

Dossier

Réforme Prévoyance vieillesse 2020

Assurance-invalidité

Développement continu de l'AI – lancement d'un nouveau projet de réforme

Santé publique

Evaluation de l'utilisation hors étiquette dans l'assurance obligatoire des soins

Sécurité sociale

CHSS 2/2015



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Sommaire Sécurité sociale CHSS 2/2015

Editorial 57

Chronique février/mars 2015 58

Dossier

Aperçu (Christelle Brügger, Lara Fretz, Office fédéral des assurances sociales) 63

Financement (Anna Jost-Bosshardt, Thomas Borek, Office fédéral des assurances sociales) 68

Femmes et personnes à bas salaires (Andrea Stange, Franziska Grob, Office fédéral des assurances sociales) 73

Adaptation des rentes de survivants de l'AVS (Bernadette Deplazes, Office fédéral des assurances sociales) 77

Egalité de traitement entre indépendants et salariés dans l'AVS (Paul Cadotsch, Mylène Hader, Office fédéral des assurances sociales) 81

Mesures institutionnelles (Philipp Rohrbach, Office fédéral des assurances sociales) 84

Politique sociale

Niveau élevé des coûts de la santé dans l'aide sociale : quelles causes ? (Felix Wolffers, Office des affaires sociales de la Ville de Berne, Oliver Reich, Helsana) 89

Assurance-invalidité

Développement de l'AI – lancement d'un nouveau projet de réforme (Patrick Cudré-Mauroux, Office fédéral des assurances sociales) 94

Nouveau système de financement des appareils auditifs : quel effet sur les prix ? (Patrick Koch, Christoph Hirter, Institut d'études économiques Bâle, IWSB) 99

Santé publique

Evaluation de l'utilisation hors étiquette dans l'assurance obligatoire des soins (Christian Rüefli, Christian Bolliger, Bureau Vatter, recherche & conseil en politique publique) 102

Classification des hôpitaux : nouvel algorithme pour la comparaison entre établissements (Kris Haslebacher, Office fédéral de la santé publique) 107

Prévoyance

Résultats des comptes 2014 de l'AVS, de l'AI et du régime des allocations pour perte de gain (APG) (secteur Mathématiques, Office fédéral des assurances sociales) 111

Parlement

Interventions parlementaires 116

Législation : les projets du Conseil fédéral 119

Informations pratiques

Statistiques des assurances sociales 120

Calendrier (réunions, congrès, cours) 122

Livres 123

Notre adresse Internet : www.ofas.admin.ch



Prévoyance vieillesse 2020: un projet équilibré à même de réunir un consensus



Alain Berset
Conseiller fédéral

Le Conseil fédéral a transmis au Parlement le message relatif à Prévoyance vieillesse 2020 le 19 novembre 2014, une année – pratiquement jour pour jour – après avoir mis en consultation ce vaste projet de réforme des 1^{er} et 2^e piliers. Lors de la consultation, le projet a suscité un vif intérêt avec 168 prises de position. Sa nécessité ainsi que ses objectifs – maintien du niveau des rentes de vieillesse et consolidation de l'équilibre financier de l'AVS et de la prévoyance professionnelle – ont fait l'objet d'un large consensus. L'idée de réformer dans un seul et même paquet les deux piliers a aussi été accueillie favorablement. Le Conseil fédéral a donc décidé de maintenir l'orientation générale de son projet.

Depuis ces quinze dernières années, la prévoyance vieillesse revient régulièrement sur le devant de la scène. Les effets de l'évolution démographique sur l'avenir de notre système de prévoyance sont reconnus, tout comme l'urgence des réformes à entreprendre. Actuellement saine, la situation financière de l'AVS connaîtra des problèmes à partir de 2020. Tous les scénarios et les hypothèses sur la migration et la croissance économique, même les plus optimistes, prévoient une diminution de la part des actifs par rapport à celle des retraités. Le vieillissement de la population est en cause, mais aussi et surtout l'arrivée à la retraite de la génération issue du baby-boom. La prévoyance professionnelle est confrontée, comme l'AVS, à l'accroissement de l'espérance de vie des retraités, et dans le même temps elle souffre de rendements bas. Divers projets de révision partiels ou fragmentés ont tenté d'appor-

ter une réponse à ces problèmes. Ils ont tous échoué. La première version de la 11^e révision de l'AVS a été nettement refusée par le peuple en 2004 et sa mouture « bis » enterrée par le Conseil national en 2010. La même année, le projet de baisse du taux de conversion minimal LPP a été rejeté en votation populaire par plus de deux électeurs sur trois. En analysant à posteriori les raisons de ces échecs, on s'aperçoit que les réformes sectorielles manquent souvent d'une vue d'ensemble. Les propositions isolées, ne touchant qu'une branche des assurances ou que certaines prestations, n'ont aucune chance de succès. Les assurés et leurs besoins doivent être au cœur des réflexions politiques. Les assurés doivent pouvoir apprécier en toute transparence quelle sera leur situation après leur retraite.

Prévoyance vieillesse 2020 réunit pour la première fois l'AVS et la prévoyance professionnelle dans un seul et même paquet. Bien qu'ils soient distincts l'un de l'autre, il n'est plus possible aujourd'hui d'examiner un pilier sans considérer l'autre, car tous deux forment un ensemble déterminant le niveau des prestations vieillesse. Si l'AVS suscite depuis toujours un grand attachement de la part de la population, la prévoyance professionnelle n'a pas cessé de se développer ces trente dernières années et occupe désormais une place importante dans le système des retraites. Comme vous allez le découvrir dans le dossier du présent numéro de « Sécurité sociale CHSS », la réforme proposée présente de façon claire et transparente des mesures qui rendent possible le maintien du niveau des rentes et garantissent la sécurité matérielle au moment de la retraite. Elle offre à chacune et à chacun une vision complète de l'ensemble des prestations, des enjeux et des conséquences auxquels ils peuvent s'attendre. Cette démarche contribue à augmenter leur confiance. Ensemble, les mesures proposées sont équilibrées. Elles sont essentielles pour assurer à moyen et à long terme la stabilité financière et donc la pérennité des deux piliers.

Prévoyance vieillesse 2020 présente les meilleures chances de succès pour une adhésion politique et populaire. Elle répond aux défis démographiques et économiques qui s'annoncent, garantit un équilibre entre les piliers, entre les générations et entre les assurés, et confère à chacun la confiance en un système de prévoyance vieillesse sûr et fiable.

Assurance-invalidité

Développement de l'AI: favoriser la réadaptation par une meilleure coordination

Les révisions de l'assurance-invalidité mises en œuvre depuis 2004 ont nettement amélioré l'efficacité de la réadaptation professionnelle des personnes handicapées. Les efforts doivent dorénavant se concentrer sur la situation des enfants et des jeunes atteints dans leur santé, d'une part, et des assurés souffrant de maladies psychiques, d'autre part. Il importe pour cela de développer la collaboration avec les acteurs concernés et de leur offrir un meilleur soutien. Le Conseil fédéral a défini les lignes directrices pour la prochaine étape du développement de l'AI et a chargé le Département fédéral de l'intérieur de lui soumettre un projet de consultation d'ici l'automne (www.dfi.admin.ch)¹.

Marché des appareils auditifs: plus de choix mais peu de pression sur les fournisseurs

Une nouvelle étude sur les prix des appareils auditifs montre que la concurrence entre les fournisseurs a légèrement progressé et que les coûts pour les assurés AI et AVS ont quelque peu diminué. Parallèlement, les malentendants disposés à assumer une participation personnelle pour acquérir un produit plus coûteux se sont avérés plus nombreux. L'étude a analysé les prix avant et après le passage au système forfaitaire. L'AI et l'AVS continuent à recommander aux personnes malentendantes qui s'adressent à elles de comparer différents fournisseurs et offres (www.ofas.admin.ch)².

Conseil fédéral

Conseiller fédéral Alain Berset appelle à renforcer la cohésion sociale

Le conseiller fédéral Alain Berset a rencontré le 2 mars 2015 le Conseil

suisse des religions à Berne. Il a assuré aux communautés religieuses que le Conseil fédéral partage leur inquiétude face à l'augmentation de cas d'hostilité à l'encontre de personnes de confession musulmane et juive en Europe. Dans une Suisse qui se caractérise par son multiculturalisme, il est du rôle de chacun de garantir au quotidien une cohabitation sereine (www.edi.admin.ch).

Rapport de gestion 2014 approuvé

Le Conseil fédéral a approuvé son rapport de gestion 2014, qui renseigne sur le degré de réalisation des objectifs visés, mais traite également de la maîtrise d'événements imprévus. L'année 2014 a été marquée par les questions structurelles et réglementaires liées à la politique financière internationale, par la mise en place des grandes orientations en matière de sécurité et de collaboration transfrontalière dans le domaine de la migration, par la présidence de l'OSCE et la politique européenne, par le gros chantier de la prévoyance vieillesse, par la planification coordonnée de l'habitat, du paysage et des transports, de même que par le renforcement de la formation professionnelle (www.admin.ch → Le Conseil fédéral → Documentation → Publications).

Démographie

Familles et générations 2013: Le souhait d'enfant a toujours la cote

Près de deux tiers des femmes et hommes sans enfant âgés de 20 à 29 ans (63%) souhaitent avoir deux enfants. Un quart de ces personnes (28%) aimeraient dans l'idéal en avoir trois ou plus. Les femmes diplômées du degré tertiaire sont celles qui restent le plus souvent sans enfant (30%). Depuis les années 1990, la société accepte nettement mieux que les mères exercent une activité professionnelle alors que leurs enfants sont encore en bas âge. C'est ce qui ressort des premiers résultats de l'en-

quête sur les familles et les générations réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) en 2013 (www.statistique.admin.ch → Thèmes → 01 – Population).

Communauté suisse à l'étranger continue de s'accroître

De plus en plus de Suisses vivent à l'étranger. En 2014, la Cinquième Suisse comptait 746 885 personnes, soit 14 726 de plus que l'année précédente, ce qui représente une progression de 2%. C'est ce que révèle la dernière statistique des Suisses de l'étranger, publiée par le Département fédéral des affaires étrangères (DFAE), qui recense chaque année les Suisses inscrits dans une ambassade ou un consulat général à l'étranger. Les Suisses de l'étranger sont répartis dans 200 pays et régions (www.dfae.admin.ch).

Résultats provisoires du mouvement naturel de la population en 2014

L'année 2014 est marquée par une augmentation des naissances, des mariages et des partenariats enregistrés. Le nombre de divorces et de décès diminue. Ce sont là les résultats provisoires de la statistique du mouvement naturel de la population de l'Office fédéral de la statistique (OFS) (www.statistique.admin.ch → Thèmes → 01 – Population).

Egalité

Bilan de la Suisse vingt ans après la 4^e Conférence des Nations Unies sur les femmes

La 59^e session de la Commission de la condition de la femme (CSW) du Conseil économique et social

1 Cf. Cudré-Mauroux, Patrick, « Développement de l'AI – lancement d'un nouveau projet de réforme », dans ce numéro de *Sécurité sociale CHSS*.

2 Cf. Koch Patrick et Christoph Hirter, « Nouveau système de financement des appareils auditifs: quel effet sur les prix? », dans ce numéro de *Sécurité sociale CHSS*.

des Nations Unies (ECOSOC) a eu lieu le 9 mars 2015 à New York. Elle avait pour thème principal la déclaration et la plate-forme d'action de Beijing adoptées lors de la quatrième Conférence des Nations Unies sur les femmes en 1995. Cette session a été l'occasion pour la Commission d'examiner si et en quoi la condition féminine s'est améliorée dans la société depuis cette date. En sa qualité de membre de cette commission de l'ONU avec droit de vote, la Suisse a présenté notamment un bilan des efforts entrepris au niveau national et organisé différentes manifestations (www.dfae.admin.ch).

La CFQF et les organisations féminines se mobilisent: il faut plus de femmes au Parlement!

La Commission fédérale pour les questions féminines CFQF et une large coalition d'organisations féminines se mobilisent pour que davantage de femmes soient élues au Parlement le 18 octobre 2015. Sur le site web «Frauen wählen! – Votiez femmes! – Votate donne!», des femmes politiques de premier plan expliquent pourquoi c'est une nécessité absolue. De plus, une étude commandée à l'Université de Fribourg par la CFQF, l'OFCOM et SRG/SSR analysera la présence des candidats des deux sexes dans les médias durant la campagne électorale 2015 (www.cfqf.admin.ch).

Finances publiques

Finances publiques suisses de 2013 à 2015: hausse de l'endettement des cantons

Les finances des administrations publiques devraient clôturer leurs comptes 2013 sur un léger déficit. Les comptes de la Confédération, des cantons et des communes sont négatifs, ceux des assurances sociales restent positifs. La situation devrait rester semblable pour les administrations

publiques en 2014. Le résultat des cantons sera probablement péjoré par plusieurs recapitalisations de caisses de pensions. Le taux d'endettement augmente dans les cantons en 2013 et devrait se stabiliser les années suivantes. C'est ce qu'indiquent les nouveaux chiffres de la statistique financière (www.efv.admin.ch).

Migration

Naturalisation facilitée des jeunes étrangers de la troisième génération

Dans l'avis qu'il a adopté le 21 janvier 2015, le Conseil fédéral s'est déclaré favorable à l'initiative parlementaire «La Suisse doit reconnaître ses enfants», qui demande que les étrangers de la troisième génération qui sont nés et qui ont grandi en Suisse puissent bénéficier d'une naturalisation facilitée (www.sem.admin.ch).

Population selon le statut migratoire: un tiers de la population est issu de la migration

En 2013, 2,4 millions des 6,8 millions personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en Suisse sont issues de la migration. Quatre cinquième d'entre elles sont nées à l'étranger; le cinquième restant est né en Suisse mais descend de parents nés à l'étranger. Un bon tiers (35%) possède un passeport suisse. Cette population, plus jeune, freine le vieillissement de la population résidente en Suisse. Ces résultats ainsi que d'autres proviennent d'une analyse de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sur le statut migratoire de la population résidente permanente (www.statistique.admin.ch) → Thèmes → 01 – Population).

Utiliser et favoriser le potentiel que représente la population migrante: bilan intermédiaire positif

Le 26 janvier 2015, les partenaires du dialogue instauré en octobre 2012 par la Conférence tripartite sur les

agglomérations (CTA) sur l'intégration «Travailler – Donner sa chance, saisir sa chance» ont dressé un bilan intermédiaire positif. Depuis le début de ce dialogue, l'Etat, les associations d'employeurs et les partenaires sociaux de plusieurs branches économiques se sont attelés à différents projets en vue de tirer un meilleur parti du potentiel que représentent les migrants vivant en Suisse et de favoriser leur intégration professionnelle (www.sem.admin.ch).

Prévoyance professionnelle

Etude analyse les pertes sur les retraites dans la prévoyance professionnelle

En raison de l'allongement de l'espérance de vie et des faibles rendements des placements, le taux de conversion minimal légal de 6,8% dans la prévoyance professionnelle obligatoire engendre d'importantes pertes sur les retraites qui obligent les institutions de prévoyance à procéder à une redistribution étrangère à la logique du système du 2^e pilier. C'est le constat qui se dégage d'une étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales en vue d'examiner les mécanismes et les conséquences des pertes sur les retraites dans 27 caisses de pension sélectionnées (www.ofas.admin.ch).

Les assurés qui choisissent leur stratégie de placement doivent en assumer les risques

Le Conseil fédéral a soumis au Parlement le message concernant une adaptation de la loi sur le libre passage. Aux termes de ce projet, les assurés du 2^e pilier qui peuvent choisir eux-mêmes la stratégie de placement pour la part subobligatoire de leur capital de prévoyance recevront la valeur effective de l'avoit de prévoyance lorsqu'ils quittent l'institution de prévoyance, même s'il en résulte une perte (www.ofas.admin.ch).

Politique sociale

Aide sociale: l'analyse du Conseil fédéral

Le Conseil fédéral a adopté un rapport sur l'aménagement de l'aide sociale et des prestations cantonales sous condition de ressources. Celui-ci analyse la nécessité d'agir ainsi que les aspects de l'aide sociale pour lesquels une coordination s'impose. Les cantons s'étant prononcés contre une loi-cadre fédérale relative à l'aide sociale, le Conseil fédéral leur laisse le soin de définir le cadre contraignant indispensable pour ce domaine (www.dfae.admin.ch).

Chine et Suisse mènent un dialogue sur les droits de l'homme

Les 3 et 4 mars 2015, les délégations chinoise et suisse se sont rencontrées à Berne pour la 13^e session du dialogue bilatéral sur les droits de l'homme. L'atmosphère constructive et le cadre confidentiel dans lesquels s'est déroulé le dialogue ont favorisé la tenue d'un débat ouvert et critique sur les différences de points de vue en matière d'état de droit et de justice pénale ainsi que de coopération internationale dans le domaine des droits de l'homme, et d'implication de la société civile (www.dfi.admin.ch).

CFR: une Suisse engagée contre le racisme

La journée internationale pour l'élimination de la discrimination raciale du 21 mars, déclarée par l'ONU, avait en 2015 une importance particulière pour la Suisse. Il y a 20 ans, la Suisse introduisait la norme pénale contre le racisme, adhérait à la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale et instituait la Commission fédérale contre le racisme CFR (www.dfi.admin.ch → Thèmes → CFR).

Conflit syrien: nouvelles mesures en faveur des victimes

Le Conseil fédéral a adopté le 6 mars 2015 de nouvelles mesures pour

venir en aide aux victimes du conflit syrien. En plus des 128 millions de francs déjà consacrés à l'aide sur place depuis le début du conflit, des efforts supplémentaires, à hauteur de 50 millions de francs, seront consentis. En outre, ces trois prochaines années, le Conseil fédéral entend permettre en principe à 3000 personnes à protéger en provenance de la région de venir en Suisse (www.dfae.admin.ch).

Statistique en matière d'asile pour le mois de février 2015

En février 2015, 1424 demandes d'asile ont été déposées en Suisse, soit une diminution de 9% par rapport au mois précédent (1565 demandes) et de 3% par rapport à février 2014. Alors que le nombre des demandes présentées par les ressortissants sri-lankais et kosovars a baissé, celui des ressortissants érythréens et syriens a légèrement augmenté (www.sem.admin.ch).

Santé publique

Santé2020: dix priorités pour 2015

M. Alain Berset a informé le Conseil fédéral des avancées de la stratégie Santé2020. En 2014, douze projets prioritaires ont été mis en œuvre ou lancés. Pour 2015, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a défini dix priorités. Il souhaite notamment présenter un rapport sur l'amélioration des droits des patients et des projets législatifs concernant les produits du tabac ainsi que la promotion de la qualité et de l'économicité des soins (www.ofsp.admin.ch).

Travail

Baromètre de l'emploi au 4^e trimestre 2014: hausse de l'emploi, principalement dans le secteur tertiaire

Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), les indicateurs trimes-

triels du baromètre de l'emploi font état d'une croissance de l'emploi de 1,0% au 4^e trimestre 2014 par rapport au trimestre correspondant de l'année précédente. Cette croissance a principalement eu lieu dans le secteur tertiaire (+1,3%). Le nombre de places vacantes (-0,4%) et l'indicateur des prévisions d'évolution de l'emploi (-0,4%) ont légèrement baissé, tandis que les difficultés à recruter du personnel (+1,2%) ont augmenté par rapport au 4^e trimestre de l'année précédente (www.statistique.admin.ch → Thèmes → 03 – Travail, rémunération).

Conditions d'étude et de vie dans les hautes écoles suisses: niveau élevé d'activité rémunérée chez les étudiant-e-s

Trois quarts des étudiant-e-s exercent une activité rémunérée parallèlement à leurs études. Les revenus que cette activité leur procure représentent en moyenne près de 40% de leurs ressources. En 2013, les étudiant-e-s disposaient d'un revenu médian de 2000 francs par mois. La même année, les coûts de leurs études s'élevaient en moyenne à 1321 francs par semestre. Plus de la moitié des étudiant-e-s qui ont accompli un séjour d'études à l'étranger l'ont fait dans le cadre d'un programme de l'UE, tel que Erasmus. Ces résultats proviennent de l'enquête 2013 sur la situation sociale et économique des étudiant-e-s, réalisée pour la troisième fois par l'Office fédéral de la statistique (OFS) après les enquêtes de 2005 et 2009 (www.statistique.admin.ch → Thèmes → 15 – Education, science).

Dialogue entre la Suisse et la Chine sur le travail et l'emploi

Une délégation tripartite composée de partenaires sociaux et du chef de la Direction du travail du Secrétariat d'Etat à l'économie a séjourné en Chine du 9 au 15 mars 2015 pour une visite de travail. La Suisse et la Chine ont approfondi le dialogue sur le travail et l'emploi (www.seco.admin.ch).

Evolution des groupes à revenus moyens : indicateurs actualisés

Dans l'ensemble, la part de la population appartenant à la classe moyenne est restée stable au cours de la période 1998 à 2012. Elle était la plus grande (61,3 %) en 2009 et la plus petite (57,0 %) en 1998. En 2012, elle arrive à peine à son niveau de 1998, avec 57,1 % de la population. (www.statistique.admin.ch → Thèmes → 20 – Situation économique et sociale de la population → Niveau de vie, situation sociale et pauvreté).

Frontaliers : hausse du nombre un peu ralentie en 2014

Le nombre de frontaliers de nationalité étrangère travaillant en Suisse a progressé de 8 600 personnes (+3,1 %) durant l'année 2014. Un peu plus de

la moitié de la main-d'œuvre frontalière est domiciliée en France (52,4 %), environ un quart réside en Italie (23,7 %) et un cinquième en Allemagne (20,4 %). La part des frontaliers dans l'ensemble des actifs occupés est la plus élevée au Tessin (26,2 %). C'est ce qui ressort des résultats de la statistique des frontaliers, réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (www.statistique.admin.ch → Thèmes → 03 – Travail, rémunération).

Libre circulation des personnes : des règles claires pour les séjours de courte durée aux fins de recherche d'emploi

Les étrangers qui désirent obtenir une autorisation de courte durée en vue de rechercher un emploi en Suisse doivent être au bénéfice de moyens

financiers suffisants pour subvenir à leurs besoins. La modification en sens de l'ordonnance sur l'introduction de la libre circulation des personnes (OLCP) est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015 (www.dfjp.admin.ch).

Situation sur le marché du travail en février 2015

Selon les relevés du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), à fin février 2015, 149 921 personnes étaient inscrites au chômage auprès des offices régionaux de placement (ORP), soit 1 025 de moins que le mois précédent. Le taux de chômage est resté inchangé à 3,5 % pendant le mois sous revue. Le chômage a augmenté de 662 personnes (+0,4 %) par rapport au mois correspondant de l'année précédente (www.seco.admin.ch).

Réforme Prévoyance vieillesse 2020



Le Conseiller fédéral Alain Berset présente le message relatif à la réforme de la prévoyance vieillesse 2020.

Image: Marcel Bieri, Keystone

Une année et demie s'est écoulée depuis que nous avons présenté dans ces pages les lignes directrices de la réforme de la prévoyance vieillesse 2020. Entre-temps, le Conseil fédéral a rassemblé les différents éléments de la réforme dans un message soigneusement équilibré, qui a été soumis aux commissions parlementaires. Pour se convaincre que le projet de réforme n'est pas un exercice théorique, mais qu'une action rapide et réfléchie s'impose, il suffit de penser que l'AVS a présenté en 2014 un résultat de répartition négatif pour la première fois depuis la deuxième moitié des années 1990.

Le dossier du présent numéro fournit un aperçu du projet de réforme, illustre sa portée financière et en présente les éléments centraux. En parcourant les différents articles qui le composent, vous en apprendrez davantage sur les mesures prévues pour améliorer la rente des personnes à bas salaire, souvent des femmes. Vous pourrez également vous faire une idée plus précise des adaptations ciblées programmées pour les rentes de survivants ou comprendre pourquoi et comment le projet entend instaurer une égalité de traitement entre les indépendants et les salariés dans l'AVS. Enfin, une contribution présente les mesures institutionnelles prévues dans le 2^e pilier, qui visent à associer de manière appropriée les assureurs-vie aux efforts menés pour garantir la prévoyance vieillesse et survivants.

La réforme ne peut être scindée en plusieurs paquets : mises en œuvre de manière isolée, les différentes mesures n'auraient que des effets ponctuels. Ce n'est que liées les unes aux autres qu'elles forment un ensemble apte à relever les enjeux démographiques et économiques dans toute leur complexité. Et ce n'est qu'ainsi qu'elles fonctionneront comme un système de sécurité sociale mêlant protection étatique et responsabilité individuelle.

Aperçu

Le 19 novembre 2014, le Conseil fédéral a adopté le message relatif à la réforme Prévoyance vieillesse 2020 pour le soumettre au Parlement. Axée sur la défense des intérêts des assurés, la réforme adopte une approche globale pour garantir le maintien du niveau des prestations dans la prévoyance vieillesse. La possibilité de prendre sa retraite de manière flexible permet de tenir compte des besoins individuels des travailleurs et des tendances du marché.



Lara Fretz

Office fédéral des assurances sociales



Christelle Brügger

Contexte

La société change, la population vit plus longtemps et les rendements réalisés ces dernières années sur les marchés financiers modifient considérablement l'environnement économique. Tous ces changements constituent des défis de taille pour notre régime de prévoyance vieillesse. Si ces problématiques sont connues depuis longtemps, l'AVS et la prévoyance professionnelle n'ont jusqu'à présent pas pu être adaptées à ces diverses mutations. En effet, depuis l'entrée en vigueur de la 10^e révision de l'AVS en 1997 et de la dernière étape de la première révision de la LPP en 2006, seules des révisions ponctuelles visant à apporter des modifications d'ordre technique et structurel ou, s'agissant de l'AVS, à étendre son financement, ont été adoptées. Toutes les révisions proposées qui auraient pu répondre aux défis démographiques et économiques ont échoué, faute d'avoir suffisamment pris

en compte les intérêts des assurés ou d'avoir obtenu un consensus politique.

Jusqu'ici, l'impact de l'augmentation de l'espérance de vie et du faible taux de natalité sur la situation financière de l'AVS a pu être compensé dans une large mesure par les effets positifs des accords bilatéraux, qui ont amené de la main-d'œuvre qualifiée. De plus, les classes d'âge à forte natalité, qui comprennent les personnes nées dans les années 1960, sont toujours actives sur le marché du travail et ne déséquilibrent pas encore le rapport entre actifs et retraités (rapport de dépendance). La tendance va toutefois s'inverser entre 2020 et 2030. C'est en effet à ce moment-là que cette génération à forte natalité partira à la retraite. Le rapport de dépendance augmentera en conséquence et engendrera une progression des dépenses de l'AVS plus rapide que celle des recettes, et ce même en cas de maintien du solde migratoire. L'augmentation de l'espérance de vie constitue également un danger pour le financement des prestations de la prévoyance professionnelle. Couplée à la faiblesse des rendements des capitaux réalisés sur les marchés financiers depuis plusieurs années, elle provoque un déséquilibre entre les prestations qui sont dues et leur financement à long terme.

Message du 19 novembre relatif à la réforme Prévoyance vieillesse 2020

www.admin.ch → Droit fédéral → Feuille fédérale
→ FF 2015, 1

www.parlament.ch → Curia Vista → 14.088

Pour éviter de mettre à mal la stabilité financière de notre système de prévoyance vieillesse durant la prochaine décennie et pour garantir à tous un niveau de vie adéquat au moment de la retraite, une réforme proposant des mesures à même de faire face aux défis démographiques et économiques s'impose. C'est pourquoi le Conseil fédéral a mis un avant-projet de réforme en consultation le 20 novembre 2013. Les mesures proposées visent à garantir le niveau des prestations de la prévoyance vieillesse et l'équilibre financier de l'AVS et de la prévoyance professionnelle. La réforme tient compte également de l'évo-

lution de la société, en adaptant la protection d'assurance à la situation du marché du travail (travail à temps partiel, cumul d'emplois auprès de plusieurs employeurs) et les prestations aux conditions actuelles. Elle vise en outre à renforcer la confiance des assurés dans la prévoyance professionnelle, en accroissant la transparence et en garantissant une répartition équitable des produits générés entre les assurés et les assureurs. Une large majorité des acteurs consultés a salué l'orientation de la réforme, même si leurs avis divergent sur les mesures à prendre¹. Le projet retenu tient compte de certaines critiques faites lors de la procédure de consultation. Le Conseil fédéral a adopté le 19 novembre 2014 le message concernant Prévoyance vieillesse 2020.

Le projet de réforme de la prévoyance vieillesse implique la modification de différentes lois, mais aussi l'édiction d'un arrêté fédéral distinct pour inscrire dans la Constitution le relèvement des taux de la TVA. Dans la logique de l'approche globale adoptée, le Conseil fédéral regroupe toutes les modifications de loi nécessaires dans un acte législatif unique et les combine avec une modification de la Constitution. Cependant, l'arrêté fédéral sur le financement additionnel en faveur de l'AVS ne pourra entrer en vigueur que si l'harmonisation de l'âge de référence des femmes et des hommes, et la limitation du droit aux rentes de veuve et de veuf aux personnes accomplissant des tâches éducatives ou d'assistance sont inscrites dans la loi. Le Conseil fédéral exclut ainsi la possibilité d'accepter les modifications concernant la prévoyance vieillesse tout en refusant le financement ou, à l'inverse, de rejeter la réforme sans pour autant renoncer à prélever des fonds supplémentaires.

De l'âge ordinaire de la retraite à l'âge de référence

Le remplacement de la notion actuelle d'« âge ordinaire de la retraite » par celle d'« âge de référence » est justifié par la nécessité de flexibiliser les conditions du départ à la retraite tout en maintenant un point de référence indispensable au calcul de la rente de vieillesse ainsi qu'à la coordination avec les prestations des autres assurances sociales. L'âge de référence détermine le moment auquel les prestations de vieillesse sont versées sans réduction ni supplément. Il n'est donc pas obligatoirement synonyme de retrait du marché du travail. L'âge de référence est fixé de manière uniforme à 65 ans pour les hommes et pour les femmes, tant dans l'AVS que dans la prévoyance professionnelle. Pour les femmes, cela représente une année de cotisations supplémentaire pour obtenir une rente AVS complète non réduite. S'agissant de la prévoyance professionnelle, cette harmonisation engendre une augmentation de l'âge de vieillesse des femmes et permet une amélioration de leur prestation

de l'ordre de 4 à 5 %. Cette mesure ne constituera pas une nouveauté pour toutes les institutions de prévoyance, étant donné que certaines d'entre elles fixent déjà l'âge réglementaire à 65 ans indépendamment du genre². Toutefois, afin d'éviter tout changement abrupt, l'âge de référence des femmes sera progressivement relevé sur une période de six ans grâce à des dispositions transitoires. Si divers milieux se sont montrés favorables à une augmentation générale de l'âge de référence au-delà de 65 ans, le Conseil fédéral considère cette option inopportune au vu de la situation actuelle du marché du travail. En effet, peu d'employeurs sont disposés à occuper davantage de travailleurs âgés³. Dans de telles circonstances, un relèvement de l'âge de référence au-delà de 65 ans serait seulement théorique et entraînerait un transfert de charges vers l'assurance-chômage ou l'AI, ou même vers le régime de l'aide sociale.

Vers une meilleure flexibilisation de la retraite

La réforme améliore les conditions relatives à la flexibilisation de la retraite, aussi bien dans l'AVS que dans la prévoyance professionnelle. En effet, entre 62 et 70 ans⁴, chaque assuré pourra librement décider à quel moment il souhaite percevoir sa rente de vieillesse. L'âge minimal pour la perception anticipée de la prestation de vieillesse dans la prévoyance professionnelle sera relevé de 58 à 62 ans, mais des exceptions resteront possibles, par exemple pour des considérations de sécurité publique ou en cas de restructuration d'entreprise. La réforme prévoit également une exception pour les retraites anticipées financées collectivement. Grâce à l'introduction de la retraite partielle, chacun pourra aménager la transition entre la vie professionnelle et la retraite en fonction de ses besoins, en choisissant le pourcentage de rente entre 20 et 80 %. La perception de la prestation de vieillesse pourra être échelonnée en trois temps, mais dans la prévoyance professionnelle, la rente pourra l'être en un plus grand nombre d'étapes, selon le règlement de l'institution de prévoyance concernée. Il sera également possible de combiner l'anticipation d'une partie de la rente et l'ajournement de l'autre partie. Dans la prévoyance professionnelle, la perception anticipée de la prestation de vieillesse

- 1 Résumé des principaux résultats de la consultation : www.ofas.admin.ch → Prévoyance vieillesse 2020 → Actualité → Prévoyance vieillesse 2020 : la consultation confirme la nécessité et l'orientation de la grande réforme.
- 2 Cela concerne actuellement environ 18 % des femmes assurées à la prévoyance professionnelle.
- 3 Trageser, Judith et al., *Altersrücktritt im Kontext der demografischen Entwicklung* (en allemand, avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n°11/12.
- 4 La période d'ajournement est de cinq ans au plus. Tant que l'âge de référence des femmes n'atteint pas 65 ans, l'ajournement de leur rente suivra le rythme des dispositions transitoires relatives à l'âge de référence.

supposera que l'assuré réduise son activité lucrative à un taux d'occupation correspondant. Elle pourra aussi être ajournée, à condition que l'assuré continue d'exercer une activité lucrative à un taux d'occupation correspondant. En outre, les rentes de veuves ou de veufs de l'AVS ainsi que les rentes d'invalidité qui ne sont pas entières pourrout, à certaines conditions, être complétées par l'anticipation d'une partie de la rente de vieillesse de l'AVS. Comme c'est déjà le cas aujourd'hui, l'anticipation de la perception de la rente de vieillesse engendrera une réduction de la rente en fonction des principes actuariels. A l'inverse, la prestation de vieillesse sera augmentée en cas d'ajournement du versement de la rente. Pour les personnes non actives, l'anticipation de la totalité de la rente de vieillesse AVS entraînera la fin de l'obligation de cotiser. Pour le calcul de la rente, les années de cotisations manquantes seront assimilées à des lacunes, afin que les personnes concernées ne soient pas avantagées par rapport à celles qui restent soumises à l'obligation de cotiser. Pour les personnes qui poursuivent une activité lucrative, le projet propose de nouvelles possibilités de combler les lacunes de cotisation et d'améliorer le montant de leur rente AVS. L'obligation légale de cotiser à la prévoyance professionnelle prendra fin à l'âge de référence. Les institutions de prévoyance pourront toutefois prévoir dans leur règlement la possibilité de cotiser au-delà de l'âge de 65 ans.

Le projet de réforme prévoit également un modèle d'anticipation de la rente AVS pour les personnes ayant une longue période de cotisations et qui ont réalisé des revenus modestes tout au long de leur carrière. Cette mesure est détaillée à l'article «La réforme sous l'angle des femmes et des personnes réalisant des revenus bas à moyens».

Retour au financement par capitalisation

La prévoyance vieillesse du 2^e pilier se fonde sur le système de financement par capitalisation. Le versement d'une prestation sous forme de rente nécessite la disponibilité d'un capital. Dans la prévoyance professionnelle obligatoire, la conversion du capital en rente repose sur un taux de conversion minimal. Celui-ci doit être fixé de telle sorte que le financement des prestations soit garanti, compte tenu de l'espérance de vie et des rendements auxquels on peut s'attendre. Le taux de conversion minimal en vigueur repose sur l'hypothèse d'un rendement de 5%. L'OFAS a mandaté une étude sur des scénarios envisageables sur le plan macroéconomique⁵. D'après les

estimations faites pour un portefeuille basé sur l'indice Pictet LPP-25 plus, les rendements auxquels on peut s'attendre dans le scénario le plus probable, dit de «normalisation», sont de 3,6% à long terme. Si l'on tient compte du fait que l'espérance de vie va continuer d'augmenter, il paraît indispensable d'adapter le taux de conversion minimal pour maintenir et renforcer la stabilité financière du 2^e pilier.

C'est pourquoi le projet de réforme de la prévoyance vieillesse propose d'abaisser le taux de conversion minimal de 6,8 à 6,0% sur quatre ans, à raison de 0,2 point par année.

En outre, le taux de conversion minimal étant l'élément central de la prévoyance professionnelle, il sera réexaminé plus fréquemment: tous les cinq ans au lieu de tous les dix ans. L'Office fédéral de la statistique est chargé d'établir des bases actuarielles ciblées, pour que le taux de conversion minimal puisse être fixé de manière plus transparente. Pour améliorer la transparence du processus d'épargne et éviter un subventionnement croisé, indésirable, entre les processus d'épargne et de risque, le projet propose d'introduire une nouvelle prime pour financer les pertes liées à la conversion en rentes. Les institutions de prévoyance qui percevront ce type de cotisation pourront en prélever le montant sur la prestation de sortie des assurés.

Mesures de compensation pour le maintien du niveau des prestations dans la prévoyance professionnelle obligatoire

L'adaptation du taux de conversion minimal entraînerait une baisse du niveau des prestations d'environ 12% si des mesures de compensation n'étaient pas prises pour en compenser les effets par une extension du processus d'épargne à long terme.

Alors que l'avant-projet du Conseil fédéral proposait encore d'abaisser la déduction de coordination au quart du salaire AVS réalisé (au lieu des ⅓ de la rente de vieillesse AVS annuelle maximale) et de relever les taux des bonifications de vieillesse, le message prévoit la suppression totale de la déduction de coordination. En contrepartie, les taux des bonifications de vieillesse seront abaissés. Le changement ne porte pas sur le système, mais il représente une simplification fondamentale de la prévoyance professionnelle: de par la suppression de la déduction de coordination, le salaire assuré correspondra au salaire soumis à l'AVS (montant-limite supérieur).

L'échelonnement proposé fait disparaître tout échelon supplémentaire à partir de 45 ans, ce qui devrait favoriser l'emploi des travailleurs âgés.

Ces mesures de compensation permettent, pour une durée d'assurance complète de 40 ans, de maintenir à l'âge de référence les rentes au même niveau qu'aujourd'hui, malgré la baisse du taux de conversion minimal.

5 Eichler, Martin et al.: *Gesamtwirtschaftliche Entwicklungsszenarien bis 2035 sowie Auswirkungen auf Finanzmärkte und Anlagerenditen* (Scénarios économiques et leurs conséquences pour les marchés financiers et les revenus des placements jusqu'en 2035, en allemand, avec résumé en français), Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 7/14.

Mesures de compensation dans la prévoyance professionnelle obligatoire

T1

	Groupe d'âge	Réglementation actuelle	Consultation	Message
Déduction de coordination		⅓ de la rente AVS maximale	¼ du salaire AVS	aucun
Taux de bonification	25-34	7%	7%	5%
	35-44	10%	11,5%	9%
	45-54	15%	17,5%	13%
	55-âge de référence	18%	17,5%	13%

Les principaux bénéficiaires de ces mesures seront les jeunes assurés et les personnes à faible revenu, vu l'augmentation importante du salaire assuré qui résultera de la suppression de la déduction de coordination. Une mesure supplémentaire est toutefois nécessaire pour les assurés qui auront 40 ans ou plus à l'entrée en vigueur de la réforme (génération transitoire): toutes les institutions de prévoyance qui pratiquent le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle (institutions de prévoyance enregistrées) devront garantir les prestations minimales LPP, calculées conformément aux dispositions actuelles. Le maintien de la valeur nominale de la rente ne sera garanti qu'en cas de départ à la retraite à l'âge de référence ou plus tard. Par contre, en cas de retrait du capital de vieillesse, il n'y aura aucune garantie puisque, dans ce cas, le taux de conversion minimal n'entre pas en ligne de compte. Pour calculer cette garantie, il est nécessaire de tenir deux comptes témoins: le premier est établi sur la base du processus d'épargne défini par la réforme et le second sur la base du processus d'épargne en vigueur aujourd'hui. Pour chaque cas, il s'agira de comparer la prestation LPP calculée sur la base du processus d'épargne avant la réforme (rente garantie) avec la rente à verser selon la nouvelle réglementation. Si la rente garantie est supérieure, c'est elle qui sera versée.

Pour les prestations d'invalidité ou de survivants, les institutions de prévoyance devront en régler elles-mêmes le financement par des cotisations de risque adaptées. Pour ce qui est des prestations de vieillesse, en revanche, les institutions de prévoyance qui devront verser des rentes d'un montant supérieur (rente garantie) recevront un subside du Fonds de garantie. Ces versements uniques seront financés par les cotisations de toutes les institutions de prévoyance enregistrées, même de celles qui assurent des prestations largement supérieures au minimum légal. L'on aurait aussi pu envisager de laisser le financement à la libre appréciation des institutions de prévoyance, mais dans ce cas, seules les institutions de prévoyance ne garantissant que les prestations minimales ou à peine supérieures prescrites par la LPP auraient été mises à contribution. Or, ces institutions ne sont souvent pas en mesure de supporter seules les coûts, soit parce qu'elles présentent une structure d'âge défavorable (rapport actifs/rentiers), soit parce que les employeurs ne disposent pas des moyens financiers pour verser

les sommes nécessaires. Seule la mise en place d'une solution solidaire et centralisée permettra d'accomplir cette tâche.

Autres mesures prévues par la réforme

- **Diverses mesures relatives aux prestations et aux cotisations**

- Adaptation des rentes de survivants dans l'AVS⁶.
- Adaptation des dispositions relatives aux cotisations à l'AVS: en particulier mesures visant à établir une égalité de traitement entre salariés et indépendants en matière de cotisations à l'AVS⁷ et suppression de la franchise de cotisation AVS/AI/APG en faveur des rentiers actifs.
- Abaissement du seuil d'accès à la LPP⁸.
- Mesures en faveur des chômeurs âgés: les personnes qui sortent de la prévoyance professionnelle avant l'âge minimal pour la perception anticipée de la prestation de vieillesse pourront toucher l'avoire de libre passage disponible sous forme de rente, dont l'Institution supplétive assure le versement. Le projet garantit en outre que les personnes qui sont licenciées à l'âge de 58 ans ou plus pourront déduire fiscalement les cotisations à l'assurance facultative jusqu'à ce qu'elles atteignent l'âge minimal pour la perception anticipée de la prestation de vieillesse.

- **Financement additionnel en faveur de l'AVS par un relèvement des taux de la TVA⁹**

- **Introduction d'un mécanisme d'intervention financier dans l'AVS:** le mécanisme prévoit deux étapes d'intervention. La première étape contraint le Conseil fédéral à présenter des mesures de stabilisation lorsque le niveau du Fonds AVS menacera de descendre sous la barre des 70% des dépenses annuelles de l'assurance durant trois années consécutives. Si le seuil de 70% est effectivement franchi et que le déficit de répartition est supérieur à 3% des dépenses

6 Deplazes, Bernadette, « Adaptations des rentes de survivants de l'AVS », dans ce numéro de *Sécurité sociale CHSS*.

7 Cadotsch, Paul et Mylène Hader, « Égalité de traitement entre indépendants et salariés dans l'AVS », dans ce numéro de *Sécurité sociale CHSS*.

8 Stange, Andrea et Franziska Grob, « Femmes et personnes à bas salaires », dans ce numéro de *Sécurité sociale CHSS*.

9 Jost, Anna et Thomas Borek, « Financement », dans ce numéro de *Sécurité sociale CHSS*.

pendant deux années consécutives, les mesures automatiques se déclenchent. Elles prévoient, d'un côté, une augmentation du taux de cotisation AVS et, de l'autre, une restriction de l'adaptation des rentes AVS.

- **Simplification des flux financiers entre la Confédération et l'AVS¹⁰**
- **Mesures d'ordre institutionnel dans la prévoyance professionnelle:** quote-part minimale, mesures sur la transparence et la surveillance¹¹.
- **Parité:** pour améliorer la mise en œuvre de la gestion paritaire des institutions de prévoyance, le projet entend garantir que tous les travailleurs assurés aient le droit d'élire et d'être élu.
- **Amélioration de la prévoyance professionnelle pour les indépendants travaillant seuls¹².**
- **Rachat dans le 2^e pilier:** le droit d'effectuer des rachats jusqu'à hauteur des prestations réglementaires figurera désormais dans la loi, l'idée étant de combler d'abord les lacunes de l'avoie de vieillesse légal.
- **Liquidation partielle:** dans certains cas, les institutions de prévoyance pourront renoncer à une liquidation partielle en raison des charges disproportionnées qui en résulteraient.
- **Cotisations de risque:** la fixation des cotisations de risque devra respecter des principes collectifs.
- **Conditions requises pour la création d'institutions de libre passage:** comme pour les institutions communes ou collectives, les institutions de libre passage devront également respecter certaines conditions particulières pour leur création.
- **Diverses adaptations relatives à l'assujettissement dans l'AVS:** redéfinition de la systématique des normes sur l'assujettissement à l'assurance, suppression du critère du lieu de domicile pour les personnes sans activité lucrative, adaptation de l'assurance obligatoire pour des catégories spéciales d'assurés et nouvelle réglementation de l'assurance continuée.
- **Limitation de la disposition légale concernant le versement en espèces** des prestations de libre passage d'un faible montant.

Initiative populaire « AVSplus: pour une AVS forte »

Le 15 janvier 2014, la Chancellerie fédérale a prononcé l'aboutissement de l'initiative populaire « AVSplus:

pour une AVS forte»¹³. Cette initiative demande une augmentation de 10 % de toutes les rentes de vieillesse de l'AVS, sous forme d'un supplément à la rente. Selon les auteurs de l'initiative, les besoins vitaux des retraités qui réalisaient de bas revenus durant leur vie active devraient ainsi être mieux couverts. Ils considèrent également que l'adaptation bisannuelle des rentes AVS n'est pas suffisante pour maintenir le rapport entre la rente AVS et le dernier salaire (taux de remplacement AVS).

Il est certain que, grâce à des prestations AVS plus élevées, le revenu des bénéficiaires augmenterait et le nombre de retraités tributaires des prestations complémentaires à l'AVS baisserait. Toutefois, la situation financière d'une bonne partie des personnes visées par l'initiative ne s'améliorerait pas pour autant. En effet, pour les retraités bénéficiant des prestations complémentaires, la hausse de la rente AVS entraînerait une baisse correspondante des prestations complémentaires. Or, pour une partie de ces personnes, le bilan pourrait même s'avérer négatif à cause des effets de seuil et de l'imposition des rentes AVS, lesquelles ne sont pas exonérées de l'impôt, contrairement aux prestations complémentaires. En outre, l'initiative mettrait en péril l'équilibre financier de l'AVS. En effet, dans l'hypothèse d'une entrée en vigueur en 2018, les dépenses supplémentaires de l'AVS s'élèveraient à environ 4,1 milliards de francs par année. Pour assurer un tel financement, le taux de cotisation devrait à terme être majoré d'environ 0,42 point tant pour les salariés que pour les employeurs. Cela représenterait une lourde charge pour l'économie ainsi qu'une diminution du salaire net. L'initiative aurait aussi des conséquences directes sur le budget de la Confédération étant donné que cette dernière contribue actuellement au financement de l'assurance à hauteur de 19,55 % des dépenses de l'AVS. L'augmentation de la contribution fédérale se chiffrerait à 800 millions de francs en 2018.

Le Conseil fédéral rejette cette initiative et ne lui oppose aucun contre-projet, car il estime que la réforme Prévoyance vieillesse 2020 offre une solution équilibrée¹⁴. Elle permet en effet de garantir le niveau des prestations et d'améliorer la prévoyance vieillesse des catégories d'assurés qui en ont le plus besoin, tout en garantissant le financement des 1^{er} et 2^e piliers.

Christelle Brügger, master en droit, juriste, secteur Prestations AVS/APG/PC, domaine AVS, prévoyance professionnelle et PC, OFAS.

Mél: christelle.bruegger@bsv.admin.ch

Lara Fretz, master en droit, juriste, secteur Droit de la prévoyance professionnelle, domaine AVS, prévoyance professionnelle et PC, OFAS.

Mél: lara.fretz@bsv.admin.ch

¹⁰ Id.

¹¹ Rohrbach, Philipp, « Mesures institutionnelles », dans ce numéro de *Sécurité sociale CHSS*.

¹² Cadotsch, Paul et Mylène Hader, « Egalité de traitement entre indépendants et salariés dans l'AVS », dans ce numéro de *Sécurité sociale CHSS*.

¹³ FF 2014, 933.

¹⁴ FF 2014, 9083.

Financement

Notre système de prévoyance vieillesse est solide. Néanmoins, une consolidation des 1^{er} et 2^e piliers s'impose en raison de l'évolution démographique. Le vieillissement de la population complique le financement, par répartition, de l'AVS. Quant au 2^e pilier, il est fragilisé par l'augmentation de l'espérance de vie et par les rendements insuffisants des placements. La réforme entend maintenir le niveau des prestations de la prévoyance vieillesse et garantir l'équilibre financier des deux piliers.

Anna Jost-Bosshardt

Thomas Borek

Office fédéral des assurances sociales

nançant les rentes des retraités. L'assurance est par conséquent très sensible aux changements touchant la structure d'âge de la population. Avec le droit en vigueur, le résultat de répartition de l'AVS (recettes sans le produit des placements, moins les dépenses) devrait être de -8,3 milliards de francs en 2030 (cf. graphique G1)¹. La cause principale de ce déficit est l'évolution démographique: l'espérance de vie augmente, alors que le taux de natalité se maintient à un bas niveau. Jusqu'ici, le solde migratoire positif a permis de rétablir l'équilibre, mais il ne suffira plus pour compenser un rapport de dépendance² toujours plus défavorable (cf. graphique G2). Alors qu'il est aujourd'hui d'environ 28 %, ce rapport devrait atteindre 40 % en 2030. En d'autres termes, il n'y aura plus que 2,5 personnes actives pour financer la rente d'un retraité.

Conséquences financières des mesures relatives aux prestations et aux cotisations

La réforme prévoit des mesures portant tant sur les dépenses que sur les recettes afin d'améliorer les finances

Nécessité d'intervenir dans le 1^{er} pilier

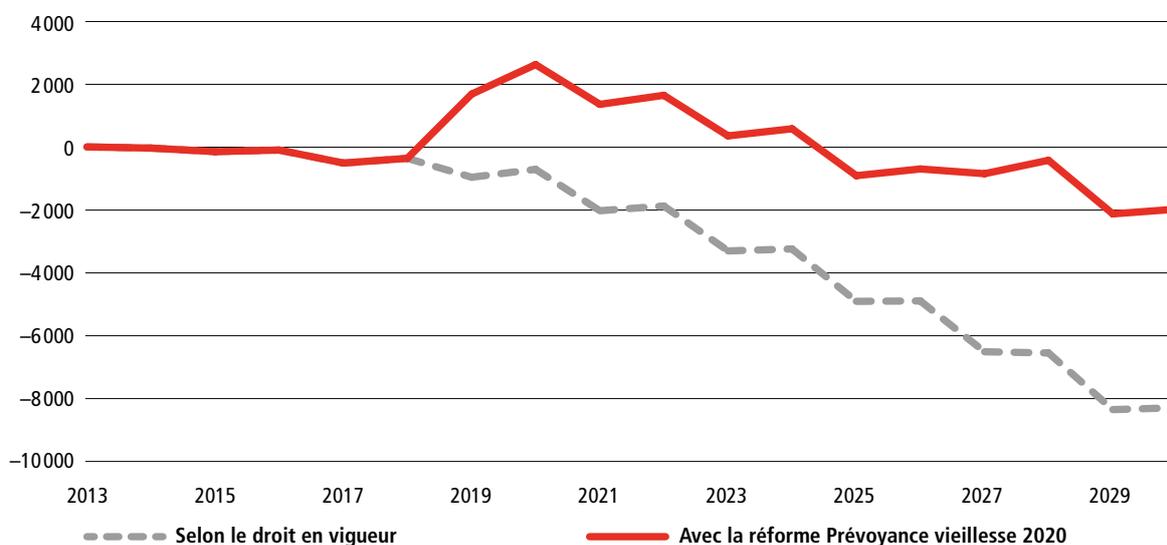
L'assurance-vieillesse et survivants (AVS) est financée par répartition: ce sont les générations actives qui fi-

1 Ce graphique est fondé sur le scénario démographique A-17-2010; les montants sont indiqués aux prix de 2014.

2 Rapport entre la population âgée de plus de 64 ans et la population de 20 à 64 ans.

Résultat de répartition de l'AVS (en millions de francs)

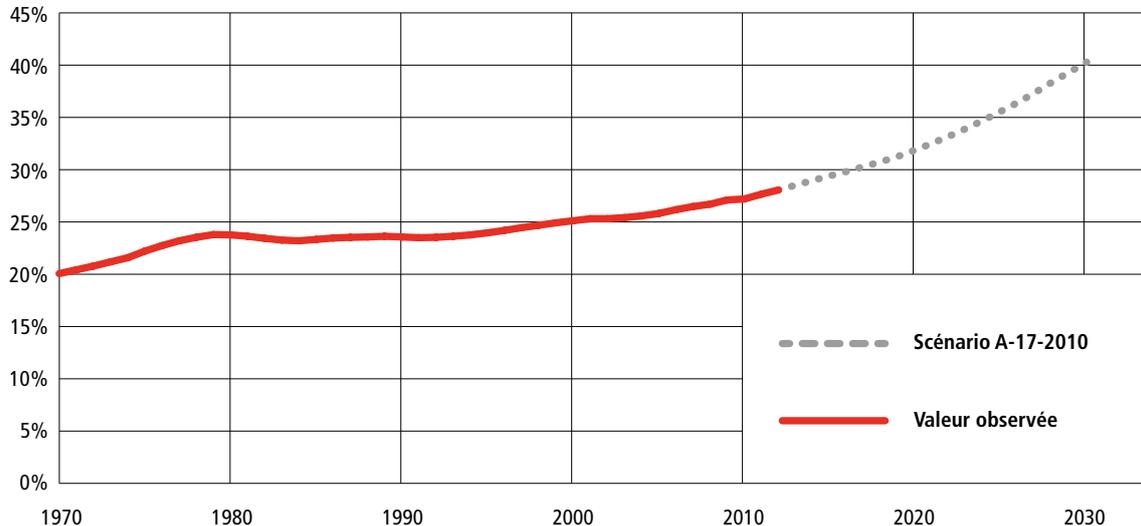
G1



Source: Message concernant la réforme de la prévoyance vieillesse 2020, graphique original.

Evolution du rapport de dépendance

G2



Source : OFS, graphique original.

de l'AVS. Le tableau **T1** présente l'évolution attendue des conséquences financières des mesures proposées jusqu'en 2035. Du côté des prestations, la réforme devrait permettre à l'AVS d'économiser 820 millions de francs au total en 2030, notamment grâce au relèvement de l'âge de référence pour les femmes et aux limitations prévues pour les rentes de survivants. Au niveau des cotisations, l'assurance devrait pouvoir compter sur 580 millions de francs de recettes supplémentaires, majoritairement grâce à l'uniformisation du calcul des cotisations entre les indépendants et les salariés. Comme la contribution de la Confédération est proportionnelle aux dépenses de l'AVS, elle devrait diminuer de 160 millions de francs. Dans son ensemble, la réforme améliorera ainsi le résultat de répartition 2030 de 1 240 millions de francs.

Financement additionnel

Les mesures relatives aux prestations et aux cotisations ne suffiront pas à combler la lacune de financement. Un financement additionnel s'impose donc. Différentes sources sont en principe envisageables. Augmenter la contribution de la Confédération à l'AVS ne serait pas une solution : cela ne ferait que déplacer le problème vers la Confédération, qui devrait à son tour trouver des recettes supplémentaires. Agir au niveau des cotisations salariales nécessiterait d'augmenter les cotisations d'environ 1,6 point de pourcentage. Cela alourdirait les coûts du travail, d'autant plus que cette mesure viendrait s'ajouter aux mesures de compensation de l'abaissement du taux de conversion dans le 2^e pilier. C'est pour-

quoi le Conseil fédéral propose d'augmenter la TVA, de 1,5 point au maximum. Cette approche permet de répartir la charge entre les actifs et les retraités, puisque ceux-ci seront aussi mis à contribution, via leur consommation. Le relèvement de la TVA sera proportionnel : le rapport actuel entre les taux sera maintenu, de sorte que la charge pesant sur les biens de consommation courante sera moins lourde. Une première hausse de 1 point est prévue à l'entrée en vigueur de la réforme, en 2019, et une seconde hausse de 0,5 point, vers 2027. Cette mesure devrait engendrer des recettes supplémentaires pour l'AVS de l'ordre de 2,5 milliards de francs en 2019 et de 5,4 milliards de francs en 2030.

Contribution de la Confédération à l'AVS

A l'heure actuelle, la contribution de la Confédération à l'AVS se monte à 19,55 % des dépenses de l'assurance. Comme la contribution est couplée aux dépenses de l'AVS, elle augmente dans la même mesure que ces dernières, alors que la croissance des recettes de la Confédération est moins importante. Par conséquent, une part toujours plus importante des dépenses fédérales (12,3 % en 2013) va dans les caisses de l'AVS. Selon les règles du frein à l'endettement, les dépenses supplémentaires qui ne sont pas compensées par des recettes supplémentaires doivent l'être par une baisse d'autres dépenses : l'augmentation des dépenses affecte donc d'autres tâches de la Confédération.

La réforme prévoit de réduire la contribution de la Confédération à 18 % des dépenses de l'AVS. En contre-

Evolution des conséquences financières des mesures relatives aux prestations et aux cotisations

T1

Montants en millions de francs, aux prix de 2014

Année	Variation des dépenses				Variation des recettes				Conféd- ration	Résultat de répartition	
	Age de référence flexible	Retraite pour personnes à revenus faibles	Anticipation pour personnes à revenus faibles	Survi- vants	Total prestations	Age de référence flexible	Retraite flexible	Indépendants : uniformisation cotisations			Total cotisations
2019	0	53	161	-40	174	0	170	266	435	34	295
2020	-131	122	259	-39	211	11	161	270	442	41	272
2021	-269	196	304	-49	182	22	156	273	451	36	304
2022	-403	231	307	-57	79	34	156	276	466	15	403
2023	-560	256	323	-82	-63	47	159	279	484	-12	535
2024	-708	270	327	-100	-211	61	149	281	492	-41	661
2025	-887	296	343	-138	-386	76	151	284	511	-76	822
2026	-1064	310	346	-166	-573	93	153	287	533	-112	994
2027	-1114	311	361	-217	-659	97	158	289	544	-129	1074
2028	-1121	295	365	-253	-714	100	165	292	557	-140	1131
2029	-1143	284	383	-316	-792	102	172	294	568	-155	1205
2030	-1114	260	388	-359	-825	102	178	297	577	-161	1241
2031	-1128	247	408	-431	-904	103	183	300	585	-177	1313
2032	-1089	223	413	-483	-936	103	187	302	593	-183	1345
2033	-1093	208	434	-564	-1015	104	191	305	599	-198	1416
2034	-1048	184	438	-567	-993	103	193	307	604	-194	1403
2035	-1050	166	462	-597	-1018	103	196	310	609	-199	1428
2030*	-1110	260	390	-360	-820	100	180	300	580	-160	1240

*arrondi

Etat: 1.9.2014

Source: Message concernant la réforme de la prévoyance vieillesse 2020.

partie, la Confédération cédera à l'assurance sa part du pour-cent démographique (17%) prélevé en faveur de l'AVS depuis 1999. Comme la croissance des dépenses de l'AVS est bien plus rapide que celle de la TVA, ces mesures allégeront les finances de la Confédération.

Le tableau T2 montre l'impact des différentes mesures sur la contribution de la Confédération: baisse des dépenses de l'assurance, transfert de la part du pour-cent démographique affectée à la Confédération et baisse de la contribution de la Confédération en pourcentage.

Modification du résultat de répartition de l'AVS en 2030

Le tableau T3 synthétise l'impact financier de tous les changements proposés: mesures relatives aux prestations

Modification de la contribution de la Confédération (en millions de francs, aux prix de 2014)

T2

Mesure	2025	2030	2035
Baisse des dépenses de l'AVS	-75	-161	-199
Transfert de la part du pour-cent démographique	579	609	647
Baisse de la contribution de la Confédération, de 19,55 à 18,0%	-823	-919	-1037
Modification totale	-320	-470	-590

Source: Message concernant la réforme de la prévoyance vieillesse 2020.

Modification du résultat de répartition de l'AVS en 2030 (en millions de francs, aux prix de 2014)			T3
Mesure	Modification des dépenses	Modification des recettes	
Harmonisation de l'âge de référence à 65 ans	-1 110	100	
Flexibilisation de la retraite	260	180	
Anticipation pour les bas à moyens revenus	390		
Modifications des rentes de survivants	-360		
Mesures pour l'égalité de traitement en matière de cotisation AVS			300
Contribution de la Confédération liée à la modification des dépenses			-160
Total	-820		420
Part du pour-cent démographique transférée à l'AVS (17%)			610
Diminution de la contribution de la Confédération, à 18,0% des dépenses			-920
Financement additionnel (relèvement proportionnel de la TVA, de 1 point de pourcentage en 2019 et de 0,5 point en 2027)			5 380
Total	-820		5 490

Source: Message concernant la réforme de la prévoyance vieillesse 2020.

et aux cotisations, modification de la contribution de la Confédération et relèvement des taux de TVA. Tout cela permettra d'améliorer le résultat de répartition 2030 de 6,3 milliards de francs.

Nécessité d'intervenir dans le 2^e pilier

La situation financière de la prévoyance professionnelle, financée par capitalisation, dépend avant tout du taux avec lequel l'avoir de vieillesse est converti en rente. Si le taux de conversion est trop élevé, l'avoir de vieillesse constitué et les revenus qu'il produit ne suffisent pas pour financer la rente de vieillesse jusqu'au décès. Mais comme les caisses de pension garantissent les rentes, elles doivent les verser et subissent donc des pertes. Elles doivent se procurer les fonds manquants d'une manière ou d'une autre, par exemple en finançant les rentes en cours au moyen du produit de la fortune de prévoyance des assurés actifs, ou en percevant des primes de risque surfaites auprès des employeurs et des assurés. Or une telle manière de faire revient à une redistribution qui est contraire au principe à la base du 2^e pilier (chacun épargne pour sa propre rente). Elle pèse unilatéralement sur les assurés actifs, aboutit à des salaires nets plus bas, et surtout à des avoirs de vieillesse moins élevés et, par voie de conséquence, à des rentes futures plus basses. Elle compromet aussi la stabilité financière des caisses de pension, en particulier de celles qui ne pratiquent que le régime obligatoire ou qui n'offrent que peu de prestations surobligatoires.

La loi (LPP) prévoit actuellement un taux de conversion minimal de 6,8%, qui doit être respecté pour la partie obligatoire de la prévoyance professionnelle. Le financement des rentes de la prévoyance professionnelle obligatoire nécessite ainsi un rendement d'environ 5%. Depuis une bonne dizaine d'années, les caisses de pension ne parviennent généralement plus à obtenir ce rendement, en raison de la faiblesse des intérêts sur les marchés des capitaux. Selon les prévisions actuelles³, cette situation devrait persister à plus long terme. Le taux de conversion minimal actuel est donc trop élevé et doit être abaissé. L'introduction de taux d'intérêt négatifs a encore détérioré la situation et renforcé la nécessité d'intervenir. En outre, l'augmentation de l'espérance de vie rend d'autant plus nécessaire l'abaissement du taux de conversion minimal.

Augmentation des cotisations LPP pour compenser l'abaissement du taux de conversion minimal

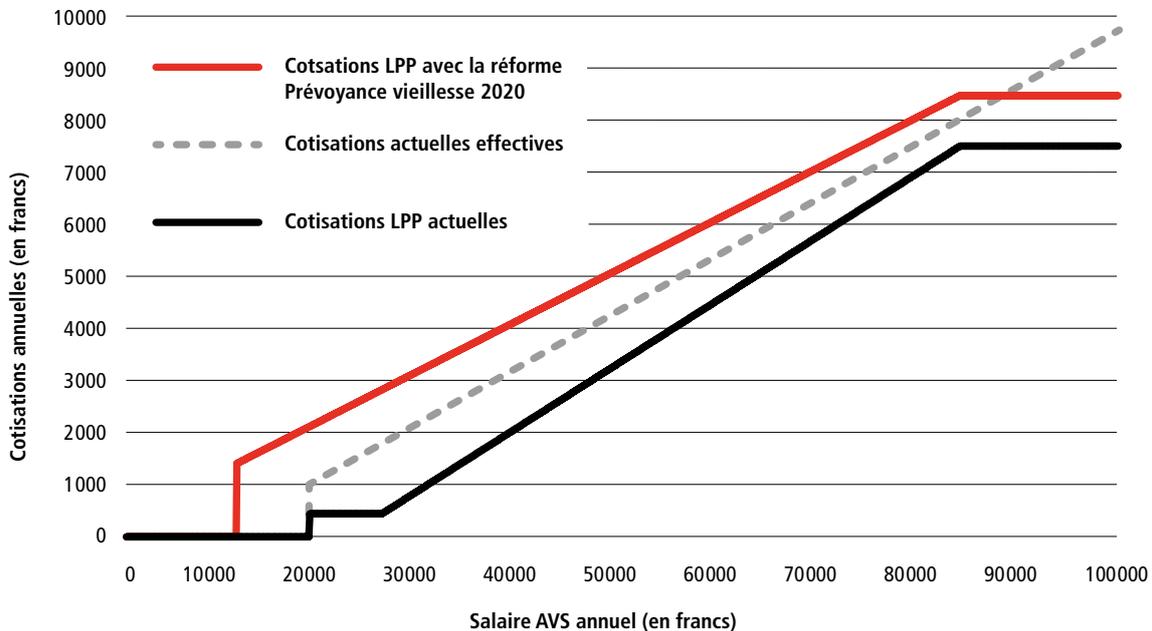
Pour répondre à ces défis, la réforme Prévoyance vieillesse 2020 prévoit de ramener le taux de conversion minimal de 6,8 à 6,0%. Un taux de conversion plus bas se traduit par des rentes plus basses. Mais l'un des objectifs principaux de la réforme est de maintenir les prestations à leur niveau actuel, y compris dans le 2^e pilier. Pour ce faire, il faut augmenter l'avoir de vieillesse, en augmentant les cotisations LPP.

L'augmentation des cotisations LPP ne touchera pas tous les assurés dans la même mesure, car de nombreuses caisses de pension prévoient déjà des prestations et des cotisations sensiblement supérieures au minimum légal.

3 Cf. Kübler, Thomas et Martin Eichler, « Evolution économique, marchés financiers et rendement jusqu'en 2035 », in *Sécurité sociale CHSS6/2014*, pp. 346-351.

Augmentation des cotisations LPP et cotisations actuelles effectives

G3



Source: graphique original.

Ces caisses ne devront guère augmenter leurs cotisations, voire pas du tout (cf. graphique G3). Globalement, on estime que le volume des cotisations versées par les salariés et les employeurs devrait augmenter d'environ 2,3 milliards de francs ou 5 %.

Mesure complémentaire en faveur de la génération transitoire

Le processus d'épargne de la prévoyance professionnelle s'étend sur toute la vie active, et l'avoir de vieillesse se constitue au fil des ans. Par conséquent, l'augmentation des cotisations LPP pour compenser la baisse du taux de conversion ne déploie pleinement ses effets qu'à long terme. Pour les assurés jeunes, qui n'en sont qu'au milieu ou même qu'au début du processus d'épargne, la baisse du taux de conversion peut être entièrement compensée par les mesures prévues. Mais pour ceux qui auront déjà plus de 40 ans à l'entrée en vigueur de la réforme, le temps restant jusqu'à ce qu'ils partent à la retraite n'est

pas suffisant pour leur permettre de constituer eux-mêmes le supplément d'avoir de vieillesse nécessaire. C'est pourquoi il est prévu de garantir explicitement, pour les assurés de cette génération transitoire, le montant actuel des rentes et de financer cette garantie de manière solidaire au sein du 2^e pilier. Les coûts de cette mesure sont estimés à 360 millions de francs en 2030. Ils diminueront ensuite de manière continue, puisque les nouveaux retraités auront eu plus de temps pour constituer eux-mêmes leur supplément d'avoir de vieillesse et compenser ainsi la baisse du taux de conversion minimal.

Anna Jost-Bosshardt, dipl. Math. ETH, secteur Mathématiques, domaine Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS.
Mél : anna.jost@bsv.admin.ch

Thomas Borek, Dr. sc. math., secteur Mathématiques, domaine Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS.
Mél : thomas.borek@bsv.admin.ch

Femmes et personnes à bas salaires

Certaines mesures prévues par la réforme Prévoyance vieillesse 2020 concernent surtout les femmes et les personnes à bas salaire : relèvement de l'âge de référence à 65 ans pour les femmes, adaptation des prestations de survivants de l'AVS, adaptation des cotisations AVS à l'âge de la retraite, modèle d'anticipation dans l'AVS en faveur des personnes à bas ou moyen salaire, ou encore abaissement du seuil d'accès et suppression de la déduction de coordination dans le 2^e pilier.



Franziska Grob

Office fédéral des assurances sociales



Andrea Stange

Les bas salaires sont en partie liés au manque de qualifications professionnelles. D'une manière générale, les personnes peu qualifiées constituent la tranche de la population aux revenus les plus bas. Mais un salaire peu élevé peut aussi être la conséquence d'une activité à temps partiel. 34,7% de la population active exercent une activité à temps partiel, un pourcentage qui se monte à 58,6% pour les femmes. Celles-ci sont donc les premières bénéficiaires des mesures visant à améliorer les rentes des personnes à bas salaire que prévoit la réforme Prévoyance vieillesse 2020.

Harmonisation de l'âge de référence de la retraite à 65 ans

A l'heure actuelle, l'âge ordinaire de la retraite dans l'AVS et dans la prévoyance professionnelle est de 65 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes. La réforme Prévoyance vieillesse 2020 prévoit un âge de référence unique de 65 ans. Afin que les assurés puissent planifier suffisamment tôt leur prévoyance vieillesse et ne subissent pas de changement abrupt de leur plan de prévoyance, des dispositions transitoires s'imposent. Le Conseil fédéral propose de relever l'âge de référence pour les femmes dans la LAVS et dans la LPP de deux mois par an. La hausse débutera au plus tôt un an après l'entrée en vigueur de la réforme. L'âge de référence de 65 ans sera ainsi atteint au terme d'une période de transition de six ans.

Le relèvement de l'âge de la retraite n'a pas d'impact sur le montant de la rente de vieillesse de l'AVS, mais bien sur celui de la rente de la prévoyance professionnelle, qui dépend essentiellement de l'avoiron de vieillesse constitué

Impact sur l'avoiron de vieillesse des femmes du relèvement à 65 ans de l'âge de référence : exemple

Une femme dont le salaire assuré annuel est de 50 000 francs dispose, à 64 ans (en 2014), d'un avoiron de vieillesse de 300 000 francs. Si elle reste assurée jusqu'à 65 ans (en 2015), son capital augmente de 14 000 francs, grâce à l'allongement de la durée de cotisation et de la période portant intérêts¹.

jusqu'à la retraite. L'avoiron de vieillesse des femmes sera plus élevé puisqu'elles verseront des cotisations au 2^e pilier pendant une année de plus, c'est-à-dire aussi longtemps que les hommes. En outre, le capital accumulé portera intérêts pendant une année supplémentaire.

Comme la réforme prévoit un départ à la retraite flexible, une retraite anticipée restera possible malgré l'harmonisation de l'âge de référence à 65 ans. Il sera en outre possible d'effectuer des rachats jusqu'à concurrence des prestations prévues en cas de retraite à 65 ans.

¹ Hypothèses : bonifications de vieillesse de 18% et rémunération de 1,75%.

Prestations ciblées pour les veuves ayant des obligations d'entretien

Les rentes de veuve de l'AVS ne seront plus octroyées qu'aux femmes qui, au décès de leur conjoint, ont des enfants ayant droit à une rente d'orphelin ou nécessitant des soins. Après une période transitoire de dix ans, les veuves qui ne remplissent pas ces conditions n'auront plus droit à une rente de veuve de l'AVS. Une réglementation spécifique est prévue pour les femmes de plus de 50 ans, et les rentes de veuve en cours ne seront pas supprimées².

Vu l'évolution de la société, et avec elle la transformation des familles et la redéfinition des rôles, on peut aujourd'hui raisonnablement exiger des femmes sans enfant qu'elles exercent une activité lucrative. Si une femme décide de ne pas travailler, ce n'est pas à la collectivité d'en assumer les conséquences financières.

Les femmes ont tout intérêt à se constituer leur propre prévoyance en exerçant une activité lucrative plutôt qu'à s'appuyer sur une prévoyance indirecte, liée à l'activité de leur conjoint ou de leur partenaire enregistrée. Elles acquièrent ainsi des prétentions propres envers d'autres assurances sociales, notamment la prévoyance professionnelle, ce qui améliore leur prévoyance vieillesse.

Prise en compte des cotisations AVS à l'âge de la retraite et suppression de la franchise

Selon le droit en vigueur, les bénéficiaires de rente AVS qui exercent une activité lucrative doivent continuer à cotiser au 1^{er} pilier même après avoir atteint l'âge ordinaire de la retraite. Cependant, ces cotisations ne sont pas prises en compte pour le calcul de leur rente. Les rentiers actifs bénéficient toutefois, pour chaque rapport de travail, d'une franchise de 1400 francs par mois, soit 16800 francs par an.

La réforme prévoit que les cotisations AVS versées après l'âge de référence seront prises en compte dans le calcul des rentes. En contrepartie, la franchise est supprimée, mais les assurés seront dispensés de cotisations si leur revenu annuel est inférieur à 2300 francs³.

La prise en compte des cotisations AVS versées après l'âge de référence peut améliorer le revenu annuel moyen déterminant pour le calcul de la rente, et donc le niveau de la rente. A certaines conditions, ces cotisations peuvent aussi servir à combler des lacunes de cotisation ou d'assurance. Cette nouvelle réglementation profite donc à tous les assurés qui ont des lacunes de cotisation ou n'atteignent pas le revenu annuel moyen déterminant maximum⁴. Elle profite donc tout particulièrement aux personnes à bas ou moyen salaire, qui sont souvent des femmes.

Réglementation spécifique en cas d'anticipation de la rente AVS

Toute personne qui anticipe la perception de sa rente de vieillesse touchera une rente réduite tout au long de sa retraite. La réduction de la rente est calculée selon des principes actuariels. Afin de permettre aux personnes à bas ou moyen salaire qui ont travaillé longtemps de bénéficier d'une retraite anticipée, la réforme prévoit un modèle d'anticipation spécifique. Celui-ci prévoit un taux de réduction favorable en cas de perception de la rente à 62 ou 63 ans, et l'absence de réduction actuarielle en cas de départ à la retraite à 64 ans (cf. tableau **T1**).

Adaptation des taux de réduction pour les personnes à bas ou moyen salaire T1

Perception de la rente de vieillesse à l'âge de	Taux de réduction favorable en %	Taux de réduction ordinaire en %
62 ans	6,1	11,4
63 ans	2,1	7,9
64 ans	0,0	4,1

Source : d'après le message concernant la réforme Prévoyance vieillesse 2020 (14.088).

Peuvent bénéficier de ce modèle les personnes qui disposent d'années de jeunesse (c'est-à-dire qui ont cotisé à l'AVS entre le 1^{er} janvier qui a suivi leur 17^e anniversaire et le 31 décembre qui a précédé leur 21^e anniversaire), ont derrière elles une carrière complète de cotisations (hormis la période d'anticipation) et dont le salaire annuel ne dépasse pas 49140 francs. Le nombre d'années de jeunesse prises en compte (d'une à trois) dépend du revenu. Les échelons ne correspondent pas à des montants fixes en francs, mais sont déterminés en multiples de la rente annuelle minimale, afin de prendre en compte les éventuelles adaptations des rentes à l'évolution des salaires et des prix.

Pour éviter que des personnes dont le bas salaire est dû à un temps partiel soient comprises dans ce groupe, plusieurs critères de sélection ont été définis :

- il faudra avoir été actif au cours des dix années précédant la retraite et, durant cette période, avoir cotisé à l'AVS pendant au moins cinq ans sur un revenu d'activité lucrative d'au moins 1,5 fois (21 060 francs) et d'au

2 Pour plus de détails, cf. Deplazes, Bernadette, « Adaptation des rentes de survivants de l'AVS » dans le présent numéro de *Sécurité sociale CHSS*.

3 Etat en 2014.

4 En 2014 : 84 240 francs.

Nombre d'années de jeunesse prises en compte T2

Jusqu'à un revenu maximal correspondant à ... fois la rente annuelle minimale	Nombre maximal d'années de jeunesse prises en compte
2,5 [35 100 francs]	3 (36 mois de cotisation)
3,0 [42 120 francs]	2 (24 mois de cotisation)
3,5 [49 140 francs]	1 (12 mois de cotisation)

Source : d'après le message concernant la réforme Prévoyance vieillesse 2020 (14.088).

plus 3,5 fois (49 140 francs) la rente minimale visée à l'art. 34, al. 5, LAVS;

- le rapport entre les dix meilleures années de cotisation et les dix ans précédant la retraite ne pourra excéder 1,5;
- le revenu du partenaire ou du conjoint, ajouté au revenu de l'ayant droit, ne devra pas dépasser le double du plafond prévu.

Environ 5 000 personnes par an rempliraient ces critères, dont trois quarts de femmes. Comme ces dernières ont généralement un revenu moins élevé que les hommes avant la retraite, elles ne peuvent la plupart du temps pas se permettre de prendre une retraite anticipée avec les taux de réduction ordinaires. La réglementation proposée améliore sensiblement la rente AVS des personnes concernées en cas d'anticipation.

Par voie d'ordonnance, le Conseil fédéral pourra étendre cette réglementation aux personnes qui, pour cause de chômage, de fin du droit aux indemnités de chômage ou encore d'incapacité de travail, ne remplissent pas la condition relative à la durée de l'activité lucrative minimale avant la retraite.

Mesures dans la LPP: abaissement du seuil d'accès et suppression de la déduction de coordination

A l'heure actuelle, tous les assurés auxquels un même employeur verse un salaire annuel supérieur à 21 060 francs (seuil d'accès) sont soumis à la prévoyance professionnelle obligatoire. Est assurée la partie du salaire qui dépasse 24 570 francs (déduction de coordination)⁵, ou 3 510 francs si le salaire est compris entre 21 060 francs et 28 080 francs⁶. Le seuil d'accès et la déduction de coordination s'appliquent indépendamment du taux d'occupation, et pour chaque employeur. Une personne qui tra-

vaille pour un seul employeur est donc mieux assurée qu'une personne qui touche le même montant en travaillant auprès de plusieurs employeurs.

La réforme prévoit l'abaissement du seuil d'accès et la suppression de la déduction de coordination. Avec l'abaissement du seuil d'accès, les personnes dont le salaire annuel réalisé auprès d'un employeur dépasse 14 040 francs seront assurées à titre obligatoire. Comme dans le droit en vigueur, une personne qui réalise ce salaire auprès de

Effet des mesures dans la LPP: exemple

Une salariée qui gagne 23 000 francs par an chez un employeur et 15 000 francs par an chez un autre employeur n'est, à l'heure actuelle, assurée à titre obligatoire à la prévoyance professionnelle que pour le salaire réalisé chez le premier employeur. Son salaire assuré est de 3 510 francs par an⁷. Avec la réforme, son salaire assuré augmenterait considérablement puisqu'il atteindrait 38 000 francs: en raison de l'abaissement du seuil d'accès, le salaire réalisé chez son deuxième employeur serait également soumis à l'assurance obligatoire et la totalité de son salaire serait assurée en raison de la suppression de la déduction de coordination.

plusieurs employeurs peut se faire assurer à titre facultatif. Afin d'améliorer la prévoyance des personnes qui cumulent plusieurs emplois, la réglementation relative à l'assurance des activités accessoires (ordonnance) devra également être réexaminée. La suppression de la déduction de coordination aura par ailleurs pour effet que tout le salaire soit assuré.

En conclusion: améliorations et modernisation

La différence d'âge de la retraite ne se justifie plus pour des raisons sociopolitiques et confère aux femmes un privilège fondé sur le sexe. Avec l'âge de référence prévu par la réforme, les femmes devront certes travailler une année de plus, mais d'autres mesures sont prévues pour éliminer les désavantages dont elles sont actuellement victimes pour la constitution de leur prévoyance professionnelle.

Les rentes de veuve pour les femmes sans enfant constituent un vestige d'un modèle social révolu où les rôles et les tâches étaient clairement répartis en fonction du sexe. Leur suppression est socialement acceptable et peut être imposée aux intéressées. Les adaptations relatives au montant des rentes de survivants permettent de mieux les adapter aux besoins, en les axant sur les tâches familiales.

5 Exemple: pour un salaire annuel effectif de 40 000 francs, 15 430 francs sont assurés dans la prévoyance professionnelle.

6 Etat en 2014.

7 Salaire assuré minimal en 2014.

Un modèle d'anticipation en faveur des personnes à bas ou moyen revenu, qui ne s'appuie pas uniquement sur des principes actuariels, leur permet de prendre une retraite anticipée. Cette mesure profite en particulier aux femmes, qui sont nombreuses à avoir des rapports de travail atypiques et à toucher des bas salaires. Cela est d'autant plus important que l'âge de référence passe à 65 ans pour les femmes. L'abaissement du seuil d'accès et la suppression de la déduction de coordination auront également un impact positif sur leur avoir de vieillesse.

Franziska Grob, Dr. iur., juriste, secteur Droit de la prévoyance professionnelle, domaine AVS, prévoyance professionnelle et PC, OFAS.

Mél: franziska.grob@bsv.admin.ch

Andrea Stange, avocate, secteur Prestations AVS/APG/PC, domaine AVS, prévoyance professionnelle et PC, OFAS.

Mél: andrea.stange@bsv.admin.ch



© Jerzy Sawluk/pixelio.de

Adaptation des rentes de survivants de l'AVS

Le Conseil fédéral propose d'adapter les rentes de survivants du 1^{er} pilier dans le cadre de la réforme Prévoyance vieillesse 2020 afin de tenir compte de l'évolution sociale. A l'avenir, ces rentes seront mieux ajustées aux besoins réels des bénéficiaires et ciblées avec plus de précision. Le présent article donne un aperçu des changements prévus et les compare avec les dispositions en vigueur.



Bernadette Deplazes
Office fédéral des assurances sociales

Adaptation des rentes de survivants aux réalités sociales

Les conditions d'octroi des rentes de veuve n'ont pratiquement pas changé depuis la création de l'AVS en 1948. Elles n'ont subi que de rares modifications, pour la dernière fois en 1997. La rente de veuve fut introduite à une époque où, conformément à la conception traditionnelle des rôles, la femme s'occupait exclusivement du ménage et des enfants et restait durant de longues années, voire toujours, à l'écart du marché du travail. Par conséquent, il était très difficile pour elle de trouver un emploi après le décès de son mari. La rente de veuve devait lui per-

mettre de subvenir à ses besoins dans une telle situation. Entre-temps, la société a beaucoup changé. Le niveau de formation des femmes s'est amélioré, ce qui a renforcé leur présence sur le marché du travail et n'est pas sans influencer la répartition des rôles au sein de la famille. Pour tenir compte de cette évolution, la loi a été adaptée une première fois en 1997, avec l'instauration d'une rente de veuf. Lors de cette révision, on renonça cependant à d'autres mesures visant l'égalité des sexes, pour des raisons financières et parce que le modèle familial traditionnel était encore largement répandu. Près de 70 ans après l'instauration de la rente de veuve, il est grand temps d'adapter aux réalités sociales les prestations destinées aux survivants.

Meilleur ciblage des prestations de survivants dans l'AVS

Aujourd'hui, une grande partie des femmes mariées contribuent à l'entretien de la famille en exerçant une activité lucrative. Il est de plus en plus rare qu'une femme sans tâches éducatives ou dont les enfants sont grands ne travaille pas. Par conséquent, il est aussi de moins en moins fréquent qu'une veuve se retrouve sans revenu. Une étude réalisée par l'Université de Genève¹ au sujet de la situation économique des veuves et des veufs constate que les revenus d'une activité lucrative sont une composante importante des revenus des veufs ou des veuves, notamment de ceux qui n'assument pas de tâches éducatives. Au vu des changements dans la répartition des rôles au sein de la famille et dans l'attitude face à l'emploi, le Conseil fédéral estime qu'il est temps de cibler plus précisément les prestations destinées aux survivants. A l'avenir, le critère d'octroi d'une rente de veuve ne sera plus seulement l'état civil d'une personne, à savoir le veuvage, mais surtout les tâches familiales qui limitent ses possibilités de gain. La réforme propose donc d'abolir la rente de veuve pour les femmes sans enfant et les veuves dont les enfants sont désormais adultes et vivent de manière indépendante. La suppression se fera progressivement, afin de permettre aux personnes concernées de s'y adapter. Les prestations de la prévoyance professionnelle² et du 3^e pilier en cas de décès restent acquises.

La réforme prévoit de limiter les prestations de survivants au strict nécessaire. A l'avenir, les rentes de survivants serviront avant tout à protéger les parents jusqu'à ce que leurs enfants deviennent majeurs ou terminent leur formation. La rente de veuve et de veuf se limite-

1 *Situation économique des veuves et des veufs*, rapport du Conseil fédéral du 4.4.2012 en réponse au postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) du 3.4.2008 (08.3235): www.ofas.admin.ch → Prévoyance vieillesse 2020 → Travaux de base

2 Les réglementations en vigueur dans la prévoyance professionnelle obligatoire (LPP) et dans l'assurance-accidents (LAA) restent inchangées.

ra en outre à 60 % de la rente de vieillesse (contre 80 % aujourd'hui). Parallèlement, la rente d'orphelin passera de 40 % d'une rente de vieillesse à 50 %. Ces dispositions permettront de garantir à la famille un revenu adéquat jusqu'à la majorité des enfants ou la fin de leur formation. Toutefois, contrairement à la rente de veuf, la rente

de veuve, une fois acquise, ne s'éteindra pas lorsque les enfants quittent le nid familial. Elle continuera d'être versée comme soutien financier et pour protéger de la précarité les femmes qui n'arrivent pas à obtenir un revenu suffisant. Les parents qui prennent soin d'un enfant handicapé sont également limités dans leurs possi-

Réglementation pour les survivants dans le 1^{er} pilier

T1

Réglementation actuelle	Prévoyance vieillesse 2020
<p>Les veuves ont droit à une rente si, au décès de leur mari, elles → ont au moins un enfant.</p>	<p>Les veuves ont droit à une rente si, au décès de leur mari, elles → ont au moins un enfant ayant droit à une rente d'orphelin ou si elles prennent soin d'un enfant handicapé et ont de ce fait droit à des bonifications pour tâches d'assistance.</p>
<p>Les veuves qui n'ont pas d'enfant au décès de leur mari, mais ont au moins 45 ans et ont été mariées pendant au moins cinq ans ont également droit à une rente.</p>	<p>Les veuves qui, au décès de leur mari, → n'ont pas d'enfant, ou → ont des enfants qui n'ont pas droit à une rente d'orphelin, ou → ne prennent pas soin d'un enfant handicapé leur donnant droit à des bonifications pour tâches d'assistance → n'ont pas droit à une rente de veuve.</p>
<p>Les veufs ont droit à une rente tant qu'ils ont un enfant de moins de 18 ans.</p>	<p>Les veufs ont droit à une rente, aussi longtemps qu'ils ont un enfant de moins de 18 ans ayant droit à une rente d'orphelin ou qu'ils prennent soin d'un enfant mineur leur donnant droit à des bonifications pour tâches d'assistance.</p>
<p>Les personnes vivant en partenariat enregistré dont le partenaire décède bénéficient d'une rente aux mêmes conditions que les veufs.</p>	<p>Les personnes vivant en partenariat enregistré dont le partenaire décède ont droit à une rente aux mêmes conditions que les veufs.</p>
<p>Les femmes divorcées ont droit à une rente de veuve au décès de leur ex-mari → si elles ont un ou plusieurs enfants et que le mariage dissous a duré au moins dix ans, ou → si elles avaient plus de 45 ans au moment du divorce et que le mariage dissous a duré au moins dix ans, ou → si elles avaient au moins 45 ans lorsque leur plus jeune enfant a atteint l'âge de 18 ans, ou → tant qu'elles ont un enfant de moins de 18 ans.</p>	<p>Les femmes divorcées ont droit à une rente de veuve à condition que le mariage dissous a duré au moins dix ans ou qu'elles avaient au moins 45 ans lorsque le plus jeune de leurs enfants a atteint l'âge de 18 ans si, au décès de leur ex-époux, → elles ont au moins un enfant ayant droit à une rente d'orphelin ou si elles prennent soin d'un enfant handicapé et ont de ce fait droit à des bonifications pour tâches d'assistance. Elles ont en tous cas droit à une rente tant qu'elles ont un enfant de moins de 18 ans ayant droit à une rente d'orphelin.</p>
<p>Les hommes divorcés ont droit à une rente au décès de leur ex-épouse tant qu'ils ont un enfant de moins de 18 ans.</p>	<p>Les hommes divorcés ont droit à une rente lorsque leur ex-épouse décède tant qu'ils ont un enfant de moins de 18 ans ayant droit à une rente d'orphelin. Ils ont également droit à une rente s'ils s'occupent d'un enfant mineur qui leur ouvre le droit à des bonifications pour tâches d'assistance, mais seulement si le mariage a duré au moins dix ans ou si l'homme divorcé a, à l'âge de 45 ans, encore au moins un enfant qui n'a pas atteint l'âge de 18 ans.</p>
<p>Le montant de la rente de veuve ou de veuf est de 80 % de la rente de vieillesse correspondante, celui de la rente d'orphelin est de 40 % de la rente de vieillesse.</p>	<p>Le montant de la rente de veuve ou de veuf est de 60 % de la rente de vieillesse correspondante, celui de la rente d'orphelin est de 50 % de la rente de vieillesse.</p>

bilités d'exercer une activité lucrative. C'est pourquoi le droit à la rente sera étendu aux veuves et aux veufs qui prennent soin d'un enfant handicapé et qui ont droit de ce fait à des bonifications pour tâches d'assistance³. Les personnes qui perdront leur conjoint après l'entrée en vigueur de la réforme subiront une perte financière, du moins lorsque leur ménage ne bénéficie que d'une seule rente d'orphelin. Pour combler cette faille, une garantie minimale sera acquise aux veuves pendant une période de transition prolongée. Celles-ci bénéficieront d'une rente gelée à 80 % de la rente vieillesse qu'elles auraient perçue l'année précédant la réforme.

Les éléments du nouveau système

Rente de veuve pour les mères dont l'enfant a droit à une rente d'orphelin ou nécessite des soins

Une femme qui, au décès de son mari, a un enfant ayant droit à une rente d'orphelin parce qu'il est mineur ou parce qu'il suit encore une formation et n'a pas atteint l'âge de 25 ans, perçoit, comme par le passé une rente de veuve de durée illimitée. Une veuve a également droit à une rente sans limite de durée si, au moment du veuvage, elle s'occupe d'un enfant et a, à ce titre, droit à des bonifications pour tâches d'assistance. Comme dans la réglementation actuelle, son droit à la rente s'éteint lorsqu'elle se remarie ou que naît le droit à une rente d'invalidité ou de vieillesse d'un montant supérieur à la rente de veuve.

Pas de prestations de survivants de l'AVS pour les veuves sans enfant à charge

A l'avenir, les femmes qui ne remplissent pas les conditions d'octroi d'une rente de veuve au décès de leur mari n'auront plus droit à des prestations de survivants de l'AVS; d'une part, sont concernées les veuves sans enfant et, d'autre part, les veuves dont les enfants n'ont plus droit à une rente d'orphelin ou n'ont pas besoin d'une prise en charge donnant droit à des bonifications pour tâches d'assistance. Ce changement sera introduit progressivement, afin de permettre aux femmes concernées de s'y adapter et notamment de planifier leur prévoyance dans l'éventualité du décès de leur partenaire. Une réglemen-

tation spéciale est par ailleurs prévue pour les femmes de plus de 50 ans (voir sous Réglementation transitoire).

Rentes de veuf pour les pères dont les enfants ont moins de 18 ans

Les hommes mariés dont l'épouse décède alors qu'ils ont un enfant mineur pouvant prétendre à une rente d'orphelin continueront de recevoir une rente de veuf. Ils bénéficient aussi d'une rente s'ils s'occupent d'un enfant nécessitant des soins donnant droit à des bonifications pour tâches d'assistance⁴. Dans tous les cas, cependant, la rente de veuf s'éteint dès que le plus jeune enfant atteint l'âge de 18 ans.

Egalité de traitement des divorcés et des veufs à certaines conditions

Si le mariage dissous a duré au moins dix ans ou si une personne divorcée a un enfant mineur lorsqu'elle atteint l'âge de 45 ans, elle bénéficie d'une rente de survivant au même titre qu'une veuve ou un veuf non divorcé. Si la personne divorcée ne remplit pas ces conditions, elle ne peut prétendre à une rente de veuve ou de veuf que si elle a un enfant mineur ayant droit à une rente d'orphelin. Les motifs d'extinction de la rente sont les mêmes pour les divorcés que pour les veufs. La rente d'un veuf divorcé s'éteint donc lorsque le plus jeune de ses enfants atteint l'âge de 18 ans. Le traitement des divorcés se distingue cependant de celui des veufs et de veuves pour ce qui est du supplément de veuvage (ATF 128 V 5).

Augmentation des rentes d'orphelin – réduction des rentes de veuve et de veuf

L'adaptation des taux de rente est un élément essentiel de la réforme. Les rentes d'orphelin passeront de 40 à 50 % d'une rente de vieillesse, tandis que les rentes de veuve et de veuf seront revues à la baisse, passant de 80 à 60 %.

Réglementation transitoire : garantie des droits acquis et passage progressif au nouveau système

Garantie des droits acquis pour les bénéficiaires actuels de rente

Les rentes de survivants en cours lors de l'entrée en vigueur de la réforme ne subissent aucun changement. Les bénéficiaires continueront de percevoir leur rente comme par le passé.

Réglementation transitoire pour les veuves qui acquièrent le droit à une rente sous le nouveau droit

En vertu du nouveau droit, la rente de veuve sera de 60 % et la rente d'orphelin de 50 % de la rente de vieil-

3 Les bonifications pour tâches d'assistance de l'AVS sont des revenus fictifs correspondant à trois fois la rente de vieillesse minimale qui sont ajoutés au revenu lucratif pour le calcul de la future rente. Les parents ou les grands-parents peuvent prétendre à de telles bonifications s'ils s'occupent d'un enfant (propre ou du partenaire) qui nécessite des soins, pour autant que ce dernier bénéficie d'une allocation pour impotence moyenne ou grave.

4 Les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans donnent droit à des bonifications pour tâches éducatives et, par la suite, à des bonifications pour tâches d'assistance pour autant qu'ils nécessitent des soins.



© A. Reinkober/pixelio.de

lesse correspondante. Avec deux rentes d'orphelin, le revenu familial continuera donc de représenter 160 % de la rente de vieillesse. Lorsqu'une seule rente d'orphelin vient compléter la rente de veuve, le revenu de la famille ne s'élèvera plus qu'à 110 % de la rente de vieillesse (au lieu de 120 % sous le droit actuel). Pour éviter une telle détérioration, les rentes des veuves concernées seront majorées jusqu'à concurrence du montant garanti à la génération transitoire (à savoir 80 % de la rente de vieillesse correspondante lors du passage au nouveau système). Cette garantie sera maintenue jusqu'à ce que les adaptations ordinaires des rentes à l'évolution des prix et des salaires auront porté la nouvelle rente de veuve au niveau de la rente «gelée».

Réglementation transitoire pour les veuves qui n'auront plus droit à une rente

Les veuves qui pourraient encore prétendre à une rente sous le régime actuel, mais n'y auront plus droit après le changement de système, bénéficieront d'une adaptation progressive. Pour les femmes qui n'auront pas 50 ans à l'entrée en vigueur de la réforme, le pas-

sage au nouveau droit sera échelonné sur une période de dix ans. En cas de veuvage durant la première année suivant le changement de système, ces femmes bénéficieront d'une rente de veuve représentant 60 % de la rente de vieillesse. Si le veuvage intervient les années suivantes, le montant de la rente sera diminué de 5 % pour chaque année, jusqu'à la neuvième année après l'entrée en vigueur de la réforme, durant laquelle seul un capital unique équivalant à une rente annuelle leur sera versé. Les femmes qui auront 50 ans ou plus à l'entrée en vigueur de la réforme recevront la rente de veuve selon l'ancien droit (80 % de la rente de vieillesse correspondante). Cette rente sera «gelée» jusqu'à ce qu'elle corresponde au niveau d'une rente de veuve conforme au nouveau droit. A partir de ce moment, la rente sera de nouveau adaptée à l'évolution des prix et des salaires au rythme normal.

Bernadette Deplazes, juriste, secteur prestations AVS/APG/PC, domaine AVS, prévoyance professionnelle et PC, OFAS.
Mél : bernadette.deplazes@bsv.admin.ch

Egalité de traitement entre indépendants et salariés dans l'AVS

La réforme Prévoyance vieillesse 2020 vise à instaurer un traitement plus égalitaire en matière de cotisations: elle prévoit d'aligner le taux de cotisation AVS des indépendants sur celui des salariés et de supprimer le barème dégressif dont bénéficient aujourd'hui les indépendants disposant de revenus bas à moyens. En outre, les indépendants ne pourraient plus déduire de leur revenu les rachats effectués dans le 2^e pilier.

nelle, à savoir 250 000 francs. Dès lors, son revenu soumis à l'AVS descend à 350 000 francs, ce qui donne une cotisation de 27 300 francs.

Prenons maintenant un salarié Y gagnant chaque année un salaire identique au revenu de l'indépendant X. Durant les cinq premières années, Y et son employeur versent au total 6 300 francs de cotisations à l'AVS, à savoir le double de l'indépendant X. Au cours des cinq années suivantes, le montant des cotisations du salarié s'élève à 7 500 francs, soit 7,7 % de plus que l'indépendant. Et la onzième année, le salarié, qui doit cotiser sur l'ensemble de son revenu (600 000 francs), verse un montant de 50 400 francs à l'AVS, soit 185 % de plus que l'indépendant.

Taux de cotisation AVS

Tous les actifs – hommes ou femmes, âgés ou jeunes, zougais ou jurassiens – versent exactement la même proportion de leur revenu brut à l'AVS. Cette règle ne connaît qu'une seule exception: le taux de cotisation des salariés (8,4 %) est plus élevé que celui des indépendants (7,8 %). Dans son message relatif à la réforme Prévoyance vieillesse 2020, le Conseil fédéral propose d'aligner le taux de cotisation des indépendants sur celui des salariés, c'est-à-dire de le relever de 0,6 point de pourcentage.

Lors de l'introduction de l'AVS, les taux de cotisation des salariés et des indépendants étaient identiques. Ce n'est qu'avec la 7^e révision de l'AVS, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1969, que le relèvement du taux de cotisation des indépendants n'a pas suivi celui des salariés. Les taux appliqués actuellement (7,8 % et 8,4 %) sont en vigueur depuis 1979. A noter que les cotisations des salariés sont supportées à parts égales par les salariés et les employeurs. A l'époque, l'application d'un taux différent pour les indépendants se justifiait principalement par le fait que ces derniers ne pouvaient pas cotiser au 2^e pilier. Depuis, les choses ont changé: les indépendants peuvent s'affilier au 2^e pilier à titre facultatif et ils jouissent dans le 3^e pilier d'une marge de manœuvre bien plus importante que les salariés. Dans d'autres assurances sociales, les indépendants sont d'ailleurs traités comme les salariés. C'est notamment le cas pour l'allocation de maternité introduite en 2005, qui prévoit le même droit aux prestations pour les deux catégories d'assurés. En outre, depuis l'entrée en vigueur de la révision de la loi sur les allocations familiales, le 1^{er} janvier 2013, les indépendants ont droit aux mêmes prestations minimales en matière d'allocations familiales que les salariés, ce qui a encore ren-



Paul Cadotsch
Office fédéral des assurances sociales



Mylène Hader

Un exemple concret pour cerner la problématique

Voici un exemple, extrême certes, mais parlant:

X se met à son compte et, au cours des cinq premières années, réalise un revenu brut annuel de 15 000 francs. Il verse donc annuellement 630 francs à l'AVS, soit 3 150 francs sur les cinq ans. S'étant fait une place sur le marché, X voit, pour les cinq années suivantes, son revenu annuel passer à 250 000 francs. Ses cotisations à l'AVS se montent alors à 19 500 francs par année, ou 97 500 francs au total. Jusque-là, X n'a effectué de versement ni au 2^e ni au 3^e pilier. La onzième année, il décide de commencer à cotiser au titre de la prévoyance professionnelle facultative et verse à cet effet un montant de 500 000 francs. Cette même année, son revenu se monte à 600 000 francs. De ce revenu, il peut déduire la moitié du montant versé au titre de la prévoyance profession-

forcé leur couverture sociale. Enfin, ni l'AI ni le régime des APG ne prévoient un taux de cotisation réduit pour les indépendants.

Le Conseil fédéral a déjà essayé à plusieurs reprises d'instaurer une harmonisation totale ou partielle des taux de cotisation AVS, notamment dans le cadre des 9^e et 10^e révisions de l'AVS, des mesures d'assainissement de 1994 ainsi que de la première version de la 11^e révision de l'AVS. Des considérations économiques ont souvent été avancées comme argument contre un relèvement du taux de cotisation des indépendants, dans l'idée que les PME et, plus généralement, les indépendants devaient être encouragés. Si cette préoccupation est légitime, il faut aussi se demander si l'AVS est le bon instrument pour y répondre. En effet, mettre l'AVS au service de considérations économiques risque de la mettre en contradiction avec ses propres objectifs. Une autre question qui est revenue régulièrement sur le tapis est celle du taux idéal permettant de garantir une égalité de fait entre les indépendants et les salariés. Pour certains, les indépendants ne doivent pas être soumis à un taux de 8,4 %, trop élevé pour eux étant donné qu'ils paient seuls la totalité de leur cotisation, contrairement aux salariés pour lesquels l'employeur prend à sa charge la moitié du montant. Pour comparer ces deux catégories, il faudrait donc calculer le taux des indépendants en retirant la part de l'employeur au moyen de la formule suivante :

$$8,4\% : (104,2 \times 100)$$

Le taux ainsi obtenu serait de 8,06 %. Mais ce taux est-il forcément le bon, sous prétexte qu'il est calculé selon une formule mathématique ?

La réponse à cette question dépend de la perspective adoptée. Personne ne conteste l'exactitude du calcul. Cependant, la vraie question est de savoir si la part (virtuelle) de l'employeur doit être prise en compte pour les indépendants. L'art. 112, al. 3, let. a, de la Constitution fédérale prévoit que lorsque l'assuré est salarié, l'employeur prend à sa charge la moitié du montant de la cotisation. Or, les indépendants n'ont, par définition, pas d'employeur. L'AVS, en sa qualité d'assurance, doit veiller à ce que le montant de la rente soit fixé en fonction des cotisations versées. Ces cotisations doivent être les mêmes pour tous les assurés, qu'ils soient indépendants ou salariés. Cela n'est pas le cas actuellement : un salarié gagnant 100 000 francs verse 8 400 francs à l'AVS, contre seulement 7 800 francs pour un indépendant réalisant le même revenu, alors que les inscriptions au compte individuel de ces deux assurés seront identiques. Prenons l'exemple de deux personnes qui arrivent à la retraite en 2015, à 65 ans, et qui ont réalisé un revenu déterminant moyen de 100 000 francs. Pour une durée de cotisation complète (échelle 44), le salarié aura versé à l'AVS 302 676 francs¹, alors que l'indépendant n'aura versé que 278 261 francs, soit 8,1 % de moins. Or, les

deux auront droit à la même rente. Avec le barème dégressif, la différence est encore plus importante, atteignant même 50 % avec le taux le plus bas du barème. Ce faisant, l'AVS privilégie les indépendants au détriment des salariés. Les indépendants qui ont un revenu élevé et qui ont droit à la rente maximale paient en effet moins de contributions de solidarité que les salariés et, en même temps, le degré d'autofinancement des rentes des indépendants à revenu modeste est sensiblement inférieur à celui des salariés. L'inégalité de traitement actuelle pourrait aussi être supprimée en maintenant les deux taux de cotisation différents mais en rectifiant à la baisse les inscriptions sur le compte individuel des indépendants. Ce n'est plus le revenu effectivement réalisé qui serait alors inscrit sur le compte individuel, mais celui correspondant aux cotisations versées, soit 92 847 francs au lieu de 100 000 dans l'exemple ci-dessus. Cela impliquerait une baisse générale des prestations pour les indépendants. Or, le maintien du niveau des rentes étant un des objectifs principaux de la réforme Prévoyance vieillesse 2020, le Conseil fédéral a opté pour une augmentation des cotisations.

Pour que la comparaison soit juste, il faut en outre tenir compte du fait que, d'un point de vue économique, la part de l'employeur est comprise dans les coûts salariaux globaux et se répercute sur les salaires. Qui plus est, même en cas d'augmentation du taux, les cotisations des indépendants continueront à être prélevées sur le revenu selon la taxation pour l'impôt fédéral direct. Ces derniers pourront ainsi continuer à déduire les amortissements, les provisions et les frais d'acquisition du revenu, entre autres, et conserveront par là même une certaine marge de manœuvre dont ne disposent pas les salariés.

Barème dégressif des cotisations

Pour les revenus inférieurs à 56 400 francs, le taux de cotisation des indépendants à l'AVS est réduit selon un barème dit dégressif, qui va de 7,8 à 4,2 % (pour les revenus inférieurs à 17 200 francs). Le même système s'applique pour les cotisations à l'AI et au régime des APG. En 2008, près de 60 % des indépendants ayant versé plus que le montant minimal ont bénéficié de ce barème.

Plus le revenu d'un indépendant est bas, plus ce dernier est avantagé par rapport à un salarié dans une situation comparable. En effet, les indépendants à bas revenu profitent plus de la solidarité que leurs homologues salariés, qui sont soumis au taux de cotisation maximal indépendamment du niveau de leur revenu. Il faut éga-

¹ Le calcul se base sur le facteur de revalorisation actuel, sur un revenu identique durant toute la carrière et sur les taux de cotisation historiques.

lement tenir compte du fait que de nombreux salariés exercent une activité indépendante à titre accessoire. Ils profitent donc aussi des taux réduits pour les revenus réalisés à ce titre. Par ailleurs, les indépendants en difficultés financières peuvent, sur demande, bénéficier d'une réduction de leurs cotisations personnelles si celles-ci constituent une charge trop lourde. Les cas de rigueur peuvent donc bénéficier d'un traitement spécial.

Les arguments évoqués ci-dessus en faveur d'une harmonisation des taux de cotisation des salariés et des indépendants valent aussi pour justifier la suppression du barème dégressif, et même de manière encore plus marquée. En particulier, se pose une nouvelle fois la question de savoir dans quelle mesure l'AVS doit être utilisée pour influencer sur la structure économique. Les craintes concernant d'éventuelles pertes d'emploi doivent être relativisées: au-delà des indépendants, la grande majorité des entreprises sont des personnes morales et ces dernières occupent environ 80 % des employés du secteur privé. En revanche, 60 % des entreprises individuelles, qui représentent la forme juridique la plus fréquente parmi les indépendants, n'ont aucun employé.

Rachats dans le 2^e pilier

En vertu de la loi, les indépendants peuvent déduire de leur revenu brut les versements personnels à des institutions de prévoyance professionnelle dans la mesure où ils correspondent à la part habituellement prise en charge par l'employeur. D'après l'interprétation qu'en a donnée le Tribunal fédéral au fil des ans, cette disposition permet aux indépendants de déduire également de leur revenu la moitié des rachats effectués dans le 2^e pilier (ATF 129 V 293 et 136 V 16). Les salariés ne peuvent profiter de la même possibilité que s'ils bénéficient d'un droit réglementaire à effectuer de tels rachats, ce qui arrive rarement. Les indépendants sont donc là aussi avantagés. C'est pourquoi le Conseil fédéral souhaite limiter la déduction pour des versements personnels aux cotisations courantes au 2^e pilier (dans la mesure où elles correspondent à la part habituellement prise en charge par l'employeur). Les rachats ne seraient plus déductibles. Les mesures envisagées ne concernent pratiquement que les indépendants qui gagnent très bien leur vie, car ils sont généralement les seuls à pouvoir se permettre des rachats facultatifs. Les versements au 3^e pilier ne sont pas concernés par la réforme.

Recettes supplémentaires pour les assurances sociales

La suppression du barème dégressif et le relèvement du taux de cotisation pour les indépendants engendraient pour l'AVS des recettes supplémentaires de 297 millions de francs en 2030. La suppression du barème dégressif rapporterait 21 millions à l'AI et 8 millions au régime des APG. L'adaptation de la réglementation relative aux rachats permettrait à l'AVS/AI/APG d'encaisser 30 millions de recettes supplémentaires.

Extension des possibilités d'assurance dans le 2^e pilier pour les indépendants sans personnel

La réforme Prévoyance vieillesse 2020 prévoit d'élargir la possibilité d'affiliation dans le 2^e pilier des indépendants sans personnel, comme le demande un postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (12.3981).

Actuellement, il manque une base légale claire permettant à un indépendant sans employé de s'affilier à une institution autre que celle de la branche professionnelle ou que l'institution supplétive (art. 44 LPP).

La révision de l'art. 44 LPP offrira une alternative à l'affiliation à l'institution supplétive: un indépendant pourra, à certaines conditions, s'affilier à une autre institution de prévoyance si les dispositions réglementaires de celle-ci le prévoient. Cette extension des possibilités d'assurance ne revient nullement à admettre une prévoyance «à la carte»: les principes qui régissent la prévoyance professionnelle, notamment celui de la collectivité, devront toujours être respectés. Ainsi, si les conditions précitées sont remplies, les indépendants qui n'ont pas de personnel pourraient s'affilier à une institution collective, question encore controversée à l'heure actuelle.

Paul Cadotsch, responsable secteur Cotisations AVS/AI/APG, domaine AVS, prévoyance professionnelle et PC, OFAS.
Mél: paul.cadotsch@bsv.admin.ch

Mylène Hader, responsable secteur Droit de la prévoyance professionnelle, domaine AVS, prévoyance professionnelle et PC, OFAS.
Mél: mylene.hader@bsv.admin.ch

Mesures institutionnelles

Les assureurs-vie privés jouent un rôle important dans le domaine de la prévoyance professionnelle. Comme celle-ci est une assurance sociale, son organisation doit être transparente et il faut trouver un juste équilibre entre les intérêts des assureurs et ceux des assurés. Les exigences en termes de réglementation sont donc élevées. La quote-part minimale et la transparence des primes de risque sont deux points que la réforme Prévoyance vieillesse 2020 entend améliorer.



Philipp Rohrbach
Office fédéral des assurances sociales

Prévoyance professionnelle et assurances-vie

La plupart des salariés de Suisse sont assurés auprès d'une institution de prévoyance contre les risques de vieillesse, de décès et d'invalidité dans le cadre de la prévoyance professionnelle. Gérées de manière paritaire, les institutions de prévoyance sont relativement libres quant aux modalités de financement de leurs prestations. Alors que de nombreuses institutions – principalement les grosses caisses de pension d'entreprise et les institutions collectives ou communes autonomes – assument elles-mêmes l'ensemble des risques de la prévoyance professionnelle, d'autres en transfèrent une partie ou la totalité (assurance complète) à une compagnie privée d'assurance-vie. Cette réassurance permet d'externaliser des risques qui devraient sinon être supportés par le collectif d'assurés et les employeurs. Ce transfert de risques

est crucial, voire essentiel, pour les petites et moyennes entreprises. A l'inverse, les affaires liées à la prévoyance professionnelle sont importantes pour les assureurs: ceux-ci ont fortement augmenté leur volume d'affaires dans ce domaine ces dernières années, profitant ainsi d'économies d'échelle. Les primes d'épargne encaissées sont passées de 15,8 milliards de francs en 2005 à 21 milliards en 2013 (+33 %). Au cours de la même période, les provisions techniques sont passées de 122 à 154 milliards de francs (+26 %). Les rapports de gestion 2013 des assureurs Swiss Life et AXA, qui à eux deux représentent deux tiers du marché, illustrent bien l'importance du domaine de la prévoyance professionnelle pour les assureurs¹. Chez Swiss Life, la prévoyance professionnelle fournit 84 % des recettes du segment Suisse, tandis que 86 % des primes brutes comptabilisées chez AXA Vie SA provenaient de l'assurance-vie collective. L'assurance-vie et la prévoyance professionnelle profitent donc l'une de l'autre.

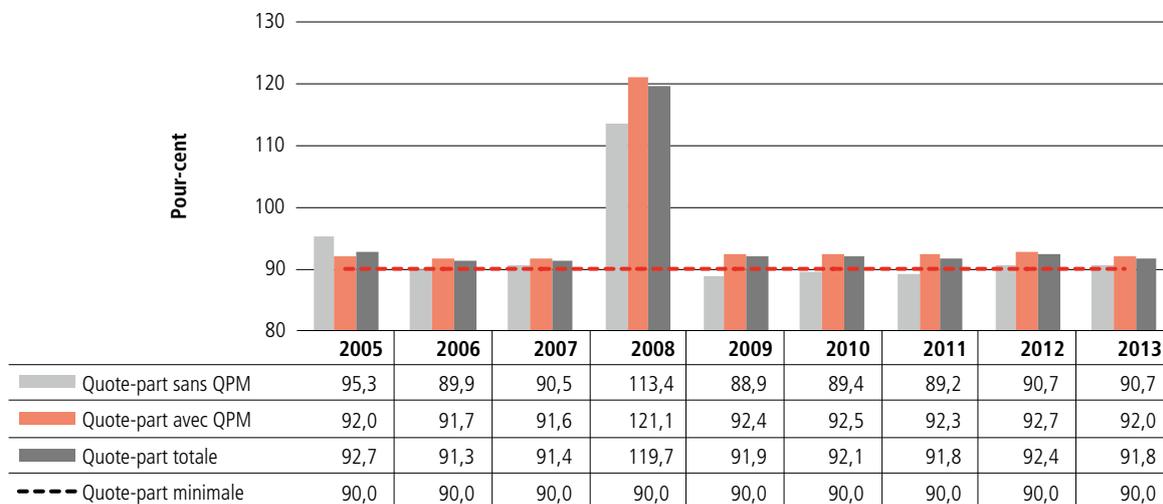
Réforme Prévoyance vieillesse 2020

Les compagnies d'assurance-vie ont certes droit à une rémunération adéquate pour les risques qu'elles endossent, mais il faut aussi tenir compte du fait que la prévoyance professionnelle est une assurance sociale, qui est imposée tant aux assurés qu'aux employeurs. Les exigences réglementaires en matière de transparence et de respect des intérêts des assurés et des assureurs sont par conséquent élevées. Dans le cadre de la révision de la loi sur l'assurance-vie (LAssV), intégrée à cette occasion dans la loi sur la surveillance des assurances (LSA), des dispositions spécifiques relatives à la transparence sont entrées en vigueur le 1^{er} avril 2004 pour l'assurance-vie collective dans le domaine du 2^e pilier (art. 37, al. 2, LSA). La transparence des flux financiers a notamment été améliorée grâce à la séparation de la comptabilité de la branche de la prévoyance professionnelle. Cette révision de la LAssV – et son introduction dans la LSA – constitue le volet relevant du droit de la surveillance des assurances privées de la 1^{re} révision de la LPP, entrée en vigueur en trois étapes. La réglementation relative à la répartition des excédents entre les assureurs et les assurés (quote-part minimale; art. 37, al. 4, LSA) a également vu le jour dans le cadre de cette révision. Les expériences faites ces dernières années ont montré que des

¹ Cf. www.swisslife.com et www.axa-winterthur.ch

Quotes-parts de distribution

G1



Source de données : FINMA, Publication de la comptabilité.

efforts réglementaires s'imposaient encore dans certains domaines, en particulier ceux de la quote-part minimale et des primes de risque.

Quote-part minimale

En compensation des risques qu'elle assume, la compagnie d'assurance-vie peut revendiquer pour elle-même une partie du produit des primes et des placements, pour peu que le résultat d'exploitation soit positif. L'art. 37, al. 4, LSA prévoit une participation des assurés aux excédents à raison de 90 % au moins. Cela signifie que l'assurance-vie peut conserver 10 % des excédents au maximum. Les quotes-parts de distribution effectives sont publiées dans le rapport annuel de la FINMA «La prévoyance professionnelle auprès des entreprises d'assurance-vie : publication de la comptabilité»². Le graphique **G1** montre les quotes-parts des neuf dernières années, en distinguant les contrats soumis à la réglementation relative à la quote-part minimale (avec QPM) de ceux qui ne le sont pas (sans QPM).

La quote-part minimale n'a pas changé depuis son introduction en 2004. Cependant, les quotes-parts de distribution effectives montrent l'existence d'un potentiel d'adaptation à la hausse de la participation des assurés. Le Conseil fédéral souhaite que ce potentiel soit exploité,

mais il tient à ce que cela ne se fasse pas au détriment de la solvabilité des compagnies d'assurance-vie ou de la garantie des prétentions d'assurance. Afin de mieux évaluer le potentiel, deux expertises ont été commandées dans le cadre des travaux préparatoires relatifs à la réforme Prévoyance vieillesse 2020³. Leurs résultats sont mitigés. Alors que l'expertise Schmeiser, plutôt théorique, se prononce contre une augmentation de la quote-part minimale, l'expertise Keller, empirique, est favorable à une hausse. Le Conseil fédéral propose donc une augmentation modérée de la quote-part minimale, à 92 %. Les assureurs auraient été capables de supporter ce taux par le passé, sans danger pour leur solvabilité, d'autant que, d'après le test suisse de solvabilité (SST), il n'y a pas de lien direct entre la quote-part minimale et le capital de solvabilité. La réforme prévoit par ailleurs l'abaissement du taux de conversion minimal pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle⁴, ce qui aura pour effet de réduire le risque. Le projet de loi contient en outre une disposition habilitant le Conseil fédéral à abaisser la quote-part minimale à 90 %, pendant une durée limitée, afin de garantir le capital de solvabilité des entreprises d'assurance. Grâce à cette disposition, il sera possible de réagir de manière appropriée dans des situations exceptionnelles.

Les résultats d'exploitation ont été très stables au cours des neuf dernières années (graphique **G2**). Le résultat d'exploitation est le montant net auquel l'assureur peut prétendre comme indemnisation pour la mise à disposition du capital de solvabilité. Dans ce contexte, «net» signifie après déduction des frais d'acquisition, d'exploitation et d'administration, qui sont financés par les primes de frais. L'expertise Keller estime les frais d'administra-

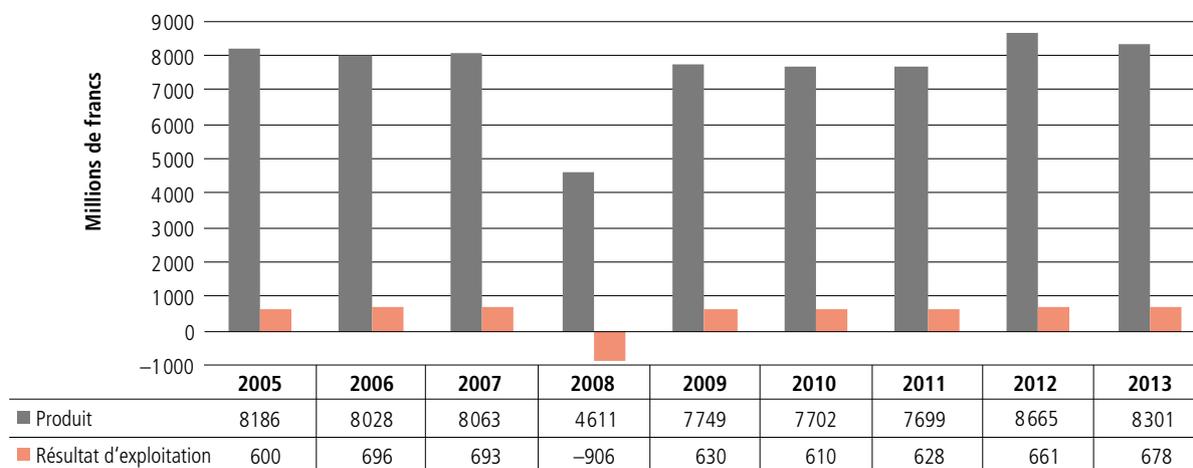
2 Cf. www.finma.ch

3 Schmeiser, Hato, *Zur Mindestquote der Lebensversicherer im Bereich der 2. Säule*. Gutachten im Auftrag des eidgenössischen Finanzdepartements, [Saint-Gall 2014], et Keller, Jürg, *Bestimmung der Mindestquote der Lebensversicherer in der beruflichen Vorsorge*, [Winterthour 2014]; disponibles sur www.ofas.admin.ch → Documentation → Publications → Etudes, expertises... → Prévoyance vieillesse et survivants

4 Cf. Brügger, Christelle et Lara Fretz, «Aperçu général de la réforme», dans le présent numéro de *Sécurité sociale CHSS*.

Produits et résultats d'exploitation

G2



Source de données: FINMA, Publication de la comptabilité.

tion à 425 à 681 francs par assuré actif, les assureurs pouvant comptabiliser leurs frais internes (coûts complets). Chez certains assureurs, le processus de frais est déficitaire depuis des années, de sorte qu'ils recourent à des subventionnements croisés: cette question est abordée plus loin, avec celle des primes de risque.

L'augmentation de la quote-part minimale réduira quelque peu le résultat d'exploitation, mais si les résultats sont stables, cela ne devrait pas créer de problèmes, comme le montre aussi l'expertise Keller. Les opposants à une hausse invoquent souvent la chute des résultats d'exploitation en 2008 et le fait que les assureurs participent aux pertes. Cet argument, qui peut sembler convaincant au premier abord, ne tient la route qu'au niveau agrégé. Les entreprises AXA, Allianz, Zürich, Basler, Nationale Suisse et Helvetia ont toutes enregistré un résultat d'exploitation positif en 2008. AXA a même réalisé un bénéfice de 151 millions de francs. La perte de 906 millions de francs visible dans la vue d'ensemble fournie par le graphique tient en fait uniquement à la perte de 1083 millions enregistrée par Swiss Life⁵.

Méthodes de calcul de la quote-part minimale

L'ordonnance sur la surveillance (OS) mentionne deux méthodes de calcul de la quote-part minimale: l'une basée sur le résultat et l'autre sur les produits. Dans la première méthode, on prend pour point de référence le résultat, c'est-à-dire la différence entre le total des produits et le total des charges. Les assurés reçoivent 90 % du résultat (bénéfice) et les assureurs, 10 %. Cette méthode n'est appliquée que si le rendement de la fortune est élevé (au moins 6 % de la réserve mathématique) et que le taux d'intérêt minimal LPP est faible (deux tiers au maximum du rendement de la fortune). Ces conditions n'ont

encore jamais été remplies et ne devraient pas non plus l'être dans un avenir proche, vu le niveau historiquement bas des taux d'intérêt. En vertu de l'OS, on applique en règle générale la méthode de calcul basée sur les produits. Avec cette méthode, on prend pour point de référence le total des produits des processus d'épargne (produits nets de la fortune), de risque (primes de risque) et de frais (primes de frais). Si l'ensemble des charges est inférieur ou égal à 90 % du total des produits, l'assureur peut conserver au maximum 10 % du produit total. Si l'ensemble des charges est supérieur à 90 % du total des produits, la part de l'assureur est réduite en conséquence.

La question du « vol des rentes » a été au cœur des débats parlementaires relatifs à la révision de la LAssV et à la 1^{re} révision LPP. Dans ce contexte, les dispositions d'ordonnance édictées par le Conseil fédéral – selon lesquelles la méthode basée sur les produits est la règle et celle basée sur le résultat, l'exception – sont politiquement controversées depuis leur entrée en vigueur. La Commission de gestion du Conseil national s'est donc penchée sur cette question et a analysé en profondeur la genèse de la réglementation relative à la quote-part minimale⁶. Elle relève qu'il est difficile de cerner clairement la volonté du législateur en ce qui concerne la méthode de calcul de la quote-part minimale. Dans les deux Chambres, les discussions ont principalement tourné autour de la question de savoir s'il convenait de fixer la quote-part mini-

5 Generali (-48 millions de francs), La Mobilière (-12 millions) et Pax (-23 millions) ont aussi subi une perte.

6 Enquête sur la base de calcul de la quote-part d'excédents obligatoire (*legal quote*). Rapport de la Commission de gestion du Conseil national du 23.11.2007: www.parlament.ch → Documentation → Rapports → Rapports des commissions de surveillance → Commission de gestion CdG → Rapports 2007

male dans la loi. Les bases du calcul de la participation aux excédents y ont seulement été évoquées accessoirement. La commission ajoute que c'est au législateur de modifier la loi s'il entend modifier la méthode de calcul de la quote-part minimale. Dans son avis sur le rapport de la commission, le Conseil fédéral souligne qu'il faut garantir que les entreprises d'assurance puissent continuer à développer le capital de solvabilité exigé par la loi et à lui faire produire des intérêts⁷. Il considère qu'une modification du système actuel, que ce soit dans le sens d'un assouplissement ou dans celui d'un renforcement, n'est pas défendable aussi longtemps que les effets de la réglementation actuelle n'ont pas été analysés faute d'expérience et qu'il n'est pas possible de déterminer d'éventuelles potentialités d'amélioration.

Le Conseil fédéral s'est à nouveau penché sur le thème de la quote-part minimale dans le cadre de la réforme Prévoyance vieillesse 2020, et il a proposé de l'augmenter. Il considère que la méthode de calcul doit rester réglée au niveau de l'ordonnance et ne propose pas de changement de méthode. Aucune des deux expertises n'a suggéré de passer à une autre méthode. Cela fait une dizaine d'années que l'on applique la méthode basée sur les produits. Si l'on changeait de méthode, la discussion relative au niveau de la quote-part minimale repartirait de zéro, et toutes les expériences faites jusqu'ici seraient perdues. Il est préférable d'éviter les nouvelles insécurités que cela créerait. Par ailleurs, rien n'indique qu'un changement de méthode comporterait des avantages pour qui que ce soit. En termes de transparence, il n'y en a pas, bien au contraire. La méthode basée sur les produits est relativement simple à mettre en œuvre. Pour ce qui est de la participation des assurés, un changement de méthode n'apporterait rien non plus, car un flux de fonds peut tout aussi bien avoir lieu avec une quote-part basée sur les produits qu'avec une quote-part calculée en fonction du résultat. C'est donc bien le niveau de la quote-part qui a de l'importance, et non la méthode de calcul. En effet, que l'assuré touche 10 % de 100 francs ou 1 % de 1000 francs n'a pas la moindre importance. En outre, la méthode basée sur les résultats n'est en rien meilleure en termes d'incitations. Quelle que soit la méthode choisie, l'assureur souhaite toujours obtenir le meilleur rendement possible, indépendamment du fait qu'il soit limité par la concurrence ou par la réglementation. C'est pourquoi le Conseil fédéral entend non seulement augmenter la quote-part minimale, mais aussi renforcer la lutte contre les abus en ce qui concerne les primes perçues pour les risques de décès et d'invalidité.

Primes de risque

Le calcul des primes – ou tarification – doit être présenté dans le plan d'exploitation, contrôlé par la FINMA. Les assureurs-vie utilisent pour cela des données propres et des mesures communes. La tarification ne doit pas reposer uniquement sur des valeurs estimées : elle doit également tenir compte des fluctuations des sinistres enregistrées. Pour les risques de décès et d'invalidité, il faut intégrer des suppléments pour le risque de fluctuations et d'erreurs. En outre, les tendances éventuelles doivent être prises en compte de manière appropriée. La FINMA examine lors de la procédure d'approbation si les primes prévues restent dans des limites qui garantissent aussi bien la solvabilité de l'assureur que la protection des assurés contre les abus. En cas d'abus, la FINMA est tenue de par la loi de protéger les preneurs d'assurance. La notion d'abus est définie dans l'OS : constituent des abus les préjudices portés aux personnes assurées, lorsqu'ils se sont produits à plusieurs reprises ou sont de nature à se reproduire, ou qu'ils pourraient toucher un grand nombre de personnes. Constitue également un abus le préjudice porté à une personne assurée par une inégalité de traitement importante et injustifiable.

Afin de mieux protéger les assurés, le Conseil fédéral propose, dans le cadre de la réforme Prévoyance vieillesse 2020, de préciser dans la loi ce qui constitue un abus. Les tarifs seront notamment considérés comme abusifs lorsque les primes qui en découlent dépassent de plus de 100 % le sinistre attendu sur la base de la statistique des sinistres. L'autonomie tarifaire des assureurs est ainsi maintenue, mais une limite concrète et transparente est posée. Cette disposition ne signifiera toutefois pas que des primes de risque inférieures à ce plafond deviendront dans tous les cas admissibles. La FINMA gardera la compétence de déclarer des primes de risque abusives même dans ces cas si elle l'estime justifié. Non seulement les primes de risque excessives ébranlent durablement la confiance des assurés dans la prévoyance professionnelle, mais elles ont aussi des conséquences négatives sur l'économie. Il est vrai qu'une partie des primes revient aux assurés dans le cadre de la participation aux excédents, mais il est plus rentable que les PME utilisent ces moyens à des fins productives et que les assurés touchent des salaires nets plus élevés.

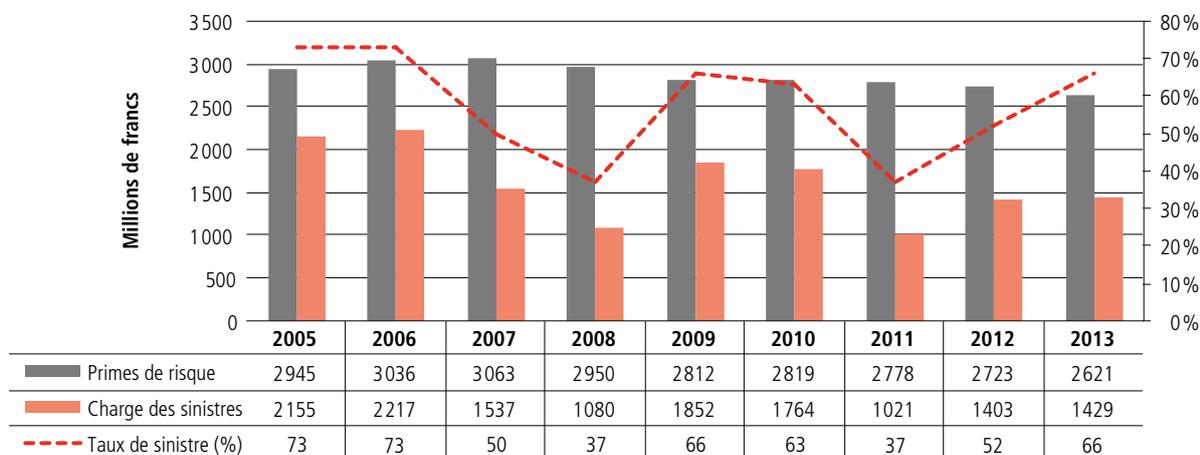
Au cours des neuf dernières années, le processus de risque a généré des excédents dépassant largement le milliard de francs par an. Les assureurs en imputent une partie au processus d'épargne, ainsi qu'au processus de frais, qui reste souvent déficitaire, tandis que le reste est réparti entre l'assureur et les assurés en vertu de la réglementation relative à la répartition des excédents. Deux points importants de la réforme entrent à l'œuvre ici.

Chaque processus (d'épargne, de risque et de frais) doit en principe être équilibré à lui tout seul. Cependant, les évolutions économiques et démographiques des der-

⁷ Enquête sur la base de calcul de la quote-part d'excédents obligatoire (*legal quote*), rapport du 23.11.2007 de la Commission de gestion du Conseil national, avis du Conseil fédéral du 7.3.2008 : www.news.admin.ch → Documentation → Communiqués → 7.3.2008 → Base de calcul de la « legal quote » : le Conseil fédéral se prononce sur le rapport de la CdG.

Processus de risque dans la comptabilité

G3



Source de données : FINMA, Publication de la comptabilité.

nières années font que le processus d'épargne enregistre depuis des années un déficit structurel. Les assureurs-vie sont donc confrontés, à l'instar des caisses de pension autonomes, à des pertes non négligeables liées à la conversion en rentes. On l'a vu, ce déficit est financé en partie avec les excédents provenant du processus de risque. Or ce subventionnement croisé est on ne peut plus opaque. C'est pourquoi le Conseil fédéral propose l'introduction d'une nouvelle prime servant à financer de manière transparente les provisions nécessaires pour couvrir les pertes dues à la conversion en rentes. Par ailleurs, avec l'abaissement prévu du taux de conversion minimal LPP, les besoins en provisions diminueront et cette nouvelle prime devrait perdre en importance à moyen ou long terme. Mais en attendant, elle réduit considérablement la pression sur le processus de risque.

Enfin, le Conseil fédéral propose une adaptation de loi afin d'empêcher les redistributions opaques au sein de l'effectif des assurés résultant de l'application de critères et de pondérations différents pour le calcul des primes et la répartition des excédents. Vu l'importance des excédents générés, et pas uniquement dans le processus de risque, une telle réglementation est capitale. Il faut que les excédents reviennent à ceux qui les ont alimentés en payant des primes. Dans le cas contraire, il y aurait un risque de redistribution opaque et arbitraire des excédents, car les déductions comme les majorations de primes peuvent différer considérablement du cours ef-

fectif des sinistres, de sorte que certaines catégories de risques payent des primes relativement trop élevées ou trop faibles, tout en recevant un même excédent.

Les mesures présentées ici font partie d'une réforme globale de la prévoyance vieillesse, qui intègre tous les groupes concernés dans la mesure de leurs possibilités. Seule une approche de ce type est suffisamment équilibrée pour trouver une majorité politique. Les assureurs-vie et, partant, leurs actionnaires font partie des groupes concernés. Alors que le niveau des intérêts et donc les prestations prévues en faveur des assurés n'ont cessé de diminuer ces dix dernières années, les résultats d'exploitation des assureurs-vie (cf. graphique G2) sont restés très stables. Le rendement a donc augmenté par rapport au niveau général des intérêts, mais les exigences envers les assureurs-vie se sont également accrues en matière de capital. Par conséquent, le Conseil fédéral, en proposant une hausse modérée de la quote-part minimale et des mesures relatives aux primes de risque, présente une solution équilibrée qui associe de manière appropriée les assureurs-vie aux efforts menés pour garantir la prévoyance vieillesse.

Philipp Rohrbach, Msc Economics, collaborateur scientifique, secteur Financement de la prévoyance professionnelle, domaine AVS, prévoyance professionnelle et PC, OFAS.
Mél : philipp.rohrbach@bsv.admin.ch

Niveau élevé des coûts de la santé dans l'aide sociale: quelles causes?

La pauvreté et le chômage rendent malade. Il n'est donc pas étonnant que les personnes tributaires de l'aide sociale (AS) occasionnent des dépenses de santé supérieures à la moyenne. Une étude réalisée par l'Office des affaires sociales de la Ville de Berne et Helsana montre que les assurés Helsana bénéficiant de l'aide sociale à Berne souffrent nettement plus souvent de maladies chroniques que le groupe témoin, non tributaire de ce soutien.



Felix Wolffers

Office des affaires sociales
de la Ville de Berne

Oliver Reich

Helsana

Une bonne santé est essentielle pour pouvoir travailler et mener une vie autonome, et donc pour s'insérer ou se réinsérer sur le marché de l'emploi. Et comme, à l'inverse, les problèmes de santé sont souvent une cause déterminante du recours à l'aide sociale, celle-ci attache une grande importance aux questions de santé. Cependant, étonnamment, il n'existe en Suisse presque

pas de données empiriques fiables sur l'état de santé des personnes concernées. En 2011 déjà, l'Office des affaires sociales de la Ville de Berne avait constaté dans une étude que le niveau des coûts de la santé était plus élevé dans l'aide sociale que pour l'ensemble de la population de la ville¹. A partir de 18 ans, tant pour les hommes que pour les femmes au bénéfice de l'aide sociale, les coûts de la santé étaient en moyenne nettement plus élevés que pour les personnes non tributaires de ce soutien. Toutefois, faute de données, les raisons de ces différences n'avaient pas pu être élucidées. C'est pourquoi l'Office des affaires sociales et Helsana, dans une étude de suivi², ont examiné pour la première fois à l'échelle suisse quelles

maladies chroniques sont particulièrement fréquentes chez les personnes à l'aide sociale et à quelles prestations médicales celles-ci recourent davantage que la moyenne.

Cette étude est fondée sur les données de 391 personnes de moins de 65 ans qui bénéficiaient en 2012 du soutien de l'Office des affaires sociales de la Ville de Berne et qui étaient couvertes par l'assurance de base chez Helsana. Ces données ont été entièrement anonymisées et comparées avec celles des 13301 autres personnes de moins de 65 ans qui, en 2012, vivaient aussi à Berne et étaient couvertes par l'assurance de base chez le même assureur. Les résultats de l'étude permettent de tirer des conclusions pour la ville de Berne. Mais comme les personnes au bénéfice de l'aide sociale dans les grandes villes suisses présentent une grande concordance en ce qui concerne l'âge, la formation, la situation familiale, la nationalité et la durée de perception³, ces résultats devraient aussi être valables à tout le moins pour les espaces urbains de tout le pays. Quant à savoir s'ils sont transposables aux régions rurales, cela reste à prouver et devrait faire l'objet d'autres études.

Maladies psychiques particulièrement fréquentes

L'étude examine la répartition d'une sélection de maladies chroniques parmi toutes les personnes couvertes par l'assurance de base auprès de Helsana en 2012 à Berne. De grandes différences entre les deux groupes apparaissent déjà sous l'angle de la réceptivité aux maladies chroniques. Alors que la moitié (50,1 %) des assurés qui ne perçoivent pas d'aide sociale ont au moins une maladie chronique, ils sont deux tiers

1 Cf. Wolffers, Felix, « Le niveau élevé des coûts de la santé, un défi pour l'aide sociale », dans *Sécurité sociale CHSS 3/2012*, pp. 164-167.

2 Reich, Oliver et al., « Health Care Utilization and Expenditures in Persons Receiving Social Assistance in 2012: Evidence From Switzerland », dans *Global Journal of Health Science*, vol. 7, n° 4, 2015, pp. 1-11.

3 Cf. les indicateurs de l'aide sociale de l'Initiative des villes pour la politique sociale (www.staedteinitiative.ch) → Indicateurs sociaux → Indicateurs sociaux actuels, en allemand).

Assurés de base Helsana de moins de 65 ans vivant en ville de Berne⁴ et perception de l'AS en 2012

T1

Assurés de base	Avec AS	En pourcentage des assurés de base	Sans AS	En pourcentage des assurés de base
13 492	391	2,9 %	13 101	97,1 %

Source: *Op. cit.* Reich et al.

Pourcentage de personnes ayant au moins une maladie chronique et nombre moyen de maladies chroniques en 2012

T2

	Assurés de base	Avec AS	Sans AS
Nombre n	13 492	391	13 101
Personnes ayant au moins une maladie chronique	50,6 %	66,8 %	50,1 %
Nombre moyen de maladies chroniques	2,5	3,0	2,4

Source: *Op. cit.* Reich et al.

Pourcentage de maladies chroniques dans les deux groupes

T3

Maladie chronique par groupe de coûts pharmaceutiques	Assurés de base	Avec AS	Sans AS
<i>Troubles liés à l'hyperacidité/problèmes gastriques</i>	15 %	25,3 %	14,7 %
Maladies des os	6 %	1 %	0,6 %
Cancer	9 %	1,3 %	0,8 %
Maladies cardio-vasculaires	12,4 %	14,6 %	12,4 %
Démence	8 %	5 %	0,8 %
Diabète sucré	2,7 %	3,6 %	2,6 %
Epilepsie	2,1 %	5,1 %	2 %
Glaucome	0,9 %	0,8 %	0,9 %
Maladies rénales	0,6 %	1 %	0,5 %
VIH	0,4 %	0,5 %	0,4 %
Hyperlipidémie	5,4 %	6,4 %	5,4 %
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	0,4 %	0,8 %	0,4 %
Carence en fer, anémie	3,6 %	5,1 %	3,5 %
Migraine	1,1 %	1,5 %	1,1 %
<i>Douleurs</i>	22,2 %	39,9 %	21,7 %
Parkinson	0,2 %	0,5 %	0,2 %
<i>Troubles psychiques</i>	13,7 %	25,1 %	13,3 %
Psychoses	2,4 %	9 %	2,2 %
Troubles des voies respiratoires	7,3 %	10 %	7,2 %
<i>Affections rhumatismales</i>	29 %	45,3 %	28,5 %
Affections thyroïdiennes	3 %	1,5 %	3 %
Tuberculose	0,1 %	0 %	0,1 %

Italique: différences de pourcentage statistiquement significatives
Source: *Op. cit.* Reich et al.

(66,8 %) dans ce cas parmi ceux qui sont tributaires de l'AS. Si les premiers ont en moyenne 2,4 maladies chroniques, les seconds en ont 3 (cf. tableau T2).

Pour plusieurs de ces maladies (cf. tableau T3), le groupe des assurés avec AS affiche des valeurs significativement plus élevées que celui des assurés sans AS. La plus grande différence en pourcentage concerne les douleurs, dont souffrent 39,9 % des personnes au bénéfice de l'aide sociale, contre 21,7 % des autres. Les affections rhumatismales sont également très répandues parmi les premières, avec 45,3 %, contre 28,5 % dans le groupe témoin. Un quart (25,3 %) des assurés avec AS souffrent de problèmes gastriques, contre seulement 1/7 (14,7 %) pour les autres assurés Helsana. Enfin, 25,1 % des assurés tributaires de l'aide sociale ont dû être traités en 2012 par des médicaments en raison de maladies psychiques, contre 13,3 % pour ceux qui n'ont pas eu besoin de ce soutien. Des taux de maladie significativement plus élevés chez les personnes de ce groupe apparaissent aussi notamment pour les affections rénales, intestinales ou respiratoires.

Pour d'autres maladies en revanche, les différences entre les groupes ne sont pas statistiquement significatives. Ainsi, le risque de maladies cardio-vasculaires n'est guère plus élevé pour les bénéficiaires de l'aide sociale (14,6 %) que pour les autres assurés (12,4 %). Pour le VIH, les valeurs sont presque identiques pour les deux groupes: 0,5 % et 0,4 % respectivement. Ce résultat est plutôt sur-

4 Désignés dans le texte comme « assurés de base » ou « ensemble des assurés ».

prenant si l'on sait que les problèmes de toxicomanie sont relativement fréquents parmi les bénéficiaires de l'AS. Ils semblent indiquer que les diverses mesures de prévention du sida et de remise contrôlée de stupéfiants sont efficaces.

Taux d'hospitalisation élevé dans l'aide sociale

Les coûts moyens de la santé pour les personnes à l'aide sociale sont nettement plus élevés que ceux des personnes qui ne sont pas tributaires de ce soutien: 5 596 francs contre 2 768 (cf. tableau T4). Les premières génèrent des coûts bien plus importants tant pour les traitements ambulatoires que pour les hospitalisations et les médicaments. Il faut néanmoins tenir compte du fait que les bénéficiaires de l'aide sociale optent beaucoup

plus souvent pour la franchise minimale que les autres assurés, qui fréquemment préfèrent des franchises plus élevées. Or comme dans ce cas une partie des coûts est supportée par les assurés mais n'entre pas dans les calculs, les différences effectives de coûts sont moindres que ne l'indiquent les chiffres du tableau T4, mais elles restent statistiquement significatives.

Les différences sont frappantes en ce qui concerne les traitements hospitaliers: les hospitalisations coûtent 2 037 francs par année en moyenne pour les personnes tributaires de l'aide sociale, contre seulement 656 francs pour les autres. Le taux d'hospitalisation des premières est presque le double de celui des secondes, et les premières passent en moyenne 9,3 jours dans un hôpital de soins aigus, contre 7,4 jours pour les autres. Les différences sont par-

ticulièrement marquées en ce qui concerne les traitements psychiatriques: la probabilité d'un séjour en clinique psychiatrique est plus de sept fois plus élevée pour les bénéficiaires de l'AS que pour les autres assurés; pour eux, 36 % des traitements hospitaliers (contre 10 % pour le groupe témoin) ont lieu en psychiatrie.

Dans le domaine des traitements ambulatoires également, les chiffres des bénéficiaires de l'AS sont plus élevés aussi bien pour les consultations chez un médecin de premiers recours que pour celles chez un spécialiste. La même tendance s'observe pour les médicaments, avec 9,1 prescriptions pour les personnes tributaires de l'AS, contre 6,7 pour les autres assurés.

En résumé, on constate que les bénéficiaires de l'aide sociale, par rapport aux autres assurés, vont nettement plus souvent chez le médecin, se voient prescrire nettement plus de principes actifs et ont une probabilité d'être hospitalisés presque deux fois plus grande qu'eux. On parvient à ce résultat même si l'on filtre les effets de la sélection des patients en vérifiant statistiquement les caractères distinctifs des deux groupes pour l'âge, le sexe, le niveau de franchise, etc.

Coûts des prestations médicales et recours à ces prestations

T4

Coûts (moyens, en francs)	Assurés de base	Avec AS	Sans AS
Dépenses de santé	2 850,4	5 596,1	2 768,4
Traitements ambulatoires	2 129,6	3 527,5	2 087,9
Traitements hospitaliers	696,6	2 037,7	656,5
Médicaments	628,0	1 005,9	616,7
Recours aux prestations (moyenne pour les personnes ayant au moins une valeur dans la catégorie en question; pourcentage de personnes avec valeur non nulle)	Assurés de base	Avec AS	Sans AS
Consultations chez un médecin de premier recours	5,2	6,3	5,1
<i>Pourcentage de personnes avec valeur non nulle</i>	47%	59,6%	46,6%
Consultations chez un spécialiste	6,7	8,7	6,6
<i>Pourcentage de personnes avec valeur non nulle</i>	48,7%	52,9%	48,6%
Jours d'hospitalisation en soins aigus	7,5	9,3	7,4
<i>Pourcentage de personnes avec valeur non nulle</i>	8,9%	12,8%	7,7%
Jours d'hospitalisation en psychiatrie	69,8	70,8	69,3
<i>Pourcentage de personnes avec valeur non nulle</i>	1%	6,4%	0,9%
Nombre de principes actifs (selon système ATC) prescrits	6,8	9,1	6,7
<i>Pourcentage de personnes avec valeur non nulle</i>	65,5%	78,5%	65,1%

ATC: Système de classification anatomique, thérapeutique et chimique
Source: Op. cit. Reich et al.

Les coûts de la santé augmentent nettement lorsque les jeunes au bénéfice de l'aide sociale arrivent à l'âge adulte

L'étude confirme le résultat de relevés précédents de l'Office des affaires sociales de la Ville de Berne selon lesquels les bénéficiaires de l'aide sociale des deux sexes ont des frais de maladie nettement plus élevés que les autres personnes. Selon la nouvelle étude, les frais bruts sont de 5 600 francs par année pour les bénéficiaires masculins, alors qu'ils ne sont que de 2 522 francs pour les assurés considérés de sexe masculin non tributaires de l'aide sociale (cf. graphique G1). Les différences sont similaires pour l'autre sexe: 5 592 francs pour les femmes du

premier groupe contre 3011 pour les assurées du groupe témoin. Alors que les frais moyens sont en général plus élevés pour les femmes que pour les hommes, dans l'aide sociale, les dépenses de santé sont légèrement plus élevées pour les hommes. Mais cette différence n'est pas significative si l'on vérifie statistiquement les différences de patients entre les deux groupes.

Si l'on ventile par groupes d'âge les coûts de la santé des hommes à l'aide sociale, c'est pour les jeunes adultes que les différences sont les plus grandes (cf. graphique G2). Alors que les garçons de moins de 18 ans bénéficiant de l'aide sociale génèrent des coûts à peine supérieurs à la moyenne, ces coûts augmentent brusquement pour les 18 à 25 ans par rapport au groupe témoin. Même si, pour des raisons statistiques, les chiffres relatifs à ce groupe d'âge ne sont pas très parlants, ils suivent la tendance déjà constatée à un niveau des coûts de la santé nettement plus élevé pour les bénéficiaires de l'aide sociale. Les différences s'amenuisent avec l'âge, mais n'en persistent pas moins pour tous les groupes d'âge considérés.

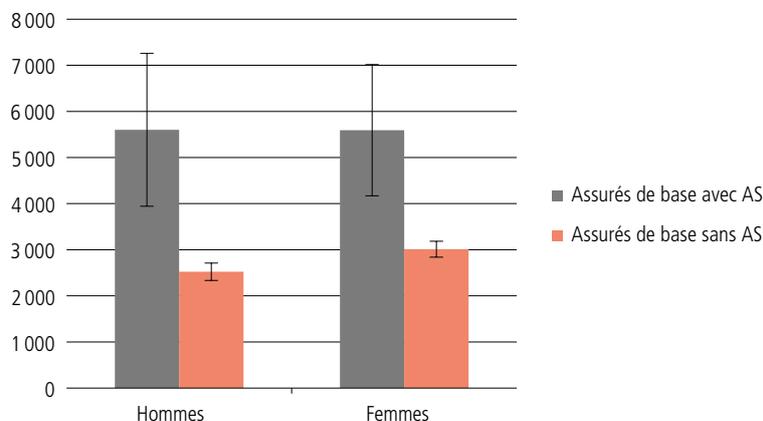
Pour les filles de moins de 18 ans, les différences sont également minimes entre celles qui bénéficient de l'aide sociale et les autres. Mais, dès le groupe d'âge des 18 à 25 ans, les dépenses de santé sont nettement supérieures à la moyenne chez les bénéficiaires de l'AS, comme observé chez les hommes du même âge. Pour les femmes aussi, les différences diminuent avec l'âge, mais elles demeurent considérables.

Différences dans la couverture d'assurance

On a également examiné comment les bénéficiaires de l'aide sociale sont couverts par rapport à l'ensemble des assurés. 60,6 % des personnes tributaires de l'AS ont choisi la franchise ordinaire de 300 francs, alors que la proportion n'est que de 33 % pour l'ensemble des assurés. Comme on

Prestations brutes dans l'assurance-maladie obligatoire (2012, en francs/an)

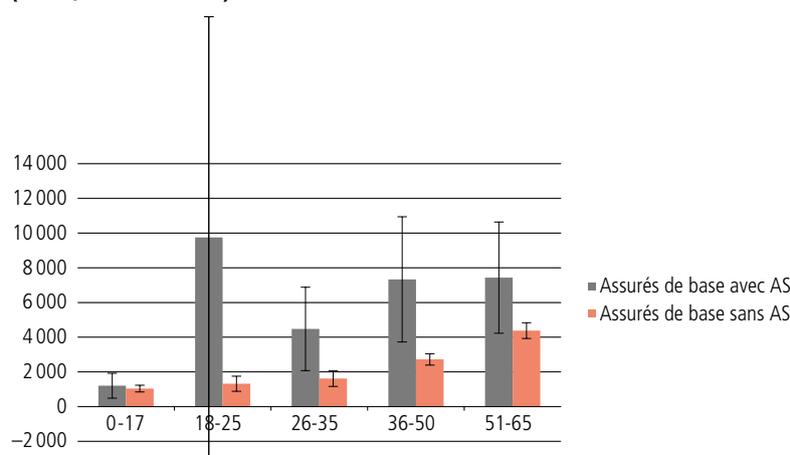
G1



Source: Op. cit. Reich et al.

Prestations brutes selon l'âge pour les hommes (2012, en francs/an)

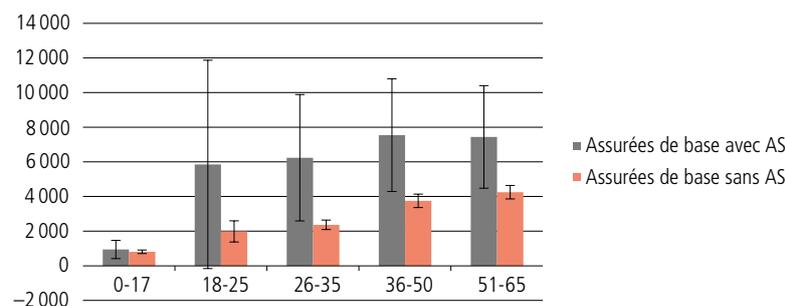
G2



Source: Op. cit. Reich et al.

Prestations brutes selon l'âge pour les femmes (2012, en francs/an)

G3



Source: Op. cit. Reich et al.

pouvait s'y attendre et conformément aux prescriptions de l'Office des affaires sociales, les bénéficiaires de l'AS sont très rares à opter pour la franchise maximale de 2500 francs (2,3%), alors que 21,3% des assurés de base ont fait ce choix. Le pourcentage des assurés ayant conclu une assurance complémentaire d'hospitalisation reflète aussi la faible capacité financière des bénéficiaires de l'AS: seulement 1% d'entre eux sont assurés en privé ou en semi-privé, contre 10,1% pour l'ensemble des assurés. Il est également frappant de constater qu'un pourcentage relativement faible des bénéficiaires de l'aide sociale (34,8%) ont opté pour un modèle de managed care, contre 59,9% pour l'ensemble des assurés.

Conclusions

L'étude montre que les personnes au bénéfice de l'aide sociale recourent plus fréquemment que les autres assurés à des prestations médicales, ambulatoires ou hospitalières, et génèrent donc aussi des coûts plus élevés dans

l'assurance-maladie obligatoire. Les causes à l'origine de ce recours plus fréquent sont principalement les douleurs, les affections rhumatismales, les troubles psychiques et les maladies gastro-intestinales. Les chiffres élevés constatés pour les maladies psychiques sont particulièrement frappants.

Si l'étude peut prouver que les coûts de la santé sont nettement plus élevés que la moyenne pour les personnes tributaires de l'aide sociale, elle ne permet pas de dire quelle influence la perception de cette aide a sur la santé. Beaucoup des personnes concernées ont déjà derrière elles une longue période de chômage et de désinsertion professionnelle, et se débattaient souvent déjà avec une série de difficultés personnelles, familiales et financières avant de recourir à l'aide sociale; on peut donc supposer qu'avant même de faire ce pas, beaucoup étaient déjà confrontées à de sérieux problèmes de santé. Quant à savoir si le fait de percevoir l'aide sociale aggrave encore ces problèmes, il faudrait pour cela procéder à des études longitudinales approfondies. Il est probable qu'il existe, entre mauvaise situation sociale, manque d'insertion professionnelle et atteintes à la santé, une interaction qui se traduit, au fil des ans, par une détérioration de l'état de santé.

D'un point de vue de politique sociale, l'étude permet de conclure qu'il n'y a pas en Suisse, pour les personnes dans le besoin, une fourniture insuffisante de services médicaux. Cela du moins en ce qui concerne les prestations de l'assurance-maladie obli-

gatoire, pour lesquelles on observe même une consommation supérieure à la moyenne.

Du point de vue de la politique de la santé et dans une perspective économique, la question se pose de savoir comment réduire les coûts élevés de la santé observés dans l'aide sociale. Etant donné que les bénéficiaires souffrent plus fréquemment de maladies chroniques que la moyenne, et que le pourcentage de troubles psychiques est élevé chez eux, les mesures traditionnelles de prévention paraissent inefficaces. Une extension ciblée de la collaboration entre spécialistes du domaine médical et des services sociaux dans l'esprit d'un *case management* devrait être bien plus prometteuse. Il convient aussi d'examiner s'il serait possible d'augmenter, par exemple par des mesures incitatives, le pourcentage de modèles de managed care parmi les assurés tributaires de l'aide sociale. Des études plus approfondies restent nécessaires pour pouvoir concevoir et réaliser, en se fondant sur des données scientifiques fiables, d'autres mesures de stabilisation et d'amélioration de l'état de santé des personnes au bénéfice de l'aide sociale.

Dr iur. Felix Wolffers, responsable de l'Office des affaires sociales de la Ville de Berne.

Mél: felix.wolfers@bern.ch

Dr Oliver Reich, responsable Sciences de la santé, Helsana.

Mél: oliver.reich@helsana.ch

Etude

Reich, Oliver et al., « Health Care Utilization and Expenditures in Persons Receiving Social Assistance in 2012: Evidence From Switzerland », dans *Global Journal of Health Science*, vol. 7, n° 4, 2015, pp. 1-11.

Développement de l'AI – lancement d'un nouveau projet de réforme

Le Conseil fédéral a lancé, le 25 février 2015, une réforme visant le développement de l'AI. Pourquoi, alors que le classement du projet 1 de la révision 6b est encore assez récent, lancer une nouvelle révision ? Et quels sont ses objectifs ?



Patrick Cudré-Maroux
Office fédéral des assurances sociales

Un peu d'histoire...

L'assurance-invalidité (AI) a connu trois révisions depuis 2004. La 4^e révision de l'AI est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. Elle contenait des mesures telles que la création des services médicaux régionaux (SMR), l'introduction des trois-quarts de rente, l'extension des prestations concernant le perfectionnement professionnel, le développement de l'aide au placement ainsi que le relèvement des montants de l'allocation pour im-potent pour les personnes vivant à la maison et non dans un home. Par contre, la rente complémentaire pour le conjoint a été supprimée pour les nouvelles rentes, tout comme la rente pour cas pénible. Enfin, la 4^e révision a posé les bases de la collaboration interinstitutionnelle.

La 5^e révision de l'AI est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008. Afin de

concrétiser son idée-force « *la réadaptation prime la rente* », des mesures de détection et d'intervention précoces et des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle ont été introduites; les mesures de réadaptation d'ordre professionnel ont également été étendues. En outre, des mesures d'incitation en faveur des employeurs ont été mises sur pied. La rente complémentaire pour conjoint a été supprimée également pour les rentes en cours, ainsi que le supplément de carrière pour les nouvelles rentes.

La 6^e révision de l'AI, premier volet (révision 6a) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Elle comprenait les quatre points suivants: révision des rentes axée sur la réadaptation, nouveau mécanisme de financement, baisse des prix dans le domaine des moyens auxiliaires et introduction de la contribution d'assistance.

Enfin en juin 2013, le Parlement a classé le projet 1 de la 6^e révision de l'AI, deuxième volet (révision 6b). En effet, cette révision avait été divisée par le Parlement en trois projets. Le projet 2 (prise en charge des traitements stationnaires hospitaliers) est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013, alors que le projet 3 a été suspendu.

Résultats des révisions récentes

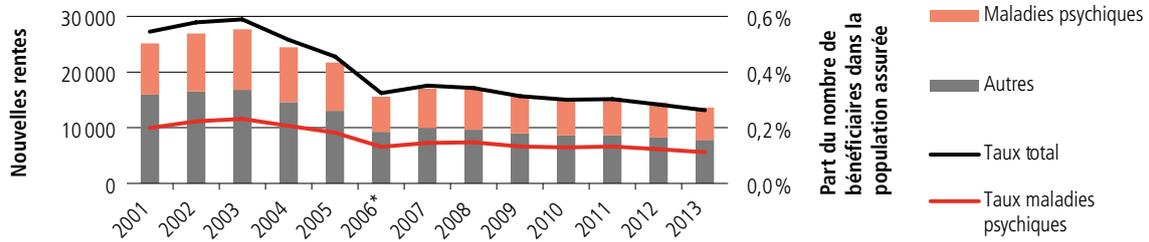
Depuis, les premiers résultats des évaluations des 4^e et 5^e révisions ainsi que de la révision 6a montrent que l'AI s'est transformée en une assurance de réadaptation. Bien que le dispositif de réadaptation pour les bénéficiaires de rente introduit par la révision 6a n'ait pas encore donné les résultats escomptés, l'effectif des rentes a baissé plus rapidement que prévu. Depuis 2005, l'effectif des rentes n'a cessé de se réduire, quand bien même

Informations supplémentaires

- Bolliger et. al., *Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen in der Invalidenversicherung*. Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 13/12: www.ofas.admin.ch → Pratique → Recherche → Rapports de recherche; cf. *Sécurité sociale CHSS 2/2013*, p. 88.
- Communiqué de presse du 18.8.2014 *L'AI tire un bilan intermédiaire globale-ment positif de la réadaptation professionnelle*. www.ofas.admin.ch → Actualité → Informations aux médias

Nouvelles rentes en Suisse par cause d'invalidité (2001-2013)

G1

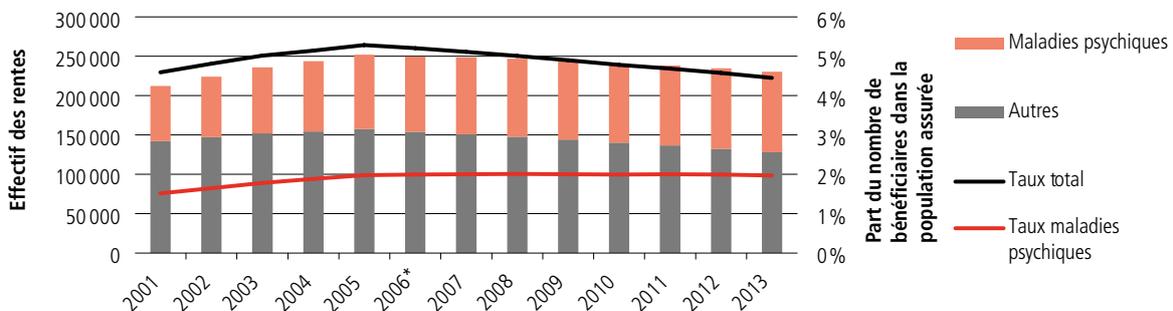


* nouvelle procédure à partir de 2006

Source: Statistique de l'AI.

Effectif des rentes en Suisse par cause d'invalidité (2001-2013)

G2

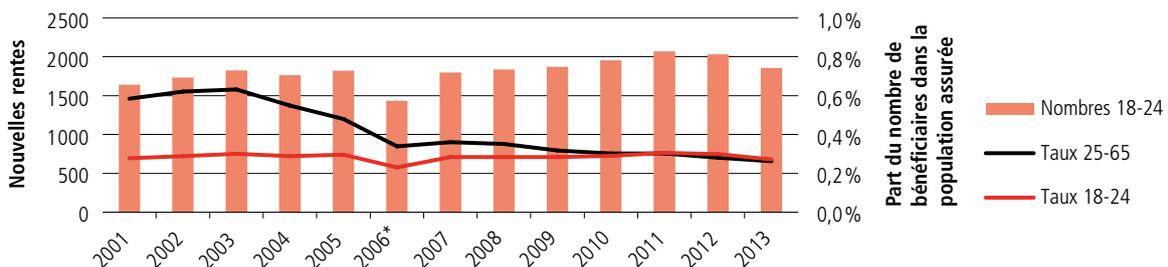


* nouvelle procédure à partir de 2006

Source: Statistique de l'AI.

Nouvelles rentes en Suisse par catégorie d'âge (2001-2013)

G3



* nouvelle procédure à partir de 2006

Source: Statistique de l'AI.

la population assurée est passée de 4,8 à 5,2 millions de personnes de la fin 2005 à la fin 2013, ce qui représente une progression de 9%¹. Les analyses statistiques montrent toute-

fois que ce recul est nettement moins marqué pour certaines tranches d'âge et certaines causes d'invalidité, notamment dans le groupe des jeunes adultes et des personnes atteintes de troubles psychiques.

Le graphique **G1** retrace l'évolution du nombre de nouvelles rentes AI

en Suisse, de 2001 à 2013. Il montre que le recul du nombre de nouvelles rentes rapporté à la population assurée était, jusqu'en 2006, nettement moindre pour les personnes présentant des troubles psychiques que pour les autres infirmités (taux de nouvelles rentes). Depuis 2007, le recul

¹ La population assurée équivaut à la population résidente, de 18 ans à l'âge de la retraite AVS.

du nombre de nouvelles rentes pour cette catégorie d'assurés se calque grosso modo sur celui des autres rentes.

Le rapport entre le nombre de bénéficiaires de rente et la population assurée (taux de rente) n'a cessé d'augmenter pour atteindre son niveau le plus élevé, 5,3 %, en décembre 2005 (voir graphique **G2**). Depuis cette date, il a décliné pour s'établir à 4,5 % en décembre 2013. En chiffres absolus, le nombre de rentes a baissé de 252 000 à 230 000, conséquence de la diminution du taux de nouvelles rentes, qui a été divisé par deux ces dix dernières années. Le taux de rente des personnes souffrant de maladies psychiques est cependant resté constant malgré le recul du taux de nouvelles rentes.

Le graphique **G3** retrace l'évolution du nombre de nouvelles rentes selon l'âge et montre que le recul du nombre de nouvelles rentes AI en Suisse ne se vérifie pas chez les assurés âgés de 18 à 24 ans. De 2009 à 2013, l'AI a octroyé chaque année de nouvelles rentes à environ 2000 personnes de moins de 25 ans. Cette catégorie d'âge présente même depuis 2011 un taux de rente supérieur à celui de la tranche de 25 à 65 ans.

Autres éléments

Une étude sur les bénéficiaires de rente de moins de 25 ans a abouti aux résultats suivants :

- Plus de 90 % d'entre eux avaient déjà reçu d'autres prestations de l'AI. La moitié de ces personnes avaient bénéficié dans leur petite enfance de prestations médicales, de mesures de formation scolaire spéciale ou d'une allocation pour impotent destinée aux mineurs.
- Les deux tiers d'entre eux souffraient d'une maladie psychique et un tiers, d'une infirmité congénitale.
- Les parents de 17 % de ces jeunes adultes étaient eux-mêmes bénéficiaires d'une rente AI.

En outre, en janvier 2014, l'OCDE a publié un rapport sur la santé mentale et l'emploi en Suisse², dans lequel elle reconnaît que l'AI fonctionne bien, mais déplore des manques à pallier. C'est pourquoi l'optimisation du système doit se poursuivre. Le rapport arrive aux conclusions suivantes :

- Les employeurs ne sont pas suffisamment armés pour gérer les cas d'employés souffrant de troubles psychiques.
- Le système de l'AI n'accorde pas encore assez d'importance au rôle des employeurs et aux incitations à exercer une activité lucrative.
- Les offices régionaux de placement (ORP) et les services sociaux n'offrent qu'une assistance limitée aux personnes souffrant de troubles mentaux.
- Le changement de modèle entamé avec la 4^e révision de l'AI n'est pas encore achevé.
- En dépit de la collaboration interinstitutionnelle (CII), des problèmes de coordination entre les acteurs subsistent.
- Le système de santé suisse, qui coûte cher, pourrait être plus performant en termes d'emploi, en veillant à une affectation plus efficace des ressources existantes.
- Les ressources considérables consacrées à la formation ne préviennent ni le décrochage scolaire ni le passage au régime d'invalidité.

Sur la base de ces constats, l'OCDE formule plusieurs recommandations :

- renforcer les mesures sur le lieu de travail ;
- rapprocher l'assurance-invalidité du monde du travail en soulignant le rôle des employeurs et l'intérêt d'interventions précoces axées sur le lieu de travail ;
- renforcer au sein des ORP et des services sociaux les compétences permettant d'aborder les problèmes de santé mentale au travail ;
- faire en sorte que la CII place le système de santé sur un pied d'égalité avec les autres partenaires et

renforcer la collaboration entre des institutions aux intérêts parfois opposés ;

- faire en sorte que le système de soins psychiatriques, qui bénéficie de ressources adéquates, soit davantage axé sur le lieu de travail ;
- axer davantage la politique de formation sur la transition vers la vie professionnelle.

Il est évident que les révisions entrées en vigueur permettent à l'AI de mieux remplir son mandat constitutionnel et, en particulier, d'appliquer le principe qui veut que « la réadaptation prime la rente ». Il n'en reste pas moins qu'il faut poursuivre l'optimisation du système, en particulier pour les enfants, les jeunes et les jeunes adultes, ainsi que pour les assurés présentant des troubles psychiques, car les dernières révisions de l'AI n'ont pas eu l'effet escompté pour les jeunes de 18 à 24 ans, ni pour les personnes souffrant de maladies psychiques. En outre, l'AI ne parviendra à relever les défis d'ordre sociétal qu'en collaboration avec les acteurs de la santé et de la formation scolaire et professionnelle avec les employeurs et les autres assurances sociales.

Mandat du Parlement

Deux interventions parlementaires en particulier exigent un développement de l'AI :

La motion « Mettre en place sans attendre un plan de redressement financier durable pour l'assurance-invalidité » (13.3990) déposée le 27 septembre 2013 par Urs Schwaller, conseiller aux Etats PDC, a été transmise le 16 septembre 2014 au Conseil fédéral, qu'elle charge de trois missions.

² OCDE, *Santé mentale et emploi: Suisse. Aspects de la sécurité sociale*, rapport de recherche n° 12/13 : www.ofas.admin.ch → Pratique → Recherche → Rapports de recherche ; voir aussi *Sécurité sociale CHSS 2/2014* : dossier.

Premièrement, les dettes du fonds AI auprès du fonds AVS doivent être amorties d'ici à 2028. Deuxièmement, une base légale commune à toutes les assurances doit être créée afin de mieux coordonner les dispositifs de lutte contre la fraude. Troisièmement, les mesures visant à promouvoir l'insertion et le maintien sur le marché du travail doivent être renforcées et une attention particulière doit être portée aux personnes présentant un handicap psychique.

Quant à la motion «Pour le développement conjoint de mesures de détection précoce des cas de maladie» (14.3661) déposée le 27 juin 2014 par la CSSS-N, elle a été acceptée le 10 septembre 2014 par le Conseil national, mais n'a pas encore été examinée par le Conseil des Etats. Elle

exige le développement de mesures qui permettent de détecter précocement les cas de maladie et d'aborder immédiatement la question du retour à l'emploi. Pour cela, il s'agit de doter les offices AI des moyens nécessaires et d'associer les acteurs concernés – employeurs et fournisseurs de prestations médicales – pour les inciter d'emblée à coopérer.

Objectifs du projet de réforme

Compte tenu de ce qui précède, le Conseil fédéral s'est fixé pour objectif, par la réforme, qui vient d'être lancée, de soutenir les enfants, les jeunes et les assurés atteints de maladies psychiques de manière adéquate et coordonnée – et en collaboration avec les

acteurs concernés – afin de mettre en valeur leur potentiel de réadaptation et d'améliorer leur aptitude au placement. Pour y parvenir, il convient de distinguer trois groupes cibles et de prévoir des améliorations spécifiques pour chacun d'eux.

• Groupe cible 1, enfants :

Pour les enfants atteints d'une infirmité congénitale, le premier contact avec l'AI peut avoir lieu dès la naissance. L'AI couvre le coût des traitements d'infirmités congénitales reconnues. La liste des infirmités congénitales est toutefois obsolète et doit être actualisée. Des troubles (autisme, troubles du développement précoce) peuvent aussi être identifiés plus tard, souvent lors de l'entrée à l'école maternelle et signalés vers l'âge de trois à six ans. Il faut donc



© Pixaby

examiner les mesures médicales pertinentes pour ce groupe d'âge.

Ces douze dernières années, le coût total des mesures médicales de l'AI a progressé de 4,6 % par an en moyenne, passant de 458 millions de francs en 2001 à 784 millions de francs en 2013, soit une augmentation globale de 71 %. Les différences entre les pratiques et le niveau de connaissances des organes cantonaux d'exécution ainsi que la marge de manœuvre dont disposent actuellement les fournisseurs de prestations démontrent également de la nécessité d'améliorer le pilotage et d'accélérer la procédure. Les critères de prise en charge des prestations médicales doivent eux aussi être revus.

Par conséquent, les pistes de mesures suivantes doivent être examinées de manière approfondie et concrétisées : actualisation de la liste des infirmités congénitales, adaptation des prestations de l'AI octroyées en cas d'infirmités congénitales en se référant aux critères en vigueur dans l'assurance-maladie, renforcement du pilotage des mesures médicales et amélioration de la gestion des cas.

- **Groupe cible 2, enfants, jeunes et jeunes adultes atteints de maladies psychiques :**

D'autres problématiques peuvent apparaître chez les enfants en âge de fréquenter l'école primaire, par exemple des troubles de l'apprentissage ou du comportement. Plus tard, la phase de préparation à la formation professionnelle est déterminante pour les chances de réussite sur le marché du travail. C'est à ce stade que de nombreux problèmes se manifestent et que le besoin d'agir se fait le plus fortement ressentir. Deux transitions sont particulièrement délicates :

- Transition I, de la scolarité obligatoire à la formation profession-

nelle initiale (FPI). Les jeunes peuvent déjà souffrir de troubles psychiques antérieurs ou en développer de nouveaux à cet âge. La transition I est particulièrement délicate pour les jeunes qui ne sont pas encore en mesure de commencer une formation et pour ceux qui n'ont ni place d'apprentissage ni solution transitoire, soit parce qu'ils n'en ont pas trouvé, soit parce qu'ils ont abandonné la voie empruntée. Un accompagnement adéquat des personnes concernées est nécessaire afin de prévenir l'apparition, la détérioration ou la chronicisation des problèmes psychiques.

- Transition II, de la formation professionnelle au monde du travail. Cette transition est particulièrement délicate pour les adolescents et les jeunes adultes qui ont terminé leur formation dans un environnement protégé, qui souffrent de problèmes psychiques ou de troubles du développement, ou qui sont confrontés à des problèmes sociaux. Un accompagnement de ces personnes sur le marché du travail peut s'avérer nécessaire.

Pour ce groupe cible, les travaux vont être menés sur les thèmes suivants : soutien nécessaire au cours de la scolarité et de la formation professionnelle initiale, garantie de l'égalité de traitement dans l'octroi des indemnités journalières, amélioration des chances de formation et extension de la durée d'octroi des mesures médicales de réadaptation de l'AI.

- **Groupe cible 3, assurés atteints de maladies psychiques :**

Enfin, les problèmes psychiques peuvent affecter considérablement la capacité de gain à l'âge adulte. Des études montrent que les pre-

miers troubles peuvent être identifiés plusieurs années avant l'apparition d'une incapacité de travail pour raisons psychiques. Une détection précoce des premiers signes annonciateurs et une intervention adéquate sont des instruments essentiels au maintien en emploi de l'assuré ou à son remplacement.

Le groupe cible 3 fera donc l'objet de réflexions dans des domaines tels que les conseils et le suivi sur le long terme en fonction des besoins et l'assouplissement des conditions d'octroi pour les mesures de réadaptation.

- **Coordination des acteurs concernés :**

Outre les mesures spécifiques à ces trois groupes cibles, d'autres améliorations sont indiquées en ce qui concerne la coopération entre les acteurs : renforcement du soutien offert aux employeurs et établissement d'une convention de collaboration avec eux, renforcement de la collaboration avec les médecins, prolongation de la durée de protection des assurés en cas de chômage après une révision de rente, garantie des moyens de subsistance après la communication à l'AI et introduction d'un système de rentes linéaire.

Prochaine étape

L'ensemble des pistes évoquées seront examinées et concrétisées dans le cadre d'un rapport explicatif qui sera soumis au Conseil fédéral en automne 2015 en vue de l'ouverture de la procédure de consultation.

Patrick Cudré-Mauroux, avocat,
chef du secteur législation,
domaine Assurance-invalidité, OFAS.
Mél : patrick.cudre-mauroux@bsv.admin.ch

Nouveau système de financement des appareils auditifs: quel effet sur les prix?

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau système de remboursement des appareils auditifs, l'AVS et l'AI versent un montant forfaitaire directement aux assurés. En incitant les malentendants à opter pour un produit moins coûteux, ce système a induit une baisse des prix sur le marché des appareils auditifs. Cependant, la baisse est, pour l'instant, moins importante que prévu et la réduction des prestations d'assurance entraîne une augmentation de la participation personnelle des assurés.



Patrick Koch

Institut d'études économiques Bâle (IWSB)



Christoph Hirter

Selon le droit en vigueur, les malentendants ont droit à des moyens auxiliaires. Jusqu'en juin 2011, l'AI et l'AVS remboursaient les appareils auditifs en versant aux audioprothésistes les montants stipulés par les conven-

tions tarifaires. En comparaison internationale, la Suisse se démarquait par une qualité de la fourniture supérieure à la moyenne, mais également par des coûts très élevés. D'après une estimation du Contrôle fédéral des finances, les dépenses directes pour la fourniture d'appareils auditifs se montaient à plus de 200 millions de francs en 2005. Les assurances sociales suisses dépensaient alors entre deux et trois fois plus pour un appareil auditif que les assurances des pays européens. L'évolution des coûts était particulièrement préoccupante: entre 1995 et 2005, les dépenses de l'AVS et de l'AI pour les appareils auditifs ont doublé¹. Les critiques portaient prin-

cipalement sur des éléments intrinsèques au système de remboursement.

Afin de contrer l'augmentation des coûts, un nouveau système a été introduit le 1^{er} juillet 2011. Depuis, les assurés AI reçoivent une contribution forfaitaire de 840 francs pour un appareillage monaural et de 1 650 francs pour un appareillage binaural, et les assurés AVS un montant de 630 francs indépendamment de l'appareillage. Selon l'Office fédéral des assurances sociales, ces forfaits sont calculés de manière à couvrir les prix pratiqués pour des appareils de qualité d'un modèle simple et adéquat ainsi que pour les adaptations et la maintenance par un spécialiste. Les forfaits sont versés aux ayants droit indépendamment du prix effectif de l'appareillage. Les malentendants qui optent pour un appareillage moins cher que le forfait peuvent garder le solde. Par contre, ceux qui dépensent plus doivent payer la différence de leur poche (participation personnelle). Depuis l'entrée en vigueur du nouveau système, les assurés malentendants sont également libres de choisir le lieu d'achat et de réglage de leur appareil auditif, à condition qu'ils se rendent chez un audioprothésiste, dans une pharmacie ou dans une droguerie. Ils peuvent aussi acheter leur appareil à l'étranger. Le changement de système visait à renforcer le pouvoir décisionnel des assurés, accroître la concurrence et, par là même, faire baisser les prix des appareils auditifs et des services.

Dans l'intervalle, de premières données sur le nouveau système de financement ont pu être collectées pour analyser l'évolution des prix sur le marché des appareils auditifs². Cette étude quantitative a été réalisée sur un échantillon de factures émises au premier semestre 2011 (avec l'ancien système) et en 2012-2013 (avec

1 Cf. Contrôle fédéral des finances, *Hilfsmittelpolitik zugunsten der Behinderten – Evaluation der Abgabe von Hörmitteln in der IV und AHV [Politique d'octroi de moyens auxiliaires aux personnes handicapées – Evaluation de l'attribution de moyens auditifs à l'AI et à l'AVS (en allemand, avec résumé en français)]*, Berne 2007.

2 Outre l'évaluation des effets sur les prix dont il est question ici, une étude a également évalué ceux du nouveau système sur la qualité de la fourniture (cf. Sander, Monika et Martin Albrecht, « Evaluation de la qualité de la fourniture d'appareils auditifs », dans *Sécurité sociale CHSS*, n° 4/2014).

le nouveau système). Au total, 23 000 données (acquisitions d'appareils et services sur ces appareils) ont été passées sous la loupe. Elles ont été soumises, d'une part, à une analyse descriptive, et ont permis, d'autre part, d'évaluer l'influence du nouveau système sur les prix, au moyen d'un modèle de régression.

Réduction du coût de l'appareillage, mais augmentation de la participation personnelle des assurés

L'analyse descriptive a tout d'abord mis en évidence une série d'observations générales sur les systèmes tarifaires et forfaitaires. Pour limiter les distorsions dues à la composition de l'échantillon, les calculs ont été effectués séparément pour les quatre types d'appareillage suivants: appareils monauraux et binauraux financés par l'AI (respectivement AI1 et AI2), et appareils monauraux et binauraux financés par l'AVS (respectivement AVS1 et AVS2). Il est ressorti de cette analyse que les coûts globaux moyens d'un appareillage (acquisitions et services) sont moindres dans le système forfaitaire que dans le système tarifaire, la différence allant de moins 0,9% à moins 5,1% selon le type d'appareillage.

Par contre, la participation personnelle des assurés a nettement augmenté avec le passage au nouveau système. Pour les quatre catégories, cette participation atteignait dans le système tarifaire en moyenne 1 000 à 3 900 francs. Avec le passage au nouveau système, elle a augmenté de manière significative, soit de 15 à 87% selon le type d'appareillage.

Fourchette de prix plus large

Le graphique **G1** illustre les coûts globaux, dans les systèmes tarifaire et forfaitaire, en fonction du type d'appareillage considéré. Le passage au nouveau système s'est traduit par

une augmentation de la demande tant dans le secteur des offres meilleures marchés que dans celui des offres plus chères, et donc par un élargissement de la fourchette des prix. Cette évolution est illustrée dans le graphique par les lignes noires, qui représentent 95% des fournitures d'appareils et qui sont plus longues dans le système forfaitaire. Cette tendance s'observe pour les quatre types d'appareillage considérés. Les coûts des 50% d'appareils se situant dans la fourchette moyenne (cases grises) n'ont en revanche que peu évolué, ce qui démontre qu'une majorité des assurés restent peu sensibles aux prix. En poussant l'analyse plus en détail, on remarque qu'environ 20 à 25% des malentendants optent désormais pour une fourniture moins chère, alors qu'environ 10% optent pour un appareillage plus cher, tous groupes de bénéficiaires confondus.

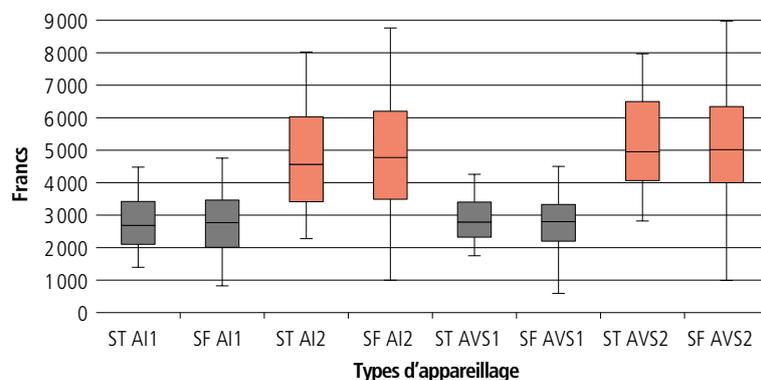
Prix de l'appareillage légèrement à la baisse

Grâce à une analyse de régression, il a été possible d'identifier les facteurs exerçant une influence sur les coûts globaux de la fourniture d'ap-

pareils auditifs (toutes choses égales par ailleurs): type de fourniture, nombre d'appareils, régions linguistiques, sexe et espaces monétaires. L'analyse a également permis d'estimer l'influence du nouveau système de remboursement sur les prix des appareils. Les résultats montrent que les prix appliqués en 2012 étaient déjà inférieurs d'environ 8% par rapport aux prix pratiqués dans le système tarifaire et que la baisse avoisinait même les 10% en 2013. Une baisse des prix a donc été observée après l'introduction du nouveau système forfaitaire, et elle s'est poursuivie tout au long de la période considérée. Les résultats de l'analyse de régression montrent également que les assurés de l'AI dépensent près de 3% de moins que ceux de l'AVS pour leur appareillage. Selon ces mêmes résultats, un appareillage binaural est en moyenne 53% plus cher qu'un appareillage monaural. En outre, les prix pratiqués sont plus élevés en Suisse alémanique qu'en Suisse romande (3% environ) et qu'au Tessin (plus de 10%). Cela dit, l'appareillage reste nettement meilleur marché à l'étranger. Dans la zone euro, par exemple, la différence de prix avec la Suisse avoisine les 28%.

Coûts globaux dans le système tarifaire (ST) et dans le système forfaitaire (SF)

G1



Source: graphique original.

Appareillage des enfants et des cas de rigueur

Les enfants et les cas de rigueur ont fait l'objet d'une analyse spécifique, car ces groupes sont soumis à des règles spéciales. En effet, les enfants et les jeunes jusqu'à 18 ans ont droit à un forfait bien plus important que celui octroyé par l'AI et l'AVS aux autres assurés, puisqu'il se monte à 2830 francs pour un appareillage monaural et à 4170 francs pour un appareillage binaural. Le forfait est versé directement à l'audioprothésiste, et tout remboursement à l'assuré est exclu si ce dernier dépense moins. Le système ne comporte donc aucune incitation financière à opter pour un appareillage d'un prix inférieur au montant forfaitaire maximal et, par conséquent, il est rare que cela arrive. Les montants maximaux plus généreux octroyés aux enfants avec le nouveau système ont induit une augmentation des coûts globaux moyens de l'appareillage (d'environ 5 %, soit 150 francs pour un appareillage monaural et 200 francs pour un appareillage binaural). Dans le nouveau système, la part remboursée par l'assurance a augmenté en moyenne de presque 700 francs, alors que la participation personnelle des assurés a baissé de près de 500 francs.

Une réglementation des cas de rigueur est prévue pour les personnes qui exercent une activité lucrative ou qui sont occupées dans d'autres domaines (p.ex. ménage, entreprise de leur conjoint, études), et pour lesquelles la fourniture d'un appareil auditif est extrêmement difficile en raison de la gravité de leur déficience auditive. Les conditions requises pour bé-

néficiar de cette réglementation sont sévèrement définies et nécessitent une justification audiologique. Si cet examen aboutit à l'identification d'un cas de rigueur, l'AI finance les coûts d'un appareillage approprié, simple et adéquat qui dépassent le montant du forfait³. L'appareillage d'un cas de rigueur coûte globalement 1000 francs de plus que celui d'un assuré standard. Etant donné que l'AI prend généralement à sa charge l'entier des coûts de l'appareillage d'un cas de rigueur (et que les assurés ne paient donc rien de leur poche), les prestations de l'assurance sont plus élevées dans ce cas. Cette différence se monte, par rapport à un cas standard, à environ 3000 francs pour un appareillage monaural et à 4000 francs pour un appareillage binaural.

Progression de la concurrence

Dans la période examinée, de plus en plus de modèles sont apparus sur le marché, proposés par un nombre croissant de fabricants. Les assurés disposent donc d'une palette de choix bien plus large que dans le système tarifaire. La diversité croissante des produits, la perte de parts de marché des grands fabricants et la légère baisse des prix indiquent qu'une dynamique concurrentielle s'est installée. Cependant, la forte disposition des assurés à dépenser de leur poche et leur sensibilité limitée aux prix entravent une concurrence accrue sur le marché des appareils auditifs.

Résumé

Les conditions du marché se sont quelque peu modifiées depuis l'introduction du nouveau système. Les prix

des appareils auditifs ont baissé, tout comme les coûts moyens de l'appareillage. Cependant, le recul des prix est moins important que prévu initialement. En raison de la faible sensibilité aux prix d'une majorité des assurés, les fournisseurs ont pu répercuter en grande partie la baisse des prestations d'assurance sur les assurés, sans devoir réduire massivement leurs prix. Bien que certains assurés aient opté pour des appareils moins onéreux, le nouveau système n'a eu globalement que peu d'influence sur la disposition des assurés à dépenser de leur poche. Dans ces conditions, il semble peu probable qu'une concurrence accrue s'installe sur le marché des appareils auditifs à moyen terme.

Patrick Koch, Dr rer. pol., Institut d'études économiques Bâle (IWSB).
Mél: patrick.koch@iwsb.ch

Christoph Hirter, MSc B&Ec, Institut d'études économiques Bâle (IWSB).
Mél: christoph.hirter@iwsb.ch

Rapport de recherche

Koch, Patrick, Dominik Hauri, Christoph Hirter, Lukas Mohler, Pierre-Yves Kocher et Lukas Scheiber, *Analyse der Preise in der Hörgeräteversorgung* (en allemand, avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale n° 11/14: www.ofas.admin.ch → Pratique → Recherche → Rapports de recherche

³ Cf. Office fédéral des assurances sociales, *lettre circulaire AI n° 326*, Berne 2013.

Evaluation de l'utilisation hors étiquette dans l'assurance obligatoire des soins

Les assureurs-maladie peuvent, dans certains cas et à certaines conditions, rembourser des médicaments pour une utilisation différente de celle qui a été autorisée. En 2011, le Conseil fédéral a redéfini les dispositions applicables à l'utilisation hors étiquette. Une évaluation récente montre que les assureurs-maladie appliquent des procédures toujours plus similaires lors de l'évaluation des demandes de garantie de prise en charge des coûts. Il reste toutefois une marge d'amélioration à exploiter.



Christian Rüefli

Bureau Vatter, recherche & conseil en politique publique



Christian Bolliger

Normalement, les assureurs-maladie ne remboursent, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS), que les médicaments inscrits par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans la liste des spécialités (LS).¹ Cette liste et l'information professionnelle fournie par Swissmedic, l'organe d'autorisation et de contrôle des produits thérapeutiques en Suisse, précisent les modalités et les finalités d'usage qui donnent droit au remboursement (indication, posologie, population de patients, etc.) ainsi que le montant maximal de ce dernier. Les art. 71a et 71b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OA-

Mal) prévoient néanmoins certaines exceptions et définissent les conditions dans lesquelles les assureurs-maladie peuvent rembourser l'utilisation de médicaments en dehors du cadre prévu par la LS (utilisation hors étiquette ou *off-label use*).

Nouvelle réglementation de 2011

En 2011, dans un souci d'assurer la sécurité du droit, le Conseil fédéral a défini aux art. 71a et 71b OAMal les dispositions relatives à l'utilisation hors étiquette, alignant dans une large

mesure la réglementation sur la jurisprudence du Tribunal fédéral. Ces nouvelles dispositions transfèrent explicitement aux assureurs la responsabilité de fixer le montant du remboursement et précisent qu'un rapport adéquat doit exister entre ce montant et le bénéfice thérapeutique attendu. Les décisions des assureurs-maladie sur des cas individuels doivent par ailleurs respecter le principe d'égalité de traitement, et donc l'égalité devant la loi, mais aussi les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité au sens de l'art. 32 LAMal. Enfin, les assureurs doivent prendre leurs décisions rapidement lorsque la situation l'exige.

Pour chaque cas individuel, les assureurs se prononcent au sujet du remboursement sur la base d'une demande de garantie de prise en charge des coûts déposée par le médecin traitant (cf. graphique G1). Le service du médecin-conseil (SMC) de l'assureur compétent doit évaluer le bénéfice thérapeutique attendu du traitement proposé dans le cas d'espèce. Si l'assureur décide de procéder au remboursement du traitement, il doit en fixer le montant, sachant que celui-ci doit être dans un rapport adéquat avec le bénéfice thérapeutique attendu et qu'il ne peut dépasser le prix maximal fixé dans la LS pour le médicament en question.

Le montant du remboursement peut toutefois être moins élevé si le bénéfice thérapeutique attendu du médicament est, dans le cas d'espèce, moindre que celui associé à l'utilisation homologuée. Une réduction du prix du médicament peut également se justifier si le travail de recherche sur le médicament ou sur cette utilisation particulière n'a pas encore été mené à bien ou si les dépenses

¹ www.ofsp.admin.ch → Thèmes → Assurance-maladie → Tarifs et prix → Liste des spécialités

de marketing n'ont pas encore été engagées. En pratique, une négociation avec l'entreprise pharmaceutique peut s'avérer nécessaire, car cette dernière ne saurait être contrainte de fournir le médicament au prix que l'assureur juge adéquat. Si aucun accord n'est trouvé, il faut soit qu'un tiers (le fournisseur de prestations, p.ex.) s'acquitte de la différence, soit renoncer au traitement.

Évolutions induites

La réglementation concernant le remboursement des médicaments utilisés hors étiquette a donné lieu à des activités parmi les assureurs et l'industrie pharmaceutique². Après une période d'incertitude et de confusion de la part des assureurs, des SMC et des entreprises pharmaceutiques, ces acteurs ont développé, non seulement au sein de chaque entreprise, mais aussi au niveau des associations ou de la branche dans son ensemble, des instruments d'évaluation et des procédures de routine pour la mise en œuvre des art. 71a et 71b OAMal. Les médecins-conseils, les assureurs et les fournis-

2 Cf., p.ex., Caci, Mirela et al., « Prescription en ambulatoire de médicaments (hors LS) et/ou soumis à autorisation préalable de l'assureur », dans *Bulletin des médecins suisses* 93/34, 2012, pp. 1228-1231; Max Giger et al., « Kostenübernahme nichtgelisteter Arzneimittel », dans *Bulletin des médecins suisses* 94/9, 2013, pp. 324-326; Nicola E. Rüegsegger et Thomas D. Szucs, *Brennpunkt Off-Label-Use. Medikamente in der Grauzone: Regulierung und medizinische Realität im Widerspruch*, Berne, 2014.

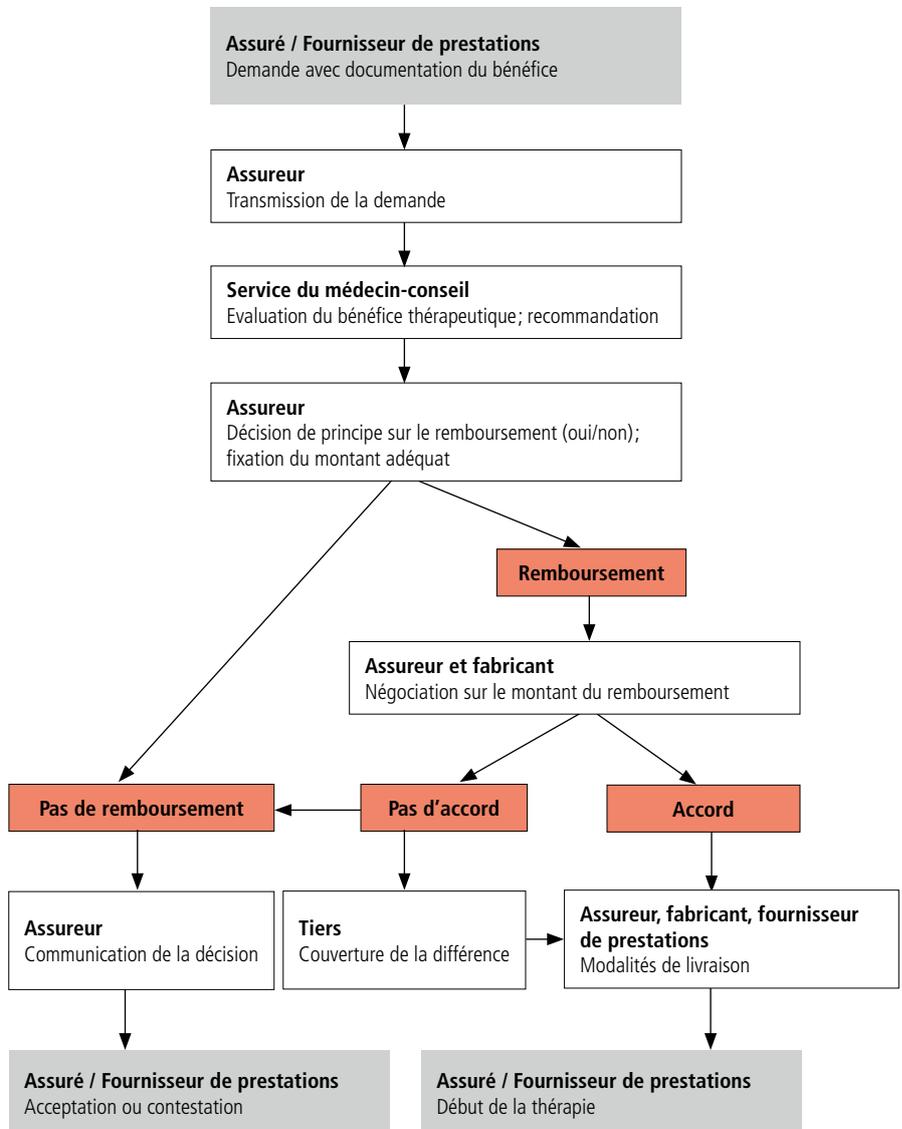
3 Seiler, Beat et al., *Therapeutischer Nutzen eines Medikaments. Bestimmung des therapeutischen Nutzens eines Medikaments nach Art. 71a/b der Verordnung zur Krankenversicherung KVV*, Berne, 2011, ainsi que Jürg Nadig, « Evidenzbasierte Nutzenbewertung: ein Modell zur Vergütung des Off-Label-Use in der Onkologie », dans *Bulletin des médecins suisses* 93/14-15, 2012, pp. 552-555.

4 Giger, Max et al., « Kostenübernahme nichtgelisteter Arzneimittel », in *Bulletin des médecins suisses* 94/9, 2013, pp. 324-326.

5 Von Stokar, Thomas et al., *Zugangsgerechtigkeit und -sicherheit bei Krebsmedikamenten im Off-Label-Use*, Zurich: Krebsliga Schweiz, 2013, de même que l'interpellation 12.3634 *Faut-il faciliter l'accès aux médicaments contre le cancer?* déposée par Pascale Bruderer Wyss, et la motion 12.3816 *Accès aux médicaments. Égalité de traitement des patients* déposée par Jean-François Steiert.

Examen d'une demande de garantie de prise en charge des coûts au sens des art. 71a et 71b OAMal

G1



Source : Bureau Vatter.

seurs de prestations ont mis au point des modèles censés garantir que le bénéfice thérapeutique d'une utilisation soit toujours évalué à l'aune des mêmes critères (état de la recherche sur le médicament concerné, efficacité, p.ex.)³. Au printemps 2013, deux de ces modèles – le modèle à neuf champs et le modèle MediScore – ont été reconnus par la Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances

(SSMC)⁴. Enfin, certains assureurs et fabricants ont conclu des accords forfaitaires sur le remboursement et la distribution de médicaments utilisés hors étiquette. L'application des art. 71a et 71b OAMal est objet de débats: Plusieurs organisations et auteurs d'interventions politiques ont critiqué les différences de traitement entre assurés et appelé à une harmonisation de la pratique en la matière⁵.

Objectifs et méthodes de l'enquête

Dans ce contexte, l'OFSP a fait réaliser en 2013 une évaluation externe⁶, dont l'objectif était d'analyser la mise en œuvre des art. 71a et 71b OAMal et les dépenses qui en ont résulté pour les assureurs, de lister les améliorations et les difficultés rencontrées, et d'identifier les possibilités d'action des assureurs ou de l'OFSP pour améliorer la situation. L'évaluation devait d'abord examiner si les *conditions d'un accès égal* à des thérapies efficaces sont réunies, sachant que l'analyse devait se concentrer sur les procédures d'examen des assureurs et non sur la qualité des décisions individuelles. L'idée était de déterminer dans quelle mesure on peut observer un rapprochement des procédures et des critères utilisés lors de l'évaluation des cas individuels chez chaque assureur et entre les divers assureurs. L'évaluation devait ensuite examiner, en lien avec le critère d'*économicité* de l'AOS, la question de la fixation des prix. Elle devait enfin déterminer si *les décisions sont prises en temps utile* et dans quelle mesure la nouvelle réglementation est *applicable*.

Une enquête écrite réalisée auprès de l'ensemble des assureurs-maladies pratiquant l'AOS et de leurs SMC a permis d'identifier la pratique des assureurs en la matière et les difficultés qu'ils ont rencontrées. 78 % des assureurs et 46 % des SMC, représentant dans les deux cas 94 % des personnes soumises à l'assurance obligatoire en Suisse⁷, ont répondu à l'enquête. Pour approfondir certains points, les chercheurs ont mené dix entretiens avec des représentants des fournisseurs de prestations, de l'industrie pharmaceutique, des SMC et des organisations de patients. L'étude a porté sur la pratique des assureurs entre mars 2011 (date de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions) et juin 2013.

Résultats

Sur la base des réponses recueillies lors de l'enquête, on peut estimer entre 6000 et 8000 par an en Suisse le nombre de demandes de garantie de prise en charge des coûts au sens des art. 71a et 71b OAMal. Cette projection se fonde sur les données de 28 assureurs-maladie représentant environ 89 % des assurés en Suisse. La plupart des demandes concernent des traitements dans le domaine de l'oncologie. Les assureurs ne sont pas tous confrontés à la même fréquence à la problématique des demandes de remboursement d'utilisations hors étiquette.

Egalité d'accès à des thérapies efficaces

La première question traitée est celle de savoir dans quelle mesure l'examen des cas s'opère de manière standardisée et favorise ainsi l'égalité devant la loi. Les résultats obtenus sont les suivants :

- Chez la plupart des assureurs et des SMC, une seule unité centralisée est compétente pour l'évaluation des demandes de garantie de prise en charge, alors que les décisions sont prises de manière décentralisée, par exemple au niveau des unités régionales, chez une minorité d'assureurs. La répartition des tâches entre médecins-conseils et assureurs n'est pas identique partout. Des efforts pour un traitement centralisé des demandes s'observent dans tous les SMC.
- Presque tous les SMC utilisent des modèles pour l'évaluation des bénéfices thérapeutiques, le modèle à neuf champs et le modèle MediScore étant de loin les plus fréquemment utilisés sur la période examinée. Les SMC utilisent également d'autres modèles et s'appuient souvent sur leurs propres expériences. Certains médecins-conseils et fournisseurs de presta-

tions contestent la pertinence des modèles d'évaluation et de leur application.

- Les données de 26 assureurs fournissent des informations sur la proportion de demandes approuvées. Les grands assureurs – comptant au moins 100 000 assurés et représentant au total environ 80 % des assurés en Suisse – approuvent entre 70 et 90 % des demandes, tandis que les plus petits assureurs – comptant moins de 100 000 assurés – présentent un taux d'approbation compris entre 50 et 100 %. La cause de refus la plus fréquente est une estimation trop faible du bénéfice thérapeutique. Comme les données des assureurs reposent principalement sur des estimations, il n'est pas possible de déterminer de manière concluante dans quelle mesure cette dispersion est le reflet de divergences dans les pratiques d'évaluation.

Les conditions d'un accès égal aux thérapies hors étiquette se sont nettement améliorées depuis l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. Le développement de nouveaux instruments et de nouvelles procédures de routine concernant l'évaluation de ces critères a permis de renforcer la convergence entre les SMC et les assureurs. Cependant, faute d'une généralisation et d'une application systématique de ces instruments et de ces procédures, l'évaluation du bénéfice thérapeutique et la fixation du montant du remboursement présentent toujours des différences notables en pratique.

6 Christian R effli et Christian Bolliger, *Off-Label-Use in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Evaluation der Umsetzung von Artikel 71a und 71b KVV*, Berne : OFSP, 2014 (www.ofsp.admin.ch) → L'OFSP → Evaluation → Rapports,  tudes → Assurance-maladie

7 Certains SMC – p.ex. celui de l'association de réassurance des petits et moyens assureurs (RVK) – travaillent pour plusieurs assureurs. C'est ce qui explique que la proportion d'assurés couverts soit la même alors que le taux de réponse des SMC est plus faible que celui des assureurs.

Montants remboursés et économicité de l'AOS

Dans la plupart des cas, le remboursement se négocie au cas par cas entre l'assureur et le fabricant. De nombreux assureurs ont toutefois conclu des accords forfaitaires avec des entreprises pharmaceutiques concernant des médicaments spécifiques pour des thérapies spécifiques. Quelques assureurs renoncent relativement souvent ou presque toujours à une négociation sur les prix et acceptent donc de rembourser les médicaments au prix maximal fixé dans la LS.

Si certains assureurs – représentant un peu plus de la moitié des assurés – ne remboursent que rarement ou jamais le prix maximal fixé dans la LS, d'autres – représentant environ 40 % des assurés – acceptent de rembourser le prix maximal du médicament dans plus de la moitié des cas d'utilisation hors étiquette. La raison la plus fréquemment invoquée pour le remboursement du prix maximal est le coût trop élevé d'une négociation par rapport au coût du traitement lui-même. S'il arrive fréquemment que l'assureur n'arrive pas à faire valoir sa demande de réduction de prix auprès de l'entreprise pharmaceutique, il est rare de devoir renoncer à une thérapie faute d'accord entre l'assureur et le fabricant. C'est également rare qu'un tiers s'acquitte de la différence après l'échec d'une négociation.

Selon les données reçues des assureurs, la durée moyenne d'examen des demandes est de près d'une semaine. Les fournisseurs de prestations interrogés font toutefois souvent état de durées d'examen plus longues. C'est notamment le cas lorsque les demandes de garantie de prise en charge ne fournissent pas suffisamment d'informations pour l'évaluation du bénéfice thérapeutique ou lorsque des négociations doivent être menées avec le fabricant sur le remboursement de la thérapie. Certains assureurs ont pu réduire la durée et le coût de traitement des demandes de prise en charge en mettant en place des procédures in-

ternes de routine, en créant des bases de connaissance et en signant des accords avec des entreprises pharmaceutiques.

Les conditions organisationnelles et la pratique des différents assureurs s'avèrent ainsi, dans l'ensemble, conformes au critère d'économicité de l'AOS. Les assureurs s'efforcent de vérifier systématiquement si les conditions d'un remboursement sont réunies et d'adapter le montant de ce remboursement au bénéfice thérapeutique attendu. Il arrive toutefois, dans un nombre non négligeable de cas, que les assureurs en viennent à rembourser le prix maximal soit parce qu'ils n'ont pas entamé de négociations sur le prix soit parce que l'entreprise pharmaceutique refuse toute réduction de prix. Un potentiel d'optimisation existe en la matière, bien que les assureurs soient en position de faiblesse dans les négociations avec les entreprises pharmaceutiques.

Accès en temps utile aux thérapies et applicabilité de la réglementation

Les divers acteurs portent un jugement différencié et ambivalent sur la question de l'accès en temps utile aux thérapies hors étiquette. Il est rare que la durée de traitement des demandes soit excessive et il n'existe aucune indication faisant état de patients qui auraient vu leur état de santé se détériorer du fait de la longueur de la procédure. Il n'en demeure pas moins que la durée de traitement des demandes pourrait être réduite chez plusieurs assureurs : d'une part, certains assureurs peuvent encore améliorer leur organisation interne des procédures, d'autre part, les assureurs critiquent parfois la qualité des informations contenues dans les demandes de garantie de prise en charge des coûts, un facteur important pour un traitement rapide des demandes.

Sur la base de l'expérience acquise à ce jour, les personnes interrogées portent un jugement plutôt résér-

vé sur l'applicabilité des art. 71a et 71b OAMal. Des informations lacunaires dans les demandes de garantie de prise en charge des coûts altèrent l'appréciation du bénéfice thérapeutique et ralentissent la procédure d'examen. La distribution et la facturation des médicaments sont également une source de problèmes et d'insatisfactions.

Conclusions

L'entrée en vigueur des art. 71a et 71b OAMal a apporté plusieurs améliorations dans le domaine de l'utilisation des médicaments hors étiquette. Le recours plus fréquent à des modèles confère à l'évaluation du bénéfice thérapeutique un caractère plus systématique, ce qui a permis d'harmoniser la pratique des divers acteurs, d'améliorer la transparence et la compréhension des décisions et de développer une pratique de routine. Le cadre juridique relatif au montant du remboursement a été précisé, ce qui a facilité les négociations entre assureurs et entreprises pharmaceutiques quelque peu. Il reste toutefois une marge d'amélioration à exploiter dans ce domaine.

Principaux problèmes lors de la mise en œuvre

Outre des aspects administratifs et organisationnels, l'évaluation a identifié trois problèmes principaux qui entravent une mise en œuvre efficace des art. 71a et 71b OAMal :

- Les assureurs et les SMC estiment que le contenu informatif des demandes de garantie de prise en charge des coûts est souvent insuffisant, ce qui complique l'évaluation du bénéfice thérapeutique, nécessite une instruction plus poussée et peut allonger la procédure de traitement.
- L'évaluation des bénéfices thérapeutiques au cas par cas se heurte à des problèmes méthodologiques fondamentaux, qui, selon nombre

de SMC, ne peuvent être entièrement résolus par le recours aux modèles existants.

- En l'absence d'accord avec l'entreprise pharmaceutique concernée, l'assureur ne peut pas toujours faire valoir le montant du remboursement qu'il a lui-même fixé. Certaines entreprises se montrent peu coopératives.

Améliorations possibles

L'évaluation a identifié diverses possibilités pour améliorer la mise en œuvre des art. 71a et 71b OAMal:

- **Amélioration de la qualité des informations dans les demandes de garantie de prise en charge des coûts:** La pertinence des informations contenues dans les demandes de garantie de prise en charge des coûts est essentielle à la qualité de l'évaluation des bénéfices thérapeutiques par les SMC. Elle facilite le travail d'instruction et permet de réduire la durée de traitement des demandes. L'utilisation d'un formulaire standard et d'une base de connaissance commune pourrait soutenir les fournisseurs de prestations à rédiger les demandes.
- **Centralisation accrue de la compétence pour l'évaluation du bénéfice thérapeutique:** La réduction

du nombre de personnes et de services chargés de l'évaluation du bénéfice thérapeutique contribue à l'uniformisation des évaluations et améliore l'égalité d'accès aux thérapies hors étiquette. Un potentiel d'optimisation reste à exploiter sur ce plan chez certains assureurs et SMC. Plusieurs personnes interrogées ont suggéré, comme solution alternative à une centralisation accrue au sein de chaque assureur ou SMC, de confier l'évaluation du bénéfice thérapeutique à un comité d'experts indépendants.

- **Harmonisation de la méthodologie pour évaluer le bénéfice thérapeutique:** Une harmonisation plus poussée de l'évaluation du bénéfice thérapeutique permettrait d'améliorer les conditions d'un traitement égal et l'applicabilité lors de la mise en œuvre. Différentes mesures en ce sens peuvent être prises par les acteurs de la branche ou imposées par la Confédération de manière réglementaire. Il serait aussi utile de procéder à une évaluation systématique et comparative des différents modèles d'évaluation du bénéfice thérapeutique.
- **Harmonisation de la méthodologie pour déterminer le montant du remboursement en fonction du bénéfice thérapeutique:** L'adoption par tous les assureurs d'une métho-

dologie commune pour déterminer le montant du remboursement en fonction du bénéfice thérapeutique attendu réduirait les coûts de mise en œuvre et conduirait à des résultats plus homogènes. Une telle réglementation pourrait être édictée au niveau de la branche ou dans un cadre réglementaire (OAMal, LS).

- **Modification de la réglementation relative au remboursement dans l'OAMal:** La réglementation du remboursement peut être mieux imposée et son caractère contraignant serait amélioré si l'OAMal citait expressément, sous une forme appropriée, les entreprises pharmaceutiques parmi les destinataires des normes et précisait de manière plus explicite qu'un prix plus modique peut être appliqué aux utilisations hors étiquette en fonction du bénéfice thérapeutique attendu.

Christian Rüefli, lic. rer. soc., directeur
du Bureau Vatter, recherche & conseil
en politique publique, Berne.
Mél: ruefli@buerovatter.ch

Christian Bolliger, Dr. rer. soc., chef de
projet, Bureau Vatter, recherche & conseil
en politique publique, Berne.
Mél: bolliger@buerovatter.ch

Classification des hôpitaux: nouvel algorithme pour la comparaison entre établissements

Comment comparer entre eux des hôpitaux quant à leur qualité et à leur économicité? Dans ce qui suit, on décrit un algorithme permettant de définir des groupes homogènes sur le plan des coûts et des risques, et donc aptes à servir de base pour une comparaison entre établissements. A la différence de la typologie hospitalière existante de l'Office fédéral de la statistique, le modèle présenté ici est dynamique et peut aussi s'appliquer à des sites hospitaliers individuels.



Kris Haslebacher
Office fédéral de la santé publique

Les prestations et traitements proposés par les hôpitaux doivent à la fois présenter une haute qualité et revenir le moins cher possible. Afin de contrôler dans quelle mesure ces critères sont remplis, les indicateurs

d'économicité et de qualité des différents hôpitaux doivent être comparables entre eux. Pour cela, il faut tenir compte de ce que les hôpitaux ne traitent pas tous la même patientèle, n'offrent pas tous une gamme de prestations semblable et ne disposent pas tous de la même infrastructure. Des comparaisons fondées sur des indicateurs non corrigés statistiquement présentent donc souvent des distorsions systématiques, pouvant conduire à des conclusions erronées.

Pour améliorer la transparence et les possibilités de pilotage du système de santé, il faut donc que les indicateurs des différents hôpitaux soient comparables. L'article qui suit présente une méthode permettant de définir sept catégories d'hôpitaux pour les soins soma-

tiques aigus, à l'intérieur desquelles une comparaison des coûts moyens normalisés par cas¹ est possible².

Contrairement à la typologie hospitalière existante de l'Office fédéral de la statistique (OFS; voir encadré en fin d'article), le modèle nouvellement développé présente l'avantage de s'appliquer aussi bien à des groupes d'hôpitaux qu'à des sites hospitaliers individuels.

Sur la base des trois indicateurs *Casemix-Index (CMI; mesure de la gravité moyenne des cas hospitalisés), nombre de DRG dans l'hôpital (Diagnosis Related Groups, groupes de cas par diagnostic, ci-après: DRG) et proportion de high outliers sur l'ensemble des cas de l'hôpital (proportion de séjours stationnaires dépassant la durée limite, ci-après: PHO)*, il est possible d'assigner chaque hôpital à l'une des sept catégories. Pour cela, les indicateurs de l'hôpital sont comparés à des valeurs seuils calculées préalablement, dans le cadre d'un arbre décisionnel (voir graphique **G1**).

La définition de ces seuils est dynamique, c'est-à-dire que, pour une période donnée, ils peuvent aussi bien être calculés *ex ante* que recalculés *ex post*. Cela garantit, d'une part, que des changements structurels du système hospitalier se reflètent dans la typologie, par le biais des valeurs seuils des indicateurs. D'autre part, cela confère à la méthode une certaine robustesse vis-à-vis d'éventuelles velléités de manipulation de la part des hôpitaux, qui pourraient être tentés d'atteindre tout juste un certain seuil afin de se placer dans une autre catégorie.

L'algorithme présenté ici est le résultat des plusieurs itérations de développement, le but étant de produire une typologie présentant, au sujet de l'économicité (définie opérationnellement comme le coût moyen normalisé par cas), un pouvoir explicatif³ maxi-

1 Coût moyen normalisé par cas = $(1/CMI) \times \text{coût moyen par cas}$

2 Une autre condition pour que la comparaison ait un sens, c'est une certaine homogénéité des coûts à l'intérieur du groupe considéré. Pour la catégorie hospitalière 5 du moins (voir tableau T1 et commentaire), cette condition n'est actuellement pas remplie.

3 Le pouvoir explicatif de cette typologie sur le coût moyen normalisé par cas, avec un R2 ajusté d'environ 0,35 pour l'année 2012, est à peu près égal à celui de la typologie hospitalière de l'OFS. Sources des données pour ces calculs: Statistique médicale des hôpitaux 2012 et Données économiques par cas 2012: www.bfs.admin.ch → Thèmes → 14 - Santé → Prestations et → recours aux services → Hôpitaux → Données détaillées → Tableaux standards → 2010-2013

mal pour un nombre minimal de catégories d'hôpitaux. Cette méthode de classification fondée sur des seuils et un arbre décisionnel mise délibérément sur une logique dont l'application soit aussi simple que possible, une fois les seuils définis.

Outre le choix des indicateurs, l'évaluation de la méthode a porté sur le nombre de seuils nécessaire par indicateur et sur la possibilité de regrouper certaines catégories d'hôpitaux.

L'algorithme

Le but était de développer un algorithme par lequel chaque hôpital n puisse être assigné de façon univoque à une catégorie d'hôpitaux au moyen de M facteurs de catégorisation. Pour cela, on commence par diviser chaque facteur de catégorisation en un certain nombre d'intervalles qui ont du sens et permettront de placer chaque hôpital dans un sous-groupe k pour ce facteur. En combinant les sous-groupes obtenus pour chacun des M facteurs de catégorisation, on obtient une catégorie d'hôpitaux pouvant comporter au maximum $\prod_{m=1}^M K_m$ catégories. En fusionnant certaines des combinaisons possibles, on peut réduire encore ce nombre, pour autant que ces regroupements se justifient par la nature des choses.

La détermination des différents sous-groupes relatifs à un facteur de catégorisation donné s'effectue par la méthode dite *k-means clustering* ou partitionnement en *k-moyennes*⁴. Cette méthode consiste à minimiser la somme des carrés des distances entre les valeurs observées et le centre de gravité de leur cluster (sous-groupe provisoire) respectif. Pour le présent algorithme, ce calcul a été effectué au moyen du logiciel statistique *R* et selon la méthode appliquée par *Hartigan et Wong*⁵.

Pour chaque facteur de catégorisation, on commence à définir un seuil au-delà duquel une observation est considérée comme aberrante

(*outlier*) et n'interviendra pas dans la détermination des sous-groupes. Cette étape est nécessaire, sans quoi la méthode de clustering produit pour certaines variables des sous-groupes ne comportant dans les cas extrêmes qu'un seul hôpital. À l'examen du corpus de données utilisé, il est vite apparu qu'une règle automatique et simple pour identifier les valeurs aberrantes n'aurait rien donné d'utile. Les seuils pour les valeurs aberrantes ont donc été définis heuristiquement.

Calcul des valeurs seuils des différents facteurs de catégorisation

Après convergence de l'algorithme *k-means*, on détermine les limites entre les intervalles contenant les clusters, et ces limites servent ensuite de seuils. La limite entre les intervalles de deux clusters voisins est décrite par la formule suivante :

$$\frac{\left(\begin{array}{l} \text{valeur la plus haute} \\ \text{de celles observées} \\ \text{dans le cluster dont} \\ \text{les valeurs sont} \\ \text{plus basses} \end{array} \right) + \left(\begin{array}{l} \text{valeur la plus} \\ \text{basse de celles} \\ \text{observées dans} \\ \text{le cluster dont} \\ \text{les valeurs sont} \\ \text{plus hautes} \end{array} \right)}{2}$$

- **Seuils pour le CMI:** Pour le CMI, on calcule au total deux valeurs seuils (définissant trois sous-groupes). La procédure de clustering prend en compte les valeurs de tous les hôpitaux, sauf de ceux qui présentaient un CMI > 1,5 (valeurs aberrantes).
- **Seuil pour les DRG:** On calcule ici un seuil unique (ce qui donne deux sous-groupes). La procédure de clustering n'est pas appliquée à l'ensemble des hôpitaux, mais seulement à ceux qui présentent un CMI supérieur au premier seuil de la variable CMI. Ce filtrage correspond à la fusion de certains sous-groupes et correspond à la seconde

étape décisionnelle dans le graphique **G1**.

- **Seuil pour la PHO:** Pour la PHO également, on calcule un unique seuil (d'où deux sous-groupes). Après exclusion des *outliers* (PHO > 0,15), la procédure de clustering ne prend en compte que les valeurs des hôpitaux qui :
 - présentent un CMI supérieur au premier seuil de la variable CMI;
 - traitent davantage de DRG différents que le seuil défini pour la variable DRG.

Ce filtrage obéit lui aussi à la logique de la fusion de sous-groupes.

Fusions de sous-groupes

Une fois calculés tous les seuils, on obtient les sept catégories d'hôpitaux, en procédant donc selon le schéma du graphique **G1**. Pour clarifier la situation, prenons un petit exemple hypothétique. Supposons que les valeurs seuils des trois facteurs de catégorisation ont été calculées *ex ante* et que l'on a obtenu les valeurs suivantes :

- Seuils supposés :
- CMI 0,60 ; 0,97
 - DRG 360
 - PHO 0,05

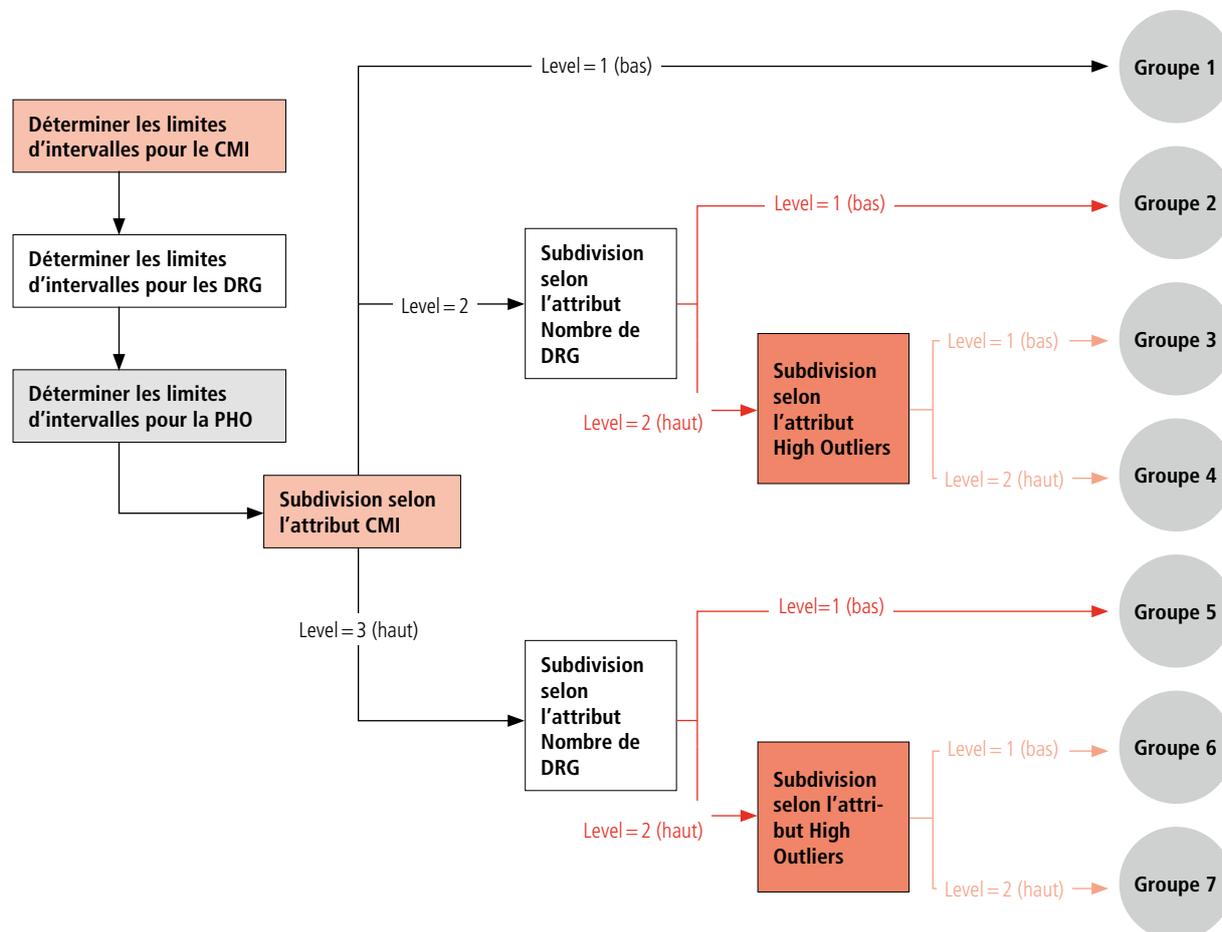
L'hôpital hypothétique n présente un CMI de 0,71, 402 DRG différents et une PHO de 2%. Dans le classement selon l'attribut CMI, cet hôpital se place entre le premier et le second seuil, c'est-à-dire dans le sous-groupe du milieu (Level 2), ce qui signifie que l'on suit la branche moyenne de l'arbre décisionnel. Ensuite, on compare l'attribut DRG de l'hôpital avec la valeur seuil. Comme 402 est supé-

4 Comme centroïdes initiaux pour amorcer l'algorithme, on a choisi les moyennes des sous-groupes définis par les quantiles. Pour $k = 2$, les deux sous-groupes dont on a calculé la moyenne respective étaient donc séparés par la médiane; pour $k = 3$, les sous-groupes étaient séparés par les tertiles, pour $k = 4$ par les quartiles, etc.

5 Hartigan, John A. et Manchek A. Wong, « A k-means clustering algorithm », dans *Applied Statistics* 28, 1979, pp. 100-108.

Arbre décisionnel pour la catégorisation des hôpitaux de soins aigus

G1



rieur à 360, on suit la branche inférieure de l'arbre décisionnel (Level 2). Pour le troisième attribut, on a $2\% < 5\%$, c'est-à-dire que notre hôpital hypothétique se place dans la catégorie 3.

Résultats

A titre de test, sur la base des données de la « Statistique médicale des hôpitaux 2012 » de l'OFS,⁶ on a calculé les seuils à l'aide de l'algorithme présenté ici, en se limitant aux hôpi-

taux de soins aigus. Les seuils obtenus étaient :

- CMI 0,60; 0,97
- DRG 360
- PHO 0,05

Ces seuils ont ensuite pu être utilisés pour ranger dans une des catégories tous les hôpitaux (anonymisés) figurant dans la statistique des « Données économiques par cas 2012 » de l'OFS. A la différence de la Statistique médicale, la statistique par cas ne considère que les données d'environ la moitié des hôpitaux de soins aigus. En revanche, elle contient des indications sur les coûts par cas effectifs, ce qui permet de présenter des chiffres-clés par catégorie d'hôpitaux (voir tableau T1).

Les coûts par cas augmentent de manière continue de la catégorie 1 à la catégorie 7. Fait exception la catégorie 5, dont les hôpitaux présentent un CMI élevé mais seulement très peu de DRG. Par sa définition, cette catégorie comprend de nombreuses cliniques spécialisées offrant des gammes de prestations très diverses, dont l'algorithme présenté ici ne permet pas une prise en compte suffisante. Ce fait se reflète également dans la valeur plus élevée du coefficient de dispersion des quartiles pour cette catégorie. Les coûts par cas des établissements de cette catégorie sont moins uniformes qu'ils ne le sont dans les autres catégories. La valeur la plus élevée des coûts par cas se trouve dans la catégorie 7, qui correspond pour l'essentiel aux hôpitaux universitaires.

⁶ Les facteurs de catégorisation nécessaires à l'algorithme ont été obtenus en groupant les cas à l'aide du SwissDRG-Groupier 2012 V 1.0.

Statistique descriptive par catégorie d'hôpitaux

T1

Catégorie d'hôpitaux	Nombre d'hôpitaux	Médiane des CMNC*	Coeff. de dispersion des quartiles**
1	8	7232	0,18
2	37	8734	0,12
3	31	8735	0,08
4	5	8834	0,15
5	9	10323	0,42
6	5	9382	0,12
7	5	11351	0,12

* Médiane des coûts moyens normalisés par cas, en francs, sur les hôpitaux de la catégorie

** Quantification de l'hétérogénéité des coûts = (3^e quartile – 1^{er} quartile)/médiane

Source: calculs de l'auteur.

Utilisation

L'OFSP utilise la méthode exposée dans le graphique **G1** pour ses comparaisons entre établissements. Les bases de données nécessaires à cet effet sont mises à disposition par l'OFS. L'OFS soutient la démarche, il tient à jour et calcule les données de base pour la catégorisation des hôpitaux. L'OFSP et l'OFS se concertent sur la méthodologie et sur son perfectionnement.

Kris Haslebacher, MSc Economics, économiste de la santé, Section Gestion des données et statistique, OFSP.

Mél: kris.haslebacher@bag.admin.ch

La typologie de l'OFS

Contrairement à la typologie présentée ici, celle de l'OFS ne met pas l'accent sur la comparaison entre établissements, mais sur l'ensemble de la gamme des prestations dans le domaine stationnaire. Aussi n'englobe-t-elle pas seulement les hôpitaux de soins somatiques aigus, mais aussi les cliniques psychiatriques et de réadaptation.

La typologie de l'OFS est employée surtout pour permettre de regrouper les établissements de structure comparable dans les statistiques sur les services de santé. Cette utilisation peut se faire aussi bien dans une perspective transversale que longitudinale. En conséquence, la typologie OFS doit être aussi stable que possible sur la durée. D'autres critères importants sont la compatibilité avec des nomenclatures statistiques nationales et internationales ainsi que le caractère simple et compréhensible des différentes catégories.

Depuis l'introduction de la méthode en 2006, la typologie de l'OFS se base sur les caractères suivants: l'étendue de l'offre de prestations, la spécialisation des prestations, la pondération des catégories de perfectionnement professionnel proposées ainsi que le volume total des prestations.

La typologie hospitalière actuelle de l'OFS comprend les catégories suivantes:

K	Hôpitaux	K1	Hôpitaux de soins généraux	K11	Prise en charge centralisée	K111	Niveau de prestations 1 (hôpitaux universitaires)
						K112	Niveau de prestations 2
				K12	Soins de base	K121	Niveau de prestations 3
						K122	Niveau de prestations 4
						K123	Niveau de prestations 5
		K2	Cliniques spécialisées	K21	Cliniques psychiatriques	K211	Niveau de prestations 1
						K212	Niveau de prestations 2
				K22	Cliniques de réadaptation	K221	Cliniques de réadaptation
				K23	Autres cliniques spécialisées	K231	Chirurgie
						K232	Gynécologie/néonatalogie
						K233	Pédiatrie
						K234	Gériatrie
						K235	Cliniques spécialisées diverses

Résultats des comptes 2014 de l'AVS, de l'AI et du régime des allocations pour perte de gain (APG)

L'AVS a bouclé sur un résultat d'exploitation de 1707 millions de francs (résultat de répartition de -320 millions de francs). A fin 2014 le capital de l'AVS s'est élevé à 44 788 millions de francs. Suite au financement additionnel pour l'AI (relèvement temporaire de la TVA) et à la loi fédérale sur l'assainissement de l'AI (contribution spéciale de la Confédération aux intérêts de la dette), l'AI bénéficie de recettes supplémentaires (1291 millions de francs). La contribution de la Confédération se calcule depuis 2014 selon le nouveau mécanisme de financement de l'AI et correspond à 38,6 % des dépenses. Les dépenses AI ont enregistré une baisse (-0,6 %). Le résultat d'exploitation de l'AI a atteint 922 millions de francs, ce qui a permis d'amortir la dette de l'AI qui atteint 12 843 millions de francs fin 2014. Le résultat d'exploitation pour les APG a atteint 170 millions de francs. Le fonds APG s'est élevé à fin 2014 à 968 millions de francs. Les cotisations en 2014 (AVS, AI, APG) ont augmenté de 1,4 % passant à 36 750 millions de francs.

Secteur Mathématiques, domaine Mathématiques, analyses et statistiques
Office fédéral des assurances sociales

Assurance-vieillesse et survivants (AVS)

Produits

Les recettes de l'assurance (en excluant le produit des placements et les intérêts sur la dette de l'AI) ont progressé de 1,4 % par rapport à l'année précédente, pour atteindre 40 546 millions de francs en 2014 (2013: 39 989 millions de francs). Les recettes de l'assurance proviennent des cotisations des assurés et des employeurs, de la contribution de la Confédération, des recettes de la TVA, de l'imposition du produit des maisons de jeu en faveur de l'AVS, du produit des actions récursives. La hausse des recettes s'explique principalement par l'augmentation des cotisations des assurés et des employeurs. Ces dernières

ont atteint 29 942 millions de francs, en hausse de 1,4 %. Les recettes provenant des cotisations ont permis de couvrir au total 73,3 % des dépenses AVS (73,9 % en 2013).

La contribution de la Confédération, fixée à 19,55 % des dépenses annuelles de l'AVS (cf. art. 103 LAVS), s'est élevée à 7 989 millions de francs, soit 2,2 % de plus que l'année précédente. La Confédération a pu couvrir le 37,1 % (2013: 38,5 %) de sa contribution par des recettes à affectation fixe dont 2 487 millions de francs provenant de l'impôt sur le tabac et l'alcool et 476 millions provenant de la part de la Confédération (17 %) sur le pour-cent de TVA prélevé en faveur de l'AVS pour des raisons démographiques. Le montant restant (5 026 millions de francs) a été couvert par des ressources générales de

la Confédération, soit 217 millions (ou 4,5 %) de plus que l'année précédente.

Les recettes de la TVA provenant du pour-cent démographique (83 % en faveur de l'AVS et 17 % à la Confédération) se sont élevées à 2 323 millions de francs (+0,2 %).

Les recettes de l'imposition du produit des maisons de jeu en faveur de l'AVS, se chiffrant à 285 millions de francs, ont diminué par rapport à l'année précédente (-7,3 %). Le produit des actions récursives s'est élevé à 6 millions de francs (-17,3 %).

Charges

Les dépenses de l'AVS ont atteint 40 866 millions de francs, soit une hausse de 2,2 % par rapport à 2013 (2013: 39 976 millions de francs). Elles comprennent, d'une part les prestations en espèces, et d'autre part, les frais pour les mesures individuelles, les subventions aux institutions, les frais d'instruction et d'administration.

Les prestations en espèces, soit principalement les rentes, ont enregistré une hausse de 2,2 % et ont atteint 40 483 millions de francs. La progression des dépenses liées aux rentes (+2,2 %) s'explique par l'augmentation de l'effectif des rentes en raison de la croissance démographique. Les prestations en espèces comprennent également les allocations pour impotents de l'AVS (550 millions de francs, +0,7 %) et le remboursement de cotisations à des étrangers (69 millions de francs, +7,7 %).

Dans les autres domaines (frais pour les mesures individuelles, subventions à des organisations, frais d'instruction et d'administration), les dépenses ont atteint un montant de 384 millions de francs (2013: 376 millions, +2,1 %).

Résultat d'exploitation de l'AVS et capital de l'AVS

L'AVS a terminé l'année avec un résultat de répartition négatif (les recettes

Compte d'exploitation de l'AVS en 2014

T1

Recettes	Montants en francs	Variation en %
Cotisations des assurés et des employeurs	29 942 037 945	1,4
Contribution de la Confédération (19,55 % dépenses AVS)	7 989 367 523	2,2
Produits de la TVA	2 323 331 752	0,2
Impôts sur les jeux	285 326 966	-7,3
Recettes d'actions récursoires	6 154 893	-17,3
Paiements de tiers responsables	7 296 212	-13,3
Frais des actions récursoires	-1 141 319	17,3
Autres produits	279 791	-84,9
Total des recettes d'assurance	40 546 498 870	1,4
Dépenses		
Prestations en espèces	40 482 505 181	2,2
Rentes ordinaires	40 702 469 989	2,8
Rentes extraordinaires	11 290 358	-5,9
Transfert et remboursement de cotisations pour des étrangers	68 831 882	7,7
Allocations pour impotents	549 836 742	0,7
Secours aux Suisses à l'étranger	98 950	-10,7
Prestations à restituer	-850 022 740	37,7
Frais pour mesures individuelles	72 791 462	8,6
Moyens auxiliaires	71 372 538	6,8
Contribution d'assistance	1 418 925	765,7
Subventions à des organisations	113 721 195	-0,5
Organisations pour l'aide à la vieillesse	97 221 195	1,7
Aides fin. ind. aux personnes âgées (PS)	16 500 000	0,0
Aides fin. ind. aux survivants (PJ)	0	-100,0
Frais d'instruction	11 920 116	14,5
Frais d'administration	185 392 089	0,6
Taxes postales	20 710 847	-14,1
Frais LAVS	102 358 565	1,3
Offices AI (prestations à charge de l'AVS)	17 528 250	3,4
Subsides aux caisses cantonales	12 352 504	6,0
Frais de gestion Fonds de compensation AVS, quote-part	32 441 924	6,0
Total des dépenses	40 866 330 043	2,2
Résultat de répartition (recettes moins les dépenses)	-319 831 173	
Produits des placements et intérêts chargés à l'AI	2 027 017 628	126,7
Résultats des placements, quote-part	1 751 710 138	188,6
Intérêts chargés à l'AI	275 307 490	-4,1
Résultat d'exploitation (y c. produits des placements et intérêts)	1 707 186 454	88,1
Capital	44 787 572 699	4,0

de l'assurance moins les dépenses, sans les produits du capital ni les intérêts sur la dette de l'AI. Il a en effet atteint -320 millions de francs, alors qu'il était pratiquement équilibré en 2013, puisqu'il se chiffrait à 14 millions de francs.

En 2014, les produits des placements se sont élevés à un montant de 1752 millions de francs (607 millions de francs en 2013). Grâce aux produits des placements et aux intérêts chargés à l'AI en faveur de l'AVS de 275 millions de francs (-4,1 %, la baisse des montants d'intérêts s'expliquant par une dette de l'AI envers l'AVS réduite par le fait d'amortissements), le résultat d'exploitation permet à l'AVS de clore l'exercice 2014 avec un excédent de 1707 millions de francs (2013: 908 millions de francs).

Après les excédents enregistrés de 2011 à 2013 et le transfert de 5000 millions de francs au début 2011 du Fonds de compensation AVS à l'AI (voir partie Assurance-invalidité), le capital de l'AVS s'est élevé à fin 2013 à 43 080 millions de francs. Grâce à l'excédent enregistré en 2014, le capital de l'AVS a atteint 44 788 millions de francs (+ 4,0 %), ce qui correspond à 109,6 % des dépenses de l'année (2013: 107,8 %). La condition posée à l'art. 107, al. 3, LAVS, selon laquelle le Fonds de compensation ne doit pas, en règle générale, tomber au-dessous du montant des dépenses annuelles, est donc remplie une nouvelle fois. Mais si l'on déduit les fonds prêtés à l'AI, soit 12 843 millions de francs (2013: 13 765 millions de francs), l'AVS dispose d'un montant de 31 945 millions de francs (2013: 29 315 millions de francs), ce qui correspond à 78,2 % des dépenses annuelles (2013: 73,3 %).

Assurance-invalidité (AI)

Produits

Les recettes de l'assurance (toutes les recettes sans le produit des placements) ont augmenté de 1,3 % par rapport à l'année précédente et ont atteint 9 939 millions de francs (2013: 9 814 mil-

lions de francs). Les cotisations (assurés et employeurs) ont atteint 5018 millions de francs, en hausse de 1,4 %.

Jusqu'en 2013, la contribution de la Confédération correspondait au 37,7 % des dépenses annuelles de l'AI (contribution ordinaire) selon l'art. 78 LAI. Dès 2014, la contribution de la Confédération se calcule selon le nouveau mécanisme de financement de l'assurance-invalidité adopté dans le cadre de la 6^{ème} révision AI, 1^{er} volet (art. 78 LAI). Désormais, la contribution de la Confédération ne suit plus l'évolution des dépenses AI mais est liée, en partant du niveau de sa contribution 2010/2011 (moyenne arithmétique entre 2010 et 2011), à l'évolution des recettes de la TVA avec prise en compte d'un facteur d'escompte afin d'atténuer la contribution de la Confédération, les recettes de la TVA ayant tendance à s'accroître plus rapidement que les dépenses AI. La contribution de la Confédération suite au nouveau mécanisme financier s'est élevée à un montant de 3576 millions de francs en 2014 et a représenté 38,6 % des dépenses (3508 millions de francs en 2013, +1,9 %).

Le financement additionnel de l'AI prévoit une augmentation temporaire de la TVA pour une période de sept ans, soit un relèvement du taux de la TVA de 7,6 % à 8 % (taux normal) depuis le 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2017, en faveur de l'AI. Ainsi, les recettes de TVA supplémentaires ont atteint le montant de 1 119 millions de francs en 2014, en hausse de 0,2 % par rapport à l'année précédente.

La loi fédérale sur l'assainissement de l'AI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, prévoit, pendant la période de relèvement de la TVA, que la Confédération supporte la charge annuelle des intérêts de la dette, en dérogation à l'art. 78 de la LAI. En 2014, la Confédération a participé, en plus de sa part comprise dans la contribution ordinaire, au solde du paiement des intérêts de la dette de l'AI envers l'AVS pour un montant de 172 millions de francs (montant des intérêts dus: 275 millions de francs).

Au 1^{er} janvier 2011, un fonds distinct a été créé pour l'AI, séparé de celui de l'AVS. Du Fonds de compensation AVS

Compte d'exploitation de l'AI en 2014

T2

Recettes	Montants en francs	Variation en %
Cotisations des assurés et des employeurs	5 018 092 309	1,4
Contrib. Confédération (dès 2014 selon nouv. mécanisme financier)	3 576 000 000	1,9
Produits de la TVA (2011–2017)	1 119 365 016	0,2
Contribution spéciale Confédération intérêts dette AI	171 516 566	-4,1
Recettes d'actions récursoires	53 724 375	-8,9
Paiements de tiers responsables	62 377 117	-8,1
Frais des actions récursoires	-8 652 743	-2,9
Autres produits	35 176	-88,4
Total des recettes d'assurance	9 938 733 442	1,3
Dépenses		
Intérêts à charge de l'AI	275 307 490	-4,1
Prestations en espèces	6 506 943 839	-1,2
Rentes ordinaires, y.c. arrérages	5 008 097 612	-2,8
Rentes extraordinaires y.c. arrérages	765 301 765	3,7
Indemnités journalières	518 298 327	5,7
Allocations pour impotents	427 395 892	1,2
Secours aux Suisses à l'étranger	904 729	-11,5
Prestations à restituer	-245 479 494	-2,8
Part de cotisations à charge de l'AI	32 425 007	5,8
Frais pour mesures individuelles	1 648 704 895	1,8
Mesures médicales	778 716 275	-1,0
Mesures d'intervention précoce	38 577 819	18,2
Mesures de réinsertion	45 287 379	10,7
Mesures d'ordre professionnel	557 000 041	2,1
Moyens auxiliaires	201 222 644	3,7
Frais de voyage	5 748 091	1,6
Contribution d'assistance	31 376 321	43,3
Prestations à restituer	-9 223 676	20,1
Subventions aux organisations	145 377 410	-3,7
Subventions aux constructions	-1 533 187	
Subventions aux organisations	133 860 597	-2,9
Subvention à Pro Infirmis	13 050 000	-1,5
Frais d'instruction	177 704 548	8,4
Mesures d'instruction	157 686 072	8,3
Frais et dépens	20 018 476	9,1
Frais d'administration	500 160 534	0,0
Taxes postales	481 1828	-10,1
Frais de gestion administrative	35 084 722	2,9
Amortissement immeubles Offices AI	1 610 874	0,2
Offices AI (y compris SMR)	453 865 263	-1,1
Frais de gestion du fonds, quote-part	5 035 798	8,9
Remboursements de frais	-247 950	-94,2
Total des dépenses	9 254 198 716	-0,6
Résultat de répartition	684 534 726	34,6
Résultat des placements, quote-part	237 799 732	206,9
Résultat d'exploitation (y.c. produits des placements)	922 334 458	57,3
Capital	5 000 000 000	0,0
Perte reportée	12 843 040 034	-6,7

a été transféré un montant de 5 000 millions de francs au Fonds AI. Le report de la dette de l'AI (état au 31 décembre 2010, 14 944 millions de francs) qui est inscrit au bilan du Fonds de compensation de l'AVS est inscrit au passif du Fonds de compensation AI.

Charges

Les dépenses de l'AI ont diminué de 0,6 % par rapport à l'année précédente. Elles ont atteint 9 254 millions de francs (2013: 9 306 millions de francs).

Les prestations en espèces, ont constitué le 70,3 % des dépenses de l'AI pour un montant de 6 507 millions de francs, en baisse de 1,2 %. Les prestations en espèces comprennent principalement les rentes AI, les indemnités journalières, les allocations pour impotents. Les versements des rentes (y compris les arriérés et les remboursements) ont atteint à eux seuls un montant de 5 528 millions de francs (59,7 % des dépenses). Ces versements sont en baisse de 2,0 %. Les indemnités journalières (518 millions de francs), avec les cotisations patronales dues sur ces dernières (32 millions de francs) ont connu une augmentation de 5,7 %. Ici, la hausse devrait être presque exclusivement due à un recours plus fréquent à cette prestation, car des indemnités journalières sont versées durant l'exécution des mesures de réinsertion, sur lesquelles un fort accent a été mis. Les dépenses d'allocations pour impotents (427 millions de francs) ont augmenté de 1,2 %.

Les frais des mesures individuelles ont augmenté de 1,8 %, atteignant 1 649 millions de francs (17,8 % des dépenses de l'AI). Les frais des mesures médicales se sont élevés à 779 millions de francs, en baisse de 1,0 %. Les coûts des mesures d'intervention précoce, de réinsertion et d'ordre professionnel ont atteint un montant de 641 millions de francs, en hausse de 3,5 %. Les dépenses pour les moyens auxiliaires ont augmenté de 3,7 %.

Les frais d'instruction (+8,4 %) et les frais d'administration (0 %) ont augmenté de 2 % au total. Les frais des services médicaux régionaux (SMR) sont comptabilisés depuis 2010 dans les frais

d'administration (frais des offices AI, y compris les SMR), ce qui correspond mieux à l'organisation institutionnelle de l'assurance. Les frais des offices AI, y c. les SMR, ont diminué de 0,9 %. Dans les frais d'administration, figurent les frais de gestion du Fonds AI, frais qui s'élèvent à 5 millions de francs (création du Fonds AI indépendant du Fonds AVS au 1^{er} janvier 2011).

Les intérêts que l'AI doit payer sur la dette au Fonds de compensation AVS se sont élevés à 275 millions de francs (-4,1 %). La dette cumulée de l'AI envers l'AVS s'élevait à un montant de 12 843 millions de francs à fin décembre 2014 (13 765 millions de francs à fin 2013).

Résultat d'exploitation de l'AI et niveau du compte de capital

Grâce aux recettes supplémentaires liées au financement additionnel de l'AI et à la loi fédérale sur l'assainissement de l'AI (**augmentation temporaire de la TVA et contribution spéciale de la Confédération** aux intérêts de la dette de l'AI pendant la période de relèvement de la TVA) qui ont totalisé un montant de 1 291 millions de francs, les recettes de l'AI ont pu couvrir le 107,4 % de ses dépenses. Sans ces recettes supplémentaires, les recettes AI auraient couvert le 93,4 % des dépenses. Le résultat de répartition de l'AI a été positif à 685 millions de francs (509 millions de francs en 2013).

Les produits des placements sur le compte de capital des 5 000 millions de francs (238 millions de francs) ont conduit à un résultat d'exploitation de l'AI de 922 millions de francs (2013: 586 millions de francs). En 2014, l'AI a été en mesure d'utiliser son excédent de 922 millions de francs afin de réduire sa dette à l'égard de l'AVS qui est passée de 13 675 millions de francs (fin 2013) à 12 843 millions de francs à fin 2014.

Allocations pour perte de gain (APG)

Produits

Pour rappel, le taux de cotisation aux APG a été relevé de 0,2 point, passant

de 0,3 % à 0,5 % (cotisations paritaires) à partir du 1^{er} janvier 2011, et ce pour une durée de cinq ans. Ce relèvement du taux de cotisation doit permettre que le versement des prestations par le régime des APG soit garanti et que les prescriptions légales sur les avoirs du Fonds de compensation soient à nouveau remplies à fin 2015 (les avoirs du fonds APG en liquidités et en placements ne doivent pas être inférieurs au 50 % des dépenses annuelles). Assumé à parité par les employeurs et par les salariés, ce relèvement temporaire doit permettre au fonds de disposer à nouveau de réserves requises par la loi. Le Conseil fédéral décidera dans le courant de l'année 2015 si le taux de cotisations APG est maintenu à 0,5 %.

Les recettes des cotisations (assurés et employeurs), d'un montant de 1 790 millions de francs ont connu en 2014 une augmentation de 1,4 %.

Charges

Les dépenses APG liées aux prestations en espèces – allocations perte de gain pour l'armée, protection civile, Jeunesse et Sport, service civil, allocations de maternité – ont progressé de 1,9 %, atteignant 1 666 millions de francs (2013: 1 635 millions).

Les prestations APG en cas de maternité ont progressé de 2013 à 2014 de 4,8 %, le nombre de mères indemnisées de 3,9 %, l'allocation moyenne par mère de 1,5 % (source: Registre des APG 2014). Les prestations en cas de maternité ont représenté 49,2 % de l'ensemble des prestations en espèces et sont estimées à 819 millions de francs. Les dépenses d'allocation APG en cas de service (armée, protection civile, service civil, J+S), soit 50,8 % des dépenses, ont diminué au total de 0,8 % et sont estimées à 846 millions de francs. Ce sont les indemnités versées en cas de service dans l'armée (628 millions de francs) et dans la protection civile (53 millions de francs), qui ont diminué, respectivement, de 3,7 % et de 1,2 %, le nombre de jours d'indemnités ayant baissé de 4,5 % (armée) et de 1,1 % (protection civile). Dans le service civil, le montant des prestations a progressé de 12 %, pour un to-

Compte d'exploitation des APG en 2014**T3**

Recettes	Montants en francs	Variation en %
Cotisations des assurés et des employeurs	1 790 345 818	1,4
Autres produits	1 420	-6,9
Total des recettes d'assurance	1 790 347 238	1,4
Dépenses		
Prestations en espèces	1 665 524 477	1,9
Allocations perte de gain	1 589 533 957	1,9
Prestations à restituer	-206 188 887	4,7
Part de cotisations à charge des APG	96 609 407	1,6
Frais d'administration	2 938 199	-6,0
Taxes postales	846 036	-12,2
Frais LAPG	1 270 619	-16,2
Frais de gestion du fonds, quote-part	821 545	26,8
Total des dépenses	1 668 462 677	1,8
Résultat de répartition	121 884 561	-4,7
Résultats des placements, quote-part	47 951 314	263,1
Résultat d'exploitation (y c. produits des placements)	169 835 875	20,4
Avoir en capital	967 769 201	21,3

tal de 152 millions de francs (hausse des jours indemnisés de 14 %).

Les frais d'administration (2,9 millions de francs) ont diminué de 6,0 % (les frais LAPG art. 29 ont diminué de 16,2 %, les frais de gestion du fonds ont augmenté de 26,8 %).

Résultat d'exploitation APG et niveau du Fonds APG

Le résultat de répartition de l'assurance était de 122 millions de francs. En tenant compte des produits des placements de 48 millions de francs (13 millions de francs en 2013), le résultat d'exploitation a atteint 170 millions de francs (+20,4 %). Ce résultat permet au Fonds APG d'atteindre un capital de 968 millions de francs, en hausse de 21,3 % (798 millions de francs en 2013). A fin 2014, les avoirs du Fonds APG en liquidités et placements représentaient 47,1 % (37,3 % en 2013) des dépenses annuelles. Ce taux est en augmentation, mais reste inférieur aux 50 % des dépenses annuelles selon l'art. 28, al.3 de la LAPG.

Produits et charges 2014 (2013) des assurances sociales (synthèse)

Avec des recettes pour les trois assurances sociales (AVS, AI et APG) d'un montant de 52 276 millions de francs et des dépenses de 51 789 millions de francs, le résultat de répartition total atteint 487 millions de francs en 2014.

Les trois assurances ont réalisé un montant de 2 037 millions de francs à titre de produits de placements. Compte tenu encore des intérêts sur la dette de l'AI d'un montant de 275 millions de francs, le résultat d'exploitation global positif pour les trois assurances s'élève à 2 799 millions de francs.

Produits et charges 2014 des assurances sociales, résultat de répartition et d'exploitation et comparaison avec 2013
(en millions de francs)

	AVS 2014	2013	AI 2014	2013	APG 2014	2013	Total 2014
Produits (sans le produit des placements ni les intérêts de la dette de l'AI)	40 546	39 989	9 939	9 814	1 790	1 766	52 276
Charges	40 866	39 976	9 254	9 306	1 668	1 638	51 789
Résultat de répartition	-320	14	685	509	122	128	487
Produit des placements	1 752	607	238	77	48	13	2 037
Intérêts de la dette de l'AI	275	287					275
Résultat d'exploitation	1 707	908	922	586	170	141	2 799
Compte de capital	44 788	43 080	5 000	5 000	968	798	50 755
Dette AI			12 843	13 765			

Assurances sociales

14.4134 Motion Pezzatti Bruno du 10.12.2014: Allocations de formation professionnelle. Mettre un terme à la bureaucratie

Le conseiller national Bruno Pezzatti (FDP/ZG) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement les bases légales nécessaires à la création d'un registre des attestations certifiant qu'une personne est en formation. Le registre sera rattaché au registre des allocations familiales. Cette mesure a pour objectif, grâce à la transmission électronique des données, de supprimer des processus bureaucratiques fastidieux et inutiles et de lutter contre les abus. Les établissements de formation (écoles professionnelles, hautes écoles et écoles du secondaire II) devront annoncer automatiquement les ayants droit au registre. Le Conseil fédéral examinera en outre dans quelle mesure d'autres assurances sociales versant des allocations de formation pourraient avoir accès au registre (en particulier l'AVS, le deuxième pilier, l'AI et les assurances-accidents).»

Proposition du Conseil fédéral du 11.2.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

Assurance-invalidité

14.4256 Postulat Schenker Silvia du 12.12.2014: Méthode de calcul du taux d'invalidité. Faire en sorte que les personnes à bas revenus ne soient plus pénalisées

La conseillère nationale Silvia Schenker (PS/BS) a déposé le postulat suivant:

«Le Conseil fédéral est chargé d'exposer dans un rapport la méthode de calcul du taux d'invalidité dans l'assurance-invalidité qui permettrait de

faire en sorte que le système actuel ne pénalise plus certaines personnes.»

Proposition du Conseil fédéral du 18.2.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter le postulat.

14.4266 Postulat Hess Lorenz du 12.12.2014: Assurance-invalidité. Allègements fiscaux et système d'incitation pour une meilleure réadaptation professionnelle des personnes handicapées

Le conseiller national Lorenz Hess (PBD/BE) a déposé le postulat suivant:

«Le Conseil fédéral est chargé d'établir un rapport dans lequel il exposera comment un système d'incitation coordonné et efficace pour les employeurs ou d'autres mesures fiscales ou financières en faveur des entreprises peuvent permettre une meilleure réadaptation professionnelle des bénéficiaires d'une rente AI. Le suivi de la réadaptation doit se faire en collaboration avec les partenaires sociaux.»

Proposition du Conseil fédéral du 11.2.2015

Le Conseil fédéral propose d'accepter le postulat.

Egalité

14.4167 Motion Leutenegger Oberholzer Susanne du 11.12.2014: Quotas hommes/femmes. Pourquoi la Confédération ne montre-t-elle pas l'exemple?

La conseillère nationale Susanne Leutenegger Oberholzer (PS/BL) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est invité à faire en sorte que le pourcentage minimal de 30 % d'hommes et de femmes qu'il propose dans son projet de révision du Code des obligations (Droit de la société anonyme) de rendre obligatoire dans les conseils d'administration des sociétés cotées en Bourse, soit mis en œuvre dans les organes dirigeants des

institutions appartenant en totalité ou en majorité à la Confédération (entreprises, institutions de surveillance, etc.) au prochain renouvellement intégral de ces organes au plus tard. Il imposera par ailleurs la même valeur cible dans l'effectif des cadres de l'administration fédérale, en mettant à profit chaque départ.»

Proposition du Conseil fédéral du 11.2.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

Famille, générations et société

14.3785 Motion Tschäppät Alexander du 24.9.2014: Commission fédérale pour les questions liées au vieillissement et aux relations entre les générations

Le conseiller national Alexander Tschäppät (PS/BE) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé d'instituer une commission fédérale, conformément aux articles 57 à 57g LOGA, pour les questions liées au vieillissement et aux relations entre les générations. La commission devra notamment comprendre des représentants des villes.»

Proposition du Conseil fédéral du 18.2.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

14.4115 Postulat Regazzi Fabio du 10.12.2014: Faire vérifier par une commission indépendante les thèses défendues par la fondation Santé sexuelle Suisse quant au développement sexuel de l'enfant et de l'adolescent

Le conseiller national Fabio Regazzi (PDC/TI) a déposé le postulat suivant:

«Dans les réponses qu'il fait aux interpellations Regazzi 14.3421 et Streiff-Feller 14.3419 consacrées à la campagne Love Life 2014, le Conseil

fédéral estime que les images sexualisées de cette campagne «ne sont pas susceptibles de porter préjudice aux mineurs et ... n'ont pas d'influence sur leur développement sexuel». Il s'appuie sur l'opinion de «formateurs en éducation sexuelle» de la fondation Santé sexuelle Suisse (SSS), avec lesquels l'Office fédéral de la santé publique travaille depuis plusieurs années dans le domaine de la prévention du VIH et d'autres IST (infections sexuellement transmissibles) et dans celui de l'éducation sexuelle, par exemple au Centre de compétences «Education sexuelle à l'école» de la Haute école pédagogique de Lucerne, aujourd'hui fermé. Or, les théories relatives au développement psychosocial de l'enfant et de l'adolescent sur lesquelles la SSS fonde les prestations qu'elle propose en matière de prévention et d'éducation sexuelle sont très controversées dans le milieu des experts. Aussi demandons-nous au Conseil fédéral de faire vérifier ces thèses par une commission d'experts indépendante en particulier de la SSS et composée de médecins, de psychologues du développement et de spécialistes en pédagogie générale, et de présenter les conclusions de cette commission sous la forme d'un rapport.»

Proposition du Conseil fédéral du 11.2.2015

Le Conseil fédéral propose d'accepter le postulat.

14.4252 Motion Trede Aline du 12.12.2014: Secrétariat d'Etat pour les questions familiales

La conseillère nationale Aline Trede (Les Verts/BE) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de créer un secrétariat d'Etat pour les questions familiales.»

Proposition du Conseil fédéral du 11.2.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

14.4161 Motion Trede Aline du 11.12.2014: Congé parental

La conseillère nationale Aline Trede (Les Verts/BE) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de présenter un projet de loi qui prévoit un congé parental de 18 mois dont 6 mois au minimum pourront être pris par le père.»

Proposition du Conseil fédéral du 18.2.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

Politique sociale

14.4070 Motion Groupe vert'libéral (Porte-parole Weibel, Thomas) du 4.12.2014: Loi-cadre sur l'aide sociale

Le Groupe vert'libéral du Conseil national a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de présenter un projet de loi-cadre concise sur l'aide sociale en vue de renforcer la légitimité démocratique des directives appliquées, sans toutefois élargir les prestations. La loi-cadre doit en outre permettre d'éliminer les effets de seuil, qui dissuadent les personnes concernées d'intégrer le monde du travail, et de réduire les doublons au sein de l'administration.»

Proposition du Conseil fédéral du 18.2.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

Santé publique

14.4025 Motion du Groupe socialiste (Porte-parole Feri Yvonne) du 26.11.2014: La prévention de la violence domestique. Une mission de santé publique

Le Groupe socialiste du Conseil national a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de faire de la violence domestique une priorité de la politique nationale de la santé.»

Proposition du Conseil fédéral du 11.2.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

14.4026 Postulat du Groupe socialiste (Porte-parole Amarelle Cesla) du 26.11.2014: Prise en charge médicale des cas de violence domestique. Politiques et pratiques cantonales et opportunité d'un mandat explicite dans la LAVI

Le Groupe socialiste du Conseil national a déposé le postulat suivant:

«Le Conseil fédéral est chargé de faire un état des lieux des politiques et pratiques cantonales en matière de prise en charge médicale des cas de violence domestique et d'analyser l'opportunité de consacrer un mandat explicite en la matière dans la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI).»

Proposition du Conseil fédéral du 11.2.2015

Le Conseil fédéral propose d'accepter le postulat.

14.4165 Postulat Lehmann Markus du 11.12.2014: Soins de longue durée. Examiner la création d'une assurance pour protéger la fortune individuelle

Le conseiller national Markus Lehmann (PDC/BS) a déposé le postulat suivant:

«Le Conseil fédéral est chargé de présenter un rapport sur une assurance obligatoire des soins de longue durée.

Il examinera en particulier:

1. les coûts supplémentaires auxquels les citoyens doivent s'attendre d'ici à 2030 (augmentation des primes d'assurance-maladie et des impôts) si le régime de financement

des soins ne change pas (coût du statu quo par personne);

2. les solutions de financement qu'il faudrait privilégier (système de capitalisation ou de répartition);
3. les effets positifs ou négatifs de ces différentes solutions (statu quo, système de capitalisation ou système de répartition) sur l'évolution des coûts pour les soins aux personnes âgées;
4. les solutions susceptibles d'être mises en œuvre sans susciter un sentiment d'injustice, à savoir notamment à partir de quel âge cotiser, à combien les cotisations doivent s'élever et, dans le système de capitalisation, le sort de l'épargne qui n'est pas nécessaire pour couvrir les coûts;
5. si une assurance obligatoire n'est pas susceptible de réunir une majorité, la possibilité d'une déduction fiscale pour les personnes qui optent pour une telle assurance, étant donné qu'une assurance des soins de longue durée fait indirectement diminuer le nombre de bénéficiaires des prestations complémentaires;
6. d'autres raisons plaidant pour une assurance obligatoire des soins de longue durée et susceptibles d'inciter les citoyens à y souscrire.»

Proposition du Conseil fédéral du 6.3.2015

Le Conseil fédéral propose d'accepter le postulat.

14.4205 Motion Feri Yvonne du 11.12.2014: Intégrer le thème de la violence domestique dans les programmes de formation et de formation continue des professionnels de la santé

La conseillère nationale Yvonne Feri (PS/AG) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé, en collaboration avec les cantons, les hautes écoles, les associations professionnelles du secteur de la santé et d'autres acteurs, de veiller à ce que:

1. le thème de la violence domestique soit traité dans le cadre de la formation initiale de tous les professionnels de la santé et soit par conséquent intégré dans le catalogue des objectifs de formation sanctionnés par un examen;
2. le thème de la violence domestique soit pris en compte dans les manuels de formation des professionnels de la santé;
3. la formation continue des professionnels de la santé dans le domaine de la violence domestique soit encouragée.»

Proposition du Conseil fédéral du 11.2.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

Travail

14.4101 Postulat Schmid-Federer Barbara du 9.12.2014: Mieux utiliser le potentiel des travailleurs âgés

La conseillère nationale Barbara Schmid-Federer (PDC/ZH) a déposé le postulat suivant:

«Dans le cadre des efforts qu'il déploie pour lutter contre la pénurie de main-d'œuvre spécialisée, le Conseil fédéral est chargé:

1. de dresser un état des lieux des formations et des formations continues que les hautes écoles spécialisées offrent aux travailleurs âgés;
2. d'examiner par quelles mesures la Confédération pourrait inciter les hautes écoles spécialisées à développer et à proposer durablement des filières d'études aux travailleurs âgés;
3. d'examiner quelles mesures supplémentaires pourraient être prises pour garantir la prise en compte des acquis des travailleurs âgés.»

Proposition du Conseil fédéral du 18.2.2015

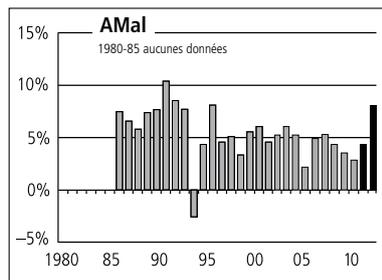
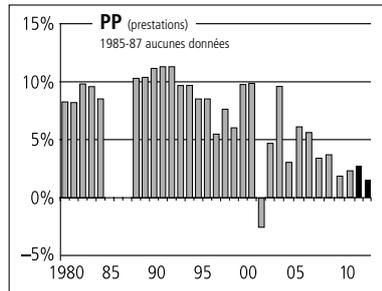
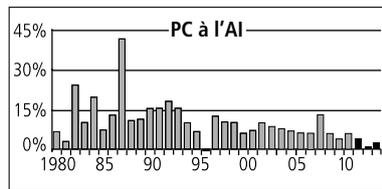
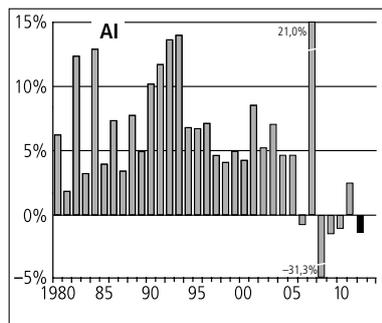
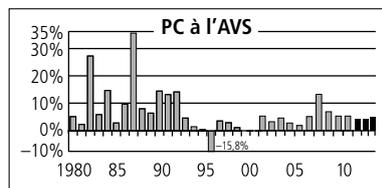
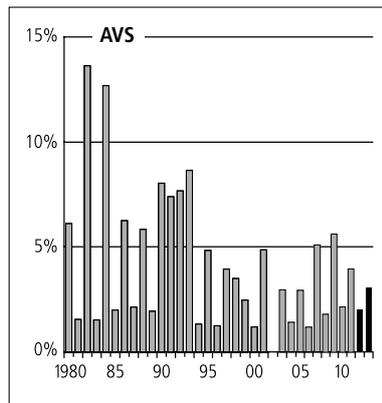
Le Conseil fédéral propose de rejeter le postulat.

Législation: les projets du Conseil fédéral (état au 31 mars 2015)

Projet: N° d'objet (Curia Vista)	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 fédérale sur la réforme de la prévoyance vieillesse 2020: 14.088	19.11.14	FF 2015, 1	CSSS-CE 15/16.1, 10.2.15 CdF-CE 29.1.15					
Modification de la loi fédérale sur les prestations complémentaires (Montants maximaux pris en compte au titre du loyer): 14.098	17.12.14	FF 2015, 805						
Loi sur le libre passage. Droits en cas de choix de la stratégie de placement par l'assuré: 15.018	11.2.15	FF 2015, 1669						
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 ; 11.9.14	CE 18.3.13, 4.3.14 (rejet du renvoi) 16.9, 22.9.14	CSSS-CN 23.5, 24/25.10.13, 20/21.2, 26/27.5, 26/27.6, 14.8.14	CN 4/5.12.13 (refus au Conseil fédéral) 10.3.14 (Adhésion = ne pas renvoyer au Conseil fédéral) 9.9, 17.9.14	26.9.14	
LAMal (Compensation des risques; séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires): 13.080	20.9.13	FF 2013, 7135	CSSS-CE 10.2.14; 15.1.15	CE 2.3.15	CSSS-CN 6/7/8.11.13			
Loi fédérale sur l'assurance- accident. Modification: 08.047	30.5.08	FF 2008, 4877 FF 2014, 7691 (Message additionnel)	CSSS-CN 20.6, 9.9, 16.10, 6/7.11.08 ; 15/16.1, 12/13.2, 26/27.3, 27.8, 9.10, 29.10.09 ; 28.1, 24.6.10 ; 13/14.11.14; 16.4, 28.5.15	CN 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)	CSSS-CE 31.1.11	CE 1.3.11 (refus du projet 1 au Conseil fédéral, oui pour la suspension du projet 2)		
Sécurité sociale. Convention avec le Brésil: 14.075	5.11.14	FF2014, 8655		CN 5.3.15				
Sécurité sociale. Convention avec l'Uruguay: 14.017	12.2.14	FF 2014, 1655	CSSS-CE 3/4.4.14	CE 13.6.14		CN 24.11.14		24.3.15
CC. Partage de la prévoyance professionnelle en cas de divorce: 13.049	29.5.13	FF 2013, 4341	CAJ-CE 1/2.7, 27.8, 14.11.13 ; 15.1, 15.5.14	CE 12.6.14	CAJ-CN 13/14.11.14 22/23.1.15			
AVSplus: pour une AVS forte. Initiative populaire: 14.087	19.11.14	FF 2014, 9083	CdF-CE 29.1.15 CSSS-CE 10.2.15					
Pour le couple et la famille – Non à la pénalisation du mariage. Initiative populaire: 13.085	23.10.13	FF 2013, 7623	CdF-CN 30/31.1.14 CER-CN 24/25.2, 7/8.4, 19/20.5, 23.6, 10.11.14	CN 10.12.14	CdF-CE 24/25.3.14; 29.1.15	CE 11.12.14; 4.3.15	18.3.15	
Imposer les successions de plusieurs millions pour financer notre AVS (Réforme de la fiscalité successorale). Initiative populaire: 13.107	13.12.13	FF 2014, 121	CER-CE 27/28.3, 25.8.14 CIP-CE 21.8.14	CE 3.6.14 (refus à la CER), 24.9.14	CER-CN 20/21.10.14	CN 8.12.14	12.12.14	
Pour un revenu de base inconditionnel. Initiative populaire: 14.058	27.8.14	FF 2014, 6303	CdF-CN 13/14.10.14 CSSS-CN 13/14.11.14					

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

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AVS

		1990	2000	2010	2013	2014	Veränderung in % VR ¹
Recettes	mio fr.	20 355	28 792	38 495	40 884	...	0,1 %
	dont contrib. ass./empl.	16 029	20 482	27 461	29 539	...	2,3 %
	dont contrib. pouv. publics	3 666	7 417	9 776	10 441	...	2,6 %
Dépenses		18 328	27 722	36 604	39 976	...	3,0 %
	dont prestations sociales	18 269	27 627	36 442	39 781	...	3,0 %
Résultat d'exploitation total		2 027	1 070	1 891	908	...	-55,2 %
Capital²		18 157	22 720	44 158	43 080	...	2,2 %
Bénéficiaires de rentes AV	Personnes	1 225 388	1 515 954	1 981 207	2 142 753	...	2,6 %
Bénéf. rentes veuves/veufs		74 651	79 715	120 623	133 343	...	3,6 %
Nombre de cotisants AVS		4 289 839	4 548 926	5 217 000	5 423 000	...	1,1 %

PC à l'AVS

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	1 124	1 441	2 324	2 605	2 712	4,1 %
	dont contrib. Confédération	260	318	599	668	696	4,2 %
	dont contrib. cantons	864	1 123	1 725	1 937	2 016	4,1 %
Bénéficiaires	(personnes, av. 1997 cas)	120 684	140 842	171 552	189 347	196 478	3,8 %

AI

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Recettes	mio fr.	4 412	7 897	8 176	9 892	...	0,0 %
	dont contrib. ass./empl.	2 307	3 437	4 605	4 951	...	2,3 %
Dépenses		4 133	8 718	9 220	9 306	...	0,1 %
	dont rentes	2 376	5 126	6 080	5 892	...	-0,8 %
Résultat d'exploitation total		278	-820	-1 045	586	...	-1,5 %
Dettes de l'AI envers l'AVS		6	-2 306	-14 944	-13 765	...	-4,1 %
Fonds AI²		-	-	-	5 000	...	0,0 %
Bénéficiaires de rentes AI	Personnes	164 329	235 529	279 527	265 120	...	-2,2 %

PC à l'AI

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	32	847	1 751	1 923	1 967	2,3 %
	dont contrib. Confédération	69	182	638	678	702	-3,6 %
	dont contrib. cantons	241	665	1 113	1 245	1 264	1,5 %
Bénéficiaires	(personnes, av. 1997 cas)	30 695	61 817	105 596	111 400	112 864	1,3 %

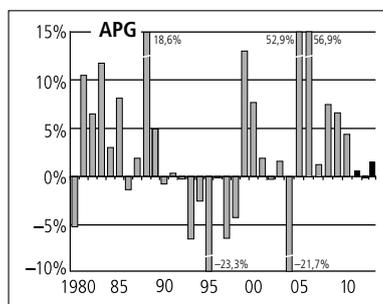
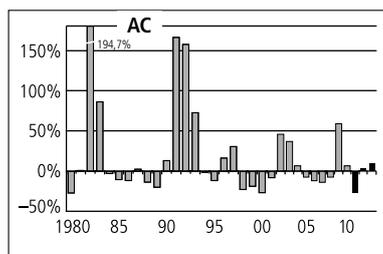
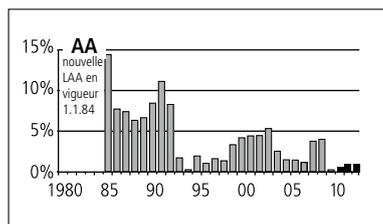
PP/2^e Pilier Source: OFS/OFAS

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Recettes	mio fr.	32 882	46 051	62 107	67 682	...	6,7 %
	dont contrib. sal.	7 704	10 294	15 782	17 334	...	2,3 %
	dont contrib. empl.	13 156	15 548	25 432	25 563	...	1,5 %
	dont produit du capital	10 977	16 552	15 603	14 227	...	-7,0 %
Dépenses		16 447	32 467	45 555	50 518	...	1,7 %
	dont prestations sociales	8 737	20 236	30 912	33 228	...	1,7 %
Capital		207 200	475 000	617 500	712 500	...	6,8 %
Bénéficiaires de rentes	Bénéf.	508 000	748 124	980 163	1 053 848	...	2,6 %

AMal Assurance obligatoire des soins

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Recettes	mio fr.	8 869	13 930	22 528	25 189	...	1,9 %
	dont primes (à encaisser)	6 954	13 442	22 051	24 984	...	2,2 %
Dépenses		8 417	14 056	22 123	25 459	...	8,0 %
	dont prestations	8 204	15 478	24 292	27 926	...	7,8 %
	dont participation d. assurés aux frais	-801	-2 288	-3 409	-3 895	...	5,1 %
Résultats des comptes		451	-126	405	-270	...	-123,7 %
Capital		5 758	6 935	8 651	12 096	...	-1,1 %
Réduction de primes		332	2 545	3 980	4 015	...	1,2 %

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AA tous les assureurs		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Recettes	mio fr.	4 181	5 992	7 863	7 629	...	0,4%
dont contrib. des assurés		3 341	4 671	6 303	6 082	...	-0,6%
Dépenses		3 259	4 546	5 993	6 338	...	2,2%
dont prestations directes avec rench.		2 743	3 886	5 170	5 503	...	2,6%
Résultats des comptes		923	1 446	1 870	1 291	...	-7,8%
Capital		12 553	27 322	42 817	48 823	...	3,5%

AC Source : seco		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Recettes	mio fr.	736	6 230	5 752	6 890	7 031	2,0%
dont contrib. sal./empl.		609	5 967	5 210	6 269	6 404	2,2%
dont subventions		-	225	536	611	618	1,2%
Dépenses		452	3 295	7 457	6 302	6 293	-0,1%
Résultats des comptes		284	2 935	-1 705	587	737	25,5%
Capital		2 924	-3 157	-6 259	-2 886	-2 149	-25,5%
Bénéficiaires ³	Total	58 503	207 074	322 684	296 151	...	6,1%

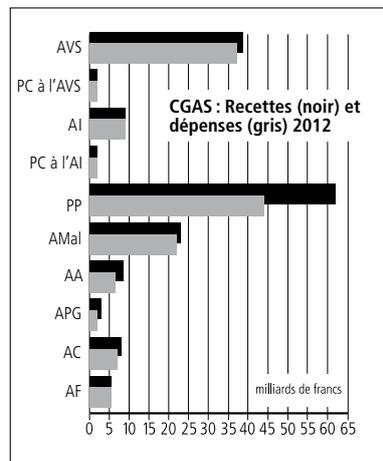
APG		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Recettes	mio fr.	1 060	872	1 006	1 779	...	1,5%
dont cotisations		958	734	985	1 766	...	2,3%
Dépenses		885	680	1 603	1 638	...	2,0%
Résultat d'exploitation total		175	192	-597	141	...	-4,5%
Capital		2 657	3 455	412	798	...	21,5%

AF		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Recettes	mio fr.	2 689	3 974	5 074	5 736	...	5,0%
dont agric.		112	139	149	130	...	-6,3%

Compte global des assurances sociales (CGAS*) 2013

Branches des assurances sociales	Recettes mio fr.	TM 2011/2012	Dépenses mio fr.	TM 2011/2012	Résultats des comptes mio fr.	Capital mio fr.
AVS (CGAS)	40 722	2.1%	39 976	3.0%	746	43 080
PC à l'AVS (CGAS)	2 605	3.2%	2 605	3.2%	-	-
AI (CGAS)	9 871	1.1%	9 306	0.1%	565	-8 765
PC à l'AI (CGAS)	1 923	0.6%	1 923	0.6%	-	-
PP (CGAS) (estimation)	67 682	6.7%	50 518	1.7%	17 164	712 500
AMal (CGAS)	25 189	2.3%	25 459	5.7%	-270	12 096
AA (CGAS)	7 629	0.4%	6 338	2.2%	1 291	48 823
APG (CGAS)	1 777	2.4%	1 638	2.0%	138	798
AC (CGAS)	6 890	-1.0%	6 302	8.7%	587	-2 886
AF (CGAS)	5 736	5.0%	5 626	3.5%	110	1 314
Total consolidé (CGAS)	169 331	3.7%	148 998	3.0%	20 332	806 960

* 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	2005	2009	2010	2011	2012
Taux de la charge sociale ⁴ (indicateur selon CGAS)	25,3%	26,2%	25,9%	25,9%	26,4%	26,8%
Taux des prestations sociales ⁵ (indicateur selon CGAS)	19,1%	21,4%	21,0%	20,7%	20,5%	20,8%

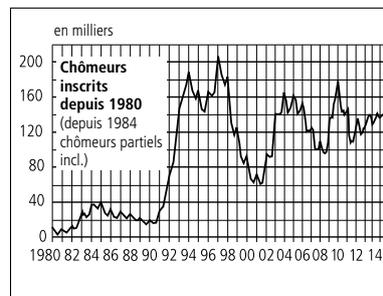
Chômeurs(es)

	Ø 2012	Ø 2013	Ø 2014	Jan 15	Feb 15	März 15
Chômeurs enregistrés	125 594	136 524	136 764	150 946	149 921	145 108
Taux de chômage ⁶	2,9%	3,2%	3,2%	3,5%	3,5%	3,4%

Démographie

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

	2013	2015	2020	2030	2040	2050
Rapport dépendance <20 ans ⁷	33,0%	32,9%	33,2%	35,0%	34,3%	34,0%
Rapp. dép. des pers. âgées ⁷	29,5%	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 milliards de francs de l'AVS à l'AI.

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

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

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

6 Chômeurs enregistrés par rapport à la population résidente active.

7 Rapport entre les personnes âgées de 0 à 19 ans et les personnes actives.

Rapport entre les rentiers et les personnes actives.

Personnes actives : de 20 ans jusqu'à l'âge de la retraite (H 65/F 64).

Calendrier

Réunions, congrès, cours

Date	Manifestation	Lieu	Renseignements et inscriptions
6-7.5.2015	Congrès 2015 du Graap – Maladies psychiques : vie affective, sexualité et désir d'enfants	Casino de Montbenon, Lausanne	Groupe romand d'action et d'accueil psychiatrique (GRAAP) http://fondation.graap.ch/ → qu'offrons-nous → congrès
21.5.2015	Journée d'études 9 ^e « Work in Progress » en études genre	Haute école de travail social, HES-SO, Sierre	www.hes-so.ch
21-22.5.2015	3 ^e Conférence nationale Jeunes et violence – Quel avenir pour la prévention de la violence en Suisse ?	Lugano	www.jeunesetviolence.ch → mise en réseau → conférences nationales → Lugano 2015
27.5.2015	Défis professionnels dans le champ de la vieillesse – Journée de réflexions de la Haute école de travail social et de la santé	Auditoire A321, EESP, chemin de Abeilles 14, Lausanne	www.eesp.ch/defis
3-5.6.2015	Congrès de la Société Suisse de Sociologie – Dynamiques collectives, (dé-)régulations sociales et espaces publics	Université de Lausanne	http://wp.unil.ch/sss-congres2015
4-5.6.2015	Colloque de Morat 2015 : Entre normes et créativité ; le grand écart ?	Hôtel Bad Muntelier am See, Muntelier-Murten	Association professionnelle pour l'éducation sociale et la pédagogie spécialisée (Integras) www.integras.ch
2.7.2015	Symposium « Autonomie et responsabilité » de l'Académie Suisse des Sciences Médicales	Berne	www.samw.ch/fr
25-27.8.2015	Congrès INSOS – Construire l'avenir. Conséquences de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées sur la demande des offres institutionnelles (cf. présentation ci-dessous)	Flims	www.insos.ch/ événements
3-4.9.2015	3 ^e Congrès de la Société suisse de travail social – Les transitions dans le travail social	Toni-Areal, Zurich	www.sgsa-ssts.ch/fr
10-11.9.2015	Conférence européenne de l'insertion par l'économie 2015. ESIE : un modèle pour lutter contre la pauvreté ? (cf. présentation ci-dessous)	Haute Ecole spécialisée du Nord-Ouest de la Suisse (FHNW), Olten	Traductions simultanées : D / F / E www.socialfirmsconference.ch
1.10.2015	Colloque national : Accès au désendettement pour les pauvres – procédure d'annulation des dettes restantes, une solution pour la Suisse ?	Haute Ecole spécialisée FHNW, Olten	Traductions simultanées en D et F. www.forum-schulden.ch

Construire l'avenir

La ratification, en 2014, de la Convention des Nations Unies relative

aux droits des personnes handicapées revêt une grande importance pour faire avancer des paradigmes comme l'inclusion, la participation

et l'autodétermination. Elle met les institutions du monde du handicap au défi de développer leurs structures, leurs processus et leurs offres de prestations en fonction des besoins des personnes en situation de handicap.

Comment faire participer des personnes en situation de handicap aux processus décisionnels ? Quel est le rôle du leadership dans une responsabilité partagée ? Et quel est le rôle des coopérations sur la voie vers l'inclusion, la participation et l'autodétermination ? C'est sur ces questions, et sur bien d'autres encore, que les conférencières et les conférenciers prendront position lors du Congrès d'INSOS à Flims.

Entreprises sociales d'insertion par l'économie

Le nombre de personnes exclues du marché du travail a augmenté ces dernières années, avec pour conséquence une hausse des situations précaires et du nombre de personnes pauvres. En parallèle, l'intégration professionnelle a gagné en importance dans la lutte contre la pauvreté. Les entreprises sociales sont considérées comme un acteur primordial dans ce processus. A quel point participent-elles à la lutte contre la pauvreté et quels sont leurs défauts ? Ces questions et d'autres seront au cœur des interventions, discussions et ateliers de la Conférence européenne de l'insertion par l'économie 2015. Le but étant de développer des stratégies payantes de lutte contre la pauvreté dans un dialogue entre la pratique, la politique et la recherche. Soutenue par le Programme national de lutte contre la pauvreté, la manifestation s'adresse aux spécialistes actifs dans des entreprises sociales, les politiques, l'administration et les milieux de la recherche suisses et européens.

Livres

Assurances sociales

Frésard-Fellay Ghislaine, Kahil-Wolff Bettina et Perrenoud Stéphanie. **Droit suisse de la sécurité sociale. Volume II.** 2015, Editions Stämpfli, Bern. 156 francs. ISBN: 978-3-7272-2395-2.

Le droit de la sécurité sociale revêt une importance qui n'a cessé de croître ces dernières années. Cette matière se distingue par son étendue, sa complexité ainsi que par les fréquents changements dont elle fait l'objet afin de lui permettre de rester en adéquation avec les besoins sociaux. Cet ouvrage est un instrument de travail, axé sur la pratique. Les principaux régimes d'assurances sociales y sont présentés de manière systématique: le cercle des personnes assurées, les éventualités couvertes, les prestations versées et leurs conditions/modalités d'octroi, l'organisation administrative, financière et contentieuse. Le Volume I contient: les aspects généraux, l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (AVS/AI), la prévoyance professionnelle, les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité, l'assurance-chômage, la coordination des régimes et d'autres systèmes d'indemnisation. Le Volume II porte, quant à lui, sur: l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, la procédure et le contentieux, la coordination européenne des systèmes de sécurité sociale.

Assurance invalidité

Fracheboud Virginie. **Introduction de l'assurance invalidité en Suisse. Tensions au cœur de l'Etat social.** 2015, Editions Antipodes, Lausanne. 214 pages. 32 francs. ISBN: 978-2-88901-064-6.

En 1960, la Suisse est l'un des derniers pays d'Europe à se doter d'une assurance invalidité. Celle-ci garantit des rentes et un soutien pour la réinsertion professionnelle des personnes

en situation de handicap, comblant ainsi une lacune importante dans le dispositif de sécurité sociale. L'ouvrage revient sur les débats intenses dont le projet d'assurance-invalidité a été l'objet entre 1944 et 1960 sur la scène politique helvétique. Alors que les cercles conservateurs sont bien décidés à ne pas précipiter la réalisation de cette nouvelle branche d'assurance, une partie importante de la population et des milieux politiques se prononce pour la mise en place d'une couverture du risque invalidité par l'Etat fédéral.

Analysant les interactions entre l'introduction de l'assurance invalidité, le développement de l'assurance vieillesse et survivants et la pérennisation des allocations pour perte de salaire et de gain destinées aux militaires, cette étude fondée sur une documentation inédite apporte un regard nouveau sur la place de l'invalidité dans le champ de la protection sociale.

Ferreira Cristina. **Invalides psychiques, experts et litiges.** 2015, Editions Antipodes, Lausanne. 302 pages. 38 francs. ISBN: 978-2-88901-091-2.

Déficit financier et abus: ces thèmes prégnants dans les débats publics masquent la complexité des désaccords autour de l'invalidité. A partir d'une enquête documentaire, ce livre retrace les controverses qui ont cours depuis les années 1990 dans le monde de l'expertise des maladies psychiques. Doutes et soupçons entourent ceux dont l'incapacité de travail est causée par des douleurs corporelles dites « inexplicables ». Les rapports de force tendent à s'intensifier sur le front politique à l'occasion de chaque révision législative. De son côté, quoique critiquée, l'expertise médicale est de plus en plus appelée pour produire une vérité sur ce qu'être incapable veut dire. Et au tribunal, comme le montrent les 275 affaires analysées, les magistrats se confrontent à une kyrielle de situations qui ne se laissent pas volontiers enfermer dans une interprétation univoque.

Egalité

Attané Isabelle, Brugeilles Carole, Rault Wilfried (direction). **Atlas mondial des femmes – Les paradoxes de l'émancipation.** 2015, Editions autrement, Paris. 25 francs environ. ISBN: 978-2746735842.

Plus de 120 cartes et infographies sur la condition des femmes dans le monde pour prendre acte des avancées remarquables et mesurer les obstacles. Le droit de disposer librement de son corps est-il acquis? Sexualité, famille, vieillesse, canons esthétiques: la vie privée des femmes a changé, mais continue de se heurter à des stéréotypes tenaces. Quel est l'impact réel des lois sur la parité? Les données inédites rassemblées dans cet atlas soulignent les avancées et les paradoxes de la condition féminine. Un regard scientifique, sans complaisance ni parti-pris, sur un des grands enjeux contemporains.

Faniko Klea. **Genre d'accord, mérite d'abord? Une analyse des opinions envers les mesures de discrimination positive.** 2015, Editions Peter Lang, Bern. 187 pages. 66 francs. ISBN: 978-3-0343-1651-4.

Cet ouvrage s'intéresse aux opinions envers les mesures de discrimination positive en faveur de la promotion professionnelle des femmes. Les études présentées ici, menées auprès de cadres, d'employés et d'étudiants, mettent en évidence un lien négatif entre le nombre d'années d'études et l'acceptation des mesures de discrimination positive, notamment l'acceptation des quotas qui favorisent l'appartenance groupale des candidates par rapport à leurs compétences personnelles. Elles mettent en évidence les mécanismes qui génèrent ces opinions: l'orientation à la dominance sociale, l'adhésion aux principes méritocratiques, la reconnaissance de la discrimination subie par les femmes et le sentiment de menace généré par la mise en place des mesures de discrimination positive. Ces études examinent également la vulnérabilité des bénéficiaires des mesures positives et leurs conduites

d'auto-handicap. L'auteure met finalement en évidence la contribution de ces études et les implications possibles des résultats pour les décideurs.

Handicap

Zaffran Joël (direction). **Accessibilité et handicap**. 2015, PUG Presses Universitaires de Grenoble. 322 pages. 25 francs environ. ISBN: 9782706122255.

A l'échelle européenne, l'égalité est au cœur des débats portant sur l'accès des personnes handicapées à l'espace public, au travail, à la culture, à l'école et à la formation. En France, la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées promulguée le 11 février 2005 concrétise l'égalité par des mesures administratives, scolaires, professionnelles et architecturales. Ce livre renouvelle le débat sur l'égalité en la liant à l'accessibilité et la liberté. L'accessibilité est la possibilité d'une égale participation sociale de tous à toutes les sphères sociales, assortie d'une liberté des personnes de choisir la vie qu'elles veulent mener, dans la capacité de leurs moyens présents et à venir.

Pauvreté

Braconnier Céline et Mayer Nonna. **Les inaudibles. Sociologie politique des précaires**. 2015, Presses de Sciences Po, Paris. 250 pages. 28 francs environ. ISBN: 978-2-7246-1695-8.

Ce livre va au-devant d'une population oubliée et hétérogène, celle des « précaires » : travailleurs pauvres, chômeurs en fin de droits, mères seules avec enfants, bénéficiaires des minima sociaux ou personnes en hébergement d'urgence. Il s'appuie sur une enquête réalisée lors de l'élection présidentielle française de 2012, qui cherchait à comprendre et à mesurer l'impact de la précarité sur les rapports des individus à la politique, et sur des entretiens effectués dans des centres d'accueil de jour et lieux de distribution alimentaire à Paris, Grenoble et Bordeaux. La lutte quotidienne pour la survie incite aux comportements individualistes, à la « débrouille » plus qu'à l'action collective. Elle suscite un profond sentiment d'injustice face aux riches, mais ne pousse pas à la révolte. Leurs positions se traduisent néanmoins rarement en bulletins de vote. Faute de dispositifs leur facilitant l'ac-

cès à l'espace public, les individus en situation de précarité demeurent, la plupart du temps, inaudibles.

Protection de la jeunesse

Trépey Pascal. **Fond et tréfonds d'une classe**. 2015, Editions Favre, Lausanne. 160 pages. 20 francs environ. ISBN: 978-2-8289-1504-9.

Une dizaine d'élèves, autant de cas; ceux qui ont connu la guerre et ne s'en remettent pas et les autres qui sont en conflit avec leur entourage, l'autorité, la discipline ou eux-mêmes, Pascal Trépey, enseignant en classe de développement, les côtoie chaque jour. Ses élèves présentent tous de fortes lacunes cognitives et, pour bon nombre d'entre eux, d'énormes problèmes comportementaux. Il nous raconte leur quotidien en s'efforçant de restituer au plus juste les dialogues parfois hallucinants qui émaillent les journées de cours. Fort, implacable, parfois cocasse, ce livre coup de poing se veut un témoignage constructif pour faire face aux réalités d'un univers complètement à part, dont il serait vain de nier l'existence.

Nouvelles publications

	Source, langues, prix
Analyse der Preise in der Hörgeräteversorgung (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 11/14.	318.010.11/14D gratuit*
Assurances sociales 2013. Rapport annuel selon l'article 76 LPG A.	318.121.13F gratuit*
Assurances sociales en Suisse 2014 (Statistique de poche).	318.001.14F gratuit*
Diagnose und Behandlung junger Menschen mit psychischen Krankheiten. Literaturstudie zu evidenzbasierten, internationalen Leitlinien (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 3/14.	318.010.3/14D gratuit*
Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 1/14.	318.010.1/14D gratuit*
Evaluation des gesamtschulischen Gewaltpräventionskonzepts SIG (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 4/14.	318.010.4/14D gratuit*
Evaluation des Zusammenarbeitsmodells ConCerto (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 2/14.	318.010.2/14D gratuit*
Evaluation Pilotprojekt Ingeus – berufliche Wiedereingliederung von Rentenbeziehenden der Invalidenversicherung (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 5/14.	318.010.5/14D gratuit*
Gesamtwirtschaftliche Entwicklungsszenarien bis 2035 sowie Auswirkungen auf Finanzmärkte und Anlagerenditen (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 7/14.	318.010.7/14D gratuit*
Reform der Altersvorsorge 2020: Auswirkungen auf Beschäftigung, Löhne und Arbeitskosten (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 9/14.	318.010.9/14D gratuit*
Statistique des assurances sociales suisses 2014.	318.122.14F gratuit*
Verwaltungskosten der Lebensversicherer im Bereich der 2. Säule (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 8/14.	318.010.8/14D gratuit*

* Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), Vente de publications fédérales, 3003 Berne
verkauf.zivil@bbl.admin.ch
www.publicationsfederales.ch; www.ofas.admin.ch → Documentation → Publications → Rapports de recherche

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 2013 :

- N° 1/13 Assurances sociales – hier et aujourd'hui
- N° 2/13 Lutte contre les abus dans les assurances
- N° 3/13 Santé2020 – plus de médecins et de personnel soignant bien formés
- N° 4/13 Programmes nationaux de protection de la jeunesse
- N° 5/13 Réforme Prévoyance vieillesse 2020
- N° 6/13 Sans dossier

- N° 1/14 Dettes et Etat social
- N° 2/14 Santé mentale et emploi
- N° 3/14 Santé2020
- N° 4/14 Care, égalité et sécurité sociale
- N° 5/14 Sans dossier
- N° 6/14 Sans dossier

- N° 1/15 L'être humain augmenté
- N° 2/15 Réforme Prévoyance vieillesse 2020

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).

Commande: **Office fédéral des assurances sociales, CHSS, 3003 Berne, 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 058 462 91 43 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	Stefan Kühne, Jérémie Lecoultré, Géraldine Luisier, Stefan Müller, Robert Nyffeler, Michela Papa (a.i.), Xavier Rossmanith, Valérie Werthmüller	Tirage	Version allemande: 2400 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) 53 francs (TVA incluse) Prix du numéro: 9 francs
		Diffusion	OFCL, Diffusion publications 3003 Berne
		Impression	Cavelti AG, Gossau Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2689 318.998.2/15f