

Dossier

Lutte contre les abus dans les assurances

Politique sociale

Nouvelle présentation de la Statistique des assurances sociales (SAS)

Assurance-invalidité

Les atteintes à la santé non objectivables et leurs conséquences sur l'AI

Sécurité sociale

CHSS 2/2013



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Sommaire Sécurité sociale CHSS 2/2013

Editorial	61
Chronique février/mars 2013	62

Dossier

Lutte contre les abus dans les assurances

Lutte contre la fraude, une mission de l'AI (Ralph Leuenberger, OFAS)	65
Aspects juridiques de la lutte contre la fraude dans l'AI (Ralph Leuenberger, OFAS)	68
La lutte contre les abus dans l'assurance-accidents obligatoire (Cristoforo Motta, OFSP)	74
Abus dans les allocations pour perte de gain (Nadine Schüpbach et Jörg Reinmann, OFAS)	75
Le registre des allocations familiales (Giovanna Battagliero, OFAS)	76
Lutter contre les abus grâce à la loi sur le travail au noir (Peter Jakob et Jonas Möhrle, SECO)	77
Une approche professionnelle est primordiale (Rico Zwahlen, XpertCenter SA, Berne)	78
Un procureur spécialisé dans la fraude à l'assurance – luxe ou nécessité? (Christophe Bodmer, ministère public II du canton de Zurich)	79
Lutter contre les abus, sans tabou (Martin Waser, directeur du Département des affaires sociales de la ville de Zurich)	81
Le dispositif de contrôle des aides sociales octroyées à Genève (Marc Piguët, Hospice général, Genève)	82
Les abus dans l'aide sociale : réalité ou battage médiatique? (Heinz Bonfadelli, Université de Zurich)	84

Politique sociale

Nouvelle présentation de la Statistique des assurances sociales : vers une vision globale (Stefan Müller, Salome Schüpbach et Solange Horvath, OFAS)	86
--	----

Assurance-invalidité

Les effets de la 5 ^e révision de l'AI et le potentiel à exploiter (Christian Bolliger, Büro Vatter, et Tobias Fritschi, HES Travail social; Berne)	88
Situation de logement et d'assistance des bénéficiaires d'une allocation pour impotent (Jürg Guggisberg, BASS, Berne)	93
Les atteintes à la santé non objectivables et leurs conséquences sur l'AI (Ralf Kocher, OFAS)	97

Parlement

Interventions parlementaires	103
Législation : les projets du Conseil fédéral	107

Informations pratiques

Statistiques des assurances sociales	108
Calendrier (réunions, congrès, cours)	110
Livres	111

Notre adresse Internet :

www.ofas.admin.ch



Pour un débat plus factuel sur les abus dans les assurances



Rolf Camenzind

Responsable de la Communication,
Office fédéral des assurances sociales

Dans le dossier du présent numéro de Sécurité sociale, il est question de la lutte contre la fraude et les abus. Vous y découvrirez les méfaits auxquels sont confrontées les diverses assurances sociales et l'aide sociale, les moyens qu'elles mettent en place pour les combattre et leur situation par rapport aux assurances privées. Lutter contre les abus dans le monde des assurances, cela ne revient pas seulement à traquer les escrocs qui essaient de toucher des sommes auxquelles ils n'ont pas droit. Dans le régime des allocations pour perte de gain (APG), par exemple, on a constaté que des organes étatiques avaient considéré cette assurance comme un self-service. Vous trouverez aussi dans ce dossier une présentation de la jurisprudence actuelle, qui a développé des lignes directrices précises, surtout pour la surveillance; un article relatant les expériences d'un procureur; une définition des notions d'abus et de fraude, pas toujours bien comprises; et enfin un article qui analyse la couverture médiatique sur ce thème. Analyse, qui montre que la lutte contre la fraude et les abus n'était pas un sujet qui préoccupait l'opinion publique il y a encore dix ans. Seuls quelques très rares cas ont fait surface, mais sans réellement provoquer de remous. Le sujet était non seulement relégué en second plan, négligé, voire ignoré, mais également considéré comme tabou, comme vous le découvrirez dans l'article du conseiller municipal zurichois Martin Waser. C'est seulement au milieu des années 2000 que la problématique a éclaté au grand jour et fait la une des médias, avec l'apparition et la propagation de la controverse politique sur le financement de l'Etat social, principalement en lien avec l'assurance-invalidité et l'aide sociale. Pendant longtemps, l'impression dominante a été que les assurances sociales ne voulaient pas lutter contre les abus et la fraude

et qu'elles n'avaient d'ailleurs pas les moyens pour le faire efficacement. La mauvaise communication de la part des acteurs concernés était largement responsable de cette impression.

Depuis, la discussion a pris une tournure plus objective. Les assurances sont mieux structurées et les autorités ont intensifié et amélioré leur communication. Les cas relatés dans les médias sont le plus souvent des cas découverts, et poursuivis, par les autorités compétentes et non plus par des dénonciateurs courageux agissant à l'insu des autorités. La lutte active contre la fraude n'a manifestement pas éveillé une suspicion générale à l'encontre des bénéficiaires de prestations, comme d'aucuns le craignaient. Bien au contraire, elle a pratiquement coupé court à tout scandale.

Les articles du dossier montrent que la lutte contre les abus et la fraude est payante. Pour les assurances privées, les raisons de cette lutte sont avant tout économiques: un assureur qui verse des prestations indues deviendra rapidement plus cher que la concurrence et disparaîtra donc assez vite du marché. Les assurances sociales obligatoires et l'aide sociale ne sont, en effet, pas soumises à des logiques concurrentielles. Cependant, elles sont politiquement exposées, car leur financement dépend de processus démocratiques, tant que la majorité des citoyens juge que les prestations de l'Etat social sont justifiées, elle sera prête à payer le prix de cette solidarité. Une assurance sociale qui se laisserait escroquer perdrait tôt ou tard la confiance des citoyens. Une gestion transparente et une lutte crédible contre les abus et la fraude peuvent prévenir ce risque.

Certaines voix prétendent que la lutte contre les abus et la fraude témoigne d'un système inefficace, dans lequel trop de moyens sont gaspillés. Selon une autre vision, des assurances sociales offrant des prestations de base inconditionnelles au lieu de couvrir des risques concrets et de compenser les ressources manquantes seraient mieux protégées contre les abus et moins coûteuses. Ce débat s'enflammera bientôt si l'initiative populaire pour un revenu de base inconditionnel obtient assez de signatures d'ici au mois d'août. Inutile cependant de se bercer d'illusions: un revenu de base inconditionnel qui soit suffisamment élevé n'est pas finançable ou, s'il l'était, le système mis en place ne serait pas social dans bien des cas. Il faudrait de toute façon continuer à compter sur des prestations supplémentaires, liées à des conditions d'obtention. Le risque d'abus et de fraude resterait donc intact, et avec lui, la nécessité de combattre ces deux maux.

Nouvelle rédactrice à la tête de la revue



La revue « Sécurité sociale CHSS » a une nouvelle rédactrice en chef. La responsabilité rédactionnelle de « Sécurité sociale » échoit en effet, depuis le 1^{er} février, à Suzanne Schär.

Suzanne Schär a étudié l'histoire moderne, les sciences politiques et la linguistique anglaise aux universités de Berne et de Pennsylvanie (à Philadelphie, Etats-Unis). Titulaire d'une licence en histoire, elle a également obtenu un master en administration publique de l'Université de Berne.

Son parcours professionnel l'a menée de l'université au Dictionnaire historique de la Suisse (DHS), où elle a été rédactrice scientifique pendant douze ans, assumant notamment la responsabilité de la structure rédactionnelle et la direction de l'édition électronique du DHS. Elle a ensuite travaillé à l'Institut d'études politiques de l'Université de Berne comme auteure de l'« Année politique suisse », tout en étant rédactrice en chef adjointe et coresponsable de la nouvelle formule de l'annuaire.

Je me réjouis que l'OFAS ait trouvé en elle une nouvelle rédactrice en chef pour la revue, qui ait à la fois l'expérience indispensable à la direction d'une publication spécialisée de haut niveau et une grande familiarité avec la politique suisse et ses particularités.

Rolf Camenzind, responsable de la Communication de l'OFAS

Assurances sociales

Nouvelle direction des comités CII nationaux

Pour les années 2013-2014, la direction des trois comités nationaux « Collaboration Interinstitutionnelle, (CII) » est transférée à l'assurance-invalidité. Stefan Ritler, vice-directeur à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), chef du domaine de l'Assurance-invalidité, prend la direction du comité national de pilotage et Marie-France Fournier, Adjointe de direction et Responsable réadaptation à l'Office cantonal AI du Valais, celle du comité de développement et de coordination. Le bureau national CII sera présidé par Prisca Vythelimgum.

Questions familiales

Les aides financières à l'accueil extrafamilial pour enfants

Depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les aides financières à l'accueil extrafamilial pour enfants, il y a 10 ans, 2219 demandes ont été approuvées. La demande est toujours importante. Durant la 10^e année du programme, 384 demandes ont été enregistrées. Ainsi, la Confédération a soutenu la création de 39 500 nouvelles places d'accueil. Ceci correspond à une augmentation d'environ 79 %. Comme le crédit disponible ne semblera pas suffire, le DFI a édicté un ordre de priorité, valable dès le 1^{er} janvier 2013, afin de répartir les aides financières de manière aussi équilibrée que possible entre les régions.

Enfants et jeunes

Protection des jeunes face aux médias

Cyberharcèlement, pornographie et représentations de la violence sont

quelques-uns des dangers provenant d'Internet, des réseaux sociaux et des médias dits de divertissement. Le programme national Jeunes et médias a pour objectif d'aider les enfants et les jeunes à connaître ces dangers et à utiliser les médias numériques en toute sécurité. Arrivés à mi-parcours, les partenaires du programme tirent un premier bilan positif. L'approche de l'éducation par les pairs a en particulier été jugée prometteuse et doit être mise en œuvre dans le cadre de projets ayant valeur de modèle. La Confédération entend évaluer d'ici 2015 l'opportunité d'une nouvelle réglementation à l'échelle fédérale.

Projet national Jeunes et médias

L'OFAS publie deux rapports de recherche élaborés dans le cadre du projet national Jeunes et médias. Le premier donne un éclairage sur le concept pédagogique de l'éducation par les pairs dans l'optique de la promotion des compétences médiatiques. Sur la base d'une revue de la littérature et d'entretiens avec des experts, il établit une classification systématique du concept de l'éducation par les pairs. Le deuxième rapport fait un état des lieux des offres d'information et de formation ainsi que des stratégies cantonales dans le domaine de la protection des jeunes face aux médias. Il met le doigt sur les lacunes et les possibilités d'amélioration et propose d'instituer des critères de qualité (voir rubrique nouvelles publications).

Mise au concours de trois projets de recherche dans le cadre du Programme Jeunes et médias

La responsabilité de la régulation relative à la protection des enfants et des jeunes face aux médias se partage entre la Confédération et les cantons. A côté de la régulation étatique, l'autorégulation des branches concernées joue un rôle important. Dans le cadre du programme Jeunes et médias, une évaluation globale indiquera comment les cantons et les branches des médias anticipent leurs devoirs de régulation, s'il existe un

besoin de régulation supplémentaire au niveau fédéral, et quelle forme devrait prendre à l'avenir en Suisse la protection des jeunes face aux médias. Afin de disposer de bases fondées, l'OFAS va attribuer différents mandats dont le premier – déjà en cours – porte sur les tendances en matière de développement et d'utilisation des médias digitaux. Le deuxième mandat doit recenser et contrôler les activités des cantons correspondant à la dimension régulatrice de la protection des enfants et des jeunes face aux médias. Le troisième mandat doit résumer les mesures d'autorégulation prises par les branches dans les domaines du cinéma, des jeux vidéo, des télécommunications et d'Internet et les évaluer

au niveau de la mise en œuvre et de l'efficacité. Le quatrième mandat doit réaliser une analyse systématique des modèles de régulation spécifiques et transversaux aux médias d'autres pays, identifier des exemples de bonnes pratiques et formuler des recommandations pour la Suisse.

Santé publique

Stratégie globale Santé2020

Le Conseil fédéral a approuvé la stratégie globale Santé2020. Touchant l'ensemble du système de santé, celle-ci comprend 36 mesures visant à assurer la qualité de vie, à renforcer l'égalité des chances, à améliorer la qualité

des soins et à optimiser la transparence. Ces mesures concernent quatre domaines d'action et leur mise en œuvre se fera progressivement au cours des prochaines années, et ce, de concert avec les principaux acteurs impliqués. La stratégie vise à éviter des maladies et la souffrance qu'elles engendrent en misant sur des mesures efficaces dans le domaine de la prévention, du dépistage et des soins de longue durée, à renforcer les compétences individuelles en matière de santé dans tous les groupes de la population, à éviter les traitements inutiles et les éventuelles complications, mais aussi à exploiter au mieux le potentiel de gain d'efficacité par des structures transparentes et un pilotage du système réglementé plus clairement.

Lutte contre les abus dans les assurances

**Les entreprises doivent
calculer au plus juste.
Les assurances sociales
aussi.**

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'économie DE
Bundesrat d'Etat à l'économie SECO

Pas de travail au noir. Tout le monde y gagne.

www.pas-de-travail-au-noir.ch

Photographie: Secrétariat d'Etat à l'économie SECO

Les articles de notre dossier mettent en lumière les efforts déployés ces dernières années par les assureurs privés, puis par les assurances sociales pour combattre la fraude et l'escroquerie à l'assurance. Ils brossent un tableau nuancé des défis quotidiens que doivent relever assureurs et autorités publiques dans l'évaluation des demandes de prestations. Ils exposent également l'évolution de la jurisprudence et de la législation. Enfin, ils témoignent de la volonté de toutes les instances concernées d'assumer efficacement et durablement le mandat politique et social que représente la lutte contre les abus.

La lutte contre la fraude, une mission de l'AI

La lutte contre la fraude à l'assurance (LFA), livrée depuis longtemps par les assureurs privés, a gagné en importance également dans les assurances sociales. L'escroquerie et la fraude aux assurances sociales, évoquées dans la discussion sur le manque de réaction des autorités ou des assurances face aux agissements de ce que l'on appelle les pseudo-invalides, ont suscité un grand écho médiatique. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, la LFA est devenue ces dernières années une tâche à part entière et menée de façon professionnelle.



Ralph Leuenberger
Office fédéral des assurances sociales

1 Définitions

Est considéré comme **fraude à l'assurance** tout acte (ou toute absence d'acte) d'un assuré ou d'un tiers impliqué dont l'objectif est d'obtenir indûment une prestation d'assurance.

Pour l'AI, cela concerne avant tout la simulation d'une atteinte à la santé dans l'intention de tromper le médecin, afin que celui-ci établisse un « faux » certificat médical. Dans un cas, un assuré a simulé une malvoyance proche

de la cécité et a obtenu diverses prestations de l'AI. La surveillance a montré par la suite qu'il pouvait entre autres conduire sans problème et démonter un échafaudage posé contre une maison.

La communication à l'assurance de fausses informations ou la dissimulation d'informations, dans le but d'obtenir une prestation induue ou plus élevée que celle véritablement due, sont courantes également. On peut mentionner ici l'exemple d'une personne qui souffrait entre autres de maux de dos et qui percevait à ce titre une rente entière. Elle a pu être observée alors qu'elle exécutait des travaux de plâtrage durant une journée entière.

De tels actes ou omissions remplissent souvent les éléments constitutifs d'une infraction. C'est pourquoi on parle aussi d'**escroquerie à l'assurance**, pour souligner le fait que l'AI se concentre sur les cas de lutte contre la fraude qui éveillent des soupçons d'intention délictueuse. Mais en fin de compte, la situation doit toujours être considérée indépendamment du caractère punissable du comportement en question. Il s'agit en effet de combattre la **perception induue de prestations**, formulation utilisée dans l'art. 59, al. 5, LAI.

Dans le présent article, nous utilisons principalement les notions de fraude à l'assurance et de lutte contre la fraude à l'assurance (LFA).

2 Nombre de cas

C'est sans doute en raison de l'augmentation du nombre de cas que les assurances privées ont introduit, quelques années avant les assurances sociales, une gestion poussée des cas de fraudes. Malgré cela, l'Association Suisse d'Assurances (ASA) ne dispose d'aucune statistique en matière de lutte contre la fraude à l'assurance. Elle part du principe qu'environ 10 % des paiements de sinistres (principalement de la branche Assurance de choses) reposent sur des revendications frauduleuses.¹ Dans l'AI, la décision relative aux prestations repose sur un examen détaillé de la situation d'un point de vue médical et professionnel.² On a donc toujours estimé que le nombre de prestations perçues indûment dans l'AI était nettement moins élevé que dans l'assurance privée. Avant l'entrée en vigueur de la 5^e révision de l'AI, il n'y avait – toutes assurances sociales confondues – pratiquement pas de données fiables sur la question des fraudes. En 2006, Bachmann/D'Angelo³ estimaient à 5 % la proportion de rentes perçues indûment. Un rapport de recherche man-

1 Pour plus de détails, voir <http://www.svv.ch/fr>

2 Pour plus de détails, voir CHSS 3/2009, pp. 168 s.

3 Bachmann, Reto, D'Angelo, Markus, Die Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs in der Invalidenversicherung in SZS/RSAS 2007, Heft 2, pp. 133 ss.

daté par l'OFAS⁴ a abouti en 2008 à une estimation similaire. D'après certains indices des méthodes de recherche, les estimations des deux études sont plutôt surestimées.

Le nombre de cas détectés depuis l'entrée en vigueur de la 5^e révision de l'AI et la mise en œuvre opérationnelle du système de lutte contre la fraude à l'assurance dans l'AI renforcent la supposition que le nombre de cas d'abus se situe en-dessous de ces estimations.

Indépendamment du nombre effectif de cas, une lutte systématique contre la fraude est importante, car il suffit de quelques exemples pour provoquer une perte de confiance énorme dans le système des assurances sociales. Il s'agit d'éviter que l'économie et les salariés, qui contribuent considérablement au financement de l'AI, n'aient l'impression que l'AI distribue l'argent n'importe comment. Une procédure rigoureuse pour combattre la fraude n'est donc pas seulement dans l'intérêt de la grande majorité des bénéficiaires de rentes honnêtes mais aussi du système dans son ensemble.

3 Base légale et organisation de la LFA dans l'AI

3.1 Législation

Pendant les travaux préparatoires de la 5^e révision, il n'a pas été question de LFA. Ce n'est que dans le cadre des débats parlementaires que ce thème a été abordé. Outre une meilleure utilisation des instruments existants, la commission préparatoire du Conseil national a proposé, via l'art. 59, al. 5, LAI,⁵ une nouvelle disposition légale qui donnerait à l'AI, comme c'est le cas pour les assureurs privés, la possibilité de faire appel à des spécialistes de la LFA et d'ordonner une surveillance des assurés. L'article a été adopté par les deux chambres et a entraîné l'institutionnalisation de la LFA dans l'AI. Le concept élaboré ensuite par l'OFAS est entré en vigueur en été 2008. Depuis cette date, tous les offices AI disposent d'un spécialiste LFA, voire de toute une équipe. Ainsi, depuis l'entrée en vigueur de la 5^e révision, la lutte contre la fraude dans l'AI a pris la forme d'un processus qui fonctionne bien, dans le cadre du mandat d'instruction rempli par les offices AI.

3.2 Déroulement du processus de la LFA

Le processus de la LFA se déroule en quatre phases: identification des cas suspects, enquête et examens approfondis, surveillance en dernier recours et enfin application du droit des assurances et de mesures pénales.

Identification des cas suspects

Des incohérences ou des contradictions dans le dossier constituent une source d'indices importante pour les soupçons de fraude. Une des tâches des collaborateurs de l'AI chargés de l'instruction est de les repérer.

La collaboration avec d'autres assurances ou avec des tiers (p. ex. organes de contrôle pour la lutte contre le travail au noir) peut également fournir des éléments et des informations importants.

Il convient par ailleurs de ne pas négliger les soupçons communiqués par la population, qui peuvent renforcer des indices existants ou souvent justifier un examen plus attentif du dossier. Les spécialistes LFA sont tout à fait conscients que, dans certains cas, des motifs personnels peuvent inspirer une communication injustifiée. Ils s'en accommodent, car il ne faut pas sous-estimer l'effet préventif de la prise de conscience que l'AI prend au sérieux les faits rapportés par des tiers, même s'ils sont anonymes (env. un tiers des communications). Les indications sont toujours traitées de manière confidentielle.

Enquête et examens approfondis

En présence d'indices suffisants de fraude, le cas est transmis aux spécialistes LFA pour un examen approfondi (p. ex. données sur le revenu, recherches sur Internet, visite surprise à domicile, enquête de voisinage). Ces spécialistes conjuguent des connaissances en médecine des assurances à une expérience en matière d'investigations policières. Pour ces enquêtes, l'AI travaille en étroite collaboration avec d'autres assurances impliquées dans le même cas.

Surveillance

Si une enquête approfondie ne suffit pas à faire la preuve de prestations indûment perçues lorsqu'il y a un soupçon, une surveillance de l'assuré peut être requise.⁶ Les offices AI sont tout à fait conscients qu'il s'agit d'une affaire délicate et n'interviennent jamais à la légère dans la sphère privée d'un assuré. L'utilisation de cet instrument est également très coûteuse et c'est pourquoi la surveillance n'entre en ligne de compte qu'en dernier recours, pour la constitution de la preuve et si le montant du dommage est potentiellement élevé (habituellement les rentes, éventuellement les allocations pour impotent). En raison des exigences professionnelles élevées, les mandats d'observation sont confiés à des entreprises dûment qualifiées. Il arrive également que les offices AI collaborent avec la police ou qu'ils disposent eux-mêmes de personnel qualifié.

4 Prestations non conformes aux objectifs de l'assurance-invalidité, CHSS 1/2008, p. 53. Le rapport de recherche complet « Nicht zielkonforme Leistungen in der Invalidenversicherung: Bedeutung und Grössenordnung » (en all., avec des résumés en fr./it./angl.), est disponible sur le site <http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=fr>

5 Pour plus de détails sur la genèse de cette disposition, voir également CHSS 3/2009, pp. 168 ss.

6 Pour les questions juridiques relatives à la surveillance, voir l'article « Aspects juridiques de la lutte contre la fraude dans l'AI ».

**Application du droit des assurances
et de mesures pénales**

Il est fondamental de procéder correctement sur le plan juridique. Si la fraude est démontrée, l'office AI doit supprimer le droit à la rente ou réduire la prestation, et réclamer la restitution des prestations indûment perçues. Le dépôt d'une plainte pénale doit également être examiné, en considérant non seulement les actes relevant du droit pénal (p. ex. l'escroquerie) mais, le cas échéant, également les délits et contraventions visés aux art. 87 et

88 LAVS (avant tout l'obtention d'une prestation par des indications fausses ou incomplètes et le non-respect de l'obligation de renseigner).

Depuis l'introduction de la stratégie LFA en 2008, l'AI a institutionnalisé efficacement la lutte contre la fraude. Ses instruments ont fait leurs preuves dans la pratique et sont développés en permanence. Dans l'ensemble, on peut dire que, grâce à l'art. 59, al. 5, LAI et à la jurisprudence qui en découle,⁷ l'AI est en mesure de lutter contre la fraude de façon efficace et rentable.

7 A ce sujet, voir l'article « Aspects juridiques de la lutte contre la fraude dans l'AI ».

Ralph Leuenberger, lic. iur., service juridique du domaine AI, OFAS.
Mél.: ralph.leuenberger@bsv.admin.ch

Aspects juridiques de la lutte contre la fraude dans l'AI

Le présent article commence par analyser l'évolution de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à cet instrument clé de la lutte contre la fraude à l'assurance qu'est la surveillance. Il présente en détail la situation juridique et s'arrête sur les mesures législatives prévues, qui concernent la suspension des prestations à titre provisionnel, le retrait de l'effet suspensif et les délais applicables aux demandes de restitution. Il souligne en outre le besoin d'optimiser les titres juridiques permettant la suppression ou la réduction des prestations, à savoir la révision et la reconsidération.

Ralph Leuenberger

Office fédéral des assurances sociales

En vertu de l'art. 2 CC, chacun est tenu d'exercer ses droits et d'exécuter ses obligations selon les règles de la bonne foi (al. 1), et l'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi (al. 2). Ces principes fondamentaux sont également applicables en matière de lutte contre la fraude à l'assurance. Une personne qui ne se conduit pas correctement envers l'AI et ne respecte donc pas les règles de la bonne foi ne peut se prévaloir de tous les droits imaginables dont jouissent en principe les assurés honnêtes. Au contraire, la fraude ne mérite pas de protection juridique au sens où il faut admettre qu'elle péjore la position juridique, ne fût-ce que parce que la pesée des intérêts penchera en faveur de l'assurance.

Ce principe est d'autant plus important que la procédure juridique comprend un certain nombre de pierres d'achoppement et d'obstacles qui viennent parfois compliquer la lutte contre la fraude. Le Tribunal fédéral a clarifié certaines questions fondamentales, mais divers points doivent encore être réglés au niveau législatif.

Rappelons ici que la lutte contre la fraude à l'assurance est une nécessité qui ne concerne qu'un petit groupe d'assurés indélébiles.¹ Les assurés honnêtes et corrects – la grande majorité – ne sont pas concernés : pour qu'un assuré fasse l'objet de soupçons, il faut d'abord

qu'on ait relevé des contradictions et des incohérences.

1 Surveillance

1.1 Discussion politique et analogies avec la LAA

Dans le cadre des débats parlementaires relatifs à la 5^e révision de l'AI, le thème de la lutte contre la fraude s'est souvent résumé à la question de savoir s'il était autorisé de surveiller (dans l'espace public, en prenant des photos et en tournant des vidéos) une personne faisant l'objet de soupçons. A la question ordinaire « Contrôle et surveillance vidéo d'assurés »² posée le 18 juin 2003 par la conseillère nationale Leutenegger Oberholzer, le Conseil fédéral a répondu que la Suva n'ordonne une surveillance ciblée qu'en cas de soupçons particulièrement fondés, soit dans un à trois cas par an, et qu'elle veille scrupuleusement à ce que les recherches et la surveillance visuelle n'aient lieu que dans l'espace public. Il lui est également arrivé d'utiliser le résultat de surveillances menées par des assureurs RC, pour autant que ceux-ci aient respecté la sphère privée de l'assuré. Dans sa réponse, le Conseil fédéral a aussi précisé que l'AI n'avait pour sa part jamais utilisé les résultats de surveillances menées par des compagnies d'assurance privées et qu'elle ne prévoyait pas de leur confier des mandats de surveillance. Il a par ailleurs souligné que les assurances sociales doivent prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires. Selon lui, la jurisprudence du Tribunal fédéral laisse entendre que la maxime inquisitoire inscrite à l'art. 43 LPGA constitue une base légale suffisante pour utiliser comme preuves fournies par des tiers les résultats d'une surveillance visuelle ou vidéo. En outre, il estime que les assurances sociales peuvent se baser sur l'art. 56, al. 3, de la loi fédérale de procédure civile fédérale (en relation avec l'art. 19 PA et l'art. 55 LPGA) pour ordonner elles-mêmes une surveillance visuelle ou vidéo à l'insu de l'assuré, car ces deux méthodes constituent une forme d'inspection sans information préalable des parties concernées. Dans le domaine de l'assurance-accidents, le Tribunal fédéral des assurances a retenu que l'intérêt public justifiant une restriction de la protection de la sphère privée consiste en la nécessité de ne pas fournir des prestations indues. Dans l'intérêt des cotisants, la Suva et les autres assureurs-accidents sont tenus, en cas de suspicion, de vérifier leur obligation de prestation avec les moyens appro-

1 Cf. l'article « Lutte contre la fraude, une mission de l'AI », point 2.

2 Question ordinaire 03.1077 : www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20031077 (consulté le 11.3.2013).

priés. Le Conseil fédéral ajoute que comme la surveillance constitue une atteinte importante à la protection de la sphère privée, elle n'est envisageable que si les motifs de suspicion sont majeurs et que les autres moyens de preuve pour les confirmer ou les éliminer ont été épuisés. Il se réfère ici implicitement à l'ATF 129 V 323 du 25 février 2003, dans lequel le Tribunal fédéral avait statué que la Suva, dans sa fonction d'assureur-accidents, avait le droit d'utiliser les résultats de la surveillance menée par un assureur RC pour autant que les conditions de l'art. 36 Cst. soient remplies. Le Tribunal fédéral n'avait cependant pas précisé si la Suva pouvait organiser elle-même une telle surveillance. Cet arrêt a été confirmé par l'ATF 132 V 241 du 20 mars 2006, qui s'appuie aussi sur la LPGA. Pour le Tribunal fédéral, l'art. 43, al. 1, LPGA impose à l'assureur-accidents de prendre les mesures d'instruction nécessaires, mais ne prévoit pas de limitation des moyens de preuve. Ainsi les organes chargés d'appliquer la LAA sont, en vertu de l'art. 96, let. b, LAA, habilités à traiter ou faire traiter les données personnelles qui leur sont nécessaires pour établir le droit aux prestations.³ Le Tribunal fédéral répondait ainsi, provisoirement, à la question de la conformité au droit d'un mandat de surveillance confié par la Suva à un détective privé, avant de la clarifier définitivement dans l'ATF 135 I 169 du 15 juin 2009.

Avant l'entrée en vigueur de la 5^e révision, il s'agissait avant tout pour l'AI de déterminer si cette jurisprudence touchant le domaine de l'assurance-accidents s'appliquait par analogie aux cas qui la concernent. Etant donné que l'art. 43, al. 1, LPGA s'applique également à l'AI et que l'art. 49a LPGA, en relation avec l'art. 66 LAI, règle le traitement des données personnelles de manière similaire à l'art. 96, let. b, LAA, mais aussi que la notion d'invalidité est identique dans les deux branches d'assurance, le Tribunal fédéral a conclu à la possibilité d'une application par analogie.⁴ Depuis l'arrêt du Tribunal fédéral I 921/05 du 24 novembre 2006 (consid. 4), l'AI estime pouvoir compter sur une application analogue.

1.2 Arrêt de principe du Tribunal fédéral

L'arrêt de principe **ATF 137 I 327** du 11 novembre 2011 a clarifié de nombreuses questions relatives à la surveillance dans le domaine de l'AI (et, par analogie,

des autres assurances sociales). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a étudié en profondeur les effets potentiels d'une surveillance menée par l'AI sur la protection de la sphère privée (et, le cas échéant, de la liberté personnelle), en s'appuyant sur l'art. 36 Cst. En vertu de cet article, la restriction d'un droit fondamental protégé par la Constitution nécessite le respect de quatre conditions: elle doit reposer sur une base légale, être justifiée par un intérêt public, respecter le principe de la proportionnalité et respecter l'essence du droit fondamental en question.

Premièrement, le Tribunal fédéral considère que **l'essence de l'art. 13 Cst.** (protection de la sphère privée) n'est **pas touchée** lorsque la surveillance d'un assuré par un détective privé est effectuée dans l'espace public ou dans l'espace privé publiquement observable.⁵

En ce qui concerne la **base légale**, le Tribunal fédéral retient d'abord que l'art. 43 LPGA, en relation avec l'art. 28, al. 2, LPGA, autorise la surveillance des assurés, du moins lorsqu'elle est limitée à l'espace public.⁶ Il ajoute que l'art. 59, al. 5, LAI offre en outre, pour l'AI, une base légale spécifique suffisante pour le recours à des détectives privés, d'autant que l'atteinte à la sphère privée au sens de l'art. 13 Cst. ne peut pas être considérée comme grave si la surveillance a été effectuée dans l'espace public ou dans l'espace privé directement observable par chacun.⁷

Pour le Tribunal fédéral, l'**intérêt public** justifiant de restreindre la protection de la sphère privée consiste à ne verser que des prestations qui sont dues, afin de ne pas porter préjudice à l'ensemble des assurés. Cet intérêt à lutter efficacement contre la fraude, reconnu dans le droit des assurances privées comme propre à justifier l'atteinte à la personnalité résultant d'une surveillance, vaut également en droit des assurances sociales.⁸ L'intérêt public à autoriser les surveillances est donc avéré.

Au sujet de la **proportionnalité** de la surveillance, le Tribunal fédéral estime qu'il faut procéder à une pesée des intérêts prenant en compte trois aspects: l'**adéquation, la nécessité et l'exigibilité**.⁹ Ordonner une surveillance par un détective privé constitue un **moyen adéquat** pour observer un assuré dans l'accomplissement de ses tâches quotidiennes. Le Tribunal fédéral a aussi précisé que la présence d'un soupçon initial suffisant n'est pas nécessaire, cette condition concernant uniquement la poursuite pénale. C'est plutôt le **justification objective de la surveillance** qui est retenue comme élément important dans la pesée des intérêts en matière de protection de la personnalité. Il faut que des éléments concrets¹⁰ jettent le doute sur les atteintes à la santé ou l'incapacité de travail invoquées par l'assuré. Il faut également procéder à une pesée des intérêts pour apprécier l'exigibilité de la surveillance. Du fait que l'assuré concerné fait valoir des prétentions envers l'assurance, il est tenu de collaborer à l'examen de son état de santé et de sa

3 Cf. ATF 132 V 241, consid. 2.5.1.

4 Cf. ATF 119 V 468, consid. 2b, et ATF 126 V 288, consid. 2a.

5 Cf. ATF 137 I 327, consid. 5.1 et 5.6 in fine.

6 Cf. ATF 137 I 327, consid. 5.1.

7 Cf. ATF 137 I 327, consid. 5.2.

8 Cf. ATF 137 I 327, consid. 5.3.

9 Cf. ATF 137 I 327, consid. 5.4 et 5.5.

10 Par exemple comportement contradictoire de l'assuré, doute sur sa bonne foi (sur la base d'indications ou d'observations de tiers) ou incohérences dans les examens médicaux (exagération, simulation, etc.).

capacité de travail et doit accepter que l'AI procède, éventuellement à son insu, aux examens objectivement justifiés. La durée et la nature de la surveillance doivent en outre être appropriées (respect de la proportionnalité au sens étroit). Le Tribunal fédéral considère qu'il existe en l'espèce un rapport raisonnable entre l'objectif poursuivi par la surveillance – éviter la perception induite de prestations – et l'atteinte à la sphère privée de l'assuré qui en résulte.

En ce qui concerne la nature de la surveillance, à savoir l'endroit où elle a eu lieu, le Tribunal fédéral estime que des enregistrements relativement courts d'activités quotidiennes sans lien étroit avec la sphère privée ne portent guère atteinte à celle-ci, de sorte qu'en ce cas la restriction des droits de la personnalité n'est pas grave. En ce sens, la surveillance d'un assuré se tenant sur son balcon, librement observable depuis la rue¹¹, est autorisée, tout comme celle d'un assuré faisant ses courses dans un magasin.¹² En revanche, il est interdit de surveiller un assuré dans la cage d'escalier ou la buanderie de son immeuble.¹³

Une surveillance effectuée dans le cadre décrit par le Tribunal fédéral ne contrevient donc pas à l'art. 179^{quater} CP (violation du domaine secret ou du domaine privé au moyen d'un appareil de prise de vues).¹⁴

En résumé, on peut conclure de cette jurisprudence du Tribunal fédéral que seuls deux points liés à la proportionnalité méritent encore un examen plus poussé. Il faudra veiller dans chaque cas à la justification objective de la surveillance et au respect du cadre temporel et spatial fixé pour elle par la loi.

Par sa jurisprudence et surtout l'arrêt de principe ATF 137 I 327, le Tribunal fédéral a clarifié le cadre dans lequel la lutte contre la fraude peut s'effectuer, de sorte que

les assurés ne pourront plus se prévaloir de manière générale dans leurs recours de l'interdiction de mener une surveillance.

1.3 Rapport entre surveillance et évaluation médicale

Le calcul de l'invalidité comprend toujours aussi une partie médicale. En ce qui concerne la valeur probante des évaluations médicales, il faut d'abord appliquer les mêmes critères que pour les cas ne relevant pas de la lutte contre la fraude.¹⁵

Pour le Tribunal fédéral, le rapport de surveillance ne constitue pas à lui seul une base suffisamment solide pour constater l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré.¹⁶ Il ne précise cependant pas le degré de détail ni l'ampleur des examens médicaux supplémentaires requis. Cela n'a pas toujours beaucoup de sens de mener des examens médicaux plus poussés, en particulier lorsque les résultats de la surveillance montrent sans équivoque que les atteintes à la santé alléguées par l'assuré sont inexistantes. Les résultats d'une surveillance licite, combinés avec une expertise médicale établie sur dossier, peuvent constituer une base suffisante.¹⁷ Il semble qu'il ne soit pas non plus exclu de se baser principalement sur les rapports de surveillance, même s'ils contredisent parfois les évaluations médicales disponibles.¹⁸ De même, un rapport d'examen établi par le service médical régional (SMR)¹⁹ peut suffire s'il possède le caractère probant et la fiabilité nécessaires²⁰, à l'instar des avis des médecins d'arrondissement dans le domaine de l'assurance-accidents.²¹

2 Suspension de la prestation, restitution et prescription

Lorsqu'au terme de ses investigations, l'office AI conclut que la prestation versée jusque-là n'aurait pas dû l'être, il suspend la prestation et examine si la personne doit restituer les prestations indûment perçues.²²

En vertu de l'art. 88^{bis}, al. 2, let. b, RAI, si l'assuré s'est fait attribuer une prestation irrégulièrement ou s'il a manqué à son obligation de renseigner, la diminution ou la suppression de la prestation prend effet rétroactivement à la date où la prestation a cessé de correspondre aux droits de l'assuré.²³ Le Tribunal fédéral considère que cet article ne peut être appliqué que si le versement indu de prestations a été causé directement par le non-respect de l'obligation de renseigner ou par le comportement de l'assuré.²⁴ Selon le Tribunal fédéral, la causalité directe disparaît dès que l'office AI a connaissance de l'irrégularité de la prestation. Lorsqu'un rapport de surveillance a été établi, il faut généralement partir du principe que l'AI a connaissance de l'irrégularité. Si l'assurance continue tout de même à verser les presta-

11 Cf. ATF 137 I 327, consid. 5.6.

12 Resson implicite de l'arrêt 8C_829/2011 du 9.3.2012, consid. 7.2.3.

13 Cf. arrêt 8C_829/2011 du 9.3.2012, consid. 8.4.

14 Cf. ATF 137 I 327, consid. 6.

15 Pour avoir valeur de preuve, le rapport médical doit être complet sur les questions litigieuses, reposer sur des examens complets, tenir compte des troubles allégués et avoir été rédigé en connaissance des pièces antérieures. Il faut en outre que la description de la situation médicale et du contexte soit convaincante et que les conclusions du médecin soient motivées (cf. ATF 125 V 351, consid. 3a).

16 Cf. arrêt 9C_343/2012 du 11.10.2012, consid. 4.1.1.

17 Cf. ATF 137 I 327, consid. 7.1, et arrêt 8C_829/2011 du 9.3.2012, consid. 8.5 et 9.1, ou arrêt 8C_239/2008, consid. 6.1 et 7.

18 Cf. arrêts 8C_483/2012 du 4.12.2012, consid. 5.2.1; 8C_806/2007 du 7.8.2008, consid. 9.3.2 et 9.3.3; 8C_464/2008, consid. 4.4, et 9C_358/2012 du 16.7.2012, consid. 3.

19 Cf. arrêt 9C_492/2012 du 25.9.2012, consid. 5.1.2 (avec renvois).

20 Cf. arrêt 9C_492/2012 du 25.9.2012, consid. 5.3 s.

21 Cf. arrêt 8C_64/2010 du 20.4.2010, consid. 3.2. in fine.

22 Cf. art. 25, al. 1, LPGA.

23 Cet article du RAI concerne les rentes, les allocations pour impotent et les contributions d'assistance.

24 Cf. ATF 118 V 214, consid. 3b.

tions, la logique suivie par le Tribunal fédéral veut que celles-ci ne soient plus recouvrables.²⁵

Si l'on veut éviter que l'AI verse des prestations indues qu'elle risque de ne plus pouvoir récupérer, il faut que l'office AI puisse suspendre le versement des prestations à titre provisionnel dès le moment où il doit supposer que les prestations sont versées à tort, même s'il ne dispose pas encore des preuves nécessaires (et notamment de l'évaluation médicale de la situation) pour suspendre directement les prestations.

Tout comme le Tribunal administratif fédéral²⁶, le Tribunal fédéral a statué, dans son arrêt 9C_45/2010 du 12 avril 2010 (consid. 2), que la **suspension de la rente à titre provisionnel** en application par analogie de l'art. 56 PA est en principe admise.²⁷

Afin de garantir un traitement uniforme par toutes les assurances sociales, il a été proposé dans le cadre de la 6^e révision de l'AI, 2^e volet (révision 6b)²⁸, d'ajouter un art. 52a à la LPGA. Cet article doit régler la suspension des prestations à titre provisionnel lorsque l'assureur soupçonne l'assuré de percevoir une prestation à laquelle il n'a pas droit ou d'avoir manqué à son obligation de renseigner inscrite à l'art. 31, al. 1, LPGA.

Alors que le Tribunal administratif fédéral avait conclu que, par analogie avec l'art. 30, al. 2, let. e, PA, l'autorité

n'est pas tenue d'entendre les parties avant de prendre des mesures provisionnelles²⁹, le Tribunal fédéral a considéré quant à lui que le droit d'être entendu doit être garanti avant qu'une décision de ce type ne soit arrêtée.³⁰ Vu l'urgence de la mesure en question et les intérêts majeurs de l'assureur, il est toutefois acceptable d'**accorder a posteriori le droit d'être entendu**. La décision peut ainsi faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen. C'est pourquoi le message relatif à la révision 6b³¹ propose de compléter l'art. 42 LPGA, afin qu'il ne soit pas nécessaire d'accorder le droit d'être entendu avant de rendre une décision de suspension de prestations à titre provisionnel et qu'aucun préavis ne soit requis,³² et de régler en parallèle dans la LPGA le retrait de l'effet suspensif d'un recours.³³

Le **délai de prescription** applicable en vertu de l'art. 25, al. 2, LPGA au droit de demander la restitution des prestations indûment perçues s'est révélé trop court en pratique dans les cas de fraude: il doit donc être allongé dans le cadre de la révision 6b.³⁴ Après une surveillance, il est souvent nécessaire de procéder à des investigations plus poussées afin d'établir les faits avec une certitude suffisante et de confirmer que la prestation a été obtenue indûment. Le Tribunal fédéral a statué en effet que le matériel de surveillance ne suffit pas à lui seul pour avoir une connaissance sûre de la perception indue d'une rente.³⁵

3 Décision relative aux prestations et sanctions

Une fois que l'office AI a terminé de rassembler des preuves, il lui faut encore déterminer à quel titre il peut refuser, réduire ou supprimer une prestation.

Seuls les **premiers examens du droit à prestations** ne posent aucun problème juridique. Lorsque l'invalidité n'est pas avérée, l'office AI peut rendre directement une décision de refus. S'il découvre une tentative de fraude, mais que l'invalidité avérée donnerait encore droit à des prestations, celles-ci peuvent être refusées ou réduites en vertu de l'art. 7b, al. 2, let. c, LAI.

En revanche, les **cas de prestations en cours**, bien plus fréquents, posent davantage de problèmes. Ni la LAI ni la LPGA ne contiennent de disposition spécifique qui permettrait, en cas de fraude, de réduire ou de supprimer les prestations (idéalement à titre rétroactif) sans autre forme de procès. Selon le Tribunal fédéral, l'**art. 7b, al. 2, let. c, LAI**, introduit dans le cadre de la 5^e révision de l'AI, ne constitue pas un motif suffisant pour revenir sur une décision entrée en force. Il faut d'abord annuler la décision sur la base d'un motif de révocation (reconsidération, révision) avant que ne se pose éventuellement la question d'une sanction contre l'assuré concerné s'il

25 Reste à savoir s'il ne faudrait pas corriger cet effet pervers par un changement de la jurisprudence, voire une modification de la disposition réglementaire. C'est précisément dans les cas de fraude que les atteintes à la santé sont souvent litigieuses. Selon l'arrêt 9C_343/2012 du 11.10.2012, consid. 4.6, lorsque les avis divergent quant à l'état de santé de l'assuré, celui-ci ne peut pas être tenu de communiquer à l'administration l'expertise dont il conteste le résultat. Il n'y a manquement à l'obligation de renseigner que si l'assuré exploite sa capacité de travail recouvrée en exerçant une activité lucrative sans en informer l'assurance.

26 Cf. arrêt C-676/2008 du 21.7.2009, consid. 4.2.

27 Le Tribunal fédéral a en outre statué que le prononcé d'une suspension provisionnelle d'une prestation ne se justifie que si la procédure principale est poursuivie avec célérité et se termine dans un délai raisonnable, car si une telle mesure n'entraîne pas de désavantage juridique, elle engendre dans les faits un préjudice notable (cf. 9C_45/2010, consid. 2.2). La suspension de la rente à titre provisionnel constitue une décision incidente au sens de l'art. 93 LTF, qui ne peut en pratique faire l'objet d'un recours que si elle risque de causer un préjudice irréparable (la seconde variante fixée à l'art. 93, al. 1, LTF – la décision finale immédiate – n'est quasiment jamais appliquée par le Tribunal fédéral, cf. p. ex. 8C_916/2009 du 4.12.2009, consid. 1.1). En vertu de l'art. 98 LTF, lorsqu'un recours est formé contre des décisions portant sur des mesures provisionnelles, seule peut être invoquée la violation des droits constitutionnels (cf. arrêt 8C_916/2009 du 4.12.2009, consid. 1.2); le Tribunal fédéral n'en tient toutefois pas compte de sa propre initiative (cf. arrêt 8C_574/2010 du 20.7.2010).

28 Cf. FF 2011 5437, pp. 5411 s.

29 Cf. arrêt C-676/2008 du 21.7.2009, consid. 3.4 s.

30 Cf. arrêt 9C_45/2010 du 12.4.2010, consid. 2.1.

31 Cf. FF 2011 5437, p. 5410.

32 Cf. la proposition d'art. 57a, al. 1^{bis}, LAI (FF 2011 5437, p. 5443).

33 Cf. la proposition d'art. 49a LPGA (FF 2011 5437, p. 5448).

34 Cf. FF 2011 5437, pp. 5447 s.

35 Cf. arrêt 9C_68/2011 du 16.5.2011, consid. 4.2; le tribunal cantonal part du principe que l'assurance a une connaissance sûre des faits à compter de la date d'entrée en force de la suppression de la rente. Le Tribunal fédéral confirme ce point de vue dans la mesure où il ne motive pas à quel point cette hypothèse enfreindrait le droit fédéral.

a encore droit à des prestations en raison d'une invalidité partielle.³⁶

La lutte contre la fraude doit donc s'appuyer sur les seuls motifs de révocation ordinaire, comme la révision (art. 17 LPGA) et la reconsidération (art. 53, al. 2, LPGA), ce qui, on va le voir, est loin d'être idéal.

La **reconsidération** est rarement possible dans les cas de lutte contre la fraude, car elle a pour but de rectifier une application initiale du droit erronée, en s'appuyant sur la situation juridique en vigueur à la date de la décision. Pour qu'une reconsidération soit possible, il faudrait que la décision initiale prise sur la base des documents disponibles à cette date soit manifestement erronée.³⁷ Cependant, dans les cas de lutte contre la fraude, l'office AI n'avait généralement pas encore connaissance, au moment où il a rendu sa décision initiale, du fait que l'assuré était capable d'exercer des activités incompatibles avec les avis médicaux. Ignorant ces contradictions, il ne pouvait que se baser sur les documents médicaux disponibles. Par conséquent, les cas où sa décision d'octroi de prestations était manifestement erronée devraient être rares.³⁸ En revanche, si le calcul initial de l'invalidité n'avait pas été effectué en conformité avec le droit, il peut y avoir reconsidération selon les règles générales.³⁹ Selon l'état des faits, une reconsidération est possible à titre rétroactif ou uniquement pour l'avenir.⁴⁰

Pour la **révision**, c'est ailleurs que le bât blesse: d'un point de vue strictement médical, il n'est pratiquement jamais possible de constater une modification effective

de l'état de santé. Cette incertitude transparait aussi dans les rapports médicaux qui sont demandés sur la base du matériel de surveillance. Très souvent, il n'est pas possible de déterminer avec certitude si l'état de santé s'est effectivement amélioré ou si l'assuré était dès le début en mesure d'accomplir toutes les activités incompatibles avec l'évaluation médicale de l'époque. On le sait, une simple différence dans l'appréciation d'un état de faits n'ayant pas connu de modification notable ne constitue pas un motif de révision.⁴¹ Cependant, force est de constater que l'on admet un peu plus rapidement dans les cas de lutte contre la fraude que l'amélioration de l'état de santé est prouvée. On part de l'idée que l'état de santé n'a pas fondamentalement changé, mais que la capacité de travail a clairement évolué et que l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré une prestation de travail plus importante.⁴² Dans certaines circonstances, on estime même que l'assuré peut pourvoir lui-même à sa réadaptation et on renonce à examiner de plus près le besoin de réadaptation, même si l'assuré est âgé de 55 ans ou plus, ou qu'il a touché une rente pendant plus de quinze ans.⁴³ La réduction ou la suppression d'une prestation dans les cas de révision se fait en principe pour l'avenir et non à titre rétroactif, en vertu de l'art. 88^{bis}, al. 2, let. a, RAI, à deux exceptions près: le non-respect de l'obligation de renseigner et l'obtention irrégulière d'une prestation (art. 88^{bis}, al. 2, let. b, RAI).

Le dernier titre juridique envisageable pour une sanction est la **révision procédurale** au sens de l'art. 53, al. 1, LPGA. Les décisions formellement passées en force sont soumises à ce type de révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Le délai de révision étant de 90 jours (cf. art. 67, al. 1, PA, en relation avec l'art. 55, al. 1, LPGA), l'AI doit mener des investigations supplémentaires dès qu'elle a connaissance des résultats de la surveillance. Il faudrait par exemple que, très rapidement avoir pris connaissance des résultats de la surveillance, l'AI achève les évaluations médicales supplémentaires ainsi que, le cas échéant, l'examen de la situation professionnelle.

Le Tribunal fédéral a confirmé l'applicabilité de la révision procédurale lorsque, dans le cadre d'une procédure pénale, différents moyens de preuve attestent que l'assuré exerçait une activité lucrative significative pendant qu'il percevait sa rente.⁴⁴ Dans un autre cas, le Tribunal fédéral semble ne pas exclure la révision procédurale lorsque les résultats d'une surveillance viennent contredire l'état de faits ayant donné droit à la rente.⁴⁵ Cette application de la révision procédurale dans les cas de lutte contre la fraude peut être opportune au vu des questions que soulèvent la révision et la reconsidération. Elle permet en principe de supprimer la prestation à titre rétroactif.⁴⁶

36 Cf. ATF 138 V 63, consid. 4.3.

37 Cf. ATF 115 V 308, consid. 4a/cc, et Urs Müller, « Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevisión in der Invalidenversicherung », 2003, ch. 331 ss.

38 Dans son arrêt 9C_68/2011 du 16.5.2011, consid. 3.1 et 3.2, le Tribunal fédéral semble en revanche admettre le bien-fondé de la suppression de rente par l'office AI et le tribunal cantonal par voie de reconsidération, même s'il parle plutôt de révision dans le reste de l'arrêt (cf. consid. 3.3).

39 Cf. arrêt 8C_920/2009 du 22.7.2010, consid. 3.3.

40 Si l'erreur se rapporte à un état de faits analogue à ceux relevant du régime AVS, la rectification est rétroactive. Mais si l'erreur concerne des facteurs spécifiquement régis par le droit de l'AI, la correction ne porte que sur l'avenir, à moins que l'on se trouve en présence d'un cas visé par l'art. 88^{bis}, al. 2, let. b, RAI, cf. Urs Müller, « Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevisión in der Invalidenversicherung », 2003, ch. 331 ss.

41 Cf. entre autres l'ATF 112 V 371, consid. 2b, et, pour l'AI, p. ex. l'arrêt 9C_603/2008 du 4.2.2009, consid. 2.2.

42 Cf. arrêt 9C_891/2010 du 31.12.2010, surtout consid. 4.3, 5.3 et 5.4.

43 Cf. arrêt 9C_68/2011 du 16.5.2011, consid. 3.3; le Tribunal fédéral s'écarte ici de la règle fixée dans l'arrêt 9C_228/2010 du 26.4.2011 au motif que l'assuré était agile (pratiquant le tennis et le ski), d'une grande prestance (présentation soignée et apparence concentrée) et bien intégré socialement.

44 Cf. arrêt 8C_955/2011 du 9.7.2012, consid. 3.1.

45 Cf. arrêt 8C_920/2009 du 22.7.2010, consid. 3.2, même si dans ce cas la révision procédurale a été exclue pour un autre motif.

46 Urs Müller, « Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevisión in der Invalidenversicherung », 2003, ch. 385, et arrêt 8C_955/2011 du 9.7.2012, consid. 3.3; mais ici l'assuré n'avait pas respecté son obligation de renseigner, ce qui justifiait donc de toute façon la suppression de la rente à titre rétroactif en vertu de l'art. 88^{bis}, al. 2, let. b, RAI.

Dans les cas de lutte contre la fraude pour lesquels une révision procédurale entre en ligne de compte, on devrait souvent être aussi en présence d'un non-respect de l'obligation de renseigner ou d'une obtention irrégulière de prestations permettant, en vertu de l'art. 88^{bis}, al. 2, let. b, RAI, de réduire ou de supprimer les prestations rétroactivement.

En résumé, l'art. 59, al. 5, LAI et l'ATF 137 I 327 répondent pour l'essentiel aux questions en suspens relatives à la surveillance d'assurés. Il ne reste plus qu'à régler certains points – comme la suspension des prestations à titre provisionnel, le retrait de l'effet suspensif et les délais de demande de restitution – et à les adapter aux exigences

d'une lutte cohérente et efficace contre la fraude à l'assurance, ce qui est prévu dans le cadre de la révision 6b de l'AI. Par contre, un potentiel d'optimisation demeure en ce qui concerne les titres juridiques disponibles pour la réduction ou la suppression de la rente, car, dans les cas de lutte contre la fraude, l'application des dispositions relatives à la révision et à la reconsidération ne fournit pas toujours une solution appropriée.

Ralph Leuenberger, lic. iur., Service juridique du domaine AI, OFAS.
Mél.: ralph.leuenberger@bsv.admin.ch

La lutte contre les abus dans l'assurance-accidents obligatoire



Cristoforo Motta
Office fédéral de la santé publique

La lutte contre la fraude à l'assurance a gagné en importance dans le secteur de l'assurance-accidents obligatoire. Les assureurs LAA sont confrontés à divers types d'abus: la simulation ou la provocation délibérée d'une atteinte à la santé, mais aussi l'exagération des symptômes et l'absence de mesures pour diminuer ou éviter les dommages. Il y a par ailleurs le non-respect intentionnel de l'obligation de renseigner, la présentation d'expertises ou de certificats médicaux falsifiés et l'obtention de déclarations de salaires ou de relevés de temps de travail incorrects pour influencer le droit aux prestations. Les ordonnances médicales ou les factures de prestataires peuvent également être trafiquées. Depuis quelques années, la liste des abus s'est allongée: y sont apparus des mises en scène de collisions par l'arrière, des emplois fictifs ou des rapports médicaux et hospitaliers falsifiés au sujet d'accidents survenus à l'étranger.

De nombreux assureurs LAA ont instauré **des services de lutte contre la fraude et les abus**. Ainsi, la Suva dispose d'un service de coordination de la lutte contre la fraude qui vérifie les indices, procède aux investigations nécessaires ou commande des analyses. Une grande partie des cas suspects sont signalés à la Suva par d'autres assurances (AI, AVS, RC), par des employeurs, des autorités publiques ou des particuliers. En produisant des documents, la Suva fournit par ailleurs une assistance judiciaire aux autres branches d'assurances sociales. La plupart des compagnies d'assurance privées ont créé des unités centrales de lutte contre la fraude à l'assurance qui traquent les abus non seulement dans le domaine de la LAA, mais dans toutes les branches d'assurance qu'elles exploitent.

L'usage systématique des instruments légaux existants permet d'éviter la perception indue de prestations d'assurance dans la plupart des cas, ou, à défaut, de détecter les abus et de corriger le tir. Font partie des outils disponibles

la déclaration d'accident, l'obligation de fournir des renseignements ou de collaborer à l'obtention de renseignements, l'obligation d'informer du prestataire, l'entraide administrative, la compensation, l'obligation de rembourser, l'obligation de suivre les traitements ou les mesures de réadaptation exigibles, l'autopsie, les contrôles et sanctions relatifs au droit des cotisations, la révision des prestations octroyées pour une longue durée et les vérifications pour établir si un bénéficiaire est toujours en vie. Si les dispositions pénales de la LAA ne sont que rarement invoquées, le Code pénal revêt quant à lui une grande importance en matière d'escroquerie et de détournement des retenues sur les salaires. Lorsqu'une gestion rigoureuse et coordonnée du cas ne suffit pas pour clarifier une situation, il est admissible de recourir à des détectives privés ou à la surveillance vidéo pour observer un assuré suspect. Dans plusieurs de ses arrêts, le Tribunal fédéral a approuvé **le droit de surveillance** par les assureurs LAA tout en soulignant que, pour être admissible, la surveillance doit être objectivement commandée par les circonstances. La surveillance est donc acceptable s'il existe des indices concrets permettant de douter de l'atteinte à la santé ou de l'incapacité de travail invoquée. Sa portée (durée, teneur et lieux) doit être justifiée par les circonstances. Dans le cadre de la pesée des intérêts, l'importance des prestations en jeu est également prise en considération. Selon le Tribunal fédéral, le matériel issu de la surveillance doit impérativement être évalué par un médecin afin de produire une base solide à la constatation de l'état de santé ou de la capacité de travail de l'assuré. A eux seuls, les rapports de surveillance sont insuffisants. Quelque 780 000 déclarations d'accidents professionnels et non professionnels ont été enregistrées en 2011. Les cas d'abus représentent un chiffre de l'ordre du pour-mille. En matière de lutte contre les abus, il n'existe pas de chiffres concernant le seul domaine LAA. On estime cependant que **les économies réalisées** par les assureurs privés s'élèvent à plusieurs millions de francs par an. La lutte systématique contre les abus permet aussi à la Suva de faire des économies considérables. Si elle enregistrerait 44 cas suspects en 2006, le nombre est passé à quelque 300 cas par an à ce jour. Jusqu'à fin 2012, la Suva a empêché ou détecté 412 cas d'abus, ce qui lui a permis d'économiser 76 millions de francs depuis la création de son service de coordination en 2007.

Cristoforo Motta; avocat; chef de la section Assurance-accidents, prévention des accidents et assurance militaire; OFSP.
Mél.: cristoforo.motta@bag.admin.ch

Abus dans les allocations pour perte de gain



Jörg Reinmann

Office fédéral des assurances sociales



Nadine Schüpbach

Plusieurs dizaines de milliers de journées de service militaire et de protection civile ont été indûment indemnisées par les allocations pour perte de gain (APG) au cours de ces dernières années. L'ampleur et la nature des **irrégularités observées dans les décomptes** ont exigé non seulement un renforcement des contrôles auprès des organes d'exécution, mais également une adaptation des bases légales. Voilà bientôt six ans que l'OFAS et l'Office fédéral de la protection de la population (OFPP) ont entamé un examen des journées de protection civile qui avaient été décomptées par le biais des APG entre 2003 et 2009. Il est apparu que des communes de presque toute la Suisse avaient, en violation de prescriptions fédérales, confié l'exécution d'une partie de leurs tâches à la protection civile. Ainsi, elles pouvaient, en leur qualité d'employeurs, faire valoir en leur faveur le versement des allocations APG et reporter une partie de leur masse salariale sur le régime des APG. Un examen opéré en décembre 2010 sous l'angle de services militaires accomplis a également permis de découvrir des **irrégularités** commises au sein de l'armée **dans le décompte des jours de service** par le biais des APG. C'est ainsi que certains militaires ont pu, des années durant, sous le couvert de services militaires volontaires, être engagés dans l'administration militaire. En lieu et place d'un salaire qui serait venu grever le budget du personnel, ils ont de la sorte perçu leur rémunération par le biais des APG. Même observation pour l'administration militaire où des employés avaient été « militarisés » sur leur lieu de travail pour l'accomplissement de tâches relevant de leur travail ordinaire. Dans un cas comme dans l'autre, l'inobservation des dispositions réglementaires idoines par les autorités chargées d'accorder les autorisations, ainsi que les carences au niveau de la surveillance, ont causé des millions de francs de dommage, lesquels ont en grande partie été restitués par les

cantons, le Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports (DDPS) et les destinataires des allocations APG indûment versées. Des **mesures** ont été **prises** pour combattre les abus. Dès 2010, un système de contrôle suspendant automatiquement le **versement des allocations APG** une fois **certaines limites maximales** atteintes a été instauré auprès des caisses de compensation. Tout versement supplémentaire étant précédé d'un examen du bien-fondé par l'OFPP. Le **registre central des APG**, opératif depuis une demi-année sous la forme d'une version modernisée, est un autre instrument majeur dans la détection d'irrégularités. Cela étant, les mesures engagées ne se limitent pas au niveau exécutif. Une **adaptation des bases légales** a été exigée. Le 17 juin 2011, le Parlement a approuvé une première révision partielle de la LPPCi, aux termes de laquelle le nombre des services d'instruction et des interventions en faveur de la collectivité qu'une personne peut accomplir ne doit pas dépasser 40 jours par an. Le 27 février 2013, le Conseil fédéral a approuvé le message sur une révision partielle supplémentaire de la LPPCi, qui entend limiter davantage encore certaines formes de service. Simultanément, la révision prévoit, pour les tâches de contrôle, la mise en œuvre d'un système national de gestion des données dans la protection civile, ainsi que l'introduction d'une norme en responsabilité du dommage. Cette dernière permettrait à l'OFAS de faire valoir des dédommagements pour les dommages causés au régime des APG par une procédure simplifiée auprès du canton concerné. L'ordonnance sur le service militaire a elle aussi subi une révision, laquelle a renforcé les contraintes inhérentes aux procédures d'autorisation et de contrôle pour l'accomplissement de services volontaires et de services au lieu de travail. D'autres modifications réglementaires, qui concernent l'accomplissement de services militaires volontaires ou en faveur d'autorités civiles, sont actuellement à l'étude. S'agissant des mesures prises au niveau exécutif, les premiers résultats probants se font jour. Autrement dit, le renforcement des contrôles dans la protection civile a permis de faire reculer le nombre des jours de service de protection civile indûment accomplis de 85 pour cent en l'espace de quatre ans. Quant aux modifications légales et réglementaires citées, elles devraient faire reculer davantage encore les services indûment accomplis au cours des années à venir.

Jörg Reinmann, expert technique, et Nadine Schüpbach, juriste, domaine AVS, prévoyance professionnelle et PC, secteur Prestations AVS/APG/PC, OFAS.

Mél. : nadine.schuepbach@bsv.admin.ch
joerg.reinmann@bsv.admin.ch

Le registre des allocations familiales



Giovanna Battagliero
Office fédéral des assurances sociales

La loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) et l'ordonnance sur les allocations familiales (OAFam) sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2009. La création d'un **registre central des allocations familiales** avait été souhaitée en 2007 par de nombreux participants à la consultation sur l'OAFam; deux motions avaient ensuite été présentées au Parlement dans le même but. Un tel registre paraissait être le seul moyen de lutter efficacement contre d'éventuels abus sous forme de cumul d'allocations familiales pour le même enfant. Le Conseil fédéral a appuyé les deux motions.

L'OFAS a pris en main les travaux législatifs et la conception du projet en 2008, en étroite collaboration avec la Centrale de compensation AVS/AI (CdC) à Genève, les caisses de compensation pour allocations familiales et le SECO. Les modifications nécessaires de la LAFam et de l'OAFam ainsi que les Directives relatives au registre des allocations familiales sont entrées en vigueur le 15 octobre 2010. Le registre des allocations familiales (RAFam) a été mis en service le 1^{er} janvier 2011.

La CdC gère le registre et est responsable de son exploitation. A la CdC, trois personnes travaillent au Bureau de gestion RAFam, premier interlocuteur pour toutes les questions techniques et organisationnelles relatives au registre. Ce dernier est financé par la Confédération. Sa mise en place a coûté 3,8 millions de francs et ses frais d'exploitation annuels sont d'environ 1,7 million de francs.

Le but premier du registre est d'empêcher la perception de plusieurs allocations pour un même enfant. Il facilite en outre aux organes d'exécution l'application de la LAFam et fournit des informations à la Confédération et aux cantons. Le RAFam recense les informa-

tions concernant toutes les **allocations versées selon le droit suisse pour les enfants domiciliés en Suisse ou à l'étranger, que ce soit aux salariés, aux indépendants ou aux personnes sans activité lucrative**. Y sont également enregistrés les suppléments s'ajoutant aux indemnités journalières de l'assurance-chômage et à celles versées pendant l'exécution de mesures de réadaptation de l'AI.

Les organes d'exécution des allocations familiales (caisses de compensation pour allocations familiales, caisses de chômage et caisses de compensation AVS) sont tenus de **transmettre au RAFam les données nécessaires**. Pour garantir que les données du registre soient complètes et à jour, ils doivent lui annoncer dans un délai d'un jour ouvrable toute nouvelle allocation familiale et toute modification (p. ex. début d'une formation ou fin du droit à l'allocation). Le Bureau de gestion RAFam et l'OFAS contrôlent le respect de cette obligation.

Seuls les organes d'exécution et leurs autorités de surveillance ont un accès intégral au registre. Le public peut pour sa part accéder à certaines informations: un site Internet accessible à tous (www.infofam.zas.admin.ch) permet de savoir si une allocation est versée pour un enfant et par qui. Il suffit pour cela d'indiquer le numéro d'assuré AVS et la date de naissance de l'enfant.

Il ressort des premiers relevés effectués auprès des organes d'exécution que le RAFam permet de **lutter efficacement contre le cumul d'allocations familiales**. Au cours des six premiers mois d'exploitation, il a déjà été possible de repérer plus de 7600 versements multiples sur un total de 1,64 million d'allocations en cours. Cela correspond à un montant de 4,85 millions de francs, sur une somme totale d'environ 4,7 milliards de francs en 2011. La restitution du trop-perçu a été exigée. De plus, les organes d'exécution estiment à 5000 le nombre de cas de perception indue d'allocations que, durant cette période, ils ont pu prévenir grâce à la consultation du registre.

L'OFAS évaluera courant 2013 les deux premières années d'exploitation du RAFam et rendra publics les résultats de cette évaluation.

Giovanna Battagliero; avocate; co-suppléante du responsable du secteur Questions familiales; domaine Famille, générations et société; OFAS.

Mél.: giovanna.battagliero@bsv.admin.ch

Lutter contre les abus grâce à la loi sur le travail au noir



Peter Jakob

Secrétariat d'Etat à l'économie SECO



Jonas Möhrle

La loi fédérale sur le travail au noir (LTN, RS 822.41), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, prévoit **plusieurs mesures de lutte contre le travail au noir touchant aux domaines du droit des assurances sociales, du droit des étrangers et du droit fiscal**. Le travail au noir, à savoir le fait de ne pas annoncer une activité lucrative, a une double implication dans le droit des assurances sociales: au niveau du versement des cotisations d'une part et de la perception de prestations d'autre part.¹ La lutte contre la perception indue de prestations des assurances sociales représente ainsi une des facettes de la lutte contre le travail au noir selon la LTN. Trois éléments contribuent à combattre cette fraude: les organes de contrôle cantonaux, un échange d'informations étendu entre les autorités, une comparaison automatisée des données entre la Centrale de compensation de l'AVS (CdC) et l'assurance-chômage (AC).

Les organes de contrôle créés dans les cantons à la suite de l'adoption de la LTN sont chargés de vérifier le respect des obligations en matière d'annonce et d'autorisation dans les entreprises, conformément au droit des assurances sociales, au droit des étrangers et au droit fiscal. Ces organes procèdent à leurs contrôles spontanément ou sur indication. Diverses autorités, dont les autorités en matière de sécurité sociale, sont tenues de leur annoncer les cas suspects.² Si les organes de contrôle remarquent des infractions, ils doivent transmettre leurs observations aux autorités com-

pétentes (en matière d'assurances sociales, de droit des étrangers et de fiscalité). Ces dernières procèdent – dans la mesure où cela est nécessaire – à d'autres clarifications, ou prennent tout de suite les mesures de mise en œuvre ou de sanction prévues par la loi en cas de violation des obligations. En 2011, les organes de contrôle ont procédé à des vérifications sur 33 866 personnes au total. Plus de 4000 d'entre elles étaient soupçonnées d'être en infraction avec le droit des assurances sociales sur au moins un point. Un des prétextes les plus fréquemment invoqués par les personnes contrôlées consiste à dire que l'activité lucrative vient tout juste de commencer et que le temps pour s'annoncer aux autorités n'est pas révolu. Etant donné que le droit des assurances sociales ne prévoit pas l'obligation pour l'employeur d'annoncer un employé dès son premier jour de travail, des **problèmes de preuve** peuvent se poser. Des améliorations sont actuellement étudiées à cet égard (cf. ci-dessous).

La Centrale de compensation compare les montants des indemnités journalières versées par l'assurance-chômage qui lui sont communiqués par ladite assurance **avec les montants inscrits dans les comptes individuels** qui lui sont communiqués par les caisses de compensation AVS. Si, ce faisant, elle constate qu'une personne qui a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-chômage a réalisé durant la même période un revenu provenant d'une activité lucrative, elle en informe l'assurance-chômage pour qu'elle procède aux investigations nécessaires. Grâce à ces comparaisons, 11,2 millions de francs d'indemnités de chômage indûment touchées ont pu être réclamés en 2011.

L'efficacité de la LTN a fait l'objet d'une évaluation en 2011-2012. Les évaluateurs sont parvenus à la conclusion que, pour l'essentiel, la loi a fait ses preuves, mais qu'il existe tout de même encore un potentiel d'amélioration, notamment en ce qui concerne l'établissement de la preuve et la collaboration entre les autorités. Pour cette raison, le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR) d'analyser et d'introduire des améliorations progressives, entre autres dans ces deux domaines, pour fin 2014.

Peter Jakob, Master of Law, collaborateur scientifique, secteur surveillance du marché du travail, SECO.
Mél.: peter.jakob@seco.admin.ch

Jonas Möhrle, avocat, lic. iur., collaborateur scientifique, secteur surveillance du marché du travail, SECO (jusqu'au 28.2.2013).

1 Des informations supplémentaires sur les obligations en matière d'annonce et d'autorisation prévues par la LTN sont disponibles sur le site Internet du SECO ou sur www.pas-de-travail-au-noir.ch

2 Une liste des organes de contrôle cantonaux est disponible sur le site Internet du SECO ou sur www.pas-de-travail-au-noir.ch

Une approche professionnelle est primordiale



Rico Zwahlen
XpertCenter SA, Berne

Grâce à l'activité de spécialistes expérimentés dans la lutte contre la fraude, les assurances privées parviennent à **économiser des centaines de millions de francs dans les dépenses** qu'elles affectent à des sinistres. Un seul spécialiste parvient à réaliser des économies de l'ordre de 1 à 1,5 million de francs par année. Les grands assureurs privés ont tous étoffé de façon significative leurs effectifs dans le domaine de la « lutte contre la fraude à l'assurance » (LFA) ces dernières années et le processus est loin d'être terminé.

Les efforts entrepris – sensibilisation et formation des collaborateurs, utilisation de listes de contrôle – portent leurs fruits. Les contrôles de cas dans l'assurance des personnes (indemnités journalières en cas de maladie et assureurs-accidents) sont particulièrement concluants. Dans le domaine de la surveillance des personnes, la collaboration entre l'assurance-accidents et les assureurs privés (par exemple, l'assurance responsabilité civile pour véhicules automobiles) fonctionne déjà très bien. Une action coordonnée et une vision claire des dossiers sont des éléments importants. Des investigations n'interviennent qu'en dernier recours.

La lutte contre la fraude à l'assurance suppose une **approche professionnelle** de la part des acteurs privés et étatiques. Les méthodes « de cow-boys » sont contreproductives et menacent l'acceptation sociale des mesures adoptées. En revanche, l'opinion publique accepte et même attend une attitude ferme lorsque la suspicion est justifiée. Les offices AI disposent eux aussi des bases légales qui leur permettent d'agir avec détermination. Les efforts timides et les demi-mesures ne permettent pas d'atteindre les objectifs. Le recrutement de spécialistes LFA ou le recours à des partenaires professionnels est tout indiqué.

L'utilité des mesures LFA pour réduire les dépenses affectées aux sinistres ne fait plus débat dans les assurances privées. Pour lutter efficacement contre les abus dans le système dans son ensemble, les assureurs privés souhaitent une amélioration de la **collaboration avec les offices AI**, notamment dans la gestion des cas par les autorités. Les instruments efficaces créés par la 5^e révision de l'AI doivent en particulier être utilisés. Si certains offices AI le font déjà de façon très efficace et concluante, le changement tarde parfois à se concrétiser dans d'autres offices, en particulier ceux de taille plus modeste.

Les efforts dans la lutte contre les abus initiés avec la 5^e révision de l'AI doivent être poursuivis; tout renoncement serait fatal. On observe, surtout dans le milieu rural, certaines réticences de la part des services responsables à prendre des mesures pour déceler les abus. Or ceux-ci ne sont depuis longtemps plus l'apanage des grands centres urbains qui mobilisaient autrefois l'attention.

Rico Zwahlen, responsable XpertCenter SA (Mobilière Suisse Société d'assurances SA), Berne.
Mél.: rico.zwahlen@xpertcenter.ch

Instruments à disposition des assurances privées pour l'élucidation de la fraude aux assurances

- Analyse systématique des dossiers
- Recherches complémentaires (Internet, banques de données payantes comme des contrôles de solvabilité ou des extraits de registre du commerce)
- Vérification des indices de fraude
- Examens médicaux complets
- Respect scrupuleux des prescriptions légales lors des vérifications
- Surveillance des personnes
 - Un moyen recevable et éprouvé de vérifier les soupçons
 - Le recours à des professionnels est indispensable
 - La surveillance ne peut avoir lieu que dans les lieux ouverts au public
 - Les droits individuels doivent être respectés

Un procureur spécialisé dans la fraude à l'assurance – luxe ou nécessité ?

Christophe Bodmer

Ministère public II du canton de Zurich

Introduction

Depuis le 1^{er} janvier 2009, un procureur spécialisé dans la fraude à l'assurance travaille au ministère public du canton de Zurich. Il dépend de la section II du ministère, qui s'occupe de la lutte contre le crime organisé et la criminalité grave en matière de stupéfiants. A première vue, ce rattachement peut surprendre, mais il s'explique par sa genèse. Le besoin d'aborder la problématique de la fraude aux assurances sociales se fondait sur la constatation que, dans les milieux de la criminalité en bandes, il y avait un pourcentage particulièrement élevé de délinquants bénéficiant de prestations d'assurances sociales et surtout de rentes AI. Des analyses plus poussées ont alors confirmé la supposition que l'abus des assurances sociales était systématique dans certains milieux. Il serait naïf de croire que les cercles liés au crime organisé n'aient pas compris, depuis longtemps déjà, comment profiter du système relativement généreux des assurances sociales en Suisse. Ils le font non seulement par appât du gain, mais aussi pour passer inaperçu.

Lorsque le projet de lutte contre la fraude à l'assurance a vu le jour, en 2006, il était parfois mal vu d'aborder cette question ou alors les instruments juridiques qui auraient permis de le faire n'existaient pas. Il était donc très rare que les assureurs sociaux portent plainte en cas de soupçon de fraude. La plupart des instructions pénales étaient donc engagées d'office.

Expériences faites à ce jour

La nomination d'un procureur spécialisé dans la fraude à l'assurance a fait toutes ses preuves dans le canton de Zurich. Le nombre de plaintes a d'ailleurs beaucoup augmenté depuis, phénomène qui ne fait que traduire les besoins existants en la matière. Le procureur spécialisé mène lui-même les procédures pénales pour fraude aux assurances, déchargeant ainsi les autres procureurs. En outre, il est doté des connaissances spécifiques nécessaires qui permettent au ministère public de rencontrer les autres protagonistes impliqués dans la procédure, en particulier les représentants des parties ou les médecins, sur un pied d'égalité. C'est spécialement important dans les cas com-

plexes ou difficiles. Or, compte tenu de la grandeur du canton, il est évident qu'un procureur ne peut pas mener à lui seul l'ensemble des instructions ayant trait aux assurances. C'est pourquoi il doit accessoirement mettre son expertise spécifique au service des autres procureurs, des représentants de la police et de certaines institutions externes, en les conseillant et en répondant à leurs questions. Il est aussi chargé de suivre l'évolution du droit en la matière et de publier des articles dans la presse spécialisée. Enfin, il est appelé à rédiger des prises de position en cas de révision de lois ou de se prononcer sur l'opportunité d'utiliser les voies de droit. Dans les milieux concernés, les activités du premier procureur zurichois spécialisé dans la fraude à l'assurance ont été remarquées au-delà des frontières du canton. Face à l'intérêt croissant pour ses exposés et publications officielles, il a été obligé d'équilibrer soigneusement son emploi du temps, pour ne pas négliger ses principales attributions en interne.

Au début surtout, beaucoup de temps a été consacré aux contacts avec les différents assureurs afin d'optimiser l'échange d'informations dans les limites des possibilités légales, de mettre en place et d'adapter les processus internes et de lever d'éventuels obstacles. Il s'agissait aussi de favoriser la compréhension mutuelle face aux intérêts parfois antagonistes des divers acteurs. Des formations ciblées ont permis d'améliorer sensiblement la qualité des plaintes pénales. Des accords de collaboration ont été conclus avec les assureurs, et des rencontres périodiques organisées. Grâce à toutes ces mesures, il a été possible de parfaire la coopération entre les acteurs et de faire tomber des barrières.

Dans l'optique du canton de Zurich en tout cas, le travail du procureur spécialisé s'est avéré clairement rentable. Il ne nous appartient pas de dire si la voie empruntée à Zurich conviendrait à d'autres cantons. Pour répondre à cette question, il faut surtout considérer les circonstances locales. En principe, la nécessité d'agir semble plus pressante dans les régions urbaines avec une proportion élevée d'étrangers. En outre, les structures existantes, en particulier l'organisation policière, doivent se prêter à l'intervention d'un procureur spécialisé. Le facteur décisif est toutefois la volonté politique de combattre la fraude à l'assurance sociale et d'investir les ressources nécessaires à cet effet.

Ampleur des dommages

L'engagement d'un procureur spécialisé génère certes des coûts pour le canton. Ils doivent cependant être

mesurés à l'aune de l'utilité générale non négligeable qui découle de ses interventions. Un cas concret tout à fait typique peut servir d'illustration. Un artisan né en 1973, père de quatre enfants, dépose une demande de prestations à l'AI en invoquant des problèmes psychiques (crises d'angoisse et phobies). L'AI reconnaît un taux d'invalidité de 100 % (avec une facilité déconcertante dans l'optique actuelle). Entre 2000 et 2008, les rentes versées par l'ECAS, la caisse de compensation, l'institution de prévoyance professionnelle et l'assureur-vie se chiffrent à quelque 540 000 francs. L'instruction pénale a permis de prouver que, durant toutes ces années, le prévenu a exercé différentes activités lucratives sans les déclarer. Il est condamné à une peine privative de liberté de quatre ans pour escroquerie par métier. Il est également tenu de rembourser les prestations indûment perçues. Si cette fraude n'avait pas été dévoilée, l'accusé aurait encore perçu des prestations d'assurance supplémentaires de près de 2 millions de francs jusqu'au moment de la retraite. Face à l'ampleur du dommage provoqué par un seul cas, il vaut incontestablement la peine d'investir dans la lutte contre les abus, et ce dans l'intérêt non seulement des assurances sociales, mais aussi des cotisants. Si l'on prend par ailleurs en considération l'effet préventif manifeste des instructions pénales qui aboutissent l'utilité du travail du procureur spécialisé est encore plus évidente.

Obstacles à la poursuite pénale

Pour pouvoir dûment prouver le comportement illicite d'un escroc supposé, il est généralement indispensable de prendre des mesures de surveillance cachée ou de procéder à des perquisitions. Ce n'est possible que si le

suspect n'a pas été averti au préalable. Or, il arrive assez souvent que des suspects soient prévenus du dépôt d'une plainte, ce qui voue à l'échec les mesures d'instruction comme la surveillance ou la perquisition. C'est l'une des raisons pour lesquelles les instructions pénales en cas de fraude à l'assurance sociale, et notamment à l'AI, font partie des procédures les plus coûteuses et les plus difficiles. Il ne suffit pas de disposer de connaissances très poussées du droit des assurances sociales et de la médecine, il faut encore récolter des preuves suffisantes, ce qui s'avère généralement très difficile. Ainsi, pour prouver l'état de santé actuel d'une personne, il suffit généralement de prendre des mesures de surveillance adéquates. Mais il est bien plus difficile de prouver un comportement frauduleux quant aux informations fournies sur l'état de santé plusieurs années auparavant. Tant les instances de poursuite pénale que les médecins sont rapidement confrontés à des obstacles insurmontables. Une autre complication apparue ces dernières années est la recrudescence des problèmes psychiques. Par le passé, les fraudeurs se plaisaient à invoquer des atteintes physiques, typiquement des distorsions de la colonne cervicale (coup du lapin). Aujourd'hui, on constate que les affections psychiques ont la cote, puisqu'il est bien plus difficile de prouver leur inexistence. Si certaines affections disparaissent en un jour et sont remplacées par d'autres, ce n'est pas forcément dû à un caprice de la nature, mais bien souvent à la capacité de la partie adverse de s'adapter rapidement à de nouvelles circonstances.

Christophe Bodmer, lic. iur., procureur suppléant, ministère public II du canton de Zurich.
Mél. : christophe.bodmer@ji.zh.ch

Lutter contre les abus, sans tabou



Martin Waser

Directeur du Département des affaires sociales de la ville de Zurich

Entre 2005 et 2008, la ville de Zurich a été au centre du plus vif **débat** qu'ait connu la Suisse **au sujet des abus dans l'aide sociale**. Si la thématique rencontre aujourd'hui encore un écho important dans les médias, les discussions dans les milieux politiques et médiatiques sont désormais menées dans un souci d'objectivité. Au sein du Département des affaires sociales, la question est aussi abordée avec plus de sérénité. La solution, sur les plans opérationnel et communicationnel, consiste à voir la réalité en face, sans tabou ni passion. Si l'on analyse la **communication peu concluante** du Département des affaires sociales entre 2005 et 2008 – en admettant bien sûr qu'il est toujours plus facile d'être lucide a posteriori –, on constate que le problème vient du **tabou** qui entourait alors cette thématique. Le département a davantage cherché à se défendre qu'à faire preuve de transparence en réaction aux révélations des médias. Le refus de répondre sur les faits a éveillé le soupçon que le département avait quelque chose à cacher. Chaque nouvelle révélation ébranlait un peu plus sa crédibilité, même s'il ne s'agissait en fin de compte que d'un nombre très réduit de cas, souvent présentés de façon tendancieuse.

Dès septembre 2006, c'est-à-dire avant que le traitement médiatique des abus dans l'aide sociale n'atteigne son point culminant, l'exécutif municipal avait décidé de **renforcer la lutte contre les abus**. Deux nouveaux instruments avaient notamment été introduits : des **inspecteurs sociaux**, chargés de mener des observations secrètes, et une **équipe spécialisée**, chargée de procéder à des analyses approfondies sur des questions financières et patrimoniales complexes et de déposer les plaintes pénales. S'y ajoutaient une réorganisation de l'enregistrement des cas et une amélioration de la révision des cas. Avec le recul, il aurait manifestement fallu réagir aux critiques des médias en

reconnaissant l'existence du problème et en soulignant les améliorations déjà apportées au système.

Les insuffisances de la communication ont aussi compliqué l'exécution des tâches sur le plan opérationnel. Les critiques de la presse ont considérablement déstabilisé les collaborateurs du département. Or c'est sur eux que repose la responsabilité de veiller à ce que l'aide sociale profite à ceux qui en ont réellement besoin. **La lutte contre les abus est un élément essentiel du travail social** : l'examen attentif des ressources d'une personne – en particulier lors de l'enregistrement d'un cas – est une tâche tout aussi importante que l'identification des moyens permettant de renforcer ces ressources. La lutte contre les abus n'est donc pas un aspect secondaire de l'activité administrative, mais soulève au contraire des questions de fond pour l'aide sociale publique. Afin d'aborder cette thématique sans parti pris, il faut admettre que les bénéficiaires de l'aide sociale ne se distinguent pas du commun des mortels et qu'on rencontre parmi elles au moins autant de « moutons noirs » que dans la population dans son ensemble. La plupart de ces personnes se comportent bien et ont droit, elles aussi, au respect de leur sphère privée, qui doit être préservée lorsqu'il n'existe pas de soupçon de fraude. De telles questions mettent en jeu la conception de l'être humain et doivent être discutées au sein de l'organisation, pour que l'aide sociale soit apportée aux personnes qui en ont vraiment besoin et que la lutte contre les abus soit efficace. Le fait d'inscrire la lutte contre les abus parmi les tâches organisationnelles a porté ses fruits. Depuis toujours, les travailleurs sociaux en charge d'un dossier sont les premiers à déceler les soupçons de fraude et tirent le plus souvent d'eux-mêmes la situation au clair. Lorsque cela n'est pas possible, ils peuvent désormais faire appel à l'équipe spécialisée, même si la gestion du dossier reste de leur compétence. Les discussions au sein de l'organisation ont été intenses mais fécondes : l'attitude à adopter a été clarifiée, les mesures ont été mises en œuvre et la thématique est désormais une évidence. La discussion publique est elle aussi devenue plus sereine : les abus existent, certes, mais ils sont rares ; nous avons de bons instruments pour y faire face et nous nous expliquons volontiers. La franchise et l'assurance favorisent la confiance dans les milieux politiques, des médias et de la population, dans l'intérêt de tous – car les polémiques sur les abus sapent la crédibilité de l'Etat social dans son ensemble.

Martin Waser, conseiller municipal, directeur du Département des affaires sociales de la ville de Zurich.

Le dispositif de contrôle des aides sociales octroyées à Genève



Marc Piguet
Hospice général, Genève

L'Hospice général, établissement de droit public, a pour mission la mise en œuvre de la politique sociale du canton de Genève. Il s'engage de manière responsable pour la dignité des plus démunis et favorise avec dynamisme un retour le plus rapide possible à l'autonomie durable de chaque bénéficiaire dont il a la charge. Cette institution, vieille aujourd'hui de 478 ans, est financée par l'Etat et la Confédération (aide aux requérants d'asile) et très partiellement par le produit des immeubles qui appartiennent à l'Hospice général. Elle définit elle-même sa stratégie en matière de contrôle. Elle s'est dotée d'un service des enquêtes relativement important qui comporte 16 collaborateurs assermentés par le Conseil d'Etat.

Il existe une expression, quelque peu prosaïque, qui indique que les fraudes sont comme les champignons, seuls ceux qui les cherchent, les trouvent. Et avec l'expérience, le service des enquêtes de l'Hospice général a développé une expertise dans leur détection. Ce constat n'a pas pour but de contredire les communications habituelles des responsables ad hoc ou de favoriser les discours populistes qui stigmatisent tous les bénéficiaires de l'aide sociale. Il est juste préconisé d'être objectif sur les risques liés à la notion de confiance dont dépendent fortement les organismes d'aide sociale lorsqu'un usager informe de sa situation économique et sociale.

Prévention

A l'ouverture du dossier financier, le service des enquêtes réalise systématiquement une enquête d'ouverture préalable à l'entrée en matière, il est intervenu 4247 fois en 2012. Ces contrôles succincts sont réalisés dans un délai de deux jours ouvrables grâce aux accès informa-

tiques du service des enquêtes auprès de ses partenaires et pour lesquels le Conseil d'Etat délivre une autorisation pour chaque accès. Ainsi, les données personnelles du groupe familial sont passées au crible (adresses, véhicules, entreprises, biens immobiliers à Genève, etc.). Les résultats de ces contrôles informatiques font ressortir que les données déclarées ne correspondent pas aux informations figurant sur les registres informatisés pour 9 à 10 % des dossiers déposés. Cette action de prévention permet une économie annuelle avoisinant les dix millions de francs, calcul basé sur le coût annuel moyen d'un dossier d'assistance.

L'enquête approfondie

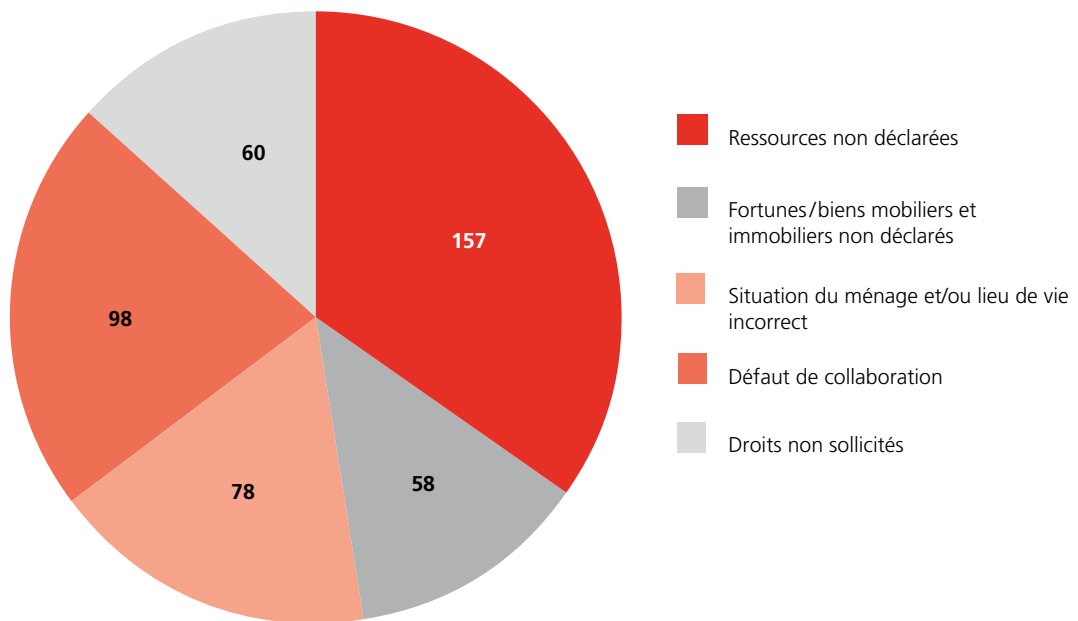
En lien avec le principe de subsidiarité des prestations, l'apparition de non-conformités peut bien entendu survenir après l'ouverture du dossier. En effet, un bénéficiaire qui reçoit par exemple un revenu accessoire, doit, sur une base volontaire, en informer immédiatement son assistant social (loi sur l'insertion et l'aide sociale individuelle LIASI, art. 22, revenus pris en compte, et art. 23, fortune prise en compte). Cela aura pour conséquence de réduire ou de suspendre son prochain traitement financier. Raison pour laquelle il est pertinent de vérifier si l'usager a bien informé de tous ses changements de situation (ménage, fortune et revenu).

Dès 12 mois d'assistance, l'enquête approfondie dite complète peut être diligentée à la demande des assistants sociaux ou par sondage, environ 10 % des enquêtes réalisées sont tirées au hasard. Sa réalisation généralement aussi longue que minutieuse est confiée à des inspecteurs, elle nécessite de nombreux contrôles tant dans les secteurs publics que privés. Grâce à des autorisations signées par les usagers dans le cadre de la procédure d'enquête, les contrôles peuvent être opérés rétroactivement durant toute la période de l'aide, auprès des banques, des employeurs, des assurances, des caisses de compensation, etc. Il s'agit d'une démarche majoritairement administrative, même si des contrôles inopinés sont souvent nécessaires aux domiciles des usagers et dans des entreprises privées. Les procédures d'enquête complètes sont essentiellement demandées par les unités qui octroient l'aide sociale de manière ciblée.

En 2012, 462 enquêtes ont été effectuées. Des enquêtes livrées, 68 % soit 310 dossiers ont présenté un ou plusieurs types de non-conformité (451). Les dossiers concernés ne sont pas conformes de par des ressources non déclarées,

Les non-conformités en nombre de situations détectées en 2012

G1



Source : Hospice général Genève

de la fortune, une situation de ménage incorrecte, un défaut de collaboration ou des droits non sollicités (voir graphique). Les dossiers sont transmis aux assistants sociaux qui prennent des décisions au regard de la loi (art. 35, réduction, refus, suspension et suppression des prestations d'aide financière). Lors de prestations perçues indûment, l'Hospice général peut demander le remboursement de prestations (art. 36, prestations perçues indûment). L'assistante sociale discute de ces situations avec sa hiérarchie afin de prendre une décision juste.

A la question récurrente du pourcentage de fraudeurs à l'aide sociale, le service des enquêtes s'abstient de toute

réponse en l'absence d'outil de mesure suffisamment précis. En revanche, il relève que 13 % des enquêtes complètes menées en 2012 ont eu pour conséquence un arrêt de l'aide financière, voire un dépôt de plainte pénale en cas d'escroquerie avérée et que 50 % des dossiers font l'objet de sanctions financières ou mesures sociales suite à son intervention.

Marc Piguet, chef du service des enquêtes, Hospice général, Genève.
Mél. : Marc.Piguet@hospicegeneral.ch

Les abus dans l'aide sociale: réalité ou battage médiatique ?

Si les médias sont censés être un miroir objectif de la réalité, alors les cas d'abus dans l'aide sociale ont fortement augmenté. Mais on oublie facilement que les problèmes sociaux et les réalités médiatiques sont des constructions sociales, influencées par les interventions externes d'acteurs de la politique et de l'économie, mais aussi par des mécanismes internes: logique médiatique, établissement de l'ordre du jour et effets de cadrage.



Heinz Bonfadelli
Université de Zurich

Les abus sexuels, la violence des jeunes, la migration, le chômage ou le recours à l'aide sociale peuvent être perçus comme des problèmes générés par notre Etat-providence et notre société d'abondance. Les médias s'emparent de ces problèmes et les mettent sur la place publique où ils font l'objet de controverses et de discussions à forte charge idéologique et émotionnelle. La multiplication depuis 2006 en Suisse d'**articles de presse consacrés au problème des abus dans l'aide sociale et à l'emploi de « détectives sociaux » pour y remédier** est une illustration de ce phénomène.

Si l'on part de l'idée que le rôle social des médias est de refléter la réalité, et donc de relater les faits de la manière la plus objective possible, alors les consommateurs de ces médias devraient en conclure que les abus dans l'aide sociale sont un problème grave et répandu. D'autant que certains consommateurs prennent au pied de la lettre un traitement médiatique parfois racoleur, qui n'hésite pas à monter en épingle des cas particuliers. Citons quelques gros titres: « Self-service à l'aide sociale » (*Neue Zürcher Zeitung*, NZZ, 20.10.2006), « 400 millions de francs pour de pseudo-invalides » (*Basler Zeitung*, BaZ; 16.3.2007), « Dernières nouvelles du village de l'AI »

(*Weltwoche*, 14.6.2007), « En incapacité de travail et filmé en plein labeur » (NZZ, 29.8.2007), « Une clause balkanique contre les abus dans l'AI » (*Der Sonntag*, 1.8.2010), « Bénéficiaire de l'aide sociale et vendeur de voitures » (*Tages-Anzeiger*, 20.10.2011), « Abus dans l'aide sociale: une permanence téléphonique prise d'assaut » (*20 Minuten*, 31.1.2012), « Fraudes à l'aide sociale: deux fois plus de cas élucidés » (*BaZ*, 5.5.2012), « Un couple accusé d'avoir touché des prestations de trois services d'aide sociale différents » (*Tages-Anzeiger*, 8.9.2012). Les autorités et les responsables politiques ont réagi aux multiples articles de presse qui semblaient pointer du doigt un dysfonctionnement objectif: la pratique des services d'aide sociale a été largement critiquée et remise en question. Malgré le caractère controversé de cette mesure, plusieurs administrations ont décidé d'engager des détectives sociaux. C'est la solution choisie notamment par la ville de Zurich dans le cadre d'un contre-projet à l'initiative populaire « Stop aux abus dans l'aide sociale », lancée avec succès par l'UDC locale et retirée par la suite. Le présent article entend apporter certaines réflexions sur le traitement médiatique des abus dans l'aide sociale. Car ce traitement, sous l'effet de l'attente normative qui veut que la presse, la radio et la télévision, en tant qu'observateurs neutres, professionnels et sans idée préconçue de la réalité sociale, donnent aux individus les moyens de porter un regard informé sur le fonctionnement de leur société, fixe le cadre de la discussion publique.

Les journalistes sélectionnent quotidiennement les sujets qu'ils vont traiter en fonction de valeurs telles que leur actualité, leur nouveauté, leur pertinence ou leur gravité. Les problèmes sociaux brûlants en font évidemment partie. Les journalistes remplissent par ailleurs une fonction de contrôle ou de critique en surveillant l'action des responsables politiques, des autorités et des acteurs économiques, en attirant l'attention sur les dysfonctionnements constatés, voire en essayant d'anticiper les problèmes. Enfin, les médias contribuent à la formation de l'opinion publique en offrant aux acteurs sociaux une plateforme sur laquelle les représentants des divers intérêts peuvent échanger leurs arguments.

Dans l'ensemble, les médias assument ces fonctions d'information et de formation de l'opinion de manière responsable. Mais ils font aussi de plus en plus souvent l'objet de tentatives d'instrumentalisation de la part d'acteurs issus de la politique et de l'économie. Une logique propre à la sphère médiatique tend par ailleurs, pour attirer l'attention du public, à mettre en avant des problèmes sociaux comme la violence des jeunes, la cri-

minalité, la migration ou précisément les abus dans l'aide sociale en usant du sensationnalisme, de la dramatisation et de la personnalisation. Le danger est réel de voir les médias présenter certaines situations de façon unilatérale, dramatiser les dysfonctionnements constatés et porter des jugements moralisateurs indifférenciés sur les personnes concernées. La question se pose de savoir si ce traitement médiatique est en adéquation avec la perception intersubjective et la réalité de ces problèmes ou si l'on n'a pas plutôt affaire, pour reprendre le jugement du sociologue Kurt Imhof, à « une dramatisation et un battage médiatique au service du populisme ».

Les sciences de la communication évaluent sur un premier plan le rôle des médias dans **le choix des thématiques portées à l'ordre du jour** du débat public (*agenda setting*): le simple fait de renforcer le traitement médiatique des abus dans l'aide sociale peut suffire à placer cette thématique au centre des préoccupations publiques et lui conférer un caractère d'urgence pour la politique comme pour la population dans son ensemble. A l'inverse, certains problèmes ne sont pas ou ne sont que tardivement détectés, car aucun acteur établi ne s'en saisit. Les sciences de la communication questionnent sur un second plan la *façon* dont les médias traitent une thématique, c'est-à-dire **le cadrage** (*framing*) retenu pour en parler. Différentes perspectives peuvent en effet être adoptées pour informer sur des problèmes de société. Dans leur traitement d'un problème, les médias privilégient toujours un « cadrage » spécifique qui place certains aspects au premier plan et en exclut d'autres. Cet effet de cadrage est une conséquence du fait que les causes des problèmes de société et l'évaluation morale des parties impliquées font toujours l'objet d'interprétations différentes et que les solutions envisagées sont elles aussi multiples. Il s'agit à ce titre de se demander quelles interprétations sont à même de s'imposer dans la communication publique. Une autre question importante en ce qui concerne les problèmes de société est de savoir si leurs causes et leurs solutions sont envisagées à un **niveau individuel** ou si la discussion s'intéresse également à leurs **conditions sociostructurelles**.

Les réflexions qui précèdent sur la logique médiatique, l'établissement de l'ordre du jour et les effets de cadrage peuvent évidemment s'appliquer au cas des « abus dans l'aide sociale ». Il n'existe pas d'étude représentative sur cette question, mais une analyse rapide des dix journaux à plus fort tirage de Suisse alémanique montre que le traitement médiatique de cette thématique, encore marginal dans les années 2004 et 2005 – avec respectivement deux et dix articles au total –, a fortement progressé pour atteindre une bonne cinquantaine d'articles en 2006, 150 en 2007 et un pic de 200 articles en 2008. Le rythme est ensuite retombé à une centaine d'articles en 2009 et 2010, puis à une bonne cinquantaine en 2011 comme en 2012. Au cours des cinq dernières années, chaque journal a ainsi consacré une dizaine d'articles par an à ce sujet.

L'analyse scientifique du traitement médiatique permet de dégager **l'évolution caractéristique de l'attention portée à cette thématique**. Dans un premier temps, la presse se concentre sur des **cas individuels spectaculaires** (« Il se rend au service d'aide sociale en jet », *Sonntags-Blick*, 29.7.2007) pour montrer avec force à ses lecteurs la réalité et l'urgence du problème. Pour être sûr d'attirer l'attention du public, l'accent est mis sur les notions d'« abus » et de « préjudice », tandis que les analyses approfondies font figure d'exceptions.

Dans un deuxième temps, la dramatisation intense exercée par les médias accentue la **pression sur les autorités** concernées, notamment parce que des figures politiques, à commencer par des membres de l'UDC, s'emparent de la problématique. Le conseiller national Toni Bortoluzzi a ainsi évoqué dans la BaZ (14.4.2007) la « pointe d'un iceberg » et Ueli Maurer, alors président du parti, déclarait que « de plus en plus d'étrangers abusent de l'aide sociale » (*Beobachter*, n° 8/2007). La prise en charge et le traitement de la thématique par la politique se reflètent également dans des articles comme « Enquêter, mais pas fouiner », consacrés à la discussion sur l'utilisation de détectives sociaux, ou dans l'échange accru de données entre autorités.

Dans un troisième temps, enfin, **les autorités adoptent une attitude plus active**: des études leur valent, par exemple, de se voir décerner, en 2008, « un satisfecit pour l'aide sociale de la ville de Zurich », tandis que la NZZ fait état, la même année, d'une « baisse des cas » constatés par les autorités. Plusieurs acteurs prennent la parole, par exemple un travailleur social qui explique au *Tages-Anzeiger* (26.1.2008) les raisons et la nécessité de l'aide sociale, ainsi que son refus de soumettre « tous les bénéficiaires de l'aide sociale [...] à une suspicion généralisée ». Le *St. Galler Tagblatt* (12.4.2008) souligne de son côté que « le travail social n'est pas une forme d'angélisme, mais la base de la paix sociale ». Plusieurs personnes suggèrent dans le même temps que les services sociaux devraient profiter du « battage médiatique sur la question des abus » pour orienter activement l'attention des médias vers les programmes existants.

Une évaluation de la qualité du traitement médiatique sur la thématique des abus dans l'aide sociale s'avère donc complexe. Un regard critique doit assurément être porté sur le sensationnalisme et la dramatisation d'un traitement qui accorde une attention excessive aux cas individuels. A l'inverse, il existe aussi des articles bien informés qui analysent de manière nuancée l'étendue et les causes du problème et informent sur les mesures ayant fait leurs preuves.

Heinz Bonfadelli, professeur, Institut des sciences de la communication et des médias (IPMZ), Université de Zurich.
Mél. : h.bonfadelli@ipmz.uzh.ch

Nouvelle présentation de la Statistique des assurances sociales: vers une vision globale

La Statistique des assurances sociales suisses (SAS) offre une vue d'ensemble de leur état et de leur évolution. La structure et le graphisme de la publication ont été entièrement remaniés: les séries chronologiques, qui ont fait leurs preuves, sont complétées par de nouveaux graphiques et diagrammes, assortis de commentaires. Les données ont été préparées de manière à faciliter les comparaisons entre les différentes branches. Dans la version pdf, les présentations densifiées ou simplifiées contiennent des liens vers des données plus détaillées, des précisions d'ordre technique et des informations complémentaires.



Stefan Müller

Office fédéral des assurances sociales



Salome Schüpbach

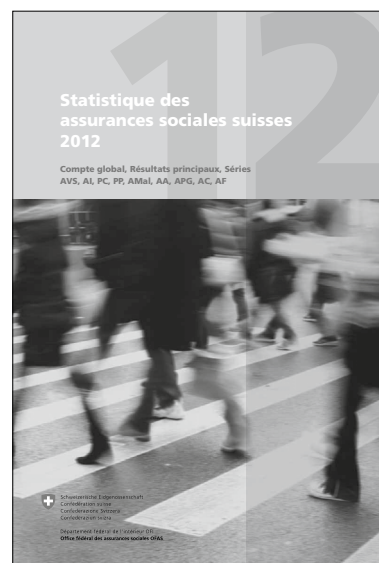


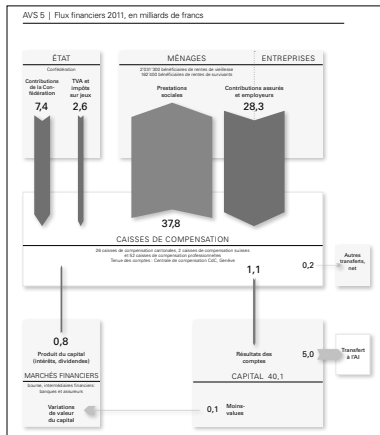
Solange Horvath

La SAS 2012 a été entièrement remaniée afin de faciliter la lecture des données concernant les assurances sociales. La publication reste axée sur le compte global des assurances sociales (CGAS), qui constitue le cadre de référence pour juger de l'évolution des différentes branches d'assurance et sert à calculer le taux de la charge sociale et celui des prestations sociales. Mais, outre son nouveau graphisme, la SAS bénéficie aussi d'une nouvelle conception de l'infographie, fondée sur le principe de la convivialité, qui vise à la fois clarté du texte, adaptation de la densité d'information aux groupes cibles et aux besoins, et cohérence structurelle.

Clarté du contenu

Un accent tout particulier a été mis sur les **graphiques**, afin de faciliter l'interprétation des relations quantitatives. La nouvelle SAS compte ainsi, sur 140 pages, plus de 190 graphiques. Les **tableaux**, dont l'utilité ne fait aucun doute, ont été conservés, mais allégés visuellement. Graphiques et tableaux sont tous assortis de **commentaires**, qui expliquent et approfondissent les relations statistiques présentées. Les informations qu'ils contiennent sont structurées de manière à permettre à un large public d'en apprendre davantage sur le fonctionnement des assurances sociales,





et aux spécialistes d'accéder à des données fiables sur la matière traitée. De nouveaux **diagrammes** illustrent pour chaque assurance sociale les flux financiers de l'année considérée. On peut ainsi voir clairement, par exemple, d'où proviennent les recettes des différentes branches et leurs proportions respectives.

Uniformité de la structure des chapitres

Pour aider le lecteur à s'y retrouver et faciliter la comparaison des assurances entre elles, les chapitres ont été dotés d'une **structure uniforme**. De ce fait, 70 % de la publication se présente de manière homogène. Un nouveau chapitre s'ouvre chaque fois que la pagination entame une nouvelle dizaine.

AI Assurance-invalidité	AVS Assurance-vieillesse et survivants
AI 2A Chiffres clés actuels	AVS 2A Chiffres clés actuels
AI 2B Nouveautés importantes	AVS 2B Nouveautés importantes
AI 3A Aperçu finances	AVS 3A Aperçu finances
AI 3B Recettes et dépenses, taux de variation	AVS 3B Recettes et dépenses, taux de variation
AI 4 Finances	AVS 4 Finances
AI 5 Flux financiers 2011	AVS 5 Flux financiers 2011
AI 6A Assurés, bénéficiaires et rentes	AVS 6A Assurés, bénéficiaires et rentes moyennes en Suisse
AI 6B Rentes moyennes mensuelles	AVS 6B Rentes moyennes mensuelles
AI 6C Bénéficiaires	AVS 6C Bénéficiaires
AI 7A Bénéficiaires de rente de l'AI en Suisse 2011, par cause d'invalidité et par classe d'âge	AVS 7 Evolution de la formule des rentes de 1948 à 2012
AI 7B Cause d'invalidité 2011, en pourcent des assurés	AVS 8A Contributions des pouvoirs publics, TVA et impôt sur les maisons de jeux
AI 7C Bénéficiaires et prestations en Suisse	AVS 8B Contribution des cantons et de la Confédération, en % des dépenses AVS
AI 8 Cotisations des pouvoirs publics	AVS 9A Taux de cotisation depuis 1948
AI 9 Taux de cotisation depuis 1960	AVS 9B Age de la retraite rentes de vieillesse
AI 10A Taux de cotisations et prestations 2013	AVS 10A Taux de cotisations et prestations 2013
AI 10B Comparaison avec le compte global (CGAS)	AVS 10B Comparaison avec le compte global (CGAS)

Densité d'information adaptée aux groupes cibles et aux besoins

Les **séries chronologiques** proposées se concentrent sur la dernière vingtaine d'années et vont de 1990 à la dernière année pour laquelle les données sont disponibles. Si des données complémentaires (dont les chiffres pertinents des éditions précédentes de la SAS), des tableaux détaillés (feuilles Excel) et des informations complémentaires sont disponibles, la chose est signalée par un **renvoi spécial**. On peut y accéder par le site Internet de l'OFAS¹ et, dans la version pdf, un lien hypertexte y mène. Cette structuration des données en deux niveaux au contenu informatif différencié permet non seulement de densifier l'information et de mieux l'adap-

ter aux groupes cibles, mais aussi d'en réduire le volume de 45 %.

AA 6	BÉNÉFICIAIRES ET
	AA 6A Assurés, bénéficiaires
	Entreprise assujetties
	Salariés assurés (travailleurs à plein temps) en milliers
	Assurance-accidents professionnels (AAP)
	Bénéficiaires de rentes d'invalidité
	Bénéficiaires de rentes de survivants

Perspectives

La nouvelle conception de la statistique vise à améliorer de façon sensible l'accès aux données et leur comparabilité. Dans l'édition 2013, par exemple, la présentation de l'évolution des prestations dans les différentes assurances sociales sera remodelée. Les efforts en vue de compléter le compte global seront également poursuivis.

La version électronique de la Statistique des assurances sociales suisses

2012 a été mise en ligne sur le site de l'OFAS.² On peut en commander des exemplaires papier, gratuits, à l'adresse www.bundespublikationen.admin.ch (n° de commande 318.122.12F).

Stefan Müller, Dr. rer. pol., expert scientifique, secteur Statistiques (domaine Mathématiques, analyses et statistiques), OFAS.
Mél. : stefan.mueller@bsv.admin.ch

Salome Schüpbach, lic. rer. pol., collaboratrice scientifique, secteur Statistiques (domaine Mathématiques, analyses et statistiques), OFAS.
Mél. : salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Solange Horvath, mag. rer. pol., collaboratrice scientifique, secteur Statistiques (domaine Mathématiques, analyses et statistiques), OFAS.
Mél. : solange.horvath@bsv.admin.ch

1 www.ofas.admin.ch → Documentation → Faits et chiffres → Compte global des assurances sociales.

2 www.ofas.admin.ch → Documentation → Faits et chiffres → Statistiques → Statistiques des assurances sociales.

Les effets de la 5^e révision de l'AI et le potentiel à exploiter

La 5^e révision de l'AI a renforcé le principe de l'AI selon lequel la réadaptation prime la rente. Ses éléments clés produisent les effets recherchés. Toutefois, il reste un potentiel inexploité pour ce qui est de l'encouragement au retour sur le marché primaire du travail. C'est la conclusion d'une étude externe évaluant les principales innovations quatre ans après l'entrée en vigueur de la révision.



Christian Bolliger
Bureau Vatter



Tobias Fritschi
HES Travail social, Berne

La 5^e révision de l'AI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, visait un changement de culture en remplaçant l'assurance de rente par une assurance de réadaptation. L'objectif est de maintenir en emploi ou de trouver une nouvelle place de travail pour les assurés menacés d'invalidité, grâce à une **prise de contact** et à l'**octroi rapides de mesures de réadaptation**

répondant à leurs besoins. Il s'agit d'éviter l'apparition de troubles chroniques préjudicant fortement les chances de réinsertion. Plusieurs outils doivent permettre à l'AI de réagir efficacement dans les cas concrets:

- **La gestion des cas par l'OFAS (approche CM):** la procédure AI repose désormais sur le case management (CM), approche dont la

principale caractéristique est la coopération étroite et directe entre l'AI, l'assuré, son employeur et son entourage social.

- **La détection précoce (DP):** après l'annonce par un assuré (ou un tiers), la DP permet aux offices AI de juger s'il est opportun de déposer une demande à l'AI. La DP agit donc comme un filtre tout en évitant, grâce à une prise de contact rapide, que l'assuré ne perde son emploi.
- **L'intervention précoce (IP):** des mesures facilement accessibles, comme les formations, pouvant être approuvées sans examen des conditions d'octroi, doivent permettre aux offices AI d'éviter les pertes d'emploi et de maintenir ou d'améliorer la capacité de travail des assurés, rapidement et sans lourdeur bureaucratique.
- **Les mesures de réinsertion (MR):** les MR, quant à elles, s'adressent tout particulièrement aux personnes atteintes de troubles psychiques affectant leur capacité de travail. Elles doivent leur permettre de bénéficier de mesures d'ordre professionnel.

Objet et procédure de l'évaluation

Quatre ans après l'entrée en vigueur de la révision, l'OFAS a commandé une étude externe pour évaluer la mise en œuvre et les premiers effets de l'approche CM, ainsi que des mesures DP, IP et MR. L'étude se fonde sur une analyse des résultats intermédiaires de la procédure, mesurés à l'issue des trois étapes (DP, IP et MR) prévues. On considère que le résultat intermédiaire axé sur la réadaptation si une mesure d'ordre professionnel a été accordée ou si l'assu-

ré a un emploi. Lorsque l'office AI a entamé l'examen du droit à la rente, on estime que le résultat intermédiaire tend vers l'attribution d'une rente. Parfois, le résultat intermédiaire peut être double, à savoir mener à la réadaptation ou à l'attribution d'une rente, puisque l'examen du droit à la rente n'exclut pas la mise en œuvre d'une mesure d'ordre professionnel ni l'existence d'une place de travail. L'étude ne porte pas sur la durabilité du succès de la réadaptation, ni sur les effets de la révision sur le taux des rentes AI.

Elle repose sur une enquête écrite soumise aux 26 offices AI, sur des données provenant des registres AI, ainsi que, pour le calcul des emplois, sur les extraits des comptes individuels de l'AVS/AI¹, sur l'analyse de 325 dossiers émanant de cinq offices AI et sur sept entretiens en groupe de travail avec des experts en réadaptation et des cadres de ces offices AI.

L'étude ne se contente pas de comparer le déroulement des cas et l'implication des offices AI, mais analyse aussi les différences entre l'ancienne et la nouvelle procédure. Des méthodes statistiques d'analyse descriptive et multivariée (test binomial logit et Cox) ont été utilisées à cet effet. Force est de constater que l'état des données statistiques a passablement compliqué les travaux, notamment en raison de l'application divergente des codes du registre AI par les offices AI.

Mise en œuvre de la 5^e révision : concours des offices AI

L'étude montre que les offices AI et leurs collaborateurs soutiennent l'idée de base de la 5^e révision de l'AI et qu'ils contribuent au changement

de culture vers une assurance de réadaptation. S'agissant de l'usage des quatre nouveaux instruments, on constate cependant des différences notables entre les cantons.

Les offices AI ont mis en œuvre l'**approche CM de l'OFAS** en adaptant leurs processus. Si des différences subsistent entre les offices AI, elles sont d'ordre graduel et non fondamental. Signalons toutefois qu'il ne s'agit là que d'une estimation grossière qui repose sur l'auto-évaluation des offices AI.

Un quart environ des premiers contacts avec l'AI ont lieu dans le cadre de la **détection précoce**. Parmi ceux-ci, près d'un quart (soit 6 % des premiers contacts) ne sont pas suivis du dépôt d'une demande à l'AI, ce qui met en évidence l'effet de filtre de la DP. La majeure partie des demandes de DP ne proviennent pas des assurés, mais des employeurs ou des assurances d'indemnités journalières, voire, plus rarement, du corps médical. Grâce à la DP, le nombre de personnes qui sont encore employées au moment d'entrer en contact avec l'AI est plus élevé que par le passé. Deux éléments expliquent pourquoi les trois quarts des assurés continuent à soumettre directement une demande à l'AI. Premièrement, le droit au versement d'une rente naît au plus tôt six mois après le dépôt d'une demande (art. 29 LAI), ce qui incite fortement à demander d'emblée une rente. Deuxièmement, il existe un nombre indéterminé de mesures de détection précoce informelles ou prises par les employeurs dans le cadre de la gestion de la santé en entreprise.

Comme le prévoyait la révision, les mesures d'**intervention précoce** favorisent grandement la prise de mesures de réadaptation professionnelle et la rapidité d'octroi dans tous les cantons. Leur nombre correspond à peu près à celui des mesures d'ordre professionnel (MOP) qui existaient déjà précédemment. Il faut cependant souligner que la nature des mesures IP, leur fréquence et la rapi-

dité d'octroi varient considérablement d'un office AI à l'autre. Il semble donc que l'ensemble des offices AI n'exploitent pas tout le potentiel de l'IP, l'empêchant de déployer tous ses effets. De manière générale, les mesures IP sont plutôt accordées aux assurés présentant des troubles physiques. En outre, certains facteurs indiquent que les titulaires d'une formation tertiaire bénéficient plus souvent de mesures IP que les assurés moins bien formés. Ce phénomène est d'autant plus paradoxal que, selon l'étude, l'effet intégratif des mesures IP est plus grand chez les personnes avec un niveau de formation modeste.

Les **mesures de réinsertion** accordées consistent principalement en des mesures d'ordre socioprofessionnel en institution, tandis que les mesures prises dans des entreprises du marché primaire du travail sont plutôt rares. Là aussi, l'usage fait de cet instrument varie d'un office AI à l'autre. Les MR sont majoritairement accordées aux personnes atteintes de troubles psychiques. Tout comme l'IP, elles contribuent à faire de l'AI une assurance mieux adaptée aux besoins des assurés. En revanche, la portée des MR est quelque peu limitée.

Effets de la 5^e révision : la réadaptation sur le marché du travail reste difficile

Conformément aux intentions de la révision, le nombre de mesures de réadaptation d'ordre professionnel octroyées par l'AI depuis 2008 a **nettement progressé**. Plus d'un tiers des assurés dont le premier contact avec l'AI a eu lieu après la révision bénéficient d'une mesure IP, MR ou MOP contre un quart seulement avant (cf. **T1**, p. 90). Comme prévu, l'AI accorde aussi ces mesures **beaucoup plus vite** : avant la révision, à peine une personne sur cinq se voyait octroyer une mesure au cours du premier trimestre suivant le dépôt de la demande, alors qu'une personne sur

¹ L'étude s'est penchée sur le déroulement jusqu'à fin 2011 des procédures de 93 952 adultes dont le premier contact avec l'AI a eu lieu entre le 1^{er} janvier 2008 et le 30 juin 2010. A des fins de comparaison (avant et après l'entrée en vigueur de la 5^e révision), 85 215 cas annoncés entre le 1^{er} janvier 2004 et le 30 juin 2006 (déroulement jusqu'à fin 2007) ont également été étudiés.

Résultats de la comparaison avant–après

T1

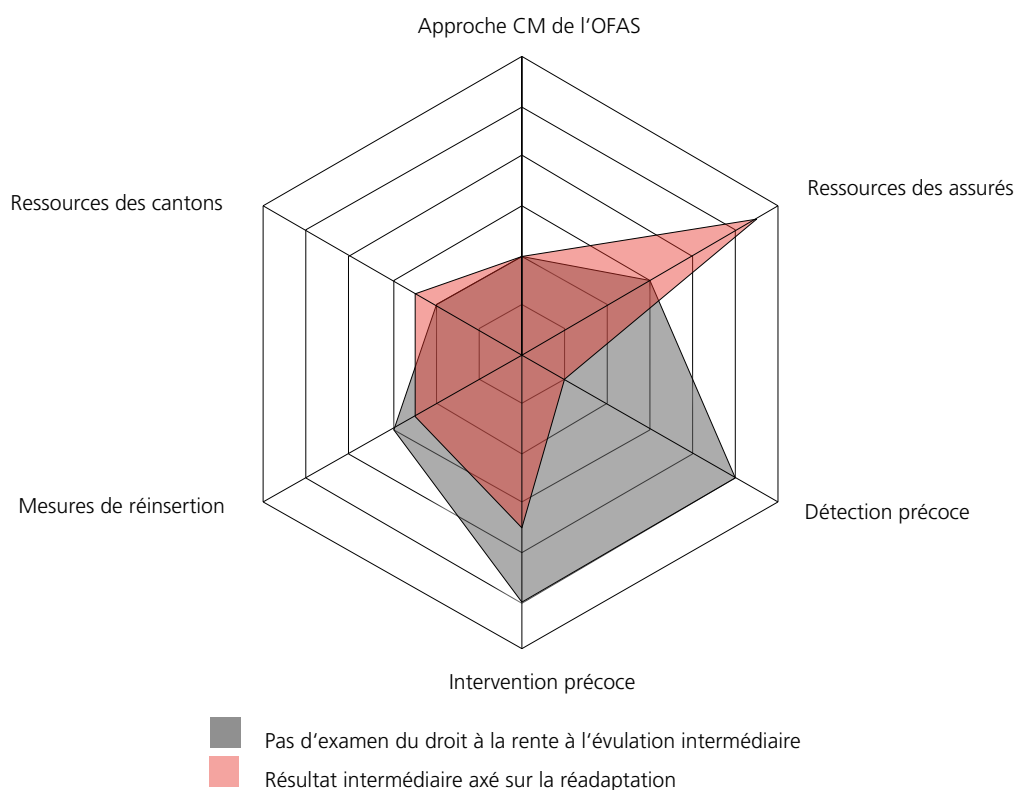
Indicateur	Avant la révision	Après la révision
Part d'assurés bénéficiant au moins d'une mesure IP, MR ou MOP (avant la révision : uniquement mesures d'ordre professionnel) parmi toutes les personnes ayant eu un premier contact avec l'AI.	24%	37%
Part d'assurés s'étant vu accorder une mesure au cours du trimestre suivant le premier contact avec l'AI (avant la révision : uniquement mesures d'ordre professionnel)	19%	36%
Part d'assurés employés au moment du premier contact avec l'AI	60%	68%
Part d'assurés employés à la fin de la période d'observation parmi toutes les personnes ayant eu un premier contact avec l'AI.	40%	44%

Premier contact : annonce ou avis de détection précoce

Source: Registre AI, extraits des comptes individuels de l'AVS/AI

Effets des facteurs individuels, institutionnels et cantonaux sur le résultat intermédiaire

G1



Sources : HES Travail social, Berne / bureau Vatter

trois est dans cette situation depuis la révision en 2008 (cf. **T1**). Il semble aussi que les mesures soient en **meilleure adéquation avec les besoins**, vu la proportion de malades psychiques parmi les bénéficiaires de mesures.

En dépit des efforts déployés, la réadaptation sur le marché primaire du travail reste difficile. Depuis la révision, et ceci conformément à l'objectif fixé par l'AI, le contact entre l'assuré et l'AI a certes lieu **plus tôt**, lorsque que l'assuré est encore employé. C'est important, car il est plus facile de conserver un emploi que d'en retrouver un nouveau. Cependant, le pourcentage de personnes qui disposent toujours d'une place de travail ou qui ont retrouvé un emploi à la fin de la période observée n'a que peu augmenté (cf. **T1**). Il convient de préciser en l'occurrence que les chiffres relatifs à l'existence d'un emploi sont sous-estimés d'environ 10 points de pour-cent en raison de l'état des données de registre disponibles.

Les nouveaux instruments favorisent la réadaptation

Dans l'ensemble, on constate que l'application des nouveaux instruments favorise un résultat intermédiaire axé sur la réadaptation et permet d'éviter les résultats orientés rente. Le graphique **G1** illustre l'influence relative des facteurs individuels, institutionnels (offices AI) et cantonaux (économie, secteurs publics de la santé et du social) sur le résultat intermédiaire. Les ressources individuelles de l'assuré semblent être l'élément le plus déterminant: notamment le niveau de formation, l'existence d'une place de travail lors du premier contact avec l'AI et la nature du handicap. D'ailleurs, le recours à la détection précoce, ainsi qu'aux mesures d'intervention précoce et de réinsertion dépend aussi, dans une certaine mesure, des ressources individuelles de l'assuré.

Proportionnellement, les assurés ayant fait l'objet d'une **détection précoce** avant de déposer une demande à l'AI ont été un peu plus nombreux à trouver un nouvel emploi au moment de l'évaluation intermédiaire. Ces personnes font moins souvent l'objet d'un examen du droit à la rente que la moyenne des assurés. C'est peut-être aussi imputable au fait que les personnes entrées en contact avec l'AI par le biais d'une DP sont en meilleure santé et que leur incapacité de travail a généralement duré moins longtemps.

Globalement, les mesures d'**intervention précoce** favorisent la réadaptation. Elles améliorent sensiblement la probabilité que l'assuré ait retrouvé un emploi au moment de l'évaluation intermédiaire. En outre, en cas d'IP, le soutien de job coaches ou l'accès à des réseaux d'approvisionnement peuvent influencer positivement les chances de retrouver une place de travail. Enfin, les mesures IP permettent d'éviter les examens du droit à une rente.

La part des bénéficiaires de **mesures de réinsertion** qui suivent ultérieurement une mesure d'ordre professionnel montre que, comme le prévoyait la révision, les MR sont une bonne préparation à la réadaptation professionnelle. A l'instar des mesures IP, les MR assurent un meilleur taux de réadaptation (à l'évaluation intermédiaire), surtout chez les assurés sans emploi qui cherchent donc une nouvelle place de travail. Elles contribuent aussi, dans une certaine mesure, à éviter les examens du droit à la rente. Ce faisant, elles favorisent les résultats intermédiaires axés sur la réadaptation. Cela dit, le nombre relativement faible de bénéficiaires de mesures MR semble indiquer que tous les cantons n'exploitent pas encore tout le potentiel de cette mesure.

L'étude montre que les effets de l'**approche CM** de l'OFAS sur le succès de la réadaptation sont surtout indirects. L'amélioration de la gestion des cas se reflète dans l'utilisation accrue des nouveaux instruments de

réadaptation professionnelle (en particulier l'IP) et partant, une augmentation des résultats intermédiaires axés sur la réadaptation.

Bilan global et améliorations possibles

Le premier bilan de l'évaluation de la 5^e révision de l'AI est **globalement positif**. La révision engendre les effets souhaités: l'AI entre plus rapidement en relation avec les assurés et des contacts personnels sont établis. En réagissant plus vite et en prenant des mesures plus adaptées aux assurés, l'AI favorise la réadaptation. On peut donc s'attendre à ce que la révision ait un effet modérateur sur les rentes à moyen et long termes.

Il semble pourtant que tout le potentiel de réadaptation de la révision n'est pas encore exploité. Voici trois pistes en vue d'améliorer les résultats:

- Les offices AI qui ont jusqu'à présent attribué les prestations avec une certaine parcimonie feraient bien d'**octroyer plus systématiquement des mesures de réadaptation**. S'ils risquent ainsi qu'un nombre accru de mesures soient inefficaces, les analyses réalisées montrent néanmoins que, dans l'ensemble, l'octroi plus généreux de mesures de réadaptation fait progresser le taux global de réussite.
- Les **offices AI pourraient encore améliorer l'adéquation aux besoins** des mesures de réadaptation professionnelle accordées. Ils pourraient par exemple prendre plus de mesures IP en faveur de personnes avec une formation modeste, groupe d'assurés dans lequel ces mesures sont particulièrement efficaces sur le plan de la réadaptation. Autre exemple: dans l'ensemble, l'AI réussit mieux à maintenir en emploi les assurés qui ont encore une place de travail qu'à réinsérer les autres en leur trouvant un nouvel emploi. Actuellement, les mesures de réadaptation professionnelle s'avèrent effi-

caces davantage dans la recherche de nouvelles places de travail. De ce fait, l'efficacité des mesures chez les assurés qui ont encore un emploi lors de leur premier contact avec l'AI pourrait encore être améliorée en collaboration avec les employeurs.

- La troisième piste concerne l'approche CM, à savoir la collaboration de l'AI avec les assurés, les employeurs et les autres instances s'occupant de réadaptation. Nonobstant les progrès réalisés dans ce domaine, une partie du grand public continue de percevoir l'AI comme une assurance de rente

plutôt qu'une assurance de réadaptation. Un **développement de la collaboration entre l'AI et ses partenaires, en dehors des cas concrets**, et l'instauration de nouvelles mesures de communication sont susceptibles d'encourager tous les protagonistes à prendre contact assez rapidement et à privilégier le principe selon lequel *la réadaptation prime la rente*.

Christian Bolliger, Tobias Fritschi, Renate Salzgeber, Pascale Zürcher, Oliver Hübelin (2012). Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen in der Invalidenversicherung. Aspects de la sécurité sociale 13/12, disponible

uniquement en allemand, avec avant-propos et résumé en français/italien/anglais. Cette étude peut être téléchargée sur le site Internet de l'OFAS: www.ofas.admin.ch
Documentation → Publications → Rapports de recherche.

Christian Bolliger, Dr. rer. soc., politologue, Bureau Vatter, recherche et conseil politique, Berne.
Mél.: bolliger@buerovatter.ch

Tobias Fritschi, économiste, chargé de cours à la division de Travail social de la Haute école spécialisée bernoise.
Mél.: tobias.fritschi@bfh.ch

Situation de logement et d'assistance des bénéficiaires d'une allocation pour impotent

Entre 2004 et 2011, la part des bénéficiaires d'une allocation pour impotent (API) ne résidant pas dans un home est passée de 50 % à 59 %. Dans quelle mesure cette progression est-elle liée aux mesures introduites par la 4^e révision de l'AI? Comment les personnes résidant à domicile organisent-elles et financent-elles les soins dont elles ont besoin? Une nouvelle étude réalisée dans le cadre du deuxième programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI 2)¹ répond de façon détaillée à ces questions parmi d'autres. Elle s'appuie, d'une part, sur les données des registres de l'assurance-invalidité et, d'autre part, sur une enquête écrite, réalisée auprès d'environ 5000 personnes.



Jürg Guggisberg

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

Dans son message sur la 4^e révision de l'AI, le Conseil fédéral a constaté que les personnes au bénéfice d'une allocation pour impotent (API) de l'assurance-invalidité ne disposaient pas d'une latitude de choix suffisante quant à leur mode de vie, en particulier s'agissant de la forme de logement. Pour améliorer la situation de

ces personnes, différentes mesures ont été prises dans le cadre de la 4^e révision de l'AI, dont notamment:

- le **doublement de l'allocation pour impotent (API)** pour les personnes ne résidant pas dans un home
- et l'introduction d'un **accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie** pour les adultes handicapés psychiques ou mentaux légers ne résidant pas dans un home.

Le présent article regroupe des éléments sur le degré de réalisation des objectifs poursuivis par ces deux mesures. L'étude principale examine de manière approfondie, outre le groupe cible des adultes au bénéfice d'une API, la situation des mineurs

bénéficiant d'une API et de leurs proches leur prodiguant des soins. Les résultats sont présentés dans le rapport principal.

Evolution de la situation en matière de logement: home ou domicile

En ce qui concerne la situation en matière de logement et d'assistance des adultes ayant besoin d'aide en raison d'un handicap, le Conseil fédéral visait, avec la 4^e révision de l'AI, deux groupes cibles.² En augmentant le montant de l'API, il souhaitait d'abord permettre aux bénéficiaires de vivre aussi longtemps que possible de manière autonome à domicile et d'éviter une éventuelle entrée en home. Ensuite, il reconnaissait que les personnes souffrant d'un handicap psychique ou mental léger ont besoin d'aide et d'assistance dans leur vie quotidienne. Or comme, jusqu'à la 4^e révision de l'AI, le système était principalement axé sur la diminution des fonctions physiques, les personnes souffrant d'un handicap psychique ou mental léger ne recevaient la plupart du temps aucune API. Afin de donner également à ces dernières la possibilité de mener une vie autonome, le Conseil fédéral a introduit une prestation d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

A la lumière de ces objectifs et en tenant compte des analyses effectuées sur la situation en matière de logement, il est possible de tirer les conclusions suivantes:

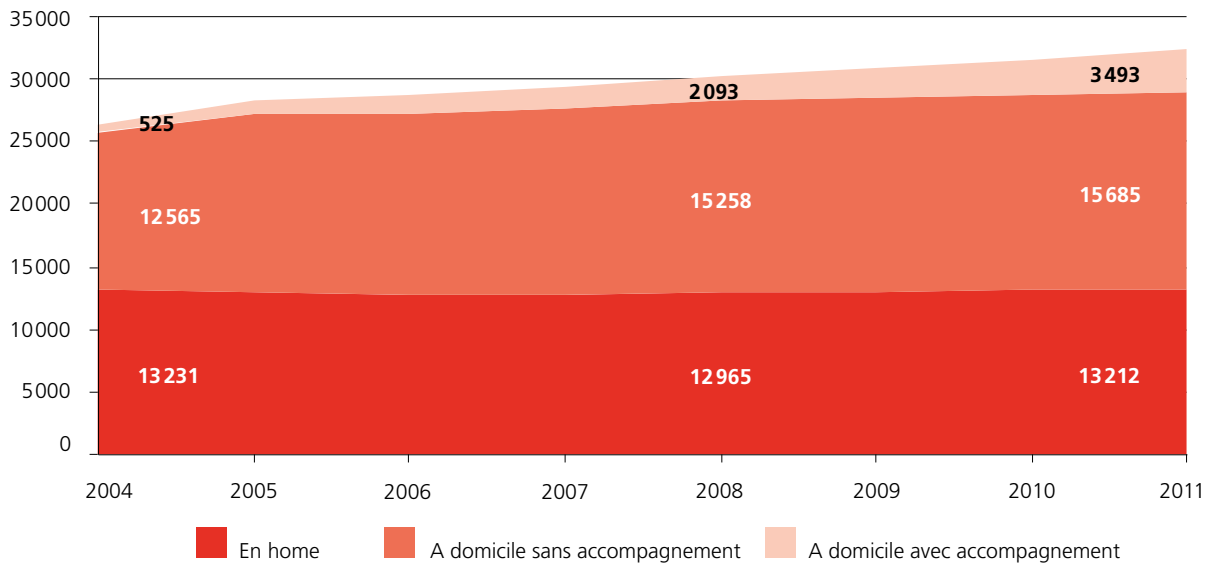
Depuis le doublement, en 2004, de l'API pour les personnes ne résidant pas en home, la part des bénéficiaires d'une API ne résidant pas en home est passée de 50% à 59% en huit ans. Cela correspond à une augmentation d'environ 6000 personnes. Autrement

1 Wohn- und Betreuungssituation von Personen mit Hilflosenentschädigung in der IV: Eine Bestandesaufnahme im Kontext der Massnahmen der 4. IVG-Revision. Aspects de la sécurité sociale N° 2/13. Disponible uniquement en allemand avec résumé en français. Peut être téléchargé sur le site internet de l'OFAS: www.ofas.admin.ch → Documentation → Publications → Rapports de recherche.

2 Message du 21 février 2001 concernant la 4^e révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (FF 2001, p. 3045).

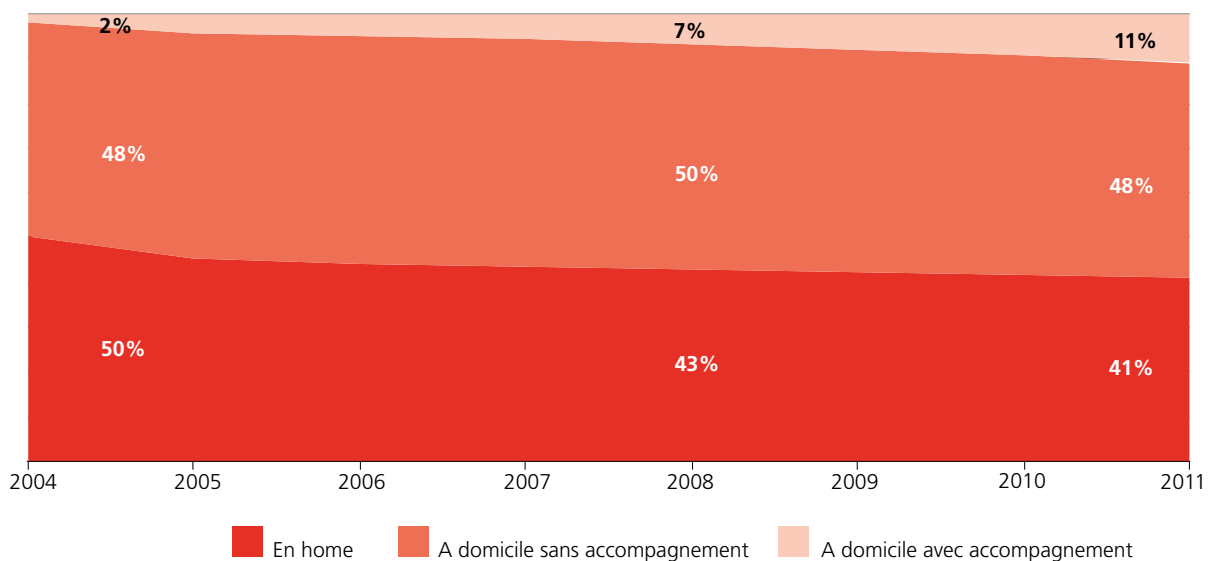
Evolution des effectifs de bénéficiaires d'API selon le logement et la prestation

G1



Parts des bénéficiaires d'API selon le logement et la prestation

G2



Source : données de registres AI 2004 à 2011 (OFAS); calculs BASS

dit, l'évolution s'est produite dans le sens visé par la 4^e révision de l'AI. Les analyses effectuées fournissent des éléments importants sur le rôle que celle-ci a joué. On peut tout d'abord retenir qu'environ un tiers de l'augmentation enregistrée (soit environ trois des neuf points de pourcentage) tient à l'élargissement du cercle des ayants droit dû à l'introduction de l'accompagnement pour faire face aux

nécessités de la vie. Contrairement à l'API, cette prestation est destinée exclusivement aux personnes résidant à domicile. Mécaniquement, l'augmentation du nombre de bénéficiaires de cette prestation a indubitablement entraîné celle de la part des personnes résidant à domicile. Sur le reste de la progression (six points de pourcentage), un peu moins d'un tiers (soit deux points) peut être attribué à l'aug-

mentation de l'API pour les personnes résidant à domicile. Une extrapolation d'après les résultats de l'enquête permet d'évaluer que, sans doublement de l'API, 600 personnes de plus auraient résidé en home en 2011 : environ 300 seraient entrées en home (on parle pour ces personnes d'entrées en home évitées) et 300 autres n'en seraient pas sorties. L'effet des deux mesures (introduction d'un

accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie et doublement de l'API pour les personnes résidant à domicile) explique donc un peu plus de la moitié de l'évolution de la part des personnes résidant à domicile. Le reste est lié à plusieurs facteurs, notamment à la tendance, observée depuis plus longtemps, à vouloir vivre plutôt à domicile qu'en home. En l'absence de données sur la situation en matière de logement avant 2004, cette hypothèse ne peut toutefois pas être complètement vérifiée.

C'est principalement une combinaison de **préférences individuelles** et d'éléments tenant à la **santé**, à la **famille** et à la **situation financière** qui amène à choisir de résider à domicile ou de résider en home. Ainsi, 94 % des personnes interrogées résidant à domicile disent préférer habiter hors d'un home et 83 % confirment qu'elles n'entreront pas en home tant qu'elles seront en mesure de financer les coûts de la vie à l'extérieur. Deux tiers des adultes résidant à domicile et bénéficiant d'une API disent qu'ils résideraient probablement en home s'ils ne pouvaient pas habiter avec leurs proches. Sur ce groupe, 71 % estiment que leur santé ne nécessite pas d'entrer en home.

Sur la situation financière, les réponses à l'enquête montrent que l'API joue un rôle central en matière de logement, et tout spécialement pour le choix de résider à domicile. Son importance pour la liberté de choix apparaît dans le fait que 71 % des bénéficiaires affirment que, sans elle, ils ne seraient plus en mesure de financer leur vie hors d'un home. Dans le même temps, il apparaît qu'une part très faible (5 %) des personnes qui envisagent ou ont envisagé concrètement l'entrée en home le font principalement pour des raisons financières. Les motifs invoqués concernent surtout la famille (47 %), la santé (27 %) ou sont d'ordre personnel (17 %). La

situation financière est donc très rarement la raison principale de l'entrée en home. Cette conclusion est corroborée par les résultats de l'enquête auprès des personnes résidant en home. La raison principale de loin la plus fréquemment invoquée pour préférer résider en home tient aux soins et à la prise en charge (79 %), qui peuvent manifestement être mieux assurés qu'à domicile dans certaines situations. Cela correspond au constat selon lequel 4 % seulement des personnes résidant en home disent qu'elles sortiraient si elles disposaient de davantage d'argent. Il n'en reste pas moins que des raisons financières ont influencé la décision d'entrer en home dans 39 % des cas.

Il apparaît dans l'ensemble qu'une grande majorité (quelque 80 %) des personnes interrogées dans les deux groupes sont satisfaites de leur situation en matière de logement – même si les bénéficiaires d'API résidant à domicile sont bien plus souvent très satisfaits que ceux résidant en home (respectivement 53 % et 29 %).

Pour les personnes qui citent principalement des raisons financières pour le choix de leur forme de logement, il est possible que la contribution d'assistance mise en place par le premier volet de la 6^e révision de l'AI (révision 6a), qui peut être perçue en sus d'une API, constitue une option qui permettrait d'augmenter leur autonomie en ce qui concerne ce choix. La validité de cette hypothèse ne pourra toutefois être vérifiée qu'après la phase d'introduction de cette nouvelle prestation. Les résultats disponibles actuellement indiquent que la contribution d'assistance n'est (pour l'instant) pas très souvent demandée, mais qu'il est bien possible qu'elle le soit davantage à moyen et à long terme.

En 2011, environ 10 % des bénéficiaires d'une API, soit 3500 personnes, percevaient une prestation d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Environ deux tiers estimaient qu'ils ne pourraient financer les coûts de la vie à l'extérieur d'un

home sans cette prestation, sans laquelle il était donc probable qu'ils devraient résider en home.

Les chiffres confirment que les groupes visés par la révision ont été atteints grâce à la nouvelle prestation, et que celle-ci contribue effectivement à augmenter leur autonomie en matière de choix du logement.

Organisation et financement des soins et de la prise en charge à domicile

Le doublement de l'API pour les adultes résidant à domicile visait, pour le Conseil fédéral, à permettre « (...) aux personnes handicapées de couvrir (au moins partiellement) les frais résultant de leur prise en charge ou des soins réguliers dont elles ont besoin ».³ Les résultats de l'étude fournissent de nombreux éléments sur l'ampleur de l'utilisation de l'API pour couvrir les frais de prise en charge et sur la mesure dans laquelle celle-ci permet de les couvrir effectivement.

Il faut d'abord noter que la plus grande partie (les quatre cinquièmes) des prestations de prise en charge et de soins fournies aux bénéficiaires d'une API résidant à domicile le sont par des non-professionnels, à savoir des proches au sein du ménage (65 % des cas) ou des proches ou connaissances ne vivant pas dans le même ménage (16 %). Le reste (19 %) concerne des aidants rémunérés extérieurs au ménage. Ces soins sont nécessités par un peu moins des deux tiers (64 %) des bénéficiaires d'une API résidant à domicile. Environ un tiers des personnes interrogées ne recourent donc à aucune prestation rémunérée. La part de celles qui font appel à des aidants rémunérés varie avec le degré d'impotence. Les personnes présentant une impotence grave font bien plus souvent appel à des prestations payantes (82 %) que celles dont l'impotence est moyenne ou faible.

Lorsque des prestations sont achetées, deux tiers (66 %) des dépenses

3 Message du 21 février 2001 concernant la 4^e révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (FF 2001, p. 3050).

concernent une aide ou des prestations nécessaires en raison d'un handicap, dont la plus grande partie concerne soit des aidants privés (32%), soit une organisation d'aide et de soins à domicile (15%), soit des services de transport (10%). Au total, 13% des dépenses concernent des séjours en institutions médicalisées (p. ex. centres de jour et ateliers) et environ 10% des médicaments et des honoraires de médecins. Les dépenses moyennes pour ces prestations augmentent avec le degré d'impotence. Les bénéficiaires d'une API résidant à domicile et faisant appel à une aide rémunérée dépensent en moyenne 462 francs lorsque l'impotence est faible (médiane: 260 francs), 682 francs lorsqu'elle est moyenne (médiane: 400 francs) et 1180 francs lorsqu'elle est grave (médiane: 850 francs). Le fait que la moyenne (arithmétique) est presque deux fois plus élevée que la médiane dans le cas de l'impotence légère indique que relativement beaucoup de personnes ont des dépenses faibles et peu ont des dépenses très élevées, ce qui conduit à cette distribution asymétrique.

Les données recueillies montrent que les personnes présentant une impotence faible dépensent une bien plus grande part de leur API pour acheter des prestations à l'extérieur

que celles présentant une impotence moyenne ou grave. Selon les valeurs de référence prises en compte pour les calculs, la part moyenne des dépenses en prestations achetées à l'extérieur va de 56% (médiane) à 100% (moyenne) de l'API pour une impotence faible, de 34% (médiane) à 59% (moyenne) pour une impotence moyenne et de 46% (médiane) à 63% (moyenne) pour une impotence grave. Si l'on se fonde sur la médiane par ménage faisant appel à des prestations externes, les montants suivants ne sont pas dépensés en prestations externes et restent donc disponibles, dans le budget du ménage: 200 francs (impotence légère), 700 francs (impotence moyenne) et 1000 francs (impotence grave). Si on compare ces montants aux prestations de soins fournies en moyenne par des proches ou des membres du ménage, ce sont, en moyenne et indépendamment du degré d'impotence, cinq francs qui reviennent au budget du ménage par heure de soins fournie.

Les chiffres montrent globalement que l'API soulage notablement les personnes présentant un besoin régulier de prise en charge et de soins: elle sert à acheter des prestations (externes) de soins et une part importante de son montant se retrouve dans le budget général du ménage. Une

partie des soins fournis par les proches est donc, comme le souhaite le législateur, indirectement rémunérée. Mais les résultats de l'étude montrent également que les soins prodigués à domicile aux personnes handicapées dépendent fortement de la disposition des proches et de tiers à fournir les prestations nécessaires.

Conclusion

Les résultats présentés montrent que le doublement de l'API a augmenté la liberté de choix des personnes handicapées en matière de logement. Il s'avère ensuite que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie a amélioré la situation des adultes handicapés psychiques ou mentaux légers, en permettant à nombre d'entre eux de mener une vie plus autonome chez eux. Une partie du transfert observé de la vie en home vers la vie à domicile est directement liée à ces deux mesures de la 4^e révision de l'AI.

Jürg Guggisberg, sociologue et économiste,
BASS, Berne.

Mél.: juerg.guggisberg@buerobass.ch

Les atteintes à la santé non objectivables et leurs conséquences sur l'AI

La tendance à la hausse du nombre de nouvelles rentes AI, provoquée en partie par la progression des rentes pour atteintes à la santé non objectivables, n'a pu être jugulée que par l'instauration des services médicaux régionaux (SMR) dans le cadre de la 4^e révision de l'AI. La jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux atteintes à la santé non objectivables ainsi que l'ancrage légal du principe d'exigibilité instauré par la 5^e révision ont également joué un rôle important dans le recul des nouvelles rentes et de l'effectif des rentes.



Ralf Kocher
Office fédéral des assurances sociales

1. Contexte

Le nombre de nouvelles rentes AI¹ pondérées s'est élevé en 2003 à 28 200, soit son maximum jamais atteint. Ce chiffre s'explique notamment par la forte progression des rentes octroyées

1 Les rentes entières sont assorties du facteur 1, les trois-quarts de rente du facteur 0,75, les demi-rentes du facteur 0,5 et les quarts de rente du facteur 0,25.

2 ATF 130 V 352.

3 Troubles somatoformes douloureux, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique/neurasthénie, trouble sensitif et sensoriel dissociatif et trouble moteur dissociatif, distorsion de la colonne cervicale, hypersomnie et accouphènes.

4 FF 2005, p. 4332.

en raison d'atteintes à la santé non objectivables. Pour y faire face, l'AI a, dans le cadre de la 4^e révision de la loi, étendu et amélioré ses examens médico-assurantiels (introduction des services médicaux régionaux ou SMR) et le Tribunal fédéral a établi par son arrêt rendu le 12 mars 2004 sa jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux.² Depuis lors, cette dernière est appliquée pour tous les cas de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique.³ Le Tribunal fédéral retient que

- le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants n'entraîne pas, en règle générale,

une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité;

- ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il fasse un effort de volonté pour surmonter les douleurs et se réinsère professionnellement.

Dans le cadre de la 5^e révision de l'AI, le législateur a expressément inscrit cette jurisprudence du Tribunal fédéral, et par là même le principe de l'exigibilité des mesures, dans la définition de l'invalidité de la LPGA. L'art. 7, al. 2, LPGA dispose désormais qu'il « n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable ». Comme on peut supposer qu'une personne qui dépose une demande de rente ne considère guère, subjectivement, que les conséquences de son atteinte à la santé sont surmontables, le critère objectif a été inscrit dans la loi. Le message relatif à la 5^e révision indique expressément que la perception subjective de l'assuré n'est plus déterminante pour établir si l'on peut raisonnablement exiger de lui de fournir une prestation de travail et, partant, de réaliser un gain. Il faut donc plutôt chercher à savoir si l'on peut objectivement exiger de lui qu'il exerce une activité en dépit des problèmes de santé qu'il ressent subjectivement (douleurs par exemple). La première phrase de l'art. 7, al. 2, LPGA confirme en outre expressément l'exclusion de tout facteur étranger à l'invalidité pour juger de la présence d'une invalidité.⁴

La croissance préoccupante du nombre de cas a conduit le législateur à étudier, dans le cadre de la 5^e révision de l'AI, la possibilité de ne plus reconnaître à l'avenir l'invalidité des personnes atteintes de certains troubles ou affections (notamment

ceux appelant un diagnostic psychiatrique). L'examen a amené à conclure que le durcissement des critères médicaux n'était pas approprié et qu'il convenait de l'écartier, ce pour plusieurs raisons. Il apparaissait notam-

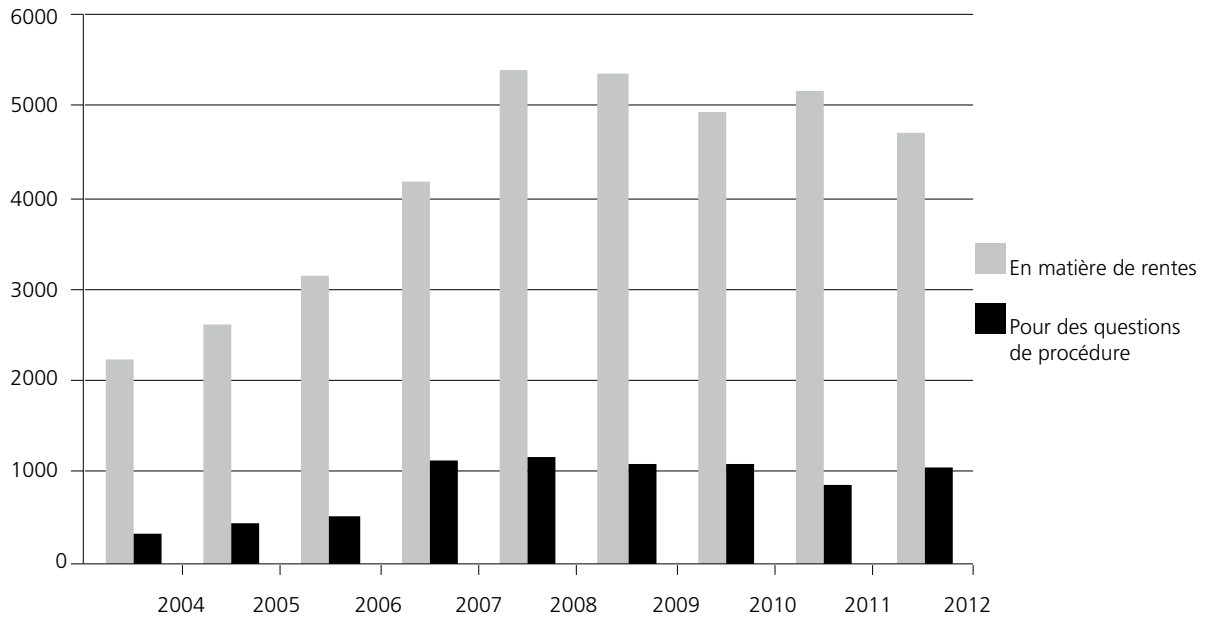
ment qu'exclure certaines affections du droit aux prestations de l'assurance entrerait en conflit avec l'interdiction de toute discrimination édictée à l'art. 8, al. 2, Cst. Les assurés atteints de maladies différentes seraient trai-

tés selon des critères nécessairement arbitraires et il en résulterait une inégalité de traitement à leur égard.⁵

Si l'inscription dans la loi du principe de l'exigibilité des mesures a permis à l'AI de durcir ses critères en

Arrêts des tribunaux cantonaux des assurances concernant l'AI

G1



Source: OFAS

Arrêts du Tribunal fédéral concernant l'AI

G2



Source: OFAS

matière d'octroi de nouvelles rentes, elle entraînait pour l'assurance une nouvelle difficulté, à savoir la manière d'aborder les rentes en cours, sur la base de la nouvelle législation et de la nouvelle jurisprudence. On formaliserait, par exemple, que des rentes continuassent d'être versées à des personnes souffrant de troubles somatoformes douloureux, parce qu'elles leur avaient été octroyées avant l'introduction du principe de l'exigibilité des mesures. Le Tribunal fédéral estima en la matière que ni la modification de la jurisprudence ni la nouvelle base légale introduite par la 5^e révision de l'AI n'était suffisante pour supprimer ces rentes dans le cadre d'une révision de rente.⁶ C'est pourquoi une disposition finale spéciale a été introduite dans le cadre du premier volet de la 6^e révision de l'AI afin de permettre d'évaluer et de réviser également les rentes en cours selon les principes nouvellement inscrits dans la loi.⁷

La jurisprudence du Tribunal fédéral, les nouvelles dispositions légales sur les atteintes à la santé non objectivables et l'amélioration de la procédure d'examen médico-assurantiel ont entraîné une réduction du nombre de nouvelles rentes. Et le nombre total de rentes en cours, qui était passé de 220 400 à 257 500 entre 2003 et 2006, baisse sans cesse depuis 2007, pour s'inscrire à 238 800 rentes pondérées actuellement.

Dans le même temps, le nombre des contestations de décisions de refus de rente a atteint des sommets.⁸ Entre 2004 et 2009, le nombre de recours déposés devant les tribunaux cantonaux a plus que doublé en matière de rentes et presque triplé pour les questions de procédure.

Dans cette même période, les recours déposés devant le Tribunal fédéral ont été multipliés par près de 1,5 pour ce qui est des rentes et ont plus que triplé pour les questions de procédure.

La jurisprudence a fait apparaître que les atteintes à la santé non objectivables peuvent toutefois s'accompagner de douleurs invalidantes. Pour donner à cette question une réponse suffisamment fondée juridiquement, un examen pluridisciplinaire dans un centre d'expertises est presque incontournable. Chaque année, l'AI commande environ 4 000 expertises qui, en raison de l'évolution décrite ci-dessus, ont constitué le principal enjeu des nombreux recours contre des décisions rendues par des offices AI.⁹

2. Situation actuelle en matière d'évaluation des atteintes à la santé non objectivables dans l'AI

Malgré la réduction du nombre de nouvelles rentes et de l'effectif total des rentes, et en dépit du nombre important de recours, l'issue des procédures est restée constante ces huit dernières années, tant dans les tribunaux cantonaux qu'au Tribunal fédéral: les assurés ont eu gain de cause dans environ 8% des cas. Les offices AI ont convaincu les tribunaux cantonaux dans 55% des cas et le Tribunal fédéral dans 71% des cas. Des renvois pour clarification ont été rendus par les tribunaux cantonaux dans 28% des cas, et par le Tribunal fédéral dans 14% des cas (les cas résiduels concernent des non-entrées en matière ou le retrait du recours). Ces chiffres montrent clairement que les instructions et décisions des offices AI restent conformes aux exigences légales et sont confirmées par les tribunaux.

Des expertises médicales indépendantes, complètes et réalisées par des instances compétentes sont une base indispensable pour évaluer le droit

à bénéficier d'une rente AI. C'est notamment pour cette raison que le Tribunal fédéral a réagi à la critique grandissante en la matière. Saisi d'un recours, il a examiné le rôle des centres d'observation médicale (COMAI) et s'est penché sur la question de savoir si les exigences en matière de procès équitable posées par la Constitution (art. 29, al. 1 et 2, art. 30, al. 1, Cst.) et la Convention européenne des droits de l'homme (art. 6, par. 1, CEDH) sont respectées. Par son arrêt du 28 juin 2011,¹⁰ le Tribunal fédéral arrive à la conclusion que la participation des COMAI est en principe conforme à la Constitution et à la CEDH. Il estime toutefois qu'en raison de circonstances systémiques (entre autres aspects, la manière dont les mandats sont attribués et rémunérés) et la péjoration des conditions-cadre ces dernières années, des correctifs juridiques sont (...) nécessaires pour garantir l'indépendance des COMAI. Au 1^{er} mars 2012, le Conseil fédéral et l'OFAS ont satisfait à l'intégralité des exigences du Tribunal fédéral. Le Conseil fédéral a mis en vigueur le nouvel art. 72^{bis} RAI, qui dispose que les expertises médicales pluridisciplinaires doivent toujours se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention. Il a aussi été inscrit dans le droit fédéral que l'attribution des mandats d'expertise pluridisciplinaire doit désormais se faire de manière aléatoire. Afin de mettre en œuvre ces nouvelles prescriptions, l'OFAS a élaboré une liste de critères que les centres d'expertise sont tenus de remplir depuis le 1^{er} mars 2012. Il s'agit de critères formels et de fond (p. ex. titre de médecin spécialiste, entretiens consensuels), mais également de prescriptions concernant la transparence et l'indépendance (notamment forme juridique, financement, donneur d'ordre). L'OFAS a émis en outre un nouveau tarif, différencié selon le nombre de disciplines et le travail requis, qui prévoit la rétribution séparée de pres-

5 FF 2005, p. 4283.

6 ATF 135 V 201 et 135 V 215.

7 FF 2010, p. 1736.

8 Ils sont enregistrés dans le mois où ils sont reçus à l'OFAS (tampon de réception à l'OFAS).

9 Cf. Ralf Kocher, Expertise pluridisciplinaire dans l'assurance-invalidité, Sécurité sociale 4/2012, pp. 236-238.

10 ATF 137 V 210 ss.

tations supplémentaires telles qu'analyses en laboratoire ou radiologie.¹¹

Au 1^{er} juillet 2012, l'OFAS a émis pour la première fois des lignes directrices générales relatives à la qualité des expertises psychiatriques dans l'AI. Celles-ci ont été élaborées par un groupe de travail sous l'égide de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) à la suite d'une étude des Cliniques psychiatriques universitaires de Bâle sur la qualité des expertises AI concernant les personnes souffrant de troubles psychiques. Elles constituent un premier pas très important pour assurer la qualité des expertises. Pour élaborer, dans d'autres domaines, des directives similaires et bénéficiant d'une acceptation générale et d'un soutien étendu, l'AI a besoin de l'aide et de la collaboration de sociétés médicales, mais également de centres universitaires (p.ex. l'*Academy of Swiss Insurance Medicine*, qui est un centre de compétences et de prestations universitaires en médecine des assurances intégré à l'Hôpital universitaire de Bâle). Afin de garantir la qualité du système, l'AI table sur la disposition des centres d'expertise et des acteurs du domaine médico-assurantiel à renforcer leur collaboration en matière de formations initiale et continue, de questions d'évaluation et de questionnaires obligatoires pour les expertises.

Depuis l'introduction de la nouvelle procédure, quelques recours ont déjà été déposés auprès de tribunaux cantonaux des assurances. Les recourants estimaient, comme dans les cas

antérieurs, que la nouvelle procédure ne satisfaisait pas aux exigences d'un procès équitable. Les arrêts précédemment rendus par les tribunaux cantonaux avaient toutefois conclu que la nouvelle procédure était conforme à la jurisprudence du TF.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, conformément aux dispositions finales du premier volet de la 6^e révision de l'AI, les offices AI ont commencé à réviser les rentes en cours selon des critères d'évaluation des atteintes à la santé non objectivables. Après une phase initiale de tri, ils ont mis en œuvre les premières révisions de rente. S'il n'est pas encore possible de tirer des conclusions basées sur des données quantitatives en la matière, il apparaît également dans ces cas qu'il est nécessaire de documenter et d'examiner, sur le plan médical, si l'état de santé de l'assuré a changé depuis l'octroi de la rente, ou si précisément une situation inchangée oblige à corriger la décision dans le sens d'une suppression de la rente.

3. Critique formulée actuellement à l'encontre du principe de l'exigibilité des mesures de l'AI en cas d'atteintes à la santé non objectivables

A la demande des Juristes Démocrates de Suisse, Jörg Paul Müller et Matthias Kradolfer ont rédigé fin novembre 2012 une expertise juridique.¹² Dans leur enquête sur la situation juridique en matière d'octroi de rentes AI en cas de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, les deux experts arrivent aux conclusions suivantes :

- La procédure utilisée pour déterminer le taux d'invalidité dans le cas des affections décrites a un caractère discriminatoire et enfreint le droit à un procès équitable prévu par la Convention européenne des droits de l'homme (art. 6, par.1, et art. 14 CEDH).

- La présomption du Tribunal fédéral concernant la possibilité de surmonter la douleur n'est pas fondée objectivement au sens de la jurisprudence de Strasbourg et enfreint par là même l'interdiction de discrimination édictée à l'art. 14 CEDH.

Les auteurs considèrent que leur expertise pourrait amener à interrompre, à examiner et éventuellement à corriger la pratique actuelle du Tribunal fédéral. Müller espère que les institutions suisses trouveront une solution satisfaisante, que la Cour européenne des droits de l'homme rende ou non un arrêt.

Les auteurs estiment qu'il n'est pas possible de déterminer une volonté du législateur qui contredirait les positions défendues dans la présente expertise, par exemple en ce qui concerne la validité juridique d'une présomption de la capacité de l'assuré de surmonter les conséquences d'une maladie. Il y a consensus notamment en ce qui concerne la nécessité d'un examen minutieux des critères de l'art. 7 LPGA pour chaque cas, en vue de déterminer la présence de critères objectifs et par des experts indépendants. Les auteurs sont d'avis que la présomption par le Tribunal fédéral de la capacité de l'assuré de surmonter des troubles douloureux et des affections analogues en faisant un effort de volonté est une présomption juridique qu'il incombe au législateur d'inscrire dans la loi.

Il ressort de ces éléments que les auteurs de l'expertise négligent le fait que le principe de l'exigibilité des mesures (et par là même la présomption de la capacité de l'assuré de surmonter ses douleurs) a été inscrit dans la loi lors de la 5^e révision de l'AI. Le message sur la 5^e révision indiquait en outre explicitement que la jurisprudence du Tribunal fédéral devait être intégrée dans le droit fédéral. Le Parlement et le souverain ont clairement approuvé cette méthode d'évaluation des atteintes à la santé non objectivables (cf. 1. Contexte).

11 Cf. convention type à la page www.bsv.admin.ch/themen/iv/00027/index.html?lang=de (6.3.2013).

12 Rechtsgutachten zur Rechtslage betreffend Zuspache von IV-Renten in Fällen andauernder somatoformer Schmerzstörungen und ähnlicher Krankheiten unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesgerichts bis Herbst 2012 und der Bundesgesetzgebung im Rahmen der 5. und 6. IV-Revision, 20.11.2012 [en allemand uniquement], par le professeur Jörg Paul Müller, docteur en droit. h.c., LL.M. (Harvard), RA, professeur émérite ordinaire de droit public et de droit international public à l'Université de Berne, et Matthias Kradolfer, docteur en droit.

Le législateur a certes évité d'exclure, dans le cadre de la 5^e révision de l'AI, certaines affections du champ des prestations de l'assurance, notamment par souci de respecter l'interdiction de toute discrimination (art. 8, al. 2, Cst.), comme nous l'avons indiqué. Mais il a, dans le même temps, édicté des règles de procédure relatives aux critères à appliquer pour évaluer l'invalidité d'une personne en fonction des conséquences de sa maladie.

Le Tribunal fédéral s'est également exprimé sur la question d'une éventuelle discrimination. Dans son arrêt 9C_776/2010 du 20 décembre 2011, il a estimé que la jurisprudence relative aux syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique n'a pas de caractère discriminatoire. Selon le TF l'interprétation d'une norme dans le domaine de l'assurance-invalidité a nécessairement une incidence sur des personnes atteintes dans leur santé. En l'occurrence, en l'absence d'une inégalité de traitement – qui serait uniquement due à l'appartenance d'une personne à un groupe de personnes fragiles –, il ne peut s'agir d'un problème de discrimination.

4. Perception subjective et perception objective: la maladie du point de vue de la médecine et du point de vue du droit

Pour comprendre les différences d'évaluation par les auteurs Müller/Kradolfer et par l'AI, il faut s'intéresser aux concepts de la santé utilisés. Il n'y a pas de frontière hermétique entre santé et maladie, ou estimations subjectives et objectives. Autrement dit, il n'est pas toujours possible de faire abstraction des facteurs sociaux et culturels dans l'évaluation pratique du droit aux prestations de l'AI. Cela vient notamment du fait que c'est seulement un changement d'état de santé perçu subjectivement qui incite en général un

assuré à consulter un médecin. Une difficulté du diagnostic et du traitement médical consécutif est due au fait qu'à côté de nombreuses atteintes objectivement constatables (p. ex. jambe cassée), il y en a beaucoup d'autres qui sont décrites subjectivement par l'assuré et ne sont pas visibles (p. ex. les douleurs). Müller/Kradolfer utilisent plutôt un concept de la santé subjectif et construit sur des critères bio-psycho-sociaux, tandis que le droit suisse des assurances sociales en général, et l'AI en particulier, utilisent un concept de la santé juridique, construit à l'aide d'un modèle biomédical qui s'appuie sur des critères objectifs.

Il est indéniable que le concept juridique de maladie ne recouvre pas le concept médical: alors qu'au sens médical, on s'intéresse au traitement des douleurs du patient, au sens juridique, on s'efforce de déterminer le besoin de prestations fournies par les assurances sociales. Dans l'ATF 127 V 299, consid. 5a, le Tribunal fédéral a retenu ce qui suit:

« Pour conclure qu'il y a invalidité, il est nécessaire d'être en présence d'un critère médical qui doit être constaté de manière incontestable par un médecin (spécialiste) et dont il doit être prouvé qu'il entrave sensiblement la capacité de travail et la capacité de gain. Plus des facteurs psychosociaux ou socioculturels passent au premier plan et co-déterminent les symptômes dans un cas particulier, plus il faut que le trouble psychique ayant valeur de maladie, constaté par un médecin spécialiste, soit marqué. En d'autres termes, le tableau clinique ne doit pas consister uniquement en atteintes à la santé imputables aux facteurs socioculturels ou psychosociaux nocifs, mais doit comprendre des diagnostics distincts sous l'angle psychiatrique, par exemple une dépression chronique au sens médical, se différenciant clairement de simples états dépressifs, ou une souffrance psychique comparable. On ne pourra parler d'invalidité

qu'en présence de tels troubles psychiques, ayant des répercussions sur la capacité de travail ou de gain, se distinguant du handicap causé par les facteurs psychosociaux ou socioculturels et devenus en ce sens autonomes. En revanche, lorsque l'expert n'aboutit pour l'essentiel qu'à des résultats qui s'expliquent de manière suffisante par les circonstances psychosociales et socioculturelles et se confondent pour ainsi dire en elles, il n'y a pas d'atteinte invalidante à la santé psychique (8C_302/2011). »

Sur la base de ce concept de maladie axé sur la prestation, la question de savoir si toute atteinte à la santé perçue (subjectivement) doit fonder un droit à des prestations de l'AI est une question juridique – mais également politique et sociale. Un élément important constitue l'effort que l'on peut attendre de l'assuré pour réduire le dommage. Il s'agit ici du fait qu'il est possible d'exiger raisonnablement de lui qu'il fasse tout ce qui est en son pouvoir pour réduire le dommage et qu'il n'entreprenne rien qui l'augmente, et ce également pour ce qui concerne la santé, et par conséquent aussi en ce qui concerne son attitude face à l'atteinte à la santé. L'assuré est donc tenu d'agir, et même de faire des efforts, afin de réduire le dommage au minimum – notamment par respect pour la communauté des assurés.

L'évaluation du tableau clinique au moyen du modèle bio-psycho-social ne fait pas abstraction des facteurs sociaux. Le patient est examiné de manière globale, en tenant compte de son environnement. L'approche de l'AI, au contraire, vise à considérer ces facteurs sociaux et culturels – appelés « facteurs étrangers à l'invalidité » – comme non pertinents pour déterminer s'il y a invalidité (c'est-à-dire si la maladie a des incidences sur la capacité de travail et de gain). Cette distinction claire est inscrite dans la loi depuis le 1^{er} janvier 2008 (cf. 1. Contexte). Le concept juridique de la maladie – et par là même celui utilisé dans le droit fédéral

ral – doit reposer sur des critères objectifs, notamment du fait de la nécessaire égalité de traitement juridique des assurés. L'âge, la langue, l'origine, l'environnement professionnel et familial (les facteurs psychosociaux et socioculturels) ne jouent un rôle dans l'évaluation du droit aux prestations de l'assurance

que s'il est incontestable qu'ils ont une incidence négative sur un tableau clinique défini. S'ils constituent la cause unique de l'atteinte à la santé, ils ne doivent pas intervenir dans l'évaluation du droit aux prestations. En revanche, lorsqu'il s'agit de traiter le patient, les facteurs psychosociaux et socioculturels peuvent

jouer un rôle déterminant – et cela, l'AI ne le conteste pas.

Ralf Kocher, avocat, chef du service juridique du domaine AI, OFAS.
Mél. : ralf.kocher@bsv.admin.ch

Politique sociale

12.4194 Motion Rossini Stéphane du 13.12.2012: Monitoring de coordination entre assurances sociales et aide sociale

Le conseiller national Stéphane Rossini (PS, VS) a déposé la motion suivante: «Le Conseil fédéral est chargé d'introduire, en collaboration avec les cantons, un monitoring permanent des flux d'assurés entre les assurances sociales et entre les assurances sociales et les systèmes cantonaux d'aide sociale. Cette banque de données sera nationale et centralisée. Elle sera un instrument de coordination entre les prestations sociales des niveaux fédéral et cantonal. Elle devra permettre d'évaluer les conséquences des différentes évolutions et réformes des assurances sociales.

Développement

Le système fédéraliste suisse marque de son empreinte directe l'organisation du système de protection sociale. Ainsi, coexistent en Suisse différentes assurances sociales fédérales allouant des prestations de substitution ou de compensation et des prestations de niveau cantonal mises en œuvre d'abord par les régimes d'aide sociale. La pratique montre que tant entre les assurances sociales fédérales (assurances accidents, invalidité ou chômage, par exemple) qu'entre les assurances sociales fédérales et les régimes sociaux d'aide sociale (surtout le passage d'un assuré d'une assurance sociale vers l'aide sociale), des déficits importants de coordination existent. De plus, de graves déficits d'information sévissent, puisqu'il n'est pas possible de suivre avec rigueur les mouvements d'assurés d'un régime d'assurance vers un régime cantonal d'aide sociale.

Or, les conséquences financières et de prise en charge qui en résultent ne sont pas à sous-estimer. Par exemple, lorsque les prestations d'une assurance fédérale (AI ou LACI) sont réduites ou supprimées, les personnes

concernées sollicitent l'aide sociale. Il y a donc transfert de prise en charge et transfert de coûts. Ces deux dimensions sont opaques. Elles font l'objet d'appréciations diverses, plus ou moins contestées, de la part de la Confédération ou des cantons, tant sur le nombre de personnes concernées que sur les coûts qui en découlent. Par ailleurs, sans instrument de monitoring, l'évaluation des effets est impossible à apprécier; par exemple, lorsqu'il est postulé qu'une révision législative (p. ex., LAMal pour le financement des soins) ne doit pas générer un recours à l'aide sociale.

Dans la continuité du projet MAMAC et des démarches de collaboration interinstitutionnelle, il est urgent de disposer d'une base d'aide à la décision crédible.»

Avis du Conseil fédéral du 27.2.2013

Le Conseil fédéral a reconnu très tôt la nécessité d'améliorer de manière ciblée l'information statistique portant sur certains flux, et en particulier sur ceux existant entre l'assurance-invalidité, l'assurance-chômage et l'aide sociale. Une expertise a été réalisée dans le cadre du premier programme de recherche de l'assurance-invalidité. Sur cette base, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a – en collaboration avec le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) et l'Office fédéral de la statistique (OFS) et en consultant la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) – créer un monitoring statistique des flux de bénéficiaires de ces trois systèmes. Les premiers résultats du «monitoring AS-AI-AC» ont été publiés en été 2011. Ils présentent ces flux selon différents critères (sexe, nationalité, âge, grande région par exemple). Au niveau méthodologique, ce monitoring est conçu à partir d'une liaison pondérée des données individuelles des bénéficiaires de prestations en espèces des trois systèmes. La pondération est liée au fait que l'identité des personnes de l'aide sociale n'est pas

connue de manière exhaustive. Le système est actualisé annuellement. Cette base de données est bien entendue aussi intégrée dans les recherches particulières portant sur certains aspects de ces interfaces. L'instrument constitue ainsi aujourd'hui la meilleure source d'information pour toutes les questions statistiques touchant aux relations entre l'AI, le chômage et l'aide sociale.

L'extension exhaustive d'une telle approche à la dizaine d'assurances sociales suisses et à tous les systèmes cantonaux de prestations liées aux besoins, outre sa complexité technique et méthodologique aurait de l'avis du Conseil fédéral une utilité limitée: le suivi statistique des interfaces est avant tout nécessaire là où des effets de substitution et de reports importants sont craints. C'est ce qu'il a fait en mettant en place le projet de monitoring «AS-AI-AC». Il examinera l'utilité de procéder de manière analogue pour documenter au niveau statistique les effets de la future réforme de la prévoyance-vieillesse.

Le Conseil fédéral rappelle par ailleurs que dans son rapport fait en réponse au postulat Lustenberger 07.3682 (Faciliter l'échange de données entre les autorités fédérales et cantonales) présenté le 22 décembre 2010, il a examiné et repoussé l'idée de la création d'une banque de données fédérale des prestations sociales pour usage d'exécution.

Proposition du Conseil fédéral du 27.2.2013

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

12.4209 – Postulat Schenker Silvia du 14.12.2012: Faut-il inscrire dans la loi l'affectation des prestations complémentaires?

La conseillère nationale Silvia Schenker (PS, BS) a déposé le postulat suivant: «Le Conseil fédéral est chargé de présenter dans un rapport quelles mesures permettraient d'affecter les prestations complémentaires versées pour un séjour dans un

home à des soins précis, afin de garantir que les homes soient payés pour les prestations qu'ils fournissent.

Développement

Bon nombre de pensionnaires de homes doivent recourir à des prestations complémentaires pour financer leur séjour dans un home. Il arrive fréquemment que les prestations complémentaires ne soient pas utilisées pour payer les frais de home. Tel peut notamment être le cas lorsque ceux qui s'occupent de la situation financière des personnes concernées ne se soucient pas outre mesure de régler les frais de home. Or les factures de home qui ne sont pas encore réglées au moment du décès d'un pensionnaire ne bénéficient pas d'un traitement de faveur. Cette situation est très problématique pour les homes, puisqu'ils ont fourni des prestations synonymes pour eux de dépenses.»

Avis du Conseil fédéral du 27.2.2013

Selon le droit en vigueur, les prestations des assurances sociales doivent en principe être versées à l'assuré. Par conséquent, elles ne peuvent être ni cédées ni mises en gage. C'est seulement lorsqu'elles ne sont pas utilisées conformément à leur but qu'elles peuvent être versées à un tiers, à certaines conditions bien précises. Ce tiers doit être une personne ou une autorité qui a une obligation légale ou morale à l'égard de l'assuré ou qui l'assiste en permanence (article 20, alinéa 1, de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales). Cette règle garantit que l'assuré conserve son indépendance financière à l'âge de la retraite ou après la survenance d'une invalidité. Si, pour des raisons personnelles ou de santé, il n'est pas en mesure de régler ses affaires financières, une curatelle peut être instituée, ce qui réduit le risque de non-paiement des frais de home.

Les prestations complémentaires (PC) sont versées en complément des autres revenus de l'assuré; elles ne permettent pas à elles seules de cou-

vrir les frais de home. Pour remplir les exigences du postulat, il faudrait donc aussi que les autres prestations de sécurité sociale (rente AVS et rente de la prévoyance professionnelle) ainsi que d'autres revenus éventuels soient versés au home, au moins en partie. L'assuré perdrait ainsi dans une large mesure la responsabilité de ses affaires financières. N'ayant pas connaissance d'une utilisation fréquente, à des fins contraires à leur but, des PC destinées aux pensionnaires de home, le Conseil fédéral estime qu'il n'est pas justifié de porter une telle atteinte à l'autonomie financière de ces derniers.

Si, lors du décès d'une personne vivant en home, des factures de home sont impayées, les héritiers sont légalement tenus de les régler sur la succession. C'est seulement en cas de succession insolvable que toutes les créances ne pourront être acquittées et qu'une partie des créanciers ne pourra pas faire valoir tous ses droits. Pour le Conseil fédéral, il n'y a pas de raison objective de privilégier les homes par rapport à d'autres créanciers comme les propriétaires, les médecins ou les autorités fiscales.

Le Conseil fédéral estime que les mesures susmentionnées suffisent pour garantir le paiement des frais de home par les bénéficiaires de PC. La rédaction d'un rapport n'est donc pas nécessaire.

Proposition du Conseil fédéral du 27.2.2013

Le Conseil fédéral propose de rejeter le postulat.

Prévoyance professionnelle

12.4211 – Postulat Fehr Jacqueline du 14.12.2012: Deuxième pilier. Garantir le versement des rentes dans le cadre du régime obligatoire

La conseillère nationale Jacqueline Fehr (PS, ZH) a déposé le postulat suivant: «Le Conseil fédéral est chargé de présenter un rapport dans lequel

il expliquera comment garantir le versement des rentes – sans réduction aucune – dans le cadre du régime obligatoire du deuxième pilier, dans un contexte où les taux d'intérêt baissent et où l'espérance de vie augmente, en remplaçant le dispositif actuel de redistribution, imposé, par un financement selon un régime de répartition partiel des rentes du régime obligatoire du deuxième pilier pour les personnes très âgées (variantes: financement des rentes à partir de 90, 85 ou 80 ans par des subsides du Fonds de garantie).

Il faut comparer les coûts (cotisations salariales LPP), les prestations (rentes, sécurité des rentes) et le mécanisme d'un modèle de ce type avec ceux du système actuel sous l'angle des coûts, de la prévisibilité, de la stabilité, de la sécurité et du taux d'épargne. Il faut par ailleurs déterminer les conséquences d'un tel modèle pour les caisses de pensions ayant un nombre de rentiers bien supérieur à la moyenne, pour les caisses de pensions pour lesquelles tous les risques sont assurés par une assurance-vie et pour les primes de risque ordinaires (décès et invalidité), mais aussi les effets qu'il aurait sur le libre passage et sur les prestations dans le cadre du régime surobligatoire.

Développement

Le deuxième pilier est confronté à de plus en plus de problèmes. La faiblesse des taux d'intérêt provoque des pertes de rendement. Les risques et la volatilité ont augmenté sur les marchés des actions et des obligations, tout comme sur le marché immobilier. Même les effets publics ne protègent plus contre les pertes. L'augmentation de l'espérance de vie renforce encore la capitalisation. La question se pose de savoir dans quelle mesure l'épargne forcée est encore raisonnable compte tenu aussi bien de la désolation sur le marché des placements que des risques de pertes.

Les cotisations d'assainissement payées par les actifs pour les caisses de pensions en découvert sont estimées à un montant compris entre 6 et

8 milliards de francs par an. Dans les faits, on a donc un régime de répartition partiel. Mais la redistribution se fait de manière opaque et incontrôlée. Les actifs qui financent les garanties pour les rentes n'ont pas la certitude de bénéficier de prestations comparables quand ils seront à la retraite.

Le Conseil fédéral a annoncé qu'il voulait garantir les petites rentes et les rentes moyennes, mais que les nouvelles obligations en matière de cotisations LPP vont accroître encore la capitalisation et les risques. Cette vision des choses est économiquement et socialement discutable. Le Conseil fédéral devrait examiner la possibilité et la manière de financer, par le biais du Fonds de garantie, les rentes auxquelles les personnes très âgées ont droit en vertu de la loi. Pour ce faire, il faut comparer les coûts en partant de plusieurs hypothèses concernant les taux d'intérêt, l'inflation, la croissance des salaires et les frais administratifs. Le Conseil fédéral doit déterminer, en tenant compte de l'ensemble des coûts, si un tel système serait meilleur marché que le système actuel.»

Avis du Conseil fédéral du 27.2.2013

En novembre 2012, le Conseil fédéral a défini les orientations générales de la réforme globale «Prévoyance vieillesse 2020». Dans ce cadre, il lui tient notamment à cœur que les assurés puissent compter sur le maintien du niveau des rentes et sur une prévoyance vieillesse dont le financement est assuré. Pour y parvenir, le Conseil fédéral est disposé à étudier également la solution esquissée dans le présent postulat et qui concerne le deuxième pilier obligatoire. Il prévoit d'arrêter les lignes directrices de la réforme précitée d'ici l'été 2013 et de mettre en consultation un projet à la fin de cette même année.

Proposition du Conseil fédéral du 27.2.2013

Le Conseil fédéral propose d'accepter le postulat.

Protection des jeunes

12.4161 Motion Schmid-Federer Barbara du 13.12.2012: Pour une stratégie nationale contre le cyberharcèlement

La conseillère nationale Barbara Schmid-Federer (PS, ZH) a déposé la motion suivante: «Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement le projet d'une stratégie nationale contre le cyberharcèlement, qui prévoira notamment la mise en place:

1. d'une coordination nationale de la lutte contre les différentes formes de cyberharcèlement;
2. d'un service central d'aide aux victimes et à leurs parents (ou aux personnes exerçant à leur place l'autorité parentale);
3. d'une campagne nationale d'information sur les dangers du cyberharcèlement.

Développement

Dans sa réponse à mon postulat 10.3856 intitulé «Lutte contre le mobbing et la cyberintimidation. Instituer un préposé fédéral», le Conseil fédéral indiquait qu'il «attach[ait] une grande importance à la lutte contre la violence, le mobbing et la cyberintimidation entre jeunes». Il précisait qu'il avait adopté deux programmes nationaux visant à promouvoir une prévention efficace de la violence et à améliorer la protection des jeunes face aux médias, et qu'il avait «donc pris les mesures nécessaires pour lutter efficacement contre le problème». Manifestement, pour le Conseil fédéral, il n'y a pas lieu d'aller au-delà.

La récente affaire de la vidéo qu'un jeune a postée sur Facebook pour se venger de son ancienne petite amie et sur laquelle on pouvait voir celle-ci se masturber avec une bouteille de thé froid, affaire très médiatisée en Suisse alémanique, a cependant montré de manière exemplaire que le problème était encore insuffisamment connu. On voit par là que les mesures prévues par la Confédération n'ont pas donné à ce jour les résultats es-

comptés, parce que ces efforts épars ne sont pas à la hauteur de la réalité qu'ils visent à combattre. Il faut en effet lancer dans ce domaine une offensive de grande envergure, avec une coordination performante à tous les niveaux, un suivi technique continu et une évaluation scientifique de l'efficacité. En d'autres termes, il faut mettre en place une stratégie nationale qui serait pilotée par la Confédération mais à laquelle seraient également associés les cantons et d'autres partenaires.»

Avis du Conseil fédéral du 27.2.2013

Cela fait plusieurs années que le Conseil fédéral suit de près la problématique du cyberharcèlement (ou cyberintimidation). Il a lancé en 2010 deux programmes nationaux pour la prévention de la violence (Jeunes et violence) et pour la protection des jeunes face aux médias (Jeunes et médias). Le harcèlement et le cyberharcèlement sont des thèmes clés régulièrement traités à l'occasion de manifestations nationales, ainsi que sur les pages web et dans les publications de ces programmes. Parallèlement, ils soutiennent des projets pilotes, actuellement en collaboration avec le canton de Genève. Un inventaire dressé dans le cadre du programme Jeunes et médias a permis de rassembler plus de 200 guides et offres de formation et de conseil sur le cyberharcèlement dans toute la Suisse, consultables sur le site trilingue www.jeunesetmedias.ch.

L'exigence posée par la motion est déjà prise en compte à l'heure actuelle à différents égards:

1. Avec les deux programmes, la Confédération assume déjà des tâches de coordination. Elle rassemble les mesures de prévention existantes et encourage les échanges et la collaboration entre les cantons, les organisations impliquées et les spécialistes.
2. De nombreux services spécialisés et de conseil pour les jeunes et les parents existent déjà aux niveaux

local et régional. Au niveau national, le service de conseil 147 de Pro Juventute bénéficie d'un large soutien financier de la Confédération.

3. Le programme Jeunes et médias intensifie actuellement ses activités de sensibilisation au cyberharcèlement et à d'autres risques que

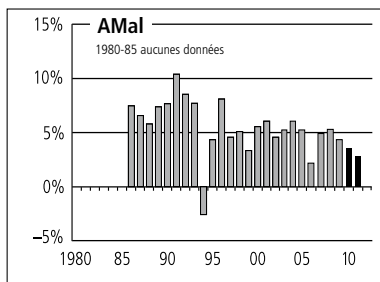
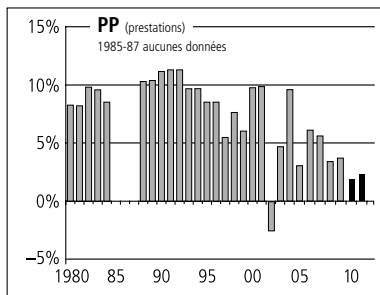
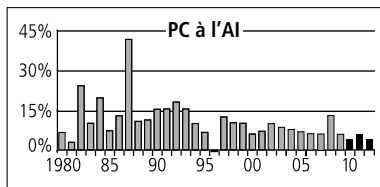
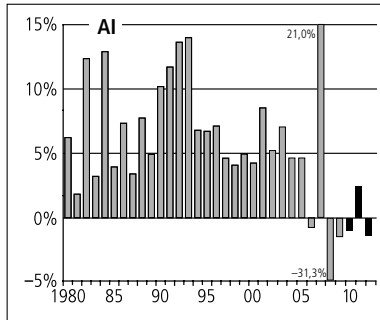
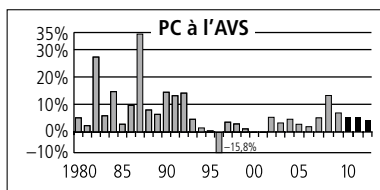
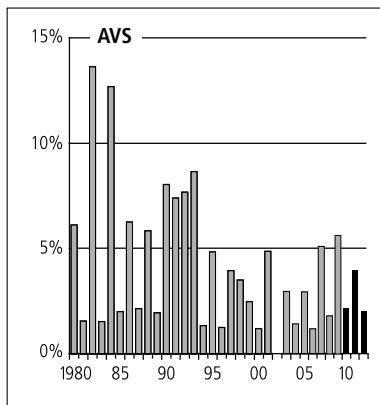
recèlent les médias, en fournissant des informations ciblées, en collaboration avec des organisations partenaires.

Législation: les projets du Conseil fédéral (état au 31 mars 2013)

Projet: N° d'objet	Date du message	Publ. dans la Feuille fédérale	1 ^{er} Conseil Commission	Plénum	2 ^e Conseil Commission	Plénum	Vote final (publ. dans la FF)	Entrée en vigueur/ référendum
Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) (Réintroduction temporaire de l'admission selon le besoin): 12.092	21.11.12	FF 2012, 8709	CSSS-N	6.3.13	CSSS-CE	12.3.13	11.2, 13.3.13	
Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie: 12.027	15.2.12	FF 2012, 1725	CSSS-CE	17.4, 21.5, 18.6, 22/23.8, 21/22.10, 15.11.12; 21.1.13	18.3.13	CSSS-CN	A partir de mai 2013	
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Correction des primes payées entre 1996 et 2011): 12.026	15.2.12	FF 2012, 1707	CSSS-CE	17.4, 21.5, 18.6, 22/23.8, 21/22.10, 15.11.12; 21.1.13		CSSS-CN		
LAA – révision: 08.047	30.5.08	FF 2008, 4877	CSSS-CN	CN	CSSS-CE	CE		
			20.6, 9.9, 16.10, 6/7.11.08; 15/16.1, 12/13.2, 26/27.3, 27.8, 9.10, 29.10.09; 28.1, 24.6.10	11.6.09 (refus du projet 1 à la CSSS-CN et suspension du projet 2), 22.9.10 (refus du projet 1 au Conseil fédéral)	31.1.11	1.3.11 (refus du projet 1 au Conseil fédéral, oui pour la suspension du projet 2)		
6^e révision AI: 2^e volet (révision 6b): 11.030	11.5.11	FF 2011, 5301	CSSS-CE	CE	CSSS-CN	CN		
			19.8, 15.11.11; 21.1, 11.2.13	19.12.11; 12.3.13	2.2, 29.3, 27/28.4 28/29.6, 31.8, 11.10.12; 25.4.13	12/13.12.12		
			(élimination des divergences)	(élimination des divergences)	(élimination des divergences)			

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

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AVS

		1990	2000	2010	2011	2012	Modification en% TM ¹
Recettes	mio fr.	20 355	28 792	38 495	39 041	40 824	4,6%
	dont contrib. ass./empl.	16 029	20 482	27 461	28 306	28 875	2,0%
	dont contrib. pouv. publics	3 666	7 417	9 776	10 064	10 177	1,1%
Dépenses		18 328	27 722	36 604	38 053	38 798	2,0%
	dont prestations sociales	18 269	27 627	36 442	37 847	38 612	2,0%
Résultat d'exploitation total		2 027	1 070	1 891	988	2 026	105,1%
Capital²		18 157	22 720	44 158	40 146	42 173	5,0%
Bénéficiaires de rentes AV	Personnes	1 225 388	1 515 954	1 981 207	2 031 279	2 088 396	2,8%
Bénéf. rentes veuves/veufs		74 651	79 715	120 623	124 682	128 744	3,3%
Nombre de cotisants AVS		4 289 839	4 548 926	5 188 208	5 303 008	...	2,2%

PC à l'AVS

		1990	2000	2010	2011	2012	TM ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	1 124	1 441	2 324	2 439	2 525	3,5%
	dont contrib. Confédération	260	318	599	613	644	5,2%
	dont contrib. cantons	864	1 123	1 725	1 826	1 880	3,0%
Bénéficiaires	(personnes, av. 1997 cas)	120 684	140 842	171 552	179 118	184 989	3,3%

AI

		1990	2000	2010	2011	2012	TM ¹
Recettes	mio fr.	4 412	7 897	8 176	9 454	9 889	4,6%
	dont contrib. ass./empl.	2 307	3 437	4 605	4 745	4 840	2,0%
Dépenses		4 133	8 718	9 220	9 457	9 295	-1,7%
	dont rentes	2 376	5 126	6 080	6 073	5 941	-2,2%
Résultat d'exploitation total		278	-820	-1 045	-3	595	-
Dettes de l'AI envers l'AVS		-6	2 306	14 944	14 944	14 352	-4,0%
Fonds AI²		-	-	-	4 997	5 000	0,1%
Bénéficiaires de rentes AI	Personnes	164 329	235 529	279 527	275 765	271 010	-1,7%

PC à l'AI

		1990	2000	2010	2011	2012	TM ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	309	847	1 751	1 837	1 911	4,1%
	dont contrib. Confédération	69	182	638	657	686	4,4%
	dont contrib. cantons	241	665	1 113	1 180	1 225	3,9%
Bénéficiaires	(personnes, av. 1997 cas)	30 695	61 817	105 596	108 536	110 179	1,5%

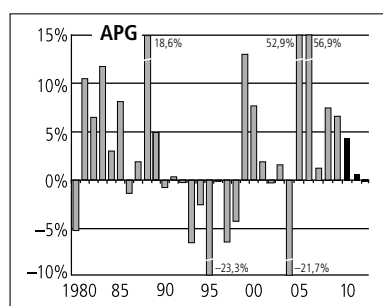
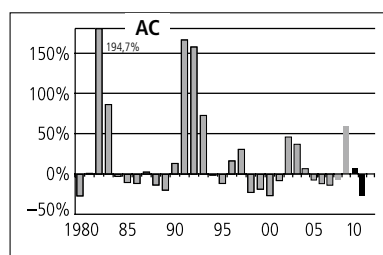
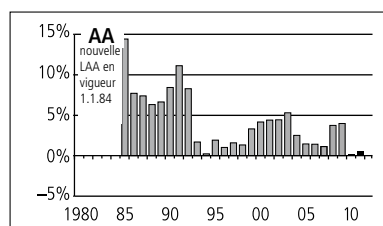
PP/2^e pilier Source : OFS/OFAS

		1990	2000	2010	2011	2012	TM ¹
Recettes	mio fr.	32 882	46 051	61 680	61 554	...	-0,9%
	dont contrib. sal.	7 704	10 294	15 782	16 423	...	4,1%
	dont contrib. empl.	13 156	15 548	25 005	25 337	...	-0,4%
	dont produit du capital	10 977	16 552	15 603	14 704	...	-5,8%
Dépenses		15 727	31 605	43 642	43 350	...	-0,8%
	dont prestations sociales	8 737	20 236	30 912	31 628	...	2,3%
Capital		207 200	475 000	617 500	620 600	...	0,5%
Bénéficiaires de rentes	Bénéf.	508 000	748 124	980 163	1 002 931	...	2,3%

AMal Assurance obligatoire des soins

		1990	2000	2010	2011	2012	TM ¹
Recettes	mio fr.	8 869	13 930	22 528	23 794	...	5,6%
	dont primes (à encaisser)	6 954	13 442	22 051	23 631	...	7,2%
Dépenses		8 417	14 056	22 123	22 705	...	2,6%
	dont prestations	8 204	15 478	24 292	24 932	...	2,6%
	dont participation d. assurés aux frais	-801	-2 288	-3 409	-3 575	...	4,9%
Résultats des comptes		451	-126	405	1 089	...	169,1%
Capital		5 758	6 935	8 651	9 649	...	11,5%
Réduction de primes		332	2 545	3 980	4 070	...	2,3%

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AA tous les assureurs		1990	2000	2010	2011	2012	TM ¹
Recettes	mio fr.	4 181	5 992	7 863	7 880	...	0,2%
dont contrib. des assurés		3 341	4 671	6 303	6 343	...	0,6%
Dépenses		3 259	4 546	5 993	6 064	...	1,2%
dont prestations directes avec rench.		2 743	3 886	5 170	5 239	...	1,3%
Résultats des comptes		923	1 446	1 870	1 816	...	-2,9%
Capital		12 553	27 322	42 724	44 802	...	4,9%

AC Source : seco		1990	2000	2010	2011	2012	TM ¹
Recettes	mio fr.	736	6 230	5 752	7 222	...	25,6%
dont contrib. sal./empl.		609	5 967	5 210	6 142	...	17,9%
dont subventions		-	225	536	1 073	...	100,1%
Dépenses		452	3 295	7 457	5 595	...	-25,0%
Résultats des comptes		284	2 935	-1 705	1 627	...	-
Capital		2 924	-3 157	-6 259	-4 632	...	-26,0%
Bénéficiaires ³	Total	58 503	207 074	322 684	288 518	...	-10,6%

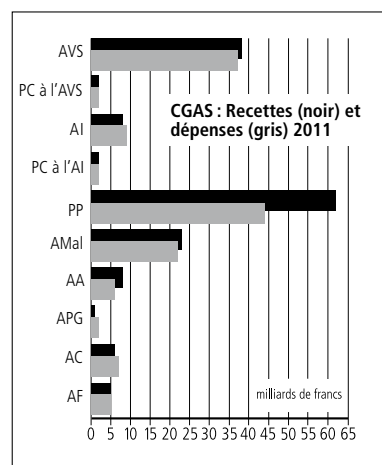
APG		1990	2000	2010	2011	2012	TM ¹
Recettes	mio fr.	1 060	872	1 006	1 708	1 753	2,7%
dont cotisations		958	734	985	1 703	1 727	1,4%
Dépenses		885	680	1 603	1 611	1 606	-0,3%
Résultat d'exploitation total		175	192	-597	97	148	51,9%
Capital		2 657	3 455	412	509	657	29,0%

AF		1990	2000	2010	2011	2012	TM ¹
Recettes	mio fr.	2 689	3 974	5 074	5 133	...	1,2%
dont agric.		112	139	149	142	...	-4,8%

Compte global des assurances sociales (CGAS*) 2011

Branches des assurances sociales	Recettes mio fr.	TM 2010/2011	Dépenses mio fr.	TM 2010/2011	Résultats des comptes mio fr.	Capital mio fr.
AVS (CGAS)	39 171	2,9%	38 053	4,0%	1 118	40 146
PC à l'AVS (CGAS)	2 439	5,0%	2 439	5,0%	-	-
AI (CGAS)	9 500	16,2%	9 488	2,1%	12	-9 947
PC à l'AI (CGAS)	1 837	4,9%	1 837	4,9%	-	-
PP (CGAS) (estimation)	61 554	-0,9%	43 350	-0,8%	18 204	620 600
AMal (CGAS)	23 794	5,6%	22 705	2,6%	1 089	9 649
AA (CGAS)	7 880	0,2%	6 064	1,2%	1 816	44 802
APG (CGAS)	1 710	71,2%	1 611	0,5%	100	509
AC (CGAS)	7 222	25,6%	5 595	-25,0%	1 627	-4 632
AF (CGAS) (estimation)	5 133	1,2%	5 196	1,4%	-63	1 173
Total consolidé (CGAS)	159 624	3,7%	135 721	0,4%	23 903	702 301

* CGAS signifie : selon les définitions du compte global 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

	2000	2007	2008	2009	2010	2011
Taux de la charge sociale ⁴ (indicateur selon CGAS)	25,3%	25,7%	25,1%	25,9%	25,8%	26,4%
Taux des prestations sociales ⁵ (indicateur selon CGAS)	19,1%	20,1%	19,5%	21,0%	20,7%	20,4%

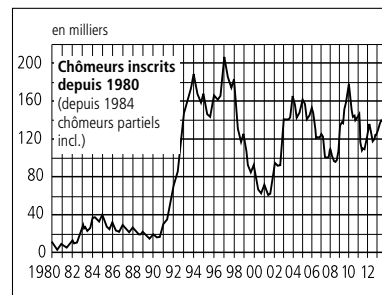
Chômeurs(es)

	ø 2010	ø 2011	ø 2012	jan. 13	fév. 13	mars 13
Chômeurs complets ou partiels	151 986	122 892	125 594	148 158	146 001	138 993

Démographie

Scénario A-17-2010 « solde migratoire 40 000 »

	2011	2015	2020	2030	2040	2050
Rapport dépendance <20 ans ⁶	33,9%	32,9%	33,2%	35,0%	34,3%	34,0%
Rapp. dép. des pers. âgées ⁶	27,4%	31,1%	33,7%	42,6%	48,0%	50,4%



1 Taux de modification annuel le plus récent = TM.
 2 1.1.2011: transfert de 5 mrd. de francs de l'AVS à l'AI.
 3 Le nombre de chômeurs se trouve à la fin du tableau.
 4 Rapport des recettes des assurances sociales au produit intérieur brut.
 5 Rapport des prestations des assurances sociales au produit intérieur brut.
 6 Rapport entre les personnes âgées de 0 à 19 ans et les personnes actives.
 Rapport entre les rentiers et les personnes actives.
 Personnes actives : de 20 ans jusqu'à l'âge de la retraite (H 65 / F 64).

Source : Statistique des assurances sociales suisses 2012 de l'OFAS ; SECO, OFS.
 Informations : solange.horvath@bsv.admin.ch

Calendrier

Réunions, congrès, cours

Date	Manifestation	Lieu	Renseignements et inscription
16.5.2013	Médecine de premier recours Une discipline attractive et d'avenir (cf. présentation ci-dessous)	Centre Paul Klee, Berne	Healthworld (Schweiz) AG, Sennweidstrasse 46, 6312 Steinhausen Tél. 041/748 76 00 Andrea Studer, andrea.studer@healthworld.ch
14.6.2013	Le droit social des expatriés (cf. présentation ci-dessous)	Unil / Bâtiment ISDC Dorigny	Centre de droit privé, UNIL-Dorigny Bât. Internef / Bureau 426 Emanuela Vos Tél. 021/692 28 30 emanuela.vos@unil.ch
5/6.9.2013	Etre et avoir – La couverture du minimum vital de demain (cf. présentation ci-dessous)	Soleure	CSIAS, Monbijoustrasse 22, 3011 Berne Tél. 031/326 19 19 admin@skos.ch

Cycle de formation

La Haute école de travail social et de la santé Vaud propose un cycle de formation 2013-2015: **Certificat en analyse de l'activité et adaptation ergonomique des postes de travail.** Renseignements: Daniel Lambelet, professeur, daniel.lambelet@eesp.ch et Béatrice Degoumois, secrétaire, beatrice.degoumois@eesp.ch

Médecine de premier recours

La médecine de famille doit être renforcée en tant que spécialité médicale à art entière attractive. Sa mission et ses tâches actuelles et à l'avenir

seront abordées, des modèles proposant des solutions seront présentés. Le congrès veut donner l'occasion de discuter le rôle des médecins de famille en liaison avec d'autres partenaires dans le système de santé et réfléchir aux futures tâches et structures.

Le droit des expatriés

La nouvelle loi fédérale sur l'imposition des participations de collaborateurs, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013, tient à clarifier le statut fiscal des plans d'intéressements. Elle détermine le moment auquel des actions, promesses d'action, options et

autres parts de société sont imposées ainsi que la valeur de celles-ci. Comme la législation sur l'AVS renvoie à cette réglementation, il est nécessaire de la connaître pour fixer les cotisations sociales. Par ailleurs, en ce qui concerne les rapports de travail internationaux, le nouveau droit fiscal prévoit une imposition «au prorata temporis», en fonction de la durée de l'activité lucrative exercée en Suisse (ce conformément aux recommandations de l'OCDE). Quant au droit social, une telle «imposition» proportionnelle n'est actuellement pas prévue – pas expressément du moins – et il y a lieu d'examiner quand et comment les participations de collaborateurs sont soumises aux cotisations AVS/AI/APG/etc. Le Colloque du vendredi 14 juin 2013 se focalise sur ces aspects, tout en abordant des questions plus générales liées aux travailleurs internationaux. Il s'adresse aux avocats, avocats spécialistes FSA (RC-Assurances/droit du travail), aux magistrats, aux responsables de RH ainsi qu'aux institutions sociales.

Pré-annonce

Etre et avoir – La couverture du minimum vital de demain. Thème des Journées CSIAS de Soleure 2013. Les intervenants suisses et étrangers informeront des évolutions actuelles, des modèles et des analyses. La conception future de la couverture du minimum vital sera débattue lors d'ateliers.

Livres

Protection de l'adulte. Leuba Audrey, Stettler Martin, Büchler Andrea, Häfeli Christoph. Editions Stämpfli 2013, ISBN 978-3-7272-2885-8. Fr. 368.–

Le commentaire CommFam – Protection de l'adulte constitue le troisième volume de la collection « Commentaires du droit de la famille ». Le nouveau droit de la protection de l'adulte entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2013 et remplacera l'ancien droit de la tutelle, qui était plus que centenaire. Grâce à deux nouvelles institutions – le mandat pour cause d'incapacité et les directives anticipées du patient –, le nouveau droit encouragera désormais l'autodétermination de la personne. De nouvelles mesures, dites mesures appliquées de plein droit aux personnes incapables de discernement, viendront renforcer la solidarité familiale et amélioreront la protection des personnes vivant en homes ou en institutions médico-sociales. Quant aux mesures prononcées par l'autorité, elles prendront désormais la forme de différentes curatelles et du placement à des fins d'assistance; mesures dites « sur mesure », elles permettront de finement graduer les atteintes aux droits et libertés de la personne et de tenir compte de manière optimale du principe de la proportionnalité. Des autorités spécialisées interdisciplinaires remplaceront les autorités actuelles, en majorité de milice. La protection juridique des personnes sera, enfin, renforcée par l'introduction d'une voie de recours judiciaire contre toutes les décisions des autorités de protection de l'adulte. Outre des contributions consacrées à la genèse de la loi, des points de vue tant sociologique que psychiatrique sur le nouveau droit et des commentaires traitant des aspects de droit constitutionnel, de droit international public et de droit comparé, l'ouvrage comprend un commentaire détaillé des nouvelles dispositions du code

civil et des dispositions modifiées à cette occasion dans d'autres lois fédérales. Le CommFam – Protection de l'adulte est le premier ouvrage de cette collection à paraître entièrement en français et en allemand. Les auteurs, francophones et germanophones, sont tous d'éminents scientifiques ou praticiens du droit de la famille; ils se portent garants d'un travail de qualité, proche de la pratique.

Cahiers genevois et romands de sécurité sociale, parution annuelle. Edités par la Faculté de Droit de l'Université de Genève. Fr. 40.–

Chaque numéro des Cahiers genevois et romands de sécurité sociale traite divers aspects de la sécurité sociale et reprend certains arrêts de la Cour de justice de l'Union européenne, du Tribunal fédéral et de la Cour de justice de Genève et de la Chambre des assurances sociales. Dans le numéro 48/2012 figurent, entre autres, des articles consacrés à l'Histoire de la sécurité sociale; au droit international et européen – cadre de référence pour piloter les politiques et les systèmes de sécurité sociale; à la prise en compte de l'âge dans l'octroi des prestations de l'assurance-maladie obligatoires des soins; sans omettre une réflexion sur les horizons pour la sécurité sociale.

Articuler diversité et genre – un défi pour les Hautes écoles. Monique Eckmann, Agnes Földhazi. Editions IES, Genève 2013, ISBN: 978-2-88224-132-0. Fr. 20.–

La diversité de trajectoires de vie, d'appartenances et de ressources est une réalité peu prise en considération dans les fonctionnements institutionnels. En proposant cet ouvrage, alors que la littérature sur les concepts de diversité et de genre abonde, Monique Eckmann et Agnes Földhazi offrent des pistes de réflexion et des

outils pratiques pour aborder les questions de diversité et de genre dans les établissements d'enseignement tertiaire, voire dans d'autres institutions ou organisations. Un examen du cadre légal à disposition en la matière et l'étude de dispositifs existants dans les institutions de divers pays procurent des exemples de mesures qui fonctionnent. A nous d'adapter celles-ci et d'en inventer d'autres pour garantir à toutes et à tous un accès égal aux droits et aux ressources dans une perspective de non-discrimination.

A propos de l'accueil libre – mutualisation d'expériences professionnelles et tentative de définition d'une pratique de travail social auprès des jeunes. Sous la direction de Laurent Wicht. Editions IES, Genève 2013, ISBN 978-2-88224-131-3. Fr. 20.–

Pourquoi l'« accueil libre » auprès des jeunes? Y-a-t-il une spécificité professionnelle dans ce type d'accueil? Des animatrices et animateurs de divers lieux d'accueil (groupe « Réflexion Action Jeunesse ») se sont penchés sur leur pratique et ont mis en commun leur approche. Durant plus de cinq ans, ils se sont rencontrés régulièrement afin de partager et d'analyser des situations préoccupantes de leur activité professionnelle. Une série de synthèses sur le fonctionnement complexe, les spécificités et les difficultés de l'accueil libre émane de ces rencontres et constitue le cœur de cet ouvrage. A ce noyau, deux textes théoriques de chercheurs de la Haute école de travail social de Genève font écho. En amont, Laurent Wicht souligne le caractère essentiel et institutionnalisant de la mutualisation en travail social; en aval, Joëlle Libois et Patricia Heimgartner, prolongent la réflexion dans une perspective historique et par la tentative de définition d'une pratique fondamentale, exigeante et subtile du travail social.

La prévoyance professionnelle suisse depuis ses origines. Meinrad Pittet, Claude Chuard. Editions Slatkine Helveticas 2013, ISBN 9782832105467. Fr. 39.–

Si les écrits et publications à caractère historique sur la sécurité sociale suisse en général et l'assurance fédérale AVS/AI en particulier sont nombreux et variés, il en va autrement de la prévoyance professionnelle qui a suscité jusqu'à maintenant un peu moins d'intérêt bien que l'historiographie de la protection sociale en Suisse ait motivé, depuis une dizaine d'années, des recherches importantes. En voulant transmettre au grand

public les connaissances historiques qu'ils ont acquises tout au long de leur activité professionnelle exercée essentiellement au service du 2^e pilier, les auteurs du présent ouvrage ont donc voulu d'abord combler une lacune évidente d'informations et de connaissances sur une composante essentielle de la protection sociale suisse, à savoir la prévoyance professionnelle. Si le présent ouvrage, organisé par chapitres et par thèmes, respecte une certaine chronologie des événements, il n'a pas la prétention d'être un livre d'histoire. Il y a trois raisons à cela: d'abord la démarche des auteurs est basée plus sur des connaissances empiriques acquises

tout au long de leur activité professionnelle que sur une recherche historique menée selon les règles de l'art; ensuite, la formation scientifique des auteurs les a incités parfois à recourir à des formules mathématiques pour mieux expliciter leur pensée; et enfin les auteurs critiquent certaines orientations qui ont été prises par le passé, voire présentent les solutions qui auraient dû, selon eux, être retenues. Ils donnent aussi, au chiffre 2 du chapitre XIII, la vision future qu'ils ont du 2^e pilier par opposition à celle qui a été présentée par le Conseil fédéral dans son rapport sur l'avenir du 2^e pilier qui a été mis en consultation en décembre 2011.

Nouvelles publications

	Source Langues, prix
Das pädagogische Konzept der Peer Education im Rahmen von Medienkompetenzförderung – avec résumé en français. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche N°. 15/12	318.010.15/12d gratuit*
Bestandesaufnahme der Informations-, Schulungs- und Beratungsangebote zum Jugendmedienschutz sowie Qualitätskriterien zur Beurteilung von Angeboten zum Jugendmedienschutz – avec résumé en français. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche N° 1/13	318.010.1/13d gratuit*

* Office fédéral des constructions de la logistique (OFCL), Vente de publications fédérales, 3003 Berne.
vente.civil@bbl.admin.ch
www.bbl.admin.ch → Thèmes → Publications fédérales

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 dès 2011 :

- N° 1/11 Réforme structurelle de la prévoyance professionnelle
- N° 2/11 Rapport de synthèse PR-AI
- N° 3/11 Entreprises sociales
- N° 4/11 Aide au recouvrement et avance sur contributions d'entretien
- N° 5/11 Révisions de l'assurance-invalidité 6a et 6b
- N° 6/11 Recherche sur le bonheur

- N° 1/12 Travail et soins aux proches
- N° 2/12 Système de santé suisse
- N° 3/12 Dix ans d'actions récursoires AVS/AI – un bilan
- N° 4/12 Vieillesse active et solidarité intergénérationnelle
- N° 5/12 Recherche «Sécurité sociale»
- N° 6/12 Base pour une réforme de la prévoyance vieillesse

- N° 1/13 Assurances sociales – hier et aujourd'hui
- N° 2/13 Lutte contre les abus dans les assurances

Les articles des dossiers de *Sécurité sociale* sont accessibles sur Internet à l'adresse suivante: www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen (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	Suzanne Schär Mél.: suzanne.schaer@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-Balzardi, Brigitte Gautschi, Géraldine Luisier, Stefan Müller, Xavier Rossmannith, Christian Wiedmer	Tirage	Version allemande: 3080 ex. Version française: 1400 ex.
Abonnements et informations	OFCL 3003 Berne Téléfax 031 325 50 58 Mél.: vente.civil@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 318.998.2/13f