du code des obligations, CO).

Selon l'employeur ou le secteur d'activité de la femme enceinte, celle-ci peut avoir la possibilité de prendre une partie de son congé de maternité avant l'accouchement. Ainsi, l'étude montre que la Confédération, plusieurs cantons (AG, AR, BE, BS, FR, JU, LU, NE, SH, SZ, TG, TI, VD, VS, ZG, ZH), certaines conventions collectives de travail et divers règlements du personnel prévoient un congé prénatal rémunéré. En général, il dure deux semaines et les femmes perçoivent pendant cette période au moins 80 % de leur dernier salaire. Celles qui en bénéficient voient donc la durée totale de leur congé rallongée au-delà des quatorze semaines prévues par la loi. Toutefois, l'étude montre aussi que le congé prénatal n'est que relativement rarement utilisé : un tiers des femmes ayant la possibilité de le prendre y ont effectivement recours, et il n'a été utilisé que dans un quart des entreprises qui le proposent.

EMPÊCHEMENT DE TRAVAILLER PENDANT LA GROSSESSE Des raisons de santé ou des motifs inhérents à l'entreprise peuvent empêcher les femmes enceintes de travailler. Si c'est le cas pour des raisons de santé, la future mère peut à tout moment cesser le travail sans fournir de certificat médical (art. 35*a*, al. 2, de la loi sur le travail, LTr). L'employeur n'est alors pas tenu de continuer à lui verser son salaire ; il l'est toutefois, pour une durée limitée (comme en cas de maladie), si la femme enceinte présente un certificat médical et si les rapports de travail ont été conclus pour plus de trois mois (art. 324*a* CO). La durée du maintien du paiement du salaire varie entre trois semaines et six mois, en fonction de la durée

des rapports de travail. Plus le temps passé dans la même entreprise est long, plus les baisses de revenu sont rares, car le nombre des années de service va de pair avec l'augmentation de la durée pendant laquelle l'employeur est tenu de poursuivre le versement du salaire. Pour cela, les employeurs ont souvent une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie qui couvre au moins 80 % du dernier salaire de l'employée pendant 720 jours au maximum (après un délai d'attente de 30 jours en général).

Les motifs inhérents à l'entreprise pouvant justifier un empêchement de travailler sont liés à des activités dangereuses ou pénibles (port de charges lourdes, exposition au froid ou à la chaleur, à l'humidité, à des radiations nocives, etc.). De telles tâches ne peuvent être réalisées par des femmes enceintes que lorsque l'absence de toute menace pour la santé de la mère ou celle de l'enfant a été établie par une analyse de risques ou que l'employeur a pris des mesures de protection adéquates afin de parer à une telle menace. Dans la mesure du possible, l'employeur doit proposer un travail équivalent sans risques aux femmes enceintes qui exercent une activité pénible ou dangereuse. S'il n'en est pas capable, l'employée a le droit de cesser le travail, et l'employeur est tenu de lui verser 80 % de son dernier salaire. Toute entreprise qui requiert l'exécution d'activités pénibles ou dangereuses et dans laquelle l'analyse des risques est insuffisante ou inexistante a l'interdiction de confier ces tâches à une femme enceinte. Dans ce cas, le médecin traitant prononce une interdiction d'occupation pendant laquelle l'employeur doit continuer à lui verser 80 % du salaire sur ses propres fonds (donc sans avoir recours à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie).

Environ 95 % des femmes enceintes reçoivent au moins 80 % de leur salaire en cas d'absence.

COUVERTURE FINANCIÈRE DES INTERRUPTIONS DE TRAVAIL D'après l'étude, on peut noter que la plupart des femmes enceintes perçoivent la totalité ou 80 % de leur salaire en cas d'absence sur simple avis sans présenter de certificat médical, bien que l'employeur ne soit aucunement tenu de continuer à le leur verser. La majorité des entreprises ont respecté leur obligation de continuer à verser le salaire en cas d'interdiction d'occupation.

En cas d'absence due à des raisons de santé et étayée par un certificat médical (art. 324a CO), 67 % des femmes ont continué à percevoir l'intégralité de leur salaire et 28 % d'entre elles, 80 %. Ainsi, près de 95 % des femmes interrogées percevaient entre 80 et 100 % de leur salaire pendant une absence due à la grossesse, et seulement 5 % ont subi une réduction ou une perte complète de revenu.

Selon l'étude, des réductions volontaires du taux d'occupation, un changement d'emploi, des contrats qui arrivent à échéance, des phases de chômage ainsi que la suppression de compléments de salaire (p. ex. du fait de la suppression du travail de nuit) peuvent conduire à des baisses de revenu. Par contre, on peut parler de perte complète de revenu en cas de cessation volontaire de l'activité professionnelle, de congé non payé, lorsque la femme enceinte ne se présente pas au travail sur simple avis ou, plus rarement, lorsque l'employeur ne verse pas le salaire en cas d'interdiction de travailler.

Ce sont surtout les femmes au chômage qui peuvent subir une perte complète de revenu : en cas d'incapacité de travail pour des raisons de santé, elles ne sont pas aptes au placement. Leur droit à l'indemnité de chômage est donc limité à 30 indemnités journalières. En outre, une femme qui arrive en fin de droit au cours de sa grossesse perd le droit à des allocations de maternité après l'accouchement.

Contrairement au rapport du Conseil fédéral, l'étude conclut qu'un quart des femmes interrogées ont subi une réduction ou une perte complète de revenu. Ce chiffre comprend aussi les femmes enceintes qui percevaient 80 ou 90 % de leur dernier revenu pendant la période où elles ne pouvaient pas travailler. Du point de vue des assurances sociales, il ne s'agit cependant pas d'une baisse de revenu, car l'indemnité versée par l'assurance sociale représente en règle générale 80 % du salaire.

PAS D'AMÉLIORATION SIGNIFICATIVE POUR LES MÈRES Pendant la durée de l'incapacité de travail pour des raisons de santé, près de 95 % des femmes interrogées ont perçu entre 80 et 100 % de leur salaire. Parmi celles-ci, environ 70 % l'ont perçu dans son intégralité. La situation financière de ces femmes pourrait même se détériorer avec l'instauration d'un congé prénatal. En fonction de la position des employeurs par rapport à ce type de congé, les femmes enceintes pourraient à l'avenir ne percevoir plus que 80 % de leur salaire et non plus leur salaire complet, car le régime des APG n'indemnise que 80 % du salaire (au maximum 196 francs par jour). Par ailleurs, la situation financière des femmes qui reçoivent déjà 80 % de leur salaire ne serait pas plus avantageuse, car le maintien du versement du salaire est d'ores et déjà assuré dans ces proportions.

Un congé de maternité prénatal pourrait aggraver la situation financière des femmes enceintes.

ALLÈGEMENT DES EMPLOYEURS PRINCIPALEMENT Compte tenu du risque financier que l'employeur supporte en raison du délai d'attente de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et de son obligation de continuer à verser le salaire en cas d'interdiction d'occupation justifiée médicalement, un congé prénatal financé par le régime des APG profiterait avant tout à ce dernier. Dans l'étude, les employeurs ont déploré en particulier les besoins en personnel plus élevés (reprise du travail de la collaboratrice absente par les autres, obligation d'engager de nouvelles personnes) et les charges salariales supplémentaires que les interruptions de travail engendrent.

MEILLEURE PLANIFICATION DU TRAVAIL Un congé prénatal qui serait fixé en fonction de la date prévue pour l'accouchement permettrait de savoir à l'avance à partir de quelle date la femme enceinte ne travaille plus. Cela contri-

buerait dans une certaine mesure à améliorer la planification tant pour l'employée que pour l'entreprise. Cependant, des imprévus sont toujours possibles. En effet, les absences pour des raisons de santé au cours des sept premiers mois de grossesse ne sont pas rares.

Seulement 5 % des femmes interrogées ont perçu moins de 80 % de leur salaire, voire aucun salaire. Les femmes qui ont dû subir une baisse ou une perte complète de revenu sont donc minoritaires, et elles ont en outre un statut particulier (statut d'indépendante, embauchée peu de temps avant l'accouchement, au chômage). En fin de compte, le nombre de femmes qui pourraient profiter financièrement d'un congé prénatal est très faible.

Un tiers des mères considèrent que les réglementations existantes suffisent et qu'il n'est pas utile d'introduire un congé prénatal. Celles qui y sont favorables le sont pour des raisons d'organisation, et non pour des raisons financières. Certaines femmes ont indiqué qu'elles estimaient important de pouvoir décider elles-mêmes de travailler ou non jusqu'à l'accouchement.

Un congé prénatal rémunéré ne permettrait pas de faire disparaître tout risque de discrimination lors du recrutement. En effet, s'il n'est pas rare que les femmes doivent s'absenter pour des raisons de santé lors des sept premiers mois de grossesse, un congé prénatal porterait uniquement sur les dernières semaines avant l'accouchement.

Il apparaît donc que les interruptions de travail pendant la grossesse sont suffisamment couvertes et que la compensation de revenu est parfois plus élevée que celle qui serait versée en cas d'indemnisation de ce congé par le régime des APG. Un congé prénatal pourrait même dégrader la protection financière des femmes concernées.

Pour ces raisons, le Conseil fédéral estime qu'il est inutile d'intervenir sur le plan politique et d'instaurer un congé prénatal. Il préconise que les partenaires sociaux trouvent ensemble des solutions dans ce domaine. En revanche, il est favorable à la prolongation du versement des allocations aux mères dont le nouveau-né doit rester plus longtemps que prévu à l'hôpital. Un projet allant dans ce sens et s'appuyant sur la motion « Rallonger la durée de l'allocation de maternité en cas de séjour prolongé du nouveau-né à l'hôpital » (16.3631) est en préparation. ■

DOCUMENTATION

Interruptions de travail avant l'accouchement et congé prénatal. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Maury Pasquier (15.3793) déposé le 19 juin 2015, Berne, le 2 mars 2018 : www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Publications > Rapports du Conseil fédéral > 2018.

Rudin, Melania ; Stutz, Heidi ; Bischof, Severin ; Jäggi, Jolanda ; Bannwart, Livia (2018) : *Interruptions de travail avant l'accouchement* (en allemand, avec résumé en français) ; [Berne : OFAS]. Aspects de la sécurité sociale ; rapport de recherche n° 2/18 : www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Recherche et évaluation > Rapports de recherche.



Andrea Künzli

MLaw, avocate, secteur Prestations AVS/APG/PC, domaine AVS, OFAS.
andrea.kuenzli@bsv.admin.ch

FAMILLE, GÉNÉRATIONS ET SOCIÉTÉ

Le congé parental, à quoi ça sert ?

Franziska Müller,
Alma Ramsden ; Interface Politikstudien Forschung und Beratung

Une revue approfondie de la littérature a permis de mettre en évidence les effets que le congé parental (congé de maternité et congé de paternité inclus) a sur les mères, les pères et les enfants, sur la famille, sur les entreprises, sur la société et sur l'État.

Contrairement à la plupart des pays de l'OCDE, la Suisse n'a aménagé aucun droit légal à un congé parental rémunéré. L'allocation de maternité, introduite le 1^{er} juillet 2005 (art. 16b ss de la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain, LAPG)¹, est une compensation de la perte de gain qui est versée à la mère à partir du jour de son accouchement (voir p. ex. Schubarth 2015). La loi ne prévoit pas de congé de paternité ; à la naissance de son enfant, le père peut demander un congé à faire valoir comme « jour de congé usuel » (art. 329, al. 3, CO). À l'inverse, dans les pays de l'OCDE, le congé parental est établi de longue date. Il s'agit d'un congé accordé aux parents – qui exercent une activité professionnelle – lorsqu'ils ont un enfant ou en adoptent un ; il intervient souvent à la suite du congé de maternité ou du congé de paternité. Durant le congé parental, l'emploi est garanti et, en géné-

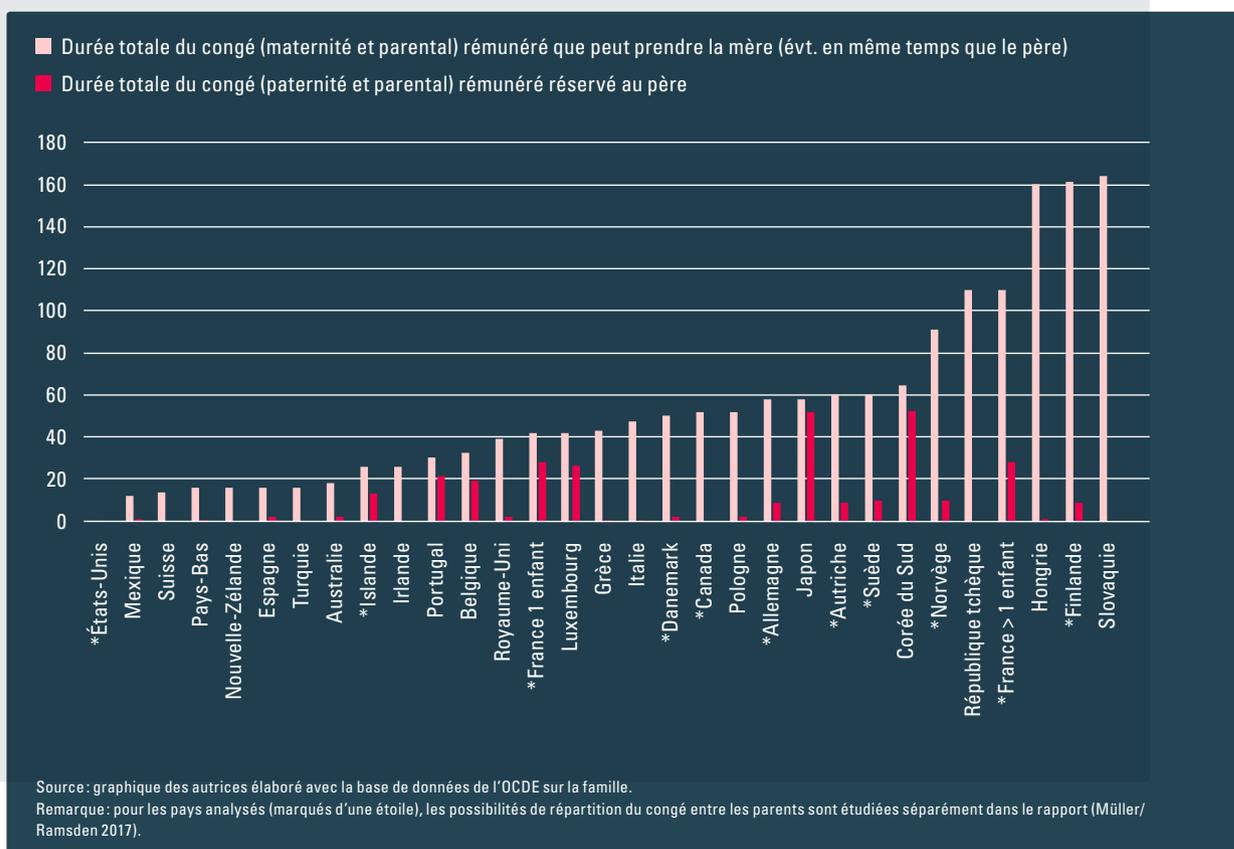
ral, un revenu de substitution est versé (voir Müller/Ramsden 2017, fig. 2.2).

La Commission fédérale de coordination pour les questions familiales (COFF) prône l'instauration d'un congé parental en Suisse. En 2010, elle avait élaboré un modèle de congé parental tenant compte des conditions particulières à la Suisse (COFF 2010). Ce modèle prévoyait un congé de 24 semaines incluant 4 semaines réservées obligatoirement à la mère et 4 autres au père, les 16 semaines restantes pouvant être réparties librement entre les parents. En vue de continuer à promouvoir le congé parental durant la législature 2016 à 2019 et de l'étayer avec les connaissances empiriques nécessaires, la COFF a chargé l'institut Interface de passer en revue la littérature la plus actuelle sur le sujet portant sur les pays de l'OCDE et d'en tirer des recommandations pour la Suisse.

¹ RS 834.1.

Congé rémunéré dont disposent la mère et le père dans les pays de l'OCDE, 2016

G1



ANALYSE DES PREUVES SCIENTIFIQUES Après l'examen de diverses publications sur la situation dans les pays de l'OCDE, ce sont finalement 140 études publiées entre 2010 et le premier semestre 2017 sur les effets du congé parental aux États-Unis, au Canada, en Allemagne, en France, en Autriche, en Suède, en Finlande, au Danemark, en Norvège et en Islande qui ont été analysées. Les pays sélectionnés devaient proposer un congé ou un congé parental pour les mères *et* pour les pères, comme le prévoit le modèle de la COFF. Afin de pouvoir analyser les effets de la durée du congé parental sur l'engagement professionnel des parents, ils devaient également proposer des congés de durées différentes. Enfin, ils devaient présenter une proximité géographique ou culturelle avec la Suisse pour que les résultats soient transposables. L'analyse porte sur tous les résultats qui mettent en lumière les effets que le congé parental a sur les

membres de la famille pris individuellement et sur la famille dans son ensemble, mais aussi sur l'organisation de l'économie, de la société et de l'État.

DURÉE DU CONGÉ PARENTAL DANS LES PAYS DE L'OCDE

La durée du congé rémunéré dont dispose la mère (év. en même temps que le père) avant et après son accouchement varie fortement selon les pays de l'OCDE (voir graphique G1)². Tandis que les États-Unis ne proposent aucun congé de maternité ni congé parental au niveau fédéral, la Slovaquie offre un congé de 164 semaines. La durée moyenne du congé parental dans les pays de l'OCDE s'élève à

² La comparaison entre les pays de l'OCDE se base sur le document « Trends in leave entitlements around childbirth » de la base de données de l'OCDE sur la famille. Ce document étudie tous les pays de l'OCDE, *sauf* le Chili, Israël, l'Estonie, la Lettonie et la Slovaquie.

54,4 semaines et la médiane à 43 semaines. Le congé de paternité ou la part du congé parental qui est réservée au père fait lui aussi l'objet de grandes disparités : plus de la moitié des pays n'en proposent pas, alors que la Corée du Sud a aménagé un congé de 52 semaines pour les pères. De ce fait, la médiane se monte à 0 semaine et la moyenne à 9,4 semaines. Parmi les pays de l'OCDE, en termes de durée et d'aménagement du congé parental, la Suisse se trouve à la troisième place... en partant de la fin. Seuls le Mexique et certains États des États-Unis ont une offre encore plus réduite.

Les explications qui suivent portent sur les dix pays analysés.

RECOURS AU CONGÉ PARENTAL Dans les dix pays de l'OCDE analysés, les mères utilisent nettement plus le congé parental que les pères. Dans la plupart des pays, elles sont entre 80 et 100 % à y avoir recours. Les femmes peu qualifiées ont tendance à prendre intégralement un congé plutôt long et avec un taux de remplacement du revenu peu élevé, tandis que celles qui gagnent bien leur vie choisissent souvent de ne pas bénéficier du congé dans sa totalité. En ce qui concerne les pères, il n'existe pas de comportement type à proprement parler ; ils utilisent plus ou moins souvent, selon les pays, la part du congé parental qui leur est réservée. Toutefois, dans tous les pays, ils n'ont que rarement recours au congé parental qui peut être librement réparti entre les parents. La mise en place de mesures d'incitation ciblées, telles que l'octroi d'un droit intransmissible à une partie du congé parental, se révèle être une stratégie payante pour y remédier. En outre, la proportion de pères qui utilisent le congé parental est liée au niveau du taux de remplacement du revenu. Par ailleurs, ce sont surtout les pères qui sont privilégiés sur le plan socio-économique qui y ont recours.

Les pères utilisent rarement le congé parental lorsqu'il peut être réparti entre les parents.

SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT, DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT Dans les semaines qui suivent la naissance de l'enfant, le congé parental a un effet bénéfique en particulier sur la santé psychique de la mère et sur sa qualité de vie ; il allonge en outre la période d'allaitement. Un congé de maternité proposé avant l'accouchement revêt un caractère préventif, car les difficultés physiques et psychiques pendant la grossesse, notamment le stress, ont des répercussions négatives sur la mère et l'enfant. Les études montrent en outre que le congé parental a un effet positif sur la santé physique des enfants de moins d'un an (baisse du nombre d'enfants ayant un faible poids de naissance, du nombre de prématurés et de la mortalité infantile)³. Les effets du congé parental sur la santé sont souvent hétérogènes : ils sont plus importants chez les familles socio-économiquement défavorisées et les parents ayant un faible niveau de formation. Les recherches consacrées à l'effet du congé parental sur le développement cognitif à long terme et la scolarité des enfants ne fournissent soit pas d'effet ou une relation positive (baisse du taux de décrochage scolaire, meilleurs résultats scolaires). Un engagement accru du père joue un rôle positif pour l'enfant, en particulier lorsque le père prend un congé d'au moins deux mois.

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DES PARENTS Le congé parental a un effet positif sur l'égalité entre hommes et femmes lorsqu'il amène les mères à poursuivre leur activité professionnelle au terme du congé. Un congé parental de moins de deux ans a un effet positif sur la reprise d'une activité professionnelle des mères. Cet effet est maximal pour un congé d'une durée de 28 semaines environ ; au-delà, il diminue pour devenir négatif après une période de deux ans. De manière générale, les mères qui disposent d'un revenu élevé retournent travailler plus rapidement que les autres. Les pères modifient rarement leur taux d'occupation en raison du congé parental. Lorsqu'ils le font, c'est en général dans leur cas aussi au détriment de leur situation professionnelle et de leurs perspectives de carrière.

³ Les études n'examinent pas ces effets à court terme, mais sur une période plus longue. Elles contrôlent le rôle d'autres facteurs sur le poids de naissance, le taux de naissances prématurées et la mortalité infantile de façon à isoler les effets du congé parental.

RÉPARTITION DES TÂCHES ENTRE LES PARENTS À court terme, le congé parental amène les pères à participer davantage aux tâches ménagères et éducatives ; à ce titre, il contribue à une répartition plus égalitaire des tâches entre les parents. Toutefois, il n'a – au mieux – une influence positive sur la répartition entre activité professionnelle et travail familial entre les parents que lorsque le père a recours à un congé parental long (d'au moins deux mois). Des études scandinaves montrent que l'effet égalisateur est renforcé lorsque le congé parental s'inscrit dans une politique globale d'égalité, qui comprend en particulier une offre abordable et bien développée de structures d'accueil extrafamilial.

Le congé des pères devrait durer deux mois pour contribuer à une répartition plus égalitaire des tâches.

ÉGALITÉ SALARIALE Plus la durée du congé parental est longue, plus l'écart de revenu entre les deux parents a tendance à être élevé. Cette tendance affecte bien davantage les mères, qui voient leurs perspectives de carrière se réduire étant donné qu'elles ont nettement plus recours au congé parental que les pères.

RELATION DE COUPLE ET NATALITÉ Les études ne fournissent que des indications limitées concernant les effets du congé parental sur la relation de couple. Aucune n'a établi de lien entre congé parental et taux de divorce. Le congé parental a un impact positif sur les décisions individuelles de fonder une famille (niveau micro). Un taux élevé de remplacement du revenu encourage à prendre la décision d'avoir un ou plusieurs enfants. Les quelques études qui ont analysé l'influence du congé parental sur la natalité globale (niveau macro) n'ont pas trouvé de lien de corrélation entre les deux. On peut supposer que la natalité globale dépend de différents facteurs qui ont des effets contraires et qui finissent donc par s'annuler mutuellement.

ENTREPRISES Le congé parental rémunéré a un effet plutôt positif sur la productivité, le chiffre d'affaires et le moral au travail au sein de l'entreprise. Il a tendance à permettre de faire des économies, en particulier concernant le personnel très qualifié, car il contribue à réduire le taux de fluctuation des effectifs. En outre, les mères qui en bénéficient retournent davantage travailler auprès du même employeur. De nombreuses études sur le sujet proviennent des États-Unis, qui disposent d'un marché du travail libéral, comme la Suisse.

ÉCONOMIE Peu d'études se sont penchées sur les effets du congé parental sur la productivité globale et les coûts et avantages au niveau économique. Les effets qu'elles relèvent sont toutefois majoritairement positifs : d'un point de vue macro-économique, le congé parental rémunéré augmente la productivité du travail. Les dépenses qu'il engendre pour l'État sont compensées par la hausse des revenus fiscaux qui découlent de l'activité professionnelle plus importante des mères.

RECOMMANDATIONS Les connaissances acquises dans le cadre de la revue de la littérature montrent que le modèle de congé parental proposé par la COFF en 2010 est approprié tant du point de vue de la durée et de l'aménagement que du taux de remplacement du revenu. Les recommandations suivantes s'inspirent de ce modèle :

- Sur la base des résultats des études scientifiques, il serait judicieux que la Suisse suive la tendance dessinée dans les pays de la zone OCDE en complétant le congé de maternité existant par un congé parental, lequel se composerait d'une part exclusivement réservée à la mère et d'une autre, au père, et dont la durée restante pourrait être librement répartie entre les parents. Les pères devraient avoir droit à quatre semaines de congé au moins, plus dans l'idéal. L'existence d'un droit individuel à une partie du congé parental s'avère en effet efficace, en particulier pour les pères. Ainsi, dans les pays où le modèle de congé parental comprend depuis longtemps un droit intransmissible des pères (p. ex. la Suède, l'Islande, la Norvège), ces derniers sont plus de 80 % à y avoir recours. Couplé à des structures d'accueil pour enfants bien développées, un congé parental long pour les pères peut contribuer à renforcer l'intégration des mères

sur le marché du travail. En Suisse, les femmes continuent en effet de supporter quasiment seules le cumul de charges du travail et de la famille (OFS 2016).

- Un taux de remplacement du revenu élevé, comme le propose le modèle de la COFF, est également important. Il incite en particulier les pères à avoir effectivement recours au congé parental. Le revenu du père étant en général plus élevé que celui de la mère, la famille en est dépendante.
- La durée de congé parental recommandée par le modèle de la COFF est aussi appropriée. Nettement inférieure à deux ans, elle a un effet positif sur la reprise de l'activité professionnelle des mères.
- Il convient d'examiner s'il est nécessaire de prévoir un droit individuel à un congé pour les mères avant l'accouchement en vue de ménager leur santé et celle du bébé. Contrairement à de nombreux pays de l'OCDE, la Suisse ne reconnaît pas aux futures mères le droit à un congé de maternité avant l'accouchement.
- L'analyse des modèles de congé parental d'autres pays a fait apparaître d'autres aspects intéressants pour la Suisse : on peut en particulier mentionner la possibilité, pour les mères et les pères, de travailler à temps partiel pendant le congé parental sans perdre leur droit à ce congé.

En conclusion, notons que les mesures instaurées il y a plus ou moins longtemps dans les pays examinés sont toujours en vigueur, et que l'idée du congé parental est bien ancrée dans la plupart des pays de l'OCDE. On peut donc supposer qu'en Suisse aussi, il serait nécessaire et utile d'instaurer durablement un modèle de congé parental tel que proposé par la COFF. ■

BIBLIOGRAPHIE

Müller, Franziska ; Ramsden, Alma (2017) : *Connaissances scientifiquement fondées sur les effets du congé parental, du congé maternité et du congé paternité. Revue de la littérature à l'intention de la Commission fédérale de coordination pour les questions familiales (COFF)* ; [Lucerne : Interface Politikstudien Forschung Beratung].

OFS (2016) : *Enquête suisse sur la population active. Les mères sur le marché du travail* [Neuchâtel : Office fédéral de la statistique].

OCDE (2016a) : Additional leave entitlements for working parents ; base de données de l'OCDE sur la famille : www.oecd.org > Direction de l'Emploi, du travail et des affaires sociales > Familles et enfants > La base de données de l'OCDE sur la famille.

OCDE (2016b) : Key characteristics of parental leave systems ; base de données de l'OCDE sur la famille.

OCDE (2016c) : Parental leave replacement rates ; base de données de l'OCDE sur la famille.

OCDE (2016d) : Parental leave: Where are the fathers? Policy Brief de l'OCDE.

OCDE (2016e) : Trends in parental leave policies since 1970 ; base de données de l'OCDE sur la famille.

OCDE (2016f) : Use of childbirth-related leave by mothers and fathers ; base de données de l'OCDE sur la famille.

Adema, Willem ; Clark, Chris ; Frey, Valerie (2015) : « Paid parental leave: lessons from OECD Countries and selected U.S. States », in *Documents de travail de l'OCDE sur les affaires sociales, l'emploi et les migrations*, n° 172.

Schubarth, Katharina (2015) : « L'allocation de maternité a dix ans », in *Sécurité sociale CHSS 3/2015*, pp. 159-162.

COFF (2010) : *Congé parental – allocations parentales. Un modèle de la COFF pour la Suisse* [Berne : Commission fédérale de coordination pour les questions familiales].



Franziska Müller

Licenciée ès sciences politiques, DAS en évaluation, responsable de projet, Interface Politikstudien Forschung und Beratung
mueller@interface-politikstudien.ch



Alma Ramsden

PhD, collaboratrice scientifique, Interface Politikstudien Forschung und Beratung
ramsdn@interface-politikstudien.ch

FAMILLE, GÉNÉRATIONS ET SOCIÉTÉ

Analyse coûts-bénéfices de la politique familiale

Philippe Gnaegi, Pro Familia Suisse

Afin de promouvoir une politique d'entreprise qui favorise la conciliation travail-famille, il est important de montrer aux entreprises ses avantages économiques et sociétaux. Ce faisant, davantage d'employeurs feront le choix d'investir dans ce secteur.

La Suisse ne dispose que de rares études sur les politiques d'entreprises favorables aux familles. Plusieurs analyses coûts-bénéfices faites à l'étranger nous donnent cependant des indications très utiles sur le sujet, même si elles ne sont pas forcément transposables telles quelles dans notre pays. Elles montrent que l'investissement consenti pour mettre en place une politique favorable à la famille s'avère économiquement rentable. Sur la base des principaux résultats de ces analyses, nous pouvons aussi avoir une idée précise des éléments centraux qui devraient constituer toute politique d'entreprise favorisant la conciliation travail-famille.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il convient de rappeler quelques facteurs qui caractérisent le marché féminin du travail:

- De plus en plus de femmes étudient et souhaitent conserver une activité professionnelle. Ce taux d'activité avoisine aujourd'hui les 80 %. Cependant, notre pays est caractérisé

- par un très important pourcentage de femmes travaillant à temps partiel: Le taux d'occupation demeure à peine supérieur à 50 % jusqu'à ce que les enfants atteignent 12 ans.
- Près d'une femme active sur sept quitte le marché du travail après une maternité: en 2017, elles étaient 23,3 % à ne pas exercer une activité professionnelle avant que l'enfant n'atteigne 3 ans. La naissance d'un deuxième enfant accentue encore cette tendance: 38,6 % des mères n'exercent alors plus d'activité professionnelle.
- La sortie du marché du travail est souvent temporaire. Le retour à la vie active s'opère progressivement: les mères avec des enfants de 13 à 17 ans sont ainsi 85,1 % à exercer une activité professionnelle. Ce taux reste toutefois inférieur de 7 points à celui des femmes sans enfants (92,2 %).
- S'occuper des enfants n'est pas le seul critère qui explique le choix du temps partiel pour les femmes. En effet, environ 42 % des femmes avec partenaire et sans enfant tra-

vailent à temps partiel, contre 11,7 % des hommes dans la même situation. On peut dès lors penser que le fait d'avoir des enfants n'est pas l'unique critère pour diminuer son taux d'activité. Nous sommes enclins à penser que la situation économique du ménage joue un rôle important sur le taux d'activité. Ainsi, lorsqu'un ménage bénéficie de suffisamment de moyens financiers pour vivre, il adaptera son taux d'activité en fonction de ses revenus (Hoffmann 2016). Cette thèse est étayée par le taux d'activité des femmes seules qui élèvent des enfants. Ainsi, le taux d'activité en 2017 pour les femmes seules ayant des enfants de moins de 3 ans était de 85,9 %, alors que ce taux pour les femmes en couple avec des enfants entre 0 et 3 ans était de 75,5 %, soit 10 points de moins.

- Le nombre de femmes qui étudient est élevé en Suisse : elles font donc partie de la main d'œuvre recherchée par les entreprises en raison de leurs qualifications.
- Les associations patronales se plaignent d'un manque de main d'œuvre qualifiée dans un contexte de vieillissement démographique et de fermeture des frontières. Pour rappel : le 9 février 2014, le peuple suisse a accepté l'initiative populaire « contre l'immigration de masse » qui remet en cause les accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union européenne et introduit des quotas d'étrangers en fonction des besoins de l'économie. Cette décision aura pour conséquence une raréfaction encore plus importante de la main d'œuvre qualifiée.
- Les femmes, respectivement les jeunes mères, revendiquent une plus grande participation des hommes au sein de la cellule familiale.
- Les ménages ont toujours davantage besoin de deux revenus pour couvrir leurs besoins.
- Le taux de divortialité a beaucoup augmenté (41,5 % en 2016) et incite plus de femmes à reprendre le travail ou à augmenter leur taux d'activité.

La conciliation travail-famille est perçue, par certains, comme un coût supplémentaire, comme une complication administrative ou encore comme le remède pour augmenter le potentiel de main d'œuvre qualifiée dans notre pays. Cependant, un élément avant tout devrait inciter les employeurs à développer une politique favorable aux familles : le retour sur inves-

tissement positif en terme économique. Nous évoquerons ci-dessous plusieurs études qui étayent la thèse que l'investissement financier consenti pour mettre en place une politique favorable à la famille s'avère économiquement rentable.

UN RETOUR SUR INVESTISSEMENT POSITIVE EN TERME ÉCONOMIQUE

En 2005, quatre entreprises présentes dans toute la Suisse – Migros, Novartis, La Poste Suisse et le Groupe Raiffeisen – se sont rassemblées au sein d'un comité de projet à l'initiative du Pour-cent culturel Migros et du Département fédéral de l'économie. Ce groupe de projet a chargé la firme bâloise Prognos de réaliser, pour la première fois en Suisse, une analyse coûts-bénéfices d'une politique d'entreprise favorable à la famille. Nestlé, l'EPFZ, Victorinox et SSR se sont également joints au projet (Prognos 2005, p. 5-6).

À ce propos le conseiller fédéral Joseph Deiss, ancien professeur à l'Université de Fribourg et auteur de la première étude suisse sur les coûts de l'enfant, indiquait : « Au chapitre des coûts : il convient de faire tomber un préjugé courant qui consiste à croire que de telles mesures ont toutes un prix élevé. Certaines d'entre elles – par exemple celles relevant de l'organisation du temps de travail et des différentes formes de travail (télétravail, job-sharing) – sont relativement peu onéreuses. Au chapitre des bénéfices : si, selon l'étude, les entreprises ont déjà aujourd'hui tout intérêt à adopter de telles mesures, elles y trouveront encore plus leur compte dans un proche avenir. En effet, les projections démographiques nous disent que, dans une dizaine d'années déjà, la situation va se tendre de manière sensible sur le marché du travail. Les pénuries de main d'œuvre ne pourront pas être comblées par la seule immigration. Dans ce contexte, les entreprises qui auront su garder leur main-d'œuvre, féminine et masculine, auront un avantage précieux sur leurs concurrents. »

L'institut Prognos estimait à l'époque que le retour sur investissement était de l'ordre de 8 %. Il convient de préciser que les résultats reposent sur des hypothèses prudentes. En effet, les charges retenues dans l'étude sont généreuses, à savoir : les congés pour raisons familiales, les prestations de services et de conseils dispensés par l'entreprise, le congé paternité, la mise à disposition de poste de télétravail et les services de garde d'enfants soutenus par l'entreprise, ainsi que la flexibilisation du temps de travail. Il faut également

mentionner tout particulièrement le fait que les effets positifs significatifs mais non quantifiables n'ont pas été pris en compte. Il s'agit avant tout des conséquences bénéfiques sur la motivation, sur la loyauté et sur la disponibilité des salariés, la réduction du stress, dont l'importance est confirmée par les responsables des ressources humaines interrogés. De même, les effets fondamentalement quantifiables sur l'attractivité de l'entreprise dans le cadre du recrutement des collaborateurs n'ont pas été retenus dans l'analyse plus restreinte, en raison de leur forte corrélation avec le secteur ou la situation géographique de l'entreprise.

De manière générale, cette étude permet de relever que les mesures portant sur la conciliation travail-famille ont comme conséquence :

- la réduction des fluctuations du personnel et, en conséquence, la conservation du capital humain, ainsi que la baisse des dépenses engagées pour repourvoir des postes ;
- une hausse du retour des femmes après un congé maternité, ce qui évite des frais importants d'engagement du personnel (coûts des postes non occupés, coûts de recrutement, coûts de sélection, coûts d'embauche, coûts de formation et de formation continue, coûts d'intégration) ;
- la diminution des absences dues à la maladie ;
- la possibilité d'exercer, pour les femmes principalement, une fonction à haute responsabilité ;
- l'amélioration du climat au sein de l'entreprise ;
- une productivité accrue ;
- un travail davantage axé sur les résultats grâce à l'horaire flexible ;
- l'accroissement du sens de la responsabilité des collaborateurs. Une suppléance plus facile au sein de l'entreprise, ainsi que des collaborateurs plus polyvalents ;
- une planification plus efficace de l'engagement des ressources et un coût global des heures supplémentaires et des emplois temporaires qui diminue ;
- la possibilité donnée à l'entreprise de revoir son organisation du travail ;
- l'amélioration de l'image de l'entreprise qui aura des conséquences sur les ventes de produits et sur le recrutement du personnel toujours plus courtisé et plus rare.

UNE AMÉLIORATION DE L'ÉQUILIBRE ENTRE TRAVAIL ET VIE PRIVÉE

Une analyse faite par le gouvernement anglais en 2014 (Smeaton et al. 2014) présente un rapport plus nuancé sur la rentabilité de la mise en place d'une politique favorable à la famille dans une entreprise et estime qu'il est difficile d'établir des statistiques. Cependant, l'étude montre clairement qu'une politique *work-life balance* a un effet sur les absences au travail et souligne aussi le fait que la durée du congé maternité ou parental influence sur le retour au travail : « If maternity leave is too short, women will break their employment rather than return to work while their children are very young. » (Smeaton et al. 2014, p. VIII)

La possibilité d'avoir un congé d'une durée conséquente combinée à celle de pouvoir retourner auprès du même employeur augmente les incitations à revenir sur le marché du travail. L'étude montre que certaines mesures ont des effets plus significatifs que d'autres (p. ex. la flexibilité du travail) et fait une distinction entre les mesures qui s'adressent à tous les employés et ceux qui ne concernent qu'un groupe cible (p. ex. les parents avec enfants en bas âge).

UNE POLITIQUE DE LA PETITE ENFANCE QUI ALLÈGE LA CHARGE FINANCIÈRE DES FAMILLES

Plus récemment, l'Université de St-Gall et le bureau Infrac (Stern/Bütler 2016) ont chiffré les coûts de la politique familiale en 2015 en Suisse à 2,7 milliards de francs, dont 1,3 milliard concernait les conditions de travail (48 % de la totalité des coûts). 730 millions, soit 56 % des coûts, s'appliquaient à l'assurance-maternité et 580 millions à des mesures favorisant la flexibilité du travail. L'autre grand groupe de dépenses était constitué par les structures d'accueil (crèches, familles de jour, groupes de jeux), soit 1,4 milliard de francs représentant le 51 % de l'ensemble des coûts. Ceux-ci sont aujourd'hui supportés par les ménages pour une importante partie, les pouvoirs publics, les employeurs ainsi que par diverses autres organisations (loteries, fondation). Précisons que cette répartition varie beaucoup d'un canton à l'autre. Ainsi, en ville de Zurich, la participation des parents est de 66 % et celle des pouvoirs publics de 34 %. Dans le canton de Vaud, la participation des parents de 38 %, celle des pouvoirs publics de 49 %, celle des employeurs de 9 % et enfin la Loterie romande participe à raison de 4 % (Gnaegi 2017, 192).

Le dernier pour-cent des coûts, soit environ 40 millions, est versé pour des groupes de population spécifiques comme les populations immigrantes ou à risque. Les auteurs de l'étude estiment qu'un tel investissement présente une rentabilité élevée. En outre, les auteurs de l'étude invitent à reconsidérer les modèles de financement de la politique de la petite enfance pour éviter aux ménages une charge financière trop lourde (Stern/Bütler, 40 ss).

ACCROISSEMENT DE LA PRODUCTIVITÉ ET AVANTAGE POUR LE RECRUTEMENT

Dans le « Manuel PME Travail et familles » édité en 2016 par le Secrétariat d'État à l'économie (SECO) en collaboration avec l'Union patronale suisse et l'Union suisse des arts et métiers (Weber et al. 2016), il est mentionné : « L'expérience montre que les entreprises qui offrent des solutions adaptées à leurs employés ayant charge de famille en retirent elles-mêmes un bénéfice. Souvent, les entreprises de petite taille ne disposent toutefois pas des chiffres nécessaires pour calculer le rapport coût-bénéfice des mesures visant à concilier le travail et la famille. Les résultats de l'enquête du SECO réalisée auprès de 36 petites et moyennes entreprises (PME) en Suisse qui proposent de telles mesures montrent que ces entreprises sont confortées dans leur stratégie. Elles estiment que ces mesures sont bonnes pour leurs affaires et déclarent vouloir persévérer sur cette voie ». Selon l'étude susmentionnée, les entreprises qui offrent des mesures permettant de concilier travail et famille constatent auprès de leurs collaborateurs :

- une plus grande satisfaction et motivation ;
- un engagement, une flexibilité et une disponibilité plus élevés ;
- un meilleur équilibre personnel et une diminution du stress ;
- une baisse de l'absentéisme ;
- une loyauté et une identification accrues avec l'entreprise ;
- moins de rotation du personnel.

Les conséquences de la mise en place d'une politique favorable à la famille permettent, selon ces entreprises, d'augmenter la productivité. S'il est vrai que les mesures pour concilier travail et famille ne sont pas les seules à favoriser la productivité de l'entreprise, nous pouvons constater, à travers plusieurs enquêtes, que la jeune génération considère

que ces mesures ont une influence considérable dans le choix de l'entreprise. Certaines l'ont bien compris puisqu'elles souhaitent se prévaloir d'un label de qualité en terme de conciliation travail-famille (comme le propose Pro Familia Suisse p.ex.) et bénéficier ainsi d'un avantage comparatif pour le recrutement de nouveaux collaborateurs ou nouvelles collaboratrices.

EN FAVEUR DES MÈRES, MAIS AUSSI DES PÈRES ET DES PROCHES AIDANTS

La littérature et l'économie, d'une manière générale, se sont jusqu'à maintenant surtout concentrées sur une meilleure conciliation travail-famille pour les femmes. Ce sont en effet elles qui sont principalement responsables des charges domestiques et d'éducation des enfants tout en souhaitant parallèlement continuer à exercer une activité lucrative. Depuis quelques années, le Ministère allemand de la famille, des seniors, des femmes et des jeunes discute le concept de nouvelle conciliation travail-famille qui – avec les mères, les pères et les proches aidants – prend en compte tous les groupes de population impliqués dans les activités de care dans la famille. À notre avis aussi, les tâches des proches aidants deviendront toujours plus importantes, puisque l'espérance de vie augmente et que parallèlement les personnes actives de 55 ans et plus assument à la fois des tâches liées à leurs petits-enfants et des tâches de care liées à leurs parents ou leurs proches (famille ou amis).

D'après une étude qui analyse le potentiel de rendement de la nouvelle conciliation travail-famille (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2016, 2), 96,1% des actifs avec enfants et 87,8% des actifs qui fournissent des activités comme proches aidants indiquent que la conciliation travail-famille constitue un des critères les plus importants pour être un employeur attractif. Si les conditions-cadres sont différentes de la Suisse et que les résultats ne sont pas transposables en raison de conditions économiques différentes, il n'en demeure pas moins que le retour sur investissement, selon l'étude du gouvernement allemand, peut atteindre 25%, avec principalement une diminution des absences et un rapide retour au travail. Cependant, l'élément essentiel de cette recherche est que le retour sur investissement est calculé en prenant en compte des groupes de population plus larges (mères, pères, et proches aidants). Ce taux devient alors plus

important et peut atteindre 40%. Cela signifie que lorsque le concept de conciliation travail-famille est pris au sens large, les effets positifs augmentent parallèlement.

Enfin, mentionnons l'étude effectuée par la Commission européenne de février 2017 (Commission européenne 2017) qui insiste sur la combinaison des mesures de politique familiale. Dans ce sens, la flexibilité du travail au sens large du terme a le plus grand impact sur la productivité, suivie du congé parental et du congé pour s'occuper de proches malades ou handicapés.

TENIR COMPTE DE LA DIGITALISATION Un dernier point nous semble important à mentionner. Notre société subit aujourd'hui des transformations dans toutes ses composantes en raison de la digitalisation. La réflexion sur la conciliation travail-famille doit intégrer cette tendance et faire en sorte qu'elle puisse servir la cause de la conciliation et être prise en compte dans un calcul coûts et bénéfiques.

CONCLUSION Notre économie se prive aujourd'hui de milliards de francs constitués de compétences féminines. Cependant, tant que ces personnes ne verront pas d'avantages à plus s'engager sur le marché du travail constitué de meilleures conditions-cadres, la situation n'évoluera pas. Les entreprises qui recherchent cette main-d'œuvre qualifiée auraient avantage à participer politiquement, socialement et économiquement à la réflexion. Le retour sur investissement d'une politique d'entreprise axée sur la famille leur est favorable. Il le sera encore plus à l'avenir avec l'assèchement du marché du travail lorsqu'il s'agira d'attirer les personnes les plus qualifiées. De plus, il nous semble important de ne pas limiter la réflexion uniquement aux femmes, mais d'y intégrer les pères et les proches aidants, voire l'ensemble des collaborateurs. Notre société s'en trouvera renforcée socialement, mais aussi économiquement. Nous pensons, en outre, qu'il serait important d'approfondir cette thématique dans notre pays par une recherche qui s'inspirerait des nombreux modèles mis en place dans notre pays et à l'étranger, en évaluant les différentes mesures ou combinaisons de mesures proposées. ■

BIBLIOGRAPHIE

Gnaegi, Philippe (2017): *Histoire, structure et financement des assurances sociales en Suisse avec une introduction à la politique familiale*, Zurich: Schulthess.

Stern, Susanne; Bütler, Monika (2017): « Développer la politique familiale: un choix payant », dans *La vie économique* 5/2017, pp. 40-42: www.dievolkswirtschaft.ch/fr.

Study on the costs and benefits of possible EU measures to facilitate work-life balance for parents and care givers (2017), [Bruxelles: Commission européenne]: www.ec.europa.eu

Weber, Michael; Stutz, Heidi; Huber, Daniel; Ilić, Dragan; Jud, Ursina, Schläpfer, Martina; Küng Gugler, Anne (2016): *PME Travail et famille*, [Berne: Seco].

Stern, Susanne; Gschwend, Eva, Iten Rolf (INFRAS) und Bütler, Monika, Ramsden, Alma (2016): *Whitepaper zu den Kosten und Nutzen einer Politik der frühen Kindheit*. [Zurich et Saint-Gall: Jacobs Foundation]: www.jacobsfoundation.org > Unsere Publikationen > Studien & Broschüren > 2016 > Whitepaper.

Hoffman, Silvia (2016): « Travail à temps partiel et rente: il vaut la peine d'y regarder de plus près », dans *La vie économique* 7/2016, pp. 58-60: www.dievolkswirtschaft.ch/fr. *Renditepotenziale der Neuen Vereinbarkeit (2016)*: [Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend], p. 2: www.bmfsfj.de > Service > Publikationen.

Smeaton, Deborah; Ray, Kath; Knight, Genevieve (2014): *Costs and Benefits to Business of Adopting Work Life Balance Working Practices. A Literature Review*, [London: Department of Business, Innovation & Skills (dès juillet 2016: Department for Business, Energy & Industrial Strategy): www.gov.uk > Government > Organisations > Department for Business, Energy & Industrial Strategy > Our publications > Employment > 26 June 2014.

Prognos (2005): *Analyse coûts-bénéfices d'une politique d'entreprise favorable à la famille*. [Zurich: Migros pour-cent culturel], p. 5.: www.migros-kulturprozent.ch > Schwerpunkte > Gesellschaft > Work and Care Balance.



Philippe Gnaegi

Directeur Pro Familia Suisse et Chargé de cours à l'Université de Fribourg.
philippe.gnaegi@profamilia.ch

FAMILLE, GÉNÉRATIONS ET SOCIÉTÉ

Accueil extra-familial pour enfants : nouvelles aides financières

Barbara von Kessel-Regazzoni, Office fédéral des assurances sociales

Depuis le 1^{er} juillet 2018, la Confédération peut soutenir financièrement les cantons et les communes qui s'engagent à faire baisser les coûts facturés aux parents pour la garde de leurs enfants par des tiers. Elle peut également participer au financement des projets qui visent une meilleure adéquation de l'offre d'accueil aux besoins des parents.

La loi fédérale du 4 octobre 2002 sur les aides financières à l'accueil extra-familial pour enfants¹ est entrée en vigueur le 1^{er} février 2003 et a mis en place un programme d'impulsion à la création de nouvelles places d'accueil pour enfants (ci-après « programme d'impulsion »). Elle a été prolongée à deux reprises, soit jusqu'au 31 janvier 2019.

À la suite de son rapport sur la politique familiale du 20 mai 2015, le Conseil fédéral a décidé de concentrer ses efforts sur la promotion de la conciliation vie familiale et vie professionnelle (Conseil fédéral 2015a ; Battagliero 2015). Il souhaite, d'une part, agir sur les frais assumés par les parents pour la garde de leurs enfants par des tiers et, d'autre part,

améliorer l'adéquation de l'offre d'accueil extra-familial à leurs besoins.

En ce sens, le Conseil fédéral a proposé dans son message du 29 juin 2016 de modifier la loi fédérale sur les aides financières à l'accueil extra-familial pour enfants afin d'y intégrer, pour une durée limitée, deux nouveaux instruments (Conseil fédéral 2016). Il s'agit :

- des aides financières à l'augmentation des subventions cantonales et communales dans le but de réduire les frais à la charge des parents pour la garde de leurs enfants par des tiers ;
- des aides financières aux projets visant une meilleure adéquation de l'offre d'accueil extra-familial aux besoins des parents.

¹ RS 861.

Le 16 juin 2017, le Parlement a approuvé ces nouvelles aides et adopté un crédit d'engagement de 96,8 millions de francs. À ce montant viennent s'ajouter les frais de mise en œuvre (frais de personnel et frais d'administration) estimés à 3,2 millions de francs.

Le 25 avril 2018, le Conseil fédéral a adopté les dispositions d'exécution et fixé la date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif d'aides financières au 1^{er} juillet 2018. Les nouvelles dispositions légales et par conséquent les dispositions d'exécution correspondantes ont une durée de validité de cinq ans, soit jusqu'au 30 juin 2023.

AGIR SUR LES COÛTS ASSUMÉS PAR LES PARENTS

Le coût complet d'une place de crèche en Suisse se situe, en parité de pouvoir d'achat, dans le même ordre de grandeur que dans les pays limitrophes. La participation des pouvoirs publics aux coûts des crèches est en revanche nettement plus importante dans les pays voisins. La part à la charge des parents est par conséquent beaucoup plus élevée en Suisse, où il existe aussi sensiblement moins de places de crèche subventionnées. C'est ce que montre une recherche sur laquelle s'appuie le rapport présenté par le Conseil fédéral le 1^{er} juillet 2015 « Coûts complets et financement des places de crèche en comparaison internationale » (Conseil fédéral 2015b ; Stern/Felfe 2015).

Les nouvelles aides financières veulent inciter les cantons et les communes à augmenter leurs subventions.

En octroyant des aides financières à l'augmentation des subventions cantonales et communales à l'accueil extra-familial pour enfants, la Confédération entend encourager les cantons et les communes à participer davantage aux coûts assumés par les parents pour la garde de leurs enfants.

Pour y parvenir, elle assumera, pour une période limitée, une partie des dépenses supplémentaires que les cantons et les communes décideront dans ce domaine, avec la participation éventuelle des employeurs. Les nouvelles aides se concentrent sur les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle : les cantons ne peuvent donc pas demander des aides financières pour les subventions qui visent, par exemple, à favoriser l'intégration, l'encouragement précoce ou la réinsertion professionnelle.

Pour pouvoir bénéficier des aides financières, le total des subventions accordées par le canton et l'ensemble des communes doit augmenter dans les cantons concernés. Les contributions versées par les employeurs et prescrites légalement sont également prises en compte. En revanche, les prestations volontaires des employeurs ne sont pas comptabilisées dans la mesure où elles relèvent de la seule responsabilité de ces employeurs et le canton ne peut pas garantir qu'elles s'inscriront dans la durée. Le but de ces subventions est de réduire les frais de garde que les parents qui exercent une activité lucrative, qui sont à la recherche d'un emploi ou qui suivent une formation doivent assumer. Les subventions cantonales et communales versées pour la création de nouvelles places d'accueil (aides au démarrage) ne sont pas prises en compte dans la mesure où elles poursuivent un but différent.

Les aides financières sont versées exclusivement aux cantons. Il appartient ensuite aux cantons de définir les modalités de rétrocession des aides financières aux communes concernées. L'octroi des aides financières est conçu de manière fortement dégressive et limité à trois ans. Les aides financières couvrent ainsi 65 % de l'augmentation des subventions au cours de la première année, 35 % au cours de la deuxième année et 10 % au cours de la troisième année.

Le financement de l'augmentation des subventions cantonales et communales doit être assuré à long terme, afin d'éviter que l'engagement financier au sein des cantons ne soit réduit lorsque le soutien de la Confédération prend fin après trois ans. Le canton doit ainsi montrer au moyen de sa planification financière et de celles des communes concernées comment l'augmentation des subventions sera financée et comment la réduction progressive des aides financières de la Confédération et leur suppression au terme des trois ans seront compensées.

ADAPTER L'OFFRE D'ACCUEIL EXTRA-FAMILIAL AUX BESOINS DES PARENTS

Aujourd'hui, la flexibilité dans le monde du travail augmente. Les horaires irréguliers, le travail sur appel ou encore le travail temporaire notamment se multiplient. Or, dans la plupart des structures d'accueil, tant préscolaires que parascolaires, la fréquentation d'une place d'accueil est régulière et fixe. Pour les parents, changer de jour d'accueil ou ajouter une période supplémentaire relève du défi. Seule une minorité de structures proposent des places d'accueil pour une fréquentation irrégulière, et, le cas échéant, seulement en nombre restreint. Dans certains secteurs d'activités, les travailleurs sont amenés à travailler les week-ends, tard le soir ou tôt le matin : les heures d'ouverture usuelles des structures d'accueil ne permettent pas de répondre à leurs besoins. Par ailleurs, nombreuses sont les structures d'accueil parascolaire qui restent fermées pendant les vacances scolaires : les parents doivent alors jongler pour trouver des solutions de garde pour leurs enfants lorsqu'eux-mêmes ne peuvent prendre des vacances.

L'objectif est de mieux adapter l'offre d'accueil aux besoins des parents.

Le deuxième volet du nouveau dispositif d'aides financières entend améliorer l'offre actuelle et combler à certaines de ses lacunes. Les nouvelles aides financières sont ainsi dévolues aux projets qui visent une meilleure adéquation de l'offre d'accueil extra-familial aux besoins des parents et qui contribuent ainsi à améliorer la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle ou formation.

Trois types de projets sont visés par les nouvelles aides financières :

- les projets qui simplifient l'organisation de la prise en charge des enfants d'âge scolaire, en proposant par exemple une offre d'accueil durant toute la journée organisée conjointement avec l'école ou les autorités scolaires ;
- les projets qui offrent une plus grande flexibilité dans la prise en charge des enfants d'âge préscolaire et scolaire

afin de répondre aux besoins spécifiques des parents qui ont des horaires de travail irréguliers ou des engagements professionnels variables ;

- les projets qui proposent des offres de prise en charge des enfants d'âge préscolaire et scolaire en dehors des heures d'ouverture habituelles des structures d'accueil, que ce soit pendant les vacances scolaires, le matin tôt, en soirée ou les week-ends.

Pour pouvoir recevoir des aides financières, un projet doit remplir trois conditions :

- Le projet doit garantir une coordination entre les différents acteurs du secteur. Il peut être développé conjointement par les différents acteurs qui définissent ensemble les besoins à combler et la manière de le faire. Il peut également être porté par un seul acteur, mais celui-ci doit alors en informer les autres et se concerter avec eux.
- Le projet doit être axé sur la durabilité. En conséquence, il doit conserver un certain impact une fois achevé.
- Le projet doit enfin profiter à un cercle élargi d'utilisateurs, à savoir toute la population d'une commune.

Les aides financières couvrent ici au maximum la moitié des coûts du projet et sont versées pour une durée de trois ans au plus. Par coûts du projet, on entend les coûts engendrés par l'élaboration du concept détaillé, auxquels s'ajoutent ceux qui sont liés à l'acquisition ou à l'adaptation de systèmes informatiques. Les coûts liés au recrutement, à la formation ou à la formation continue du personnel sont également pris en compte lorsque ces mesures sont indispensables à la mise en œuvre du projet. Il en va de même des coûts liés à l'évaluation de la conception et de la mise en œuvre du projet à condition que l'évaluation soit effectuée par un service externe, de manière systématique et selon des méthodes scientifiques.

Les aides financières aux projets doivent être distinguées des aides financières à la création de nouvelles places d'accueil qui sont versées dans le cadre du programme d'impulsion en vigueur depuis plus de 15 ans. Dans ce cadre, les aides financières sont octroyées en fonction du nombre de places d'accueil effectivement créées et représentent une participation financière aux frais d'exploitation d'une structure, alors que les aides financières aux projets couvrent principalement les coûts liés à l'élaboration du concept détaillé. Les aides

financières aux projets ne couvrent donc ni les coûts liés à la création de nouvelles places d'accueil ni les frais d'exploitation des structures d'accueil, pas davantage que les dépenses liées aux travaux de construction ou de transformation (tels que l'aménagement d'une cuisine) ou à l'achat de mobilier ou de matériel pédagogique.

Les aides financières aux projets peuvent être octroyées aux cantons, aux communes, à d'autres personnes morales et aux personnes physiques.

Les aides financières couvrent au maximum la moitié des coûts du projet et sont limitées à trois ans.

PROCÉDURE Les demandes d'aides financières doivent être déposées à l'OFAS avant l'augmentation des subventions cantonales ou communales ou avant l'élaboration du concept détaillé du projet.

L'OFAS met à disposition des requérants et des bénéficiaires d'aides financières des formulaires pour déposer une demande, obtenir l'avis des cantons concernés, rédiger le rapport de projet et établir le décompte des aides financières. Ces différents documents, ainsi qu'un commentaire des nouvelles dispositions de l'ordonnance, sont disponibles à l'adresse suivante : www.ofas.admin.ch > Aides financières > Accueil extra-familial pour enfants. ■

BIBLIOGRAPHIE

Conseil fédéral (2016) : Message concernant la modification de la loi fédérale sur les aides financières à l'accueil extra-familial pour enfants (16.055), FF 2016 6161 : www.admin.ch > Droit fédéral > Feuille fédérale > 2016.

Conseil fédéral (2015a) : Politique familiale. État des lieux et possibilités d'action de la Confédération ; rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Tornare (13.3135) « Politique de la famille » déposé le 20 mars 2013, 20 mai 2015 : www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Rapports du Conseil fédéral > 2015.

Conseil fédéral (2015b) : Coûts complets et financement des places de crèche en comparaison internationale ; rapport du Conseil fédéral du 1^{er} juillet 2015 en réponse au postulat 13.3259 Christine Bulliard-Marbach « Baisser les tarifs des crèches et dynamiser le secteur » du 22 mars 2013, disponible à l'adresse : www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Rapports du Conseil fédéral > 2015.

Battagliero, Giovanna (2015) : « Politique familiale: le Conseil fédéral fixe les prochaines étapes », dans *Sécurité sociale* CHSS 5/2015, pp. 261-263 : www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Publications > Sécurité sociale CHSS > Archives jusqu'à 2015.

Stern, Susanne ; Felfe, Christina (2015) : « Coûts et financement des places de crèche en comparaison internationale », dans *Sécurité sociale* CHSS 5/2015, pp. 264-269 : www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Publications > Sécurité sociale CHSS > Archives jusqu'à 2015.



Barbara von Kessel-Regazzoni

Co-suppléante du secteur Questions familiale, Domaine Famille, générations et société, OFAS. barbara.vonkessel-regazzoni@bsv.admin.ch

ASSURANCE-INVALIDITÉ

Les mesures de réadaptation de l'AI vues par les bénéficiaires

Niklas Baer, Psychiatrie Bâle-Campagne

Ulrich Frick, HSD University of Applied Sciences, Cologne

Neisa Cuonz, psychologue, Zurich

Christine Besse, Centre hospitalier universitaire vaudois

Michael Matt, ValueQuest

Pour la première fois, des assurés atteints de troubles musculo-squelettiques ou de maladies psychiques ont fait l'objet d'une enquête approfondie sur leur situation et sur les effets des mesures de réadaptation de l'AI. L'étude montre les liens étroits entre handicap, réussite de la réadaptation et qualité de vie, et l'importance de la spécificité des mesures et de l'aspect relationnel.

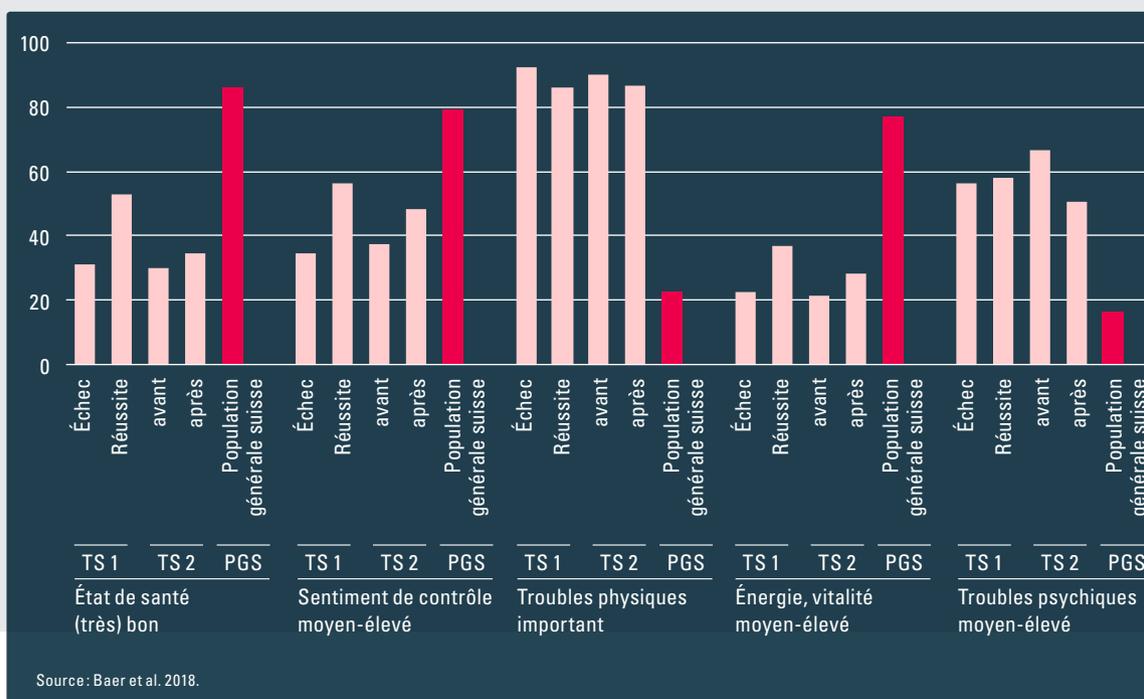
Les mesures d'ordre professionnel ont fait l'objet, dans le cadre du programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI), de plusieurs études menées à partir de données de registres, de dossiers d'assurés ou de données administratives, mais jamais sur la base des renseignements fournis par les personnes assurées elles-mêmes. L'étude présentée ci-dessous vient combler ce manque : elle analyse non seulement leur état de santé, leur parcours professionnel et leur situation sociale, mais aussi la façon dont elles ont vécu les mesures de réadaptation de l'AI.

QUESTIONS ET DÉMARCHE DE L'ÉTUDE L'étude s'intéresse, d'une part, à des caractères extérieurs tels que le statut professionnel, le revenu et le type de mesure de réadap-

tation, et, d'autre part, à des caractéristiques « intérieurs » ou subjectifs comme la qualité de vie, les espoirs et les peurs qui se manifestent au cours de la réadaptation. De plus, elle compare les bénéficiaires de mesures AI à la population suisse et fait le parallèle entre la situation des assurés atteints de troubles psychiques et celle des assurés qui présentent des troubles musculo-squelettiques.

L'étude comprend deux volets. Dans le premier, les auteurs analysent les facteurs qui prédisent au mieux la réussite de la réadaptation (étude partielle TS1, Facteurs de réussite) ; dans le second, ils décrivent l'évolution de la situation et de la satisfaction au cours du processus (étude partielle TS2, Évolution). La réadaptation est considérée comme réussie lorsque les assurés qui ont suivi leur dernière mesure d'ordre profes-

Santé psychique et physique en comparaison (en pour-cent)



sionnel en 2014, gagnaient au moins 1000 francs par mois et ne touchaient ni prestations de l'assurance-chômage ni rente AI en 2015. Au total, 3600 assurés ont été invités à participer à l'enquête écrite, soit 1800 par étude partielle (900 intégrés et 900 non intégrés, et 900 qui commençaient une mesure et 900 qui en terminaient une). Le taux de retour a été de 25% pour les deux échantillons (au total N = 916 personnes). En outre, les chercheurs ont mené des entretiens ouverts complémentaires avec 20 participants à l'enquête, sélectionnés dans tous les échantillons. Les résultats de l'enquête écrite que nous présentons ci-dessous tiennent compte des données obtenues lors de ces entretiens.

DESCRIPTION DES BÉNÉFICIAIRES DES MESURES Dans les deux études partielles, le sex-ratio est équilibré, un tiers des sondés ont moins de 35 ans et 80% sont d'origine suisse ; le pourcentage d'étrangers est deux fois plus élevé dans les offices AI de Suisse latine (30%) que dans ceux de Suisse alémanique (13%). Parmi les personnes

interrogées, 30% se sont arrêtées à la fin de la scolarité obligatoire, 55% ont une formation de degré secondaire et 15% une formation de degré tertiaire. Le niveau général est ainsi nettement plus bas que dans la population générale. La moitié environ des sondés sont en couple, un tiers à un quart (selon l'étude partielle) vivent seuls et près de 10% habitent chez leurs parents.

Bien que les étrangers soient beaucoup plus nombreux en Suisse romande et au Tessin et que seuls 60% d'entre eux au maximum aient terminé la scolarité obligatoire, ces assurés ne sont pas moins souvent réinsérés que les assurés de Suisse alémanique. Ce phénomène s'explique probablement par le fait que les étrangers interrogés présentent beaucoup plus fréquemment un trouble musculo-squelettique que les sondés de nationalité suisse : les assurés présentant un trouble musculo-squelettique sont plus souvent réinsérés que ceux atteints d'une maladie psychique (45 contre 25%), ce qui compense le taux de réussite inférieur des personnes sans formation professionnelle et de nationalité étrangère.

IMPORTANCE DU PARCOURS PROFESSIONNEL De manière générale, de nombreux assurés AI disent avoir eu des problèmes liés à leur santé dès l'école ou la formation professionnelle, ou durant leur parcours professionnel. C'est le cas principalement des personnes atteintes d'une maladie psychique. La moitié des sondés mentionnent des conflits avec leurs collègues de travail ou leur supérieur hiérarchique dans les postes occupés antérieurement, du harcèlement à l'école, pendant l'apprentissage ou au travail, des licenciements, des exigences trop élevées en matière de performance ou des absences prolongées justifiées par une incapacité de travail. Parmi les assurés atteints d'une maladie psychique, 30 % ont interrompu prématurément leur formation professionnelle. Dans les deux études partielles, 65 % des participants ont en outre connu des périodes où ils se sont retrouvés au chômage ou à l'aide sociale. Autrement dit, la majorité des personnes qui venaient de déposer une demande AI avaient depuis longtemps des problèmes au travail.

La majorité des auteurs de demandes AI ont des problèmes de longue date au travail.

SANTÉ PSYCHIQUE ET PHYSIQUE Un résultat important de cette enquête est la nette différence constatée entre les bénéficiaires de mesures de l'AI, en termes de santé psychique et physique, et la population générale suisse (PGS). Cette différence s'explique par la mission même de l'AI, mais elle indique aussi que l'on ne pourra jamais surestimer l'importance de l'état de santé pour la réadaptation.

Le graphique 61 permet de dégager plusieurs conclusions : d'abord, les participants à l'enquête ont indiqué deux à trois fois plus rarement disposer d'une bonne santé et d'une bonne vitalité que la moyenne de la population ; ensuite, ils présentent quatre fois plus souvent des troubles physiques ou psychiques importants ; enfin – et c'est là un point important à retenir pour la façon de concevoir la réadaptation –

ils ont rarement un sentiment de contrôle, c'est-à-dire l'impression de pouvoir influencer sur leur vie. Si l'on veut que les assurés puissent se ressentir comme sujets plutôt que comme « objets » des mesures, déterminés de l'extérieur, il est nécessaire de les impliquer le plus possible dans la planification de leur réadaptation.

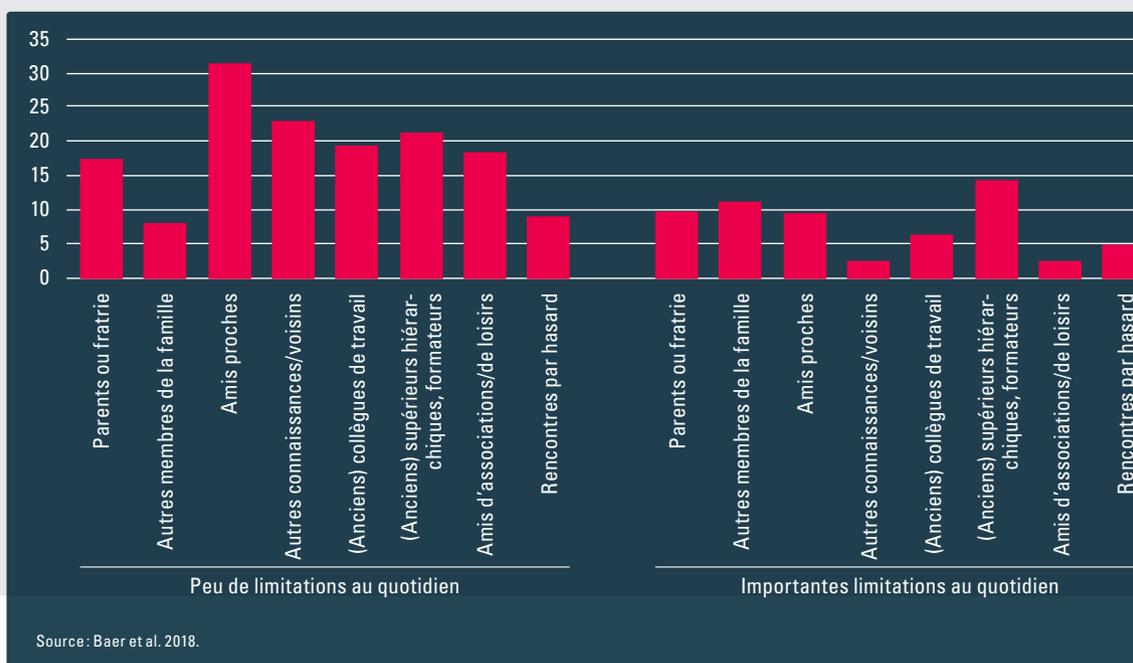
La gravité de l'atteinte à la santé se reflète dans la quantité et la diversité des médicaments pris par les sondés : 60 % en prennent tous les jours (psychotropes, antalgiques, etc.), 20 % en prennent trois ou davantage par jour. Plus grand est le nombre de médicaments nécessaires, plus les sondés souffrent de leurs effets secondaires, ce qui est susceptible de diminuer leur capacité de travail.

Plus l'état de santé est bon et moins les troubles psychiques et physiques sont importants, plus grande est la réussite de la réadaptation professionnelle. Au cours du processus, la santé psychique des assurés s'améliore, alors que les troubles physiques restent inchangés. On remarquera que les troubles psychiques ou physiques isolés constituent l'exception : 80 % des assurés atteints de troubles psychiques ont des troubles physiques et 60 % des assurés présentant des troubles musculo-squelettiques ont des troubles psychiques. Ces chiffres, qui font ressortir le lien étroit existant entre difficultés psychiques et difficultés physiques, montrent que l'accompagnement psychologique est important aussi pour soutenir la réadaptation professionnelle des assurés présentant des troubles musculo-squelettiques.

LIMITATIONS FONCTIONNELLES Les assurés interrogés sont confrontés à d'importantes limitations dans leur vie quotidienne non seulement au travail, mais aussi dans la vie de couple, les contacts avec les amis, la tenue du ménage, la gestion des tâches administratives ou les loisirs hors domicile. En moyenne, ils sont notablement limités dans sept des seize domaines fonctionnels physiques et psychiques analysés. Si la réussite de la réadaptation dépend surtout, pour les déficits fonctionnels somatiques, du besoin de faire davantage de pauses en raison des douleurs, presque toutes les limitations psychiques sont corrélées avec la probabilité de réadaptation ; les principales sont le manque d'énergie, les limitations cognitives, l'instabilité, l'impulsivité, le perfectionnisme, le manque de flexibilité et les conduites d'évitement liées à l'anxiété.

Assurés qui ont bénéficié d'un soutien important dans leur recherche d'emploi (en pour-cent)

G2



L'analyse statistique des déficits fonctionnels relevés permet de distinguer cinq types de bénéficiaires de mesures. Il est ainsi évident que les assurés qui sont limités tant physiquement que psychologiquement présentent des perspectives de réadaptation nettement plus mauvaises que ceux qui sont peu atteints :

- relativement peu de limitations spécifiques (30 %), en général bonne formation, sexe masculin, pas de limitations importantes au quotidien, souvent bonne réinsertion (39 %) ;
- déficits purement psychiques (20 %), souvent importantes limitations dans le quotidien, apparition précoce des problèmes à l'école, dans la formation ou au travail, et taux de réinsertion moyen (34 %) ;
- limitations uniquement physiques (18 %), peu de limitations au quotidien, apparition tardive des problèmes, souvent formation de degré secondaire II, réinsertion dans la majorité des cas (61 %) ;
- déficits principalement physiques, parfois associés à des déficits psychiques (19 %), limitations majeures au quotidien relativement fréquentes, souvent faible niveau de for-

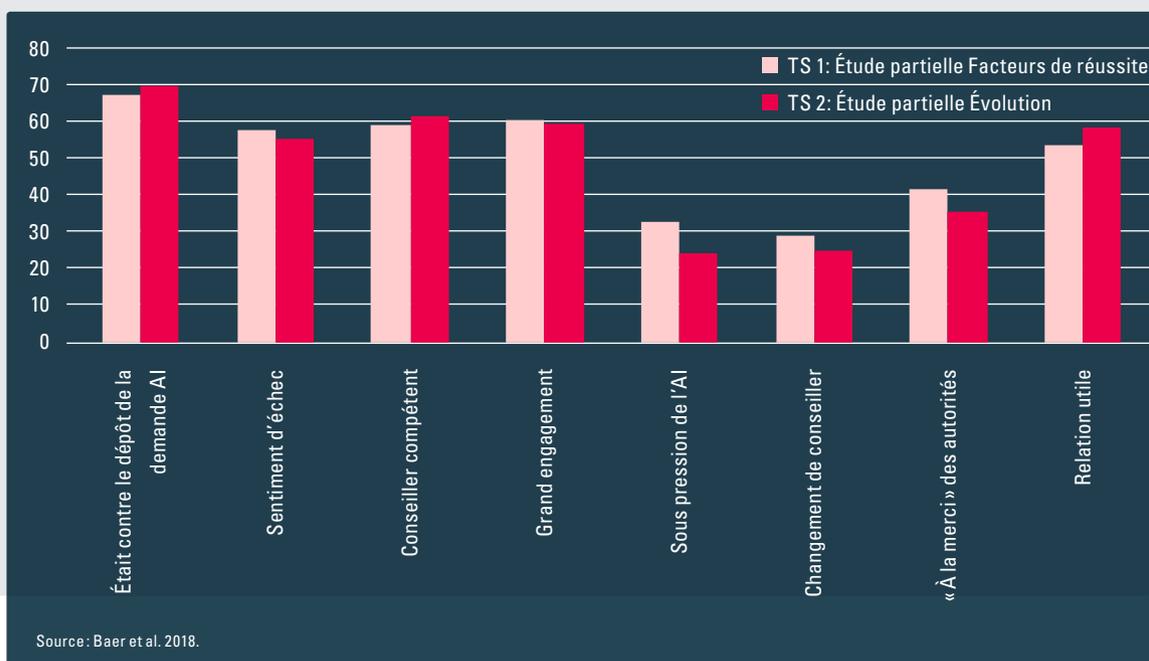
mation (scolarité obligatoire), forte proportion d'étrangers et rares réussites de la réadaptation (21 %) ;

- troubles majeurs tant psychiques que physiques (13 %), généralement importantes limitations dans le quotidien, apparition des premiers problèmes le plus souvent après l'âge de 25 ans, plus grand pourcentage de formation limitée à la scolarité obligatoire et très rare réussite de la réadaptation (13 %).

SOUTIEN SOCIAL Plus d'un tiers des assurés qui ont obtenu des mesures de l'AI n'ont pas de personne de confiance pour parler de problèmes personnels, pourcentage près de deux fois plus élevé que dans la population générale. L'appréciation subjective qu'ils portent sur leur qualité de vie est par ailleurs nettement moins bonne. Plus les limitations fonctionnelles sont importantes, moins les assurés ont une personne de confiance. Le type de limitations joue aussi un rôle : ceux qui présentent des problèmes d'énergie, un déficit cognitif, des peurs, des sautes d'humeur et de l'impulsivité ont rarement une personne de référence proche. Il en va de même pour les assurés qui vivent seuls, les personnes

Vécu de la relation avec l'office AI et les conseillers en matière de réadaptation

G3



élevant seules leurs enfants et les jeunes qui habitent chez leurs parents.

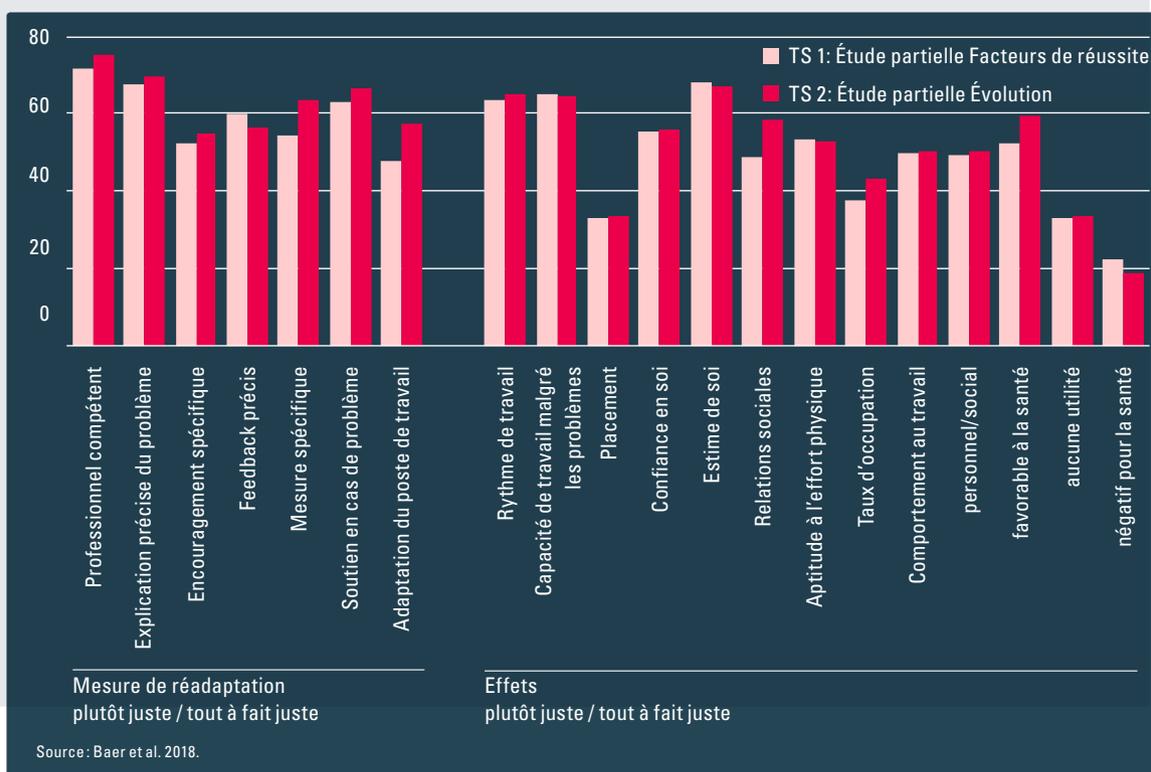
La gravité des troubles influe sur l'importance du soutien que les sondés reçoivent de leur environnement social (cf. graphique G2). Les assurés peu limités dans leur vie quotidienne bénéficient assez souvent du soutien de leur entourage : en particulier, dans 20 à 30 % des cas, les amis proches, mais aussi des connaissances, ainsi que d'anciens collègues et supérieurs hiérarchiques, les ont beaucoup aidés au moins une fois à rechercher un emploi, alors que ceux qui sont très limités et ont spécialement besoin de soutien ont rarement cette possibilité. On voit donc là que les handicaps les plus importants ne peuvent pas être compensés par l'environnement social, mais qu'ils sont (nécessairement) associés à un besoin élevé de soutien par des professionnels.

VÉCU DE LA RELATION AVEC L'OFFICE AI ET DES MESURES DE RÉADAPTATION La façon dont les assurés jugent les mesures de réadaptation est assez étroitement liée au sens que le dépôt d'une demande AI a eu pour eux (cf. graphique G3). Parmi les sondés, 70 % ne souhaitaient pas,

au départ, recourir à l'AI et 60 % de ceux qui ont franchi le pas ont eu un sentiment d'échec. Le dépôt d'une demande AI est un moment critique, marqué par de grands espoirs, mais aussi de nombreuses peurs : dans les deux études partielles, quatre assurés sur cinq étaient à ce stade plutôt ou très optimistes quant à l'utilité des mesures AI pour leur vie professionnelle, la moitié avaient peur d'un échec et étaient désorientés parce que leur thérapeute et l'office AI ne portaient pas le même jugement sur leur situation, ou encore craignaient que l'on ne comprenne pas leurs problèmes et leurs possibilités.

La demande AI est marquée par de grands espoirs, mais aussi de nombreuses peurs.

Caractéristiques et effets des mesures de réadaptation



Ces réponses soulignent l'importance de la relation avec le conseiller AI. La majorité des sondés jugent celle-ci positive : dans les deux études partielles, 60 % estiment que le conseiller était plutôt ou tout à fait compétent, qu'il s'engageait et que cette relation était utile. Mais d'un autre côté, 30 % se sentent « à la merci » de l'AI et mis sous pression par elle. La majorité juge gênants les changements fréquents de conseiller. Bien que ces expériences négatives soient plus fréquentes chez les assurés très handicapés et n'ayant pas le sentiment de pouvoir influencer sur leur vie, il faudrait à l'avenir garantir à tous les assurés qui bénéficient de mesures de l'AI une plus grande constance et une meilleure qualité relationnelles.

Toutes mesures de réadaptation confondues, le taux de réussite est de 33 %, les interventions précoces et les mesures de reclassement réussissant plus souvent, la formation professionnelle initiale plus rarement. Ces différences sont dues aux conditions initiales et aux objectifs de ces mesures : par exemple, les assurés qui n'avaient obtenu qu'une mesure d'in-

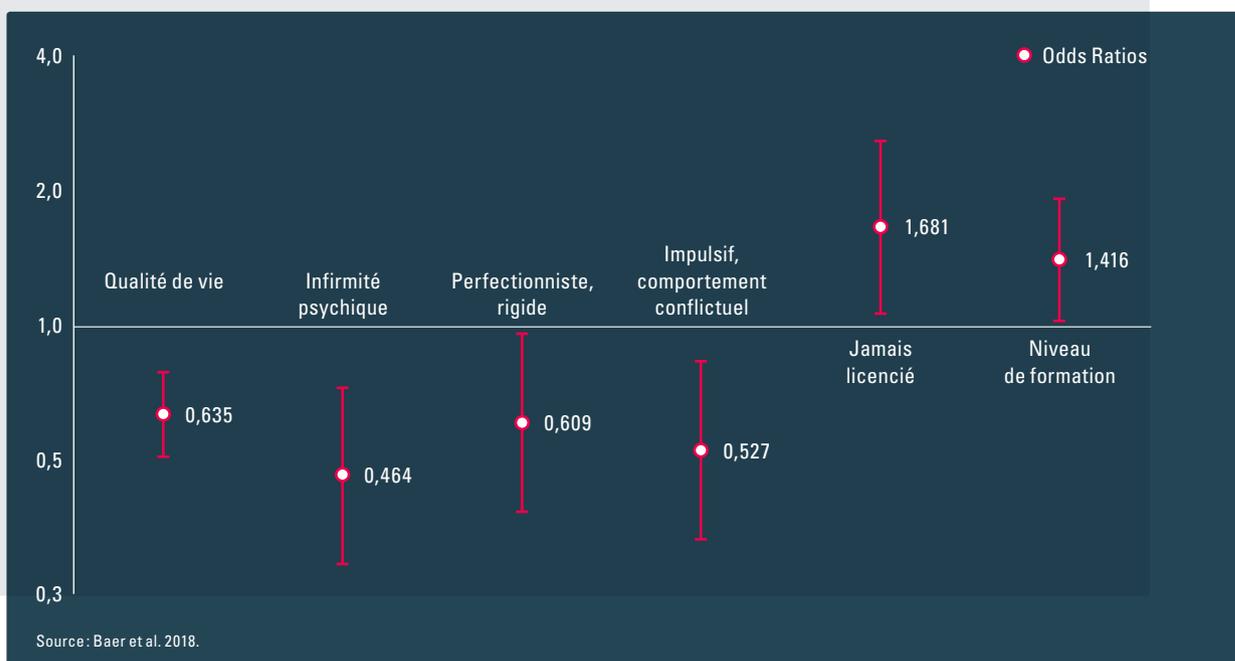
tervention précoce disposaient souvent encore d'un emploi, contrairement à ceux qui avaient bénéficié d'une mesure de réinsertion. Indépendamment de la réussite de la réadaptation elle-même, les mesures d'ordre professionnel ont toutes un impact positif sur les capacités de travail de base et la confiance en soi (cf. graphique G4).

Dans 50 à 70 % des cas, les sondés estiment (« plutôt » ou « tout à fait ») que les conseillers AI sont compétents, qu'ils ont examiné attentivement leur problématique professionnelle et leur ont apporté un soutien spécifique. Les mesures ont non seulement réussi à renforcer la capacité de travail de base et la confiance en soi, mais elles ont aussi souvent contribué à accroître le rythme de travail et à améliorer les compétences sociales, l'aptitude à l'effort et le comportement au travail.

Pour l'évaluation des mesures, il convient surtout de retenir que les assurés réinsérés jugent celles-ci plus de deux fois plus souvent « spécifiques » que les non-réinsérés. De ce fait, les offices AI devraient, plus systématiquement, prévoir des

Facteurs de réussite de la réadaptation (odds ratios, OR)

G5



mesures mieux adaptées à la situation particulière de chaque assuré et s'en tenir plus rigoureusement à l'assessment de la problématique professionnelle pour formuler des solutions. Il faudrait également exiger que les centres chargés de l'exécution des mesures de réadaptation professionnelle proposent des interventions spécifiques et techniquement fondées.

Enfin, 30 % des sondés, parmi lesquels principalement les plus handicapés, disent que la ou les mesures ne leur ont pas été utiles, voire qu'elles ont aggravé leurs problèmes de santé. On remarquera que les assurés dont le conseiller AI, le médecin ou l'employeur ne se sont jamais rencontrés pour traiter du cas font le même constat. Le lien net entre absence de contact et atteinte à la santé devrait pousser l'analyse plus loin. Le cas échéant, des changements dans la collaboration s'imposent.

FACTEURS DE RÉUSSITE DE LA RÉADAPTATION L'analyse des facteurs de réussite de la réadaptation montre que de nombreux caractères, significatifs par eux-mêmes (univariés), font nettement la différence entre réussite et échec : les mesures qui visaient spécifiquement le handicap, qui sont

parvenues à accroître le rythme de travail et le taux d'occupation, mais aussi à améliorer le comportement au travail, la confiance en soi et l'aptitude à travailler malgré les problèmes, sont nettement corrélées avec la réussite de la réadaptation. Le fait que le conseiller AI, de même que les personnes qui accompagnaient les assurés dans les centres d'exécution des mesures, aient compris leur problématique professionnelle, que l'AI les ait aidés à trouver un emploi et qu'elle les ait bien soutenus en cas de problème ou de crise est aussi un facteur de réussite. C'est là, entre autres, une invitation pour les offices AI à renforcer les mesures de placement concrètes sur le marché primaire du travail.

Enfin, l'analyse multivariée des facteurs influant sur la réussite de la réadaptation en met en évidence six qui prédisent le résultat au mieux, indépendamment de tous les autres (cf. graphique G5) :

- une mauvaise qualité de vie diminue de 60 % les chances de réussite de la réinsertion professionnelle (par rapport à une bonne qualité de vie) ;

- une maladie psychique divise par 2,2 les chances de réinsertion professionnelle par rapport à une atteinte musculo-squelettique ;
- le manque de flexibilité (perfectionnisme et rigidité) est corrélé à 60 % de chances de réussite en moins ;
- les problèmes liés à l'égalité d'humeur (impulsivité et comportement conflictuel) divisent par deux les chances de réussite ;
- les personnes qui n'ont jamais été licenciées ont 70 % de chances de plus de se réinsérer ;
- une formation de degré tertiaire augmente de 40 % les chances de réussite.

Les éléments déterminants pour la réussite de la réinsertion sont donc le vécu subjectif, le type de maladie, la structure de la personnalité, le comportement au travail, les capacités relationnelles, le parcours professionnel et le niveau de formation des assurés.

CONCLUSION Les résultats de l'enquête auprès des assurés montrent que les bénéficiaires de mesures de l'AI présentent des handicaps généralement lourds et souvent chroniques avant de se décider à déposer une demande AI. Notamment ceux d'entre eux qui avaient travaillé pendant de nombreuses années ont vécu le dépôt de la demande comme un échec. Un accompagnement professionnel mettant l'accent sur la relation et les impliquant personnellement, ainsi que des mesures de réadaptation professionnelle ciblées et fondées, ont eu pour eux une importance capitale. Un cinquième des sondés – plus particulièrement les assurés pour qui aucune réunion n'a été organisée entre AI, médecin et, le cas échéant, employeur – estiment que les mesures ont aggravé leurs problèmes de santé. La réussite de la réadaptation est remarquable chez les assurés présentant des troubles musculo-squelettiques (45 %), mais faible chez les personnes atteintes de troubles psychiques (25 %). Les raisons de ces échecs fréquents sont certainement multiples ; elles tiennent aux limitations fonctionnelles propres à ces malades, mais aussi à la procédure elle-même. Ce résultat montre aussi qu'il faut accorder suffisamment de temps au processus de réadaptation, que la patience et la persévérance sont indispensables : même si de nombreux assurés ont fait de nets progrès grâce aux mesures, ils n'ont plus, quand la

réinsertion n'a pas abouti du premier coup, ni accompagnement ni rente – principalement parce que la période durant laquelle il est possible de bénéficier de mesures est limitée. L'AI met désormais l'accent sur la réadaptation et la relation ; elle a pris ce tournant il y a dix ans et semble être maintenant sur le bon chemin. Elle doit toutefois veiller à continuer dans cette voie afin de renforcer durablement la réadaptation professionnelle. ■

BIBLIOGRAPHIE

Baer, Niklas ; Frick, Ulrich ; Besse, Christine ; Cuonz, Neisa ; Matt, Michael (2018) : *Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten. Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit* (allemand avec résumé en français); [Berne : OFAS]. Aspects de la sécurité sociale ; rapport de recherche n° 8/18 : www.bsv.admin.ch > Publications & Services > Recherche et évaluation > Rapports de recherche.

Niklas Baer

Docteur ès philosophie, service de réadaptation psychiatrique, Psychiatrie Bâle-Campagne.
Correspondance : niklas.baer@pbl.ch

Ulrich Frick

Prof. Dr rer. biol. hum., HSD University of Applied Sciences, Cologne.

Neisa Cuonz

Psychologue FH, Zurich.

Christine Besse

Dr méd., service de psychiatrie communautaire, département de Psychiatrie, CHUV.

Michael Matt

Licencié en sciences politiques, ValueQuest GmbH, Wädenswil.

INTERNATIONAL

Numérisation des échanges de données de sécurité sociale

Silvia Pittavini, Office fédéral des assurances sociales

La Suisse coordonne ses assurances sociales avec celles des États de l'UE et de l'AELE. Il est prévu qu'à l'avenir les pays européens échangeront leurs données de sécurité sociale non plus sous forme papier, mais sous forme numérique. Afin de rendre cela possible, plusieurs réseaux reliés à EESSI, tels que SWAP et ALPS sont en train d'être mis en place.

Il n'est plus rare aujourd'hui d'exercer une activité lucrative à l'étranger. Afin d'éviter que les personnes concernées paient des cotisations dans deux pays ou soient confrontées à des lacunes d'assurance, la Suisse a conclu de nombreuses conventions internationales prévoyant soit que ces personnes aient accès aux systèmes et prestations d'assurances sociales des États partenaires, soit qu'elles restent assurées en Suisse en étant exemptées des assurances sociales étrangères.

La principale convention de sécurité sociale conclue par la Suisse est l'accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) qui reprend à son compte les règlements européens de coordination¹. Cette convention fixe l'État dans lequel une

personne doit être assurée. Par ailleurs, elle garantit que les Suisses qui sont soumis à la législation en matière d'assurances sociales d'un État de l'UE ou de l'AELE sont traités de la même manière que les ressortissants de cet État dans l'application de cette législation. Par exemple, les périodes d'assurance à l'étranger sont prises en compte pour déterminer si une personne a accompli la période d'assurance minimale donnant droit aux prestations d'assurance sociale d'un État donné, ce qui facilite l'accès à ces dernières. Par ailleurs, aucune restriction ne peut s'appliquer à l'exportation des prestations en espèces, telles que les rentes ou les allocations familiales.

Le droit de coordination européen couvre toutes les branches d'assurance, y compris l'assurance-chômage, les allocations familiales, la prévoyance professionnelle, l'assurance-maladie et l'assurance-accidents. Les personnes assu-

¹ Règlement (CE) n° 883/2004 (RS 0.831.109.268.1) et règlement (CE) n° 987/2009 (RS 0.831.109.268.11) mentionnés à l'annexe II de l'ALCP.

Exemple : coordination des rentes

Monsieur Meier vit en Suisse, mais pendant neuf ans il travaille et paie des cotisations sociales dans l'État XY. Le droit de cet État prévoit que seules les personnes qui ont été assurées pendant au moins dix ans et qui sont domiciliées dans le pays ont droit à une rente de vieillesse. En vertu du droit de coordination, l'État XY doit non seulement tenir compte des périodes d'assurance en Suisse dans le calcul de la rente, mais également verser celle-ci même si monsieur Meier est domicilié en Suisse au moment de sa retraite (exportation des prestations en espèces).

réés en Suisse qui tombent malades ou sont victimes d'un accident dans un État de l'UE ont par exemple les mêmes droits en matière de traitements médicaux et de remboursement des frais que les assurés de cet État.

La coordination des assurances sociales suppose que les États échangent diverses informations. Les traitements à l'étranger impliquent la transmission d'attestations de droit aux prestations, le calcul des rentes requiert des informations sur les périodes d'assurance à l'étranger, tandis que la détermination de la législation applicable nécessite l'établissement et la transmission d'attestations. L'échange transfrontalier d'informations dans le domaine de la sécurité sociale se fait aujourd'hui essentiellement sous forme papier, ce qui, vu l'importance du volume des données à transmettre, est compliqué, laborieux et peu sûr.

ÉCHANGE ÉLECTRONIQUE D'INFORMATIONS SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE (EESSI)

Il est prévu qu'à l'avenir les organismes de sécurité sociale échangeront leurs données non plus sous forme papier, mais sous forme numérique. Cela sera possible grâce au système informatique EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) développé par l'UE. Tous les organismes de sécurité sociale utiliseront les mêmes modèles de documents électroniques, qui existeront dans les 24 langues officielles de l'UE.

Participant au programme non seulement les États de l'UE, mais également les États de l'AELE. Le système central EESSI a été mis à disposition par la Commission européenne en juillet 2017. Tous les États ont deux ans pour mettre en œuvre EESSI au niveau national et pour raccorder leurs organismes de sécurité sociale aux échanges électroniques transfrontaliers d'informations. Afin que toutes les assurances sociales suisses puissent envoyer et recevoir des informa-

tions, la Suisse doit mettre en place un point d'accès électronique national. Le projet de révision de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) définit qui sera responsable de la mise en place et de l'exploitation de ce point d'accès et comment ce dernier sera financé.

La Suisse devrait être en mesure d'échanger les premiers documents sous forme électronique au printemps 2019.

RACCORDEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION NATIONAUX À EESSI

La mise en œuvre d'EESSI a été mise à profit pour moderniser et standardiser certains processus appliqués par les assurances sociales suisses. Depuis peu, les organes d'exécution disposent ainsi de deux systèmes d'information nationaux (SWAP et ALPS) pour les procédures transfrontalières de demande de rente et pour la détermination de la législation applicable. Des travaux sont en cours afin de raccorder ces deux systèmes au point d'accès suisse et, partant, à EESSI. Les organismes suisses pourront ainsi utiliser ces deux systèmes pour échanger des données non seulement entre eux (échanges nationaux), mais également avec les organismes des États européens (échanges transfrontaliers).

La révision de la LPGA crée les bases légales nécessaires, touchant en particulier la protection des données, afin que les organismes suisses puissent utiliser ces systèmes d'information pour l'échange électronique de données. Il est prévu que ces derniers seront financés par le Fonds de compensation de l'AVS.

SWAP Le système SWAP (Swiss Web Application Pension) est utilisé par exemple pour saisir les demandes de rente déposées en Suisse par des citoyens d'un État de l'UE ou de

Exemple : coordination des prestations en cas de maladie

Madame Müller vit en Allemagne et est employée à Bâle. Le droit de coordination européen prévoit que, vu qu'elle travaille en Suisse, elle est soumise au droit suisse de la sécurité sociale. Elle est donc assurée contre la maladie en Suisse. Un jour, madame Müller tombe malade et va chez son médecin à son lieu de domicile, en Allemagne. Son médecin la traite comme si elle était assurée en Allemagne. La facture qu'il établit est payée par une assurance-maladie allemande, qui se fait rembourser par l'assurance-maladie suisse de madame Müller. Ce mécanisme garantit que madame Müller n'est assurée et ne paie les primes correspondantes que dans un État, tout en pouvant, si nécessaire, bénéficier d'un traitement dans un autre État.

L'échange et la protection des données de sécurité sociale sont réglés dans le cadre de la révision de la LPGA.

l'AELE. S'il ressort au cours du processus que la personne a accompli des périodes d'assurance dans un État de l'UE, la caisse de compensation AVS ou l'office AI compétents engagent la procédure interétatique de demande d'une rente de vieillesse, de survivant ou d'invalidité. Dans un tel cas, la Suisse transmet au pays concerné la demande et les indications dont elle dispose au moyen des formulaires prévus à cet effet. Ce pays l'informe ensuite des périodes d'assurance accomplies sur son territoire et des décisions de rente qu'il a prises. L'organisme de liaison entre la Suisse et l'étranger est la Centrale de compensation. C'est elle qui, par l'intermédiaire de SWAP, d'une part reçoit les formulaires et, après examen du dossier, les transmet à l'organisme compétent à l'étranger, d'autre part reçoit et traite les informations provenant de l'étranger. Avec l'introduction de EESSI, l'ensemble du processus sera digitalisé.

ALPS Afin de réduire les charges administratives, l'échange de données permettant de déterminer la législation applicable a été modernisé: en collaboration avec les caisses de compensation AVS et quelques entreprises pilotes, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a développé la plateforme d'échange ALPS (Applicable Legislation Platform Switzerland). Celle-ci permet aux indépendants et aux employeurs qui détachent des travailleurs à l'étranger de demander le formulaire A1, nécessaire pour attester d'une législation applicable, directement et sous forme électronique auprès de la caisse de compensation AVS. Le formulaire est ensuite délivré par l'intermédiaire de cette même plateforme. Le système ALPS permet également la saisie de données concernant l'assujettissement à l'assurance en cas de pluriactivité

Exemple : gestion via ALPS des formalités liées à un détachement

Monsieur Dupont est détaché par son employeur, dont le siège est à Zurich, auprès d'une filiale à Paris pour une durée d'une année. Selon le droit de coordination européen en matière de sécurité sociale applicable en Suisse, monsieur Dupont reste soumis à la législation suisse durant cette période. Il ne cotise donc pas aux assurances sociales en France, même si le droit français prévoit une obligation de s'assurer. L'employeur continue de payer des cotisations sociales et monsieur Dupont reste assuré contre la maladie en Suisse et continue de toucher les allocations familiales suisses. Pour prouver en France qu'il est soumis au droit suisse et qu'il n'a pas à s'assurer en France, il doit pouvoir présenter le formulaire A1. En Suisse, ce formulaire est établi par la caisse de compensation AVS à laquelle est affilié l'employeur. Par ailleurs, cette dernière doit signaler le détachement à l'organisme français compétent. L'employeur de monsieur Dupont peut demander le formulaire A1 via ALPS et le reçoit ensuite par l'intermédiaire de ce même système.

ou de demander le maintien de l'assurance pour les membres de la famille. L'OFAS mène actuellement un projet portant sur le raccordement de cette plateforme à EESSI. Grâce à l'interface qui va être développée, ALPS pourra être utilisé pour échanger des données avec l'étranger sans rupture de média.



Silvia Pittavini

Juriste, domaine Affaires internationales, OFAS.
silvia.pittavini@bsv.admin.ch

INTERNATIONAL

Réunion OCDE des ministres de la politique sociale en mai 2018

Cyril Malherbe, Office fédéral des assurances sociales

Les ministres OCDE de la politique sociale se sont réunis à Montréal les 14 et 15 mai pour débattre des défis du nouveau monde du travail, de la promotion de la diversité et de la prévention de différentes formes d'inégalités. Un compromis, en somme, entre le grand thème du moment et des problématiques au long cours.

La Suisse était représentée à Montréal par une délégation composée de représentants de l'administration (OFAS, Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes, SECO) et du monde académique. À sa tête, M. Bruno Parnisari, directeur suppléant de l'OFAS, avec le titre de secrétaire d'État, était assisté de Mme Elisabeth Bösch Malinen, consule générale de Suisse à Montréal.

SITUATION DE LA SUISSE Participer à une telle réunion, c'est endosser le rôle d'un pays relativement privilégié. Comparée à l'étranger, la Suisse est en situation favorable. Mais cela ne la met pas à l'abri des défis qui touchent les pays industrialisés. Nous bénéficions d'un faible taux de chômage mais le numérique déploiera comme ailleurs de nouvelles formes d'emploi et la question de la protection sociale

des personnes concernées se pose. Le taux de pauvreté est faible et les inégalités ne se sont pas creusées de manière spectaculaire mais le risque de tomber dans la pauvreté existe bel et bien. C'est pourquoi les autorités suisses mettront, comme le préconise l'OCDE, davantage l'accent sur l'éducation précoce et la transition entre la formation et l'entrée sur le marché du travail. Le système de retraite suisse est assez bien conçu pour résister aux chocs conjoncturels, mais sa pérennité financière reste une préoccupation à long terme. L'intégration de groupes « vulnérables », comme les personnes en situation de handicap, les personnes LGBTI ou les migrants, se fait de manière ponctuelle et pragmatique, alors que d'autres pays ont une politique plus enveloppante ou se montrent plus prescriptifs. Quant aux préoccupations de la population, différentes enquêtes permettent de les éva-

luer ponctuellement en Suisse, mais il est difficile de dire si elles concordent avec les préoccupations exprimées à l'étranger. Un sondage express réalisée dans une vingtaine de pays en prévision de la conférence de Montréal permettra peut-être de le faire (OCDE 2018).

Dans un monde du travail très bigarré, connaître les risques qu'affrontent les individus est primordial.

FORUM SUR LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS Dans un forum précédant la réunion officielle, les ministres ont eu l'occasion de s'entretenir au cours de quatre ateliers avec des universitaires, des entrepreneurs, des partenaires sociaux et des représentants de milieux associatifs. Dans le cadre d'un débat sur les responsabilités individuelles et collectives dans la protection sociale, il s'est confirmé que les formes d'activité lucrative atypiques étaient en train de se développer, ce qui met en évidence des disparités dans la protection sociale des différentes catégories de travailleurs. Le travail sur les plateformes d'externalisation vers la multitude (*crowding*) apparaît comme un défi dans ce contexte.

Les écarts dans la protection sociale, dont on a débattu ensuite, pourront certainement être comblés, mais à condition de ne pas s'intéresser uniquement aux lacunes de couverture. Il faudra remédier aux difficultés d'accès et s'attaquer au non-recours aux prestations, un phénomène qui n'est pas limité à ce contexte et touche également la Suisse, comme en témoigne le prochain congrès de l'Association Suisse de Politique Sociale (www.svsp.ch/fr > Manifestations).

L'apparition de nouveaux outils technologiques présente un réel intérêt dans le domaine social. Quelques pays s'essaient à les introduire en tirant parti notamment de l'utilisation des mobiles, sans forcément faire le pari du tout numérique comme l'Estonie. Pour offrir de véritables ser-

vices par voie électronique et pas seulement numériser du contenu, les services publics doivent faire concorder les données existantes, mettre en communication des bases de données et favoriser les interactions entre services; ce n'est pas un mince travail. De plus, la relation qu'aménage l'outil technologique entre l'utilisateur et l'administration n'est pas neutre (Conseil d'analyse économique 2016): certaines catégories de personnes qui craignent d'être discriminées à un guichet seront encouragées à s'en servir pour exercer leurs droits tandis que d'autres préféreront renoncer à cet outil, parce qu'elles ne maîtrisent pas suffisamment l'internet par exemple (OCDE 2016).

Par ailleurs, il existe des besoins sociaux nouveaux ou qui sont mal satisfaits; il faut leur trouver des réponses. C'est le champ de *l'innovation sociale*, débattue ensuite, un contexte où les organisations non gouvernementales (ONG) fournissent un travail important, comme cela a été souligné à Montréal. Ces ONG génèrent de nouvelles idées et permettent de développer de nouvelles formes d'action sociale. Elles ont besoin de soutien, des autorités publiques notamment. Or ce soutien n'est pas toujours acquis. Cela peut s'avérer délicat pour qu'une innovation soit stabilisée, car certaines conditions doivent être remplies.

DÉBATS MINISTÉRIELS Les ministres, une fois entre eux, ont commencé par évoquer leurs priorités respectives en matière de protection sociale. On n'a pas vu émerger de grand dessein mais l'une des préoccupations exprimées le plus souvent concernait l'appauvrissement des groupes vulnérables. L'Organisation Internationale du travail (OIT), présente à Montréal, a souligné à cet égard l'importance de la justice sociale et du dialogue social. Les ministres ont discuté ensuite la *promotion de la diversité*, un thème qui concernait au départ la contribution des minorités sexuelles LGBTI à l'économie, mais qu'on a étendu à la situation des femmes et celle des migrants, au risque de noyer ces différentes problématiques.

Puis, ils sont passés à la pièce de résistance de leur réunion: les *inégalités liées à l'avancée en âge*. Il s'agit d'un défi pour la protection sociale et il a été traité à trois points de vue, dans le sillage d'une récente publication de l'OCDE (OCDE 2017). Le vieillissement de la population ne réserve plus guère de surprise: il s'agit d'assurer des pensions suf-

fisantes et des soins adéquats pour les personnes en âge avancé sans mettre en péril les finances publiques ou la sécurité sociale. C'est la question des équilibres à trouver qui peut donner lieu à controverse, mais, comme l'a souligné la vice-présidence grecque, c'est aux autorités nationales qu'il incombe en définitive de décider par exemple du degré de solidarité d'un régime de pension.

Chez les enfants et les jeunes, des handicaps sociaux qui se transmettent peuvent entraver très tôt le départ dans la vie. Une majorité de participants a considéré que la réponse consiste notamment à cibler les programmes sociaux sur les parents de très jeunes enfants et à améliorer la qualité des soins prodigués aux enfants.

En matière d'égalité entre femmes et hommes dans les politiques sociales, l'écart entre hommes et femmes sur le marché de l'emploi est à l'origine de disparités majeures dans l'économie et la société et il entraîne des écarts significatifs en termes de pension de retraite. Le rapporteur a souligné notamment que pour renforcer la participation des femmes sur le marché du travail, la politique sociale devait promouvoir un meilleur équilibre entre hommes et femmes en matière de soins non rémunérés.

Initiative de l'OCDE pour une croissance inclusive (*inclusive growth*)

Face à la montée des inégalités dans beaucoup de pays, l'OCDE défend depuis quelques années l'idée de croissance inclusive. Cette notion a été développée afin de dépasser l'antagonisme classique entre croissance et redistribution des ressources. Elle postule qu'il n'est pas contradictoire de viser davantage d'équité tout en recherchant une croissance économique durable. Cela permet à l'OCDE de tenir un discours plutôt progressiste sans renier l'orthodoxie économique. La conviction que la croissance doit être équitable était perceptible à Montréal, où l'on a constaté par ailleurs que toute décision d'importance en matière sociale continue de s'appuyer, à l'étranger comme en Suisse, sur un arbitrage entre responsabilité individuelle et solidarité. La situation encore très tendue en matière de finances publiques dans de nombreux pays complique évidemment la donne et les alternatives sont peu nombreuses.

www.oecd.org > Prestations et questions sociales > Croissance inclusive

LE RÔLE DES MINISTRES DES AFFAIRES SOCIALES À L'OCDE Une réunion ministérielle spécialisée comme à Montréal permet de braquer un coup de projecteur sur certains thèmes et elle permet à des décideurs de pays parfois très éloignés de se rencontrer. De plus, elle offre l'occasion d'un dialogue entre décideurs, chercheurs et représentants

de la société civile. Mais son horaire très cadencé ne permet pas d'approfondir des sujets complexes ; c'est la tâche des comités techniques qui travaillent en amont. D'autre part, l'axe des recherches à l'OCDE est défini en dernier ressort par des ministres de l'économie. Dans ce cadre bien balisé, il y a place toutefois pour des ministres spécialisés. Ceux des affaires sociales sont écoutés à propos des choix opérés dans leurs pays respectifs, ce qui permet à l'OCDE d'actualiser son analyse, en matière de pensions, par exemple (OCDE 2017a/2017b). On consulte ces ministres également sur les sujets à approfondir. À Montréal, la contribution des minorités sexuelles à l'économie a suscité un engouement modéré, mais l'OCDE continuera à étudier la question, quitte à revoir ses priorités plus tard. En réalité, tant qu'elle reflète équitablement les approches nationales, l'OCDE peut naviguer plus ou moins à sa guise.

Dans la compétition que se livrent les organisations internationales, il est essentiel aussi de se faire entendre sur les grandes tendances qui traversent l'économie ou la société. Le monde du travail est très bigarré aujourd'hui : les contrats à durée indéterminée ne sont plus la règle, le sens même de main-d'œuvre fait question et une personne peut devoir exercer plusieurs emplois pour vivre. Aussi les ministres ont-ils donné à Montréal leur aval à un changement de perspective : désormais, l'OCDE ne se limitera plus à examiner la situation des gens sur le marché du travail ; elle se concentrera sur les risques qu'affrontent les individus. En suivant la même perspective, les États membres affronteront un défi : comment, dans une société démocratique, responsabiliser les individus et les inciter au besoin à changer de comportement sans piétiner les libertés individuelles ?

CONCLUSION Les États devront aussi se confronter à l'impact des choix individuels sur la solidarité. L'individualisation des parcours de vie met à l'épreuve, on le savait, la pertinence des modèles qui fondent nos assurances sociales. Mais, renforcée par la numérisation, elle peut conduire chacun à choisir une activité indépendante ou non protégée. Ce choix ne se fait pas toujours de gaieté de cœur, mais il aboutit à s'échapper, en partie au moins, d'un système fondé sur la solidarité. Cela peut générer une double frustration : chez la personne privée de la protection « ordinaire », d'une part, et chez les travailleurs « ordinaires » choqués qu'on puisse se soustraire à la solidarité, d'autre part. Le danger est de voir la société se fragmenter et les sources de financement de la sécurité sociale risquent de s'assécher (UniNE 2018). Il sera plus que jamais nécessaire de conserver cet aspect à l'esprit au moment de trouver des solutions pour qu'une protection adéquate et financièrement tenable puisse être garantie à chacun. ■

BIBLIOGRAPHIE

OECD (2018) : *The OECD Risks that Matter Survey; Early Results from the 2018 OECD Cross-National Survey on Social and Economic Risks*: www.oecd.org/social/risks-that-matter.htm.

UniNE (2018), *Révolution 4.0 et droits fondamentaux au travail*, Colloque du Centre d'étude des relations du travail, 7-9 février 2018.

OECD (2017a) : *Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators*, OECD Publishing: Paris: www.oecd-ilibrary.org > Statistics > Statistical Book Series > Pensions at a Glance.

OCDE (2017b) : *Preventing Ageing Unequally*, OECD Publishing: Paris: www.oecd-ilibrary.org > Books > Preventing Ageing Unequally.

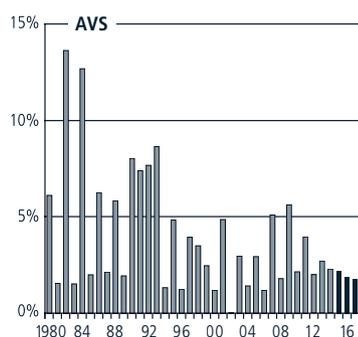
Algan, Yann ; Bacache Maya ; Perrot, Anne (2016) : « Administration numérique », dans *Notes du conseil d'analyse économique 2016/7* (n° 34), p. 1-12. <https://www.cairn.info> > Revues > Economie, Gestion > Liste des Revues > Notes du conseil d'analyse économique.

OCDE (2016) : « Skills for a Digital World », dans *Policy Brief on the Future of Work (December 2016)*, OECD Publishing: Paris: www.oecd.org > Employment > Future of work G7 Future of Work Forum > Key documents > Policy Briefs.

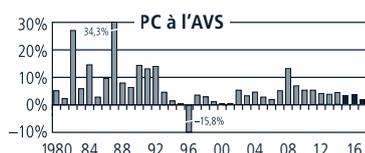
Cyril Malherbe

Sur la base des contributions des membres de la délégation suisse à la réunion OCDE des ministres de la politique sociale en mai 2018 à Montréal ; domaine Affaires internationales, OFAS.
cyril.malherbe@bsv.admin.ch

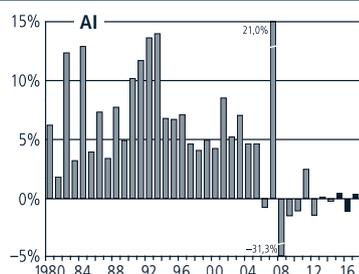
Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



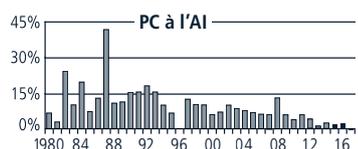
AVS	1990	2000	2010	2016	2017	Veränderung in % TM ¹
Recettes (y compris les variations de valeur du capital) (mio fr.)	20355	28792	38495	42969	44379	3,3%
dont contrib. ass./empl.	16029	20482	27461	30862	31143	0,9%
dont contrib. pouv. publics	3666	7417	9776	10896	11105	1,9%
Dépenses	18328	27722	36604	42530	43292	1,8%
dont prestations sociales	18269	27627	36442	42326	43082	1,8%
Résultat d'exploitation	2027	1070	1891	438	1087	147,9%
Capital²	18157	22720	44158	44668	45755	2,4%
Bénéficiaires de rentes AV	1225388	1515954	1981207	2285454	2324849	1,7%
Bénéf. rentes veuves/veufs	74651	79715	120623	148092	153349	3,5%
Nombre de cotisants AVS	4289723	4552945	5252382	5646581	...	0,7%



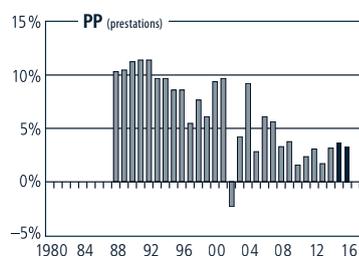
PC à l'AVS	1990	2000	2010	2016	2017	TM ¹
Dépenses (= recettes) (mio fr.)	1124	1441	2324	2856	2907	1,8%
dont contrib. Confédération	260	318	599	738	754	2,1%
dont contrib. cantons	864	1123	1725	2119	2153	1,6%
Bénéficiaires (avant 1998 cas)	120684	140842	171552	204886	208586	1,8%



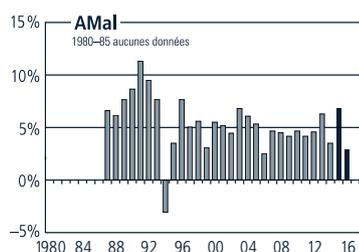
AI	1990	2000	2010	2016	2017	TM ¹
Recettes (y compris les variations de valeur du capital) (mio fr.)	4412	7897	8176	10024	10357	3,3%
dont contrib. ass./empl.	2307	3437	4605	5171	5218	0,9%
Dépenses	4133	8718	9220	9201	9234	0,4%
dont rentes	2376	5126	6080	5540	5517	-0,4%
Résultat d'exploitation	278	-820	-1045	823	1122	36,3%
Dettes de l'AI envers l'AVS	6	-2306	-14944	-11406	-10284	9,8%
Fonds AI²	5000	5000	0,0%
Bénéficiaires de rentes AI	164329	235529	279527	251719	249216	-1,0%



PC à l'AI	1990	2000	2010	2016	2017	TM ¹
Dépenses (= recettes) (mio fr.)	309	847	1751	2045	2032	-0,6%
dont contrib. Confédération	69	182	638	727	742	2,0%
dont contrib. cantons	241	665	1113	1317	1291	-2,0%
Bénéficiaires (avant 1998 cas)	30695	61817	105596	113708	114194	0,4%

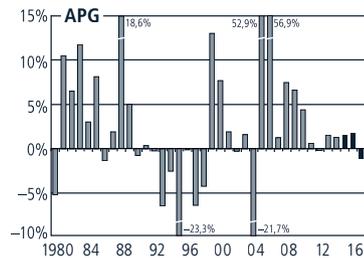
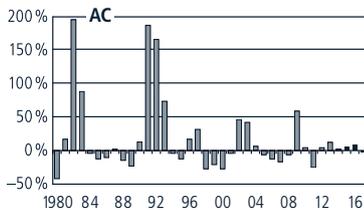
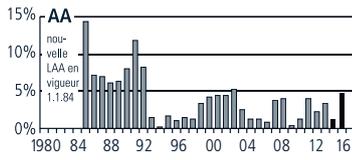


PP/2* Pillier oblig. et suroblig.	1990	2000	2010	2016	2017	TM ¹
Recettes (mio fr.)	32882	46051	62107	68396	...	0,3%
dont contrib. sal.	7704	10294	15782	18844	...	2,7%
dont contrib. empl.	13156	15548	25432	28059	...	2,1%
dont produit du capital	10977	16552	15603	13763	...	-0,2%
Dépenses	16447	32467	46055	52663	...	-1,5%
dont prestations sociales	8737	20236	30912	36664	...	3,3%
Capital	207200	475000	617500	816600	...	4,8%
Bénéficiaires de rentes	508000	748124	980163	1114112	...	2,0%



AMal Assurance obligatoire des soins	1990	2000	2010	2016	2017	TM ¹
Recettes (mio fr.)	8613	13898	22424	28791	...	5,9%
dont primes (à encaisser)	6954	13442	22051	28686	...	5,8%
Dépenses	8370	14204	22200	28594	...	2,9%
dont prestations	7402	13190	20884	27185	...	4,6%
dont participation d. assurés aux frais	-801	-2288	-3409	-4298	...	-3,9%
Résultat d'exploitation	244	-306	225	197	...	132,5%
Capital	6600	6935	8651	13297	...	1,5%
Réduction de primes	332	2545	3980	4310	...	5,5%

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AA tous les assureurs	1990	2000	2010	2016	2017	TM'
Recettes (y compris les variations de valeur du capital) (mio fr.)	4153	6557	7742	8489	...	1,4%
dont contrib. des assurés	3341	4671	6303	6143	...	-0,5%
Dépenses	3259	4546	5993	7045	...	4,8%
dont prestations directes avec rench.	2743	3886	5170	5929	...	2,7%
Résultat d'exploitation	895	2011	1749	1444	...	-12,2%
Capital	12553	27322	42817	53182	...	2,1%

AC (Source: seco)	1990	2000	2010	2016	2017	TM'
Recettes (mio fr.)	736	6230	5752	7605	7739	1,8%
dont contrib. sal./empl.	609	5967	5210	6937	7067	1,9%
dont subventions	-	225	536	657	668	1,8%
Dépenses	458	3295	7457	7450	7338	-1,5%
Résultats des comptes	278	2935	-1705	156	401	158,1%
Capital	2924	-3157	-6259	-1384	-982	29,0%
Bénéficiaires ³ (Total)	58503	207074	322684	331747	330507	-0,4%

APG	1990	2000	2010	2016	2016	TM'
Recettes (y compris les variations de valeur du capital) (mio fr.)	1060	872	1006	1694	1736	2,5%
dont cotisations	958	734	985	1658	1675	1,0%
Dépenses	885	680	1603	1746	1724	-1,2%
Résultat d'exploitation	175	192	-597	-52	12	2,0%
Capital	2657	3455	412	1024	1036	1,2%

AF	1990	2000	2010	2016	2017	TM'
Recettes (mio fr.)	2689	3974	5074	6058	...	2,0%
dont agricole	112	139	149	110	...	-5,0%

Compte global des assurances sociales CGAS 2016

Branches des assurances sociales	Recettes mio fr.	TM 2015/2016	Dépenses mio fr.	TM 2015/2016	Résultats des comptes mio fr.	Capital mio fr.
AVS (CGAS)	42385	1,2%	42530	1,9%	-145	44668
PC à l'AVS (CGAS)	2856	2,8%	2856	2,8%	-	-
AI (CGAS)	9953	-0,6%	9201	-1,1%	753	-6406
PC à l'AI (CGAS)	2045	2,1%	2045	2,1%	-	-
PP (CGAS; estimation)	68396	0,3%	52663	-1,5%	15733	816600
AMal (CGAS)	28732	5,5%	28594	2,9%	138	12329
AA (CGAS)	7817	0,9%	7045	4,8%	772	53182
APG (CGAS)	1675	-8,7%	1746	2,5%	-71	1024
AC (CGAS)	7605	1,6%	7450	8,4%	156	-1384
AF (CGAS)	6058	2,0%	5946	0,6%	112	1651
Total consolidé (CGAS)	176736	1,3%	159288	1,1%	17448	921663

Indicateurs d'ordre économique

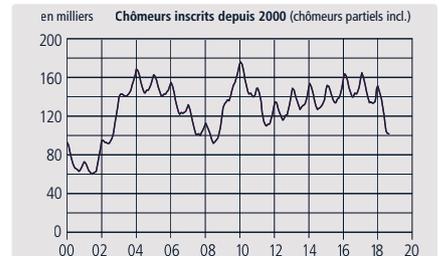
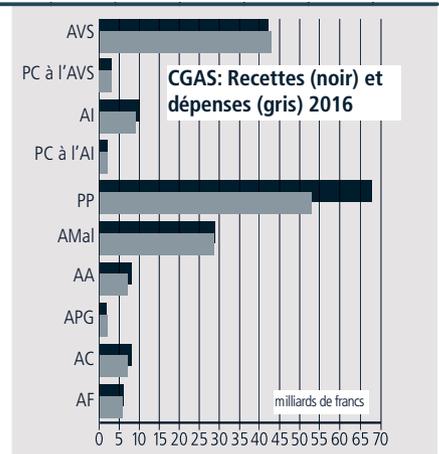
	2000	2005	2010	2014	2015	2016
Taux de la charge sociale ⁴ (indicateur selon CGAS)	25,0%	25,4%	25,1%	26,6%	26,6%	26,7%
Taux des prestations sociales ⁵ (indicateur selon CGAS)	18,0%	20,2%	19,5%	20,1%	20,7%	21,1%

Chômeurs(ses)

	2015	2016	2017	mai 18	juin 18	juillet 18
Chômeurs enregistrés	142810	149317	143142	109392	106579	106052
Taux de chômage ⁶	3,2%	3,3%	3,2%	2,4%	2,4%	2,4%

Démographie Scénario A-00-2015

	2015	2016	2020	2030	2040	2045
Rapport dépendance <20 ans ⁷	32,8%	32,8%	32,6%	34,7%	34,7%	34,3%
Rapp. dép. des pers. âgées ⁷	30,1%	30,4%	32,6%	41,3%	47,6%	49,8%



¹ Taux de modification annuel le plus récent = TM.

^{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 CGAS au produit intérieur brut.

⁵ Rapport en pour-cent des prestations des assurances sociales CGAS 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 2018 de l'OFAS; seco, OFS.

Informations: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

EN RÉPONSE

Conserver sa protection sociale à l'étranger

Les deux expertes de l'OFAS Sybille Käslin et Christine von Fischer ont rédigé un guide pratique qui aidera les personnes qui vivent et travaillent à l'étranger à maintenir le mieux possible leur couverture d'assurance AVS/AI/APG et AC.

À QUELLES QUESTIONS RÉPOND VOTRE GUIDE ET QUELS OBJECTIFS POURSUIVEZ-VOUS ?

Est-ce que je reste assuré à l'AVS si mon employeur m'envoie pour une année aux États-Unis ou si j'exerce en Allemagne une activité accessoire ? Notre guide répond à ce genre d'interrogations. Il indique notamment si c'est le droit suisse ou le droit international qui s'applique, où la personne est assurée et ce qu'il en est de la couverture AVS des membres de sa famille qui l'accompagnent. Nous avons remarqué, dans notre pratique quotidienne, que beaucoup de personnes sont souvent dépassées par ces questions complexes. C'est pourquoi nous avons tenté d'expliquer, de manière aussi simple et attrayante que possible, les multiples aspects de cette thématique plutôt aride. Pour cela, nous avons utilisé de nombreux exemples concrets, de listes de questions qui reviennent souvent, des tableaux et des schémas. Les illustrations pertinentes de l'artiste reconnu Ted Scapa ne sont pas seulement un enrichissement visuel, mais aident aussi à trouver plus facilement les questions et les catégories de personnes traitées. Nous souhaitons contri-

buer ainsi à ce que les personnes soient assurées correctement et n'aient pas de mauvaises surprises au moment où survient un cas assuré.

À QUI RÉPOND-IL ?

Notre guide est conçu pour toute personne qui recherche la réponse à des questions touchant l'AVS dans un contexte international. C'est sans aucun doute le cas des collaborateurs des caisses de compensation, qui ont déjà été nombreux à l'acquiescer, ce qui bien sûr nous réjouit. D'expérience, notre livre devrait aussi être utile aux avocats, aux fiduciaires et aux responsables RH des entreprises. Il fournira également des informations utiles aux étudiants qui travaillent sur cette thématique, mais aussi aux profanes qui émigrent et qui souhaitent savoir comment ils peuvent maintenir leur couverture d'assurance.

Käslin, Sybille, von Fischer Christine (2018): *Arbeiten oder Leben im Ausland – wer ist in der AHV versichert?*, Berne: Stämpfli (également disponible en version livre électronique).

EN CLAIR

Taux des prestations sociales

[to de pʁɛstasjõ sɔsjal]

Ce chiffre reflète la part du produit intérieur brut (PIB) qui est à la disposition des bénéficiaires de prestations sociales. Quotient des prestations sociales et du PIB, il constitue donc un indicateur du poids économique de la sécurité sociale par rapport à ce dernier. De 2000 à 2004, le taux des prestations sociales est passé de 18,0 à 20,4 % ; en 2016, il a atteint 21,1 %. On peut donc en déduire que les prestations sociales ont progressé davantage que la production économique.

www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Statistiques > Compte global des assurances sociales (CGAS) > Taux des prestations sociales

EN CHIFFRES

5,7 %

... telle était en 2016 la part de l'assurance-invalidité (AI) aux dépenses globales des assurances sociales. Après avoir atteint son maximum en 2005 avec 9,9 %, cette part s'est régulièrement réduite pour toucher en 2016 son niveau le plus bas. Cela montre que les efforts déployés pour assainir l'assurance et la transformer d'une assurance de rentes en une assurance de réadaptation ont atteint leur but, du moins à l'aune des dépenses.

www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Statistiques > Compte global des assurances sociales (CGAS) > Dépenses CGAS 2016

IL Y A 40 ANS

La Commission fédérale pour la jeunesse voyait le jour

Quatre décennies d'engagement, des révoltes de jeunes à la révolution 4.0



Dix ans après Mai 1968, les réflexions d'un groupe d'étude du DFI aboutissent à l'institution d'une

Commission fédérale pour la jeunesse (CFJ) et esquisser les grandes lignes de la future loi sur les activités de jeunesse.

Les « Thèses concernant les manifestations de jeunes de 1980 » de toute jeune CFJ livrent une clé de lecture des révoltes de jeunes incarnées par les slogans « Züri brännt » ou « Lôzane bouge ». Prônant le dialogue plutôt que la répression, l'analyse des déterminants sociaux de ces mouvements plutôt que leur condamnation morale, la CFJ suscite un vaste débat, alimenté par les antithèses de la philosophe Jeanne Hersch.

Ce regard positif sur les jeunes et l'appel à les écouter annonce un changement de paradigme qui se déploiera pleinement avec l'art. 12 de la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant qui reconnaît à tout enfant le droit d'exprimer librement son opinion et d'être entendu.

Cette approche émancipatrice continue de guider la désormais CFEJ (son mandat a été élargi aux enfants en 2003), également pour son rapport relatif à l'impact de la numérisation sur les enfants et les jeunes, à paraître début 2019. Et pour fêter ses 40 ans, la CFEJ invite à une rencontre portant sur les défis des politiques pour et avec les enfants et les jeunes.

www.cfej.ch

EN BREF

Statistiques des PC 2017

Les prestations complémentaires (PC) ont augmenté de 0,8 % en 2017 pour atteindre 4,9 milliards de francs ; c'est le taux de progression le plus faible depuis le tournant du millénaire. Fin décembre 2017, 204 800 personnes percevaient des PC à l'AVS, soit 3 700 ou 1,8 % de plus qu'à fin 2016. Autrement dit, 12,5 % des rentiers AVS étaient tributaires des PC, pourcentage en très légère hausse ces dernières années. À la même date, 114 200 personnes touchaient des PC à l'AI, soit 500 personnes ou 0,4 % de plus que l'année précédente. Cela représente 46,7 % de l'effectif des rentiers AI, en progression de 0,7 point. Près de la moitié des pensionnaires de home en Suisse, soit 71 300 personnes, étaient tributaires de PC. Elles touchaient en moyenne quelque 3 300 francs par mois, soit près du triple de ce que percevait une personne qui reste à la maison.

www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Statistiques > Statistiques des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

Assurances sociales 2017

Le Conseil fédéral a approuvé, fin juin, le Rapport annuel selon l'art. 76 LPGa. Celui-ci fournit des informations récentes sur les assurances sociales ainsi qu'un aperçu des derniers débats politiques. Il donne les chiffres clés les plus récents et illustre les relations transversales. Il mentionne également les principaux enjeux futurs et les stratégies du Conseil fédéral pour y répondre.

www.publicationsfederales.ch (no de commande 318.121.17F).

EN DIRECT

2^e colloque bâlois de droit des assurances sociales

Le colloque a pour thème le droit aux rentes de l'AI. Il traitera principalement de la notion d'invalidité, des méthodes d'instruction, des interfaces entre l'AI et l'AA, la PP, les PC et l'aide sociale, ainsi que du droit de travail.

7 décembre 2018, Congress Center Basel, www.recht-aktuell.ch

Non-recours aux prestations sociales

Les conférenciers du congrès annuel de l'Association suisse de politique sociale (ASPS) chercheront à savoir pourquoi maintes personnes s'abstiennent de recourir aux prestations sociales alors même qu'elles y auraient droit. Ils s'intéresseront également aux conséquences d'un tel choix et formuleront des recommandations à l'intention des politiques et des acteurs de terrain.

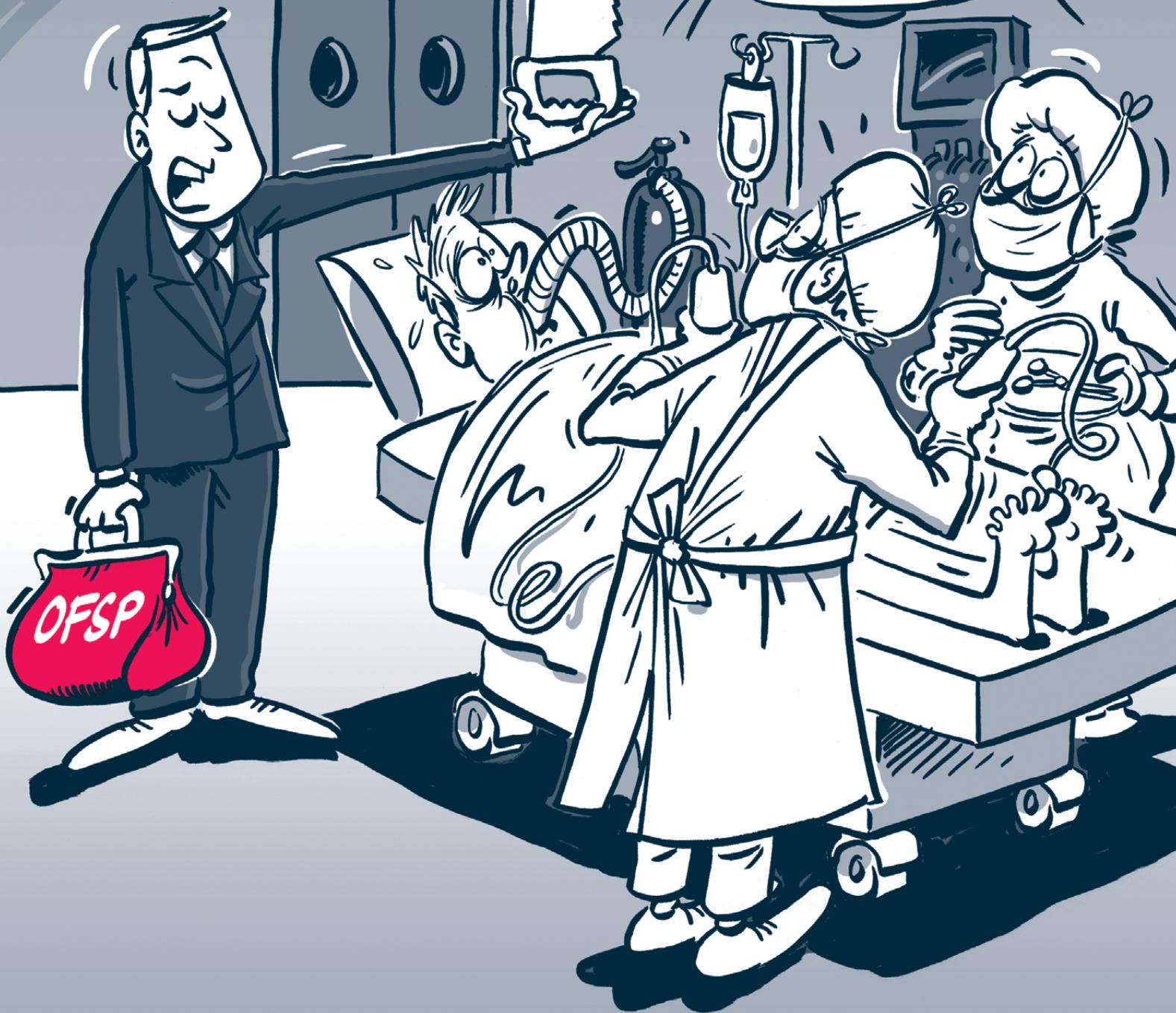
31 octobre 2018, Haute école spécialisée bernoise, www.svsp.ch > Manifestations

Conférence suisse de santé publique 2018

La conférence discutera la question de savoir comment les sciences sociales peuvent contribuer à encourager une politique qui ne vise pas seulement à combattre les maladies, mais qui soit orientée vers une promotion durable de la santé.

7-8 novembre 2018, Aula des Jeunes Rives, Neuchâtel, www.sphc.ch

NOUS AVONS
RÉÉVALUÉ
L'ARTHROSCOPIE
DU GENOU !!



IMPRESSUM

Date de publication

7 septembre 2018

Éditeur

Office fédéral des assurances sociales

Rédaction

Suzanne Schär
suzanne.schaer@bsv.admin.ch
Téléphone 058 462 91 43

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

Traduction

Service linguistique de l'OFAS

Commission de rédaction

Jérémie Lecoultré, 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
verkauf.abo@bbl.admin.ch (abonnements)
www.publicationsfederales.admin.ch
(numéros uniques)

En ligne

www.securite-sociale-chss.ch
Twitter: @SecuriteSoc

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

318.998.3/18f

