

Dossier

Prévoyance professionnelle – quo vadis ?

Prévoyance

Caisses de pension en découvert

Santé publique

Coût des systèmes de santé –
comparaison internationale

Sécurité sociale

CHSS 1/2006

Sécurité sociale



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Sommaire Sécurité sociale CHSS 1/2006

Editorial	1
Chronique décembre 2005 / janvier 2006	2
Mosaïque	4

Dossier

Prévoyance professionnelle – quo vadis ?	
Garder les pieds sur terre...	5
Prévoyance professionnelle: un bilan s'impose (A. Streit)	6
Taux de conversion minimal et taux d'intérêt minimal (M. Meile, J.-M. Maran, J. Steiger, OFAS)	9
Les cantons de Suisse centrale et de Suisse orientale professionnalisent la surveillance en la régionalisant (H. Kottmann, OFAS)	15
Situation financière des institutions de prévoyance de droit public: état des lieux (M. Hader, OFAS)	17

Prévoyance

Le devoir d'assistance de l'Etat et les attentes des citoyens et des citoyennes (St. Kutzner, Université de Fribourg)	21
Personnes avant et après l'âge de la retraite au bénéfice d'une prévoyance liée (pilier 3a) (J. Guggisberg, K. Künzi, Bureau BASS, Berne)	25
Caisses de pension en découvert: principaux résultats de l'enquête de l'OFAS 2005 (J. Steiger, H. Nussbaum, OFAS)	31
Travail des seniors: bien placer les incitations en matière d'assurances sociales (H. Kottmann, OFAS)	35

Famille, générations et questions de société

Aides financières à l'accueil extrafamilial pour enfants: évaluation de l'impact (S. Osterwald, R. Oleschak, Ecoplan, Berne)	38
Les aides financières à l'accueil extrafamilial pour enfants: résultats de l'évaluation (E. Staehelin-Witt, M. Gmünder, B,S,S, Bâle)	41

Santé publique

Une nouvelle maison, de nouvelles prestations, une nouvelle vie (P.-A. Clerc, OFSP)	44
Coût des systèmes de santé (R. Rossel, OFS)	48
Message concernant l'initiative populaire «Pour une caisse-maladie unique et sociale» (M. Schuler, M. Ledérrey, OFSP)	54

Parlement

Interventions parlementaires	58
Législation: les projets du Conseil fédéral	60

Informations pratiques

Calendrier (réunions, congrès, cours)	61
Statistiques des assurances sociales	62
Livres et sites	64

Notre adresse Internet:
www.ofas.admin.ch



Construire des passerelles et surmonter les antagonismes



Anton Streit
Vice-directeur de l'Office
fédéral des assurances
sociales

Le principe des trois piliers, inscrit depuis 1972 dans la Constitution fédérale, est très bien accepté tant par le monde politique que par la population. La Suisse a fait en la matière œuvre de pionnier; dans de nombreuses comparaisons internationales, son système de prévoyance vieillesse est considéré comme exemplaire en raison de son équilibre, de la manière dont les risques financiers y sont répartis et de sa capacité d'adaptation. Ce constat est particulièrement vrai pour le 2^e pilier, domaine où la Suisse se retrouve aux premières places, avec les Pays-Bas, la Grande-Bretagne et certains pays scandinaves.

Pourtant, ces derniers temps, la prévoyance professionnelle n'a pas été épargnée par les critiques. Le rendement de la fortune y jouant un rôle majeur, la détérioration de la situation sur les marchés financiers s'est répercutée sur celle des caisses de pension, ce qui montre clairement qu'il faut garder les pieds sur terre. Les placements ont été très rémunérateurs dans les années 90, d'où des bénéfices enthousiasmants et des réductions temporaires de cotisations qui, souvent, n'ont pas incité les

caisses à se constituer des réserves en vue de temps plus difficiles. Avec la chute du marché des actions, les réserves de fluctuation ont fondu comme neige au soleil et de nombreuses caisses se sont retrouvées en découvert. Même si leur situation financière s'est stabilisée depuis, grâce à la détente sur les marchés financiers et aux mesures prises, la vigilance s'impose, tant pour les caisses que pour le législateur: les premières se doivent de fixer correctement, sur le plan actuariel, le niveau des cotisations et des prestations, et de choisir des placements adaptés à leur capacité de risque; quant au second, il lui revient de fixer de façon réaliste les paramètres du système (taux de conversion et taux d'intérêt minimal).

La tendance générale à l'individualisation ne s'est pas arrêtée à la porte des caisses de pension. L'avoir de vieillesse est considéré de plus en plus comme une épargne personnelle, et les différentes catégories de personnes (célibataires et personnes mariées, hommes et femmes, actifs et rentiers) sont opposées les unes aux autres. N'oublions pourtant pas que la prévoyance professionnelle repose sur le principe de la collectivité: il faudra se garder de la confondre avec une assurance-vie individuelle chaque fois qu'il y aura un nouveau pas à faire.

Le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle est une composante de notre politique sociale. Mais il est aussi soumis aux règles de l'économie et de la finance. L'un des plus grands défis sera de construire des passerelles capables de relier durablement ces deux univers.

Prévoyance professionnelle : rapport sur la situation financière des institutions de prévoyance et des assureurs-vie

Le 2 décembre 2005, le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport annuel de l'Office fédéral des assurances sociales sur la situation financière des institutions de prévoyance et des assureurs-vie actifs dans la prévoyance professionnelle. La situation financière des institutions de prévoyance s'est légèrement améliorée l'année dernière en raison de l'évolution favorable des marchés financiers. Au 31 décembre 2004, 10,1 % des institutions de prévoyance étaient en découvert (fin 2003: 11,2 %).

En dépit de ces améliorations, la situation financière d'un grand nombre d'institutions de prévoyance reste tendue. Très souvent, les réserves de fluctuations sont insuffisantes. Selon un sondage de Complemeta Investment-Controlling SA, 47 % des institutions de prévoyance de droit privé avaient une capacité de risque réduite fin 2004. Un grand nombre de caisses ne sont donc pas en mesure de faire face à des fluctuations importantes des marchés financiers. Mais la situation financière des institutions de prévoyance devrait s'améliorer encore, en raison de la bonne tenue des marchés en 2005.

La situation des compagnies d'assurance-vie s'est aussi améliorée. Certains fournisseurs de services dans le domaine de la prévoyance professionnelle se sont toutefois retirés du marché.

Train de mesures pour inciter les seniors à continuer à travailler

Le Conseil fédéral a adopté le 9 décembre 2005 un train de mesures visant à accroître la participation des travailleurs âgés au marché du travail. Ce train de mesures poursuit trois objectifs concrets. Tout

d'abord, il s'agit de modifier le droit des assurances sociales pour qu'une réduction du taux d'occupation ou un changement de fonction, ainsi que la poursuite d'une activité professionnelle à la retraite, n'aient pas de conséquences négatives. Les personnes doivent avoir intérêt à travailler plus longtemps. Le Département fédéral de l'économie (DFE) et le Département fédéral de l'intérieur (DFI) ont été chargés de préparer un projet ad hoc à mettre en consultation. Par ailleurs, d'autres mesures doivent être mises en œuvre par le DFE afin d'améliorer les chances des travailleurs âgés sur le marché du travail et d'adapter les conditions de travail à l'évolution de leurs besoins.

(Voir l'article de Helena Kottmann, «Travail des seniors: bien lancer les incitations en matière d'assurances sociales» à la page 35.)

11^e révision de l'AVS : le Conseil fédéral adopte deux messages

Le Conseil fédéral a adopté le 21 décembre 2005 les deux messages relatifs à la 11^e révision de l'AVS et les a transmis au Parlement. Le premier concerne l'âge de la retraite, porté à 65 ans pour les deux sexes, ainsi que l'assouplissement des règles d'anticipation et d'ajournement de la rente. Il prévoit en outre des améliorations sur le plan de l'application. Le second message prévoit l'introduction d'une prestation de préretraite destinée à certains groupes de personnes. Pour l'AVS, les deux parties de cette révision représentent globalement un allègement annuel moyen de 341 millions de francs de 2009 à 2020. Le but de ces projets est de garantir à court terme l'équilibre financier de l'assurance. Ils doivent constituer la première étape d'une réforme progressive de l'AVS dont le cœur sera la 12^e révision, visant à donner à l'AVS une assise financière à long terme.

La situation et les mobiles n'ont pas changé fondamentalement depuis la première mouture de la 11^e révision de l'AVS, rejetée en votation populaire en mai 2004. Les projections faites à l'époque restent valables aujourd'hui. En 2011 déjà, le Fonds de compensation AVS passera (sans tenir compte de la dette de l'AI dont il assume la couverture) en dessous de 70 % des dépenses d'une année et son niveau continuera à baisser. De fait, la situation est encore plus dramatique si l'on inclut la dette de l'AI: à la fin de l'année 2010, les liquidités dont l'AVS disposera n'équivalront plus qu'à environ 15 à 20 % des dépenses d'une année (5^e révision de l'AI comprise, sans recettes supplémentaires provenant de la TVA ni or de la Banque nationale). Voilà pourquoi le Conseil fédéral considère la 11^e révision de l'AVS comme une première étape indispensable à court terme pour garantir l'avenir de cette institution. Le recours à de nouvelles sources de financement destinées à consolider les finances de l'AVS à long terme ou d'autres modifications matérielles fondamentales seront proposés ultérieurement (en 2008 probablement), dans le cadre de la 12^e révision de l'AVS ou d'une autre révision de la loi.

Le *premier message* unifie l'âge de la retraite et le porte à 65 ans pour les deux sexes. Il propose également d'assouplir le dispositif d'anticipation ou d'ajournement de la rente. Le taux minimal de couverture du Fonds de compensation est fixé à 70 % des dépenses annuelles de l'AVS. Si le niveau du Fonds est inférieur à ce seuil, les rentes AVS ne seront plus adaptées automatiquement tous les deux ans, mais seulement lorsque le renchérissement enregistré depuis la dernière adaptation est supérieur à 4 %. Si le taux de couverture du Fonds tombe en dessous du seuil de 45 %, l'indexation des rentes sera stoppée jusqu'à ce que les finances du Fonds soient remontées à un taux de couverture de

45 %. En matière de prestations, le Conseil fédéral renonce à la proposition mise en consultation de supprimer la rente de veuve pour les femmes sans enfant.

La suppression de la franchise de cotisations des personnes actives à la retraite, liée à l'amélioration des rentes de vieillesse grâce au paiement de cotisations après 65 ans, est l'une des améliorations apportées sur le plan de l'application.

Le *second message* prévoit l'introduction d'une prestation de préretraite dans la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI. Cette prestation s'adresse à des assurés qui ont entre 62 et 65 ans et qui remplissent certaines conditions de revenu. Le dispositif prévu s'inspire de celui des prestations complémentaires, mais il est dans l'ensemble un peu plus généreux. La prestation de préretraite ne doit pas dépasser deux fois et demie la prestation complémentaire maximale annuelle, soit 44100 francs pour une personne seule et 66150 francs pour un couple. Cette prestation – elle met la retraite à la carte à la portée d'un groupe d'assurés qui en a particulièrement besoin – répond à un besoin manifeste. Le dispositif proposé présente des avantages par rapport aux autres modèles débattus, il occasionne des coûts supportables, compensés par des économies, et laisse ouverte la question du futur âge de la retraite.

Les adaptations faites dans les domaines des prestations et des cotisations, ainsi que l'introduction de la prestation de préretraite se traduisent pour l'AVS par un allègement global moyen de 341 millions de francs par an de 2009 à 2020. L'AI devra supporter une charge annuelle supplémentaire de 58 millions de francs, le régime des prestations complémentaires verra ses charges allégées de 11 millions de francs. Ne sont pas compris dans l'allègement de 341 millions les coûts de transition relatifs à l'assouplissement de l'anticipation ou de l'ajournement de la rente dans le droit en vigueur

puisque ces mesures ont été conçues comme une opération financièrement neutre à long terme.

Lancement de la consultation sur l'adaptation du taux de conversion

Le 25 janvier 2006, le Conseil fédéral a mis en consultation, jusqu'au 30 avril 2006, une modification de la loi sur la prévoyance professionnelle (LPP) visant une baisse du taux de conversion. Il avait décidé en novembre 2005 déjà que le taux minimal de conversion appliqué dans le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle devait être abaissé davantage et plus rapidement que ne le prévoyait la 1^{re} révision LPP. Cette baisse est rendue nécessaire par la diminution notable des rendements attendus à long terme sur les marchés financiers. Le taux de conversion doit descendre progressivement à 6,4 % d'ici au 1^{er} janvier 2011. Le projet prévoit également de réviser le taux à des intervalles plus rapprochés.

Deux paramètres sont essentiels pour la fixation du taux de conversion: l'espérance de vie et les rendements attendus. La 1^{re} révision de la LPP a déjà tenu compte de l'augmentation de l'espérance de vie, mais non du changement survenu entre-temps dans les prévisions concernant les rendements. Le taux minimal de conversion actuel est trop élevé si l'on considère les rendements auxquels on peut s'attendre sur les marchés financiers, notamment sur celui des obligations. Selon les professionnels de la finance, le taux d'inflation devrait être relativement bas ces prochaines années et par conséquent les taux d'intérêt nominaux aussi. Pour garantir à long terme le financement des rentes, le législateur doit donc baisser le taux minimal de conversion davantage et plus rapidement que ne le prévoit la 1^{re} révision LPP (jusqu'à 6,8 % d'ici

à 2014 selon le droit en vigueur): ce taux devrait être ramené à 6,4 % d'ici à 2011. C'est le seul moyen d'éviter que les institutions de prévoyance ne soient obligées à l'avenir de verser des rentes dont le financement serait insuffisant et de garantir la stabilité financière de la prévoyance. Par ailleurs ce taux est un taux minimal. Si la situation financière d'une caisse le permet, elle peut à tout moment fixer un taux supérieur au minimum légal.

En réponse à une intervention parlementaire, le Conseil fédéral a examiné les paramètres essentiels du taux de conversion en vigueur. Pour ce faire, il s'est appuyé notamment sur le rapport d'un groupe de travail à l'intention de la Commission fédérale LPP, daté de novembre 2004, ainsi que sur les recommandations de cette commission. A l'occasion de sa discussion du 16 novembre 2005, le Conseil fédéral est parvenu à la conclusion qu'il fallait abaisser progressivement le taux minimal de conversion dans la prévoyance professionnelle à 6,4 %, pour les hommes comme pour les femmes, d'ici à 2011. Il se ralliait ainsi à la courte majorité de la Commission LPP, une minorité ayant demandé un abaissement encore plus important (à 6,0 %).

Tous les articles de la CHSS disponibles sur Internet

A partir du numéro 1/2006, tous les articles de la revue CHSS sont disponibles sur Internet. Vous pouvez les télécharger à l'adresse: www.ofas.admin.ch; Publications; CHSS.

Rapport de l'OCDE 2006 sur la situation économique de la Suisse

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a publié son rapport 2006 sur la situation de l'économie suisse. De l'avis de l'OCDE, la Suisse est toujours un pays prospère, même si la croissance du revenu par habitant est inférieure à la moyenne de l'OCDE depuis quelques années. Les experts expliquent cette situation principalement par une progression peu vigoureuse de la productivité. L'OCDE estime que la Suisse doit faire face à deux enjeux essentiels: accélérer la croissance et mieux maîtriser les dépenses publiques.

Dans la partie consacrée au fonctionnement du marché du travail (chapitre 6), l'OCDE suggère de mieux utiliser la main-d'œuvre en réduisant les contre-incitations fiscales au travail des mères de famille et en développant les offres de scolarisation et les structures d'accueil destinées à la petite enfance, même si les taux d'emplois sont élevés. Elle recommande également une meilleure intégration des invalides au moyen d'une réforme de l'assurance-invalidité et la suppression des contre-incitations à la participation des travailleurs âgés au marché du travail.

Examinant la durabilité des finances publiques (chapitre 2), l'OCDE insiste sur la nécessité d'introduire des réformes afin de freiner l'augmentation des dépenses sociales publiques et obligatoires, en particulier dans les régimes d'assurance-ma-

ladie, d'invalidité et de pension vieillesse. Les experts considèrent que ces réformes permettraient de mettre un terme à la forte hausse de la fiscalité et des cotisations obligatoires enregistrée au cours de la dernière décennie. Les prélèvements fiscaux ont augmenté d'environ 4 points de pourcentage du PIB depuis 1990 et les contributions obligatoires aux assurances privées se sont accrues de 2 points de pourcentage du PIB. Combinées, ces hausses figurent parmi les plus fortes des pays de l'OCDE.

Pour faire face à la hausse des dépenses sociales obligatoires (chapitre 3), l'OCDE recommande la mise en œuvre rapide des plans de réforme du système d'invalidité qui visent à intensifier les examens précoces et à aider les personnes à réintégrer le marché du travail. Un contrôle plus strict des dépenses médicales nécessitera, selon l'OCDE, une réforme en profondeur du système de santé; les spécialistes suggèrent de recourir à un ensemble de mesures visant à introduire davantage de concurrence entre les fournisseurs de services et à améliorer les méthodes de paiement des prestataires. Enfin, pour assurer le financement des pensions de base, y compris au-delà de 2020, il faudra notamment augmenter le nombre moyen d'années d'activité pour tenir compte du fait que l'espérance de vie continuera probablement à croître.

Programme de recherche Invalidité et handicap

L'augmentation impressionnante du nombre d'allocataires de prestations de l'assurance-invalidité inquiète le monde politique depuis des années. Alarmante est surtout la forte progression de la proportion de personnes relativement jeunes atteintes dans leur santé psychique. Les explications données à ce phénomène vont de la pression accrue

subie au travail dans une économie mondialisée et déréglementée au soupçon d'abus de la part des assurés. Mais les observations scientifiquement validées sont très rares.

Dans le cadre de la 4^e révision de l'AI, la Confédération a été chargée de lancer un «programme pluriannuel concernant des études scientifiques relatives à l'application de la loi» (art. 68 LAI et 96 RAI).

L'OFAS a invité en conséquence les principaux acteurs (organisations d'aide aux handicapés, partenaires sociaux, représentants des cantons et de la Confédération) à une discussion sur un projet de concept, qui s'est tenue le 7 février 2006 à Berne. Une petite quarantaine de personnes de 20 institutions ont répondu présent. L'initiative de la Confédération a été favorablement accueillie, et les nombreuses propositions de thèmes de recherche ont confirmé l'importance des besoins en la matière.

Une fois remanié et précisé, le concept de recherche sera examiné par la Commission AVS/AI. On peut s'attendre à ce que le Département fédéral de l'intérieur, responsable du programme, donne son feu vert encore au cours du 1^{er} semestre et à ce que les premiers projets de recherche puissent être mis au concours en été 2006 (www.bsv.admin.ch/forschung/ausschreibungen/f/index.htm). «Sécurité sociale» rendra compte du programme de recherche dans un de ses prochains numéros.

Garder les pieds sur terre...



Photo: Christoph Wider

... aussi dans la prévoyance professionnelle ! Longtemps, tout a été pour le mieux dans le monde des caisses de pension et les réserves accumulées en vue d'éventuelles tempêtes semblaient d'une solidité à toute épreuve. Mais la chute de la Bourse en 2001 et 2002 a provoqué des remous. Elle a contribué à l'apparition de découverts dans de nombreuses caisses, obligeant ainsi à mettre sur pied un programme intensif de réformes. Depuis, le calme est revenu sur les marchés financiers. Il s'agit maintenant de garantir la pérennité du système en l'adaptant à l'évolution future.

Prévoyance professionnelle: un bilan s'impose

Malgré les récentes turbulences sur les marchés financiers, la prévoyance professionnelle a fait ses preuves; elle bénéficie d'une bonne acceptation de la part du monde politique et de la société. Elle a beaucoup évolué avec le temps, mais elle est devenue plus complexe. Nous serons très bientôt confrontés à des choix importants, car il s'agit maintenant de garantir la pérennité du système à long terme et de le rendre capable de s'adapter à l'évolution future.



Anton Streit
Domaine Prévoyance vieillesse
et survivants, OFAS

Le régime obligatoire s'est installé dans le calme

L'entrée en vigueur du régime obligatoire de la prévoyance professionnelle, il y a une vingtaine d'années, a constitué la dernière grande étape dans la construction de notre prévoyance vieillesse. L'objectif était de combler les lacunes existant dans le système, jusque-là facultatif, et de garantir le maintien du niveau de vie habituel à la retraite, en cas d'invalidité ou au décès du soutien de famille. Les bonifications de vieillesse légales, échelonnées en fonction de l'âge, ont permis à la génération d'entrée de bénéficier des prestations les plus élevées possibles; de plus, elles étaient adaptées aux caisses en primauté des prestations et à leur mode de financement. Le contrôle des caisses de pension, tant externe (par l'Etat) qu'interne (par la caisse elle-même), a été amélioré afin de garantir au mieux les droits. De manière générale, la surveillance a été transférée au niveau supérieur (des communes aux cantons), et un fonds de garantie a été instauré pour couvrir les

cas d'insolvabilité. Bien que bâtie sur l'existant – la prévoyance facultative sous ses diverses formes –, la loi a donné une nouvelle impulsion et a eu une influence déterminante sur l'organisation du 2^e pilier par la suite. En prévoyant un processus d'épargne visant à constituer un capital pendant la période d'activité professionnelle, elle mettait l'accent sur l'individualisation; il n'est donc pas étonnant, dès lors, que les remises en question et les discussions sur la solidarité se soient multipliées, puisque celle-ci est liée avant tout aux caisses en primauté des prestations.

La situation de la prévoyance professionnelle est pourtant restée longtemps très calme; les dix premières années d'existence de la LPP ont été caractérisées en particulier par une très grande retenue de l'activité législative. Pendant cette période, les rendements, parfois considérablement supérieurs aux taux minimaux prescrits par la loi, rendaient confortable la situation financière de nombreuses institutions de prévoyance. Une étape importante a été, en 1995, l'introduction du libre passage intégral (ou du moins quasi intégral): la nouvelle loi permettait aux assurés, en cas de changement d'emploi, de passer d'une institution de prévoyance à une autre sans subir de pertes de mutation. Elle résolvait ainsi de manière satisfaisante un problème qui avait toujours terni l'image de la prévoyance professionnelle. Au même moment, le 1^{er} janvier 1995, les assurés étaient autorisés à utiliser les fonds de la prévoyance professionnelle afin d'acquérir un logement pour leur usage personnel ou d'amortir un prêt hypothécaire. Ces deux projets, qui augmentaient la disponibilité de la prévoyance professionnelle dans l'intérêt des assurés, ont eu aussi une influence sur la situation financière, notamment sur celle des caisses en primauté des prestations, et ont renforcé la tendance à l'individualisation de la prévoyance professionnelle. Les caisses en primauté des cotisations ont ainsi gagné beaucoup de terrain par rapport à celles en primauté des prestations.

Les secondes ont donc peu à peu été relayées par les premières, parce qu'un changement d'emploi ou du taux d'occupation se traite de manière beaucoup plus simple et transparente en primauté des cotisations et parce que le financement est moins incertain. Si, en 1994, un assuré actif sur trois était encore affilié à une caisse en primauté des prestations, ce pourcentage est tombé à 23% en 2002. D'autres changements sont apparus sans s'accompagner de grandes modifications de la loi. En particulier, un processus de concentration a eu lieu: le nombre d'institutions de prévoyance enregis-

trées est passé de 4237 en 1987 à 2449 en 2002. La génération des premiers gestionnaires de caisses de pension, dont l'activité principale consistait à gérer les affiliés, a été progressivement remplacée par des managers modernes, qui considéraient que leur tâche principale était de placer l'argent sur les marchés financiers. Avec le temps, les choix des caisses de pension autonomes quant à leurs placements ont donc fortement évolué: de 1994 à 2000, la part des actions a plus que doublé (de 15,4 à 32,8 %), puis – contrecoup de la chute boursière – elle a diminué notablement (24,4 %) jusqu'en 2002.

Dans la seconde moitié des années 90, la baisse des taux d'intérêt à faible risque a déclenché les premières discussions sur le taux d'intérêt minimal. Du fait que la flambée boursière persistait, la Commission LPP n'a pas accueilli d'un bon œil la demande de l'Association suisse d'assurances – abaisser le taux minimal, qui se situait alors à 4 % – et l'a rejetée à la quasi-unanimité (une seule voix pour). En revanche, la commission s'est penchée sur la question d'une baisse du taux de conversion, en réponse à l'augmentation de l'espérance de vie depuis les années 80; mais, dans un premier temps, elle ne l'a pas considérée comme prioritaire en raison de la bonne situation financière des caisses et des gains boursiers élevés.

Chute de la Bourse et intense activité législative

La chute de la Bourse en 2001 et 2002, avec le découplet qu'elle a entraîné dans de nombreuses caisses, a déclenché d'après discussions et suscité un programme de réformes intensif.

La 1^{re} révision de la LPP, avec l'abaissement du seuil d'entrée, élargissait l'effectif des assurés, au bénéfice notamment des femmes travaillant à temps partiel, tout en introduisant une rente de veuf dans le régime obligatoire. Mais elle visait principalement à consolider le système d'assurance et, à cet effet, abaissait le taux de conversion, le faisant passer progressivement de 7,2 % à 6,8 % d'ici 2015. Elle prenait ainsi en compte l'augmentation de l'espérance de vie depuis l'entrée en vigueur de la loi en 1985; le mythe selon lequel la prévoyance professionnelle était immunisée contre toute influence démographique était battu en brèche pour la première fois, tardivement certes mais durablement. La révision introduisait aussi des prescriptions détaillées en matière de transparence, qui devaient réinstaurer la confiance dans le système: depuis le 1^{er} janvier 2005, les institutions de prévoyance doivent respecter de nouvelles règles pour l'établissement des comptes et se conformer aux directives de la RPC 26, de façon à donner une vue d'ensemble de la situation financière des caisses et à permettre une meilleure comparaison entre elles.

Avec l'effondrement du marché des actions en 2001 et 2002, la situation financière des caisses a empiré; pour de nombreuses institutions de prévoyance, la performance des placements de fortune a été nulle, voire négative. Evidemment, des découverts sont apparus. Il a fallu inscrire dans la LPP des mesures d'assainissement: depuis le 1^{er} janvier 2005, les institutions de prévoyance peuvent, dans certaines conditions, s'écarter provisoirement de l'obligation légale de couverture à 100 % de leurs engagements et le catalogue des mesures autorisées en cas de découvert est élargi.

Enfin, le taux d'intérêt minimal, qui était resté à 4 % de 1985 à 2002, est devenu un grand sujet de préoccupation. Il a été ramené à 3,25 % en 2003 et à 2,25 % en 2004, puis relevé à 2,5 % au 1^{er} janvier 2005.

Prévoyance professionnelle: où allons-nous?

Depuis, les choses se sont calmées sur les marchés financiers. Les caisses ont vu leur situation financière s'améliorer, mais celles qui présentent une tolérance au risque réduite sont encore nombreuses. Il faut maintenant, avec la distance nécessaire par rapport à l'effolement des dernières années, garantir à long terme le système de la prévoyance professionnelle et le rendre capable de s'adapter à l'évolution future. Les années qui viennent nous obligeront à prendre position quant aux principes fondamentaux:

- La structure de la surveillance directe (26 autorités de surveillance cantonales, ainsi qu'une autorité fédérale pour les institutions actives sur l'ensemble du territoire) n'est plus adaptée à notre époque. Dans les petits cantons, il n'existe souvent aucune instance chargée exclusivement de surveiller les institutions de la prévoyance professionnelle et les fondations classiques. Mais pour répondre aux exigences, qui n'ont cessé de croître ces dernières années, l'autorité de surveillance doit absolument gérer un volume minimum et disposer des ressources correspondantes. Les solutions de type concordat («Suisse centrale» et «Suisse orientale») ouvrent ici la voie à une régionalisation des structures de surveillance.
- La haute surveillance doit être renforcée et faire davantage appel à des éléments prudentiels, qui permettent de détecter rapidement les risques susceptibles de compromettre le système de la prévoyance professionnelle dans son ensemble. Elle devrait jouer un rôle beaucoup plus actif qu'aujourd'hui. La commission d'experts «Réformes structurelles de la prévoyance professionnelle» fournira prochainement des bases de décision.
- Les paramètres du système qui garantissent les prestations versées aux assurés doivent s'adapter de manière conséquente aux réalités économiques. Un

abaissement plus important et plus rapide du taux de conversion s'impose pour maintenir la stabilité du système, d'autant qu'il ne compromet pas l'objectif visé en matière de prestations. Un projet dans ce sens a été mis en consultation par le Conseil fédéral.

- Certains ont voulu trouver une formule magique pour la fixation du taux d'intérêt minimal. Même si la tentative a échoué, ce thème continuera à nous occuper à l'avenir.
- La situation financière d'une partie des caisses de droit public est à considérer comme préoccupante en dépit de la garantie étatique. L'argument de la pérennité n'est plus aussi solide aujourd'hui qu'il l'était encore il y a quelques dizaines d'années; avec la tendance à la privatisation de certaines branches des services publics et à l'externalisation des prestations étatiques, le renoncement à une couverture complète par le capital n'est pas sans risques. Des règles précises sont de plus en plus nécessaires. Il faut voir si, et dans quelle mesure, les financements mixtes (capitalisation plus répartition) avec un taux de couverture cible inférieur à 100 % sont encore admissibles.

L'OFAS a réagi par la réorganisation de son domaine «Prévoyance vieillesse et survivants». Dans la pré-

voyance professionnelle, un secteur «Financement et développement» a été créé à côté du secteur «Questions juridiques et haute surveillance», dirigé par Erika Schnyder. Ce nouveau secteur s'occupera des questions liées à la stabilité de la prévoyance professionnelle, aux paramètres de base et au financement; il suivra les dossiers sur les prescriptions relatives à l'établissement des comptes et aux placements; il traitera les aspects économiques de la prévoyance vieillesse et prendra position sur le développement du modèle des trois piliers. Ce secteur a été confié à Jean-Marc Maran, OFAS.

D'un côté, les réformes vont nettement dans le sens d'une régulation accrue. De l'autre, le souhait d'une simplification des prescriptions se fait de plus en plus pressant, ce qui est compréhensible. Le conflit d'objectifs est évident. Il faudra faire la part des choses entre, d'une part, la volonté de renforcer l'autorégulation et les contrôles au service de la stabilité du système et, d'autre part, la nécessité de renoncer au perfectionnisme.

Anton Streit, licencié ès sciences mathématiques, vice-directeur, chef du domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS.
Mél: anton.streit@bsv.admin.ch

Taux de conversion minimal et taux d'intérêt minimal

Le Conseil fédéral vient d'ouvrir une procédure de consultation sur un projet prévoyant une diminution du taux de conversion minimal plus rapide et plus importante que celle fixée dans la 1^{re} révision de la LPP. Cette mesure est rendue nécessaire du fait que les marchés financiers ne procurent plus les rendements auxquels l'on pouvait s'attendre naguère. Le projet prévoit une diminution progressive du taux de conversion minimal à 6,4% d'ici au 1^{er} janvier 2011. Une révision de ce taux à intervalles plus rapprochés est également prévue. Le taux d'intérêt minimal est lui aussi sous la loupe: il s'agit de le fixer pour l'année 2007. A cette fin, le Conseil fédéral tiendra compte, conformément à la loi, de l'évolution des rendements des placements usuels du marché, en particulier celui des obligations de la Confédération, mais aussi des actions, des emprunts et de l'immobilier. Il n'a cependant pas été possible jusqu'ici de trouver une formule fixe consensuelle pour déterminer ce taux.



Margareta Meile

Domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS



Jean-Marc Maran



Joseph Steiger

Le taux de conversion dans la prévoyance professionnelle

L'assurance obligatoire selon la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) fait appel à la notion de taux de conversion (art. 14, al. 2). L'avoir de vieillesse acquis par l'assuré tout au long de son activité professionnelle (art. 15 LPP) est en effet converti en rente de vieillesse viagère, à l'âge ordinaire de la retraite, sur la base de ce taux.

Le taux de conversion minimal légal ne vaut que pour l'assurance obligatoire. Dans le domaine de la prévoyance plus étendue, les institutions de prévoyance sont libres de fixer réglementairement le taux de conversion comme il leur convient, pour autant que le financement soit assuré et que les hypothèses reposent sur des bases reconnues.

Lors de l'introduction de l'assurance obligatoire en 1985, le taux de conversion légal se montait à 7,2%.

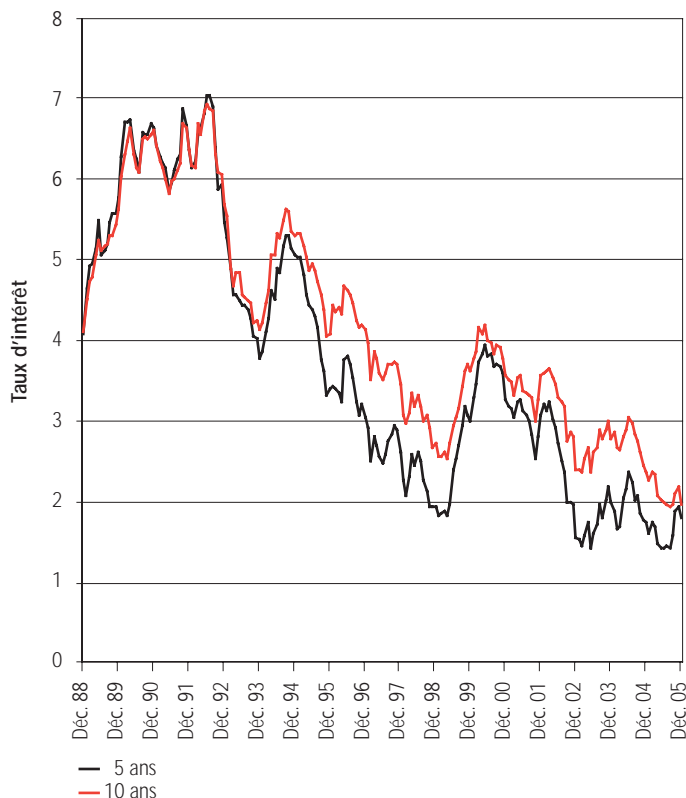
Ainsi, un avoir de vieillesse de 100 000 francs à ce moment-là donnait naissance à une rente annuelle de vieillesse de 7 200 francs ($100\,000 \times 7,2\%$) et à des prestations de survivants qui en découlent.

Le taux de conversion a toutefois été modifié pour la première fois lors de la 1^{re} révision de la LPP, avec effet au 1^{er} janvier 2005. Après une période transitoire, il sera de 6,8% à l'âge ordinaire de la retraite. En vertu d'une disposition transitoire de la LPP, le Conseil fédéral a défini les étapes de l'abaissement du taux de conversion. Etant donné que l'âge ordinaire de la retraite n'est actuellement pas le même pour les hommes et pour les femmes, le calendrier d'adaptation de ce taux diffère selon les sexes. Ainsi, le taux de conversion de 6,8% sera atteint en 2013 pour les femmes (celles nées en 1949 et âgées de 64 ans) et en 2014 pour les hommes (ceux nés en 1949 et âgés de 65 ans).

Le taux de conversion dépend de plusieurs paramètres, dont deux sont fondamentaux. Le premier est

Rendements des obligations de la Confédération

1



l'espérance de vie à l'âge ordinaire de la retraite. Le second est l'intérêt technique, lequel rémunère le capital de couverture destiné au paiement de la rente de vieillesse pendant la période où celle-ci est servie. D'autres paramètres sont aussi pris en compte, notamment les données biométriques permettant d'estimer les prestations dues aux survivants lors du décès du bénéficiaire de rente. Les paramètres se fondent sur des bases liées à des probabilités (mortalité) et à des prévisions (rendement attendu), qui doivent toutefois s'avérer réalistes sur toute la période de versement de la rente de vieillesse.

Le taux de conversion de 6,8 % à l'horizon 2014 tient compte des statistiques les plus récentes connues au moment des travaux ayant mené à la 1^{re} révision de la LPP (2001), portant sur l'espérance de vie ainsi que sur sa hausse attendue, extrapolée selon le concept de période, durant une période limitée jusqu'à 2015. Les données des institutions de prévoyance et des assureurs-vie relatives à la mortalité, ainsi que les tables de mortalité pour la Suisse 1998/2003 de l'Office fédéral de la statistique, confirment que la mortalité et donc l'espérance de vie s'améliorent continûment. Toutefois, les bases techniques les plus récentes (LPP 2005) font état d'une mortalité qui ne s'améliore que légèrement pour les

hommes, voire qui diminue légèrement pour les femmes; ainsi, la différence d'espérance de vie entre les femmes et les hommes s'amenuise.

Quant à l'intérêt technique, c'est sur un taux d'environ 4 % que se fonde le taux de conversion précité. Signalons toutefois que le taux d'intérêt technique ne correspond pas au rendement attendu; il faut ajouter au premier cité une marge de 0,5 % pour tenir compte de l'augmentation constante de l'espérance de vie et pour la couverture des frais administratifs. Nous voyons ainsi que c'est un rendement attendu de 4,5 % qui a été pris en compte dans les travaux ayant mené à la 1^{re} révision de la LPP, cette révision n'ayant donc pas conduit à une modification de cette valeur.

Problématique liée au taux de conversion

La situation concernant l'intérêt technique a changé depuis, en raison du contexte économique. Les bouleversements enregistrés sur les marchés financiers de 2000 à 2003 sont allés de pair avec la baisse des taux d'intérêt. En effet, on s'est aperçu que les marchés ne garantissent plus automatiquement les rendements requis pour assurer le versement des prestations dans la prévoyance professionnelle, ce qui provoquait des lacunes dans le financement. Des circonstances particulières et la situation toujours tendue des institutions de prévoyance ont rendu nécessaire un réexamen des paramètres déterminant les prestations de la prévoyance professionnelle. Une motion présentée par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-E) a été acceptée alors par les deux Chambres¹; elle donnait mandat au Conseil fédéral de «proposer sans délai à l'Assemblée fédérale une révision de la prévoyance professionnelle prévoyant (...) un réexamen du taux de conversion en fonction de ses données techniques et, si nécessaire, une adaptation dudit taux à la situation qui prévaut aujourd'hui».

Depuis lors, le débat concernant l'évolution des données biométriques s'est déplacé pour porter désormais surtout sur le taux d'intérêt technique. L'évolution des rendements des obligations est la principale raison d'agir dans ce domaine. En juin 1992, les rendements des obligations de la Confédération à 10 ans ont atteint un pic à 6,924 %, avant de passer sous la barre des 4 % en janvier 1997 (3,959 %), puis sous celle des 3 % en août 1998 (2,988 %). Depuis cette date, ils ont fluctué entre ces deux valeurs, avant de tomber le 1^{er} juin 2005 à moins de 2 %, pour la première fois depuis le début de l'enregistrement des cours en 1893. Les prévisions de hausse des taux d'intérêt régulièrement formulées se

¹ Motion n° 03.3438, point 1 approuvé par le Conseil des Etats le 1^{er} octobre 2003 et par le Conseil national le 6 décembre 2004.

sont révélées fausses et les taux ont poursuivi leur dérive.

Le **graphique 1** illustre les oscillations des rendements à moyen et à long termes des obligations de la Confédération.

Le taux technique qui a été pris en compte dans les travaux ayant mené à la 1^{re} révision de la LPP, et donc aussi le taux de conversion qui en découle, sont donc jugés trop élevés aujourd'hui. Ainsi, les institutions de prévoyance courent le risque de devoir verser des rentes de vieillesse insuffisamment financées, puisque la rémunération des capitaux de couverture correspondants sera vraisemblablement inférieure à l'hypothèse retenue. Elles n'auront alors d'autre solution que de prévoir un financement additionnel, à la charge des assurés actifs et de l'employeur, pour éviter de mettre en péril leur situation financière. La Commission fédérale de la prévoyance professionnelle a traité le sujet.² Le 15 janvier 2004, elle a approuvé la mise en place d'un groupe de travail qui, par suite, a rédigé un rapport fouillé sur les paramètres fondamentaux du taux de conversion et posé ainsi les jalons de ses futurs réexamens. Sur la base de ce rapport, cette Commission a recommandé le 10 février 2005 au Conseil fédéral:

- d'abaisser le taux de conversion davantage que ne le prévoit la 1^{re} révision de la LPP;
- de procéder aux modifications d'ici 2010 déjà, sans attendre jusqu'en 2015;
- de réexaminer le taux de conversion tous les cinq ans, au lieu de tous les dix ans, afin de pouvoir l'adapter plus rapidement aux circonstances du moment.

Le rapport du groupe de travail mentionnait entre autres qu'un taux de conversion compris entre 6,0 et 6,4 % peut être considéré comme approprié à l'horizon 2015. Ce résultat repose sur un rendement attendu allant de 3,35 à 4 % (contre 4,5 % pris en compte dans les travaux ayant mené à la 1^{re} révision de la LPP). Si l'on conserve la marge nécessaire de 0,5 % pour l'augmentation constante de l'espérance de vie et pour la couverture des frais administratifs, l'intérêt technique correspondant est compris entre 2,85 et 3,5 %.

Projet mis en consultation

Précisons avant tout qu'en ce qui concerne le calendrier, une éventuelle modification de la loi ne pourra entrer en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2008 au plus tôt. Par conséquent, le projet mis en consultation ne prévoit pas d'adaptation du taux de conversion d'ici là. Jusqu'au

31 décembre 2007, ce taux sera prescrit par la disposition transitoire en vigueur.

Le projet de loi consiste en une réduction progressive du taux de conversion, plus importante que celle prévue par la 1^{re} révision de la LPP, dès le 1^{er} janvier 2008, pour atteindre **l'objectif de 6,4 % au 1^{er} janvier 2011**. Le taux de 6,4 % sera appliqué pour la première fois aux personnes nées en 2011 pour les hommes (à l'âge ordinaire de la retraite de 65 ans) et en 2010 ou 2011 pour les femmes (à l'âge ordinaire de la retraite de 64 ou 65 ans). En supposant que l'âge ordinaire de la retraite passe pour les femmes de 64 à 65 ans en 2009 (ce qui explique le «saut» en 2009), le **tableau 2** présente les étapes de la réduction progressive mise en consultation, comparée à celle prévue par la 1^{re} révision de la LPP. On note en particulier que la barre des 6,8 % est franchie en 2009 déjà et que le temps de mise en œuvre est réduit de moitié par rapport à celui actuellement prévu.

La réduction prévue du taux de conversion jusqu'en 2011 contient une réduction progressive du taux technique à la base du taux de conversion, de 4,4 % (en 2005) à environ 3,35 % (en 2011), ce qui – avec la marge nécessaire de 0,5 % – correspond à un rendement attendu de 3,85 %. Le **graphique 3** illustre cette réduction.

Le projet mis en consultation comprend le **principe d'un réexamen du taux de conversion à intervalles plus rapprochés**, ainsi qu'un **premier réexamen en 2009** pour les années 2012 et suivantes. Les dispositions légales actuelles stipulent que le Conseil fédéral soumet un rapport sur le taux de conversion applicable les années suivantes tous les dix ans au moins, la première fois en 2011. Or, pour que le législateur puisse décider en temps opportun si le taux de conversion selon le projet nécessite des adaptations pour la période d'après 2011, il faut que le calendrier du prochain rapport soit établi de sorte que l'examen puisse avoir lieu avant que cette valeur ne soit atteinte. Pour que cette démarche soit possible, le Conseil fédéral doit rédiger son rapport en 2009 déjà, et non en 2011. Outre l'évolution des données biométriques, il convient surtout de surveiller celle des marchés financiers. Il faut ainsi vérifier si le taux technique de 3,35 %, lequel suppose un rendement attendu de 3,85 % pouvant apparaître aujourd'hui optimiste, reste réaliste compte tenu de l'évolution de la situation.

Le projet de loi prévoit en outre que le rapport donne des informations permettant d'établir si l'objectif de prestations de la prévoyance professionnelle (selon la règle d'or, environ 34 % du salaire coordonné LPP) ou l'objectif commun de l'AVS et de la prévoyance professionnelle selon l'art. 113 Cst. (maintenir de manière appropriée le niveau de vie antérieur, ce qui correspond à une rente totale d'environ 60 % du salaire déterminant LPP) est atteint ou non pour la génération ordinaire. Si ce n'est pas le cas, des mesures possibles seront esquissées.

2 Voir le rapport «Examen du taux de conversion par rapport aux bases techniques» du groupe de travail Taux de conversion, daté de novembre 2004 et publié avec le communiqué de presse de l'OFAS du 10 février 2005: www.bsv.admin.ch/bv/grundlag/ff/umwandlungssatz.pdf, ainsi que l'article en p. 91 de CHSS 2/2005.

Réduction progressive du taux de conversion minimal – calendrier prévu 2

	Projet mis en consultation		Droit en vigueur (1 ^{re} révision de la LPP)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
2006	7,10 %	7,20 %	7,10 %	7,20 %
2007	7,10 %	7,15 %	7,10 %	7,15 %
2008 ***	6,90 %	6,90 %	7,05 %	7,10 %
2009 **	6,75 %	*	7,05 %	7,00 %
2010	6,55 %	6,65 %	7,00 %	6,95 %
2011 ****	6,40 %	6,40 %	6,95 %	6,90 %
2012	**	**	6,90 %	6,85 %
2013	**	**	6,85 %	6,80 %
2014	**	**	6,80 %	6,80 %

* Hypothèse: relèvement de l'âge ordinaire de la retraite des femmes à 65 ans en 2009, d'où l'absence d'adaptation

** Examen en 2009 pour les années 2012 et suivantes

*** Entrée en vigueur de la nouvelle législation selon procédure de consultation

**** Fin du processus de réduction

Si le taux de conversion minimal de 6,4 % est maintenu jusqu'en 2015, le taux technique sur lequel il se fonde remonte à 3,5 % (équivalant à un rendement attendu de 4 %), soit la limite supérieure de la fourchette prévue par le groupe de travail. En revanche, si le taux de conversion minimal était abaissé à 6 %, c'est la limite inférieure de cette fourchette, soit avec un taux technique de 2,85 %, qui serait atteinte.

Mesures d'accompagnement

Par rapport à la législation actuelle, le projet mis en consultation a pour conséquence une diminution des rentes servies aux assurés qui prendront leur retraite à partir du 1^{er} janvier 2008. L'ampleur de la diminution varie selon l'année de départ à la retraite, puisque les taux de conversion évoluent.

Il faut relever que le projet mis en consultation ne compromet pas l'objectif constitutionnel relatif aux prestations de la prévoyance professionnelle. A ce propos, et comme déjà mentionné, il est admis que celui-ci est réalisé lorsque la rente de vieillesse atteint 34 % environ du salaire coordonné LPP. Selon la législation actuelle, ce taux est atteint dans l'hypothèse dite de la «règle d'or», c'est-à-dire si le taux de l'évolution du salaire est égal au taux d'intérêt crédité à l'épargne. Or, depuis l'introduction de l'assurance obligatoire début

1985 et jusqu'à fin 2004, l'évolution générale moyenne des salaires a été de 2,6 %, alors que l'épargne a été rémunérée à un taux plus élevé, soit 3,9 % en moyenne. Avec ce «bonus d'intérêt», l'objectif de prestations est plus facilement atteint. Avec le projet mis en consultation, des calculs montrent qu'un assuré âgé de 25 ans en 1985, qui atteint l'âge ordinaire de la retraite en 2025, reçoit une rente de vieillesse de 33,5 % du salaire coordonné, ceci en appliquant un modèle de calcul tenant compte de l'évolution moyenne des salaires et de l'intérêt enregistrée jusqu'ici («bonus d'intérêt» de 1,3 % par année en moyenne) et de la «règle d'or» (taux d'évolution des salaires = taux d'intérêt) pour la suite. L'objectif de 34 % précité est donc pratiquement atteint avec le projet mis en consultation, selon ce modèle. En supposant qu'un «bonus d'intérêt» continue d'exister par la suite (à hauteur de 1 % par année), l'assuré toucherait alors une rente de 38,0 % du salaire coordonné, dépassant ainsi sensiblement l'objectif de 34 % (**tabl. 4**).

Le projet mis en consultation laisse aux institutions de prévoyance la liberté de décider d'éventuelles mesures d'accompagnement et ne prévoit donc pas de dispositions légales à ce propos. En effet, une diminution des rentes servies peut difficilement être compensée comme il se doit au moyen de prescriptions légales, étant donné que les baisses effectives peuvent être très différentes selon les cas. De plus, dans un contexte économique difficile, des mesures prescrites par la loi pourraient s'avérer difficilement supportables. Il est alors préférable d'envisager que la compensation souhaitée se fasse le cas échéant sur une base volontaire, en fonction de la situation économique des parties concernées. Des solutions doivent être recherchées, de préférence propres aux institutions de prévoyance, et donc à élaborer paritairement au niveau de l'organe responsable en intégrant les partenaires sociaux. Si le financement est assuré et en veillant à une conformité permanente, l'institution de prévoyance peut également prévoir dans son règlement de laisser pour l'instant le taux de conversion inchangé, ce qui rend des mesures d'accompagnement inutiles.

Conclusions

Le projet mis en consultation contient les mesures suivantes:

- une adaptation graduelle du taux de conversion minimal à partir du 1^{er} janvier 2008, atteignant la valeur de 6,4 % au 1^{er} janvier 2011;
- tous les cinq ans, l'établissement d'un rapport d'examen pour déterminer le taux de conversion minimal, la première fois en 2009 pour les années 2012 et suivantes, avec des données permettant de se prononcer sur le maintien de l'objectif de prestations, ainsi que

l'indication des mesures possibles si celui-ci n'est pas atteint.

Le projet laisse aux institutions de prévoyance la liberté de décider d'éventuelles mesures d'accompagnement, si elles disposent des moyens financiers nécessaires, et ne prévoit pas de dispositions légales à ce propos puisque l'objectif de prestation constitutionnel n'est pas compromis.

Il comporte un premier pas répondant au besoin d'agir rapidement, ainsi qu'un réexamen nécessaire, le moment venu, lors duquel toute option reste ouverte. Le taux de conversion minimal sera ainsi réexaminé à la lumière de l'évolution des marchés financiers et de celle de l'espérance de vie, et le cas échéant adapté.

Du point de vue du planning, il est prévu:

- un rapport sur les résultats de la procédure de consultation à l'intention du Conseil fédéral avant les vacances d'été 2006;
- un message et un projet de modification de la LPP à l'intention du Conseil fédéral pour le dernier trimestre 2006.

Taux d'intérêt minimal

Le taux d'intérêt minimal doit être appliqué pour la rémunération de l'avoir de vieillesse des assurés dans le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle. Ce taux est resté à 4 % jusqu'à la fin de 2002. Comme l'évolution des marchés financiers était alors extrêmement négative, l'idée d'adapter le taux aux conditions du marché s'est imposée. Depuis le 1^{er} janvier 2005, la loi contient plus de précisions qu'avant pour la fixation du taux. Les dispositions prévoient que le Conseil fédéral réexamine le taux d'intérêt minimal au moins tous les deux ans. A cet effet, il consulte la Commission fédérale LPP et les partenaires sociaux. Pour fixer le taux, le Conseil fédéral doit tenir compte de l'évolution des rendements des placements usuels du marché, notamment des obligations de la Confédération, ainsi que des actions, des emprunts et de l'immobilier. Le taux d'intérêt minimal était de 3,25 % en 2003, de 2,25 % en 2004, et il est de 2,5 % depuis le 1^{er} janvier 2005.

Le taux d'intérêt minimal sert également à calculer le montant minimal de la prestation de libre passage, l'intérêt moratoire en cas de versement tardif de cette prestation, ainsi que le montant de la prestation de sortie en cas de divorce.

Les avis sont partagés quant à la procédure concrète de fixation du taux minimal. En mai 2003, la Commission fédérale LPP a proposé une formule fixe: le taux était déterminé sur la base de la moyenne des trois derniers mois des obligations de la Confédération à dix ans; les autres placements usuels du marché étaient pris en compte moyennant un supplément ou une réduction

Projet mis en consultation – taux d'intérêt technique (IT) 3



Comparaison de l'objectif de prestation pour un taux de conversion minimal de 6,8 % (ou 6,95 % en 2001) et de 6,4 % 4

Homme âgé de 65 ans en	Objectif de prestations 1 ^{re} révision LPP	Taux de conversion minimal de 6,4%	
		Réalité de 1985 à fin 2004 et dès 2005	
	Règle d'or de 1985 à l'âge de la retraite	règle d'or (2,5%)	taux d'intérêt (2,5%)
			> accroissement des salaires (1,5%) = 1%
2011*	390% x 6,95% = 27,1%	27,3%	28,5%
2014*	420% x 6,8% = 28,6%	29,0%	31,0%
2025**	500% x 6,8% = 34,0%	33,5%	38,0%

* Rente perçue avant 2025: objectif de prestations plus bas dû à une durée d'assurance incomplète

** Durée d'assurance complète de 40 ans

de 0,5 point au maximum. Le Conseil fédéral a fixé le taux pour 2004, suivant cette manière de procéder, à 2,25 %. Mais, l'année suivante déjà, il n'était plus possible de parvenir à une entente sur cette formule. Le Conseil fédéral a fondé sa décision de relever le taux à 2,5 % pour 2005 sur les propositions des experts (qui allaient de 2,25 à 2,75 %), jugeant que l'évolution positive des marchés financiers justifiait une adaptation.

Aujourd'hui, l'Association suisse d'assurances (ASA) et l'Association suisse des institutions de prévoyance (ASIP) souhaitent une formule fondant le taux sur les 70 % de la moyenne mobile sur sept ans des obligations de la Confédération à sept ans. A l'heure actuelle, ce mode de calcul donnerait un taux d'intérêt de 1,9 %. Le taux serait ainsi déterminé par les taux d'intérêt des obligations à sept ans durant les sept dernières années, mais sans tenir compte ni des actions ni de l'immobilier, contrairement à ce qu'exige la loi. D'autres préconisent même la suppression pure et simple du taux d'intérêt minimal, ce qui reviendrait à une garantie de 0 %.

Une formule pour la fixation du taux d'intérêt minimal n'a de sens que si elle peut être appliquée sur une longue durée. Il est donc essentiel que les principaux acteurs de la prévoyance professionnelle arrivent à un consensus sur la composition de cette formule, sinon la controverse sur cette question risque de supplanter régulièrement la discussion sur le niveau du taux minimal. La Commission fédérale LPP a débattu une nouvelle fois, le 27 octobre 2005, de la question d'une formule fixe. Il n'a pas été possible de parvenir à une entente, des divergences considérables subsistant sur des points essentiels.

Le Conseil national s'est lui aussi exprimé sur la question, le 29 novembre 2005. Il a rejeté – comme le proposait le Conseil fédéral – la motion de sa Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS-N) demandant une formule fixe selon le droit en vigueur.

Le Conseil fédéral a souligné à plusieurs reprises qu'une méthode fixe pour déterminer le taux d'intérêt minimal remplirait une fonction importante, mais qu'il

devrait rester possible de s'écarter de cette manière de procéder pour de bonnes raisons.

Le niveau du taux d'intérêt minimal doit impérativement être revu en 2006 pour 2007. Pour ce faire, il faudra cependant tenir compte, selon le droit en vigueur, non seulement des rendements des obligations de la Confédération, mais aussi de ceux des actions, des emprunts et de l'immobilier.

Une entente sur une manière fixe de procéder suppose, comme on l'a dit, que les principaux acteurs de la prévoyance professionnelle soient prêts à un compromis. Supprimer le taux d'intérêt minimal resp. le déblocage de ce taux, comme certains le préconisent, éliminerait à n'en pas douter un paramètre essentiel du système actuel de prévoyance professionnelle obligatoire et soulèverait la question des mesures à prendre pour compenser la suppression d'une valeur minimale obligatoire. On affirme parfois que la «legal quote» suffirait pour remplacer le taux minimal. Mais celle-ci sert uniquement à déterminer dans quelle mesure les sociétés d'assurance doivent transmettre leurs excédents aux institutions de prévoyance. Elle ne dit ni quel doit être le niveau minimal de ces excédents, ni quelle part des excédents doit être répartie entre les assurés actifs.

Margareta Meile, licenciée en droit, domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS. Mél: margareta.meile@bsv.admin.ch

Jean-Marc Maran, licencié ès sciences mathématiques, expert fédéral diplômé en assurances de pension, secteur Financement et développement du système de la prévoyance professionnelle, domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS. Mél: jean.marc.maran@bsv.admin.ch

Joseph Steiger, lic. phil. I, expert fédéral diplômé en finance et investissements, secteur Financement et développement du système de la prévoyance professionnelle, domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS. Mél: joseph.steiger@bsv.admin.ch

Les cantons de Suisse centrale et de Suisse orientale professionnalisent la surveillance en la régionalisant

Le renforcement de la collaboration entre les cantons de Suisse centrale et entre ceux de Suisse orientale dans le domaine de la prévoyance professionnelle porte des fruits. Les cantons de Lucerne, Uri, Schwyz, Nidwald, Obwald et Zoug ont fondé, en Suisse centrale, une autorité commune de surveillance LPP et des fondations à laquelle ils ont confié depuis le 1^{er} janvier 2006 la surveillance des institutions de prévoyance soumises à la LPP ainsi que des fondations classiques.¹ Un processus semblable est en cours en Suisse orientale, où les cantons de Glaris, Appenzell Rhodes-Extérieures, Appenzell Rhodes-Intérieures, Saint-Gall, Grisons, Thurgovie et le cas échéant Schaffhouse prévoient de confier à partir du 1^{er} janvier 2008 la surveillance LPP et des fondations à une autorité commune.²

Helena Kottmann

Domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS

En Suisse centrale, les travaux préparatoires en vue de la création d'une surveillance régionale LPP et des fondations ont commencé en 2002 déjà. Au vu des changements annoncés ou prévisibles et des problèmes de découvert et d'assainissement qui se profilaient dans la prévoyance professionnelle, on reconnut dans cette région du pays comme en Suisse orientale qu'un regroupement des forces permettrait d'être plus à la hauteur des exigences accrues auxquelles devaient satisfaire les autorités de surveillance. Il fallait donc que les savoirs nécessaires en matière d'économie, de droit et de prévoyance soient regroupés au niveau régional et utilisés de manière plus professionnelle, grâce à l'accroissement du nombre d'institutions sous surveillance, pour être en mesure de faire face rapidement et efficacement aux exigences à venir et pour limiter ainsi les risques pesant sur les cantons en termes de responsabilité.

Les exigences auxquelles doivent satisfaire les autorités de prévoyance ont augmenté pour plusieurs raisons: la 1^{re} révision LPP a introduit la gestion paritaire généralisée au niveau de l'organe suprême et des règles particulières concernant les liquidations partielle ou totale d'institutions de prévoyance, et la loi sur la fusion demande qu'une requête soit déposée en cas de fusion d'institutions de prévoyance, requête qui doit être approuvée. Les commentaires accompagnant les textes des concordats expliquent aussi que les initiatives prises pour mettre en place des structures régionales en Suisse centrale et en Suisse orientale découlent des travaux d'une commission d'experts mise en place au niveau fédéral, la commission «Optimisation de la surveillance»³. Celle-ci devait envisager un régime de surveillance régionalisée sur base concordataire, mais aussi un modèle de surveillance fédérale centralisée, pour réformer la surveillance de la prévoyance. Tant la commission que les cantons accordèrent leur préférence à une surveillance fédérale régionalisée sur base concordataire, parce que ce système permet d'être plus proche des clients et de garder des places de travail dans la région.

Dans le concordat de la Suisse centrale, on part du principe que la concentration de la surveillance LPP et des fondations au sein d'une autorité régionale permettra de réaliser des économies. Trois postes à plein temps devraient pouvoir être supprimés. Les cantons de Suisse orientale estiment qu'un poste à plein temps permet de surveiller 150 institutions de prévoyance ainsi que 350 fondations classiques, alors qu'en Suisse centrale, on juge que 170 institutions peuvent être surveillées par une personne à plein temps.

L'autorité régionale de Suisse centrale a commencé à exercer son activité le 1^{er} janvier 2006, alors que celle de Suisse orientale devrait être opérationnelle à partir du 1^{er} janvier 2008.

Points saillants des deux concordats

Les deux concordats régionaux ayant été créés pour des raisons comparables, ils présentent beaucoup de points communs.

Les deux autorités de surveillance régionales sont des établissements de droit public ayant une personnalité juridique propre et financés par des émoluments. Alors que la convention de Suisse orientale prévoit que l'intégralité du financement proviendra des institutions ou fondations soumises à la surveillance, chacun des membres du concordat de Suisse centrale peut prévoir sa propre clé de financement, définissant la part des coûts

1 Le texte allemand du concordat des cantons de Suisse centrale est accessible à cette adresse: www.zrk.ch/dateimanager/konkordat_20040607.pdf, et le message à cette adresse: www.zrk.ch/dateimanager/botschaft_20040607.pdf.

2 Le texte de la convention des cantons de Suisse orientale a été publié dans la feuille officielle du canton de Saint-Gall, n° 45, p. 2235ss (www.sg.ch/etc/medialib/dokument_library/services/amtsblatt/2005/nr_45.Par.0001.File.tmp/45_2005.pdf).

3 Cf. communiqué de presse de l'OFAS du 11 juillet 2003, à l'adresse: www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2003/f/03071101.htm.

prise en charge par les «objets» surveillés et celle prise en charge au besoin par le canton lui-même. L'autorité de Suisse centrale a son siège à Lucerne et est dirigée par la personne qui était responsable de l'office de la prévoyance professionnelle et de la surveillance des fondations du canton de Lucerne, Markus Lustenberger, avocat.⁴ L'autorité de surveillance de Suisse orientale aura son siège à Saint-Gall. Le concordat de Suisse centrale comme celui de Suisse orientale prévoit que la surveillance des institutions de prévoyance soumises à la LPP sera transférée à l'autorité de surveillance régionale. Chacun des membres du concordat peut en outre transférer la surveillance des fondations classiques à l'autorité de surveillance régionale. Depuis le 1^{er} janvier 2006, l'autorité de Suisse centrale assume ainsi la surveillance des fondations classiques des cantons de Lucerne, Schwyz, Nidwald et Zoug, et fait office d'autorité de référence pour les modifications concernant l'organisation ou le but des fondations classiques (art. 85 et 86 CC). L'autorité de Suisse centrale assume cette tâche pour les fondations communales classiques des cantons parties au concordat.

Organisation de l'autorité régionale

Chacune des deux autorités régionales comporte un organe stratégique (commission administrative / conseil concordataire) et une direction opérationnelle, et fait appel à un organe de révision. Les cahiers des charges de ces unités sont globalement identiques: l'organe stratégique nomme la direction, définit le mandat de prestations, établit le budget, approuve le rapport annuel et les comptes, choisit l'organe de révision qui lui soumet son rapport et enfin établit le règlement d'organisation et des émoluments. La direction quant à elle dirige l'entité sur le plan opérationnel et en matière de personnel, embauche le personnel requis si l'opération ne relève pas de l'organe stratégique, prépare les affaires de l'organe stratégique, applique ses décisions et remplit le mandat de prestations, et enfin rend des comptes à l'organe stratégique. L'organe de révision examine les comptes annuels et fait rapport à l'organe stratégique (commission administrative / conseil concordataire).

L'autorité de surveillance de Suisse centrale est dotée d'un capital de 1 million de francs, remboursable et rémunéré, fourni par les membres du concordat. Le canton de Lucerne verse par ailleurs chaque année une contribution spéciale parce que l'autorité a son siège sur son sol, ce qui est avantageux pour lui. Dans le concordat de Suisse orientale, le canton de Saint-Gall, sur le territoire duquel sera situé l'autorité de surveillance régionale, versera une contribution unique de 200 000 francs pour l'installation de celle-ci et mettra à sa disposition un compte courant aux taux usuels du marché pour qu'elle n'ait pas de problèmes de liquidités.

Les deux autorités de surveillance se distinguent par contre sur deux points centraux:

Premièrement, l'activité du concordat de Suisse centrale est soumise à un organe de contrôle supplémentaire, la Commission de gestion interparlementaire, qui examine l'application du concordat par l'autorité de surveillance régionale et fait rapport aux parlements des cantons parties au concordat. A ce titre, la commission a accès aux procès-verbaux de l'autorité, aux accords qu'elle a passés et à ses factures, et elle peut entendre les présidents de l'organe stratégique ainsi que de la direction opérationnelle. Le concordat de Suisse orientale en revanche ne prévoit qu'un seul organe de contrôle: l'organe de révision.

Deuxièmement, selon le concordat de Suisse centrale, l'autorité de surveillance est seule responsable des dommages causés par l'établissement ou par ses collaborateurs, alors que selon le concordat de Suisse orientale, l'autorité de surveillance assume une responsabilité primaire et les cantons concordataires une responsabilité secondaire.

Conclusion

En régionalisant leurs autorités de surveillance, les cantons de Suisse centrale et de Suisse orientale ont réalisé une avancée importante pour garantir la qualité dans la prévoyance professionnelle. L'opération a aussi permis de mettre en œuvre des propositions du Conseil fédéral dans ce domaine. Etant donné l'importance des sommes en jeu – quelque 600 milliards de francs – la qualité de la surveillance du 2^e pilier doit être irréprochable. Cet objectif peut être atteint plus facilement s'il existe des autorités de surveillance régionales indépendantes financièrement (grâce au financement par des émoluments) disposant des connaissances et du personnel nécessaires que si la tâche est accomplie par des structures cantonales dont les ressources sont souvent limitées. Il faut espérer que d'autres cantons suivront l'exemple des cantons de Suisse centrale et de Suisse orientale et s'uniront pour former ensemble des régions de surveillance performantes. Le modèle prévoyant pour la surveillance la création de régions sur base concordataire est en effet au centre du projet d'optimisation des contenus et de la structure de la prévoyance professionnelle élaboré pour la fin de l'année 2005 sur mandat du Conseil fédéral par une commission d'experts intitulée «Réforme structurelle de la prévoyance professionnelle», projet qui doit être mis en consultation.⁵

Helena Kottmann, juriste, domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS. Mél: helena.kottmann@bsv.admin.ch

4 Le site www.zbsa.ch fournit d'autres informations sur le concordat de Suisse centrale.

5 Cf. Communiqué de presse de l'OFAS du 25 août 2004, à l'adresse: www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2004/ff/04082501.htm.

Situation financière des institutions de prévoyance de droit public: état des lieux

Par une initiative parlementaire, le conseiller national Serge Beck a prié le Conseil fédéral de supprimer la possibilité offerte aux institutions de prévoyance des corporations de droit public d'être en situation de découvert.¹ Après la décision du Conseil national de donner suite à cette initiative parlementaire, la CSSS-N a délégué à sa sous-commission LPP l'examen de cet objet.



Mylène Hader
Domaine Prévoyance vieillesse
et survivants, OFAS

Cadre légal et données de base

Selon l'art. 69, al. 1 LPP, les institutions de prévoyance doivent être en mesure d'assurer constamment l'équilibre entre leur fortune et leurs engagements (principe du bilan en caisse fermée). Le deuxième alinéa prévoit une exception et permet, avec l'aval de l'autorité de surveillance, aux institutions de prévoyance des corporations de droit public (ci-après: IPDP) de déroger à ce principe si les conditions fixées par le Conseil fédéral à l'art. 45 OPP 2 sont remplies. Concrètement, cela signifie que l'équilibre financier desdites institutions peut être garanti autrement que par la capitalisation de leurs engagements (prestations de libre passage des assurés actifs, réserve mathématique des pensionnés, provisions techniques et autres). La fortune d'une IPDP peut donc être inférieure à ses engagements: on parle de capitalisation partielle pour désigner ce système de financement spécifique.

Conditions et portée de l'art. 45 OPP 2

En vertu de l'art. 45 OPP 2, la dérogation au principe du bilan en caisse fermée ne peut être accordée que si la Confédération, un canton ou une commune garantit le paiement des prestations dues en vertu de la LPP. Selon l'interprétation littérale du texte de l'art. 45 OPP 2, l'exigence légale de garantie envers les IPDP n'a été imposée que pour la prévoyance professionnelle obligatoire. En revanche, on constate que le législateur a voulu que les dispositions légales relatives à la sécurité financière s'appliquent également à la prévoyance plus étendue. En effet, l'art. 49, al. 2, ch. 16 prévoit que les articles relatifs à la sécurité financière (dont fait partie l'art. 69 LPP relatif à l'équilibre financier, article auquel se réfère l'art. 45 OPP 2) sont applicables. Si cette ambiguïté fait que l'interprétation de ces dispositions n'est pas unanime et que les avis relatifs à la portée de l'art. 45 OPP 2 divergent fortement, la tendance va plutôt dans le sens d'une garantie portant non seulement sur les prestations découlant de la prévoyance obligatoire mais également sur les prestations réglementaires si celles-ci sont supérieures à la LPP.

Capitalisation partielle ne signifie pas forcément financement inadéquat

Précisons d'emblée qu'il est faux d'assimiler capitalisation partielle et financement inadéquat. Sous certaines conditions, un régime de prestations peut très bien fonctionner selon le système de financement en répartition des dépenses, comme c'est le cas du 1^{er} pilier en Suisse.

Le niveau de capitalisation partielle est mesuré par le taux de couverture. Cette notion est précisée à l'art. 44 OPP 2, et plus spécialement à son annexe. Il s'agit du rapport entre la fortune de l'institution de prévoyance et ses engagements. La notion de capitalisation partielle correspond alors à un taux de couverture inférieur à 100 % et on parle dans ce cas de «découvert» pour désigner la différence entre les engagements et la fortune. Si ce terme est approprié dans le cas des institutions de prévoyance devant appliquer le principe du bilan en caisse fermée, il l'est moins s'agissant des IPDP autorisées à pratiquer la capitalisation partielle. En effet, le terme «découvert» fait penser à une situation financière irrégulière devant être assainie, ce qui n'est pas forcément le cas ici; on devrait plutôt parler d'engagements non capitalisés.

A ce stade, il est légitime de poser les questions suivantes: une IPDP peut-elle pratiquer la capitalisation

¹ 03.432 – Initiative parlementaire: LPP. Abrogation de l'article 69, alinéa 2.

Situation des institutions de prévoyance avec garantie à fin 2004

1

Taux de couverture en pour-cent	Nombre d'IP	Fortune en mio fr.	Découvert en mio fr.	Assurés actifs	Bénéficiaires de rentes
>110	8	558	0	2 561	763
106-110	6	2 241	0	6 502	2 073
100-105	18	6 264	0	36 121	8 837
96- 99	10	6 467	184	29 678	9 118
91- 95	13	23 915	1 910	76 563	28 146
81- 90	9	12 298	2 232	49 663	17 818
71- 80	8	26 489	7 928	110 482	48 418
61- 70	4	8 044	4 231	40 352	16 289
51- 60	3	1 207	986	8 006	3 027
< 50	3	1 371	2 050	10 052	5 238
Total ³	82	88 854	19 521	369 980	139 727

partielle avec un taux de couverture relativement bas? N'y a-t-il pas un seuil technique en dessous duquel ce système de financement n'offre plus les garanties nécessaires? Si oui, quel est ce taux de couverture minimal? Peut-on admettre une diminution chronique année après année du taux de couverture tant que ce taux de couverture minimal n'est pas atteint? Quand une part du découvert doit-elle être assainie? Le cas échéant, faut-il prendre des mesures?

A priori, la loi n'apporte pas de réponses à ces questions. Dans la pratique, on détermine tout d'abord le taux de couverture qui est adapté à l'IPDP. Cette appréciation dépend largement des caractéristiques propres à chaque IPDP et doit donc être faite d'entente avec l'expert en matière de prévoyance professionnelle. La valeur ainsi établie devient un objectif de couverture et l'IPDP doit veiller à ce que son taux de couverture se situe régulièrement, année après année, au-dessus de cet objectif. Lorsque l'objectif n'est pas atteint, on parle de découvert réel pour la partie correspondante et celui-ci doit être résorbé. S'agissant d'un taux de couverture minimal, au-dessous duquel aucun objectif de couverture ne devrait être raisonnablement fixé, la tendance parmi les experts en matière de prévoyance professionnelle est de mentionner la valeur de 60 %.

Par conséquent, si un taux de couverture adéquat est fixé comme objectif (propre à l'IPDP, mais au minimum de 60 %), la capitalisation partielle n'est en soi pas incompatible avec la garantie de l'équilibre financier. Certaines conditions sont toutefois requises, notamment celle d'un financement adapté à cette spécificité.

Quel financement pour les IPDP pratiquant la capitalisation partielle?

Le système de financement approprié d'une IPDP pratiquant la capitalisation partielle est un système de

financement mixte: pour la part correspondant aux engagements devant être couverts par la fortune, le financement advient en capitalisation, alors que le financement se fait en répartition des dépenses² pour la part non capitalisée.

Pour déterminer les modalités de financement, la pratique consiste à simuler l'évolution financière présumée de l'IPDP. Des hypothèses concernant le futur sont alors nécessaires (évolution du nombre des assurés actifs, masse des salaires assurés, sinistralité, rendement moyen de la fortune, etc.) et le développement de différents scénarios est recommandé (rendement optimiste/prudent, financement actuel / avec augmentation, etc.) afin de mieux cerner l'évolution probable et la portée d'éventuelles mesures. Les taux de couverture pour les années futures sont comparés à l'objectif de couverture, et c'est en particulier cette analyse et son interprétation par l'expert en matière de prévoyance professionnelle qui vont permettre aux responsables de l'IPDP de prendre, en toute connaissance de cause, des décisions en matière de financement.

Il est possible de tirer du tableau 1 les principaux enseignements suivants:

- sur un total de 82 institutions, 32 ont un taux de couverture égal ou supérieur à 100 %. Ces institutions concernent 45 184 assurés actifs et 11 673 bénéficiaires de rentes.
- 50 institutions de prévoyance ont un taux de couverture inférieur à 100 %. Elles concernent plus de

2 Le financement en répartition des dépenses n'est possible que si l'effectif reste le même sur la durée. C'est justement ce que l'on peut supposer s'agissant des corporations de droit public. Il s'agit de la principale raison historique justifiant une législation différente pour les IPDP.

3 Le total de 82 institutions de prévoyance comprend une institution de droit privé au bénéfice d'une garantie étatique.

324 000 assurés actifs et plus de 128 000 bénéficiaires de rentes.

- sur un total de 88,8 milliards de fortune, 62,7 milliards proviennent des 30 institutions se situant dans la plage de taux de couverture allant de 71 à 95 % et leur découvert cumulé se monte à 12 milliards.
- 6 institutions seulement présentent un taux de couverture inférieur à 60 % : trois d'entre elles affichent des taux de couverture compris entre 51 et 60 %, et trois autres des taux de couverture inférieurs à 50 %. Leur découvert cumulé est de 3,03 milliards.

Si le total global à refinancer s'établit à 19,5 milliards de francs, il apparaît aussi qu'en dehors des cas extrêmes évoqués ci-dessus, l'essentiel des découverts concerne des institutions dont le taux de couverture se situe entre 61 et 99 %. Le refinancement cumulé qui serait nécessaire pour atteindre une couverture de 100 % serait de 16,4 milliards de francs pour ce groupe d'institutions. Dans un cas comme dans l'autre, la question du délai transitoire nécessaire se pose de manière prioritaire.

Modèles et solutions étudiés

Les discussions au sein de la sous-commission LPP ont non seulement porté sur le modèle proposé par l'initiative Beck (suppression de la possibilité de déroger au principe du bilan en caisse fermée), mais également sur le modèle de l'ASIP⁴ préconisant le maintien du système de financement mixte, assorti de conditions nouvelles. Ces deux modèles visent à apporter des modifications fondamentales au cadre actuel de fonctionnement des IPDP, tant sur le plan structurel que sur le plan financier. Pour être en mesure de prendre en considération les effets que pourrait avoir la concrétisation de l'initiative Beck ou celle du modèle de l'ASIP, la sous-commission LPP a estimé nécessaire de disposer d'un bref rapport établi par l'OFAS ayant pour but de procéder à l'évaluation des conséquences financières de la mise en œuvre de l'une ou l'autre des deux conceptions et de déterminer dans la mesure du possible de quelle manière ces charges se répartiraient entre les différents acteurs.

Ce que demande l'initiative Beck

L'initiative parlementaire Beck demande pour l'essentiel au Conseil fédéral de présenter aux Chambres un projet d'abrogation de l'al. 2 de l'art. 69 LPP dans le but de mettre fin à la possibilité offerte aux IPDP de déroger au principe du bilan en caisse fermée. Selon le texte de l'initiative, la possibilité de déroger au principe de l'établissement en caisse fermée comporte plusieurs inconvénients:

- elle permet de différer le financement d'une partie des prestations acquises;
- elle empêche la transparence des coûts de personnel en masquant en partie les charges de prévoyance sociale;
- elle permet aux IPDP d'offrir des prestations non financées;
- elle repose sur une conception de la fonction publique qui postule la pérennité, voire l'accroissement des effectifs, alors que la tendance actuelle va vers une diminution de ces derniers (privatisations);
- elle n'est plus adaptée à la loi fédérale sur le libre passage qui dispose que chaque assuré a droit, en cas de sortie de l'institution, à l'intégralité du montant couvrant les prestations acquises;
- elle favorise un financement déséquilibré que les structures de gestion paritaire ne voient pas l'utilité de modifier en raison de la garantie donnée par les corporations de droit public.

L'abrogation de la faculté de déroger au principe de l'établissement du bilan en caisse fermée aurait pour effet de soumettre les IPDP aux mêmes règles de financement que celles qui prévalent pour les institutions de prévoyance de droit privé.⁵ La seule marge de manœuvre concédée apparaît au titre des mesures transitoires qui seraient à prévoir pour des raisons financières évidentes. A cet égard, le texte du développement de l'initiative fait en effet état d'un délai de dix à vingt ans pour permettre aux institutions concernées de refinancer leur capitalisation. D'un point de vue technique, l'initiative Beck vise à contraindre les IPDP à abandonner la capitalisation partielle au profit d'une capitalisation complète et à passer d'un système de financement mixte à un système de financement en capitalisation uniquement. A terme, les IPDP n'auraient plus de pratique actuarielle propre et les principes techniques seraient unifiés pour toutes les institutions de prévoyance.

Ce que prévoit le modèle de l'ASIP

Dans les grandes lignes, le modèle de l'ASIP vise un renforcement des dispositions du droit fédéral de manière à garantir la sécurité du financement des IPDP en donnant à ces institutions un cadre mieux défini et une sécurité accrue. Ce modèle se distingue des mesures demandées par l'initiative Beck notamment par le fait qu'il laisse subsister le mode de financement mixte,

4 Association suisse des institutions de prévoyance, concept présenté par M. A. Braun.

5 Les IPDP seraient alors soumises au régime de l'art. 65 LPP, qui dispose notamment que «les institutions de prévoyance doivent offrir en tout temps la garantie qu'elles peuvent remplir leurs engagements». De même, les IPDP bénéficieraient de l'autorisation d'un découvert temporaire aux conditions fixées à l'art. 65c LPP, l'application obligatoire de mesures d'assainissement intervenant conformément à l'art. 65d LPP dès que leur taux de couverture est inférieur à 100 %.

mode considéré comme compatible avec l'exigence d'un financement équilibré à long terme.

Les principaux éléments constitutifs du nouveau cadre légal seraient les suivants:

- inscription de l'objectif de couverture dans les dispositions réglementaires de l'IPDP (au moins 60 % pour les engagements totaux);
- couverture totale par la fortune de la réserve mathématique des pensionnés et des provisions y relative;
- analyse périodique de l'équilibre financier par une méthode actuarielle prospective et prudente;
- vérification permettant de s'assurer que le système financier garantit l'objectif de couverture pendant au moins 15 ans;
- obligation d'assainir lorsque l'objectif de couverture n'est pas garanti, dans la même mesure que ce qui est prescrit pour les institutions de prévoyance d'entreprises privées;
- constitution de provisions et de réserves de fluctuations de valeur dans la même mesure que ce qui est prescrit pour les institutions de prévoyance d'entreprises privées;
- inscription au passif du bilan des engagements jusqu'à concurrence de l'objectif de couverture.

D'un point de vue technique, le modèle de l'ASIP permet aux IPDP de conserver leur pratique actuarielle propre, en ancrant les modalités dans la loi. Cette solution ne remet pas fondamentalement en cause la pratique actuarielle propre aux IPDP et a des conséquences financières nettement moins importantes (sous ré-

serve de quelques cas particuliers), tout en offrant un cadre clair pour leur activité.

Perspectives

Un rapport intermédiaire a déjà été remis à la sous-commission LPP à fin décembre 2005, le rapport final étant planifié pour la fin du premier trimestre 2006. Ce dernier évaluera principalement les conséquences financières et économiques de l'une et l'autre des options susmentionnées ainsi que la répartition des charges entre collectivités publiques, assurés actifs et bénéficiaires de rentes en fonction de différents critères. Il traitera également de questions spécifiques concernant les problèmes posés par les normes comptables (bilans des institutions de prévoyance et bilans des collectivités publiques) et les répercussions au plan macroéconomique. Par ailleurs, dans le cadre de l'agenda «Garantie et développement de la prévoyance professionnelle vieillesse», le gouvernement instituera une commission d'experts dont le mandat sera de formuler d'ici la fin de l'année des propositions en vue de l'assainissement de la situation financière des institutions de prévoyance des corporations de droit public.

Mylène Hader, lic. en droit, secteur Questions juridiques PP,
domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS.
Mél: mylene.hader@bsv.admin.ch

Le devoir d'assistance de l'Etat et les attentes des citoyens et des citoyennes

A la lumière de trois exemples (Allemagne, Suisse et France), cet article souligne le fossé qui sépare les principes fondamentaux des systèmes nationaux de sécurité sociale. Dans la plupart des cas, ces principes fondamentaux constituent un obstacle aux réformes. Donc, pour aboutir, les réformes de l'assurance sociale doivent intégrer adéquatement l'influence du passé historique et culturel d'un pays.



Stefan Kutzner
Université de Fribourg

Même si l'on utilise volontiers la notion d'«Etat social» par opposition au libéral «Etat veilleur de nuit» qui laisse à ses citoyens et ses citoyennes la responsabilité quasi entière de subvenir à leurs besoins matériels, il ne faut pas oublier que chaque collectivité nationale a développé avec le temps une manière spécifique de s'acquitter de son devoir d'assistance. L'Etat social a donc des visages multiples, puisque chaque Etat moderne constitue au cours de son évolution ses propres institutions chargées de remplir cette tâche. De même, chaque système d'assurance sociale se développe dans une direction donnée sous l'influence d'un héritage culturel et étatique.

Allemagne

Malgré le passé politique mouvementé du pays depuis l'unité en

1871, les principes du système allemand d'assurance sociale ont survécu jusqu'à aujourd'hui. Pour les comprendre, il faut se remémorer la situation qui prévalait alors et qui les a conditionnés. Comme la majorité de l'élite politique du moment, Bismarck considérait que l'Empire allemand était menacé de l'intérieur; à ses yeux, le principal péril venait des couches prolétariées. La classe ouvrière industrielle, en pleine croissance, n'était pas ou pas encore intégrée dans le nouvel Etat. Suite à la fondation de l'Empire, l'industrialisation avait pris un essor fulgurant, qui s'accompagnait d'un changement brusque des conditions de vie pour de grands pans de la population: ce fut la naissance des centres urbains et industrialisés de l'Allemagne avec tous les problèmes sociaux qui s'en suivirent. Ce fut aussi l'apparition des premières organisations politiques et syndicales ouvrières. Si Bis-

marck les tenait pour dangereuses, c'est qu'elles avaient l'intention de politiser et de mobiliser les classes inférieures. La Commune, qui avait vu s'affronter avec la violence que l'on sait la population de Paris et le gouvernement français en 1871, démontrait de manière éloquentes à Bismarck ce qu'il advient lorsque les classes inférieures revendiquent leur droit de participation politique. Les choses n'iraient pas si loin en Allemagne: en 1878, le Reichstag adopta à la demande expresse du chancelier la loi antisocialiste, qui interdisait toute action politique aux partis ouvriers. Bismarck était toutefois conscient qu'une interdiction ne suffirait pas à réconcilier les classes inférieures avec l'Etat. Les lois sur l'assurance sociale votées par la suite devaient permettre à ce dernier de démontrer qu'il se reconnaissait un devoir d'assistance envers la population, et notamment envers les travailleurs. Les prestations matérielles devaient garantir la loyauté politique envers le nouvel Etat d'une catégorie de population en pleine expansion.

Quatre catégories de personnes actives

L'une des créations essentielles du système allemand d'assurance sociale est la distinction entre plusieurs catégories de personnes actives. L'intention de Bismarck n'était pas de mettre en place une assurance sociale universelle, mais de répondre aux besoins de différents groupes de population active, et dans ce cas à ceux des ouvriers. Ainsi, à la veille de la Première Guerre mondiale, les citoyens allemands étaient divisés en quatre catégories de personnes actives: les ouvriers, les employés, qui avaient leurs propres assurances sociales, les fonctionnaires qui, après avoir quitté le service de l'Etat, bé-

néficiaient d'une retraite, et les indépendants, qui devaient assurer eux-mêmes leur prévoyance vieillesse. Aucune solidarité n'était prévue entre ces quatre catégories: pour l'Empire allemand, la population active était divisée en quatre catégories indépendantes, sans lien entre elles.

Même à l'intérieur de chaque assurance sociale, le principe de solidarité n'était appliqué que dans une très faible mesure. Le montant de la rente était et est toujours fonction du niveau de salaire et de la durée de cotisation. Le principe d'équivalence allemand est un principe d'équité: les personnes qui ont apporté une contribution plus importante ont ainsi acquis le droit à des prestations d'assurance plus élevées. Une redistribution en faveur des moins favorisés, des classes de revenu inférieures, n'est pas prévue.

Que reste-t-il des principes bismarckiens dans l'assurance sociale d'aujourd'hui? Deux choses. Premièrement, les gouvernements successifs de la République fédérale d'Allemagne ont appliqué et appliquent toujours – avec des intensités diverses – le principe qui veut que la loyauté politique s'achète par des prestations de prévoyance garanties par l'Etat. Tous les partis politiques se sentent dans l'obligation de satisfaire les attentes des citoyens et des citoyennes en matière de prévoyance matérielle, car ils ont peur de perdre leurs faveurs. Les sommes énormes dont l'est du pays a bénéficié après la réunification (1990) doivent être comprises elles aussi dans ce contexte: l'Allemagne réunie se montre généreuse afin de s'assurer la loyauté de ses nouveaux citoyens et citoyennes. Cette attitude qui consiste à associer la loyauté politique et les prestations de prévoyance garanties par l'Etat fait obstacle à un débat franc sur l'état actuel des assurances sociales. Deuxièmement, la fragmentation de la population active en plusieurs classes par l'Etat social a empêché la

solidarité universelle de se développer. On constate aujourd'hui encore que certains groupes spécifiques tentent de défendre et d'imposer leurs desiderata matériels sans aucun égard pour la situation d'autres groupes ou de l'ensemble. En conclusion, le modèle bismarckien d'assurance sociale a cimenté une mentalité qui empêche le développement d'une solidarité englobant l'ensemble de la population et met les partis politiques dans la quasi-impossibilité de présenter les problèmes actuels de manière réaliste. Cette mentalité est l'une des principales raisons pour lesquelles les nécessaires réformes de l'assurance sociale sont si difficiles à mener à bien en Allemagne.

Suisse

En Suisse, le système d'assurance sociale est né dans un contexte tout à fait différent. De même, ses principes fondamentaux sont moins homogènes que ceux du modèle allemand, comme le prouve l'histoire du système suisse de rentes. Celle-ci comprend en effet deux phases: la préparation et l'introduction de l'AVS (1919-1948) et l'adoption du système des trois piliers (1972). Les principes fondamentaux de l'AVS sont la subsidiarité et la solidarité.

Grâce à la subsidiarité et à la solidarité, l'AVS, avant d'être intégrée dans le système des trois piliers, appliquait à la lettre des normes constitutionnelles fondamentales. La structure strictement subsidiaire est l'une des marques distinctives du système étatique suisse: chaque échelon politique n'est chargé d'une tâche que s'il est manifestement mieux à même de l'exécuter que les échelons inférieurs. Par conséquent, les cantons s'acquittent uniquement des tâches que les communes ne sont pas en mesure d'accomplir, et le rôle de la Confédération consiste à effectuer ce que les cantons ne peuvent faire. C'est cette structure subsidiaire, en

renforçant les échelons politiques inférieurs par rapport aux institutions centrales, qui est parvenue à aplanir les différences internes et notamment à apaiser le conflit confessionnel.

Ainsi, dans sa déclaration de principe de 1919, le Conseil fédéral considérait que l'AVS qu'il projetait d'introduire avait un caractère subsidiaire dans la mesure où la norme voulait que la protection contre les pertes de gain soit du ressort de chaque individu. Pensant toutefois qu'une grande partie de la population active ne serait pas en mesure d'assurer elle-même sa protection sociale, le Conseil fédéral d'alors était d'avis que la Confédération (donc l'Etat national) devait l'épauler en créant l'AVS. Du fait de cette conception subsidiaire, l'AVS fut considérée dans un premier temps comme une protection de base. Simultanément, le Conseil fédéral pensait en 1919 déjà que cette protection de base était une nécessité politique, autrement dit qu'elle était indispensable à la préservation de la paix sociale, en conséquence de quoi il faisait appel à la solidarité des citoyens et des citoyennes plus favorisés. Ce principe de solidarité est une autre caractéristique de l'Etat suisse: les prestations contribuant à son indispensable cohésion doivent être fournies par l'ensemble de la population. A travers l'AVS, le Conseil fédéral est parvenu à créer un régime de protection de base universaliste supporté solidairement par tous les citoyens et toutes les citoyennes.

Il faut se replacer dans le contexte historique de l'époque, qui avait incité le Conseil fédéral à hâter les préparatifs de l'AVS: la grève générale de novembre 1918, déclenchée par la paupérisation de larges pans de la population, illustrait la méfiance des ouvriers et des petits employés envers un Etat fédéral qui ne se souciait apparemment pas assez de leurs besoins existentiels. Sans la Seconde Guerre mondiale et la menace qu'elle fit peser sur la Suisse, l'AVS n'aurait probablement pas vu le jour.

Cette menace extérieure engendra une solidarité intérieure et fit disparaître la méfiance de principe envers l'Etat fédéral.

Le système des trois piliers

En inscrivant le système des trois piliers dans sa constitution en 1972, la Suisse redéfinit ses principes de subsidiarité et de solidarité. Dans ce contexte, une nouvelle tâche fut attribuée à l'AVS: elle ne consiste plus désormais à assurer la protection de base de toute la population, mais à contribuer, dans le cadre du système des trois piliers, à garantir le maintien du niveau de vie antérieur à la fin de la vie active. Ainsi, l'AVS n'est plus une protection de base, mais une garantie du maintien du niveau de vie antérieur pour ceux qui ne disposent ni d'un deuxième ni d'un troisième pilier, autrement dit pour les classes de revenu inférieures. Le principe helvétique de subsidiarité est confirmé dans la mesure où les citoyens et les citoyennes doivent s'assurer eux-mêmes le niveau de vie souhaité et où l'Etat intervient à titre subsidiaire pour leur en garantir le maintien après leur vie active. L'Etat ne considère pas qu'il est de son devoir d'aider chacun à atteindre un niveau de vie élevé ou plus élevé. Le principe d'universalité est conservé dans la mesure où l'Etat suppose que tous souhaitent parvenir à un niveau de vie élevé par le fruit de leur travail. En revanche, contrairement à l'AVS dans sa conception précédente, le système des trois piliers n'insiste pas sur le principe de solidarité. Il table sur l'intérêt matériel de chacun et laisse de côté l'intérêt général incarné par l'Etat.

Le fait que l'Etat s'engage envers ses citoyens et ses citoyennes à garantir leur niveau de vie antérieur après la vie active pose un problème. Que se passerait-il s'il n'arrivait pas à s'en acquitter? Cette situation n'inciterait-elle pas la Suisse à en revenir à un principe de solidarité tel celui qu'elle a professé après la

Deuxième Guerre mondiale en approuvant l'AVS?

France

En France, le système d'assurance sociale ne fut mis en place que tardivement, à savoir après la Deuxième Guerre mondiale. Instaurée en 1946, la sécurité sociale tente de coordonner la multitude de couvertures sociales fournies par les entreprises, les associations professionnelles et les collectivités locales. Toutefois, le morcellement du système d'assurance sociale français subsiste jusqu'à aujourd'hui. Des principes homogènes y sont bien plus difficiles à discerner qu'en Suisse ou en Allemagne.

Cela étant, si l'on examine les différentes tentatives et initiatives françaises dans le domaine de la politique sociale, on constate que son objectif essentiel est la promotion du travail. Bien plus qu'en Suisse ou qu'en Allemagne, l'Etat se considère responsable de la création d'emplois. On le remarque dès la Révolution. La constitution de 1793 dit en effet ceci: «Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler.»

La place considérable accordée au travail rémunéré s'explique par le républicanisme français issu de la Révolution. C'est avant tout par le travail que les citoyens et les citoyennes s'intègrent dans la collectivité politique. C'est par le produit de leur travail qu'ils contribuent à la pérennité de la nation. En échange, celle-ci leur doit la sécurité matérielle en cas de besoin au même titre qu'elle doit leur donner l'occasion de s'engager par leur travail dans son intérêt. Le travail, fourni en quelque sorte pour garantir la survie de la nation, légitime l'octroi de prestations sociales en cas de besoin.

Les racines de cette conception du travail remontent loin dans le passé. A la fin du XVIII^e siècle, la bourgeoisie travailleuse déclarait la guerre à la noblesse oisive et lui contestait le droit d'appartenir à la nation parce qu'elle menait une existence parasite. On peut reculer plus encore dans l'histoire: par une politique économique appliquée systématiquement par Colbert, Louis XIV avait tenté de développer le commerce, l'industrie et les manufactures pour accroître la force économique de la France et, partant, renforcer sa position politique. Après la Révolution, cette promotion du travail fut assurée, d'une part, par une extension continue de l'administration et, de l'autre, par une politique publique de construction de grande envergure.

En France, les citoyens et les citoyennes attendent donc de l'Etat qu'il garantisse leur bien-être par la création d'emplois et, en raison de l'engagement qu'il a pris, lui laissent le soin de prendre la plupart des initiatives économiques.

Comparaison

En ce qui concerne la manière dont l'Etat s'acquitte de son devoir d'assistance envers les citoyens et les citoyennes par le biais du système d'assurance sociale, les attentes diffèrent considérablement. En Allemagne, l'Etat est considéré comme une entité omnipotente qui veille à l'égalité sociale en satisfaisant les besoins reconnus de groupes de population spécifiques. Mais comme chacun de ces groupes de population spécifiques dialogue directement avec l'Etat et qu'aucun lien de solidarité n'existe entre eux, les intérêts particuliers ont tendance à l'emporter sur l'intérêt général. Le système d'assurance sociale qui remonte à Bismarck est l'expression de ce particularisme. Tendancé vers l'égoïsme de groupe, auquel viennent s'ajouter une solidarité intérieure peu déve-

loppée et une propension des partis politiques à fidéliser leur clientèle par des prestations sociales, il s'oppose à de nécessaires efforts de réforme.

En France, l'Etat est considéré comme principal responsable de la création d'emplois. Etant donné que dans la conception républicaine de l'Etat, le travail rémunéré sert non seulement l'intérêt personnel, mais contribue directement au bien-être national, il incombe à l'Etat de créer les conditions qui permettent aux citoyens et aux citoyennes de s'engager en faveur du bien-être collectif par le biais du travail rémunéré. Or comme la population perçoit l'Etat comme largement responsable de la sphère économique, l'initiative privée y est superflue. Le lien direct entre les intérêts économiques et nationaux empêche l'initiative privée de se développer dans le secteur économique.

En Suisse, la situation est encore différente. L'économie est considérée comme une sphère prépolitique où l'Etat ne devrait pas intervenir. L'Etat se conçoit plutôt comme concourant à la satisfaction des intérêts des citoyens et les citoyennes, et cherche à préserver ces intérêts de manière subsidiaire. La question se pose cependant de savoir quelle sera la mesure de la propension à la solidarité si les réformes des assurances

sociales réclament que l'individu consente des sacrifices en faveur du bien-être collectif.

Stefan Kutzner, Dr. phil. habil., Département Travail social et politiques sociales de l'Université de Fribourg.
Mél : stefan.kutzner@unifr.ch

Bibliographie

- Alber, Jens (1987): *Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat: Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa*, Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Bergier, Jean-François (1983): *Die Wirtschaftsgeschichte der Schweiz: Von den Anfängen bis zur Gegenwart*, Zürich, Köln: Benziger.
- Bourquin, Irene (1977): «*Vie ouvrière*» und Sozialpolitik: Die Einführung der «*Retraites ouvrières*» in Frankreich um 1910, Bern, Frankfurt/Main, Las Vegas: Peter Lang.
- Fischer, Wolfram; van Houtte, Jan A.; Kellenbenz, Hermann; Mieck, Ilja; Vittinghoff, Friedrich (Hg.) (1980-1993): *Handbuch der europäischen Wirtschafts- und Sozialgeschichte*, 6 Bde., Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gautschi, Willi (19883): *Der Landesstreik 1918*, Zürich: Chronos.
- Im Hof, Ulrich; et al. (1986): *Geschichte der Schweiz und der Schweizer*, Basel, Frankfurt/Main: Helbing & Lichtenhahn.
- Kaelble, Hartmut (1991): *Nachbarn am Rhein: Entfremdung und Annäherung der französischen und deutschen Gesellschaft seit 1880*, München: C. H. Beck.
- Köhler, Peter A.; Zacher, Hans F. (1981): *Sozialversicherung: Pfade der Entwicklung*, in: Dies. (Hg.): *Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien*, Österreich und der Schweiz, Berlin: Duncker & Humblot, 9-41.

nien, Österreich und der Schweiz, Berlin: Duncker & Humblot, 9-41.

Kutzner, Stefan (1997): *Die Autonomisierung des Politischen im Verlauf der Französischen Revolution: Fallanalysen zur Konstituierung des Volkssouveräns*, Münster, Berlin, München, New York: Waxmann.

Kutzner, Stefan (2001): *Sozialstaat und Solidarität: Bismarcksche Sozialreform und deutscher Sonderweg*, in: Roland Becker, Andreas Franzmann, Sascha Liebermann, Axel Jansen (Hg.), *Eigeninteresse und Gemeinwohlbindung: Kulturspezifische Ausformungen in Deutschland und den USA*, Konstanz: Universitäts-Verlag, p. 155-171.

Kutzner, Stefan (2004): *Legitimation der Sozialstaatlichkeit: Theoretisches Modell und Fallanalysen zur Durchsetzung der staatlichen Alterssicherung in Deutschland, Frankreich und der Schweiz*, Frankfurt am Main: unveröffentlichte Habilitationsschrift.

Mager, Wolfgang (1980): *Frankreich vom Ancien Régime zur Moderne: Wirtschafts-, Gesellschafts- und politische Institutionengeschichte 1630-1830*, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.

Nipperdey, Thomas (19874): *Deutsche Geschichte 1800-1866: Bürgerwelt und starker Staat*, München: Beck.

Nipperdey, Thomas (19933): *Deutsche Geschichte 1866-1918, 2 Bde.*, München: Beck.

Ritter, Gerhard (1989): *Der Sozialstaat: Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich*, München: Oldenbourg.

Sieburg, Heinz-Otto (1995): *Geschichte Frankreichs (5., erw. Aufl.)*, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Swaan, Abram de (1993): *Der sorgende Staat: Wohlfahrt, Gesundheit und Bildung in Europa und den USA der Neuzeit*, Frankfurt, New York: Campus.

Personnes avant et après l'âge de la retraite au bénéficiaire d'une prévoyance liée (pilier 3a)

Quels rentiers et préretraités touchent des prestations de la prévoyance liée (pilier 3a) et qui verse des cotisations à ce titre avant l'âge de la retraite? Depuis 2002, l'Enquête suisse sur la population active (ESPA) comporte un nouveau module comprenant des questions relatives à la sécurité sociale. Ces données ont permis, dans le cadre d'un mandat de recherche de l'OFAS, de répondre à différentes questions afférentes à la situation des personnes autour de l'âge de la retraite.

de disposer du capital épargné sous forme de prestations de vieillesse au plus tôt cinq ans avant l'âge ordinaire de la retraite AVS. Dans certains cas exceptionnels, les fonds peuvent également être utilisés plus tôt, par exemple pour l'acquisition d'un logement, le lancement d'une activité indépendante ou un rachat dans une institution de prévoyance, ou encore en cas d'invalidité, de décès ou de départ définitif de la Suisse. Les prestations de vieillesse doivent être servies au plus tard à l'âge ordinaire de la retraite l'AVS. En principe, cette forme de prévoyance est réservée aux personnes exerçant une activité lucrative.

Dans le cadre du mandat de recherche, les questions relatives au 3^e pilier devaient permettre de décrire les personnes bénéficiant de prestations de la prévoyance liée ou alimentant une prévoyance de ce type au moyen de caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques et socioprofessionnelles. Il s'agissait en outre d'identifier des facteurs permettant d'expliquer l'affiliation à une telle forme de prévoyance. Les personnes pouvant en principe bénéficier de prestations sont les rentiers et les préretraités. *Les personnes pouvant verser des contributions au pilier 3a sont les actifs qui n'ont pas encore atteint l'âge ordinaire de la retraite et ne bénéficient d'aucune prestation de prévoyance.* Les résultats sont présentés séparément pour ces trois groupes.

S'agissant de l'âge des personnes interrogées, l'analyse se limite aux hommes et aux femmes qui sont au maximum à neuf ans de l'âge ordinaire de la retraite AVS ou qui l'ont dépassé de cinq ans au plus. L'échantillon est par conséquent constitué d'hommes entre 56 et 64 ans ou entre 65 et 70 ans, et de femmes en-



Jürg Guggisberg

Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS, Berne



Kilian Künzi

Aujourd'hui, force est de constater que l'on sait bien peu de choses des personnes qui disposent d'une prévoyance individuelle liée (pilier 3a), car jusqu'ici, la recherche n'a guère pu se pencher sérieusement sur le sujet en raison notamment de la rareté des données disponibles. Cette lacune peut maintenant être partiellement comblée grâce au module complémentaire de l'ESPA relatif aux questions de sécurité sociale.¹ Le présent texte a été rédigé dans le cadre d'une étude sur la situa-

tion des personnes avant et après l'âge de la retraite² menée par le bureau BASS sur mandat de l'OFAS. Il en expose les principaux résultats concernant le pilier 3a.

Situation initiale, problématique et données

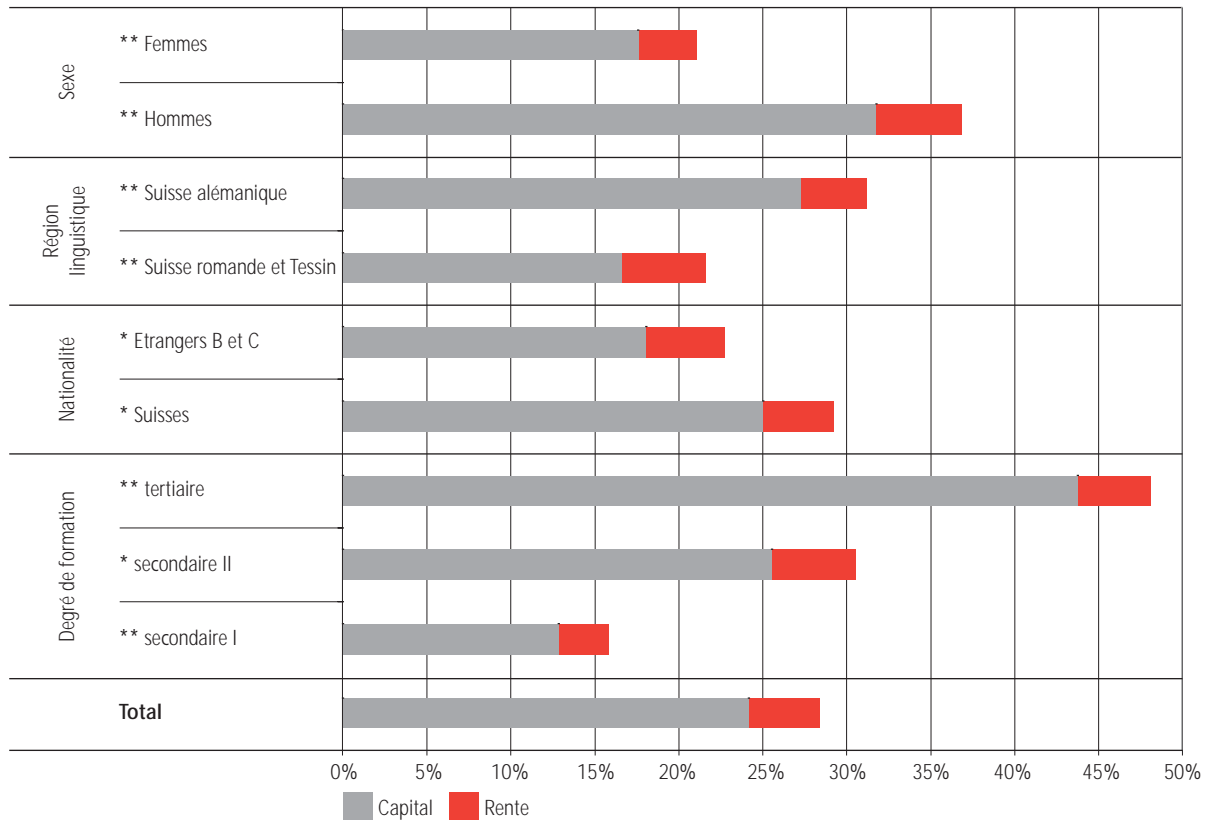
Alors que les 1^{er} et 2^e piliers sont collectifs et en grande partie obligatoires, dans la prévoyance individuelle facultative, en revanche, les prestations et le financement peuvent être définis par le futur bénéficiaire. Au sein du 3^e pilier, il convient de distinguer entre prévoyance liée (pilier 3a) et prévoyance libre (pilier 3b). La prévoyance liée est assortie d'avantages fiscaux et permet

¹ Etant donné que le module relatif à la sécurité sociale demande uniquement si la personne bénéficie de prestations du pilier 3a ou alimente une prévoyance de ce type, rien ne peut être affirmé quant aux montants perçus ou au volume global des cotisations versées.

² www.bsv.admin.ch/forschung/publikationen/13_05d_eBericht.pdf

Proportion de rentiers touchant ou ayant touché des prestations de la prévoyance liée classés en fonction de catégories sociodémographiques et forme du versement

1



Ensemble considéré : tous les rentiers n=2890

** Ecart significatif au niveau de signification = 1 %; * Ecart significatif au niveau de signification = 5 %

Source : OFAS ; ESPA 2002. Calculs BASS.

tre 55 et 62 ans ou entre 63 et 67 ans. Il compte au total 8206 cas valables.³

Rentiers au bénéfice de prestations de la prévoyance liée

L'échantillon des rentiers comprend toutes les personnes qui ont dépassé l'âge ordinaire de la retraite de cinq ans au moins et perçoivent sous une forme ou une autre des prestations d'au moins un des trois piliers du système de prévoyance vieillesse⁴ (n=2890). La proportion de rentiers bénéficiant ou ayant déjà bénéficié de prestations du pilier 3a se monte à 28 %. Seule une petite minorité de ces personnes touche les fonds épargnés sous la forme d'une

rente (15 %), la grande majorité des touchant sous la forme d'un versement unique en capital.

L'illustration 1 montre que parmi les bénéficiaires de prestations du pilier 3a, les hommes (37 %), les Suisses et les Suissesses (29 %), les Alémaniques (31 %) et les personnes ayant une formation de degré secondaire II (31 %) ou tertiaire (48 %) sont nettement surreprésentés.

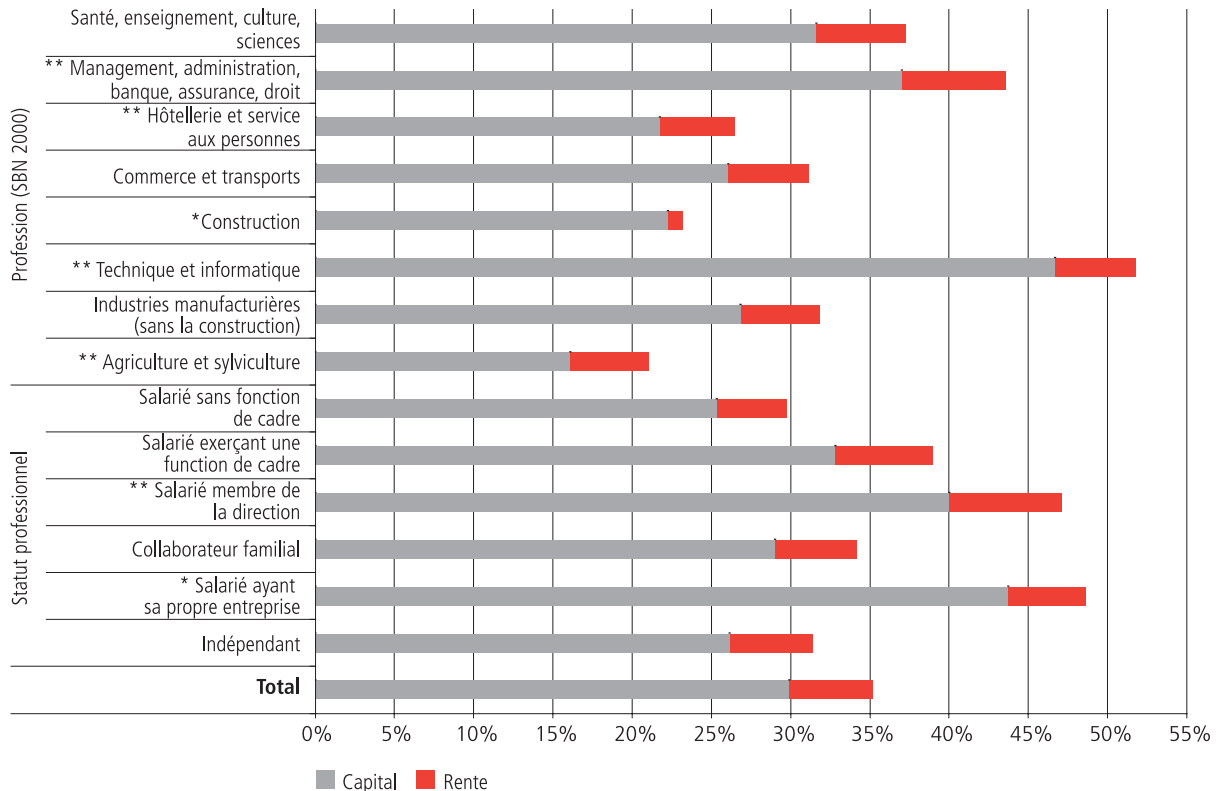
Outre les caractéristiques socio-démographiques, les auteurs se sont également intéressés à de possibles rapports entre le statut professionnel ou l'appartenance à une profession ou un secteur d'activité et la probabilité de bénéficier de prestations de la prévoyance liée à l'âge de la retraite.

Au total, la proportion des rentiers autrefois actifs qui ont donné des indications relatives à leur ancienne profession et à leur situation professionnelle se monte à 35 %.

L'illustration 2 montre que les rentiers issus du secteur «Technique et informatique» présentent la probabilité la plus élevée de faire partie des bénéficiaires de prestations du pilier 3a (52 %). Les rentiers issus du groupe «Management, administration, banque, assurance, droit» sont également surreprésentés parmi les bénéficiaires de telles prestations (43 %). La proportion de bénéficiaires est en revanche significativement plus faible chez les rentiers des groupes «Hôtellerie et services aux personnes» (26 %), «Construc-

Proportion de rentiers touchant ou ayant touché des prestations de la prévoyance liée classés en fonction de la profession / du secteur d'activité et du statut professionnel, et forme du versement

2



Ensemble considéré : rentiers autrefois actifs n (valable)=1977

** Ecart significatif au niveau de signification = 1%; * Ecart significatif au niveau de signification = 5 %

NSP = Nomenclature suisse des professions 2000

Source : OFAS ; ESPA 2002. Calculs BASS

3 Il a été tenu compte de l'augmentation progressive de l'âge légal de la retraite imposée par la 10^e révision de l'AVS.

4 AVS, prévoyance professionnelle et/ou prévoyance liée.

5 On a utilisé ici la méthode de la régression logistique multivariée. Dans cette approche empirique, on attribue à la variable explicative la valeur 0 pour les rentiers ne bénéficiant pas de prestations de la prévoyance liée et la valeur 1 pour les rentiers bénéficiant de telles prestations.

La spécification du modèle s'est déroulée en deux étapes. Dans un premier temps, il s'est agi d'intégrer les facteurs d'influence issus des catégories sociodémographiques et socioprofessionnelles disponibles dans un modèle initial et d'évaluer leur influence. Dans un second temps, le modèle initial a été progressivement optimisé par l'abandon des facteurs d'influence non significatifs. Le modèle de départ comprenait les variables suivantes : sexe (constant), état civil, type de ménage, région linguistique, nationalité, degré de formation, statut professionnel. Il a toutefois fallu renoncer à prendre en compte des variables socioéconomiques (revenu du ménage et de la fortune) en raison de problèmes d'endogénéité. Pseudo-R2 de Nagelkerke = 13 % (modèle final).

tion» (23 %) et «Agriculture et sylviculture» (21 %).

S'agissant du statut professionnel, la proportion de bénéficiaires de prestations de la prévoyance liée est supérieure à la moyenne chez les anciens salariés ayant leur propre entreprise (49 %) et les salariés membres de la direction (47 %), tandis qu'elle est inférieure à la moyenne chez les salariés sans fonction de cadre (29 %).

Dans une deuxième étape, l'analyse a consisté à considérer des combinaisons de facteurs pouvant expliquer qu'une personne touche des prestations du pilier 3a. Il s'agissait de savoir si et dans quelle mesure des caractéristiques sociodémographiques et socio-professionnelles combinées contribuent au fait que des rentiers autrefois

actifs touchent ou ne touchent pas de telles prestations. L'analyse économétrique montre en particulier que sur ce point, une influence décisive doit être attribuée au degré de formation. Les chances de bénéficier d'une prévoyance liée triplent pour des rentiers pouvant se prévaloir d'un degré de formation tertiaire par rapport à des rentiers affichant un degré de formation secondaire I. Outre l'influence de la formation, on observe également que les chances des rentiers au bénéfice de prestations du 2^e pilier sont presque deux fois et demi supérieures à celles des rentiers sans 2^e pilier. La probabilité d'un effet accru pour les anciens salariés membres de la direction et pour les Alémaniques est nettement plus faible, mais néanmoins significative.⁵

Préretraités au bénéfice de prestations de la prévoyance liée

On entend par préretraités les personnes qui, lors de l'enquête, ont indiqué qu'elles avaient été mises en préretraite ou avaient fait le choix d'une retraite anticipée, et qu'elles touchaient des prestations de la prévoyance professionnelle et/ou de la prévoyance liée, indépendamment du fait qu'elles exercent encore ou non une activité lucrative en parallèle (n=757). La proportion de préretraités dans le segment d'âges considéré est de 26 %. On relève des différences importantes selon le sexe. Chez les hommes, le taux de préretraités est de 31 %, tandis qu'il est à peine de 18 % chez les femmes.

Force est de constater que l'analyse économétrique ne permet guère de savoir ce qui détermine chez les préretraités le fait de bénéficier de prestations de la prévoyance liée. La valeur explicative du modèle est très basse. Cela laisse supposer que la prévoyance liée ne joue pas un rôle décisif dans la décision de la retraite anticipée. Au total, on repère trois facteurs significatifs:

- *l'âge*: plus les préretraités sont proches de l'âge ordinaire de la retraite AVS et plus forte est la probabilité qu'ils bénéficient de prestations du 3^e pilier;
- *le ou la partenaire*: les chances que les préretraités dont le ou la partenaire n'exerce pas d'activité lucrative bénéficient de prestations de la prévoyance liée doublent par rapport aux autres;
- *le 2^e pilier*: les préretraités qui ont opéré un retrait anticipé de capital du 2^e pilier ont plus de chances de bénéficier également de prestations de la prévoyance liée.

Qui alimente un 3^e pilier?

On a demandé aux personnes actives qui se trouvaient au plus à neuf ans de l'âge ordinaire de la retraite

et ne touchaient pas de prestations du 3^e pilier si elles versaient des contributions au pilier 3a. Sur les 3445 personnes⁶ ayant fourni une réponse valable, 56 % ont répondu par l'affirmative.⁷ Ces personnes ont été étudiées de plus près et comparées avec celles qui n'effectuent pas de versements réguliers sur un pilier 3a. En conditions multivariées, les facteurs suivants exercent une influence significative sur la probabilité de versements à cette forme de prévoyance:

- *Age*: plus les actifs du segment d'âges étudié sont proches de l'âge ordinaire de la retraite et plus la probabilité qu'ils alimentent régulièrement un pilier 3a est faible. Il devrait s'agir ici au moins en partie d'un effet de cohorte.
- *Nationalité*: lorsque tous les autres facteurs sont contrôlés, les Suissesses et les Suisses versent plus souvent des contributions régulières au pilier 3a que les étrangers. Les chances augmentent de 50 %.
- *Région linguistique*: les chances pour des habitants de la Suisse romande et du Tessin d'alimenter un pilier 3a sont inférieures de 30 % à celles des Alémaniques.
- *Niveau de formation*: la probabilité de versements au pilier 3a est 1,4 fois supérieure pour des actifs au bénéfice d'une formation de degré secondaire II ou tertiaire que pour des actifs dont la formation est de degré secondaire I.
- *Revenu*: plus le revenu du ménage est élevé, plus il y a de chances que des contributions soient versées à la prévoyance liée. Par rapport aux revenus les plus bas, inférieurs à 75 000 francs, ces chances s'élèvent de 1,5 fois à 2,5 fois selon la classe de revenu. On observe un effet similaire pour les personnes dont le revenu de la fortune annuel dépasse 1000 francs.
- *Statut professionnel*: par rapport à des salariés sans fonction de cadre, la probabilité d'alimenter un pilier 3a s'élève de 80 % pour des salariés membres de la direction et

de 35 % pour des salariés exerçant une fonction de cadre.

- *Statut de retraité*: les chances que des préretraités exerçant encore une activité lucrative alimentent un pilier 3a diminuent de 40 % par rapport aux actifs qui ne sont pas en préretraite. Des analyses complémentaires ont permis de constater que plus de la moitié des préretraités actifs connaissent une détérioration de leur situation financière après leur départ à la retraite. Le bas taux de personnes cotisant au pilier 3a parmi les préretraités pourrait être une conséquence de cette situation.

L'illustration 3 présente les résultats de l'analyse économétrique.

Comparaison de ces résultats avec ceux d'autres études

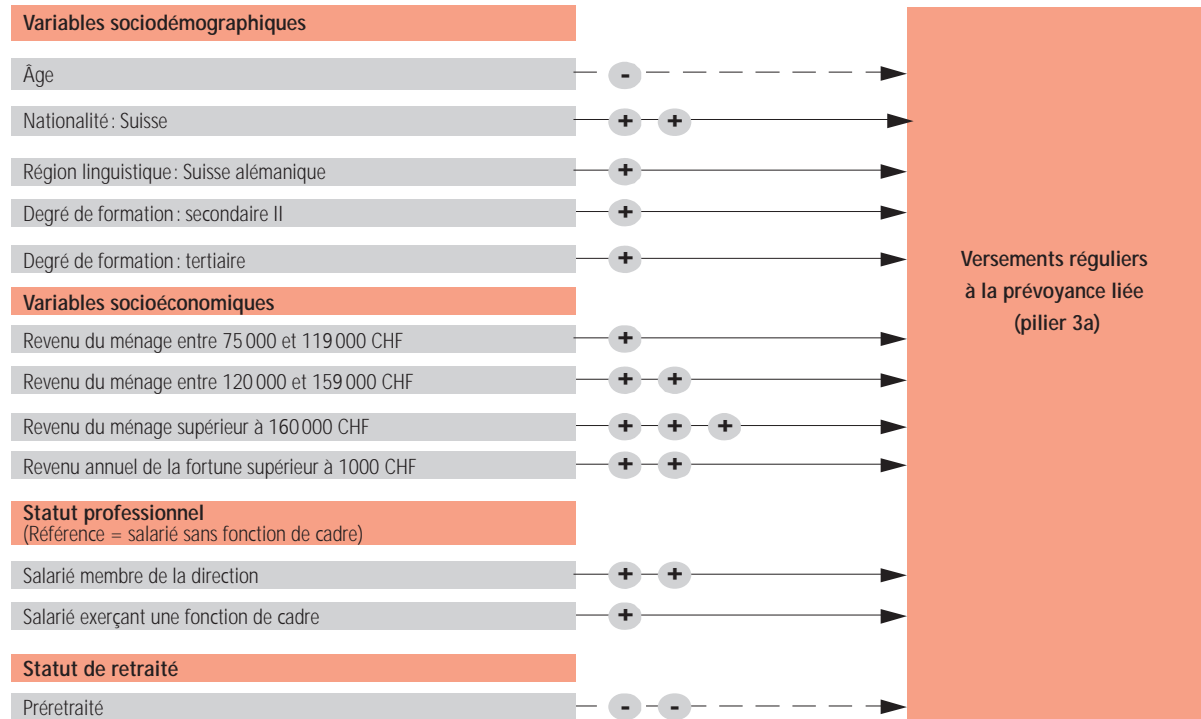
En introduction au présent article, nous avons déjà mentionné le fait qu'en raison de la rareté des données disponibles, il n'est guère possible de fournir des informations précises concernant les personnes qui ont une prévoyance liée. Stamm/Lamprecht (2003) ont tenté de générer de telles informations au moyen de données de l'Enquête sur les revenus et la consommation (ERC 1998). Ces données comprennent des indications relatives aux ménages consentant des dépenses dans le domaine du 3^e pilier. Mais les revenus du 3^e pilier sont exclusivement consignés lorsque les fonds du 3^e pilier sont versés sous forme de rente, ce qui, comme nous l'avons également constaté, reste l'exception. C'est pourquoi les revenus de la fortune qui devraient au moins en partie résulter de l'épargne volontaire ou de capitaux versés sont éga-

⁶ Ce qui correspond en projection à 436 670 personnes.

⁷ A des fins de comparaison, le même taux a été calculé pour trois groupes d'âges à partir de 20 ans. Résultat: 38,4 % des 20 à 29 ans, 56 % des 30 à 39 ans et 61 % des 40 à 54 ans cotisent au 3^e pilier.

Principaux facteurs influençant chez les actifs proches de l'âge légal de la retraite le versement de cotisations régulières à la prévoyance liée (pilier 3a)

3



Autres variables non significatives incluses dans le modèle : sexe, état civil, ménage dont les partenaires exercent/n'exercent pas une activité lucrative, statut professionnel : indépendant, salarié ayant sa propre entreprise, collaborateur familial

- +
 -
- Le facteur accroît la probabilité de versements réguliers à la prévoyance liée (pilier 3a). Plus il y a de signes « plus », plus l'effet est important (rapport des cotes).
- Le facteur réduit la probabilité de versements réguliers à la prévoyance liée (pilier 3a). Plus il y a de signes « moins », plus l'effet est négligeable (rapport des cotes).

Ensemble considéré : personnes exerçant une activité lucrative avant l'âge de la retraite et ne touchant pas de prestations du 3^e pilier ; n (valable)=2807

Variable dépendante : versement régulier au pilier 3a=1, sinon 0

Pseudo-R2 de Nagelkerke : 14,5 %

Source : OFAS ; ESPA 2002. Calculs BASS

lement pris en compte au titre du 3^e pilier. Les auteurs signalent que les indications relatives aux piliers 3a et 3b ne sont que partiellement fiables dans la mesure où la majorité des ménages interrogés ne connaissaient apparemment pas la différence entre les deux formes de prévoyance et se trompaient parfois. Ils contournent le problème en n'opérant pas de distinction entre pilier 3a et pilier 3b. Il paraît dès lors difficile de comparer les chiffres de l'ESPA et ceux de l'ERC. Par ailleurs, on ne saurait exclure que les résultats de

l'ESPA comprennent à tort des indications relatives au pilier 3b, puisqu'une partie des personnes interrogées ne connaissaient pas la différence entre le pilier 3a et le pilier 3b. L'analyse de Balthasar et al. (2003) ne propose quant à elle que de rares indications relatives à l'importance du 3^e pilier. Elle se contente de faire état de la proportion de personnes avant et après l'âge de la retraite qui disposent d'un pilier 3a et ne fait pas la distinction entre contributeurs et bénéficiaires. Par ailleurs, les pourcentages mentionnés se réfèrent au

panel complet, c'est-à-dire à la fois aux personnes exerçant autrefois une activité lucrative et à celles qui n'en exerçaient pas. Cette analyse donne une proportion de personnes disposant d'un pilier 3a de 21 %.

Bibliographie

Balthasar Andreas, Oliver Bieri, Peter Grau, Kilian Künzi et Jürg Guggisberg (2003) : Le passage à la retraite : trajectoires, facteurs d'influence et conséquences, Office fédéral des assurances sociales (éd.), Aspects de la sécurité sociale, 2/03, Berne

Stamm Hans-Peter et Markus Lamprecht (2003) : La prévoyance vieillesse suisse à la lumière de l'Enquête sur les revenus et la consommation 1998, Office fédéral de la statistique (éd.), Neuchâtel.

L'étude détaillée est disponible sur Internet : www.bsv.admin.ch/forschung/publikationen/13_05d_eBericht.pdf

Jürg Guggisberg, licencié ès sciences sociales, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS, Berne.
Mél : juerg.guggisberg@buerobass.ch

Kilian Künzi, licencié ès lettres, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS, Berne.
Mél : kilian.kuenzi@buerobass.ch

Faites relier vos cahiers de la «Sécurité sociale»!

L'Atelier du livre, à Berne, s'est engagé à relier la CHSS à des conditions avantageuses :
reliure en toile rouge, titre dorsal en caractères noirs. Prix (TVA, frais d'emballage et de port non compris) :

- | | | | |
|---|------------------|---|------------------|
| • Volume (double) 2004/2005
inclus travail de reliure | 28 fr. 80 | • Volumes années antérieures
(simple ou double) par volume relié | 30 fr. 40 |
| • Volume (simple) 2004, 2005
inclus travail de reliure | 26 fr. 80 | • Couverture sans reliure
(simple ou double) | 16 fr. 30 |

La série au complet des années désirées doit être adressée à l'Atelier du livre jusqu'à la fin février 2005.

Commandez à l'aide d'une copie de ce talon.



Vous recevez les cahiers des années suivantes

Années antérieures 2004 2005

Je désire

Reliure volume double pour les années Reliure volume simple pour les années

Je commande

Couverture pour les années

Adresse

Nom/Prénom

Rue

NPA/Lieu

Date/Signature

A adresser à : Schumacher SA, Atelier du livre, Dorngasse 12, 3007 Berne, téléphone 031 371 44 44

Caisses de pension en découvert : principaux résultats de l'enquête de l'OFAS 2005

Depuis l'année 2002, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) effectue une enquête sur la situation financière des caisses de pension suisses. Il y a été poussé, entre autres, par l'évolution défavorable des marchés financiers en 2002, qui a provoqué une augmentation marquée du pourcentage de caisses en découvert. La situation s'est nettement améliorée en 2003. L'enquête réalisée en 2005 (sur la base de l'exercice 2004) montre que cette amélioration s'est poursuivie.

de l'année suivante. L'enquête vise à recueillir, d'une part, les données détaillées des caisses en découvert et, d'autre part, les données de base de toutes les caisses soumises à la surveillance.

Evolution générale de la statistique des caisses de pension

La statistique des caisses de pension de l'OFS – principale source des données en la matière – en est actuellement à un stade de transition. Dans le cadre de la première étape, un relevé annuel a été introduit en

Comparaison de l'enquête avec d'autres études

AWP Complementa et Swisscanto effectuent des enquêtes similaires auprès des instituts privés. Ces études fournissent des résultats complémentaires très intéressants, mais elles reposent sur une base volontaire. L'expérience a montré que ce sont surtout les grandes caisses (somme du bilan égale ou supérieure à 500 millions de francs) qui participent, mais que les petites sont moins bien représentées. Ce n'est pas le cas dans l'enquête de l'OFAS, qui relève auprès des autorités de surveillance les données de toutes les caisses et qui, par conséquent, donne un tableau complet des institutions de prévoyance. Du fait en outre de la collaboration avec les autorités de surveillance cantonales, l'instrument est indispensable pour suivre l'évolution financière de la prévoyance professionnelle.



Joseph Steiger
Domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS

En vertu de l'art. 44c OPP 2, l'OFAS examine chaque année, sur la base des données des autorités de surveillance, la situation financière des institutions de prévoyance et fait rapport au Conseil fédéral. Ce rapport, qui doit être rendu en décembre, se base notamment sur l'enquête annuelle effectuée auprès des autorités de surveillance et portant sur les caisses en découvert, enquête qui a lieu chaque année depuis 2002 (exercice 2001) et dont le but est de fournir des données représentatives sur la couverture des caisses de pension.

Si cette enquête peut avoir lieu, c'est parce que les institutions de prévoyance sont tenues de communiquer à l'autorité de surveillance l'existence éventuelle d'une lacune de couverture et les mesures qu'elles



Hans Nussbaum
Centre de compétences Questions fondamentales, OFAS

prennent pour la combler. En principe, les autorités de surveillance sont ainsi au courant de tous les cas de découvert dans le secteur qu'elles surveillent. Toutes les autorités de surveillance cantonales de la prévoyance professionnelle et la surveillance directe de la Confédération participent à l'enquête.

Déroulement de l'enquête

Les données des caisses en découvert sont communiquées à l'OFAS par les autorités de surveillance avant le 30 septembre de l'année considérée. A cette date, il manque encore environ 15% des chiffres; ceux qui parviennent à l'office ultérieurement sont intégrés à un relevé complémentaire effectué en janvier

Résultats (données disponibles au 31 décembre 2004)

1

Nombre et pourcentage d'institutions de prévoyance (=IP) en découvert, selon la forme juridique

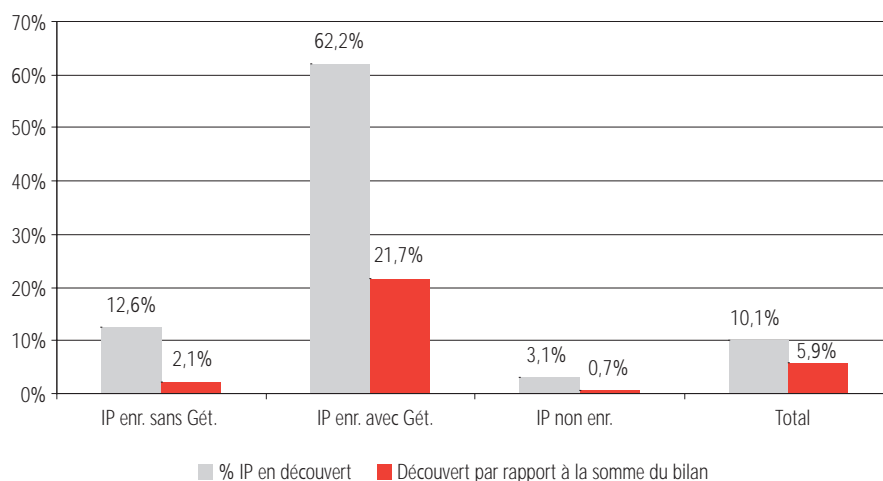
Institutions de prévoyance, sans les institutions collectives

	Forme juridique	IP en découvert	Nombre d'IP soumises à l'enquête	% d'IP en découvert	Découvert en millions de francs
Enregistrées	IP sans les institutions de droit public avec garantie étatique	261	2,079	12,6 %	6,927
	Institutions de droit public avec garantie étatique	51	82	62,2 %	18,774
	Total IP enregistrées	312	2,161	14,4 %	25,701
Non enregistrées	IP sans les institutions de droit public avec garantie étatique	40	1,342	3,0 %	111
	Institutions de droit public avec garantie étatique	1	2	50,0 %	1
	Total IP non enregistrées	41	1,344	3,1 %	112
Total IP		353	3,505	10,1 %	25,813

2005 pour les grandes catégories de caisses; il se concentre sur le bilan, les comptes annuels et les prestations. La deuxième étape débutera en 2006: en plus de l'enquête annuelle, le relevé portera aussi, tous les cinq ans, sur le règlement et sur les bénéficiaires. Par ailleurs, l'actualité des données disponibles a été encore améliorée. L'OFS a en effet ajouté à l'enquête 2005 un sondage auprès de certaines caisses, un projet pilote qui devrait permettre de présenter les premiers résultats quelques mois plus tôt. Si cet instrument s'avérait suffisamment fiable et performant, il pourrait devenir l'indicateur le plus important pour évaluer la situation financière du 2^e pilier le plus rapidement possible

Pourcentage d'institutions de prévoyance en découvert et découvert par rapport à la somme du bilan, selon la forme juridique (IP: institution de prévoyance, Gét.: garantie étatique)

2



après la communication des chiffres par les institutions de prévoyance. Pour le moment, l'enquête de l'OFAS auprès des autorités de surveillance reste toutefois indispensable et elle sera reconduite en 2006.

10,1 % des institutions de prévoyance ayant communiqué leurs comptes annuels avant le 30 septembre 2005 étaient en découvert au 31 décembre 2004. Si l'on ne considère que les institutions de prévoyance enregistrées, sans les institutions de droit public avec garantie étatique, ce pourcentage s'élève à 12,6 %.

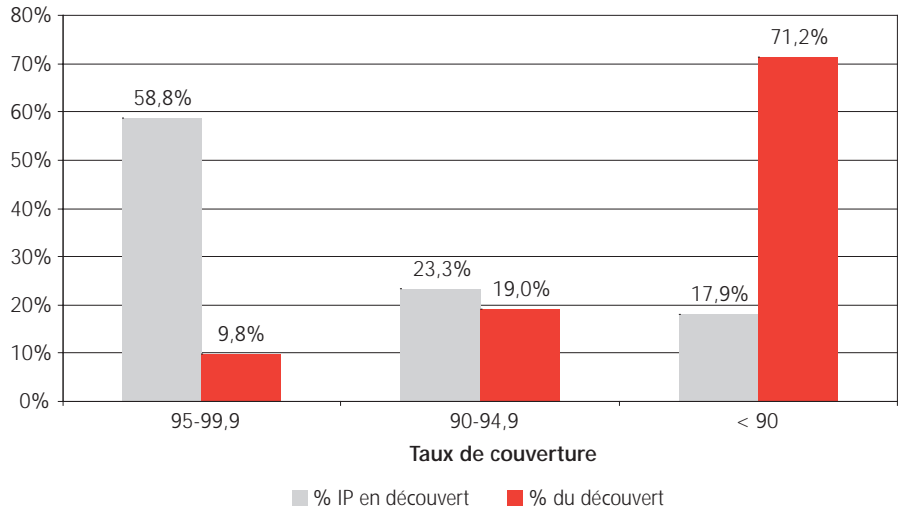
Selon l'art. 45, al. 1 OPP 2, l'institution de prévoyance d'une collectivité de droit public peut, avec l'approbation de l'autorité de surveillance, déroger au principe du bilan en caisse fermée lorsque la Confédération, un canton ou une commune garantit le paiement des prestations dues en vertu de la LPP. Pour une telle institution de prévoyance, les prestations sont considérées comme garanties même quand il existe un découvert. 62,2 % des institutions de prévoyance enregistrées de droit public avec garantie étatique sont en découvert.

Ce découvert atteint 25,8 milliards de francs au total, ce qui correspond à 16,9 % de la somme du bilan des caisses en découvert ou à 5,9 % de la somme du bilan des caisses soumises à la surveillance. Ce sont les institutions de droit public avec garantie étatique qui pèsent le plus lourd à ce niveau, ce qui n'est pas surprenant vu la particularité de leur financement.

La situation la plus préoccupante est celle des institutions de prévoyance qui ne bénéficient d'aucune garantie étatique et qui présentent un découvert important. On parle de découvert important quand l'insuffisance de couverture est supérieure à 10 % (voir à ce propos les directives du 27 octobre 2004 concernant des mesures destinées à résorber les découverts dans la prévoyance professionnelle, ch. 226, al. 2). 54 insti-

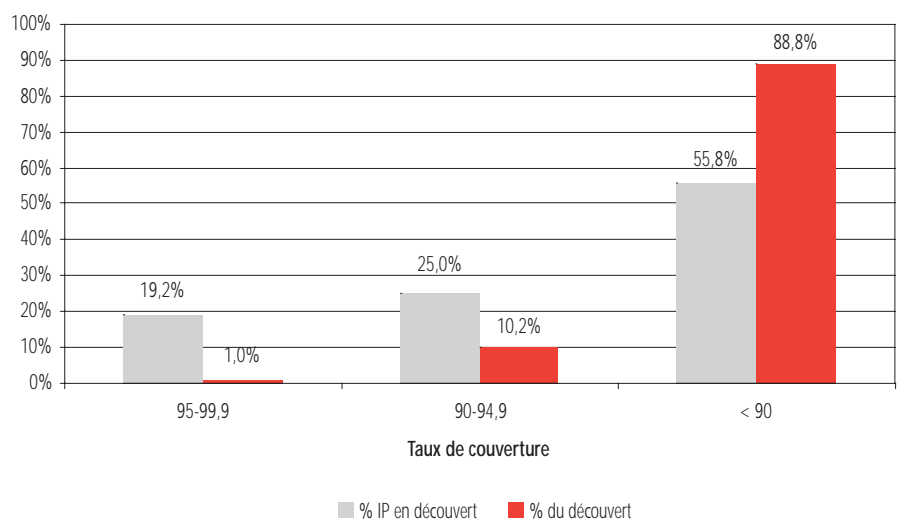
Distribution des IP sans garantie étatique en découvert (301 caisses) et distribution du découvert (7038 millions)

3



Distribution des IP avec garantie étatique en découvert (52 caisses) et distribution du découvert (18 775 millions)

4



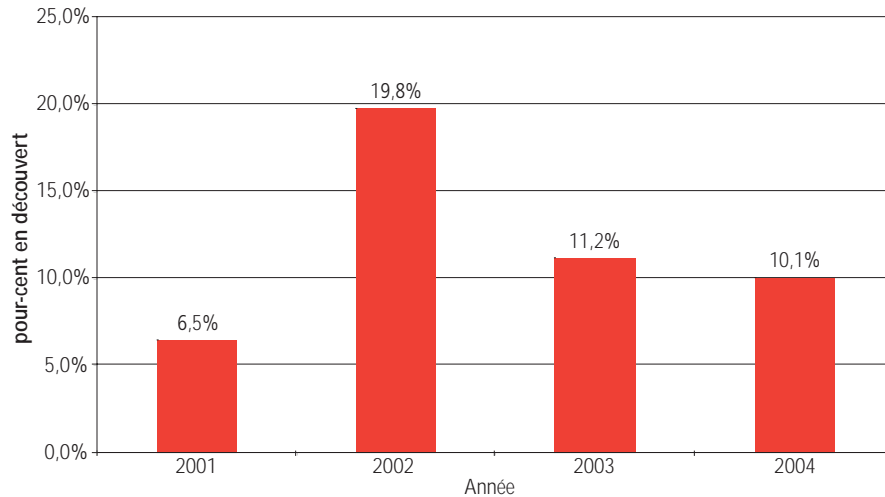
tutions de prévoyance sans garantie étatique présentent un taux de couverture inférieur à 90 % et doivent donc être assainies. Elles comptent 136 355 assurés actifs et 50 271 rentiers. Leur découvert s'élève à 5 milliards de francs au total.

Sur les 52 institutions de prévoyance avec garantie étatique qui sont en découvert, 29 ont un taux de couverture inférieur à 90 %. Elles comptent 213 163 assurés actifs et

88 887 rentiers. Les fonds manquants s'élèvent au total à 16,7 milliards de francs.

Le diagramme montre que la situation s'est notablement aggravée fin 2002, puis s'est améliorée les deux années suivantes. Du fait de l'évolution positive des marchés financiers, la situation financière des institutions de prévoyance devrait continuer à se détendre en 2005.

Pourcentage de caisses en découvert (2001 à 2004)



Résumé

La situation financière des institutions de prévoyance s'est améliorée en 2004 grâce à l'évolution positive

des marchés financiers, même si cette amélioration n'était pas aussi nette qu'en 2003. Bien que les conséquences des mauvaises années boursières soient encore perceptibles,

5

l'évolution réjouissante des marchés en 2005 devrait continuer à détendre la situation des institutions de prévoyance. Il ne faut toutefois pas oublier que les réserves de fluctuation des caisses qui étaient en découvert les années précédentes sont certainement insuffisantes. Fin 2004, la situation restait problématique surtout pour les 54 caisses qui ne disposent pas d'une garantie étatique et qui présentaient un taux de couverture inférieur à 90 %.

Joseph Steiger, lic. phil. I, diplôme fédéral d'expert en finance et investissements, secteur Financement et développement PP, domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS.
Mél: joseph.steiger@bsv.admin.ch

Hans Nussbaum, math. dipl. secteur Statistique, centre de compétences Questions fondamentales, OFAS.
Mél: Hans.Nussbaum@bsv.admin.ch

Travail des seniors : bien placer les incitations en matière d'assurances sociales

Le Conseil fédéral a adopté un train de mesures en faveur des travailleurs âgés le 9 décembre 2005. Son but est de freiner la tendance à la retraite anticipée en créant des incitations fondées sur le droit des assurances sociales. Il s'agit de motiver les seniors à renouer avec l'idée de travailler jusqu'à l'âge légal de la retraite, voir au-delà. Dans ce but, la réduction du taux d'occupation ou le changement de fonction quelques années avant la retraite perdraient leur effet préjudiciable sur le montant de la rente et le fait de différer le départ à la retraite aurait une incidence financière positive sur la rente. Le train de mesures vise de manière générale à améliorer les chances des travailleurs âgés sur le marché de l'emploi et à adapter les conditions de travail à l'évolution de leurs besoins. (Voir à ce propos le dossier de «Sécurité sociale» 6/05 intitulé «Travailler après 50 ans».)

Helena Kottmann

Domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS

L'évolution démographique se traduira vraisemblablement dès 2017 par le passage à la retraite d'un très grand nombre de personnes avec pour conséquence la première baisse en Suisse de l'effectif des personnes actives. Le niveau de prospérité ne peut cependant être maintenu que si l'évolution économique reste positive: cela suppose qu'il n'y ait pas de diminution du taux d'activité global. En comparaison européenne, la Suisse se distingue aujourd'hui par une forte participation au marché du travail, tout particulièrement des travailleurs âgés, bien que le taux d'activité de ces derniers baisse sensiblement une fois le seuil de 60 ans atteint, qu'ils soient en retraite anti-

cipée ou qu'ils aient perdu leur emploi. Il s'agit de stopper ce retrait prématuré de la vie active et de motiver les seniors à continuer à travailler au moins jusqu'à l'âge de la retraite. Malgré la menace à moyen terme de baisse du taux d'activité, cette option semble opportune vu la hausse de l'espérance de vie¹ et l'amélioration de l'état de santé des rentiers. Le train de mesures lancé par la Confédération s'adresse à chaque senior en particulier, l'incitant à rester en emploi. Ces mesures visent aussi à adapter les conditions de travail à l'évolution des besoins des travailleurs âgés et à améliorer leurs chances sur le marché du travail. Le présent article apporte un éclairage sur les mesures examinées par le Conseil fédéral, qui relèvent du droit des assurances sociales.

¹ En 1970, l'espérance de vie des rentiers dans les pays de l'OCDE était de 11 ans en moyenne.

1. Encouragement de la participation au marché du travail jusqu'à l'âge légal de la retraite

- Aménagement du temps de travail: de la souplesse pour les travailleurs âgés

Lorsque le vieillissement se traduit par une baisse des performances physiques, l'organisation actuelle du travail ne correspond souvent plus aux possibilités des travailleurs concernés. En principe, une réduction du taux d'activité ou un changement de fonction en fin de carrière se traduisent par une perte de salaire et, en particulier dans le 2^e pilier (les bonifications de vieillesse sont plus élevées en pourcentage, mais calculées à partir d'un salaire plus bas), par une baisse de la rente. Il convient, pour tenir mieux compte des possibilités des travailleurs âgés:

- d'introduire, dans le domaine obligatoire du 2^e pilier, la même flexibilité, s'agissant de l'anticipation et du report de la rente de vieillesse, que dans le 1^{er} pilier (nouvelle version de la 11^e révision de l'AVS) de sorte que la marge de manœuvre existante puisse réellement être utilisée;
- de veiller à ce que les institutions de prévoyance puissent permettre aux assurés âgés qui réduisent leur taux d'activité ou changent de fonction de continuer à assurer le salaire antérieur dans le 2^e pilier. Aux institutions de prévoyance de choisir si elles veulent prévoir à cet effet un financement paritaire (employeur/employé) ou un financement assumé uniquement par l'employé.

- **Liberté de choix entre la prestation de vieillesse et le libre passage**

La règle veut aujourd'hui qu'à l'achèvement d'un rapport de travail, il ne soit pas toujours possible de choisir entre le libre passage et la prestation de vieillesse si l'intéressé a déjà dépassé l'âge à partir duquel il est possible de prendre une retraite anticipée : cette restriction porte préjudice aux travailleurs âgés. De tels règlements étaient autorisés jusqu'ici, mais assez humiliants pour les personnes désireuses de continuer à valoriser leur force de travail et aptes à le faire. Ils s'inscrivent d'ailleurs en faux contre l'objectif du maintien en emploi d'un nombre aussi élevé que possible de travailleurs âgés. C'est pourquoi il doit désormais être interdit de prévoir de telles dispositions réglementaires, qui reviennent en fait à contraindre les intéressés à une retraite anticipée.

2. Incitations à continuer à travailler après l'âge légal de la retraite

Les institutions ne promeuvent pas actuellement la poursuite d'une activité lucrative au-delà de 65 ans. Dans les services publics, la majorité des cantons et la Confédération prévoient la dissolution du rapport de travail sans résiliation lorsque l'intéressé atteint un âge donné. Quant aux cotisations au 1^{er} pilier, ce sont de pures contributions de solidarité des personnes de plus de 65 ans, dans la mesure où le montant du revenu acquis n'est pas exonéré de cotisation à l'AVS parce que tombant sous le coup de la franchise. Dans le domaine obligatoire des 2^e et 3^e piliers, il est exclu de poursuivre la constitution d'un capital-vieillesse. Or, l'exercice d'une activité lucrative a des incidences positives tant sur les assurances sociales (par exemple financement de l'AVS) que sur l'économie (croissance économique) et les assurés (rentes plus

élevées, estime de soi, entre autres). Il faut donc promouvoir le maintien de l'activité par les mesures suivantes :

- **Soumission des rentiers actifs à l'obligation ordinaire de cotiser et droit à une rente AVS à part pour ces cotisations**

La suppression de la franchise de cotisations dont bénéficiaient les rentiers actifs est une des propositions de la nouvelle mouture de la 11^e révision de l'AVS. Ce texte prévoit que désormais les recettes supplémentaires résultant de ces cotisations déboucheront sur des améliorations de rente réservées aux assurés qui présentent des lacunes de cotisations ou ne touchent pas de rente AVS complète. Le train de mesures en faveur des travailleurs âgés va encore plus loin que cela : tous les rentiers qui exercent une activité lucrative doivent bénéficier d'une rente à part fondée sur les cotisations versées après 65 ans.

- **Avoirs de vieillesse des 2^e (domaine obligatoire) et 3^e piliers : capitalisation et retraits après 65 ans**

Dans le domaine obligatoire de la prévoyance professionnelle, il n'est pas possible d'alimenter son avoir de vieillesse en versant des bonifications de vieillesse après l'âge de 65 ans. En effet, ces bonifications ne peuvent être prises en compte pour la formation de l'avoir de vieillesse au-delà de l'âge ordinaire de la retraite (art. 15, al. 1 LPP). Il en va de même pour les versements aux fondations du pilier 3a. Le capital qui y est constitué ou les prestations en découlant sont échues au plus tard lorsque l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite (art. 3, al. 1 OPP 3). Pour les personnes qui souhaitent poursuivre l'exercice d'une activité salariée, il peut être séduisant de continuer à alimenter ses avoirs de vieillesse des 2^e et 3^e piliers, tant dans la perspective de toucher une rente plus cossue que sur le plan fiscal. De plus, l'exercice

d'une activité lucrative doit aussi être encouragé par l'octroi d'un traitement fiscal préférentiel aux avoires du pilier 3a qui ne sont retirés qu'après l'âge légal de la retraite parce que le titulaire du compte a continué à travailler.

- **Services publics : suppression des âges limites dans la loi**

Dans les services publics cantonaux ou fédéraux, les rapports de travail s'achèvent fréquemment d'office lorsque l'intéressé a atteint un âge inscrit dans la loi (souvent l'âge légal de la retraite ou juste un peu moins). Les réglementations correspondantes donnent inutilement du fil à retordre aux employés âgés aptes et désireux de poursuivre leur activité auprès du même employeur. En effet, lorsqu'un rapport de services s'est achevé d'office, la poursuite de l'activité ne peut se faire qu'en passant par un nouvel engagement, procédure exigeante en termes de gestion. De fait, la cessation d'office des rapports de services n'est pas conciliable avec l'objectif d'une forte participation des travailleurs âgés au marché du travail. Dans son rôle d'employeur, la Confédération veut donner l'exemple : en principe, elle permettrait désormais à ses employés de garder leur emploi au-delà de l'âge légal de la retraite. En conséquence, la résiliation du contrat sera la règle pour mettre fin aux rapports de travail de droit public à la Confédération, que ce soit d'un commun accord ou par voie de licenciement lorsque la situation le justifie.

3. Mesures abandonnées : suppression d'avantages lorsque sont versées des indemnités de départ, calcul des cotisations AVS à la charge des préretraités, financement compensant les réductions de rentes du 2^e pilier consécutives à une retraite anticipée

Des mesures propres à dissuader les assurés de prendre une retraite

anticipée (incitations négatives) ont été abandonnées. Notamment, s'agissant de l'indemnité de départ versée par l'employeur, la suppression d'avantages relevant du droit fiscal et des assurances sociales; ou encore le fait d'inclure la rente AVS dans le calcul des cotisations AVS à la charge des préretraités. De même dans la prévoyance professionnelle, le projet de ne plus accorder d'abattement fiscal en cas de rachat destiné à compenser les pertes, en termes de rentes, liées à une retraite anticipée.

Les discussions politiques qui se sont déroulées durant l'été 2005 à propos de l'âge minimum pour le départ anticipé à la retraite dans la prévoyance professionnelle, puis l'initiative populaire «pour un âge de l'AVS flexible» lancée par l'Union syndicale suisse montrent cependant que les solutions proposées pour la retraite anticipée sont largement acceptées pour des motifs individuels comme pour des raisons relevant du marché du travail. De plus, ces solutions répondent à un important besoin. C'est pourquoi des modifica-

tions n'ont pas été proposées dans ce domaine.

Les mesures ci-dessus (cf. ch. 1 et 2) seront concrétisées durant les mois à venir, puis elles seront soumises au Conseil fédéral d'ici le milieu de 2006 sous forme d'un projet de loi assorti d'un rapport explicatif en vue de l'ouverture d'une procédure de consultation.

Helena Kottmann, licenciée en droit, domaine Prévoyance vieillesse et survivants, Office fédéral des assurances sociales.
Mél: helena.kottmann@bsv.admin.ch

Aides financières à l'accueil extrafamilial pour enfants: évaluation de l'impact

La loi fédérale sur les aides financières à l'accueil extrafamilial pour enfants permet-elle de créer durablement de nouvelles possibilités d'accueil? La présente évaluation, réalisée par le bureau Ecoplan, analyse les impacts – effet de substitution, d'opportunité, d'impulsion – un an et demi après l'introduction des aides financières. Les réponses aux questions posées reposent sur l'exploitation des données existantes, sur les enquêtes menées par le bureau et sur des questionnaires à différents niveaux.



Stephan Osterwald
Ecoplan, Berne



Robert Oleschak
Ecoplan, Berne

La loi fédérale sur les aides financières à l'accueil extrafamilial pour enfants a pour but de promouvoir la création de nouvelles places d'accueil et d'assurer leur durabilité. La loi poursuit les objectifs suivants:

- **Objectif n° 1: améliorer la compatibilité entre famille et activité professionnelle**

Le développement des structures d'accueil doit permettre aux parents d'exercer une activité professionnelle ou de suivre une formation.

- **Objectif n° 2: effet d'impulsion**

Les aides financières de la Confédération visent à donner l'impulsion nécessaire à une amélioration marquée de la couverture des besoins en places d'accueil extrafamilial.

- **Objectif n° 3: durabilité (financière)**

Les structures créées grâce au financement incitatif doivent être conçues de telle sorte qu'elles pourront continuer d'exister lorsqu'elles ne bénéficieront plus du soutien de la Confédération.

L'étude réalisée par Ecoplan¹ porte précisément sur l'examen de ces objectifs et tente en particulier de répondre aux questions suivantes:

- Combien de nouvelles structures d'accueil collectif de jour et d'accueil parascolaire ont-elles été créées depuis l'entrée en vigueur de la loi?
- Dans quelle mesure l'aide financière y a-t-elle contribué?
- Comment les nouvelles offres sont-elles financées?

- Les offres ont-elles aussi permis de mieux concilier vie de famille et activité professionnelle?

Méthode adoptée

Une méthode d'analyse à deux niveaux a été adoptée pour répondre aux questions posées: en complément à l'analyse de marché à l'échelle suisse, l'analyse de marché à l'échelle régionale étudiée, à un microniveau, les interactions entre l'offre et la demande et entre les offres qui ont bénéficié des aides financières de la Confédération et celles qui n'en ont pas bénéficié.

Analyse du marché à l'échelle suisse: l'offre (nouvellement créée) et la demande au niveau national ont été établies à partir des données de l'Office fédéral des assurances sociales, des demandes d'aides financières ainsi que des statistiques disponibles. De plus, les structures qui ont obtenu des aides financières grâce à la loi ont été interrogées par écrit et par téléphone.

Analyse du marché à l'échelle régionale: dans les agglomérations de Granges et de Lausanne ainsi qu'en ville de Zurich, l'offre a été étudiée au moyen d'entretiens réalisés dans des structures ayant bénéficié des aides financières ou n'en ayant pas profité. Quant à la demande, elle a été analysée au niveau régional par une vaste enquête écrite réalisée auprès des parents.

L'évaluation a démarré à l'automne 2004, un an et demi après le lancement du programme d'impulsion. Ce laps de temps s'est avéré suffisant pour étudier et évaluer la

¹ Ecoplan (2005), Aides financières à l'accueil extrafamilial pour enfants. Evaluation de l'impact. OFAS – Rapport de recherche n° 12/05. OFCL, n° de commande: 318.010.12/05 d.

phase d'introduction, mais trop court pour tirer des conclusions définitives sur les effets des aides financières.

L'impulsion produite en 19 mois est inférieure aux attentes

Entre le 1^{er} février 2003 et le 8 septembre 2004, 2024 nouvelles places en structures d'accueil collectif de jour et 1460 places en structures d'accueil parascolaire ont bénéficié des aides financières de la Confédération. Cela correspond en gros à 6 % de l'offre globale estimée. Il y a lieu de distinguer ici entre l'effet d'opportunité et l'effet d'impulsion (voir graphique):

- On parle d'effet d'opportunité lorsque les nouvelles places d'accueil auraient été créées même sans aide financière. Selon les enquêtes effectuées, cela concerne entre 50 et 70% des places créées jusqu'en septembre 2004.
- On parle d'effet d'impulsion lorsque les nouvelles places n'auraient pas été créées si elles n'avaient pas bénéficié de l'aide financière. Ces places constituent l'objectif à proprement parler de la loi fédérale. Si l'on déduit l'effet d'opportunité, le nombre de nouvelles places est ramené à environ 1000 pour l'accueil collectif de jour et à 700 pour l'accueil en structures parascolaires.

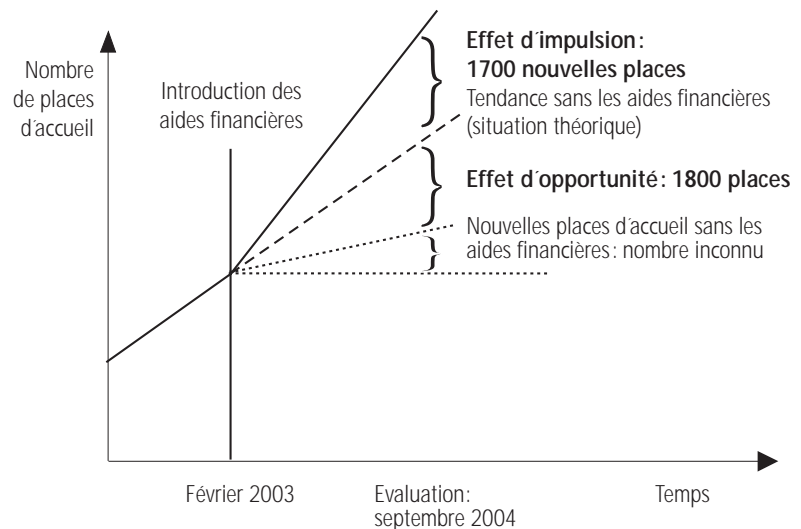
Les aides financières, un signal pour les communes

Les effets d'opportunité et d'impulsion sont produits par les mécanismes suivants:

- Une grande partie des aides financières parvient à des régions où il existe déjà une offre, qui aurait continué de se développer même sans ces aides. C'est le cas notamment pour les marchés régionaux de Lausanne et de Zurich examinés dans le cadre de cette étude.

Répartition des nouvelles places d'accueil créées (après 19 mois)

1



Dans ces deux exemples, l'effet d'opportunité des aides financières tend à être plus marqué et, par conséquent, l'effet d'impulsion à être moindre.

- Une autre partie des demandes provient de communes où il n'existe pas encore de structures d'accueil extrafamilial pour enfants. Dans ces cas, on distingue deux situations types:
 - Effet de signal (aide financière vue comme un label de qualité): la discussion du projet de loi et la décision des Chambres fédérales ont contribué à ce que l'accueil extra-familial des enfants soit vu comme un objet politique «normal» même au niveau des communes. Il est fréquent que celles-ci ne promettent leur soutien financier qu'en cas d'obtention des aides financières de la Confédération.
 - Initiative privée: si des projets n'obtiennent pas le soutien de la commune, les initiateurs ont besoin des aides fédérales pour arriver à financer les investissements de départ et à compenser la sous-occupation des places durant les premiers mois de fonctionnement.

La durabilité est assurée

Les aides financières de la Confédération couvrent entre 22 et 31% du coût d'une place d'accueil au cours des deux ou trois premières années (aux termes de la loi, ces aides peuvent couvrir au maximum un tiers des frais d'investissement et d'exploitation).

Généralement, les aides financières de la Confédération servent à couvrir le déficit temporaire résultant de la sous-occupation des places durant la phase initiale ou à faire des investissements. Ces affectations correspondent aux objectifs visés. En revanche, les aides ne sont pas conçues pour financer des tarifs échelonnés selon les revenus (p. ex. pour que des parents disposant d'un faible revenu paient moins que les parents disposant d'un revenu élevé). Pour cela, il faut trouver d'autres bailleurs de fonds, qui offrent un soutien à plus long terme. Souvent, il s'agira de la commune dans laquelle se trouve la structure d'accueil. Nombre d'employeurs fournissent également diverses prestations de soutien (p.ex. l'«achat» de places d'accueil, une aide financière directe, des services ou des prestations

en nature), dont il est cependant difficile de chiffrer le volume.

Les objectifs ne sont que partiellement atteints: il y a moins de places créées que prévu

Les trois objectifs visés par la loi fédérale sont-ils atteints?

- **L'amélioration de la compatibilité entre famille et activité professionnelle est atteinte (objectif n° 1):** l'offre de places d'accueil a été étendue et les parents dont les enfants fréquentent une structure d'accueil collectif de jour ou une structure parascolaire affirment qu'ils peuvent mieux concilier famille et activité professionnelle. Il est cependant important que d'autres offres continuent d'exister en dehors des formes d'accueil institutionnelles soutenues par la loi. Il semble en effet que les parents qui ont besoin de formes d'accueil plus souples tendent à porter un jugement plus défavorable sur les structures d'accueil collectif de jour et parascolaire.
- **L'effet d'impulsion du programme n'est pas suffisant (objectif n° 2):** en l'espace d'un an et demi, le programme a permis d'augmenter d'environ 3% l'offre totale de places d'accueil à l'échelle suisse. Même si l'on ignore la croissance effective de l'offre totale (places bénéficiant ou non de l'aide financière de la Confédération), on ne peut pas voir là une «augmentation marquante de l'offre». Selon la présente évaluation, la part de la demande non couverte représente entre 50 et 100% de l'offre existante (selon le type d'offre). La question qui se pose est celle de savoir pourquoi, alors que la demande est excédentaire, il n'y a pas davantage de places d'accueil créées avec l'apport des aides financières. Les raisons suivantes empêchent de réaliser pleinement cet objectif:

- Les aides financières de la Confédération sont accordées pendant la phase initiale d'un projet, mais elles ne servent pas à subventionner des tarifs en fonction des revenus. L'excédent de la demande par rapport à l'offre montre cependant qu'il existe une forte demande non satisfaite de places d'accueil avec des prix ou des tarifs de ce type. En revanche, la part non couverte de la demande de places d'accueil dont les prix ou les tarifs couvrent les frais est certainement bien moindre. Si l'on voulait répondre à la demande existante par des tarifs en fonction des revenus, il faudrait donc aussi exiger que d'autres bailleurs de fonds (communes, cantons, entreprises) s'investissent davantage, ou alors envisager des mesures visant à baisser les coûts.
- L'importance de l'effet d'opportunité réduit l'effet d'impulsion. Bon nombre des projets qui ont été soutenus pendant les 19 premiers mois du programme avaient été lancés avant l'introduction des aides financières et auraient donc été réalisés même sans elles, mais ils ont contribué à augmenter l'effet d'opportunité. Cet élément ne jouera plus aucun rôle à l'avenir. Mais comme l'effet d'opportunité dépend en dernier ressort de plusieurs facteurs, on ne peut guère que spéculer sur son évolution ultérieure.
- Il existe un conflit entre les objectifs 2 (impulsion) et 3 (durabilité): plus le financement futur est sûr, plus l'effet d'opportunité est grand. Le conflit d'objectifs consiste en ceci qu'il faudrait d'un côté créer le plus de places d'accueil possible et, de l'autre, ne soutenir que des projets durables.
- **L'objectif de durabilité est atteint (objectif n° 3):** à l'heure actuelle, on peut estimer que le finance-

ment de la majorité des structures soutenues sera assuré même lorsque les aides financières cesseront. La durabilité financière est donc réalisée.

Conclusion personnelle des auteurs

D'après les conclusions personnelles des auteurs de l'étude, le programme d'impulsion répond à un besoin et contribue à résoudre le problème de financement au moment du démarrage d'un projet. Par ailleurs, les exigences de ce programme (p. ex. un plan financier pour une période de 6 ans) «obligent» les futurs exploitants à planifier leur projet de manière rigoureuse et professionnelle. Mais le programme d'impulsion ne permet toujours pas de résoudre le problème le plus urgent, à savoir que de nombreux parents ne peuvent pas s'offrir le luxe d'une prise en charge extrafamiliale de leurs enfants. A une période où les moyens financiers manquent, il serait judicieux de promouvoir systématiquement des formes d'offre avantageuses et souples. De plus, il faudrait étudier plus attentivement l'influence que les réglementations et les directives exercent sur les coûts: des coûts plus élevés signifient, en définitive, que moins d'enfants bénéficieront d'une prise en charge extrafamiliale. Souvent, les enfants en âge scolaire n'auront alors d'autre choix que de passer leur temps libre à la maison, sans aucun encadrement.

Stephan Osterwald, lic. rer. pol., Ecoplan
Berne. Mél: osterwald@ecoplan.ch

Robert Oleschak, lic. oec. HSG, Ecoplan
Berne. Mél: oleschak@ecoplan.ch

Les aides financières à l'accueil extrafamilial pour enfants: résultats de l'évaluation

En vigueur depuis le 1^{er} février 2003, la loi fédérale sur les aides financières à l'accueil extrafamilial pour enfants est un programme d'impulsion d'une durée de huit ans, qui permet de favoriser la création de nouvelles offres de prise en charge dans le domaine de l'accueil de jour pour enfants. La mise en œuvre de ce programme a fait l'objet d'une évaluation à la lumière des dispositions légales existantes. Cette évaluation a révélé que, malgré les problèmes dénotés les premiers temps, il n'y a pas aujourd'hui de besoin d'action fondamental. Les difficultés rencontrées par les organismes responsables dans le cadre des demandes d'aide financière et des décomptes sont en partie d'ordre structurel. En effet, les places d'accueil extrafamilial pour enfants sont souvent mises sur pied à l'initiative privée de personnes ou d'institutions dont le degré de professionnalisme n'est pas (encore) très élevé.

ces sociales (OFAS). Pour les structures d'accueil collectif de jour et les structures d'accueil parascolaire, les organismes responsables doivent notamment dresser un plan financier indiquant l'évolution attendue des produits et des charges sur six ans. La demande d'aide financière complète doit être adressée à l'OFAS, qui vérifie si les exigences légales sont remplies, puis transmet la demande aux autorités cantonales concernées pour avis avant de rendre sa décision.

En 2004/2005, la mise en œuvre de ce programme d'impulsion a fait l'objet d'une évaluation sous l'angle des expériences réalisées et des possibilités d'amélioration (voir encadré). Les principaux résultats de cette évaluation sont décrits ci-après.

Pas de lacune systématique

En résumé, il ressort de l'évaluation qu'aucune lacune systématique n'a été constatée dans la mise en œuvre du programme d'impulsion. Les dispositions de la loi et de l'ordonnance sont traduites dans les faits par l'OFAS dans le cadre de la procédure d'examen, laquelle s'est révélée appropriée dans sa structure de base. La collaboration entre les différents acteurs (organismes responsables, OFAS et cantons) est également jugée bonne dans l'ensemble. Cela étant, la première phase de la mise en œuvre ne s'est pas déroulée sans heurts: non seulement les débuts ont été difficiles, mais des problèmes d'ordre structurel se sont fait jour.

Des débuts difficiles

Dès l'entrée en vigueur du programme d'impulsion, l'OFAS a reçu une série de demandes qui ne satis-



Elke Staehelin-Witt

B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung, Bâle



Markus Gmünder

B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung, Bâle

La loi fédérale sur les aides financières à l'accueil extrafamilial pour enfants prévoit que les structures d'accueil collectif de jour (p. ex. crèches) et les structures d'accueil parascolaire (p. ex. écoles à horaire continu) peuvent recevoir des aides financières s'il s'agit de structures nouvelles ou de structures existantes qui augmentent leur offre de façon significative.¹ Par ailleurs, des aides

financières peuvent être allouées aux structures coordonnant l'accueil familial de jour (p. ex. associations de parents de jour) en vue de la formation et du perfectionnement des parents de jour employés ou pour des projets bien définis. Les conditions à remplir pour l'octroi d'aides financières sont réglées dans l'ordonnance correspondante.²

Les organismes responsables désireux d'obtenir des aides financières doivent présenter leur projet et le financement prévu en utilisant les formulaires ad hoc mis à leur disposition par l'Office fédéral des assuran-

1 Loi fédérale sur les aides financières à l'accueil extrafamilial pour enfants du 4 octobre 2002 (RS 861), art. 2, al. 2.

2 Ordonnance sur les aides financières à l'accueil extrafamilial pour enfants du 9 décembre 2002 (RS 861.1).

L'évaluation comprenait des questions portant sur les processus et sur les contenus. Concernant les processus, il s'agissait d'examiner les conditions posées aux organismes pour le dépôt d'une demande et l'établissement du décompte annuel, les modalités de traitement des demandes par l'OFAS ainsi que l'interaction entre les différentes parties en présence. Concernant le contenu, les auteurs de l'évaluation ont cherché à déterminer si les décisions de l'OFAS étaient transparentes et cohérentes, et si elles étaient conformes aux prescriptions légales.

Tous les organismes responsables dont la demande avait été validée le jour déterminant pour l'évaluation (le 8 septembre 2004) ont été interrogés par écrit. Sur les 241 questionnaires envoyés, 207 ont été dûment remplis et renvoyés, ce qui représente un taux de retour de 86 %. Les dossiers et les données ont également été examinés par l'OFAS, et des entretiens ont été menés avec des responsables de la mise en œuvre, des associations, des organismes responsables et des spécialistes au niveau cantonal. Les auteurs de l'évaluation ont finalement procédé à la synthèse et à l'analyse des résultats ainsi obtenus. L'étude complète (en allemand seulement) peut être consultée sur la page d'accueil de l'OFAS.³

faisaient pas aux exigences légales fondamentales, en particulier en ce qui concerne le délai. L'art. 10, al. 2, de l'ordonnance précise que les demandes d'aide financière complètes doivent être présentées à l'OFAS au plus tard douze semaines avant l'ouverture de la structure, l'augmentation de l'offre ou la réalisation de la mesure. Les premiers temps, l'OFAS a ainsi dû rejeter un grand nombre de requêtes hors délai, ce qui n'a pas manqué de susciter l'incompréhension des organismes responsables et des services cantonaux concernés.

Aujourd'hui, les demandes que l'OFAS doit refuser pour des raisons liées au délai sont rares.

Du côté de l'OFAS, il y a également eu du sable dans les rouages, surtout durant la première année de mise en œuvre du programme d'impulsion. En effet, la durée de traitement des dossiers pour lesquels une aide financière avait été octroyée était très longue. La cause en était notamment la qualité insuffisante ou le caractère incomplet des demandes, ainsi que le manque de personnel pour traiter lesdits dossiers. Depuis, la durée de traitement s'est considérablement raccourcie, et l'on peut dire, sur la base des observations effectuées, qu'elle devrait, en moyenne, revenir aux trois mois prévus initialement, rendant ainsi possible le versement de l'aide financière au moment de l'ouverture ou de l'extension d'une structure d'accueil.

Problèmes liés à l'établissement de la demande et au décompte

Un tiers des requérants ont signalé des difficultés à fournir les données exigées par le formulaire de demande. Dans plus de la moitié des cas, il s'agissait de problèmes d'ordre général en relation avec l'établissement du budget ou avec la nécessité de garantir le financement sur six ans. 50 % des organismes responsables ont demandé de l'aide pour remplir le formulaire, le plus souvent à l'OFAS. Les formes de soutien semblent avoir été appropriées dans la plupart des cas. Seuls 20 % des organismes responsables interrogés auraient souhaité bénéficier d'un conseil plus complet.

Plan financier sur six ans

Selon l'art. 3, al. 1, let. b, de la loi, les aides financières peuvent être accordées aux structures d'accueil collectif de jour et d'accueil parascolaire si le financement de celles-ci

paraît assuré pour une durée de six ans au moins. Les organismes responsables sont donc tenus de dresser un plan financier sur six ans. L'obligation faite de détailler les produits et les charges attendus sur plusieurs années contribue à accroître le caractère professionnel du plan financier, que les organismes responsables doivent de toute façon fournir. Reste à déterminer si la durée imposée de six ans est excessive. En effet, il n'est guère possible de présu-mer avec certitude l'évolution de la demande en termes de quantité. C'est d'ailleurs également le cas pour les contributions financières allouées pour les projets soutenus par les communes, par exemple, qui s'étendent sur quatre ans au maximum. Néanmoins, de l'avis de l'OFAS, étant donné que les organismes responsables peinent déjà à se représenter l'évolution d'une structure d'accueil au cours de ses premières années d'existence, ramener la durée du plan financier à quatre ans ne résoudrait pas le problème.

Difficultés liées au décompte annuel

Plus de la moitié des organismes responsables interrogés ont fait état de problèmes en relation avec le décompte annuel des aides financières. L'OFAS communique désormais ses exigences en la matière au moment où elle rend sa décision afin de donner le temps aux organismes responsables de prendre leurs dispositions. Comme les aides financières sont octroyées en fonction du nombre de places occupées, il est nécessaire, pour le versement des aides, d'établir une statistique sur le taux d'occupation pour chaque année d'octroi de l'aide. Pour les organismes responsables, remplir les formulaires de contrôle des présences fournis par l'OFAS a souvent été fastidieux.

³ www.bsv.admin.ch/forschung/publikationen/11_05d_eBericht.pdf

Ils peuvent maintenant utiliser leurs propres formulaires pour le contrôle des présences, si bien que la question devrait être réglée. Par ailleurs, ils doivent fournir un décompte annuel pour chaque année d'octroi de l'aide financière. Or, pour une majorité d'entre eux, l'exercice comptable et l'année prise en considération pour le décompte de l'aide financière ne sont pas identiques, et les organismes sont alors contraints de rechercher les informations nécessaires pour le compte annuel dans leur comptabilité, ce qui représente un travail considérable. Selon l'OFAS, le compte annuel par année d'octroi de l'aide financière est indispensable dans le cadre du décompte pour déterminer le montant de ladite aide. C'est en effet le seul moyen de vérifier l'exactitude des données chiffrées remises par les organismes responsables.

Faible taux de demandes d'aides financières dans le domaine des familles de jour

Dans le domaine des familles de jour, les structures coordonnant l'accueil familial (associations de parents de jour, associations professionnelles, organisations privées spécialisées d'utilité publique et collectivités publiques) peuvent recevoir des aides financières pour la formation et le perfectionnement des personnes qu'elles emploient ou pour des projets particuliers. Concernant ces derniers, il s'agit de projets visant à améliorer la coordination (p.ex. conception d'un réseau) ou la qualité de l'accueil (p.ex. développement d'un module de formation ou de normes de qualité). Les aides couvrent au maximum un tiers des frais annuels effectifs. Dans ce domaine de l'accueil pour enfants, le nombre de demandes a été sensiblement moins élevé que dans les autres. Il ressort de l'évaluation que plusieurs requérants avaient estimé que l'établissement des demandes et

du décompte annuel exigeaient un investissement disproportionné en regard des aides financières accordées, ce qui pourrait expliquer que ces structures aient renoncé à demander une aide financière.

Pas de besoin d'action fondamental

Comme évoqué plus haut, la durée de traitement des dossiers a constitué le problème le plus évident en rapport avec la mise en œuvre au cours de la première année suivant le lancement du programme d'impulsion. Si l'on se réfère aux améliorations constatées dans la gestion des délais de traitement, il est permis de supposer que ce problème est résolu. De surcroît, les bases légales offrent, ici et là, des possibilités d'amélioration en la matière. Ainsi, l'OFAS pourrait fournir, par le biais de formulaires types ou d'ateliers, des instructions plus claires sur la manière de remplir les demandes. Concernant les aides financières dans le domaine des familles de jour, il pourrait être envisageable de simplifier les formulaires et de réduire le nombre d'annexes demandées. Les autres améliorations à apporter à la mise en œuvre seraient de nature plus fondamentale : celle consistant par exemple à ramener à quatre ans la durée du plan financier nécessiterait en effet une modification de la loi. Dans l'ensemble, la marge d'action conférée par la loi pour simplifier la mise en œuvre est étroite.

Conclusion : conjuguer travail bénévole et professionnalisme

En Suisse, les structures d'accueil extrafamilial sont souvent le fruit d'initiatives privées. Par conséquent, la création et la gestion de ce type d'institution vont souvent de pair avec un engagement bénévole considérable. Les responsables ne disposent pas toujours des connaissances

et/ou du temps nécessaires pour établir un plan financier comprenant des données détaillées sur l'évolution économique d'une structure d'accueil. Parallèlement, la Confédération doit lier l'octroi des subventions à des exigences en matière de présentation des comptes. Autrement dit, les impératifs quant à la forme découlant de la loi et de l'ordonnance, d'une part, et le caractère souvent bénévole des structures, d'autre part, débouchent sur une contradiction qui transparaît dans la qualité et, partant, dans l'investissement nécessaire pour traiter la plupart des demandes.

Se pose dès lors la question de savoir si les exigences formelles pour l'octroi des aides financières sont, d'une manière générale, trop élevées. A en croire les réponses des spécialistes, il semblerait que ce ne soit pas le cas pour les demandes relatives aux structures d'accueil collectif de jour et d'accueil parascolaire. En termes de contenu, les exigences de l'OFAS pour les demandes d'aide financière émanant des structures d'accueil collectif de jour et d'accueil parascolaire sont certes élevées, mais pas plus que celles qu'un organisme responsable doit de toute façon satisfaire en vue de l'ouverture ou de l'extension d'une structure d'accueil. C'est pourquoi les exigences de l'OFAS sont considérées, surtout par les cantons, comme une chance d'atteindre un meilleur niveau de professionnalisme lors de la conception de structures d'accueil pour enfants. Par contre, en ce qui concerne les demandes afférentes à des projets de formation continue ou d'amélioration de la coordination, il serait judicieux de revoir la procédure afin de simplifier le plan financier et le décompte des aides financières.

Elke Staehelin-Witt, Dr rer. pol., B, S, S.
Volkswirtschaftliche Beratung, Bâle.
Mél : elke.staehelin@bss-basel.ch

Markus Gmünder, lic. phil. I, collaborateur scientifique, B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung, Bâle.
Mél : markus.gmuender@bss-basel.ch

Une nouvelle maison, de nouvelles prestations, une nouvelle vie

Le 1^{er} juillet 2005, la gestion de l'assurance militaire a été transférée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). Cette date est importante dans l'histoire déjà longue de cette assurance. Au début du XX^e siècle, cette assurance n'était qu'un service dirigé par le médecin-chef de l'armée, devenant en 1932 un office indépendant au sein de l'ancien Département militaire fédéral. Puis en 1984, cet office a été incorporé au Département fédéral de l'intérieur. Conséquence du transfert de 2005: l'Office fédéral de l'assurance militaire (OFAM) a été dissous.



Pierre-André Clerc
Office fédéral de la santé publique

Ainsi l'a voulu le Parlement, quasiment à l'unanimité, en acceptant le 16 mars 2005 la loi fédérale sur le transfert à la CNA de la gestion de l'assurance militaire. L'opération de transfert a essentiellement une portée organisationnelle. La CNA doit, selon le nouvel art. 61, al. 1 introduit pour l'occasion dans la LAA, gérer l'assurance militaire comme une assurance sociale à part entière avec une comptabilité distincte. Les prestations n'étant pas touchées, l'assurance militaire demeure donc, mais déménage dans une autre maison. Par ce rapprochement, on vise à créer des synergies entre ces deux assurances et avant tout à réaliser des économies en matière de coûts administratifs.

Les raisons du transfert

Le processus est parti d'une double constatation: le monde militaire restreint depuis plusieurs années ses effectifs ou la durée du service obligatoire. En Suisse, les projets armée XXI et protection civile XXI conduisent à une baisse des effectifs, encore que le nombre de jours de service pour la milice, la plus grande catégorie d'assurés, ne diminue que de 7% en 2005. D'autres catégories d'assurés, comme celle du personnel militaire, ont au contraire nettement augmenté en nombre. En 2003, il y avait 3736 assurés à titre professionnel. Ils étaient 4509 en 2005. Néanmoins, ces prochaines années, on s'attend à une réduction globale en-

core plus marquée du nombre des personnes en service et, partant, des cas d'assurance. Dès lors, des économies pouvaient être réalisées dans l'OFAM. Un rattachement à un autre office fut écarté. Certes, en choisissant un tel rapprochement, on aurait pu faire des économies dans les services d'état-major de l'OFAM. Mais aucun office fédéral s'occupant d'une assurance sociale n'étant lui-même assureur, les économies à réaliser auraient été moindres. Incontestablement, la meilleure des solutions se trouvait être la CNA. Ce fut là la conclusion à laquelle aboutirent l'ancien directeur lucernois de l'OFAM et le groupe de projet interdépartemental mis en place pour étudier la question. Le nombre d'assurés de la CNA diminue lui aussi en raison d'un déplacement des emplois du secteur secondaire vers le secteur tertiaire où l'institution ne jouit plus d'un monopole. La CNA cherche depuis plusieurs années à développer ses activités dans différents secteurs. Un transfert dans son giron de l'assurance militaire cadrerait parfaitement avec sa stratégie. Par ailleurs, l'assurance-accidents et l'assurance militaire sont proches dans leur conception, puisque dans les deux cas l'élément de responsabilité est sous-jacent et nombre de prestations sont semblables. La CNA enfin jouit dans son domaine d'un savoir-faire reconnu et devenait ainsi le partenaire idéal.

Les deux assurances avaient tout à gagner d'un tel transfert. L'assurance militaire pouvait profiter de la grande expérience et des moyens très professionnels de la CNA et l'assurance-accidents faire des expériences dans un autre domaine, puisque l'assurance militaire prend en charge également les maladies survenues en service. Enfin, espé-

rait-on, ce transfert devait permettre d'atténuer les sempiternelles remises en cause, par le monde politique, du bien fondé d'une assurance militaire.

Les points importants du transfert

Au niveau *politique*, dès le début, l'idée d'un transfert était bien accueillie par le Parlement. Reprenant l'idée ébauchée dans son interpellation du 21 juin 2000, le conseiller national Stählin demanda par motion du 19 juin 2003 la création par le Conseil fédéral des bases légales nécessaires au transfert. Cette motion allait dans le même sens que les travaux en cours au sein de l'administration. Le Conseil fédéral ne s'y opposa pas et elle fut acceptée à l'unanimité le 1^{er} octobre 2003 par le Conseil des Etats et le 1^{er} mars 2004 par le Conseil national.

Au niveau *financier*, selon le nouvel art. 82 LAM, la Confédération continue de prendre à sa charge les coûts de l'assurance militaire, mais elle rembourse à la CNA les frais administratifs induits par cette assurance. Les primes des assurés et les recettes provenant des actions récursives sont déduites du montant à rembourser.

Au niveau *juridique*, le nouvel art. 81, al. 2, LAM, introduit par la loi précitée du 16 mars 2005, octroie au Conseil fédéral la compétence de décider par ordonnance du moment du transfert. Par modification du 27 avril 2005 de l'ordonnance sur l'assurance militaire (OAM), le Conseil fédéral en a fixé la date au 1^{er} juillet 2005¹. Toutes les parties étaient prêtes, le processus ayant duré plusieurs années. Un autre choix ne pouvait que faire reculer de plusieurs mois la date du transfert.

La convention passée

Le détail des rapports entre la Confédération et la CNA quant à la nouvelle gestion de l'assurance militaire est contenu dans une convention:

- La CNA reçoit gratuitement de la Confédération l'ensemble de l'infrastructure (mobilier, software, etc.) et assume l'ensemble des coûts du transfert (p.ex. adaptation de l'informatique).
- La CNA reprend les baux conclus par la Confédération et garantit que les unités de l'assurance militaire resteront décentralisées.
- La CNA institue une commission en son sein en vue de la préparation des affaires concernant l'assurance militaire. Deux représentants de la Confédération en font partie de droit.
- La CNA établit le budget ainsi que les comptes annuels de l'assurance militaire et les remet à l'OFSP.
- La CNA reçoit pendant 3 ans de la Confédération un forfait pour les frais administratifs de 25,8 millions de francs par an, adapté chaque année au renchérissement. Dès la 4^e année après le transfert, la CNA s'engage à réduire d'au moins 10% le montant des frais administratifs. Dès la 4^e année, la Confédération ne prendra en charge que les coûts administratifs effectifs.
- La CNA reprend, aux mêmes conditions salariales, le personnel de l'ancien OFAM, lequel entre dans la Caisse de pensions de la CNA. La garantie de travail et de salaire est d'une durée de deux ans. Après ce délai, la CNA n'est plus liée. Les employés de plus de 60 ans dont le poste a été supprimé suite au transfert ont été mis à la retraite anticipée, avec un plan social assumé par la Confédération.
- La CNA introduit une méthode plus économique de traitement des cas, appelée *new case manage-*

ment, qui vise à freiner les coûts des prestations d'assurance. Cette méthode consiste à faire un tri entre les cas, de les attribuer pour traitement à des équipes ad hoc qui accompagnent et soutiennent l'assuré dans ses démarches et lui fournissent ce qui lui est nécessaire pour reprendre le plus rapidement possible une activité professionnelle.

La surveillance

Vu que les prestations de l'assurance militaire et les frais administratifs sont toujours à la charge de la Confédération, un contrôle a dû être institué.

Le Contrôle fédéral des finances est chargé de la surveillance financière (nouvel art. 19, al. 1, de la loi sur le contrôle fédéral des finances), alors qu'il ne l'exerce pas sur l'assurance-accidents gérée par la CNA et financée principalement par des primes. Il fallait en plus une instance au sein de l'administration qui soit responsable de ce domaine d'assurance auprès de la Confédération. L'Office fédéral de la santé publique a été chargée de cette tâche. Il examine les domaines contrôlés et les rapports de contrôle fournis par la CNA, peut demander que l'on effectue d'autres contrôles et doit s'assurer que la législation sur l'assurance militaire soit correctement appliquée. Il peut recourir contre les arrêts des tribunaux cantonaux des assurances, comme en matière d'assurance-accidents. Enfin il prépare les éventuelles modifications à apporter à la législation sur l'assurance militaire, de conserve avec la CNA, et élabore les réponses aux lettres des assurés adressées au Conseil fédéral.

Les économies sur les prestations

Indépendamment de l'opération de transfert, le Parlement a décidé

¹ Le transfert eut donc lieu 7 jours avant la fin du délai référendaire de la loi du 16 mars 2005 sur le transfert. Cette façon de procéder est de plus en plus fréquente en droit fédéral.

une série de mesures d'économies à travers les programmes d'allègement budgétaire 2003 et 2004. Six mesures concernent également l'assurance militaire et sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

1° Une prime est due par les assurés à titre professionnel (personnel militaire, infirmiers militaires, personnel des places de tir, instructeurs fédéraux de la protection civile, etc.). Cette prime n'est pas censée couvrir les coûts, comme dans toutes assurances. En effet, l'assurance militaire prenant en charge notamment la perte de gain en cas de maladie, qui n'est assurée par aucune assurance sociale, les primes «réelles» devraient atteindre un multiple du montant exigé aujourd'hui, qui est de 256 francs par mois (art. 2 LAM et 8 de l'ordonnance sur l'assurance militaire). La prime de l'assurance militaire tend à faire supporter à l'assuré à titre professionnel une charge financière équivalente à ce que tout un chacun verse pour son assurance-maladie. Vu que les assurés à titre professionnel ne sont pas soumis à la LAMal, il a fallu à l'instar de cette assurance prévoir une réduction de primes pour les bas salaires. Le système choisi à l'art. 8, al. 2, OAM, ne va pas aussi loin que dans l'assurance-maladie, mais permet des réductions substantielles.

De plus, comme cette catégorie d'assurés n'est pas soumise à l'assurance-accidents, une prime pour les accidents non professionnels est aussi imputée sur leur salaire, comme pour les autres employés de la Confédération. Cette prime est fonction du salaire et des indemnités de résidence. Elle s'élève au maximum à 74 francs par mois.²

2° Pour les assurés à titre professionnel à la retraite qui choisissent l'assurance militaire comme assurance de base à la place d'une assurance-maladie, la prime passe de 223 à 256 francs par mois. Rappelons que cette assurance de base facultative a pour but de retenir les assurés à titre professionnel et d'éviter des

litiges avec l'assurance-maladie si des soins sont dus pour des suites tardives ou des rechutes liées à des atteintes à la santé assurées par l'assurance militaire.

3° Les soins dentaires seront limités, de la même manière que dans l'assurance-accidents et que dans l'assurance-maladie. Le nouvel art. 18a LAM renvoie à la LAA et à la LAMal. Il n'est donc plus possible de se faire soigner au frais de l'assurance militaire pour une carie douloureuse pendant un service.

4° Le taux d'indemnisation de la perte de gain qui était de 95 % dans l'assurance militaire est réduit à 80 %. L'art. 28, al. 2, LAM est modifié dans ce sens. Cela concerne l'indemnité journalière, les rentes d'invalidité, de réadaptation et de vieillesse. L'assurance militaire indemnise donc dorénavant au même taux que l'assurance-accidents. Toutefois, l'assurance militaire versera désormais l'ensemble des cotisations aux assurances sociales (parts salariale et patronale) sur l'indemnité journalière à l'employeur (art. 29, al. 3bis, LAM).

Des dispositions transitoires ont été prévues pour garantir les droits des assurés au bénéfice de prestations en cours.

5° Le montant qui sert de base au calcul de toutes les rentes pour atteinte à l'intégrité a été abaissé de 32 283 à 20 000 francs, soit une réduction de 37 % (art. 49, al. 4, LAM). Pourtant, malgré cette baisse importante, l'indemnisation servie par l'assurance militaire demeure plus importante que celle de l'assurance-accidents. Pour les atteintes les plus graves chez de jeunes assurés, la rente pour atteinte à l'intégrité de l'assurance militaire, une fois rachetée, peut atteindre le quadruple du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité versée par l'assurance-accidents.

6° Les rentes de survivants sont supprimées si le défunt est décédé d'une affection assurée après avoir atteint l'âge de l'AVS et s'il ne bénéfici-

ciait pas d'une rente de l'assurance militaire (art. 51, al. 4, LAM). En effet, si le défunt ne touchait pas de rente, c'est qu'il n'y avait pas d'invalidité incombant à cette assurance. L'assuré a donc pu se constituer tout au long de sa vie un avoir de vieillesse, voire de prévoyance. Ses survivants n'ont pas à être indemnisés, car ils ne subissent pas de perte de prestations lorsque l'assuré vient à décéder.

Evaluation des économies à réaliser

De l'ensemble des mesures décidées en matière d'assurance militaire, la Confédération économisera les montants suivants (évaluation):

Diminution des frais administratifs suite au transfert	2,6 à 5,2 mio
Introduction du <i>new case management</i>	2,5 mio
Primes pour les assurés à titre professionnel	13,8 mio
Augmentation de primes pour assurés à titre professionnel à la retraite	0,4 mio
Limitation des soins dentaires	1,7 mio
Diminution du taux d'indemnisation et versement des cotisations sociales (part salariale) à l'employeur	6,5 mio
Diminution de la rente pour atteinte à l'intégrité	1,2 mio
Suppression d'une rente de survivants	0,1 mio

En 2002, l'assurance militaire coûtait à la Confédération 252 millions de francs. Il est à prévoir qu'en 2008, pour autant que la situation ne subisse pas de changement notable, le

² Le Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports a pris, par ordonnance du 11 novembre 2005, des mesures salariales en faveur du personnel militaire pour compenser la dégradation de leur condition, notamment pour atténuer l'impact du prélèvement des primes de l'assurance militaire. Le conseiller national Pirmin Schwander a déposé le 15 décembre 2005 une interpellation à ce sujet au Parlement (05.3857).

coût de l'assurance militaire passera en dessous des 200 millions. La tendance à la diminution du nombre de cas et de rentes y contribuera. Quant aux employés occupés à la gestion de l'assurance militaire, ils étaient 157 en 2002 et ne seront vraisemblablement guère plus de 100 en 2008.

Conclusions

La plus vieille assurance sociale de Suisse, comparée lors des débats parlementaires de 1992 à un phare pour les autres assurances sociales, est prise dans les tourbillons de l'é-

poque. La vieille dame des assurances sociales est entrée en institution et a dû abandonner certains de ses avoirs. Toujours plus semblable aux autres assurances sociales, elle doit se faire à une nouvelle vie. Et déjà la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national a demandé au Conseil fédéral un rapport montrant les redondances (doublons) de cette assurance par rapport aux autres assurances sociales (postulat 04.3205). D'autres révisions de la LAM pourraient donc suivre. Une révision de la loi sur l'assurance militaire est inscrite dans l'actuel programme de légis-

lature du Parlement. La tâche a en partie déjà été effectuée grâce aux mesures d'allégement budgétaire.

Il faudra veiller à ce qu'au terme des révisions à venir, la flamme de l'assurance militaire brille encore. Elle constitue une nécessité, surtout pour les jeunes assurés ou les indépendants qui font du service et qui ne disposeraient pas, sans l'assurance militaire, d'une protection sociale satisfaisante.

Pierre-André Clerc, lic. en droit,
surveillance assurance militaire, OFSP.
Mél: pierre-andre.clerc@bag.admin.ch

Comparaison internationale et positionnement de la Suisse

Coût des systèmes de santé

Depuis plus de quarante ans, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) publie des chiffres sur le coût de la santé. La comparabilité des dépenses de santé a parfois été mise en doute et, en conséquence, l'OCDE accorde depuis quelques années une attention particulière à l'amélioration de la qualité de sa base de données. L'analyse comparative des chiffres des coûts de la santé confirme que la Suisse est en tête de peloton des pays européens et que la progression est particulièrement prononcée en termes de ressources économiques.



Raymond Rossel
Office fédéral de la statistique, Neuchâtel

L'OCDE a particulièrement concentré son action sur l'amélioration de la qualité des données relatives aux dépenses et au financement de la santé. Elle a publié en 2000 le manuel «Système de comptes de la santé». Les comptes de la santé sont ainsi produits selon une méthode unifiée. La comparabilité des chiffres des pays membres fait dès lors l'objet d'un examen critique régulier. Des progrès sont encore attendus dans le domaine des soins de longue durée pour que tous les pays incluent effectivement dans les comptes de la santé, de façon uniformisée, les dépenses pour les soins et l'assistance aux personnes âgées et handicapées.

Comptes de la santé

En Suisse, l'Office fédéral de la statistique publie depuis 15 ans la statistique des coûts et du financement du système de santé. Ces chiffres constituent les comptes de la santé selon la méthodologie de l'OCDE. Partant d'une approche fonctionnelle, les prestations, les prestataires de soins et les agents financeurs sont recensés et classifiés, et tous les flux monétaires correspondant à la consommation des biens et services de santé sont estimés. Le principe fondamental des comptes de la santé consiste à mettre en équation les dépenses consacrées aux biens et aux services de

santé, les coûts des ressources nécessaires pour les produire et les sources de financement.

Choix d'indicateurs pertinents

Pour les comparaisons internationales des coûts de la santé, deux indicateurs sont généralement privilégiés : premièrement la part de la dépense nationale de santé en pourcentage du PIB et deuxièmement les dépenses de santé par habitant exprimées en dollars américains corrigés par les parités de pouvoir d'achat (PPA). L'analyse des résultats sur ces deux indicateurs montre qu'ils sont effectivement pertinents et concordants pour refléter la réalité économique et sociale sur une année, mais que la mesure de l'augmentation des dépenses de santé sur plusieurs années est plus délicate.

Pourcentage du produit intérieur brut

La part de la dépense nationale de santé en pourcentage du PIB exprime avant tout la part des ressources consacrée au système de santé. Cette dépense est en règle générale estimée par les frais payés par l'Etat, les assurances sociales et privées et les ménages privés, pour des services et des biens de santé destinés aux résidents sur le territoire national. Elle correspond donc, malgré quelques imprécisions méthodologiques et techniques mineures, à la somme des ressources économiques engagées dans le système de santé et elle est ainsi compatible avec le PIB. Le ratio dépense de santé sur PIB constitue l'indicateur le plus pertinent pour mesurer l'importance des ressources économiques engagées dans

Les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont des taux permettant de convertir les prix dans une monnaie commune tout en éliminant les différences de pouvoir d'achat entre monnaies. En d'autres termes, leur utilisation permet d'éliminer, lors de la conversion, les différences de niveau de prix entre pays.

Dans le cadre du programme conjoint sur les PPA, l'OCDE et Eurostat se partagent la responsabilité du calcul des PPA. Les données servant au calcul des PPA sont pour la plupart recueillies spécifiquement à cet effet. Depuis 1990, des PPA sont estimées tous les trois ans pour l'ensemble des pays de l'OCDE et tous les ans pour les Etats membres de l'UE.

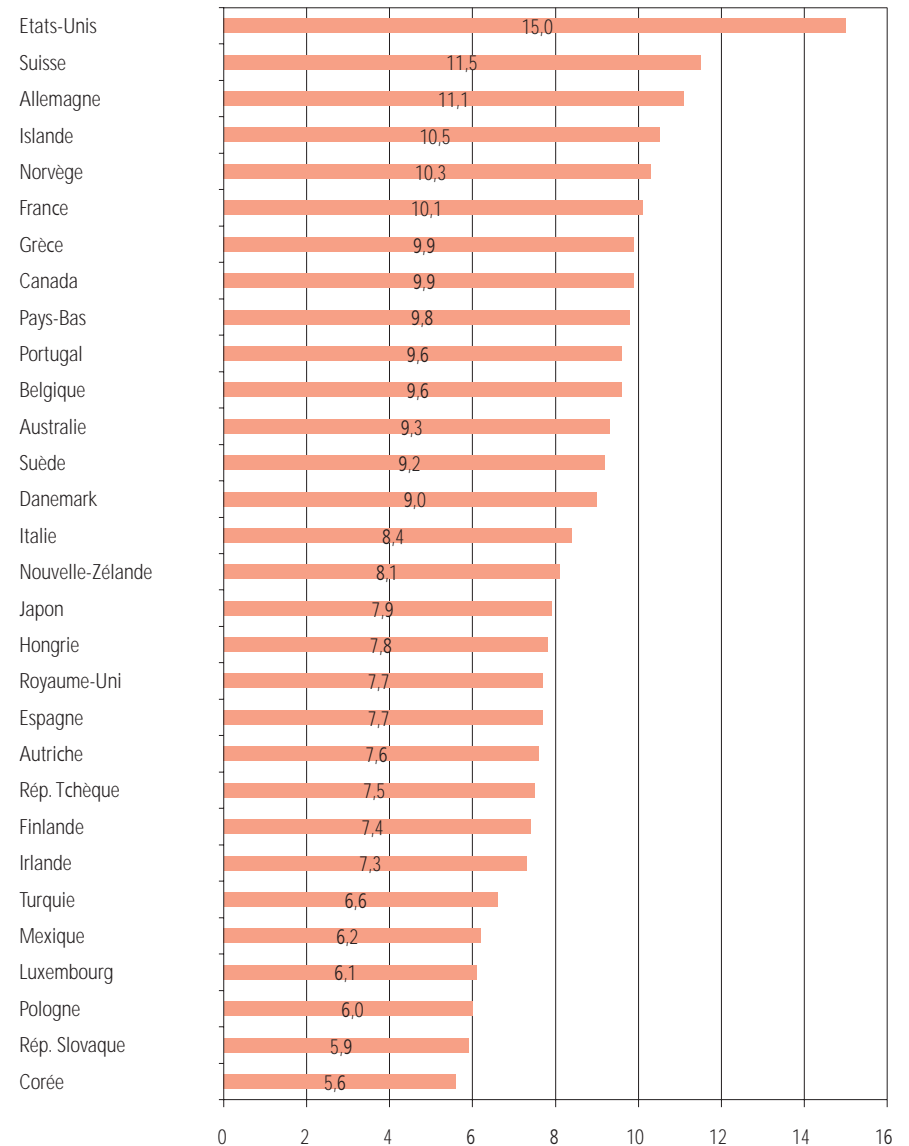
la santé, ainsi que son évolution sur une longue période.

Dépense par habitant

Le deuxième indicateur de coûts calculé par l'OCDE est la dépense par habitant, en dollars américains, en parité de pouvoir d'achat (USD PPA). L'encadré ci-dessus fournit quelques explications succinctes sur les parités de pouvoir d'achat. Si les PPA éliminent en principe les distorsions dues au niveau des prix, les problèmes liés à l'utilisation d'un taux de change ne disparaissent cependant pas complètement. Cet indicateur mesure avant tout le pouvoir d'achat des consommateurs pour des biens et services de santé. Il reflète l'importance des coûts de la santé selon une approche «consommation». Cependant, comme le montre l'analyse des résultats sur plusieurs années, les taux moyens de croissance des dépenses de santé par habitant en dollars PPA reflètent peut-être plus l'augmentation générale du pouvoir d'achat que le phé-

Dépense totale de santé en pour-cent du produit intérieur brut en 2003

G1



Source: Eco-Santé OCDE 2005

nomène spécifique des coûts de la santé.

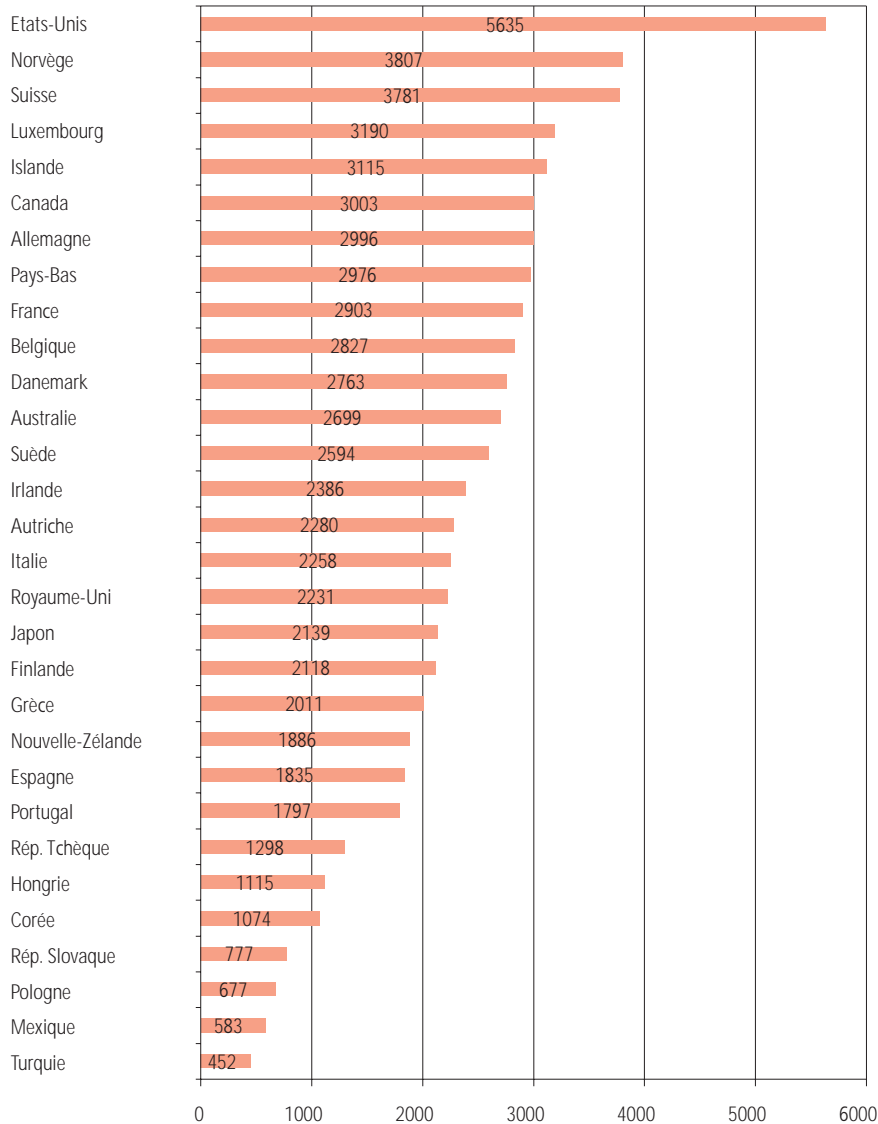
Pays de l'OCDE

Exprimées en pourcentage du PIB (**graphique 1**), les dépenses de santé sont nettement les plus élevées aux Etats-Unis, où elles représentent 15%. Parmi les pays qui viennent ensuite, on distingue un groupe de cinq pays dont les taux se situent entre 11,5% et 10%. En ordre de-

croissant, il s'agit de la Suisse, de l'Allemagne, de l'Islande, de la Norvège et de la France. Selon la dépense de santé par habitant USD PPA (**graphique 2**), ces cinq nations se retrouvent dans les sept rangs suivant les Etats-Unis, mais dans un ordre dispersé. La Suisse passe au troisième rang et la Norvège se hisse au deuxième rang. En queue de classement, on retrouve aussi pour les deux indicateurs, à l'exception du Luxembourg, des pays avec des niveaux de vie moins élevés que la

Dépense de santé par habitant en dollars US PPA en 2003

G2



Source: Eco-Santé OCDE 2005

moyenne de l'OCDE: Corée, République slovaque, Pologne, Mexique et Turquie.

Les chiffres et les rangs de certains pays ne manquent cependant pas de surprendre. Le Royaume-Uni et trois pays nordiques (Finlande, Suède et Danemark) se situent au milieu, voire en bas des classements. Certes, ces pays ont consenti des efforts pour la maîtrise des coûts de la santé, mais il existe aussi des explica-

tions techniques. Ils ne rapportent pas ou peu de dépenses de soins de longue durée dans les comptes de la santé. Il est aussi probable que les soins prodigués par des établissements privés soient sous-estimés dans plusieurs pays.

On remarque que l'amplitude de la dispersion est nettement plus forte dans les valeurs des dépenses par habitant en dollars PPA qu'en pourcentage du PIB, ce qui permet

de mieux apprécier la pertinence respective des deux indicateurs de coûts de la santé. En s'intéressant aux valeurs extrêmes, on s'aperçoit que la dépense en dollars PPA d'un habitant des Etats-Unis (5635 USD PPA) est dix fois celle d'un habitant de la Turquie (452 USD PPA). Par contre, les ressources économiques, exprimées en pourcentage du PIB, que les Etats-Unis (15 %) consacrent au système de santé n'atteignent pas le triple de la valeur la plus basse (Corée, 5,6 %).

L'observation du classement des pays sous les deux indicateurs – pourcentage du PIB et dépenses par habitant USD PPA – montre une grande concordance pour décrire le phénomène général, c'est-à-dire que les dépenses de santé croissent avec le niveau de vie. La santé prend toute son importance lorsque les autres besoins de base sont largement satisfaits. Comme les dépenses pour l'éducation ou la mobilité par exemple, celles de santé augmentent avec le bien-être matériel.

Et la progression des coûts ?

L'analyse de la progression des coûts de la santé en comparaison internationale doit être abordée avec une grande prudence. Aux quelques réserves déjà mentionnées plus haut, il convient d'ajouter trois conditions pour augmenter la pertinence des comparaisons chiffrées. Premièrement, les séries chronologiques disponibles doivent être longues. Deuxièmement, les pays doivent offrir de bonnes garanties quant à l'application de la méthodologie OCDE des comptes de la santé. Enfin, les pays choisis doivent avoir un niveau de vie de leurs habitants comparable. Six pays, outre la Suisse, répondent à ces critères et font l'objet d'une discussion quant à la vitesse de progression des coûts de leur système de santé: Canada, France, Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni et Etats-Unis.

Longue période d'observation

Alors que les médias rapportent régulièrement les taux de l'augmentation annuelle – en particulier, en Suisse, en rapport avec l'adaptation des primes de l'assurance-maladie –, il convient plutôt ici de mettre en évidence le phénomène structurel de l'évolution des coûts de la santé dans son cadre économique sur plusieurs années. Trois périodes sont arrêtées pour analyser le phénomène: 1990 à 2003 (13 ans), 1995 à 2003 (8 ans) et 2000 à 2003 (3 ans).

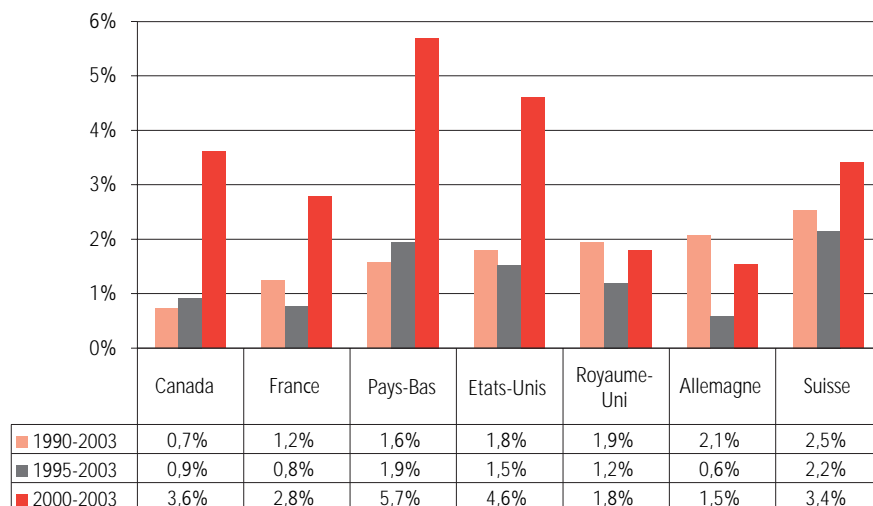
La corrélation entre les deux indicateurs de dépenses de santé (0,84) est assez bonne pour la période courte (2000 à 2003), mais n'est plus vraiment perceptible sur 8 ou 13 ans. Ainsi, sur une période courte (2000 à 2003), les Pays-Bas, les États-Unis et le Canada ont les taux annuels d'augmentation les plus élevés pour les deux indicateurs. Sur une longue période (1990 à 2003) par contre, on peut montrer que le Canada présente de très faibles augmentations moyennes annuelles pour les deux indicateurs. L'Allemagne et la Suisse, qui ont les plus fortes augmentations en pourcentage du PIB, affichent des taux de progression faibles de leurs dépenses par habitant en USD PPA. Le calcul des coefficients de corrélation sur les trois périodes confirme la disparition du parallélisme des taux annuels d'augmentation des deux indicateurs: 0,84 sur 3 ans, 0,59 sur 8 ans et 0,23 sur 13 ans. Par ailleurs, on notera, comme cela était prévisible, que la dispersion des valeurs est beaucoup plus grande sur une courte période.

Pourcentage du PIB ou dépense par habitant ?

Ces constatations nous amènent à nous concentrer sur la période longue (1990 à 2003) et à privilégier un indicateur dans l'analyse de la progression des coûts de la santé. L'exemple de la Suisse permet

Augmentation annuelle moyenne de la part des dépenses de santé dans le PIB

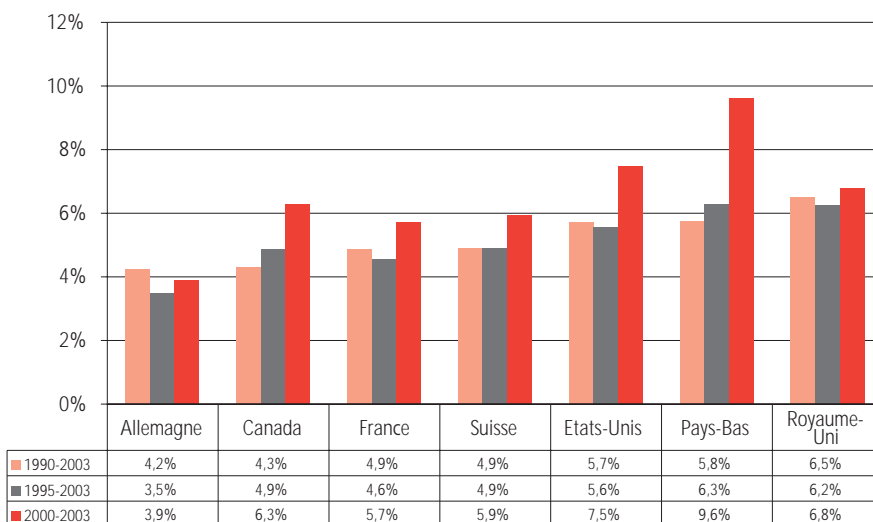
G3



Source: Eco-Santé OCDE 2005

Augmentation annuelle moyenne de la dépense de santé par habitant, en USD PPA

G4



Source: Eco-Santé OCDE 2005

d'illustrer le problème. De 1990 à 2003, la Suisse a la plus forte progression des coûts de la santé mesurée par l'augmentation annuelle moyenne du pourcentage du PIB consacré aux dépenses de santé (+2,5 %, moyenne de sept pays comparables à 1,7 %). L'augmentation annuelle moyenne de la dépense par

habitant en USD PPA (+4,9 %) est par contre légèrement inférieure à la moyenne des sept pays (+5,2 %). Les deux indicateurs répondent en fait à deux approches différentes. Les pourcentages du PIB reflètent une priorité dans la mesure de l'allocation des ressources économiques au système de santé, tandis que les dé-

penses par habitant en USD PPA mesurent mieux la consommation et indirectement le bien-être matériel. En conclure que les Suisses consacrent depuis plusieurs années d'importants moyens financiers pour leur système de santé, mais ne reçoivent en retour que relativement peu en termes de bien-être, serait bien sûr très imprudent. En fait, il ne s'agit pas là du problème de l'efficacité du système de santé, mais plutôt de celui de l'économie nationale et de sa faible croissance durant la période considérée.

Pour mesurer l'évolution de la charge du système de santé, c'est-à-dire le poids des ressources économiques engagées, seuls les pourcentages du PIB sont pertinents. Pour conclure l'analyse, nous nous concentrerons donc sur la progression de la charge économique du système sur une longue période. Sous cet angle, la valeur suisse, augmentation annuelle moyenne de 2,5 % entre 1990 et 2003, est clairement une mauvaise note. Certes l'Allemagne fait à peine mieux avec 2,1 %. Le Canada (+0,7 %), la France (+1,2 %), les Pays-Bas (+1,6 %) et même les Etats-Unis (+1,8 %) présentent des valeurs nettement meilleures pour cet indicateur.

Le **tableau 1** ci-dessous reproduit des chiffres récemment publiés par l'OCDE pour la période 1980 à 2003, mettant en parallèle la croissance annuelle du PIB et celle des dépenses de santé. Il vient corroborer les constatations faites. Tous les pays ont une croissance des dépenses de santé nettement supérieure à celle du PIB. La Suisse a une progression des dépenses de santé de 2,7 %, c'est-à-dire une valeur inférieure à la moyenne du groupe de pays (3,1 %). Par contre, la croissance du PIB est la plus faible (0,8 %), la moyenne se situant à 1,5 %. Si, pour ce groupe de pays, le rapport des deux augmentations est proche de deux, pour la Suisse, il se situe à trois. Dans la perspective de la maîtrise de coûts de la santé, il im-

porte donc de relativiser les augmentations annuelles des dépenses avec la croissance économique mesurée par l'augmentation du PIB.

Conclusions

L'augmentation des coûts de la santé est un phénomène mondial, largement connu et médiatisé. Dans une perspective économique de maîtrise des coûts, le pourcentage du PIB consacré à la santé est l'indicateur le plus pertinent. Sur la durée, cet indicateur est toutefois lié à la croissance de l'économie nationale, si bien que son évolution ne permet pas de tirer des conclusions définitives sur les performances du système de santé. Des valeurs élevées signalent toutefois que des aménagements dans le financement du système sont nécessaires.

Le financement du système de santé est ainsi soumis à des tensions accrues dans des périodes de fortes croissances des dépenses. En Suisse, le débat sur l'allocation des ressources économiques au système de santé est devenu quasi permanent. Cependant, il n'occulte pas tous les autres paramètres de la santé publique et de la politique sociale dans leur complexité. Les valeurs humaines y sont finalement déter-

minantes et les décisions en matière de santé ne seront jamais réduites à une interprétation technocratique de quelques indicateurs statistiques.

La question de savoir qui est responsable des fortes augmentations de coûts – les contre-performances du système de santé ou la faiblesse de la croissance économique – est une impasse. Les ajustements économiques se font inévitablement. Les mesures à prendre, tant du côté des prestataires de soins et des assureurs-maladie que des pouvoirs publics, visent à créer des conditions optimales pour que ces ajustements soient les plus adéquats et les plus acceptables possibles.

Dans l'allocation des ressources financières, les autorités politiques et les acteurs du système de santé sont contraints à des arbitrages dont l'acuité est reflétée par les chiffres. La Suisse est effectivement particulièrement exposée aux tensions résultant d'une forte augmentation sur une longue durée des coûts de la santé. Des réformes sont incontournables mais bien difficiles à trouver. Vu le caractère structurel de l'augmentation soutenue des coûts de la santé en Suisse, est-il impertinent de se questionner sur le rôle que peut y jouer le fédéralisme étroit que nous connaissons?

Croissance annuelle moyenne du produit intérieur brut et des dépenses de santé entre 1980 et 2003

T1

	Produit intérieur brut	Dépenses de santé
Canada	1,6 %	3,1 %
France	1,6 %	3,2 %
Allemagne	0,9 %	2,0 %
Pays-Bas	1,7 %	2,9 %
Suisse	0,8 %	2,7 %
Royaume-Uni	2,2 %	3,7 %
Etats-Unis	2,0 %	4,4 %
Moyenne	1,5 %	3,1 %

Source : OECD, Panorama de la santé, 2005

Bibliographie

Système de comptes de la santé, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2000

Panorama de la santé, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2005

Coût et financement du système de santé en 2003, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, 2005

Site OCDE santé:
http://www.oecd.org/document/60/0,2340,fr_2825_495642_32368700_1_1_1_1,00.html

Site OFS santé:
[www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/gesundheitsversorgung/kosten_finanzierung/publikationen.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/kosten_finanzierung/publikationen.html)

Raymond Rossel, lic. sc. écon., correspondant pour l'OCDE, Eco-santé et comptes de la santé, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Mél : raymond.rossel@bfs.admin.ch

Boîte à périodiques CHSS

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

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

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

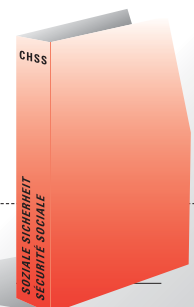
Bulletin de commande

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

Nom

Adresse

Date/Signature



Message concernant l'initiative populaire «Pour une caisse-maladie unique et sociale»

Le 9 décembre 2005, le Conseil fédéral a adopté le message¹ concernant l'initiative populaire «Pour une caisse-maladie unique et sociale»² qui avait été déposée en décembre 2004 par une organisation romande, le Mouvement populaire des familles. Selon le Conseil fédéral, l'initiative ne propose pas de solution au problème des coûts dans l'assurance-maladie, problème qui n'a toujours pas été résolu de manière satisfaisante. Pour parvenir à un système de santé optimal en termes de coûts, le Conseil fédéral entend plutôt créer des impulsions efficaces sur la voie déjà ouverte de la consolidation et de l'optimisation du système. Il recommande donc au Parlement de soumettre l'initiative sans contre-projet au peuple et aux cantons, en demandant son rejet.

Le présent article résume le message du Conseil fédéral.



Marc Léderrey
Office fédéral de la santé publique



Monika Schuler
Office fédéral de la santé publique

L'initiative populaire fédérale «Pour une caisse-maladie unique et sociale» exige l'institution d'une caisse unique pour l'assurance obligatoire des soins et la fixation des primes en fonction de la capacité économique des assurés. A cette fin, elle demande une modification de l'actuel art. 117, al. 3, de la Constitution et l'ajout d'une disposition transitoire correspondante (art. 197, ch. 2³). La conséquence en serait un complet changement de cap de l'as-

surance-maladie sociale. Le système proposé est le suivant:

- la pratique de l'assurance obligatoire des soins incombe à une seule institution, la «caisse unique»;
- le conseil d'administration et le conseil de surveillance de cette caisse comprennent un nombre égal de représentants des pouvoirs publics, des fournisseurs de prestations et des organisations de défense des assurés;

- le «système de la prime unique par tête» fait place à un financement par des primes calculées en fonction de la capacité économique des assurés;
- la part des actifs et passifs des caisses-maladie existantes se rapportant à l'assurance obligatoire des soins est reprise par la «caisse unique», laquelle sera opérationnelle au plus tard trois ans après l'acceptation de l'initiative.

Selon l'argumentaire établi par les auteurs de l'initiative (www.mpf-ch.org), cette dernière entend produire les effets suivants:

- promouvoir la solidarité entre tous les assurés et accroître la justice sociale;
- diminuer les primes pour une grande majorité des assurés grâce au nouveau mode de calcul des primes, ainsi qu'au potentiel d'économie dans la gestion de la caisse;
- renforcer la position des assurés et affaiblir le pouvoir des assureurs-maladie;
- augmenter la responsabilité de tous les acteurs au sein du système de santé.

L'initiative ne dit pas quelle forme juridique la caisse unique devrait revêtir: la forme d'un «établissement autonome de droit public», voire d'une «société anonyme régie par une loi spéciale», pourrait correspondre au mieux aux exigences contenues dans le texte. En revanche, l'initiative prévoit comme organes obligatoires de la caisse unique un conseil d'administration et un conseil de surveillance. Chaque

1 FF 2006 725

2 FF 2003 3541 et 2005 489

3 Entre-temps, les chiffres 2 à 7 de l'art. 197 ont été attribués. L'initiative populaire «Pour une caisse-maladie unique et sociale» correspondra donc au ch. 8 de l'art. 197 de la Constitution fédérale.

conseil comprendrait un nombre égal de représentants des pouvoirs publics, des fournisseurs de prestations et des organisations de défense des assurés. Ainsi, la caisse-maladie unique disposerait d'une gestion tripartite, qui est telle quelle inconnue en droit suisse. Même si l'initiative ne dit pas si la caisse est organisée de manière centralisée ou décentralisée, l'argumentaire des initiants laisse entendre qu'elle doit être organisée de manière très décentralisée et ainsi apporter aux assurés un service de qualité et de proximité.

En ce qui concerne le financement de l'assurance obligatoire des soins, l'article constitutionnel dit explicitement que les primes doivent être fixées en fonction de la capacité économique des assurés. L'initiative reprend ainsi la principale revendication de l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (initiative-santé)», qui a été clairement rejetée lors de la votation du 18 mai 2003. Par ailleurs, elle laisse les règles de financement au choix du législateur. Même dans leur argumentaire, les initiants ne précisent pas la manière dont ils se représentent le système de financement. Ils ne répondent pas à des questions essentielles: quelle base choisir pour la définition et le calcul de la capacité financière? Dans quelle mesure les fonds publics doivent-ils contribuer au financement de l'assurance obligatoire des soins? Les primes continueront-elles à être échelonnées en fonction des différences de coûts établies aux niveaux cantonal ou régional? Si l'initiative était acceptée, ce serait au législateur de répondre à ces questions.

Dans la première partie de son message, le Conseil fédéral traite de l'institution «caisse-maladie unique» et présente ses principales conséquences pour l'assurance obligatoire des soins. Dans la seconde partie, il se penche sur la suppression du système des «primes par tête» et sur son remplacement par des primes fixées «en fonction de la capacité économique des assurés», examinant les

arguments pour et contre, principalement du point de vue de l'évolution des coûts dans l'assurance-maladie. Les conclusions du Conseil fédéral sont résumées ci-dessous.

La caisse unique ne résout pas le problème des coûts

Le Conseil fédéral estime qu'un changement de cap dans la gestion de l'assurance obligatoire des soins – passage d'une pluralité de caisses à une caisse unique – ne s'impose pas. Un système concurrentiel avec plusieurs assureurs présente des avantages incontestables par rapport à un monopole détenu par une caisse-maladie unique. L'application de l'assurance-maladie par plusieurs caisses-maladie est une tradition déjà ancienne en Suisse. Le système de concurrence entre assureurs a fait ses preuves, y compris sous le régime de la LAMal. Avec le libre passage intégral, la population suisse dispose d'une liberté sans restriction dans le choix de l'assureur; les assurés peuvent décider, pour l'assurance obligatoire des soins, de rester dans la même caisse ou d'en changer. La concurrence entre assureurs comporte de plus grandes incitations à l'efficacité et à l'innovation, ce qui favorise les mesures visant la maîtrise des coûts.

Selon le Conseil fédéral, il faut promouvoir ces éléments dans le but de rendre l'assurance-maladie plus efficace. La suppression totale de la concurrence entre assureurs représente une intervention de l'Etat non nécessaire dans la liberté d'action et la liberté contractuelle des assureurs pratiquant l'assurance-maladie sociale. En raison de la structure prévue pour la caisse unique, avec sa gestion tripartite, les intérêts divergents au sein de la direction risquent de donner lieu à d'interminables discussions, qui la détourneraient de l'objectif visant à maîtriser les coûts, et d'entraîner de fait une incapacité d'agir. Des pro-

blèmes peuvent surgir du fait du libellé très succinct de l'initiative, qui laisse plusieurs points ouverts: qui élit le conseil d'administration et le conseil de surveillance? Quelle devrait être la taille de ces conseils? Quelles exigences en termes de qualifications les membres de chaque conseil devraient-ils remplir? Il reviendrait à l'organe qui décide du montant des primes l'importante fonction de répartir la charge des coûts entre l'ensemble des assurés d'une part et les pouvoirs publics d'autre part. Ainsi, des décisions relevant de la fiscalité pourraient être prises sans contrôle garanti par un processus démocratique.

Création d'un impôt sur le revenu et sur la fortune

Le Conseil fédéral ne voit pas de raison de s'écarter du système de financement actuel, avec une prime unique de risque par assureur et par région et le système de correctif social que constitue la réduction de primes. Le système de primes individuelles, associé à la péréquation sociale opérée par le biais des réductions de primes, a fait ses preuves et a montré sa rapide capacité d'adaptation. Dans la mesure où il présente encore des lacunes, ces dernières sont analysées et corrigées en permanence. Un correctif en faveur des ménages défavorisés de la classe moyenne avec enfants est déjà entré en vigueur (art. 65, al. 1^{bis}, et 6, LAMal). L'introduction de primes basées sur la capacité financière des assurés et, partant, la suppression de la prime individuelle, indépendante du revenu et de la fortune, revient à créer un nouvel impôt sur le revenu et la fortune, qui représenterait avant tout une charge accrue pour la classe moyenne. Il ne faut pas oublier que le peuple suisse a nettement rejeté un projet similaire de ce point de vue en mai 2003, l'initiative populaire «La santé à un prix abordable (initiative-santé)».

Avec le financement proposé par l'initiative, il ne serait pratiquement plus possible de réaliser des formes d'assurance attrayantes incitant à un comportement économique au moyen de rabais sur les primes; en effet, les assurés pour lesquels la charge représentée par les primes est faible ne seraient plus incités à choisir des assurances avec franchise à option. Actuellement, plus de la moitié des assurés adultes ont adhéré à un modèle d'assurance avec une franchise plus élevée. Si les franchises à option étaient supprimées, les coûts supportés maintenant par ces assurés devraient désormais être financés par l'assurance. Un autre avantage du système actuel est qu'il offre de nombreuses possibilités d'inciter les assurés et les fournisseurs de prestations à adopter des comportements visant à économiser des coûts. Le législateur et par suite les assureurs-maladie ont fait usage des formes particulières d'assurance (franchises à option, choix limité des fournisseurs de prestations et bonus).

La mise en œuvre du financement proposé laisse ouvertes de nombreuses questions. Le seul fait d'identifier les développements de la situation financière qui ont une incidence sur les primes et d'adapter celles-ci en conséquence dans un bref délai provoquera des coûts administratifs importants pour la caisse unique et les autres services de l'administration.

Enfin, le financement proposé abolirait la nette distinction qui est faite actuellement entre, d'une part, le financement actuariel, y compris la solidarité entre hommes et femmes, jeunes et vieux, personnes en bonne santé et malades, et, d'autre part, le correctif de politique sociale que constitue la réduction des primes. Pourtant, en ce moment même, le financement en vigueur suscite un grand intérêt dans toute l'Europe, notamment dans les pays connaissant un financement de l'assurance-maladie en fonction du revenu, et il est considéré comme un exemple

dans le cadre des réformes de l'assurance de base.

Disposition transitoire: de nombreuses imprécisions et des questions juridiques délicates

Selon la disposition transitoire, la caisse unique doit être opérationnelle trois ans au plus tard après l'acceptation du nouvel article constitutionnel. Elle reprendrait la part des actifs et des passifs des institutions d'assurance existantes relevant de l'assurance obligatoire des soins. Cette disposition succincte au niveau de la Constitution et l'absence d'autres points de repère concernant d'importants aspects accessoires laissent une grande marge de manœuvre s'agissant des conséquences juridiques et financières de l'initiative pour les assureurs actuels et la caisse unique à mettre en place. Le délai prévu (trois ans) est beaucoup trop court pour ce changement fondamental dans le système de l'assurance obligatoire des soins. Durant ce laps de temps, des parties importantes devraient être modifiées ou ajoutées dans la loi sur l'assurance-maladie en vigueur et les ordonnances d'application correspondantes devraient être adaptées. En outre, il faudrait créer la caisse unique en la dotant des structures appropriées pour lui permettre de fonctionner. C'est pourquoi il n'est pas possible de garantir que cette caisse, avec des structures qui fonctionnent tant au niveau de la Confédération que des cantons, soit opérationnelle dans le délai fixé.

La reprise par la caisse unique des actifs et passifs de l'assurance obligatoire des soins est problématique. Il est fort possible qu'au moment de la reprise, plusieurs assureurs ne détiennent pas les réserves légales prévues. Les réserves et les provisions manquantes devraient en conséquence être constituées par la caisse unique, ce qui aurait nécessairement

un effet sur les primes et obligerait probablement les pouvoirs publics à y remédier.

Il se pose en outre des problèmes juridiques délicats qui, en cas de conflit, conduiraient à de longs procès. Surtout, la question de savoir si les caisses-maladie reçoivent une contrepartie pour la reprise des actifs et passifs ne ressort pas du texte de l'initiative. Celui-ci n'exclut pas une telle possibilité et cette contrepartie devrait être approuvée au regard du droit de l'expropriation. Il faudrait s'attendre à ce que la situation financière de la caisse unique ne soit pas claire au moment où elle commencerait son activité.

La question d'un contre-projet

Le Conseil fédéral ne voit aucune raison de soumettre à l'Assemblée fédérale un contre-projet au niveau constitutionnel ou un projet en rapport étroit avec l'initiative populaire au niveau de la loi (art. 97, al. 2, LParl⁴). Il souhaite plutôt parvenir à une consolidation et à une optimisation du système actuel. Les buts de l'initiative ne correspondent en rien à ses convictions.

Conclusion du Conseil fédéral: il faut rejeter l'initiative

En résumé, le Conseil fédéral parvient à la conclusion que l'initiative, en visant l'abandon de la pluralité des assureurs-maladie et le passage à un financement au moyen de primes fixées en fonction de la capacité économique des assurés, poursuit en matière d'organisation de l'assurance-maladie sociale des objectifs opposés aux siens. Surtout, le système proposé ne contient, en ce qui concerne l'évolution des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, aucun nouvel élément qui pourrait inciter les intéressés à adopter un comportement économe. Le Conseil

fédéral préfère poursuivre sur la même voie et attend des résultats bien plus efficaces, en termes d'incitations aux économies, d'une consolidation du système en place, d'une redéfinition des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, d'une extension des formes particulières d'assurance associée à une plus grande participation aux coûts ou des offres de soins coordonnés (managed care), de la liberté de contracter et du financement hospitalier. Les projets de révision correspondants sont actuellement soumis au Parlement.

En conclusion, le Conseil fédéral s'oppose à l'introduction d'une caisse-maladie unique et au changement du système de financement de l'assurance-maladie sociale. Il recommande donc de rejeter l'initiative populaire «Pour une caisse-maladie unique et sociale» sans proposer de contre-projet.

L'Assemblée fédérale devra décider avant le 9 juin 2007 si elle recommande au peuple et aux cantons d'accepter ou de refuser l'initiative. Si au moins l'un des deux Conseils propose un contre-projet ou un projet proche de l'initiative populaire,

4 ParlG, RS 171.10

Initiative populaire fédérale «Pour une caisse-maladie unique et sociale»

I

La Constitution fédérale du 18 avril 1999 est modifiée comme suit:

Art. 117, al. 3 (nouveau)

³ La Confédération institue une caisse unique pour l'assurance obligatoire des soins. Le conseil d'administration et le conseil de surveillance de cette caisse comprennent un nombre égal de représentants des pouvoirs publics, des fournisseurs de prestations et des organisations de défense des assurés.

La loi règle le financement de la caisse. Elle fixe les primes en fonction de la capacité économique des assurés.

II

Les dispositions transitoires de la Constitution fédérale sont modifiées comme suit:

Art. 197, ch. 2 (nouveau)

2. Disposition transitoire ad art. 117, al. 3 (Assurance obligatoire des soins)

La caisse unique est opérationnelle au plus tard trois ans après l'acceptation de l'art. 117, al. 3. Elle reprend les actifs et passifs des institutions d'assurances existantes en ce qui concerne l'assurance obligatoire des soins.

le Parlement peut prolonger le délai d'une année. A partir de février 2006, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national discutera de l'initiative au titre de première instance. La date à laquelle l'initiative sera soumise au peuple et aux cantons dépend uniquement des décisions du Parlement.

Marc Léderrey, lic. iur., Assurance-maladie et accidents, section Surveillance Assurance-maladie 2, Office fédéral de la santé publique.
Mél: marc.lederrey@bag.admin.ch

Monika Schuler, avocate, Assurance-maladie et accidents, section Surveillance Assurance-maladie 2, Office fédéral de la santé publique.
Mél: monika.schuler@bag.admin.ch

Assurances sociales

05.3350 – Motion Loepfe Arthur, 16.06.2005: Concrétisation de réformes structurelles importantes sur le plan des finances. Domaine social

Le conseiller national Arthur Loepfe (PDC, AI) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de mettre en œuvre dans le cadre de la stratégie d'assainissement qu'il vient d'adopter des réformes structurelles urgentes tendant à limiter, dans la mesure du possible et compte tenu de la conjoncture, l'augmentation des dépenses budgétées au renchérissement escompté. Outre les réformes requises dans les domaines des transports, de la formation et de l'agriculture, des réformes s'imposent également dans le domaine social (cf. motion Lauri/Walker, Concrétisation de réformes structurelles importantes sur le plan des finances) en vue notamment de maîtriser la progression des dépenses due en particulier au vieillissement de la population. Les réformes dans le domaine social devront porter principalement sur:

1. l'AI: en stabilisant le nombre des rentiers, qui est déjà très élevé, et en restreignant le droit à l'AI (p. ex. pour des causes psychiques ou de douleurs dorsales); en renforçant les mesures de réinsertion; en limitant la durée des prestations; en examinant les structures d'encouragement des collectivités publiques; en adaptant les rentes à l'indice des prix et en espaçant les périodes d'adaptation des rentes; enfin, en séparant les comptes de l'AI de ceux de la Confédération et de l'AVS.
2. l'AVS: en fixant pour les deux sexes, le même âge donnant droit à la retraite; en rehaussant graduellement l'âge réglementaire de la retraite, compte tenu de l'augmentation de l'espérance moyenne de vie et d'un assouplissement fondé sur des calculs actua-

riels des dispositions fixant l'âge de la retraite; en calquant les rentes sur l'indice des prix et en espaçant les périodes d'adaptation des rentes; enfin, en séparant les comptes de l'AVS de ceux de la Confédération.

Dans l'ensemble, ces réformes seront aménagées de sorte qu'elles n'entraînent pas de transfert de charges entre les différentes collectivités publiques (la Confédération, les cantons et les communes) et sur les comptes spéciaux (p. ex. les assurances sociales). Le Conseil fédéral s'assurera que ces réformes se traduisent par des allègements nets et sensibles sur le plan des dépenses. Les allègements escomptés dans chaque domaine devront être quantifiés.

Développement

Le Conseil fédéral a rendu public, le 13 avril 2005, une vaste et importante stratégie d'assainissement à laquelle on ne peut que souscrire au vu des besoins financiers et des impératifs de croissance. Il s'est vu contraint, en raison des exigences posées par le frein à l'endettement et de la nécessité de consolider durablement les finances, de mettre en œuvre des mesures immédiates comprenant les programmes d'allègement budgétaire 2003 et 2004 et un programme d'abandon des tâches. Conjointement, il s'est montré déterminé à entreprendre des réformes plus ambitieuses comme la réforme de l'administration, pour améliorer l'efficacité de cette dernière, la réduction des tâches sur une grande échelle ainsi que des réorganisations structurelles dans certains grands domaines de tâches. Sur le plan des dépenses, l'action devra porter notamment, comme il l'a souligné, sur la consolidation des finances des assurances sociales, sur l'amélioration de l'efficacité dans les domaines de tâches contribuant à la croissance ainsi que sur le désenchevêtrement des tâches dans le cadre de la NPF et des assurances sociales. Partant de

ce constat, il y a lieu d'agir en particulier dans le domaine social conformément aux propositions faites dans la présente motion.

Il y a certes de quoi être découragé par la tendance des dépenses enregistrée ces dernières années. Passant de 150 milliards à 173 milliards de francs, elles (toutes dépenses publiques confondues, y compris les assurances sociales) ont augmenté en moyenne de 3,6% par an, depuis 1999, soit de manière nettement plus forte que le renchérissement et la croissance économique. Or comme le Conseil fédéral l'a rappelé maintes fois et à juste titre, on ne saurait tolérer une telle évolution des dépenses à long terme. Même si les deux programmes d'allègement budgétaire apporteront dans l'immédiat un ballon d'oxygène du moins au niveau fédéral, force est de constater que la situation financière, notamment celle des assurances sociales, reste préoccupante. Les plans financiers de la Confédération et des cantons et surtout les perspectives concernant les assurances sociales – à court terme pour ce qui touche l'AI et la santé, à long terme en ce qui concerne l'AVS – confirment que les dépenses risquent de croître de façon excessive en dépit de toutes les mesures d'économie envisagées.

Les causes de cette évolution, qu'on ne saurait tolérer à long terme, sont plus d'ordre structurel que conjoncturel, ce que le Conseil fédéral a fort justement relevé en présentant sa stratégie d'assainissement. Durant les années de haute conjoncture, on a introduit dans certains domaines de tâches budgétaires et dont les charges sont en augmentation presque constante (comme le domaine social, les transports, la formation et l'agriculture) des réglementations génératrices de déséquilibres financiers et insuffisantes pour garantir une évolution supportable des dépenses. Pour rétablir la situation sans tarder, le Conseil fédéral se doit de poursuivre systématiquement la stratégie qu'il s'est fixé et

d'appliquer les mesures qui s'imposent lorsqu'il le jugera opportun.

Pour éviter dans la mesure du possible la mise en œuvre de nouveaux programmes d'allègement budgétaires en concertation avec le Conseil fédéral, il faut s'attaquer, si l'on veut briser cette spirale insupportable des dépenses, aux causes fondamentales de leur croissance et fixer des priorités. C'est la seule façon de retrouver la marge de manœuvre financière nécessaire pour faire face aux futures dépenses. Dans cette optique, le renchérissement constitue comme toujours l'indicateur clé pour une planification prudente et consolidée des dépenses. Diverses interventions parlementaires ont déjà demandé que les dépenses soient fixées en fonction du renchérissement. Une telle démarche répondrait par ailleurs aux principes d'une planification prudente et réaliste des recettes.

Les conséquences d'un échec des mesures d'assainissement préconisées par le Conseil fédéral et que nous soutenons par la présente motion ne doivent pas être sous-esti-

mées. Les charges qui ne cessent de croître pour cause de déséquilibre structurel et d'obligation légale pénaliseraient graduellement les autres tâches, en raison de l'application du frein à l'endettement, notamment dans le domaine des investissements et créeraient de nouveaux problèmes. Eu égard aux réalités conjoncturelles, il serait malvenu de régler le problème par une augmentation de l'impôt. Une telle mesure ne trouverait d'ailleurs pas grâce devant le peuple.»

Avis du Conseil fédéral du 14.9.2005

«Le Conseil fédéral s'est engagé dans une stratégie d'assainissement approfondie. En plus des programmes d'allègement budgétaire 2003 et 2004 et du programme d'abandon des tâches de l'administration, le Conseil fédéral examine le catalogue des tâches étatiques, pour déterminer lesquelles pourraient être abandonnées, et prépare une réforme de l'administration. Des réformes structurelles en profondeur doivent

en outre être entreprises dans différents groupes de tâches. Les révisions en cours dans l'AI et l'AVS s'inscrivent dans cette ligne.

Si les travaux en cours dans l'AVS et dans l'AI vont dans le sens indiqué par la motion et si le Conseil fédéral entend continuer à travailler dans cette voie, l'objectif de la motion en matière de sécurité sociale ne s'avère pas très réaliste. Le vieillissement démographique entraînera probablement une hausse des coûts supérieure au renchérissement. Le Conseil fédéral considère cependant cet objectif comme un point de repère, dont il est possible de s'écarter, au besoin, dans certains domaines particuliers. Il doit par ailleurs disposer d'une certaine marge de manœuvre dans la réalisation concrète des exigences formulées dans la motion.»

Déclaration du Conseil fédéral du 14 septembre 2005

Le Conseil fédéral propose d'accepter la motion.

Etat actuel: non encore traité au Conseil

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

Projet	Date du message	Publ. dans la Feuille fédérale	1 ^{er} Conseil		2 ^e Conseil		Vote final (publ. dans la FF)	Entrée en vigueur / référendum
			Commission	Plénum	Commission	Plénum		
Péréquation financière. Réforme	14.11.01	FF 2002, 2155	Com. spéc. CE ...21.5, 28.5, 14.8, 5.9.02, 24.6, 20.8.03	CE 1/2.10.02 1.10.03	Com. spéc. CN 21.10, 21.11.02, 13, 14, 27/28.1, 27.2, 25.3.03	CN 13+19.6, 29.9.03	3.10.03 (FF 2003, 6035, 6245)	Décision populaire du 28.11.04: acceptée
LF contre le travail au noir	16.1.02	FF 2002, 3438	CER-CN ...28.10, 18.11.02, 31.3/1.4.03, 26.1, 5.4.04 Sous-com. 8.5, 2 + 23.6, 8.9, 26.11.03	CN 16.6.04	CER-CE 29.6.04	CE 16.12.04	17.6.05 (FF 2005, 3973)	
Utilisation de l'or de la BNS + IP «Bénéfice de la Banque nationale pour l'AVS»	20.8.03	FF 2003, 5597	CER-CN 4.11.03 26.1, 5.4.04	CN 1.3.04 9.6.04 15.3.05	WAK-SR 28.6.04 9.3.05 (différences)	CE 28.9.04	16.12.05 (FF 2005, 6789)	
IP «Pour de plus justes allocations pour enfant»	18.2.04	FF 2004, 1195	CSSS-CN 29.4.04 29.11.05 (différences)	CN 10.3.05	CSSS-CE 4.5, 29.6.05	CE 14.6.05		
LAMal – Projet 1B Liberté de contracter	26.5.04	FF 2004, 4055	CSSS-CE 21/22.6.04		CSSS-CN 30.6.04			
LAMal – Projet 1C Réduction des primes	26.5.04	FF 2004, 4089	CSSS-CE 21/22.6, 23/24.8, 20.9, 15.11.04 7.3.05 (Diff.) Sous-com. 18.10, 8.11.04	CE 15.12.04, 8.3.05 (Diff.)	CSSS-CN 30.6, 8/9/10.9.04 13/14.1, 9.3.05 (Diff.)	CN 3.3, 10.3.05 (Diff.)	18.3.05 (FF 2005, 2125)	Entrée en vigueur: 1.1.06
LAMal – Projet 1D Participation aux coûts	26.5.04	FF 2004, 4121	CSSS-CE 21/22.6, 23/24.8.04	CE 21.9.04	CSSS-CN 30.6.04			
LAMal – Projet 2A Financement hospitalier	15.9.04	FF 2004, 5207	CSSS-CE 18/19.10.04, 24/25.1, 27/28.6, 30.8, 21.9, 31.10.05, 23/24/25.1.06 Sous-com. 28.2, 22+31.3, 11.4, 30.5, 11.8, 24.10.05	CE 20.9.05 (Refus à la CSSS-CE)				
LAMal – Projet 2B Managed Care	15.9.04	FF 2004, 5257	CSSS-CE 18/19.10.04					
LAMal – Financement des soins	16.2.05	FF 2005, 1911	CSSS-CE 29.8.05					
IP pour la baisse des primes d'assurance-maladie dans l'assurance de base	22.6.05	FF 2005, 4095	CSSS-CE 30.8.05					
5^e révision AI	22.6.05	FF 2005, 4215	CSSS-CN 22.8, 11.11.05					
AI – Simplification de la procédure	4.5.05	FF 2005, 2899		CN 4.10.05		CE 6.12.05	16.12.05 (FF 2005, 6805)	
Caisse-maladie unique et sociale init. populaire	9.12.05	FF 2006, 725						

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

Calendrier

Réunions, congrès, cours

Date	Manifestation	Lieu	Renseignements et inscription
23.3.2006	La 5 ^e révision de la LAI et la collaboration interinstitutionnelle (CII): chances et risques pour l'aide sociale	Fribourg	ARTIAS Rue des Pêcheurs 8 1400 Yverdon-les-Bains Tél. 024 423 69 66
9.5.2006	Les vrais obstacles à la planification sanitaire	Fribourg	Université de Fribourg Département Travail social et politiques sociales Rte des Bonnesfontaines 11 1700 Fribourg Tél. 026 300 77 80 tsps@unifr.ch
1/2.6.2006	Dignité humaine et handicap	Fribourg	Service de la formation continue, Université de Fribourg Ch. du Musée 8 1700 Fribourg Tél. 026 300 73 47 formcont@unifr.ch
17.10.2006	Comment notre argent est-il géré dans les caisses de pension?	Forum FNAC Fribourg	Université de Fribourg Département Travail social et politiques sociales Rte des Bonnesfontaines 11 1700 Fribourg Tél. 026 300 77 80 tsps@unifr.ch

La 5^e révision de la LAI et la collaboration interinstitutionnelle (CII): chances et risques pour l'aide sociale

La 5^e révision de la LAI est le sujet de politique sociale le plus important qui occupe actuellement le Parlement et le public. La révision entraînera-t-elle un renouvellement judicieux de l'assurance-invalidité ou simplement une situation plus difficile pour les personnes handicapées et un transfert des coûts vers l'aide sociale? Ainsi, l'OCDE, en abordant la politique suisse en matière d'invalidité, reproche à la 5^e révision de l'AI de vouloir résoudre les problèmes uniquement à l'intérieur de l'AI, une limitation qu'elle considère comme l'une de ses principales faiblesses. Mais la révision ne pourrait-elle pas constituer également une chance pour développer des approches efficaces de la collaboration interinstitutionnelle au-delà des limites des systèmes? L'AI, l'AC, l'aide sociale et les assureurs privés n'auraient-ils pas un intérêt

commun à une identification précocée, des vérifications et des mesures d'intégration coordonnées? A de nombreux endroits, les débuts d'une collaboration prometteuse existent d'ores et déjà. Par ailleurs, différents projets nationaux sont en cours de planification. Où en sommes-nous aujourd'hui en matière de collaboration interinstitutionnelle? Pouvons-nous espérer que la 5^e révision de l'AI donnera des impulsions positives? Que réserve l'avenir à l'aide sociale? Qu'attend-on d'elle?

Les vrais obstacles à la planification sanitaire

Les rapports mandatés par le Conseil des Etats, les articles de journaux, les réactions, plus ou moins violentes, de la population se multiplient depuis quelques années autour de la planification des hôpitaux publics, depuis peu autour de la planification des cliniques privées fribourgeoises. Et pourtant rien ne change: chaque année les caisses

maladie annoncent des augmentations de cotisation sans que personne ne semble être en mesure d'enrayer ce phénomène. Devrait-on alors changer et passer ainsi d'un souci de rationalisation à un souci de rationnement?

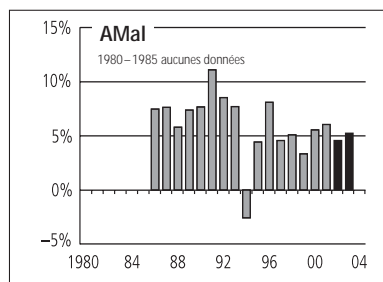
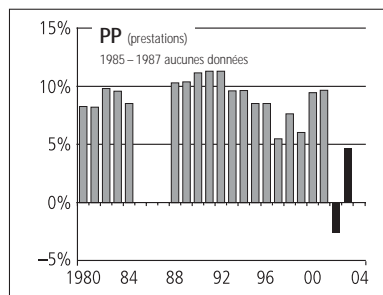
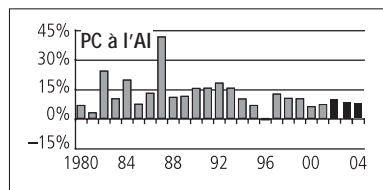
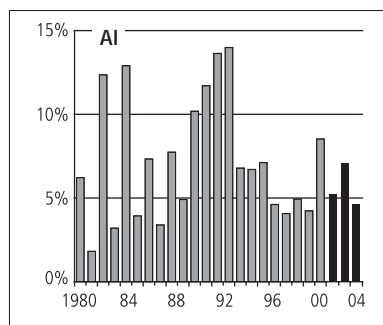
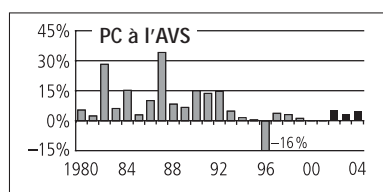
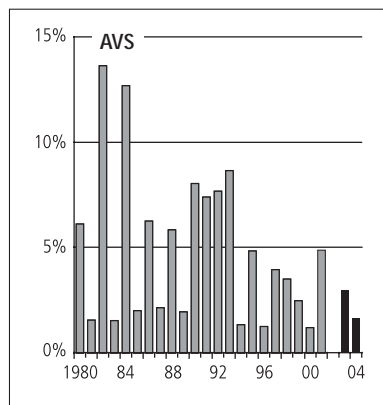
Dignité humaine et handicap

L'intégration des personnes handicapées est souvent présentée comme un «problème» qui sollicite les structures sociales, mais elle lance également un défi à la réflexion philosophique: d'un côté on en appelle au dévouement, de l'autre les frontières de la déviance se rigidifient; il en résulte une tension entre la pitié et l'exclusion effective. «L'arrêt Peruche» a même entériné l'idée que le handicap se réduit à une erreur médicale ou à un scandaleux défaut de fabrication; une instance juridique française vient ainsi d'inaugurer le passage du droit de la sélection prénatale à celui de la naissance optionnelle. Par-delà une approche technique, ce séminaire de formation continue propose d'aborder la question de la dignité humaine et du handicap sous l'angle principalement d'une réflexion philosophique s'ancrant dans les expériences professionnelles des participants.

Comment notre argent est-il géré dans les caisses de pension?

Les caisses de pension suisses gèrent une masse financière supérieure au PIB. Les assuré(e)s n'ont que très peu d'influence sur les décisions d'investissement prises par les administrateurs(trices) des caisses, notamment en matière d'investissement éthique ou de niveau d'exposition au risque. Comment peut-on légitimer un tel état de fait? La loi devrait-elle garantir une plus grande implication des assuré(e)s dans les choix d'investissement?

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AVS		1980	1990	2002	2003	2004	Modification en % TM ¹
Recettes	mio fr.	10 896	20 355	28 903	31 958	32 387	1,3%
	dont contrib. ass./empl.	8 629	16 029	21 958	22 437	22 799	1,6%
	dont contrib. pouv. publics ²	1 931	3 666	7 717	8 051	8 300	3,1%
Dépenses		10 726	18 328	29 095	29 981	30 423	1,5%
	dont prestations sociales	10 677	18 269	29 001	29 866	30 272	1,4%
	Solde	170	2 027	-191	1 977	1 964	-0,7%
	Etat compte de capital	9 691	18 157	23 067	25 044	27 008	7,8%
	Bénéficiaires de rentes AVS ³	Personnes 1 030 003	1 225 388	1 547 930	1 584 795	1 631 969	3,0%
	Bénéf. rentes veuves/veufs	Personnes 69 336	74 651	87 806	89 891	92 814	3,3%
	Cotisants AVS, AI, APG	3 254 000	3 773 000	3 995 000	4 008 000	4 042 000	0,8%

PC à l'AVS		1980	1990	2002	2003	2004	TM ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	343	1 124	1 525	1 573	1 651	5,0%
	dont contrib. Confédération	177	260	343	356	375	5,5%
	dont contrib. cantons	165	864	1 182	1 217	1 276	4,8%
	Bénéficiaires (personnes, av. 1997 cas)	96 106	120 684	143 398	146 033	149 420	2,3%

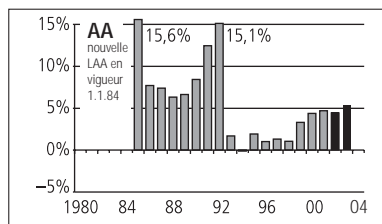
AI		1980	1990	2002	2003	2004	TM ¹
Recettes	mio fr.	2 111	4 412	8 775	9 210	9 511	3,3%
	dont contrib. ass./empl.	1 035	2 307	3 682	3 764	3 826	1,7%
	dont contrib. pouv. publics	1 076	2 067	4 982	5 329	5 548	4,1%
Dépenses		2 152	4 133	9 964	10 658	11 096	4,1%
	dont rentes	1 374	2 376	5 991	6 440	6 575	2,1%
	Solde	-40	278	-1 189	-1 448	-1 586	9,5%
	Etat compte de capital	-356	6	-4 503	-4 450	-6 036	35,6%
	Bénéficiaires de rentes AI ³	Personnes 123 322	164 329	258 536	271 039	282 043	4,1%

PC à l'AI		1980	1990	2002	2003	2004	TM ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	72	309	1 003	1 099	1 197	8,9%
	dont contrib. Confédération	38	69	220	244	266	9,1%
	dont contrib. cantons	34	241	783	855	931	8,9%
	Bénéficiaires (personnes, av. 1997 cas)	18 891	30 695	73 555	79 282	85 370	7,7%

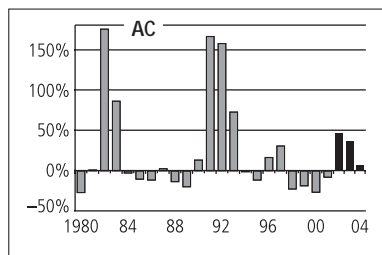
PP / 2^e pilier		1980	1990	2002	2003	2004	TM ¹
Recettes	mio fr.	13 231	32 882	45 717	46 100	...	0,8%
	dont contrib. salariés	3 528	7 704	11 717	12 300	...	5,0%
	dont contrib. empl.	6 146	13 156	16 677	16 400	...	-1,7%
	dont produit du capital	3 557	10 977	13 335	13 300	...	-0,3%
Dépenses		...	15 727	34 590	35 600	...	2,9%
	dont prestations sociales	3 458	8 737	21 698	22 600	...	4,2%
	Capital	81 964	207 200	423 600	468 000	...	10,5%
	Bénéficiaires de rentes	Bénéf. 326 000	508 000	803 064	830 000	...	-3,4%

AMal		1980	1990	2002	2003	2004	TM ¹
Recettes	mio fr.	...	8 640	15 588	17 000	...	9,1%
	dont primes (à encaisser)	...	6 954	15 363	16 857	...	9,7%
Dépenses		...	8 172	15 570	16 390	...	5,3%
	dont prestations	...	8 204	17 106	17 942	...	4,9%
	dont participation aux frais	...	-801	-2 504	-2 591	...	3,4%
	Solde comptable	...	468	19	609	...	3 178,6%
	Capital	...	-	6 266	7 050	...	12,5%
	Réduction de primes	...	332	2 848	2 961	...	4,0%

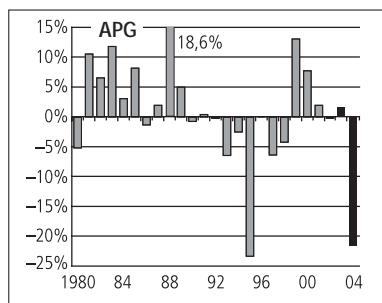
Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AA tous les assureurs		1980	1990	2002	2003	2004	TM ¹
Recettes	mio fr.	...	4 153	6 683	6 449	...	-3,5%
	dont contrib. des assurés	...	3 755	4 864	5 014	...	3,1%
Dépenses		...	3 043	4 972	5 236	...	5,3%
	dont prestations directes avec rench.	...	2 743	4 271	4 528	...	6,0%
Solde comptable		...	1 111	1 711	1 214	...	-29,1%
Capital		...	11 195	29 785	31 584	...	6,0%



AC Source: seco		1980	1990	2002	2003	2004	TM ¹
Recettes	mio fr.	474	786	6 969	5 978	4 835	-19,1%
	dont contrib. sal./empl.	429	648	6 746	5 610	4 341	-22,6%
	dont subventions	-	-	169	268	453	69,3%
Dépenses		153	502	4 966	6 786	7 107	4,7%
Solde comptable		320	284	2 004	-808	-2 272	181,2%
Fonds de compensation		1 592	2 924	2 283	1 475	-797	-154,1%
Bénéficiaires ⁴	Total	...	58 503	252 192	316 850	330 328	4,3%



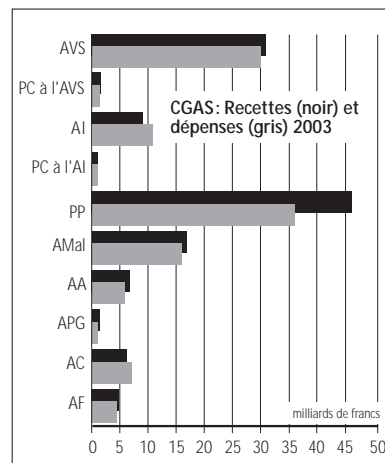
APG		1980	1990	2002	2003	2004	TM ¹
Recettes	mio fr.	648	1 060	662	932	957	2,6%
	dont cotisations	619	958	787	804	818	1,7%
Dépenses		482	885	692	703	550	-21,7%
Solde comptable		166	175	-30	229	406	77,3%
Fonds de compensation		904	2 657	3 545	2 274	2 680	17,9%

AF		1980	1990	2002	2003	2004	TM ¹
Recettes estimées	mio fr.	...	3 049	4 796	4 827	...	0,6%
	dont agric. (Confédération)	69	112	135	129	128	-0,7%

Compte global des assurances sociales (CGAS*) 2003

Branches des assurances sociales	Recettes mio fr.	TM 2002/2003	Dépenses mio fr.	TM 2002/2003	Solde mio fr.	Capital mio fr.
AVS (CGAS)	31 037	2,4%	29 981	3,0%	1 056	25 044
PC à l'AVS (CGAS)	1 573	3,1%	1 573	3,1%	-	-
AI (CGAS)	9 210	5,0%	10 658	7,0%	-1 448	-4 450
PC à l'AI (CGAS)	1 099	9,5%	1 099	9,5%	-	-
PP (CGAS) (estimation)	46 100	0,8%	35 600	2,9%	10 500	468 000
AMal (CGAS)	17 000	9,1%	16 390	5,3%	609	7 050
AA (CGAS)	6 449	-3,5%	5 236	5,3%	1 214	31 584
APG (CGAS)	863	-2,5%	703	1,6%	160	2 274
AC (CGAS)	5 978	-14,2%	6 786	36,7%	-808	1 475
AF (CGAS) (estimation)	4 827	0,6%	4 758	1,8%	69	...
Total consolidé (CGAS)	123 436	1,3%	112 085	5,1%	11 352	530 976

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



Indicateurs d'ordre économique

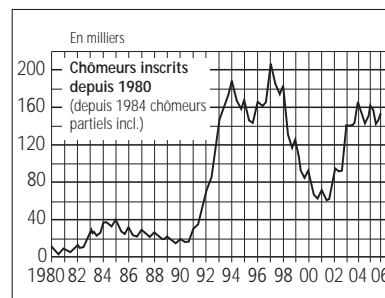
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Taux de la charge sociale ⁵ (selon CGAS)	26,36	26,15	26,47	27,53	27,15	27,31
Taux des prestations sociales ⁶ (selon CGAS)	20,04	20,16	19,91	20,76	20,94	21,94

Chômeurs(es)

	ø 2003	ø 2004	ø 2005	nov. 05	déc. 05	jan. 06
Chômeurs complets ou partiels	145 687	153 091	148 537	146 762	151 764	154 204

Démographie Scénario A-2000, depuis 2010 tendance de l'OFS

	1999	2000	2004	2010	2030	2040
Rapport dépendance <20 ans ⁷	37,9%	37,6%	35,6%	34,1%	35,4%	36,6%
Rapport dépendance des personnes âgées ⁷	23,6%	25,0%	25,5%	28,2%	41,1%	44,6%



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

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

Source : Statistique des assurances sociales suisses 2005 de l'OFAS : seco, OFS. Informations : salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Livres

Généralités

Philippe Hofman. **Une nouvelle vie pour les seniors. Psychologie de la retraite.** Editions Albin Michel, 2005. www.albin-michel.fr. 320 p. 19.50 €. ISBN 2226157344.

Attendue, espérée ou redoutée, préparée ou non, la retraite est toujours un passage. Ne plus avoir de vie professionnelle constitue un tournant sur le plan de l'identité sociale et de l'image de soi, qui a des effets sur les relations de couple, celles avec les enfants et les petits-enfants, l'entourage. Pour certains, c'est un bouleversement qui peut se traduire par des symptômes physiques, une véritable dépression. Pour d'autres, le souci des petits-enfants ou des vieux parents devient envahissant... La retraite est loin d'être un long fleuve tranquille. Philippe Hofman passe en revue tous les aspects psychologiques de la vie des seniors: le cap de la retraite et ses difficultés psychologiques, l'évolution du couple, la position de grand-parent, la dépression, l'inquiétude face aux symptômes de son propre vieillissement, notamment les pertes de mémoire. Il aide ainsi ses lecteurs à négocier le tournant et à aborder cette nouvelle tranche de vie dans les meilleures conditions.

Prévoyance

Meinrad Pitter. **Les caisses de pension publiques suisses.** Editions Slatkine, Genève 2005. 144 p. CHF 35.-. ISBN 2832101909.

Si les particularités des caisses de pension publiques ont donné lieu, depuis longtemps déjà, à des débats souvent passionnés, l'entrée en vigueur de la LPP en 1985, la dégradation de la conjoncture économique, la détérioration des finances publiques et les défis futurs lancés aux institutions de prévoyance à cause du vieillissement de la population

sont à l'origine de nouvelles interrogations fondamentales sur leur avenir. Dans les faits, plusieurs d'entre elles ont déjà quitté la primauté des prestations pour la primauté des cotisations, d'une part, et de nombreuses interventions parlementaires récentes, d'autre part, tant au niveau cantonal que fédéral, ont proposé que la capitalisation partielle du secteur public soit limitée, voire supprimée. En présentant les particularismes de la prévoyance professionnelle du secteur public, les principes qui régissent le financement des caisses de pensions publiques et les thèses de l'Association suisse des institutions de prévoyance (ASIP) sur la gestion de leur équilibre financier, l'auteur répond à un besoin d'information et prend part de façon constructive au débat actuel sur la prévoyance professionnelle en général et sur la problématique des caisses de pensions publiques en particulier.

Office fédéral de la statistique. **Situation sociale des étudiant(e)s 2005.** Premiers résultats de l'enquête menée auprès des étudiant(e)s des hautes écoles suisses. Neuchâtel, 2005. 32 p. Fr. 7.-. Numéro de commande: 255-0500 / ISBN 3-303-15369-8.

Dans le contexte d'une profonde mutation des hautes écoles suisses, il devenait urgent de dresser un portrait de la situation sociale et économique des étudiantes et des étudiants des hautes écoles suisses, dix ans après le dernier constat. Une enquête sur le sujet a de ce fait été menée au cours du semestre d'été 2005 auprès de 20 000 étudiant(e)s des hautes écoles universitaires, spécialisées et pédagogiques. Ce rapport renseigne sur la composition sociale et la diversité du corps étudiantin. Il fournit des informations sur les ressources et les dépenses des étudiant(e)s, ainsi que sur les activités rémunérées exercées par ces derniers. Avec ces données, l'étude livre ainsi des indications importantes sur les conditions-cadre sociales et économiques des études, indica-

tions susceptibles d'alimenter les discussions sur l'organisation à venir de la formation dans les hautes écoles.

Internet

Les objectifs du Conseil fédéral pour 2006

Les objectifs 2006 défendus par le président de la Confédération devant le Conseil national présentent la planification du Conseil fédéral pour la 3^e année de la législature 2003-2007.

La version imprimée des «Objectifs 2006 du Conseil fédéral» peut être obtenue gratuitement auprès de l'Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), 3003 Berne, soit en lui remettant une étiquette autocollante portant l'adresse du requérant, soit en le commandant à l'adresse électronique verkauf.zivil@bbf.admin.ch. Les «Objectifs 2006 du Conseil fédéral» sont également disponibles en ligne à l'adresse Internet www.admin.ch/ch/f/cf/rg/plan.html#zd.

Nouvelles publications

	Source N° de commande Langues, prix
Répertoire des institutions de prévoyance enregistrées, état au 1 ^{er} janvier 2006	OFCL ¹ 318.770 d/f Fr. 2.60
Rapport annuel 2004 des assurances sociales selon l'article 76 LPG A	OFCL ¹ 318.121.04 f Fr. 5.30
Assurances sociales en Suisse (dépliant)	OFCL ¹ 318.001.05/d/f gratuit
Mémento «Rentes de vieillesse et allocations pour impotents de l'AVS», état au 1 ^{er} janvier 2006	3/01/f ²
Mémento «Prestations de l'assurance-invalidité (AI)», état au 1 ^{er} janvier 2006	4/01/f ²
Mémento «Couverture d'assurance en cas de réadaptation professionnelle», état au 1 ^{er} janvier 2006	4/11/f ²
Mémento «Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI», état au 1 ^{er} janvier 2006	5/01/f ²
Mémento «Votre droit aux prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI»	5/02/f ²
Mémento «Allocation de maternité», état au 1 ^{er} janvier 2006	6/02/f ²
Mémento «Allocations familiales dans l'agriculture LFA», état au 1 ^{er} janvier 2006	6/09/f ²
Mémento «Assurance-vieillesse, survivants et invalidité facultative», état au 1 ^{er} janvier 2006	10.02/d/f/i/e/esp. ²
Mémento «Ressortissants des pays avec lesquels la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale», état au 1 ^{er} janvier 2006	10.03/d/f/i/e ²
Mémento «Réfugiés et apatrides», état au 1 ^{er} janvier 2006	11/01/d/f/i/e ²

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

2 Les mémentos AVS/AI sont disponibles gratuitement auprès des caisses de compensation et des offices AI,
ou sur Internet: www.avs-ai.ch

Sécurité sociale (CHSS)

La revue, lancée en 1993, paraît 6 fois par an. Chaque numéro contient un dossier sur un thème d'actualité. Les dossiers publiés de 2003 à 2005 :

- N° 1/03 Année européenne des personnes handicapées – la situation des personnes handicapées en Suisse
N° 2/03 –
N° 3/03 L'avenir à long terme de la prévoyance vieillesse commence aujourd'hui
N° 4/03 La pauvreté – une réalité en Suisse aussi
N° 5/03 Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'Union européenne. Premier bilan
N° 6/03 La procédure dans l'assurance-invalidité est-elle trop longue ?
- N° 1/04 Renforcer la responsabilité individuelle pour sauver l'Etat social ?
N° 2/04 Votation populaire du 16 mai 2004: 11^e révision de l'AVS/Financement de l'AVS et de l'AI
N° 3/04 Egalité femmes et hommes: 30 ans après
N° 4/04 Oui à un congé de maternité payé
N° 5/04 La 5^e révision de l'AI
N° 6/04 Rapport sur les familles 2004
- N° 1/05 Pas de dossier
N° 2/05 Partenariat enregistré – donner un cadre légal à la relation
N° 3/05 Modernisations dans l'exécution de l'AVS
N° 4/05 Justice sociale – éthique et pratique
N° 5/05 Nouveau régime de financement des soins
N° 6/05 Travailler après 50 ans
- N° 1/06 Prévoyance professionnelle – quo vadis?

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

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

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

Impressum

Editeur	Office fédéral des assurances sociales (OFAS)	Traduction	Service linguistique de l'OFAS
Rédaction	Rosmarie Marolf Mél: rosmarie.marolf@bsv.admin.ch Téléphone 031 322 91 43 Sabrina Gasser, administration Mél: sabrina.gasser@bsv.admin.ch Téléphone 031 325 93 13 La rédaction ne partage pas forcément les opinions des auteurs extérieurs à l'OFAS	Copyright	Reproduction autorisée avec l'accord de la rédaction
Commission de rédaction	Adelaide Bigovic-Balardi, Susanna Bühler, Géraldine Luisier Rurangirwa, Stefan Müller, Andrea Nagel, Caherine Fahrni	Tirage	Version allemande: 6000 ex. Version française: 2000 ex.
Abonnements et informations	OFCL 3003 Berne Téléfax 031 325 50 58 www.ofas.admin.ch Mél: verkauf.zivil@bbl.admin.ch	Prix	Abonnement annuel (6 numéros): Suisse: 53 francs (TVA incluse) Etranger: 58 francs Prix du numéro: 9 francs
		Diffusion	OFCL, Diffusion publications 3003 Berne
		Impression	Cavelti AG, Druck und Media Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2689 318.998.1/06f