

## Dossier

Santé2020 – plus de médecins et de personnel soignant bien formés

## Politique sociale

Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté

## Prévoyance

L'AVS: principaux résultats statistiques 2012

---

# Sécurité sociale

CHSS 3/2013

---



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

## Sommaire Sécurité sociale CHSS 3/2013

<b>Editorial</b>	113
<b>Chronique avril/mai 2013</b>	114

### Dossier

#### Santé2020 – plus de médecins et de personnel soignant bien formés

Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours (Daniela Schibli, CDS)	117
Professions de la santé / collaboration interprofessionnelle (Olivier-Jean Glardon, OFSP)	121
Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours (Maria Hodel, OFSP)	125
Médecine de famille: initiative populaire, contre-projet, Master-plan, tous visent le même objectif (Brigitte Menzi et Nuria del Rey, OFSP)	131
Le corps médical suisse: quel avenir? (Laila Burla, Obsan)	135
Transparence et qualité en psychologie et psychothérapie psychologique (Marianne Gertsch, OFSP)	137

### Politique sociale

Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté (Joana Guldimmann, OFAS)	139
Redressement continu des finances des assurances sociales en 2011/2012 (Stefan Müller, Salome Schüpbach et Solange Horvath, OFAS)	143

### Assurance-invalidité

Capital de départ: un projet pilote au sens de l'art. 68 <sup>quater</sup> LAI (Adelaide Bigovic, OFAS)	148
Retour sur les travaux de la commission LIPPI (Ralf Kocher et Nikos Stamoulis, OFAS)	151

### Santé publique

Economies et sélection des risques dans les modèles d'assurance-maladie (Jürg Burri, OFAS)	154
--	-----

### Prévoyance

L'AVS: principaux résultats statistiques 2012 (Jacques Méry, OFAS)	160
--	-----

### Parlement

Interventions parlementaires	164
Législation: les projets du Conseil fédéral	168

### Informations pratiques

Calendrier (réunions, congrès, cours)	169
Statistiques des assurances sociales	170
Livres	172

Notre adresse Internet:

[www.ofas.admin.ch](http://www.ofas.admin.ch)



## Politique en matière de formation dans le domaine de la santé



**Catherine Gasser**

Responsable de la division Professions de la santé, Office fédéral de la santé publique

*Il y a quelques années, la politique en matière de formation dans le domaine de la santé n'intéressait encore que ponctuellement le secteur public. Il en va tout autrement aujourd'hui. En effet, l'adaptation des cursus de formation en fonction des besoins est maintenant considérée comme un élément indispensable pour assurer l'efficacité et la durabilité du système de santé. La sécurité des soins recherchée tient compte de paramètres tant quantitatifs que qualitatifs : le professionnel de la santé doit être à la fois quantitativement suffisant et hautement qualifié. En outre, il doit pouvoir travailler dans un environnement attrayant.*

*Au vu des projections démographiques et de l'augmentation des maladies chroniques, la situation d'approvisionnement en soins devrait très probablement empirer à brève échéance dans certaines régions et dans certaines spécialités. A moins que, comme le confirme un rapport commun de l'OCDE et de l'OMS sur le système suisse de santé publié en 2011, des solutions politiques efficaces en matière de formation dans le domaine de la santé ne soient rapidement trouvées. Nonobstant les lacunes ponctuelles qui se profilent, certaines régions de Suisse disposent d'une trop forte densité de professionnels de la santé. Cette offre paraissant de plus en plus pléthorique, des discussions politiques ont été engagées pour introduire une régulation du nombre de médecins dans le domaine ambulatoire.*

*Environ un tiers des médecins et du personnel soignant exerçant en Suisse dispose d'un diplôme étranger. De toute évidence, la Suisse ne forme pas assez de personnel sanitaire pour couvrir ses besoins et se retrouve ainsi dans une situation de dépendance dangereuse par rapport aux investissements de formation réalisés par les pays étrangers. Par*

*ailleurs, cet état de fait contrevient au Code de pratique mondial adopté par l'OMS en mai 2010, qui vise à garantir l'approvisionnement en personnel sanitaire au niveau mondial et à empêcher qu'un pays s'appuie à long terme sur d'autres pays.*

*Les besoins des patients et les structures sanitaires se modifient. On attend de plus en plus des professionnels de la santé qu'ils disposent de capacités interdisciplinaires et interprofessionnelles et qu'ils soient prêts à soutenir activement les compétences personnelles des patients. En contrepartie, ce personnel doit bénéficier de conditions de travail attrayantes, qui encouragent un maintien dans la profession et favorisent une carrière dans le domaine de la santé. Par exemple, il est important de créer des modèles de travail flexibles et favorables à la vie familiale permettant aux deux sexes d'organiser leur vie de manière égalitaire.*

*Avec l'agenda Santé2020, le Conseil fédéral a fixé en janvier 2013 ses priorités en matière de politique de la santé jusqu'en 2020 (pour en savoir plus : [www.sante2020.ch](http://www.sante2020.ch)). L'agenda définit douze objectifs à atteindre par le biais de trente-six mesures à mettre en œuvre dans quatre domaines. La politique de formation dans le domaine de la santé a été prise en compte dans cet agenda, avec trois mesures concrètes fixées dans le champ d'action qualité des soins. La première mesure consiste à former assez de médecins et de personnel soignant dans toutes les spécialités. La deuxième mesure vise à soutenir la médecine de premier recours (médecine familiale) et la collaboration entre les différents métiers de la santé en adaptant les offres de formation et de perfectionnement, en renforçant la recherche et en créant des conditions de travail plus favorables. Enfin, la troisième mesure prévoit d'introduire une loi sur les professions de la santé. Dans l'intérêt de la santé publique et pour répondre aux besoins du système sanitaire, cette loi doit promouvoir la qualité de la formation aux métiers de la santé dans les Hautes écoles spécialisées et les compétences professionnelles des personnes qui y sont formées. Elle doit également permettre de créer les conditions de base pour l'instauration de nouveaux modèles sanitaires.*

*L'agenda Santé2020 accorde un grand intérêt à la politique de formation dans le domaine de la santé, ce qui n'est pas étonnant au vu des nombreux défis qui se présentent. Le dossier du présent numéro de la « Sécurité sociale » donne un aperçu de divers travaux et projets importants mis en œuvre actuellement par la Confédération et les cantons.*

---

## Politique sociale

### Jacqueline Veuve nous a quittés

La réalisatrice Jacqueline Veuve est décédée le 18 avril à l'âge de 83 ans. La NZZ écrit à son propos : « Ses films nous ont appris à voir la Suisse avec d'autres yeux. [...] Les gens qu'ils nous montrent sont des êtres de chair et de sang, mais on peut aussi reconnaître en eux des porteurs de fonctions et des interprètes de rôles, gens de métier et retraités, employeurs et salariés, conjoints et parents. » (NZZ, 20.4.2013)

### Le Conseil fédéral demande pardon aux victimes des mesures de coercition à des fins d'assistance

Au cours d'une cérémonie qui s'est déroulée le 11 avril à Berne, des centaines d'anciens enfants placés de force et d'autres victimes de mesures de coercition à des fins d'assistance ont commémoré, en présence de représentants des autorités, des Eglises, de l'Union suisse des paysans et des institutions sociales, un chapitre sombre de l'histoire de la Suisse. La conseillère fédérale Simonetta Sommaruga a demandé pardon, au nom du Conseil fédéral, pour les grandes souffrances infligées aux victimes de ces mesures de coercition.

### La CII lance un projet de recherche sur la transition entre secondaire I et formation professionnelle

Ce projet dressera un état des lieux des structures cantonales mises en place pour aider, lors de la transition entre le secondaire I et la formation professionnelle, les jeunes ayant des problèmes de santé ou d'intégration sociale. Il s'intéressera en particulier aux mesures prises en matière de scolarité intégrée, à leurs conséquences pour la formation professionnelle et à l'implication de l'IAI dans ces structures. Il abordera aussi la répartition actuelle des compétences entre acteurs cantonaux et acteurs fédéraux concernés, et les souhaits de modification. Il s'agit en particulier d'étudier les effets de la réforme de la péréqua-

tion financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) sur l'organisation de la transition entre l'école et le monde professionnel pour les jeunes qui rencontrent des problèmes.

---

## Prévoyance professionnelle

### Prévoyance professionnelle : transparence accrue dans les frais de gestion de la fortune

La Commission de haute surveillance de la prévoyance professionnelle (CHS PP) vient de renforcer les exigences relatives à la transparence des coûts, en particulier ceux des placements collectifs. Elle a en effet arrêté les modalités suivant lesquelles les caisses de pension devront désormais présenter ces frais dans les comptes annuels. Les caisses n'auront pas à faire des efforts disproportionnés pour mettre en œuvre ces mesures. Les fournisseurs de produits financiers seront incités à fournir les informations demandées. A défaut, leurs produits seront considérés comme non transparents.

---

## Travail

### Clôture de l'exercice comptable annuel 2012 de l'assurance-chômage

Avec un produit total de 6,94 milliards de francs (2011 : 7,21) comprenant des dépenses d'un montant global de 5,78 milliards de francs (5,58), le fonds de compensation de l'assurance-chômage (AC) a bouclé les comptes de l'exercice 2012 en affichant un excédent de 1,16 milliard de francs (1,63). En moyenne annuelle, le nombre de chômeurs inscrits s'est établi à 125 594, ce qui correspond à un taux de chômage de 2,9 % (122 892 ; 2,8 %). En 2012, l'excédent enregistré a permis de rembourser des prêts pour un montant de 1 milliard de francs à la trésorerie de la Confédération. Le montant total de la dette sur prêt a

ainsi baissé pour s'établir à 5 milliards de francs au total fin 2012.

### Enquête suisse sur la population active 2012 – pas de modification fondamentale des modèles d'horaire de travail en dix ans

En 2012, 5,4 % des salariés travaillaient sur appel, et 42,4 % bénéficiaient d'un horaire de travail flexible. Le travail le week-end est répandu : 21,4 % des personnes actives occupées travaillent régulièrement le samedi et 10,7 % font de même le dimanche. Près d'une personne sur vingt effectue régulièrement du travail de nuit. Si l'on fait abstraction du développement continu du travail à temps partiel, les différents modèles d'horaire de travail n'ont pas changé fondamentalement ces dix dernières années. On n'en relève pas moins d'importantes différences entre les branches économiques.

---

## Enfants et jeunes

### Le Conseil fédéral ouvre une consultation sur l'exonération des associations poursuivant des buts idéaux

Lorsqu'ils ne dépassent pas 20 000 francs, les bénéfices des personnes morales qui poursuivent des buts idéaux devraient être exonérés. Le Conseil fédéral a mis en consultation, jusqu'au 10 juillet 2013, un projet de loi en ce sens. Ce projet vise à dégrever les associations vouées à l'encouragement de la jeunesse et de la relève.

### Campagne de prévention en vue d'améliorer la sécurité au travail pour les jeunes

Depuis plusieurs années, le risque d'accident professionnel parmi les jeunes est supérieur à celui de l'ensemble des assurés LAA. La Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST) a chargé la Suva et SAFE ATWORK (label commun des inspections cantonales du

travail et du SECO) de lancer à l'automne 2013 deux campagnes de prévention visant à réduire le nombre d'accidents parmi les jeunes, à mener en parallèle sur plusieurs années. La Suva cultivera un dialogue de fond avec les branches et les formateurs afin de sensibiliser les jeunes à la sécurité au travail dès le premier jour de leur vie professionnelle. SAFE AT WORK, pour sa part, s'adressera directement aux jeunes via les médias sociaux et une plateforme en ligne. Ces deux campagnes ont pour but de prévenir les accidents professionnels mortels ou gravement invalidants dans le contexte de la «Vision 250 vies».

---

## Santé publique

### Participation aux coûts en cas de maternité

Dans l'assurance obligatoire des soins, les prestations fournies en cas de maternité ne sont pas soumises à la participation aux coûts (franchise et quote-part). Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, les frais de traitement en cas de complications survenues en cours de grossesse constituent des frais de maladie auxquels la participation aux coûts s'applique. Dès lors, seules les femmes dont la grossesse se déroule sans complication bénéficient de l'exemption de la participation aux coûts. Les femmes dont la grossesse présente des complications sont donc défavorisées. Le Conseil fédéral soutient l'initiative parlementaire intitulée «Participation aux coûts en cas de maternité. Egalité de traitement», qui demande que les frais de traitement découlant de complications durant

une grossesse ne soient plus soumis à la participation aux coûts.

### Initiative populaire « Financer l'avortement est une affaire privée »

Le Conseil fédéral recommande le rejet sans contre-projet de l'initiative sur le financement de l'avortement. Selon lui, des considérations d'ordre économique ne devraient pas intervenir lorsque la femme procède à la pesée des critères moraux, théologiques ou socio-éthiques avant de décider d'interrompre ou non une grossesse.

### Contre-projet à l'initiative « Pour une caisse publique d'assurance-maladie »

Le Conseil fédéral rejette l'initiative populaire «Pour une caisse publique d'assurance-maladie» tout en lui opposant un contre-projet indirect. Ce contre-projet doit avant tout permettre de limiter l'incitation pour les assureurs à pratiquer la sélection des risques, et ce, en mettant en place une réassurance pour les très hauts coûts et en améliorant la compensation des risques. En outre, il est prévu de séparer strictement l'assurance obligatoire des assurances complémentaires, ce qui augmentera la transparence. Le contre-projet est en consultation jusqu'au 3 juin 2013.

### Le Conseil fédéral prolonge le programme national Migration et santé

Le programme national Migration et santé, qui permet d'améliorer l'état de santé des personnes issues de l'immigration et leur comportement en matière de santé, contribue depuis 2008 de façon déterminante à la politique nationale d'intégration. Il est donc prolongé jusqu'à fin 2017. Différents projets ont été lancés dans ce cadre, notam-

ment une plateforme d'information sur la santé ([www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)), un service national d'interprétariat communautaire par téléphone, ou encore le réseau Migrant Friendly Hospitals. D'ici à 2017, le programme devra être aligné sur les plans cantonaux en matière d'intégration.

### Coûts et financement du système de santé

Selon les chiffres provisoires de l'Office fédéral de la statistique (OFS), les dépenses de santé se sont élevées à 64,6 milliards de francs en 2011, ce qui représente 680 francs par personne et par mois. Par rapport à l'année précédente, ces dépenses ont augmenté de 3,4 % ou 19 francs par personne et par mois. Leur part dans le produit intérieur brut (PIB) a légèrement progressé, s'établissant à 11,0 % en 2011 (10,9 % l'année précédente).

### Journée contre le bruit 2013: « Le bruit rend muet ! »

L'augmentation du bruit ambiant affecte l'homme, les animaux et le monde vivant dans son ensemble. Le bruit nuit à la santé et cause à la Suisse des coûts externes de plus d'un milliard de francs chaque année. A cela s'ajoute le fait qu'il est difficile voire impossible de converser dans un environnement bruyant. Le bruit entrave la communication verbale, réduit l'intelligibilité et peut même aller jusqu'à nous rendre « muets ». C'est ce qui a incité le Cercle bruit Suisse ([www.stop-au-bruit.ch](http://www.stop-au-bruit.ch)) à faire de l'influence du bruit sur la communication dans les espaces publics le thème de la « Journée contre le bruit 2013 », qui s'est tenue le 24 avril dans six villes suisses.

## *Santé2020 – plus de médecins et de personnel soignant bien formés*



Photo: Hôpitaux fmi SA, Sandro Hügli

**Qui va assurer la médecine de premier recours à l'avenir en Suisse, et sous quelle forme ? Une question en apparence simple, mais à laquelle il n'est pas facile de répondre. En effet, le domaine de la santé est actuellement confronté à de nombreux développements. Tendances à l'internationalisation, mutation de la structure de la société, changement dans la conception du rôle du personnel de santé dans la vie professionnelle et dans la vie privée, nouveaux besoins des patients, efforts visant une affectation plus efficace et efficiente des ressources limitées : tous ces facteurs nécessitent une adaptation des structures de soins médicaux. Les articles de notre dossier mettent en lumière les réseaux interprofessionnels, dont les prestataires doivent être formés dans un cadre interdisciplinaire.**

## Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours

En Suisse, les soins ambulatoires de base sont dispensés par les médecins de famille et d'autres professionnels de la santé. Les défis actuels que représentent l'augmentation des maladies chroniques et la pénurie prévisible de médecins appellent la création de nouveaux modèles de soins. Il s'agit de trouver de nouvelles formes d'organisation et de collaboration qui soient attrayantes sur le plan professionnel.



**Daniela Schibli**

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

### Pourquoi avons-nous besoin de nouveaux modèles ?

La médecine de premier recours doit faire face à un nombre croissant de défis: premièrement, la **part des maladies chroniques** augmente sans cesse. Si elle représentait à peine la moitié des affections en 1990, des estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) indiquent qu'elle s'élèvera à près de trois quarts en 2020. Cette progression s'explique avant tout par le vieillissement démographique et par les conduites à risque au quotidien (p. ex. surcharge pondérale). En effet, la médecine

de premier recours est de plus en plus souvent confrontée à des patients plus âgés, polymorbides ou souffrant de maladies chroniques. Deuxièmement, le recours aux prestations médicales et les besoins des patients changent. La demande de prestations médicales et de soins augmente en même temps que les exigences des patients, qui revendiquent des soins rapides, fondés sur des méthodes diagnostiques et thérapeutiques de pointe. Troisièmement, une pénurie de médecins de premier recours<sup>1</sup> est prévisible, particulièrement dans les zones rurales. On ne saurait prétendre relever ces défis sans modifier les structures actuelles du système de santé qui reste fortement orienté vers le traitement de maladies aiguës plutôt que vers la promotion de la santé et la prévention. Le médecin soigne le patient qui le consulte quand il est malade. Ensuite il ne le voit plus jusqu'à ce qu'il revienne le voir pour une autre maladie. Les patients polymorbides ou souffrant de maladies chroniques doivent cependant bénéficier d'une **prise en charge médicale intégrée et coordonnée** par une équipe prévoyante, respectant des directives de traitement (*guidelines*) et recourant à des dispositifs électroniques, comme le dossier électronique du patient. En outre, il faudrait former les patients à **gérer eux-mêmes leur santé** pour les associer davantage au traitement de leur maladie.

Les **nouveaux modèles de soins** doivent permettre de relever ces défis et d'optimiser la médecine de premier recours en général, dans l'optique des maladies chroniques ou polymorbides en particulier. Ils comprennent de nouvelles formes de prestations médicales intégrées susceptibles de garantir des soins médicaux de haute qualité, économiques et efficaces pour traiter les maladies chroniques et pathologies multiples.

### Répartition des tâches et des compétences: qui fait quoi ?

Les nouveaux modèles de soins préconisent la collaboration de plusieurs professionnels de la santé sous un même toit pour éviter les doublons et améliorer les interfaces. Les différents prestataires (p. ex. médecins de famille, spécialistes, soignants, physiothérapeutes, etc.) connaissent les problèmes du patient, échangent leurs informations et coordonnent leurs traitements.

La **collaboration interdisciplinaire** peut poser problème lorsqu'elle concerne des profils professionnels différents, à savoir quand il s'agit de soins qui peuvent en principe être dispensés par différents professionnels de la santé.

<sup>1</sup> Font partie des prestataires de la médecine de premiers recours les médecins exerçant dans un cabinet au bénéfice d'un titre postgrade de médecine interne générale, de pédiatrie ou de médecin praticien. Cf. Maria Hodel, « Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours », dans le présent numéro de la « Sécurité sociale ».

De manière générale, toute prestation médicale devrait être fournie par le professionnel qui peut le faire aux moindres coûts, pour une qualité équivalente. La tension artérielle, par exemple, ne devrait pas être mesurée par le médecin, mais par l'assistant médical. Le respect de cette règle renforce l'efficacité du système de santé, la satisfaction au travail et l'attrait des professions médicales. Il faut repenser l'attribution des tâches aux interfaces entre les soins, la médecine et la thérapie et tester de nouveaux modèles. Il faut aussi abandonner les idées préconçues quant au rôle de l'infirmière ou du médecin et remettre en cause la hiérarchie au bénéfice d'une **collaboration partenariale**. Pour cela, il est utile que des professionnels de la santé présentant des profils différents collaborent sous un même toit et, si possible, au sein d'une même organisation. La proximité géographique et une culture de travail commune favorisent la collaboration et l'attribution judicieuse des tâches. Il importe de définir les tâches et compétences de chaque groupe professionnel de manière cohérente tout en clarifiant les questions liées notamment à la responsabilité.

De manière générale, les nouveaux modèles de soins devront relever des **défis différents dans des conditions différentes** selon qu'ils se situent en ville, en agglomération ou à la campagne. Dès lors, il faudra prévoir des mesures d'encouragement distinctes,<sup>2</sup> par exemple pour assurer l'accès à des spécialistes à la campagne ou pour créer des centres de compétences en faveur de groupes de patients spécifiques (p. ex. en gériatrie) dans les agglomérations et les grandes villes.

### Conditions de travail attrayantes

Les conditions de travail des nouveaux modèles de soins doivent être modernes et attrayantes. Les jeunes médecins refusent généralement d'être à la disposition de leurs patients jour et nuit et préfèrent **travailler à temps partiel et en équipes (interprofessionnelles)**. La nouvelle génération de médecins est aussi moins disposée à investir dans un cabinet individuel. Surtout en début de carrière, ils préfèrent souvent le statut de salariés et cherchent plus tard, à s'associer à un cabinet de groupe.

En raison de ces préférences, il faut s'attendre à l'émergence de davantage de **cabinets de groupe et de centres de santé**. Cette tendance est déjà visible aujourd'hui. Dans le secteur ambulatoire, près de la moitié des femmes travaillent dans des cabinets doubles ou collectifs. Chez les hommes, 35 % optent pour des cabinets de groupe (40 % pour l'ensemble du corps médical). Partager les infrastructures permet de réduire les coûts. Les patients

profitent d'horaires et d'une palette de soins plus étendue, à la même adresse. Parallèlement, le centre doit être bien organisé pour répondre au besoin de continuité des patients et assurer la disponibilité du même interlocuteur. Pour bénéficier de connaissances spécialisées, les centres ont recours au besoin à des dermatologues, des orthopédistes ou des psychiatres qui viennent sporadiquement pratiquer sur place.

Les prestations médicales intégrées peuvent aussi présenter des inconvénients pour les patients. Ainsi, le remplacement de cabinets individuels dans les villages par des centres ou des cabinets collectifs s'occupant d'une région plus étendue les oblige à parcourir de plus longues distances pour consulter leur médecin. De nouveaux modèles de soins comme les cabinets satellites ou le recours à la télémédecine tentent de compenser ces effets indésirables.

Des conditions de travail attrayantes sont nécessaires non seulement pour la satisfaction au travail, mais encore pour des raisons d'**économie du système de santé**. Compte tenu des coûts élevés de la formation médicale, il faut maintenir les professionnels de la santé sur le marché du travail et éviter le plus possible les départs prématurés. En effet, les efforts de formation sont perdus si leurs bénéficiaires abandonnent leur métier au bout de quelques années faute de trouver des conditions de travail favorables ou de pouvoir concilier travail et famille. Enfin, de bonnes conditions de travail facilitent la recherche d'un successeur au moment de la retraite.

### Avantages et obstacles

Contrairement à d'autres pays, les modèles de soins intégrés sont assez récents en Suisse. Souvent, l'initiative émane de professionnels innovants qui mettent en place des cabinets collectifs ou transforment leur cabinet, parfois par crainte de ne pas trouver de successeur au moment de leur retraite. Ils en profitent souvent pour s'associer les services d'autres professionnels de la santé. Progressivement, de nouvelles formes de collaboration voient le jour et – la féminisation du corps médical aidant – des **modèles de travail favorables aux familles** se propagent. Certains professionnels de la santé bénéficient du **soutien d'entreprises privées, de cantons ou de communes**. Les services publics peuvent participer à l'évaluation des besoins, voire accorder des financements incitatifs ou des prêts sans intérêts.

Le **changement structurel dans le secteur hospitalier** favorise lui aussi l'émergence de nouveaux modèles de soins. Une part croissante des soins de base sont dispensés par les services ambulatoires des hôpitaux ou par des cabinets recevant les patients sans rendez-vous. Avec la concentration hospitalière, certains hôpitaux régionaux en zones rurales se transforment en centres de premier recours assurant des soins médicaux de base.

2 Cf. « Scénarios d'évolution des soins intégrés en Suisse » sous → [www.fmc.ch](http://www.fmc.ch) → Infothek & Medien (9.5.2013).

Toutefois, plusieurs facteurs entravent la mise en œuvre de nouveaux modèles de soins. Ainsi, la **compensation des risques entre les caisses-maladie** et le **financement du système de santé** dans son ensemble ne sont pas assez différenciés pour tenir compte de l'intégration des soins. Pour combattre la sélection des risques, le mécanisme de compensation des risques a été adapté en 2013. Aux critères de l'âge et du sexe s'est ajouté un éventuel séjour à l'hôpital ou dans un établissement de soins au cours de l'année précédente. Mais ce critère pénalise les nouveaux modèles de soins qui visent justement à éviter les hospitalisations par une intervention rapide lorsque l'état de santé des patients se détériore. Il faudrait donc affiner le mécanisme de **compensation des risques** pour qu'il tienne compte de la **morbidité**, comme l'exige d'ailleurs le Parlement.

Le système actuel de financement rembourse les prestations **médicales** ambulatoires sur la base du tarif à la prestation TARMED. Ce dernier a été conçu dans l'optique des cabinets individuels et n'est pas adapté à la rémunération de traitements intégrés dispensés par une équipe de professionnels de la santé. Les prestations **paramédicales** ambulatoires quant à elles sont remboursées par les caisses-maladie sur la base d'un tarif horaire, à condition d'avoir été prescrites par un médecin. Le tarif horaire ne tient compte que des actes pratiqués en présence du patient. Les déplacements ou le temps consacré aux examens ou à l'organisation de l'intervention ne sont pas remboursés. Les deux tarifs présentent des avantages et des inconvénients, mais ni l'un ni l'autre n'est adapté aux soins intégrés puisque les deux excluent les tâches de coordination et de mise en réseau, l'expérimentation de nouvelles formes de coopération ou le développement de solutions informatiques (selon la stratégie Cybersanté Suisse de la Confédération et des cantons). Les futures révisions tarifaires devraient donc tenir compte des exigences des soins intégrés.

## Une formation en accord avec les futurs besoins

La formation et le perfectionnement doivent permettre aux professionnels de la santé de remplir les exigences futures. De manière générale, l'attention portée au patient et la coopération partenariale des prestataires gagneront en importance. Des compétences spécifiques seront notamment requises pour **former les patients**, appliquer les **directives de traitement** (*guidelines*) et gérer les **soins aux malades chroniques** (*chronic care management*). Par conséquent, les cursus de tous les métiers de la santé doivent sans cesse être adaptés aux besoins et la formation doit intégrer **l'enseignement interprofessionnel**. Alors que

plusieurs projets de formation à la pratique collaborative sont en cours de planification<sup>3</sup> ou de réalisation dans toute la Suisse, il convient de renforcer les efforts en la matière et d'intégrer la formation interprofessionnelle dans l'enseignement ordinaire.

## Les vecteurs du changement

Le changement structurel de la médecine de premier recours prend du temps et demande de l'engagement de la part de tous les intéressés. La **Confédération**, qui assume la gestion stratégique de l'offre de formation, devrait s'engager pour la mise en place de cursus adaptés aux défis futurs et permettant de former des professionnels compétents. Pour leur part, les **établissements de formation** doivent adapter les cursus de formation et de perfectionnement aux nouvelles exigences. La conception et la mise en place de nouveaux modèles de soins intéressent également les **cantons** qui répondent de l'approvisionnement médical, notamment dans les régions rurales. Les cantons pourraient ainsi envisager l'octroi d'incitations financières pour favoriser la collaboration avec les **communes**. Les **partenaires tarifaires** sont appelés à créer des conditions qui permettent aux futurs modèles de soins de reposer sur une base financière solide et d'être, si possible, indépendants du financement public. Les **associations professionnelles**, dont les membres seront les **prestataires** des nouveaux modèles de soins, peuvent contribuer à clarifier les profils professionnels et les modes de collaboration à développer. Enfin, les **patients** doivent participer au débat en leur qualité de partenaires importants et influents. Selon l'OMS, les



### Le centre de santé Meiringen

L'ancien hôpital de Meiringen (dans le canton de Berne) a été progressivement transformé en centre de santé assurant les soins de médecine de premier recours pour la population et les touristes. Le canton a accordé un financement incitatif pour encourager la coopération entre les hôpitaux fmi ag, les médecins locaux exerçant en cabinet et d'autres partenaires privés. En 2013, le centre de santé comprenait un cabinet médical de groupe, une clinique de jour avec un service de chirurgie ambulatoire, des consultations spécialisées périodiques (en cardiologie, orthopédie, conseils diététiques), un service de soins à domicile, des conseils aux parents et un cabinet de physiothérapie.

→ [www.spitalfmi.ch](http://www.spitalfmi.ch)

<sup>3</sup> Cf. Olivier-Jean Glardon, « Professions de la santé / collaboration interprofessionnelle » dans le présent numéro de la « Sécurité sociale ».

## Cité générations – maison de santé

Cité générations à Onex, dans le canton de Genève, est un centre de santé qui réunit divers prestataires sous la même enseigne : soignants qualifiés, médecins et divers thérapeutes (ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, logopédistes, ostéopathes, etc.). Il voue une attention particulière à la prévention et à la promotion de la santé. Un service d'urgence et de consultation sans rendez-vous est disponible 24 heures sur 24 et le centre propose un service de soins à domicile. En outre, il est équipé pour des séjours médicalisés de courte durée, par exemple en cas d'urgence ou à la suite d'une hospitalisation. Cité générations fait partie du projet de cybersanté eToile du canton de Genève et utilise le dossier électronique du patient.

→ [www.cite-generations.ch](http://www.cite-generations.ch)

patients et leur environnement (familles, amis et voisins) sont la ressource la plus sous-évaluée du système de santé. Un mode de vie sain et un meilleur respect des thérapies prescrites permettent d'améliorer sensiblement la qualité de vie et l'efficacité des soins médicaux.

### Document de base

« Les nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours », rapport du groupe de travail du même nom de la CDS et de l'OFSP, Berne, 2012, sous [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) → Thèmes → Structures ambulatoires

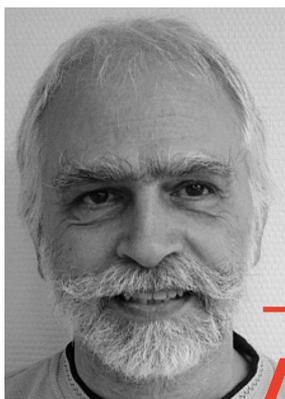
Daniela Schibli, Dr. phil., chef de projet, responsable du groupe de travail Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours, CDS.

Mél. : [daniela.schibli@gdk-cds.ch](mailto:daniela.schibli@gdk-cds.ch)

## Professions de la santé / collaboration interprofessionnelle

*C'est en changeant tous un peu qu'on peut tout changer*  
(Philippe Douste-Blazy, ancien Ministre français)

**Le partage d'informations dans une équipe interprofessionnelle et la prise conjointe de décisions médicales ne peuvent être réalisés que si ils sont appris de manière interprofessionnelle et régulièrement pratiqués. Pour favoriser la formation à la pratique collaborative, des modules d'enseignement interprofessionnel ont été développés.**



**Olivier-Jean Glardon**  
Office fédéral de la santé publique

Les membres des différentes professions de la santé apportent tous à leur niveau une contribution essentielle à la qualité des soins dispensés en Suisse. Ils travaillent pour le bien des patients et coopèrent aussi étroitement que possible entre eux. La plupart des Hautes écoles spécialisées (HES) et des Ecoles professionnelles supérieures ont déjà instauré un **enseignement interprofessionnel (IPE)**, impliquant les personnes en formation en soins infirmiers, en physiothérapie, en ergothérapie, en diététique et les sages-femmes. Des concepts formatifs et des modules ont été développés, parfois sur la base de collaborations régionales.

Les Facultés de médecine et les Hautes écoles ayant des contingences d'enseignement différentes, il n'est pas toujours facile de permettre aux étudiant(e)s en médecine de participer autrement que sur une base volontaire et ponctuelle. Les concept IPE mis sur pied par la HES-SO,

la Faculté de biologie et de médecine de Lausanne et le CHUV, ainsi que la collaboration HES – Faculté de médecine et HUG à Genève représentent néanmoins des exceptions notoires, tant par leur étendue que par le travail interprofessionnel qui a précédé leur mise en œuvre.

En Suisse, la loi sur les professions médicales (LPMéd), ainsi que la future loi sur les professions de la santé (LPSan) soulignent l'importance d'une formation à orientation interprofessionnelle. La première stipule que la formation universitaire et la formation postgrade doivent doter les futurs médecins des compétences nécessaires pour collaborer avec des membres d'autres professions et communiquer de façon adéquate, en fonction de l'objectif à atteindre.

Dans le domaine des soins de premier recours, il apparaît que l'approche traditionnelle de l'interprofessionnalité et de son enseignement ne suffisent plus à faire face aux défis qui se présentent. C'est notamment lié à une vision étroite de la pratique collaborative (IPC), et une confusion entre interprofessionnalité et **mutualisation des compétences** au sein d'une équipe soignante.

Dans la **collaboration interprofessionnelle** ou **pratique collaborative** (*collaborative practice, IPC*), l'élément essentiel est constitué par un transfert à l'équipe interprofessionnelle non seulement de compétences, mais aussi de prérogatives, d'autorité et de responsabilités indépendamment du rôle, de la profession ou la position hiérarchique des professionnels. Cela implique un changement fondamental de mentalité et de mode d'exercice professionnel. Or le partage d'informations au sein d'une équipe IPC et la prise conjointe de décisions médicales ne peuvent être réalisés que s'ils sont appris de manière interprofessionnelle et régulièrement pratiqués. Voilà où réside le défi posé par l'interprofessionnalité, d'autant plus difficile à relever que, malgré de nombreuses publications, les évidences manquent encore pour prouver scientifiquement les avantages que les professionnels travaillant en mode interprofessionnel constatent (amélioration de la qualité du travail, de la qualité des soins, des contacts avec les patients, valorisation et motivation personnelles, simplification des procédures).

### Apprendre la pratique collaborative

Pour assurer une prise en charge efficace des soins, correspondant aux besoins et aux attentes des patients, tous les partenaires doivent faire preuve d'une capacité de travailler en équipe, d'une bonne connaissance des

rôles revenant aux autres professions et d'une attitude positive envers chaque membre de l'équipe IPC. Cela ne s'improvise pas. En d'autres termes, sans planification d'un enseignement IPE sur la pratique collaborative, basé sur une vision factuelle et commune de l'interprofessionnalité dès la formation de base de toutes les professions de la santé, les mentalités et les habitudes ne changeront pas.

Les compétences requises (capacité de s'organiser, de coopérer; connaissances transdisciplinaires, capacité de déléguer des tâches, compétence de mettre sur pied ou d'activer un réseau interprofessionnel, etc.) devraient être acquises de manière progressive, en adéquation avec l'augmentation des compétences professionnelles spécifiques. Une partie des objectifs généraux et des problèmes comme points de départ de l'enseignement du Swiss Catalog of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training, tiennent compte de ces exigences. Ils ne sont toutefois pas encore appliqués partout.

### Quels éléments influencent la collaboration entre les différentes professions de la santé ?

*Je veux bien changer d'opinion, mais avec qui ?  
(Tristan Bernard, romancier français)*

Les médecins ne sont pas isolés dans l'exercice de leur profession. Ils font partie d'un système en mutation constante. La santé publique a connu des développements qui ont d'ores et déjà profondément transformé leur quotidien et leurs profils professionnels, et qui continueront de le faire.

Plusieurs développements méritent d'être signalés, qui influencent la collaboration présente et future entre les différentes professions de la santé, et, du même coup, la formation médicale universitaire, dont on attend qu'elle transmette les compétences requises pour cette collaboration.

- Pénurie de professionnels de la santé, notamment dans la prise en charge ambulatoire de premier recours, en psychiatrie, pour les soins chroniques et palliatifs ou l'accompagnement de patients à domicile. Cette pénurie peut être atténuée par de nouveaux modèles IPC, garantissant que chaque professionnel de la santé assure les prestations qu'il est le mieux à même de proposer et en mettant ses compétences au profit d'un groupe apte à répondre aux besoins du patient dans le cadre d'une organisation interprofessionnelle institutionnelle (p. ex. Spitex) ou ad hoc (cabinet de groupe, réseau régional).
- Augmentation de la multimorbidité qui va à l'encontre de la spécialisation et la fragmentation excessives des soins et impose une réorientation vers des formes de collaboration plus intégrées et plus généralistes.

- Développement d'outils électroniques d'aide à la décision clinique et potentiel de développement de l'e-health au service de modèles de prise en charge intégrée (interprofessionnelle et interdisciplinaire).
- Impératifs croissants en matière d'assurance de qualité des soins (audits, certification, accréditation des unités de soins, statistiques des Critical Incidents Reporting Systems CIRS) qui influencent les procédures de travail.
- Internationalisation des systèmes de santé, impliquant un nombre croissant de médecins et de personnel soignant étranger, de même que de patients provenant d'autres milieux culturels.
- Impact croissant de considérations économiques en médecine: parallèlement à la réorganisation de la planification hospitalière en cours dans pratiquement tous les cantons, qui entraîne souvent la fermeture de structures stationnaires sur lesquelles s'appuyaient les médecins de premier recours, une réorganisation de la chaîne de soins et de traitement est prévisible, qu'une collaboration interprofessionnelle régionale permet d'aborder de manière optimale.
- Evolution de la pratique médicale déterminée par des tendances socio-économiques, telles que modification des rapports familiaux, isolation socio-médicale, affaiblissement de la culture sanitaire, multiplication de l'offre de prestations non-conventionnelles, intérêt croissant pour des interventions de maintien de la santé (wellness) ou de convenance (esthétique, anti-ageing, etc.), modification des interfaces ambulatoire – stationnaire, transferts de prestations suite à l'introduction des forfaits par cas liés aux prestations (SwissDRG).
- Définition d'une stratégie globale Santé2020 du Département fédéral de l'intérieur, qui implique une extension progressive de l'activité curative pure aux domaines préventif, réadaptatif et palliatif. A cela s'ajoute le concept d'accompagnement médico-social tout au long de la vie.
- Diversification des possibilités d'entrée dans le système de soins, notamment pour les personnes socio-économiquement affaiblies, qui s'adressent déjà à des non-médecins pour leurs problèmes de santé.
- Implication des proches dans l'accompagnement des malades à domicile, qui impose une nouvelle approche interprofessionnelle des soins avec le soutien d'un réseau interprofessionnel institutionnel (local, régional ou ad hoc).
- Les exigences de responsabilisation des patients et de co-décision imposent également une réorientation de la communication et de la collaboration entre médecins, professionnels de la santé et patients.

## Nouvelles compétences en réponse à de nouvelles exigences professionnelles ?

Cette question agite le monde de la santé depuis quelque temps déjà. Fondamentalement, il s'agit de distinguer entre compétences génériques, communes à toutes les professions indépendamment de leur rôle et de leur profil professionnel, et compétences spécifiques, liées directement aux activités professionnelles.

Pour les premières, un consensus existe en Suisse aussi bien pour la formation des médecins que des professionnels de la santé. Il est fondé pour l'essentiel sur le Cadre de compétences, CanMEDS, pour les médecins, qui définit sept rôles professionnels repris pour une large part et adaptés selon les besoins par les établissements d'enseignement et de formation. L'acquisition de ces compétences donne aux professionnels les instruments nécessaires à l'IPC.

La question des compétences spécifiques est plus complexe. Il existe également un consensus entre les Hautes écoles et les Ecoles professionnelles supérieures au niveau professionnalisant (titre fédéral ou bachelor) et des discussions sont en cours pour le niveau postgrade (master, advanced practices). La notion de compétences professionnelles spécifiques est toutefois fortement liée à celle du profil professionnel, du rôle et de la mission de chaque profession ou des prérogatives liées aux titres professionnels existants (cf. LPSan) ou à venir (advanced practices), ainsi qu'à celle de possibles superpositions de domaines d'activité, ou, inversement, de domaines professionnels réservés. D'où la difficulté d'établir un dialogue national serein et ouvert, en d'autres termes « interprofessionnel ».

A cela s'ajoute le concept d'accompagnement du patient tout au long de son trajet au travers du système de santé et de soins, dont la mise en place doit tenir compte des compétences et des profils professionnels de chaque profession concernée. Or, à ce sujet deux visions s'opposent. D'une part celle d'une promotion et d'une revalorisation du rôle du médecin de premier recours ou médecin de famille comme portier (*gate keeper*). D'autre part celle d'une diversification des possibilités d'entrée dans le système de soin, qui substitue la notion de **porte d'entrée** (cabinet médical individuel ou de groupe, pharmacie, réseau de soins communautaires) à celle de **généraliste-portier**.

## Des besoins de l'exercice professionnel aux réalités de la formation à la pratique collaborative

*Celui qui est maître de l'éducation peut changer le monde (d'après Gottfried Wilhelm Leibniz, philosophe allemand)*

Vu l'importance de l'évolution probable des profils et de la réalité professionnelle des médecins et des professionnels soignants et des conséquences qu'ils ont sur la

## Le futur projet de loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan)

Ce projet de loi représente une priorité du Conseil fédéral, qui l'a explicitement cité dans son rapport Santé2020 (Priorité 3.3):

*« Le nombre de places de formation continue, universitaires ou non, doit être adapté aux besoins et les programmes de formation doivent répondre aux exigences des soins intégrés. Il s'agit ainsi de garantir que la Suisse dispose du personnel soignant nécessaire et qui ait une formation répondant aux besoins. (...) »*

*Les mesures supplémentaires suivantes doivent permettre d'atteindre l'objectif en question :*

- *Formation d'un nombre suffisant de médecins dans les branches correspondantes et de personnel soignant.*
- *Promotion des soins médicaux de base (notamment la médecine de premier recours) et de la collaboration entre les différents métiers de la santé grâce à l'adaptation des programmes de formation et de perfectionnement, à la promotion de la recherche et à la création de conditions favorables à l'exercice du métier.*
- *Promulgation d'une loi sur les professions de la santé afin que la qualité et les compétences des professionnels de la santé désormais formés au niveau des hautes écoles spécialisées soient garanties, qu'elles répondent aux besoins du système de santé et que les bases de nouveaux modèles de soins soient jetées. »*

Le projet de loi fait en outre partie intégrante du Masterplan « Formation aux professions des soins » (initié par l'OFFT, et conjointement conduit par un comité de pilotage incluant le SEFRI, l'OFSP, la CDS, la CDIP et l'OdASanté). Cette loi fédérale sur les professions de la santé vise à encourager, dans l'intérêt de la santé publique, la qualité de la formation et l'exercice des professions de la santé de niveau Haute école (tertiaire A). Elle est conçue sur le modèle de la LPMéd (professions médicales universitaires) et présentera ainsi une cohérence qui contribuera à soutenir la coopération inter-professionnelle. Elle règlera notamment les questions de compétences génériques (allgemeine Kompetenzen) ainsi que les éléments de compétences sociales et de développement de la personnalité à acquérir en fin de formation de niveau bachelor. Elle uniformisera sur l'ensemble du territoire suisse les conditions d'accès à l'exercice de l'activité économique à titre privé sous sa propre responsabilité professionnelle (dépendant d'une autorisation de pratique cantonale). Elle règlera également les aspects liés à la reconnaissance des diplômes étrangers, conformément aux directives européennes en la matière. Les questions concernant l'accréditation des programmes de formation seront également réglées, en cohérence avec les exigences de la loi fédérale sur la promotion des Hautes écoles et la coordination dans le domaine suisse des Hautes écoles (LEHE). La LPSan préverra en outre la création d'un registre fédéral des professions de la santé, analogue au registre des professions médicales MedReg.

formation IPE à la pratique collaborative, un travail de fond devrait être initié sur le plan national. Jusqu'à maintenant, les discussions ont porté avant tout sur la nature des compétences suffisantes ou nécessaires à l'exercice de chaque profession impliquée dans une approche interprofessionnelle du patient et de ses soins. Le groupe thématique « Interprofessionnalité » de la plateforme « Avenir de la formation médicale » a choisi d'élargir le débat en abordant la question par le biais de modèles de soins actuels et futurs.

Six modèles ont été retenus, qui peuvent être utilisés pour la formation interprofessionnelle à l'IPC des personnes en formation de toutes les professions de la santé. Chaque modèle est subdivisé en modules, qui présentent une situation médicale concrète basée sur le trajet du patient au travers du système de soins, généralement ambulatoire, ou à l'interface entre établissement hospitalier / médico-social et ambulatoire.

Le développement détaillé de ces modèles et de ces modules a permis aux membres du groupe thématique de dégager les grandes lignes de ce qui devrait être une formation IPE future, en y incluant les compétences génériques. La nécessité de fédérer les efforts de tous les partenaires et de les motiver à poursuivre les travaux ressort clairement des propositions contenues dans le rapport qui sera remis à la plateforme cet été. Il s'agirait d'une part de définir une stratégie de développement d'un enseignement interprofessionnel sur le plan national pour toutes les professions médicales (médecins, pharmaciens) et celles de la santé. D'autre part de préciser de manière interprofessionnelle les principaux modèles de soins présents et futurs, les profils professionnels qui y correspondent le mieux, et par conséquent les profils de compétences spécifiques qui permettent à chaque profession d'y répondre et de s'y adapter. Un vaste travail et de gros efforts restent à faire, que le rapport du groupe thématique « interprofessionnalité » devrait faciliter et baliser.

Olivier-Jean Glardon, Dr. med. vet., responsable du secrétariat accréditation et assurance de qualité, OFSP.  
Mél.: Olivier-jean.gardon@bag.admin.ch

## Bibliographie

- Académie suisse des sciences médicales, *Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique*, ASSM, Rapport 2007 et commentaire 2011: [www.samw.ch](http://www.samw.ch) → Actualités → News → 26.8.2011 – Publication (31.3.2013)
- Hewitt J., Thomas P., *The Impact of Clinical Governance on the Professional Autonomy and Self-Regulation of General Practitioners: Colonization or Appropriation?*, Sheffield 2007: [www.mngt.waikato.ac.nz/ejrot](http://www.mngt.waikato.ac.nz/ejrot) → Critical Management Studies → 2007 Conference abstracts and Proceedings → Proceedings → 18. New perspectives in the study of professionalism (31.3.2013)
- Künzi K., Detzel P., *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute*, Neuenburg 2007 (Obsan): [www.obsan.admin.ch](http://www.obsan.admin.ch) → Publikation → Arbeitsdokument 27 (31.3.2013)
- Iglehart J.K., *Health Reform, Primary Care and Graduate Medical Education*, New England Journal of Medicine 2010, 363, pp. 584-590.
- Julio F. et al., *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, The Lancet 2010, 376, pp. 1923-1958
- Deutscher Wissenschaftsrat, *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*, (Drs. 2411-12), Berlin 2012: [www.wissenschaftsrat.de](http://www.wissenschaftsrat.de) → Veröffentlichungen → Empfehlungen und Stellungnahmen, (31.3.2013)
- Rapport Santé 2020* (Office fédéral de la santé), [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Aktuell → Gesundheit2020 (31.3.2013)
- Médecine durable – Feuille de route de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)*, Bâle 2012: [www.samw.ch](http://www.samw.ch) → Actualités → News → 7.11.2012 – Communiqué de presse (31.3.2013)
- Masterplan « Formation aux professions des soins »: [www.sbf.admin.ch](http://www.sbf.admin.ch) → thèmes → formation professionnelle → formation dans le domaine de la santé → Masterplan « Formation aux professions des soins » (31.3.2013)
- Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training: [www.sclo.smifk.ch](http://www.sclo.smifk.ch) (31.3.2013)
- The Physician Competency Framework (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada): [www.royalcollege.ca](http://www.royalcollege.ca) → CanMEDS (31.3.2013)

## Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours

**Former plus de médecins et avec des spécialisations répondant aux besoins, améliorer l'égalité des chances et affecter les ressources médicales de façon plus ciblée: ce sont quelques-unes des mesures envisagées par le Conseil fédéral pour faire face à la pénurie attendue de soins médicaux.**



**Maria Hodel**  
Office fédéral de la santé publique

En septembre 2011, le Conseil fédéral a publié le **rapport «Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours»** en réponse à la motion 08.3608 de la conseillère nationale Jacqueline Fehr<sup>1</sup>. L'intervention parlementaire se référait à une étude de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan)<sup>2</sup> qui, partant de l'hypothèse de 700 nouveaux diplômés en médecine par année (775 diplômes fédéraux en 2012), arrivait à la conclusion que près de 30 % des consultations médicales ne seraient plus garanties d'ici 2030. L'Obsan avançait même un taux de 40 % de consultations non couvertes dans le domaine de la médecine de premier recours, c'est-à-dire des soins médicaux de base.

Certaines recommandations du document stratégique du Conseil fédéral, comme le contrôle des mécanismes de pilotage dans la formation postgrade des médecins assistants et le renforcement de la collaboration interprofessionnelle, sont actuellement analysées dans le cadre de la plateforme «Avenir de la formation médicale»<sup>3</sup> et leur mise en œuvre est étudiée. Le présent article expose les principales problématiques, connaissances et recommandations au sujet des capacités de formation dans le domaine de la médecine humaine et présente l'état actuel de la discussion politique.

### Pénurie de médecins (de premier recours)

Le rapport traite d'abord la question de savoir s'il existe actuellement une pénurie de médecins et cite diverses études faisant état de problèmes de recrutement rencontrés par certains hôpitaux et cabinets médicaux. Une enquête menée en 2009 par la Schweizerische Gesellschaft für praktische Sozialforschung (GfS) a ainsi montré que 65 % des 205 hôpitaux interrogés ont eu des difficultés à recruter des médecins. Les établissements psychiatriques étaient et sont encore particulièrement touchés. Mais le secteur ambulatoire est lui aussi en plein bouleversement. La densité médicale est très variable selon les régions. Certains médecins de premier recours ont du mal à trouver un successeur pour leur cabinet (individuel). L'étude de Marty (2006) a confirmé que l'offre est clairement excédentaire dans ce domaine. Les jeunes médecins souhaitent souvent rester flexibles, travailler en équipe et trouver une place d'employé à temps partiel, autant d'attentes professionnelles qui sont difficilement conciliables avec la reprise d'un cabinet individuel. Parallèlement à cette évolution, les prestations hospitalières ambulatoires qui pourraient en principe être fournies dans le cadre d'un cabinet médical de premier recours sont en forte croissance.

Malgré les difficultés de recrutement constatées, il n'existe actuellement **aucune preuve d'une pénurie générale de médecins**. La densité médicale a augmenté, y compris dans la médecine de premier recours. Avec 1,1 médecin par millier d'habitants, elle est dans ce domaine sensiblement supérieure à la moyenne de l'OCDE<sup>4</sup>. La question d'une couverture médicale répondant aux besoins de la population semble ainsi revêtir une dimension distributive ou qualitative plutôt que purement quantitative. Dans certaines spécialités, les problèmes sont avant tout d'ordre structurel; dans d'autres, le recrutement de médecins étrangers avec des connaissances linguistiques insuf-

1 Sur Internet: [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) → Thèmes → Professions de la santé → Publications (16.4.2013).

2 Obsan, «Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – projections à l'horizon 2030», document de travail n° 33, Neuchâtel 2008.

3 Marty, Franz, «Zahl der Praxisangebote 2005 – drei Jahre nach Einführung der Zulassungsbeschränkung», *PrimaryCare*, n° 17/2006.

4 Obsan Bulletin 3/2012: le nombre de médecins de premier recours a augmenté de 5,1 % entre 2009 et 2011, tandis que celui des spécialistes est resté relativement constant. Remarque de l'auteur: avec la levée du gel des admissions fin 2011, il faut également s'attendre à une forte progression dans la médecine spécialisée.

fisantes pourrait induire une baisse de la qualité. Si l'existence de déficits systématiques n'a jusqu'à présent pas été constatée, ce serait une erreur d'en déduire qu'aucune mesure ne doit être prise. La Suisse est de plus en plus dépendante des médecins formés à l'étranger. L'OFSP reconnaît en moyenne près de 1 200 diplômés de médecin étrangers chaque année depuis 2002, et même plus de 2 000 rien qu'en 2012. La même année, plus de la moitié des quelque 2 200 autorisations de pratiquer délivrées par les cantons l'ont été à des porteurs d'un diplôme étranger<sup>5</sup>. S'il restera vraisemblablement possible à l'avenir de couvrir les besoins en personnel par des recrutements à l'étranger, le rapport recommande, dans la perspective de la qualité des soins et pour des considérations d'équité envers les autres pays, que la Suisse assure elle-même la formation du personnel de santé dont elle a besoin.

### Offre excessive

A côté d'indications suggérant une pénurie de médecins formés en Suisse, le rapport mentionne aussi certains **indices d'une offre excessive**. Dans plusieurs spécialités, le nombre d'interventions (chirurgicales ou diagnostiques) varie fortement d'une région à l'autre<sup>6</sup>. Ces disparités suggèrent que les prestations fournies peuvent être la conséquence d'une offre excessive et qu'elles ne sont pas toujours appropriées, nécessaires et justifiées.

Une enquête comparative de l'OCDE fait par ailleurs apparaître une plus forte concentration en personnel et une moindre productivité dans les hôpitaux suisses<sup>7</sup>. Ce résultat vaut pour l'ensemble du personnel spécialisé employé par ces hôpitaux. Certaines des raisons invoquées sont le standard élevé en matière de soin, la taille moyenne plus petite des hôpitaux suisses avec les moindres effets d'échelle qui en résultent et la durée de séjour moyenne plus importante des patients suisses. Les auteurs de l'étude comparative identifient ici de possibles gains en efficacité.

### Une question simple pour une situation complexe

A partir de ces constats faisant état d'une pénurie de médecins, d'une offre potentiellement excédentaire et d'une productivité relativement faible du personnel, il n'est

pas aisé de déterminer dans quelle mesure l'offre de prestations de santé est en adéquation avec les besoins. Estimer les besoins futurs en la matière s'avère plus difficile encore. Entre les traitements médicaux dans des situations où le pronostic vital est engagé et la médecine de confort, le caractère indispensable ou superflu de nombreuses interventions dépend des intérêts en présence. Etant donné la difficulté méthodologique de tenir compte des interactions complexes entre les différentes variables et grandeurs impliquées, le Conseil fédéral a retenu l'hypothèse d'un «scénario de stabilisation» lors de l'estimation des besoins de formation. La question retenue **«Combien de médecins la Suisse devrait-elle former pour couvrir par ses propres efforts le volume de prestations médicales actuellement disponible?»** repose sur l'hypothèse plausible que les besoins de prestations médicales resteront à l'avenir au moins aussi élevés qu'aujourd'hui. Cette hypothèse ne revient pas à se prononcer sur la question de savoir si l'offre actuelle de soins médicaux est en adéquation avec les besoins. Elle ne prend pas non plus en considération les effets liés à d'éventuels gains en efficacité ou à la prise en charge de prestations médicales par d'autres professions de la santé. Enfin, elle ne tient pas compte des besoins supplémentaires que les changements démographiques induiront vraisemblablement.

### Combien de médecins travaillaient dans le système de santé en 2011 ?

La statistique médicale de la **FMH** enregistrait un total de 30 327 médecins en 2011, dont 16 232 travaillaient dans le secteur ambulatoire et 14 095 dans le secteur hospitalier.

La statistique des hôpitaux établie par l'**OFS**, qui recense les médecins exerçant dans le secteur hospitalier, arrivait pour l'année 2011 à un total de 20 292 médecins employés, soit 6 000 de plus que dans la statistique de la FMH.

Ces fortes divergences montrent qu'il n'est pas possible de déterminer le nombre exact de médecins employés dans le système de santé. Alors que les chiffres de la FMH sous-estiment vraisemblablement le nombre de médecins travaillant dans le secteur hospitalier, ceux de l'OFS sont sans doute trop élevés en raison des comptages multiples et des chevauchements avec le secteur ambulatoire<sup>8</sup>.

Seule l'introduction d'identificateurs de personnes permettant de corriger les comptages multiples permettra d'obtenir une indication fiable du nombre de médecins en activité dans le système de santé.

5 OFSP: analyses du registre des professions médicales.

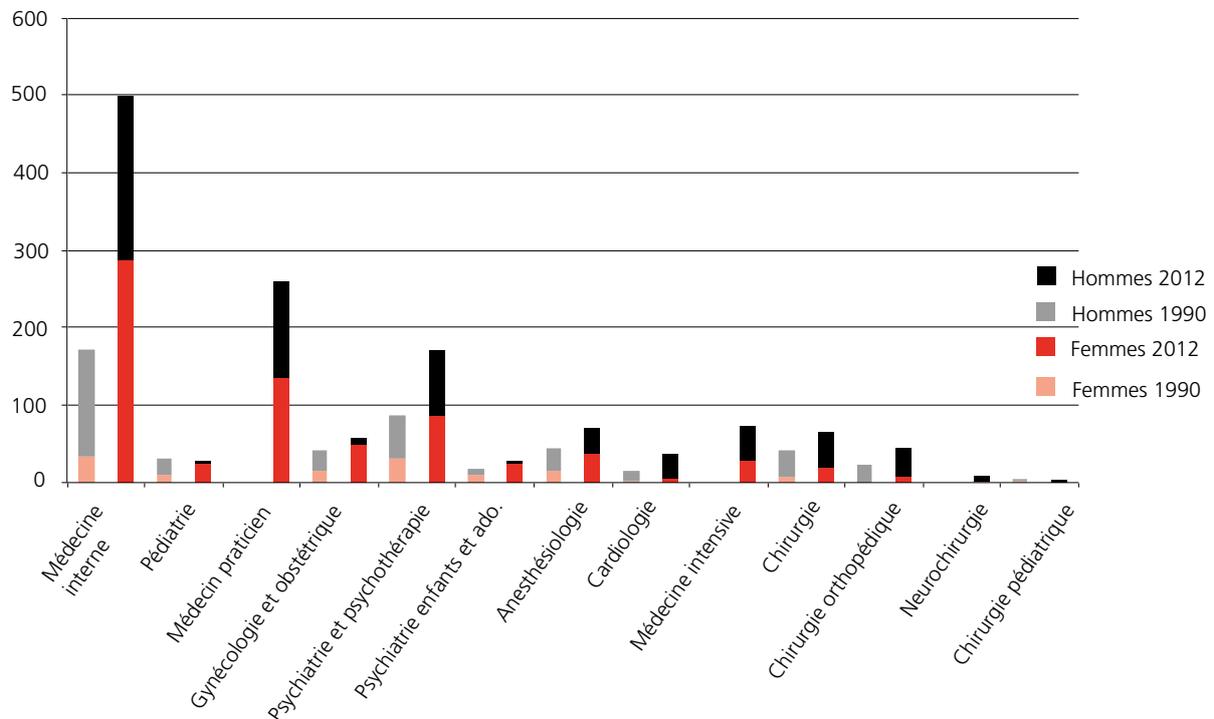
6 Busato, André et al., « En Suisse, l'épaule fait plus ou moins mal selon les régions », Forum Med. Suisse, n° 24/2009, p. 438.

7 Salfeld, Rainer et al., « Modernes Krankenhausmanagement: Konzepte und Lösungen », Berlin/Heidelberg, 2<sup>e</sup> éd., 2009.

8 La statistique de l'OFS recense des médecins qui sont employés dans plusieurs hôpitaux ou qui exercent leur activité à la fois dans le secteur hospitalier et dans le secteur ambulatoire (les médecins agréés, p. ex.). Le nombre de ces médecins n'est pas connu.

## Titres postgrades 1990 et 2012

G1



Source : statistique médicale FMH 1990 et 2012

## Estimation des besoins de formation

Sur la base des estimations pour l'année 2009, le rapport chiffrait à 32 000 le nombre total de médecins en activité dans le système de santé<sup>9</sup>. A l'aide d'un calcul en trois étapes qui intègre les flux entrants et sortants, de la formation à la retraite, il a été possible d'estimer les capacités de formation supplémentaires qui devront être offertes chaque année pour maintenir le volume de prestations à son niveau actuel. Ce calcul a tenu compte de la part des titulaires d'un diplôme de médecine qui ne termineront pas leur formation postgrade et des effets de la féminisation croissante des professions médicales sur l'évolution du nombre d'équivalents plein temps.

## Première étape du calcul

En partant d'une estimation de 32 000 médecins au total et en retenant l'hypothèse d'une carrière professionnelle d'une durée de 37 ans (entre 28 et 65 ans), le taux de

remplacement annuel s'élève à 2,7 %. Cela veut dire que 864 médecins doivent entrer chaque année dans le système de santé pour maintenir la densité médicale (nombre de médecins) au niveau actuel.

## Deuxième étape du calcul

Une analyse portant sur l'ensemble des médecins formés en Suisse entre 1985 et 2000 a montré que près de 16 % d'entre eux n'ont jamais terminé une formation postgrade ou une spécialisation<sup>10</sup>. Puisqu'un médecin sans formation postgrade ne peut pas s'installer à son compte ni travailler sans supervision, il est vraisemblable que les personnes concernées sont « perdues » pour le système de santé. C'est du moins l'hypothèse qui a été retenue dans le cadre de cette analyse afin de parvenir à une meilleure estimation des besoins effectifs de remplacement. Les besoins de formation passent ainsi de 864 à 1 030 médecins par année.

## Troisième étape du calcul

Depuis 2004, plus de la moitié des nouveaux diplômes fédéraux de médecine sont délivrés à des femmes; la proportion atteint même près de 60 % depuis 2008. On peut en déduire que la part des femmes exerçant la profession de médecin passera de 35 % aujourd'hui à 60 % d'ici 2030. Puisque les femmes décident plus souvent que les hommes de travailler à temps partiel, la féminisation croissante de

9 Ce chiffre comprend aussi les médecins formés à l'étranger qui exercent leur activité dans le système de santé suisse.

10 Les études de médecine à l'Université, d'une durée de six ans, sont sanctionnées par un examen fédéral. Elles sont suivies d'une formation postgrade au terme de laquelle le médecin assistant (ou interne) obtient le titre de spécialiste FMH ou, pour utiliser le terme juridique approprié, un titre postgrade fédéral dans l'une des 45 spécialités reconnues.

la profession entraîne une diminution du volume de prestations par médecin en activité.

Des analyses du taux d'occupation des femmes font apparaître qu'il faut trois femmes pour remplacer deux hommes. Avec une proportion de 60 % de femmes, le volume de prestations disponible en 2030 diminuera d'environ 10 % par rapport à la situation actuelle; 35 200 médecins seront donc nécessaires pour accomplir le volume de travail des 32 000 médecins actuels.

Pour porter le nombre total de médecins en activité à ce niveau d'ici 20 ans, ce sont 1 066 nouveaux médecins en moyenne qui devront entrer chaque année dans le système de santé. Et puisque, comme nous l'avons vu à la deuxième étape du calcul, 16 % des diplômés en médecine d'une année sortent du système de santé sans avoir obtenu de titre postgrade fédéral, le besoin annuel de remplacement doit être revu en conséquence, ce qui situe le besoin de formation entre **1 200 et 1 300 médecins**<sup>11</sup> par année. Cela représente une augmentation des diplômés délivrés de presque 50 % par rapport à aujourd'hui. Une actualisation de l'estimation du scénario de stabilisation tenant compte de l'accroissement du nombre de médecins exerçant une activité dans le système de santé depuis 2011 conduirait à revoir encore à la hausse les besoins de formation.

### Spécialisation adaptée aux besoins et égalité des chances

L'augmentation du nombre de diplômes délivrés ne suffit pas à garantir que l'offre de spécialistes formés en Suisse sera en adéquation avec les besoins futurs et qu'elle enrayera la tendance à la pénurie annoncée dans certaines spécialités et dans la médecine de premier recours par les études citées précédemment. En raison des difficultés méthodologiques affectant à la fois l'analyse des causes et les outils de pronostic, les opinions divergent sur les spécialités qu'il faudrait privilégier pour répondre aux besoins futurs et aux derniers développements de la médecine de premier recours. Cela dit, **la féminisation de la médecine appelle certains changements structurels.**

Un regard sur l'évolution de certaines des 45 spécialisations médicales<sup>12</sup> entre 1990 et 2012, tant dans une perspective quantitative que du point de vue de la distri-

bution entre hommes et femmes, montre que le nombre de titres postgrades délivrés a triplé, passant de 661 à 1 727<sup>13</sup>. Pendant la même période, la population résidente suisse a connu une progression d'environ 18 %. La part des titres en médecine de premier recours est passée de 30 à 50 % et celle des titres postgrades délivrés à des femmes d'environ 25 % à plus de 50 %.

La répartition 2012 montre qu'il existe de grandes **différences entre les sexes**. Les femmes sont clairement sous-représentées en chirurgie. A l'inverse, elles sont majoritaires dans les soins médicaux de base (médecine interne générale, pédiatrie, médecins praticiens), en gynécologie et en psychiatrie. Les effets sur l'offre de soins de l'augmentation observée des titres en médecine de premier recours et de la forte croissance de la part des femmes ne sont pas encore entièrement connus. La question de savoir si ces changements conduiront à une offre en adéquation avec les besoins reste ouverte. Un élément connu est que les jeunes médecins, hommes ou femmes, souhaitent plus souvent travailler à temps partiel. La part croissante de femmes accentue cette tendance et accroît donc la pression pour adapter les structures de l'offre dans le domaine de la médecine de premier recours.

### Recommandations

La recommandation la plus importante est certainement l'augmentation des capacités de formation pour atteindre entre 1 200 et 1 300 diplômés en médecine par année. Les analyses mentionnées dans le rapport ont fourni de nombreuses informations sur les divers aspects de la formation universitaire et postgrade ainsi que sur les conditions d'exercice de la profession. Ces informations ont permis de déduire une série de recommandations, dont les principales sont résumées ci-après :

- **Numerus clausus (NC):** plus de 4 000 personnes par année seraient intéressées à entreprendre des études de médecine. Même en portant les capacités de formation au niveau recommandé, une procédure de sélection restera nécessaire à l'avenir. Les tests d'aptitudes améliorent le taux de réussite aux études de médecine. Etant donné le coût élevé de ces études, une utilisation ciblée des ressources est judicieuse et justifie un maintien du NC.
- **Maintien des pertes à un bas niveau:** les femmes obtiennent moins souvent que les hommes un titre postgrade après leur diplôme de médecine. La perte que représentent les diplômés n'achevant pas leur formation postgrade pourrait donc s'amplifier avec la féminisation croissante de la profession. Il faudrait examiner les raisons de cette situation et prendre des mesures adéquates pour maintenir ces pertes au plus bas niveau possible.

11 Puisque la part des femmes médecins dans le système de santé augmente progressivement, quelques médecins de plus seront nécessaires chaque année pour compenser la perte en équivalents plein temps. C'est pourquoi le rapport recommande une fourchette comprise entre 1 200 et 1 300 nouveaux diplômés.

12 En 1990, une distinction était établie entre la médecine générale, d'une part, et la médecine interne et ses sous-spécialités, d'autre part. Dans le graphique, les formations postgrades en médecine générale et en médecine interne sans ses sous-spécialités ont été regroupées dans la catégorie de la médecine interne générale.

13 Il faut ici tenir compte du fait que plus de la moitié des titres postgrades délivrés l'ont été à des médecins formés à l'étranger et que 10 % environ des médecins possèdent plus d'un titre postgrade.

- **Spécialisation adaptée aux besoins et égalité des chances:** la féminisation de la médecine se fait particulièrement sentir dans les domaines de la médecine de premier recours, de la psychiatrie et de la gynécologie. Les femmes sont au contraire sous-représentées dans la plupart des autres spécialités. Il faudrait examiner si l'égalité des chances est garantie dans les principales structures de formation et si les changements observés dans la répartition des spécialités sont en adéquation avec les besoins. Dans le cas contraire, il faudra viser à une meilleure prise en compte de ces besoins (p. ex. au moyen d'incitations adéquates).
- **Encouragement des changements structurels:** la féminisation et, de manière générale, la modification des attentes professionnelles des jeunes médecins ont une grande influence sur la structure de l'offre de soins ambulatoires de base. Ces soins sont encore principalement dispensés – à hauteur de 60 % – par des médecins pratiquant dans des cabinets individuels. Les postes à temps partiel font donc largement défaut. Les cantons et les communes devraient encourager les transformations structurelles en favorisant la création de cabinets de groupe et de centres de santé associant plusieurs spécialités médicales et paramédicales, éventuellement par des investissements dans des infrastructures adéquates.

### Etat actuel du processus de décision politique

La publication du rapport « Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours » en automne 2011 a intensifié le dialogue entre politique de la formation et politique de la santé. La problématique de l'augmentation des capacités de formation en médecine humaine figure désormais en tête des priorités politiques. Deux rapports et une motion ont récemment abordé cette thématique sous l'angle de l'applicabilité concrète et de ses conséquences financières.

- Un premier rapport a été rédigé en avril 2012 sous la direction conjointe de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de la Conférence universitaire suisse (CUS), en collaboration avec les cinq Facultés de médecine. Le rapport s'est rallié à la recommandation du Conseil fédéral d'augmenter le nombre de diplômes de médecine. L'objectif de 300 diplômes de plus par année a été jugé réaliste. Les coûts supplémentaires ont été chiffrés à 56 millions de francs par année et le rapport prône un engagement financier accru de la Confédération, sans lequel les cantons ne seraient pas capables de supporter le surcoût. En août 2012, le dialogue « Politique nationale suisse de la santé » a publié, au nom du conseiller fédéral Alain Berset et du président de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Carlo Conti, un

**communiqué confirmant la volonté commune de la Confédération et des cantons de former 300 médecins supplémentaires chaque année.**

- En septembre 2012, la conseillère nationale Regula Rytz a déposé la motion 12.3931 « Formation de nouveaux médecins. Programme d'impulsion », qui demandait le versement de moyens supplémentaires pour que l'augmentation du nombre de nouveaux diplômés en médecine humaine prenne forme en 2018/2019. Mettant en avant les difficultés de chiffrer les coûts réels des études de médecine et renvoyant au message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation (FRI) pour les années 2013 à 2016, le Conseil fédéral a proposé de rejeter la motion. Selon lui, la croissance annuelle moyenne de 3,7 % des subventions de base de la Confédération prévue entre 2013 et 2016 devrait permettre, avec les subventions des cantons versées au titre de l'Accord intercantonal universitaire (AIU), d'**augmenter progressivement le nombre de places d'études**. Le gouvernement s'est toutefois déclaré disposé à traiter en priorité le thème de la consolidation et du développement de l'enseignement et de la recherche dans son prochain message FRI et à établir, conjointement avec les cantons, une planification financière commune.
- Un second rapport a été publié en décembre 2012 par un groupe de coordination composé de représentants de l'OFSP, du secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche (SER), de la CDS et de la CUS. Traitant de manière approfondie des questions relatives au coût des études de médecine et aux modalités de financement de la Confédération, il a examiné la création de nouveaux lieux de formation. Bien que le coût des études de médecine soit difficile à chiffrer de façon précise et étayée, le rapport arrive à la conclusion que **l'augmentation annoncée ne pourra pas être couverte par les moyens financiers actuellement disponibles**. Les futurs lieux de formation examinés au Tessin, à Saint-Gall et à Lucerne ne pourraient pas contribuer à accroître les capacités à court terme. Le rapport faisait en outre remarquer qu'une augmentation des capacités sans mesures d'accompagnement, comme le pilotage de la formation postgrade ou une meilleure répartition régionale de l'offre, ne serait pas opportune.
- En mars 2013, les deux conseillers fédéraux Schneider-Ammann et Berset ont confirmé lors d'une conférence de presse commune la décision d'approfondir le thème de **la consolidation et du développement de l'enseignement et de la recherche en médecine humaine dans le prochain message FRI 2017-2020** et de lancer prochainement les travaux préparatoires correspondants.
- La récolte des signatures pour **l'initiative populaire « Davantage de places de formation en médecine humaine »** a débuté le 9 avril 2013. L'initiative veut obliger les cantons à former un nombre suffisant de méde-

cins pour couvrir les besoins à long terme sur l'ensemble du territoire.

- En juillet 2013, le Parlement discutera de nouveau d'un **gel des admissions** pour les spécialistes.

## Conclusion

Les deux exigences identifiées dans cet article – former plus de médecins et avec des spécialisations répondant aux besoins, d'une part, limiter la croissance des cabinets médicaux dans le secteur ambulatoire, d'autre part – peuvent paraître contradictoires à première vue. L'une et l'autre sont pourtant au service de l'objectif du Conseil fédéral qui est de réduire la dépendance de la Suisse à l'égard des investissements de formation des pays tiers.

Ensemble, les deux exigences contribuent à prévenir qu'une immigration dans le secteur ambulatoire ne provoque une offre pléthorique qui remettrait en question l'économicité et l'adéquation des prestations et pourrait retarder les changements structurels nécessaires. Or, des **changements dans la structure de l'offre**, c'est-à-dire la création de cabinets de groupe et de centres de santé, sont indispensables pour que les médecins formés dans les Universités suisses trouvent à l'avenir des possibilités de travail plus flexibles et pour que les investissements de formation soient utilisés durablement.

---

Maria Hodel, lic. phil. I, collaboratrice scientifique,  
unité de direction Politique de la santé, OFSP.  
Mél. : maria.hodel@bag.admin.ch

## Médecine de famille: initiative populaire, contre-projet, Masterplan, tous visent le même objectif

Le Conseil fédéral rejette l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille», déposée il y a deux ans, parce qu'elle vise au niveau de la Constitution à améliorer la situation d'un groupe professionnel en particulier et qu'elle remet en question la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons, qui a fait ses preuves. Il lui oppose un contre-projet direct, tout en répondant aux revendications justifiées des médecins de famille au moyen du Masterplan «Médecine de famille et médecine de base».



**Brigitte Menzi**  
Office fédéral de la santé publique



**Nuria del Rey**

### L'initiative populaire «Oui à la médecine de famille»

L'initiative populaire «Oui à la médecine de famille», déposée en avril 2010 avec plus de 200 000 signatures, a pour objectif de garantir l'approvisionnement en soins médicaux de base par des médecins spécialistes en médecine de famille. Elle prévoit en outre d'encourager la formation universitaire et la formation postgrade dans cette discipline, de garantir l'accès à la profession, de faciliter l'exercice de la profession et de mieux rémunérer les prestations fournies par les médecins de famille. Le souhait de ses auteurs est que la médecine de famille

### Initiative populaire fédérale «Oui à la médecine de famille»

La Constitution fédérale est modifiée comme suit:

#### Art. 118b (nouveau) Médecine de famille

<sup>1</sup> Dans les limites de leurs compétences respectives, la Confédération et les cantons veillent à ce que la population dispose d'une offre de soins médicaux suffisante, accessible à tous, complète et de haute qualité fournie par des médecins de famille.

<sup>2</sup> Ils encouragent la médecine de famille et veillent à ce qu'elle reste une composante essentielle des prestations de soins de base et constitue, en règle générale, la médecine de base pour le traitement des maladies et des accidents et pour les questions d'éducation sanitaire et de prophylaxie.

<sup>3</sup> Ils œuvrent à l'établissement d'une répartition équilibrée des médecins de famille entre les régions, créent des conditions propices à l'exercice de la médecine de famille et encouragent la collaboration avec les autres prestataires et institutions du domaine de la santé et du domaine social.

<sup>4</sup> La Confédération légifère sur:

- a. la formation universitaire, la formation postgrade et la recherche clinique en médecine de famille;
- b. les moyens de garantir l'accès à la profession de médecin de famille et de faciliter l'exercice de cette profession;
- c. l'extension et la rémunération appropriée des prestations de nature diagnostique, thérapeutique et préventive fournies par les médecins de famille;
- d. la reconnaissance et la valorisation du rôle particulier qu'assume le médecin de famille auprès des patients en termes de conseil et de coordination;
- e. la simplification des tâches administratives et les formes d'exercice de la profession adaptées aux conditions modernes.

<sup>5</sup> Dans sa politique en matière de santé, la Confédération tient compte des efforts déployés par les cantons, les communes et les milieux économiques dans le domaine de la médecine de famille. Elle soutient leurs démarches en vue d'assurer l'utilisation économique des moyens et de garantir la qualité des prestations.

constitue la médecine de base, autrement dit la première voie d'accès au système de santé.

## Rejet de l'initiative par le Conseil fédéral

En octobre 2010, le Conseil fédéral a fait savoir qu'il rejetait l'initiative populaire en raison de ses revendications excessives. Il s'est prononcé en particulier contre l'intention d'améliorer notablement la situation d'un seul groupe professionnel et de restreindre au niveau de la Constitution l'accès, libre jusqu'ici, au système de la santé. La fonction de première voie d'accès au système de santé que l'initiative prévoit pour les médecins de famille (également pour ce qui a trait à l'éducation à la santé et à la prévention) augure en effet d'une telle restriction. Le Conseil fédéral motivait aussi son rejet par des réserves tant au niveau du droit que des institutions politiques: on voit mal en effet comment concrétiser la garantie exigée de l'accès à la profession ainsi que le transfert de compétences des cantons à la Confédération prévu par le texte de l'initiative, transfert d'ailleurs vivement critiqué par les cantons lors de la consultation sur le contre-projet. Le Conseil fédéral achoppait également à certains des termes utilisés: les revendications cachées derrière des expressions comme «constitue, en règle générale, la médecine de base», «conditions propices», «répartition équilibrée entre les régions» ou «garantir l'accès à la profession» n'étaient pas suffisamment clarifiées, et leurs conséquences financières en cas d'acceptation de l'initiative, difficiles à estimer. En outre, la garantie de l'accès à la profession – synonyme, d'après le commentaire de l'initiative, de suppression durable de toutes les restrictions d'admission au sens de l'art. 55a LAMal (gel des admissions) – excluait toute possibilité de pilotage en cas d'excès de l'offre de prestations, qu'il soit généralisé ou limité à certaines régions. Pour le Conseil fédéral, en résumé, favoriser un seul groupe professionnel ne constitue pas une réponse adéquate au défi à relever, à savoir organiser la médecine de base de façon à répondre aux besoins. L'outil indispensable pour satisfaire au besoin général de la population de disposer de services médicaux de base en matière de soins curatifs, de réadaptation et de soins palliatifs est une collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle.

## Contre-projet direct concernant la médecine de base : état des délibérations

Conscient du rôle essentiel que les médecins de famille jouent dans le système de la santé, en particulier pour la médecine de base, le Conseil fédéral a opposé en septembre 2011 un contre-projet direct à l'initiative des médecins de famille. L'objectif visé par l'arrêté fédéral proposé est que la Confédération et les cantons garantissent ensemble une médecine de base accessible à tous et de qualité. La médecine de famille constitue à cet égard une composante essentielle, mais non l'acteur unique<sup>1</sup>. L'arrêté ne prévoit pas de modifier la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons, mais se contente de compléter et de préciser les tâches stratégiques qui sont déjà du ressort de la Confédération dans le domaine de la formation et de la formation postgrade, ainsi que de la garantie de la qualité. Il s'agit de répondre par une organisation souple mais solide de la médecine de base à l'augmentation prévisible de la prévalence des maladies chroniques et de la multimorbidité, qui va de pair avec celle de l'espérance de vie moyenne<sup>2</sup>. Une collaboration ciblée entre des prestataires constituant un réseau plus efficace devrait permettre d'atténuer les conséquences des changements attendus. Par son contre-projet, le Conseil fédéral réagit à l'évolution en cours, qui va clairement dans le sens d'une coordination de la médecine de base. Celle-ci exige une harmonisation et une réglementation cohérente de la formation et de la formation postgrade, mais aussi une conception interdisciplinaire de la profession. Les débats parlementaires sur l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille» et le contre-projet ont commencé début 2012. Le Conseil des Etats et le Conseil national ont décidé tous deux de rejeter l'initiative et de lui opposer un contre-projet direct, mais ne se sont pas encore accordés sur le contenu de ce dernier. Le dossier est donc actuellement en phase d'élimination des divergences.

## Le Masterplan « Médecine de famille »: une réponse résolue à des revendications justifiées

Pour répondre rapidement au souhait justifié d'un renforcement de la médecine de base et permettre aux auteurs de l'initiative le retrait de cette dernière, le conseiller fédéral Berset a lancé, d'entente avec les commissions parlementaires compétentes, le Masterplan «Médecine de famille et médecine de base». Constitué début avril 2012, son organe de direction comprend des représentants du comité d'initiative, du Département fédéral de l'intérieur (DFI), de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), de l'association Médecins de famille Suisse, de la FMH et de la Conférence universitaire suisse (CUS). Trois groupes de sous-projet

1 Cf. le rapport du Conseil fédéral « Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours » de septembre 2011 (en réponse à la motion 08.3608, Fehr Jacqueline).

2 Cf. Observatoire suisse de la santé OBSAN (éd.), « Ageing workforce in an ageing society – Combien de professionnels de santé seront nécessaires en Suisse d'ici 2030 ? », Neuchâtel 2009.

recherchent des solutions consensuelles et rapidement réalisables touchant la loi sur les professions médicales, la formation et la recherche, ainsi que les soins de base et le financement<sup>3</sup>.

### Présence accrue de la médecine de famille dans la loi sur les professions médicales

Etant donné la révision en cours de la loi sur les professions médicales (LPMéd) en vigueur depuis 2006, qui régit la qualité de la formation de base, de la formation postgrade et de la formation continue dans les professions médicales universitaires (médecine humaine, médecine dentaire, chiropratique, pharmacie et médecine vétérinaire), répondre dans ce cadre aussi aux souhaits des auteurs de l'initiative allait de soi. L'intégration de la médecine de base (avec l'accent mis sur la médecine de famille) dans les objectifs pédagogiques de la LPMéd en matière de formation et de formation postgrade (art. 8 et 17) répond à l'une des principales revendications des médecins de famille. L'assistantat au cabinet médical, qui permet aux médecins-assistants d'acquérir les compétences spécifiques directement dans le cabinet d'un médecin de famille, a été inscrit en tant qu'élément obligatoire de la formation postgrade des médecins actifs dans la médecine de base. Le projet de modification de loi et le rapport y relatif devraient être soumis au Conseil fédéral en juin 2013 pour être débattus ensuite au Parlement.

### Présence accrue de la médecine de famille dans la formation

L'élément clé du train de mesures dans le domaine de la formation et de la recherche est le crédit de 4 millions de francs que la CUS affecte pour la période de 2013 à 2016 à la mise en place de structures universitaires solides pour l'enseignement et la recherche en médecine de famille. Un état des lieux de l'offre universitaire existant en 2012/2013 dans les Facultés concernées a été dressé, avec

la participation de tous les instituts de médecine de famille, afin d'établir les besoins de réforme dans ce domaine. L'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) est responsable de déterminer ces besoins pour ce qui est de la recherche. Elle rédigera d'ici fin 2013 un plan directeur de recherche dans le domaine des soins qui doit servir de base à un pôle de recherche national (PRN).

Les mesures de réforme prises à ce jour en matière de formation médicale postgrade se limitent à une acceptation générale des objectifs pédagogiques élaborés par la Commission de la formation postgraduée SSMI/SSMG pour les futurs médecins de famille. Les sociétés médicales consultées refusent par contre l'inscription – demandée par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) – d'une branche principale « médecine de famille » dans la filière de formation et formation postgrade en médecine interne générale (MIG). Il importe aussi de repenser la formation et la formation postgrade des professionnels de la santé non-médecins tels que les assistantes médicales, les *advanced nurse practitioner*, les sages-femmes ou les diététiciens. Les assistantes médicales, en particulier, assument une fonction essentielle de coordination aussi bien dans les cabinets individuels classiques où le travail est réparti de façon traditionnelle que dans les nouveaux modèles de dispensation des soins (cabinets de groupe, réseaux de médecins). C'est ainsi qu'une demande d'examen professionnel de coordinateur/trice de cabinet médical (*Medizinische Praxisordinator/innen*, MPK), soutenue par l'OFSP, a été soumise au Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI).

### Davantage de ressources financières pour la médecine de famille ?

Comme on pouvait s'y attendre, la discussion relative à l'amélioration de la situation financière des médecins de famille s'avère plus complexe que celle portant sur les autres parties du Masterplan. Les revenus des médecins de famille se composent pour l'essentiel des recettes provenant des prestations de laboratoire<sup>4</sup> et de la rémunération prévue par TARMED<sup>5</sup>. Du point de vue des auteurs de l'initiative, les prestations de laboratoire sont partie intégrante de l'activité du médecin de famille et sont décisives pour l'attrait de la profession. Mais ni les tarifs en vigueur pour les analyses de cabinet médical ni le tarif médical TARMED ne garantissent selon eux une rémunération appropriée et correspondant aux prestations fournies par les médecins de famille.

A son entrée en vigueur en juillet 2009, la liste des analyses a été soumise à un monitoring visant notamment à distinguer les effets voulus du nouveau tarif de ses effets indésirables, afin de procéder aux corrections nécessaires. Il ressort du rapport final du 17 janvier 2012 sur le monitoring<sup>6</sup> que le comportement des fournisseurs de presta-

3 Cf. [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Thèmes → Politique de la santé → Contre-projet direct à l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille » → Masterplan « Médecine de famille et médecine de base » (16.4.2013)

4 Les médecins ont la possibilité d'effectuer un certain nombre d'analyses dans le laboratoire de leur propre cabinet. Les analyses remboursées dans le cadre des soins de base sont indiquées dans deux listes partielles. D'autres analyses encore peuvent être effectuées en laboratoire de cabinet médical à condition que la personne responsable dispose de certains titres de formation postgrade : [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Thèmes → Assurance-maladie → Tarifs et prix → Liste des analyses (16.4.2013).

5 [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Thèmes → Assurance-maladie → Tarifs et prix → TARMED (16.4.2013).

6 [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Thèmes → Assurance-maladie → Tarifs et prix → Liste des analyses (16.4.2013).

tions ne s'est pas considérablement modifié. Sur la période considérée (de 2008 à 2010), le nombre des analyses a augmenté de 8,7 %, tandis que le chiffre d'affaires a diminué de 5,8 %, passant de 1,27 milliard à 1,20 milliard de francs (-73 millions). Mais si l'on considère séparément les différentes catégories de prestataires, l'évolution varie beaucoup de l'une à l'autre : alors que, pour les laboratoires de cabinet médical, le nombre d'analyses (-7,6 %) et le chiffre d'affaires (-18,5 %) ont nettement diminué, les laboratoires d'hôpital (+26 %) et les laboratoires privés (+27 %) ont effectué un bien plus grand nombre d'analyses, ce qui leur a permis de maintenir pratiquement leur chiffre d'affaires ou de l'augmenter légèrement (-0,5 % et +1,7 % respectivement). Un projet baptisé transAL (pour « transformation de la liste des analyses ») a été mis en place pour corriger les points faibles de la liste en ce qui concerne la méthode appliquée et la structure, points faibles repérés notamment grâce au monitoring. Il vise en premier lieu à améliorer la stabilité et l'adaptabilité de la liste par l'introduction d'un chapitre distinct pour les « analyses rapides » en laboratoire de cabinet médical. La discussion en cours porte sur la structure des quantités et des coûts de la liste prévue.

L'initiative des médecins de famille exige une amélioration de leur situation financière par une revalorisation de leurs prestations, qui pourrait passer par une révision anticipée de TARMED prévoyant la création d'un chapitre distinct pour les fournisseurs des soins de base, lequel comprendrait les prestations des médecins de famille. L'amélioration de la situation financière exigée par les auteurs de l'initiative se chiffre à 350 millions de francs. Le conseiller fédéral Berset a clairement laissé entendre qu'il était favorable à une revalorisation des prestations de soins de base. C'est pourquoi il a invité les partenaires compétents pour la révision du tarif (la FMH, santésuisse et H+ Les Hôpitaux de Suisse) à mettre au point des propositions appropriées. Comme l'amélioration visée de la situation des médecins de famille ne doit en aucun cas se faire à la charge des payeurs de primes, les coûts

ainsi engendrés devraient être compensés à l'intérieur du tarif.

## Bilan provisoire

Si le Masterplan « Médecine de famille et médecine de base » a déjà fait bouger bien des choses au niveau de la loi et dans le domaine de la formation, nombreux sont encore les points à préciser en ce qui concerne la question essentielle du financement. Au niveau du processus, on peut aujourd'hui tirer un premier bilan positif : l'implication des principaux acteurs a permis d'élaborer rapidement des pistes de solution, dont certaines sont déjà mises en œuvre. Une discussion plus large sur la médecine de famille a eu lieu à l'occasion de la Journée nationale « Médecine de premier recours : une discipline attractive et d'avenir » du 16 mai 2013. Médecins de famille, hommes et femmes politiques et représentants des autorités de tous les niveaux institutionnels y ont débattu des nouveaux modèles et approches en matière de couverture des besoins en soins. Le 6 septembre, le thème de la médecine de base sera repris dans le cadre de l'assemblée annuelle de l'Association des communes suisses. Quelle que soit l'issue concrète du processus politique déclenché par l'initiative, il est permis d'affirmer que l'option de gouvernance adoptée a produit une large sensibilisation aux revendications justifiées des médecins de famille.

---

Nuria del Rey, lic. phil. hum., collaboratrice scientifique,  
division Politique de la santé, OFSP.  
Mél. : nuria.del-rey@bag.admin.ch

---

Brigitte Menzi, lic. rer. soc., collaboratrice scientifique,  
division Politique de la santé, OFSP.  
Mél. : brigitte.menzi@bag.admin.ch

## Le corps médical suisse: quel avenir?

**L'Observatoire suisse de la santé analyse, sur la base des données disponibles, l'évolution du corps médical suisse et fait apparaître une dynamique complexe. Les prévisions et les conclusions possibles sont toutefois limitées.**



**Laila Burla**  
Observatoire suisse de la santé

Pour planifier les besoins du système de santé, il est indispensable de disposer de chiffres fiables sur l'évolution de ses différents métiers. Il est cependant difficile de recenser certains paramètres, comme le nombre précis de médecins exerçant en Suisse, leur lieu d'activité et leur taux d'occupation. Si plusieurs banques de données recueillent des informations sur le corps médical, par exemple la statistique administrative des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique, la statistique médicale de la FMH, le registre des professions médicales de l'Office fédéral de la santé publique ou le registre des codes-créanciers de SASIS SA, l'état actuel des données est néanmoins imparfait, puisqu'il ne permet pas de déterminer le nombre exact de médecins actifs en Suisse. En 2012, le nombre de médecins exerçant en cabinet était estimé à 17 000, tandis que les effectifs dans le domaine hospitalier étaient chiffrés à 14 000 ou 20 000 suivant les sources.

En soi, le nombre de médecins pratiquant en cabinet et à l'hôpital ne permet pas de tirer de conclusion quant au nombre de prestations médicales réellement dispen-

sées. Pour obtenir une valeur approximative, il faut tenir compte du taux d'occupation et déterminer les équivalents plein temps (EPT). Or, des indications sur les EPT existent pour les médecins exerçant à l'hôpital, mais pas pour les médecins indépendants. Les informations sur le volume de travail sont d'autant plus importantes que les chiffres indiquent, pour ces prochaines années, une tendance à la baisse du temps de travail moyen des médecins, hommes et femmes.

### La médecine se féminise – évolution et conséquences

Le temps de travail moyen diminuera surtout en raison de la part croissante des femmes dans la médecine humaine: en 2011, plus de 57 % des étudiants en médecine étaient des femmes. En moyenne, les femmes travaillent une journée de moins que leurs collègues masculins, mais les hommes aussi refusent de plus en plus souvent de travailler à plein temps. Par conséquent, le nombre de médecins devra augmenter pour assurer le même volume de prestations: voilà un constat qu'il faut prendre en considération dans la planification et le pilotage des futurs besoins en médecins<sup>1</sup>.

Face à la part croissante de femmes médecins, il faut se demander si elles privilégient des spécialités qui leur permettent de mieux concilier travail et famille. La répartition par sexe indique que le nombre de femmes médecins a, ces dernières années, surtout augmenté en gynécologie et en médecine de premier recours (y compris en pédiatrie). Par ailleurs, la part de femmes psychiatres s'élève à 45 % depuis plusieurs années déjà, tandis que les femmes sont clairement sous-représentées en chirurgie (20 % seulement). Dans le contexte de la féminisation, il serait intéressant de voir si la part des femmes exerçant une fonction dirigeante à l'hôpital augmente dans la même mesure que la part de femmes médecins. En 2010, 56 % des médecins-assistants étaient des femmes, mais on ne comptait que 20 % de femmes parmi les chefs de service ou de clinique.

Pour mieux cerner ces développements et faire des prévisions, il est utile d'analyser l'évolution des carrières des médecins. Il faudrait par exemple déterminer combien de médecins cessent d'exercer en cabinet ou à l'hôpital pour travailler dans la recherche, l'industrie ou l'administration et pourquoi ils font ce choix. Il serait aussi intéressant de connaître les raisons qui poussent les médecins à quitter le domaine hospitalier pour ouvrir un

<sup>1</sup> Cf. Maria Hodel, « Stratégie pour lutter contre la pénurie de médecins et encourager la médecine de premier recours », dans le présent numéro de la « Sécurité sociale ».

cabinet et le moment auquel ils font ce choix. Enfin, il faudrait recenser les modifications du taux d'occupation des médecins au cours de leur carrière.

## Vieillessement du corps médical

Pour pronostiquer l'évolution du corps médical, il est utile de jeter un œil sur sa répartition par âge. Elle varie fortement suivant les secteurs : étant donné que près de la moitié des médecins dans les hôpitaux sont des médecins-assistants, l'âge moyen y est relativement bas (39 ans en 2010). La moyenne d'âge des médecins exerçant en cabinet, quant à elle, est de 53 ans (en 2011).

L'âge des médecins libéraux revient souvent dans les discussions sur une éventuelle pénurie de médecins. Les chiffres de 2011 montrent que 10 % d'entre eux ont déjà 65 ans ou plus, tandis que 35 % atteindront l'âge de la retraite ces dix prochaines années. Parmi les médecins d'un certain âge, il y a une grande proportion de psychiatres et de médecins de premier recours – dans ces deux domaines, la part des jeunes médecins est relativement faible, ce qui peut faire craindre une future pénurie.

## Médecins formés à l'étranger : une réponse imparfaite

La part des médecins étrangers revêt une importance particulière à plusieurs titres. La grande proportion de médecins étrangers dans le corps médical en Suisse indique que, depuis quelques années déjà, les besoins ne peuvent être couverts que grâce à des médecins formés à l'étranger. En 2011, plus de 17 % des médecins exerçant en cabinet étaient titulaires d'un diplôme étranger et cette tendance est à la hausse. A l'hôpital, le taux de médecins étrangers est deux fois plus important. Les chiffres disponibles ne permettent cependant pas d'émettre une appréciation différenciée. Selon le système d'information central sur la migration de l'Office fédéral des migrations, le nombre de médecins immigrants a clairement dépassé celui des émigrants ces dernières années, le solde migratoire annuel se situant à 1 000 personnes. Cela permet à la Suisse d'économiser des frais de formation de l'ordre de 720 000 francs par étudiant.

Mais le recrutement à l'étranger n'a pas seulement des conséquences pour notre pays : il pousse indirectement des professionnels de la santé hautement qualifiés à quitter les pays les plus pauvres. La plupart des médecins étrangers exerçant en Suisse proviennent certes de nos pays voisins, mais ces derniers recrutent à leur tour du personnel qualifié dans des pays plus pauvres, ce qui déclenche un effet en cascade. Cette fuite de cerveaux affecte entre autres les pays subsahariens qui se trouvent tout au bout de la chaîne migratoire.

Enfin, la question de la qualité des médecins formés à l'étranger est de plus en plus souvent posée : la durée et le contenu des formations suivies à l'étranger ne sont pas les mêmes qu'en Suisse. En outre, des connaissances insuffisantes de la langue, de la culture et du système de santé suisse peuvent se manifester.

## Le nombre de médecins est-il suffisant, insuffisant ou excessif ?

Si les chiffres sur l'évolution du nombre de médecins, leur structure d'âge et la répartition des sexes sont intéressants, ils ne permettent pas de dire si le nombre de médecins en Suisse est suffisant, insuffisant ou excédentaire, car le système sanitaire suisse est trop compliqué. Par ailleurs, il n'existe pas de définition précise de ce qu'est une offre excédentaire ou insuffisante. Par ailleurs, les positions et les intérêts des acteurs concernés sont contradictoires. En guise de conclusion, il convient de souligner quelques aspects du débat sur l'approvisionnement médical en Suisse.

Notre pays compte plus de quatre médecins pour 1 000 habitants. La densité de médecins est ainsi une des plus fortes au monde et est en progression constante depuis plusieurs années. Cette situation est assez confortable en comparaison internationale, mais force est de constater qu'une part croissante de médecins exerçant chez nous a été formée à l'étranger.

Ce constat sur la densité de médecins ne doit pas non plus masquer l'existence de disparités régionales (p. ex. entre les villes et la campagne) et de différences entre les domaines (médecine de premier recours, spécialisations). Il n'existe que peu de statistiques et d'études à ce sujet. En outre, les appréciations sont souvent contradictoires : ainsi, dans le domaine de la psychiatrie, certaines publications parlent de pénurie actuelle ou future, tandis que d'autres annoncent une pléthore de psychiatres dans certaines régions, notamment à la suite de la levée du gel des admissions.

L'Obsan continuera d'analyser les données existantes au cours des prochaines années pour se faire une idée plus précise de l'évolution démographique du corps médical en Suisse. Une meilleure comparabilité des données est toutefois nécessaire pour cette tâche. Une base de données plus complète dans le domaine ambulatoire permettra à l'avenir de prendre des décisions mieux documentées en matière de politique de la santé et fournira de nouvelles connaissances de nature à étayer les discussions sur la profession médicale et les autres professions de la santé.

---

Laila Burla, lic. rer. soc., chef de projets scientifiques, Obsan.  
Mél. : laila.burla@bfs.admin.ch

## Transparence et qualité en psychologie et psychothérapie psychologique

La loi sur les professions de la psychologie<sup>1</sup> (LPsy) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2013. Cette nouvelle loi garantit la transparence dans l'offre psychologique et psychothérapeutique grâce à des dénominations protégées et fixe des standards de qualité obligatoires, tels ceux qui vont de soi pour les professions médicales universitaires et qui sont inscrits dans la loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd).



**Marianne Gertsch**  
Office fédéral de la santé publique

### L'importance de la psychologie dans le domaine de la santé

La psychologie, en tant que science du vécu et du comportement de l'être humain ainsi que de leur évolution, s'est fortement différenciée ces 30 dernières années. Les psychologues exercent actuellement dans un très grand nombre de domaines en qualité de conseillers, coaches, diagnosticiens ou thérapeutes. Aux côtés du personnel médical spécialisé, ils jouent un rôle central dans le traitement et la prise en charge thérapeutique ambulatoire mais aussi stationnaire de personnes souffrant de troubles

ou de maladies psychiques. Dans le domaine ambulatoire, plus de 3000 médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie ont leur propre cabinet. A ce nombre s'ajoutent, d'après des estimations, environ 4000 psychologues psychothérapeutes, qualifiés de par leur diplôme et leur formation postgrade pour exercer sous leur propre responsabilité<sup>2</sup>. Selon l'Office fédéral de la statistique,<sup>3</sup> environ un tiers de toutes les personnes souffrant de problèmes psychiques ont suivi un traitement auprès d'un psychologue ou d'un psychologue psychothérapeute en 2012.

### Besoin de réglementation du point de vue des patients ou des consommateurs

L'absence de toute réglementation des professions de la psychologie dans la politique de la santé au niveau fédéral était en contradiction avec l'importance de la psychologie dans le domaine de la santé. A l'inverse, dans le domaine médical, la formation, la formation postgrade et l'exercice de la profession sont réglés de manière complète dans la LPMéd. En l'absence d'un label de qualité fiable, les personnes qui cherchent de l'aide ont de la peine à s'orienter sur le marché complexe et opaque des aides psychologiques et psychothérapeutiques et à distinguer les offres sérieuses des offres non qualifiées. Cela ne concerne pas seulement les personnes atteintes de troubles ou de maladies psychiques, mais aussi toutes celles qui ont besoin ponctuellement de conseil et de soutien qualifié dans des situations de vie éprouvantes (problèmes de couple, problèmes familiaux ou problèmes d'éducation, perte d'emploi, décès d'un proche, maladies graves, etc.).

### Principaux aspects de la loi sur les professions de la psychologie

Avant l'entrée en vigueur de la LPsy, la psychothérapie non médicale était réglée et subordonnée à autorisation dans 25 des 26 cantons. Du fait de la densité variable des réglementations cantonales, des prestations psychothérapeutiques non médicales étaient soumises à des exigences de qualité différentes d'une région à l'autre. De plus, les dispositions de la loi fédérale sur le marché intérieur (LMI) prévoient la reconnaissance mutuelle des autorisations cantonales de pratiquer, ce qui a contribué à faire planer la menace d'un nivellement par le bas de

1 Recueil systématique du droit fédéral, RS **935.81**; [www.admin.ch](http://www.admin.ch) → Législation → Recueil systématique (25.4.2013).

2 Bases de l'estimation :

– Nombre de membres des associations professionnelles FSP, SBAP et ASP avec un titre de spécialisation en psychothérapie 2012;  
– Données des autorités cantonales de la santé publique sur le nombre d'autorisations de pratiquer (état mars 2009).

3 [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) → Actualités → Publications → Statistiques de la santé 2012 (25.4.2013).

la qualité des traitements. La LPsy remédie à ces inconvénients, améliore la protection des consommateurs ou des patients et contribue à la garantie de la qualité sur plusieurs points essentiels:

- La désignation de la profession de «psychologue» est désormais réservée aux personnes qui ont achevé des études universitaires et qui ont obtenu un master, une licence ou un diplôme en psychologie. Cela permet d'établir la transparence du marché et de garantir la qualité des offres.
- Les formations postgrades dans les domaines de la psychothérapie, de la neuropsychologie, de la psychologie clinique, de la psychologie de la santé ainsi que de la psychologie de l'enfance et de l'adolescence sont soumis à un contrôle qualité (accréditation), sur la base duquel sont introduits des titres postgrades reconnus au niveau fédéral. Ceux-ci donnent droit à un titre protégé dans des spécialisations dans lesquelles le conseil personnel, l'examen ainsi que le soutien et le traitement thérapeutique (ponctuel) de personnes présentant des troubles ou des maladies psychiques ou se trouvant dans des situations de vie éprouvantes psychiquement sont placés au premier plan.
- La formation de base et la formation postgrade ainsi que l'exercice de la profession des psychologues psychothérapeutes sont réglés et harmonisés de façon complète: seuls les titulaires d'un master en psychologie ou d'un diplôme équivalent qui ont suivi une formation postgrade en psychothérapie reconnue au niveau fédéral sont désormais habilités à exercer la psychothérapie à titre d'activité économique privée sous leur propre responsabilité professionnelle.
- Une nouvelle commission instituée en 2012, la commission des professions de la psychologie (PsyCo), conseille le DFI et le Conseil fédéral pour les questions de mise en œuvre et assume la fonction d'instance de reconnaissance des diplômes universitaires et titres postgrades étrangers.

4 Initiative parlementaire Prelicz-Huber (11.1068): Prise en charge des psychothérapies non médicales par l'assurance-maladie de base; [www.parlament.ch/f](http://www.parlament.ch/f) → Curia Vista (25.4.2013).

5 Actuellement, seules les prestations des psychothérapeutes non-médecins délégués sont prises en charge par l'OAS. Ceux-ci travaillent comme employés dans le cabinet d'un médecin, sous sa surveillance et sa responsabilité. Le médecin qui délègue facture la prestation comme une prestation médicale.

## La loi sur les professions de la psychologie: un potentiel de développement

La nouvelle loi est importante tant pour la politique de la santé que pour la corporation. En fixant des standards élevés et contraignants pour la formation de base, la formation postgrade et l'exercice de la profession, elle améliore d'une part la protection des patients ou des consommateurs potentiels par rapport à l'offre psychologique et psychothérapeutique. Le large débat sur la qualité et les bases scientifiques lancé dans le cadre de l'élaboration des principes de qualité et d'accréditation recèle d'autre part un grand potentiel de développement pour les professions psychologiques et psychothérapeutiques.

La LPsy fournit également une base de réflexion pour évaluer et redéfinir la fonction des spécialistes en psychologie et en psychothérapie dans le système de soins et leur collaboration avec d'autres professions de la santé. Grâce à l'harmonisation à l'échelon national des bases de garantie de la qualité, il est possible par exemple de tester de nouveaux modèles d'accréditation dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS). La discussion sur le droit de facturer de la psychothérapie non médicale à la charge de l'OAS, que la loi sur l'assurance-maladie autorise en principe mais qui a buté dans les années 90 contre les divergences de qualité des offres de formation de base et de formation postgrade entre les différentes associations professionnelles, peut à nouveau reprendre. En réponse à une intervention parlementaire,<sup>4</sup> le Conseil fédéral a également accepté d'examiner d'autres options pour remplacer le modèle en vigueur de la psychothérapie déléguée<sup>5</sup>. Dans les nombreuses discussions qui ont déjà eu lieu sous la direction de l'OFSP, il est apparu clairement que la question de l'accréditation est en fin de compte une question de structure de la collaboration, en particulier entre les psychothérapeutes médecins et non-médecins. La LPsy est l'occasion de réfléchir de façon critique à ce problème. Elle offre aussi la possibilité de revoir et d'améliorer la fonction des diverses professions ainsi que leurs interfaces.

Marianne Gertsch, lic. phil. I, responsable du projet de loi sur les professions de la psychologie, division Professions médicales, OFSP.  
Mél.: [marianne.gertsch@bag.admin.ch](mailto:marianne.gertsch@bag.admin.ch)

## Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté

Le 15 mai 2013, le Conseil fédéral a approuvé le « Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté ». La Confédération va donc renforcer son engagement dans la lutte contre la pauvreté entre 2014 et 2018 et consacra 9 millions de francs à ce programme. Les chances de formation des enfants, des jeunes et des adultes socialement défavorisés seront développées en priorité. Les autres points forts du programme sont la réinsertion sociale et professionnelle, ainsi que le soutien pour améliorer les conditions de vie des personnes concernées.



**Joana Guldemann**  
Office fédéral des assurances sociales

En Suisse également, la pauvreté est encore et toujours une réalité. D'après les données de l'Office fédéral de la statistique, en 2010, le revenu disponible de 7,9 % de la population suisse était inférieur au seuil de pauvreté,<sup>1</sup> ce qui signifie qu'environ 600 000 personnes étaient touchées par la pauvreté. Il faut mentionner en outre tous les ménages vivant juste au-dessus du seuil de pauvreté, avec ou sans pres-

tations de soutien, et qui sont menacés.

Ces dernières années, le Parlement a abordé le thème de la lutte contre la pauvreté par diverses interventions, exigeant de la Confédération qu'elle intensifie ses efforts en la matière. Par l'adoption de la « Stratégie globale de la Suisse en matière de lutte contre la pauvreté » en mars 2010, le Conseil fédéral a posé les bases des travaux de suivi, qui incombent également à la Confédération. Ce document met en lumière la nécessité de mesures visant à réduire ou à prévenir durablement la pauvreté dans les domaines politiques les plus divers et à tous les niveaux institutionnels. Il décrit éga-

lement la multiplicité et la diversité des acteurs qui contribuent, selon leur compétence, à la prévention et à la lutte contre la pauvreté.

En novembre 2010, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a organisé une Conférence nationale sur la pauvreté, lors de laquelle la Confédération, les cantons, les villes et les communes ont affirmé leur volonté de renforcer leur engagement dans ce domaine. En mai 2013, le Conseil fédéral a approuvé le « Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté » (2014-2018), par lequel la Confédération renforcera sensiblement son engagement en la matière.

Le programme national se fonde sur les projets existants et entend soutenir les acteurs concernés dans leurs activités. C'est pourquoi il a été développé en concertation étroite avec les partenaires principaux, qui seront également impliqués dans sa mise en œuvre. Il s'agit de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS), de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP), de l'Initiative des villes: Politique sociale (section de l'Union des villes suisses) ou encore de l'Association des communes suisses, mais aussi de divers offices fédéraux comme le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI), le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) et l'Office fédéral du logement (OFL). Des organisations non gouvernementales qui s'engagent dans la lutte contre la pauvreté ainsi que des représentants des personnes touchées par la pauvreté seront également impliqués.

Le programme national s'articule autour de plusieurs axes et champs d'action (cf. graphique **G1**), décrits ci-après.

<sup>1</sup> Cf. Office fédéral de la statistique, « Pauvreté en Suisse: concepts, résultats et méthodes. Résultats calculés sur la base de l'enquête SILC 2008 à 2010 », Neuchâtel 2012, p. 18.

## Collecter et diffuser les connaissances pertinentes pour la pratique (axes du programme)

L'objectif du programme national est de soutenir les cantons, les communes et les acteurs privés dans leurs efforts de prévention et de lutte contre la pauvreté. Il s'agit d'améliorer l'efficacité, la portée et la cohérence des mesures de prévention et de lutte contre la pauvreté prises par ces acteurs, sans pour autant empiéter sur leurs compétences respectives. La collecte de connaissances pertinentes est à cet égard une priorité. Ainsi, il est prévu de définir des bases spécifiques et d'identifier et encourager les bonnes pratiques. Le but est également de diffuser largement les connaissances acquises dans le cadre du programme national et d'encourager l'échange d'expériences, par exemple en ce qui concerne les facteurs de succès des mesures.

## Quatre champs d'action

Quatre champs d'action qui nécessitent une intervention ont été identifiés dans le cadre du programme national. Ils sont décrits ci-après. Les priorités et contenus concrets des mesures doivent

être fixés, développés et, si nécessaire, adaptés tout au long du programme.

### Chances de formation des enfants, des jeunes et des adultes

Actuellement en Suisse, 370 000 personnes âgées de 25 à 50 ans, soit 13 % des actifs de cette classe d'âge, ne possèdent pas de diplôme professionnel<sup>2</sup>. La formation étant la clé de la participation à la vie sociale et de l'insertion sur le marché du travail, cela se répercute de façon décisive sur la situation et les perspectives des personnes concernées. Les adultes sans formation post-obligatoire sont plus particulièrement menacés par la pauvreté. Leurs chances de percevoir un salaire leur permettant de subvenir à leurs besoins sont moindres<sup>3</sup>. Ils courent un risque accru de perdre leur emploi et ont moins de possibilités de trouver un nouveau poste. Pour les personnes qui ne possèdent pas de diplôme du degré secondaire II (formation professionnelle initiale, formation gymnasiale), la probabilité d'être confronté au chômage est deux fois plus importante que pour les titulaires d'un tel diplôme<sup>4</sup>. La proportion de personnes sans formation bénéficiant de l'aide sociale est également plus élevée. Plus de la moitié (57 %) de toutes les personnes âgées de plus de 18 ans qui perçoivent l'aide sociale ne disposent pas d'un diplôme de formation post-obligatoire<sup>5</sup>. Le risque de pauvreté peut donc être réduit durablement en améliorant les chances de formation des enfants, des jeunes et des adultes socialement défavorisés. C'est pourquoi le programme national accorde une attention particulière à ce champ d'action.

Le niveau de formation que peut atteindre une personne dépend du déroulement de l'ensemble de son parcours éducatif (formel et informel). Ainsi, les enfants acquièrent les bases essentielles et durables pour leur développement et les futurs processus d'apprentissage dès leur plus jeune âge (0 à 4 ans). En Suisse, les probabilités de réussite des enfants durant la scolarité obligatoire sont

grandement influencés par l'origine sociale et le contexte migratoire. Et la réussite scolaire détermine en grande partie leurs possibilités et opportunités ultérieures dans le cadre de la formation professionnelle et de la transition vers la formation professionnelle initiale<sup>6</sup>. Pour améliorer les chances des enfants et des jeunes socialement défavorisés, il est indispensable de mettre en place un train de mesures de la petite enfance à l'obtention d'un diplôme de formation professionnelle, en passant par l'école obligatoire. Pour certains, une aide ponctuelle sera suffisante, pour d'autres, un accompagnement prolongé pourra s'avérer nécessaire. Quant aux adultes peu formés, ils doivent également bénéficier d'un soutien pour obtenir un diplôme professionnel (formation de rattrapage).

Le programme national contribuera à promouvoir et diffuser dans les structures d'accueil collectif de jour les offres spécifiques destinées aux enfants socialement défavorisés. La mise en œuvre des concepts d'encouragement précoce, parfois déjà appliqués à l'échelon local, doit être validée spécifiquement en ce qui concerne le soutien aux enfants socialement défavorisés. Il s'agit de définir et de diffuser des mesures de soutien extrascolaires destinées à cette catégorie. Vers la fin de l'école obligatoire, il faut renforcer l'implication des parents peu instruits dans le processus du choix de la formation, tout en diffusant des offres qui mettent en valeur les bonnes pratiques et sont destinées aux jeunes et aux jeunes adultes lors de leur entrée dans la formation professionnelle et durant celle-ci. Enfin, le programme national entend faciliter l'accès des adultes peu qualifiés à la formation de rattrapage et promouvoir les offres de bonnes pratiques.

### Intégration sociale et insertion professionnelle

L'insertion professionnelle demeure la protection la plus durable contre la pauvreté. C'est pourquoi il est indispensable de mettre en place, parallè-

2 Haute école spécialisée bernoise de travail social, « Personen ohne Berufsbildung: Lebenslage, Best Practice, Handlungsbedarf, Schlussbericht im Auftrag SP Schweiz », Berne 2012, p. 4.

3 On constate entre les personnes avec ou sans diplôme du degré secondaire II une différence de revenu moyenne d'environ 15 600 francs par année: Fritschi, Tobias et al., « Gesellschaftliche Kosten der Ausbildungslosigkeit in der Schweiz », Berne 2009 (Etude mandatée par Travail.Suisse), p. 10.

4 Ibid., p. 9.

5 [www.ofs.admin.ch](http://www.ofs.admin.ch) → Thèmes → 13 – Protection sociale → Prestations sous condition de ressources → Aide sociale → Données détaillées → Tableaux et cubes (23.4.2013).

6 Office fédéral de la statistique, « Mosaïque de l'éducation en Suisse: les indicateurs de la formation 2007 », Neuchâtel 2007, p. 53. Actuellement, en Suisse, environ 90 % des actifs possèdent un diplôme du degré secondaire II. D'ici à 2020, l'objectif est que 95 % des plus de 25 ans possèdent un diplôme du degré secondaire II.

## Programme national

G1

Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté		AXES DU PROGRAMME		
		Elaboration des bases	Identification et promotion des bonnes pratiques	Mise en réseau et information
CHAMPS D'ACTION	Chances de formation des enfants, des jeunes et des adultes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutien aux enfants socialement défavorisés en âge préscolaire et scolaire</li> <li>Transition formation professionnelle initiale</li> <li>Formation de rattrapage</li> </ul>	Mise en réseau des acteurs	Mise à disposition d'informations et de connaissances
	Intégration sociale et professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Offres pour chômeurs de longue durée et allocataires de l'aide sociale</li> </ul>		
	Conditions de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Logement</li> <li>Pauvreté des familles</li> <li>Accès des personnes concernées aux informations et offres de soutien</li> </ul>		
	Mesure de l'efficacité et monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoring et évaluation</li> </ul>		

lement aux mesures de formation, des offres spécifiques destinées aux adultes touchés ou menacés par la pauvreté qui éprouvent des difficultés à s'insérer sur le marché de l'emploi. Un soutien ciblé sur le renforcement de leurs ressources personnelles accroît leurs chances de trouver un emploi et d'acquiescer ou de conserver ainsi leur indépendance financière. Pour les personnes qui ne parviennent pas à accéder au marché primaire de l'emploi, il est important qu'elles puissent néanmoins entretenir leur aptitude à travailler pour être intégrées socialement et se sentir respectées, et stabiliser ainsi leur situation. L'offre de mesures d'intégration sociale et professionnelle est très variée. Le programme national prévoit une comparaison coût/utilité des différentes mesures. Il s'agira aussi d'étudier les facteurs spécifiques qui contribuent au succès des entreprises sociales, qui constituent des offres intéressantes dans la mesure où elles prennent spécialement en considération la situation individuelle des personnes concernées.

#### Conditions de vie

Le champ d'action Conditions de vie comprend des thèmes importants

de la politique sociale. Les questions traitées concernent l'accès à un logement avantageux ou aux informations sur les offres de soutien existantes, ainsi qu'à la situation particulière des familles menacées par la pauvreté.

Les questions liées au logement sont d'une importance cruciale pour les personnes touchées par la pauvreté. La part de revenu qu'elles doivent consacrer au logement est beaucoup plus élevée que pour les ménages plus aisés et représente souvent une lourde charge. Des frais de logement relativement élevés peuvent détériorer fortement la capacité des personnes touchées à assumer leur entretien par leurs propres moyens. Mais il est souvent difficile de trouver un appartement plus avantageux. C'est pourquoi les questions liées à l'approvisionnement en logements avantageux, à des aides étatiques au logement et à l'interface entre bailleurs et locataires sont au cœur du programme.

Les personnes touchées par la pauvreté ignorent bien souvent l'existence des centres de conseil auxquels elles pourraient s'adresser, ainsi que des offres de soutien proposées. Il est

donc indispensable d'améliorer leur accès à ces services et informations.

Bien que les offres et les prestations de la lutte contre la pauvreté se concentrent principalement sur les familles, les stratégies cantonales et communales sont souvent méconnues. Il est nécessaire à cet égard de développer les connaissances, pour assurer une réaction efficace et ciblée à ces contextes spécifiques. Le programme national y contribuera par des travaux de fond.

#### Mesure de l'efficacité et monitoring

Divers acteurs, en particulier les ONG, ont demandé à plusieurs reprises l'introduction d'un monitoring de l'efficacité des efforts de prévention et de lutte contre la pauvreté. Il s'agira d'évaluer dans quelle mesure cela permet de réduire la pauvreté. La fixation des objectifs et de leurs indicateurs s'avère complexe, étant donné la diversité des mesures et les différents niveaux auxquels elles sont appliquées. Dans le cadre du programme national, on examinera quels indicateurs pourront être utilisés selon les domaines et, le cas échéant, comment définir et instaurer

rer un système de monitoring sur cette base.

### Organisation et coûts du programme national

La mise en œuvre du programme national incombe à l'OFAS. Un **groupe de pilotage**, au sein duquel seront représentés les principaux partenaires étatiques, prendra les décisions stratégiques et conceptuelles et se chargera de planifier la mise en œuvre. En outre, un **groupe d'accompagnement** sera instauré, qui rassemblera les principaux acteurs de la prévention et de la lutte contre la pauvreté, y compris les services fédéraux impliqués. L'objectif est de coordonner les mesures en cours à différents échelons et dans les divers domaines, de clarifier les interfaces et d'éviter les doublons. Le groupe d'accompagnement fera aussi office d'instance consultative. Il constituera en outre l'interface entre le programme national et les différents acteurs représentés en son sein et contribuera à diffuser le plus largement possible les enseignements tirés. Des **groupes de projet** spécialisés seront chargés

de clarifier ou d'approfondir le contenu de certains thèmes principaux ou d'activités du programme. Ils élaboreront les bases de décision à l'intention du groupe de pilotage. En cas de besoin, ils feront également appel à des experts externes.

Les fonds alloués par la Confédération pour le programme national s'élèvent à 9 millions de francs. Ils couvriront les coûts relatifs aux structures et aux ressources humaines requises pour la mise en œuvre opérationnelle du programme. Au niveau des activités, cela concerne les coûts de recensement, de développement de bonnes pratiques, de mesure de l'efficacité et de monitoring, ainsi que ceux liés aux mesures transversales. Pour établir les bonnes pratiques, le programme national participe également à certains projets pilotes sur place. Il est aussi prévu qu'il collabore étroitement avec des tiers pour la préparation et la mise en œuvre de colloques.

Les prochaines étapes ainsi que le mode de coopération seront définis avec les partenaires dans le courant de l'année 2013. Le groupe de pilotage et le groupe d'accompagnement seront mis sur pied durant le

### Documentation

[www.ofas.admin.ch](http://www.ofas.admin.ch) → Thèmes → Vieillesse, générations et société → politique sociale: thèmes choisis → Stratégie de lutte contre la pauvreté (23.4.2013):

- Arrêté du Conseil fédéral du 15 mai 2013: Programme national de prévention et de lutte contre la pauvreté. Concept du 15 mai 2013.
- Stratégie globale de lutte contre la pauvreté. Rapport du Conseil fédéral en réponse à la motion 06.3001 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) du 13 janvier 2006. 31 mars 2010.

deuxième semestre 2013. La remise du rapport final au Conseil fédéral est prévue pour 2018.

Joana Guldumann, Dr. phil. I, collaboratrice scientifique, Familles, générations et société, OFAS.

Mél.: [joana.guldumann@bsv.admin.ch](mailto:joana.guldumann@bsv.admin.ch)

## Redressement continu des finances des assurances sociales en 2011/2012

Les finances des assurances sociales ont poursuivi leur redressement en 2011. Les recettes ont augmenté de près de 6 milliards de francs, tandis que les dépenses sont restées quasiment inchangées, ne progressant que d'un demi-milliard. Le résultat agrégé des comptes est ainsi passé de 18,6 à 23,9 milliards de francs. Les finances devraient à nouveau connaître une évolution favorable en 2012.



Stefan Müller

Office fédéral des assurances sociales



Salome Schüpbach



Solange Horvath

### Evolution financière des assurances sociales en 2011

L'exercice 2011 a été favorable aux finances des assurances sociales. La **progression des recettes** de 3,7 % est supérieure au taux de croissance moyen depuis 1990 (cf. graphique **G1**). De leur côté, les dépenses n'ont augmenté que de 0,4 %, enregistrant leur plus faible croissance depuis le début du compte global en 1987. L'évolution favorable des recettes et la progression modérée des dépenses ont conduit à une amélioration de 28,2 % du résultat des comptes en 2011.

Ce sont surtout le régime des allocations pour perte de gain (APG), l'assurance-chômage (AC), l'assurance-invalidité (AI) et l'assurance-maladie (AMal) qui ont contribué à la forte **progression des recettes** en 2011 (cf. graphique **G2**). Dans les APG et l'AC, les recettes provenant des cotisations ont augmenté. Le taux de cotisation aux APG a en effet été relevé de 0,2 point, passant à 0,5 % pour une période limitée du 1<sup>er</sup> janvier 2011 à fin 2015. Dans l'AC, le taux de cotisation a été porté à 2,2 % et un pour-cent de solidarité a été introduit pour les salaires com-

Le présent article est basé sur la **Statistique des assurances sociales (SAS) 2013** de l'OFAS, qui paraîtra en automne 2013. N<sup>os</sup> de commande: SVS 318.122.13D, SAS 318.122.13F, gratuit.

Un **article détaillé** à paraître dans le n<sup>o</sup> 5/2013 de la « Sécurité sociale » informera les lecteurs sur l'évolution de quelques assurances sociales, dans le cadre du compte global.

Le rapport annuel **Assurances sociales 2012: rapport annuel selon l'article 76 LPG** est basé sur les mêmes données. Il présente d'autres analyses et informations sur toutes les assurances sociales. N<sup>os</sup> de commande: Sozialversicherungen 2012 318.121.12D, Assurances sociales 2012 318.121.12F, Assicurazioni sociali 2012 318.121.12I, prix: 10 francs.

La **statistique de poche 2013 de l'OFAS** sera publiée en été 2013.

Les principales informations sur les assurances sociales y sont réunies sous forme synthétique. N<sup>os</sup> de commande: Taschenstatistik 318.001.13D, Statistique de poche 318.001.13F, Pocket statistics 318.001.13ENG, gratuit.

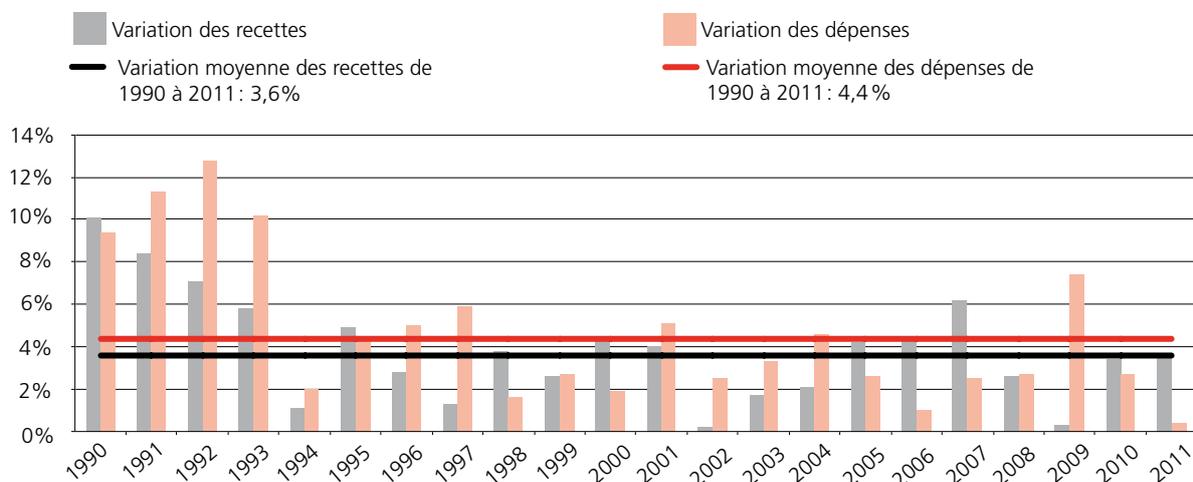
**www.ofas.admin.ch** → Documentation → Faits et chiffres → Statistiques

A commander auprès de l'OFCL, Diffusion publications, 3003 Berne

Fax 031 325 50 58, ou par mél.: verkauf.zivil@bbl.admin.ch

## Evolution des recettes et des dépenses du compte global 1990-2011

G1



En 2011, la progression des recettes a dépassé celle des dépenses dans les mêmes proportions que lors des exercices 2006 et 2007.

Source : SAS 2013

## Compte global des assurances sociales CGAS 2011 en millions de francs

T1

	AVS	PC à l'AVS	AI	PC à l'AI	PP	AMal	AA	APG	AC	AF	Total consolidé
Total des recettes	39 171	2 439	9 500	1 837	61 554	23 794	7 880	1 710	7 222	5 133	159 624
Total des dépenses	38 053	2 439	9 488	1 837	43 350	22 705	6 064	1 611	5 595	5 196	135 721
dont prestations sociales	37 847	2 439	8 560	1 837	31 628	21 432	5 239	1 608	4 888	5 047	119 908
Résultat des comptes	1 118	–	12	–	18 204	1 089	1 816	100	1 627	–63	23 903
Variation du capital	–4 012	–	4 965	–	3 100	998	2 078	97	1 627	–63	8 791
dont variations de la valeur du capital	–130	–	–46	–	–14 739	–96	614	–2	–	...	–14 399
Capital	40 146	–	–9 947	–	620 600	9 649	44 802	509	–4 632	1 173	702 301

En 2011, les recettes du CGAS ont frôlé la barre des 160 milliards de francs, tandis que le capital financier de toutes les assurances sociales se situait pour la première fois juste au-dessus du seuil des 700 milliards de francs.

Dans le CGAS, les recettes comprennent les produits du capital, mais pas les variations de la valeur du capital (perspective économique). Les données du tableau peuvent donc différer de celles d'autres sources pour certaines assurances sociales.

Source : SAS 2013

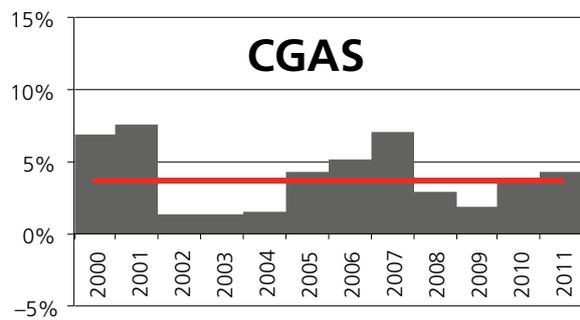
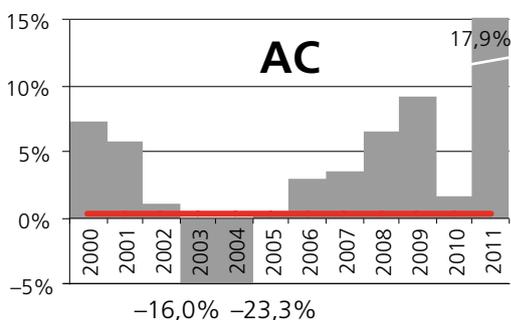
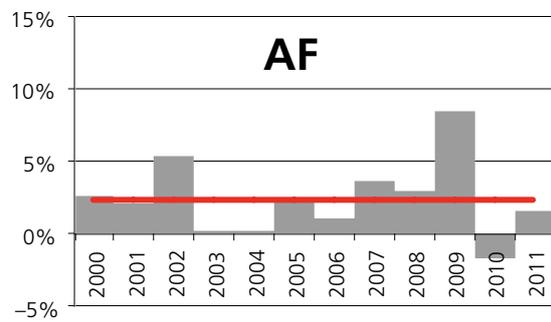
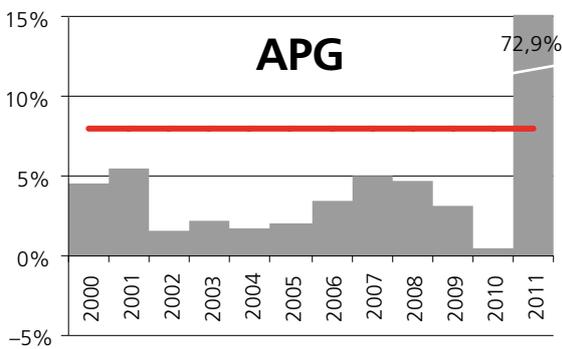
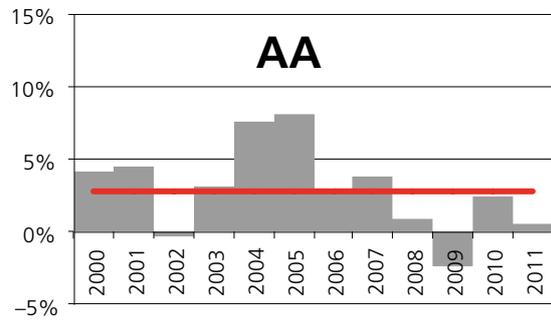
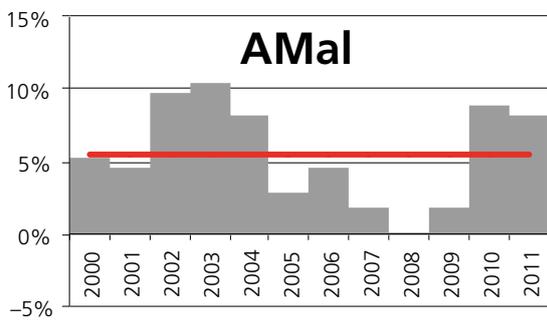
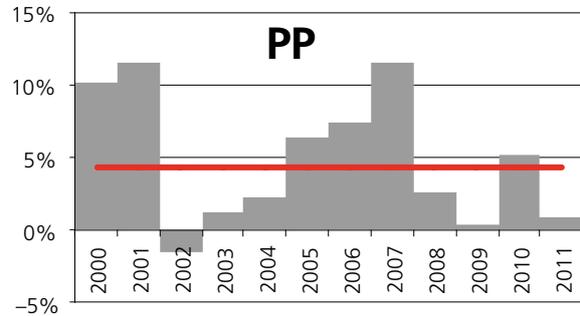
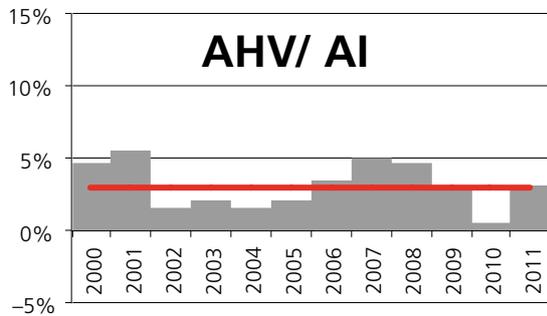
pris entre 126 000 et 315 000 francs. L'AI a, quant à elle, bénéficié de contributions plus élevées de la Confédération (prise en charge des intérêts de la dette) et de recettes supplémentaires provenant de la TVA (limitées de 2011 à 2017). Dans

l'AMal, la prime moyenne a augmenté de 6,5 % en 2011, ce qui représente la cinquième hausse la plus élevée depuis l'introduction de l'assurance-maladie obligatoire en 1996. La progression des dépenses des assurances sociales n'avait jamais été

aussi faible depuis 1987. Cela s'explique principalement par le recul des dépenses dans l'AC et la prévoyance professionnelle (PP).

Contributions des différentes assurances sociales au CGAS 2000-2011

G2



Après avoir enregistré en 2010 leur plus faible progression depuis 1997, les cotisations des salariés et des employeurs à l'AVS et à l'AI ont augmenté de 3,1% en 2011.

Source: SAS 2013

## Compte global des assurances sociales CGAS 2011

Le capital des assurances sociales dépend du résultat des comptes et des variations de la valeur du capital. La crise financière de 2008/2009 a eu de lourdes conséquences sur la **valeur du capital**. En 2008, l'effondrement de la Bourse a engendré une perte de près de 104 milliards de francs. Les marchés se sont ensuite nettement redressés en 2009, puis ont stagné en 2010. Lors de ces deux années, les variations de la valeur du capital ont atteint 53,5 milliards de francs et les résultats des comptes, 35,7 milliards, de sorte que le capital financier de toutes les assurances sociales s'est élevé à 693,5 milliards de francs fin 2010. Malgré des pertes de la valeur du capital de 14,4 milliards de francs, le capital financier cumulé des assurances sociales a dépassé pour la première fois en 2011 la barre des 700 milliards grâce à un résultat des comptes de 23,9 milliards.

Les contributions aux **APG** et à l'**AC** ont connu des augmentations extraordinaires en 2011 (respectivement 72,9 % et 179 %) en raison du relèvement des taux de cotisation. A l'inverse, la progression des cotisations des salariés et des

employeurs à la **PP**, à l'**AA** et aux allocations familiales (**AF**) a été inférieure à la moyenne. Le taux d'accroissement des contributions à l'**AMal** dépend, quant à lui, de l'évolution des primes individuelles. Ces primes ont progressé de 6,5 % en 2011, ce qui est supérieur au taux d'accroissement moyen depuis 2000 (5,5 %).

Les taux de variation moyens des **APG**, de l'**AMal** et de la **PP** se situent au-dessus du **taux de variation moyen du CGAS**. Cela signifie que ces assurances ont gagné en importance dans le compte global au cours de la dernière décennie. Si l'on compare l'évolution des différentes branches de la sécurité sociale avec celle du CGAS, il est frappant de constater le rôle prédominant joué par la **PP**. Le parallélisme entre l'évolution des taux de variation du CGAS et celle des taux de variation de la **PP** est presque parfait. Ces taux se situent en revanche à un niveau plus élevé dans la **PP** que

dans le CGAS, ce qui est une indication supplémentaire de leur influence.

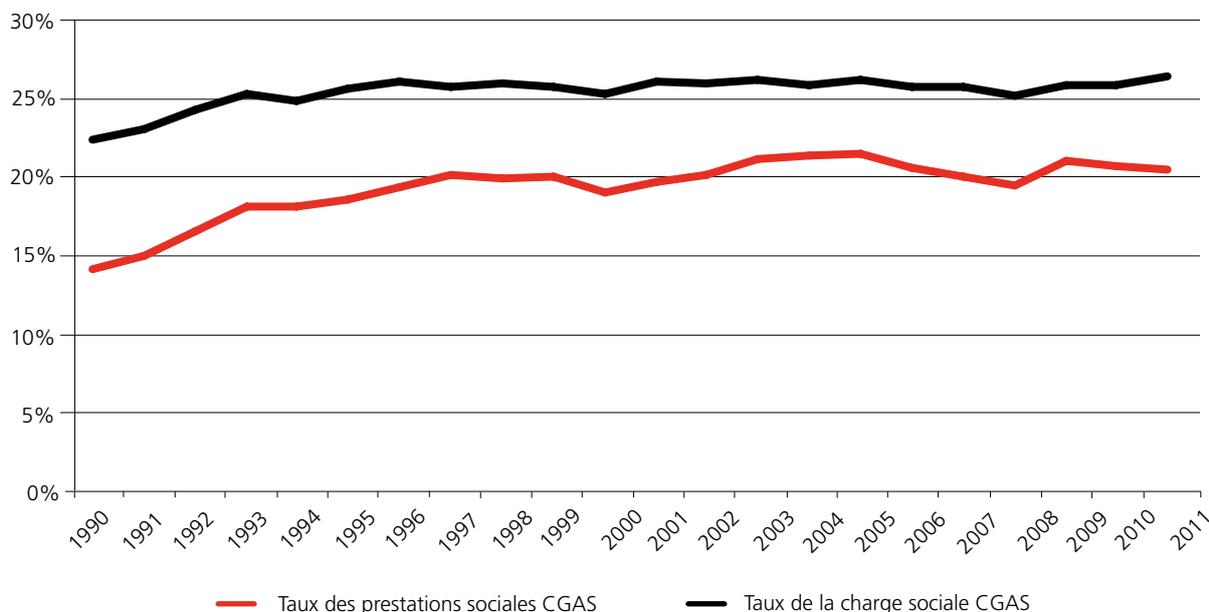
## Part des assurances sociales dans le PIB en 2011

Le **taux des prestations sociales** exprime la part de la production économique globale (**PIB**) qui est à la disposition des bénéficiaires de prestations sociales. En 2011, ces prestations n'ont augmenté que de 1,1 %, soit le taux d'accroissement le plus faible depuis le début du compte global en 1987. Les prestations de l'**AI** et des **APG** n'ont progressé que de 0,4 %, un taux particulièrement bas. L'évolution des prestations de la **PP**, de la **LAMal** et de l'**AA** en 2011 était elle aussi nettement inférieure aux taux d'accroissement moyens constatés entre 2000 et 2011. Les prestations de l'**AC** ont même baissé de 27,5 %.

Alors que la croissance du **PIB** n'a été que de 2,2 % en 2011, le **taux des prestations sociales** est passé de 20,7 % à 20,4 % en raison de la faible progression des prestations. En 2009, ces dernières avaient augmenté de 5,1 %, tandis

Taux des prestations sociales et de la charge sociale, 1990-2011

G3

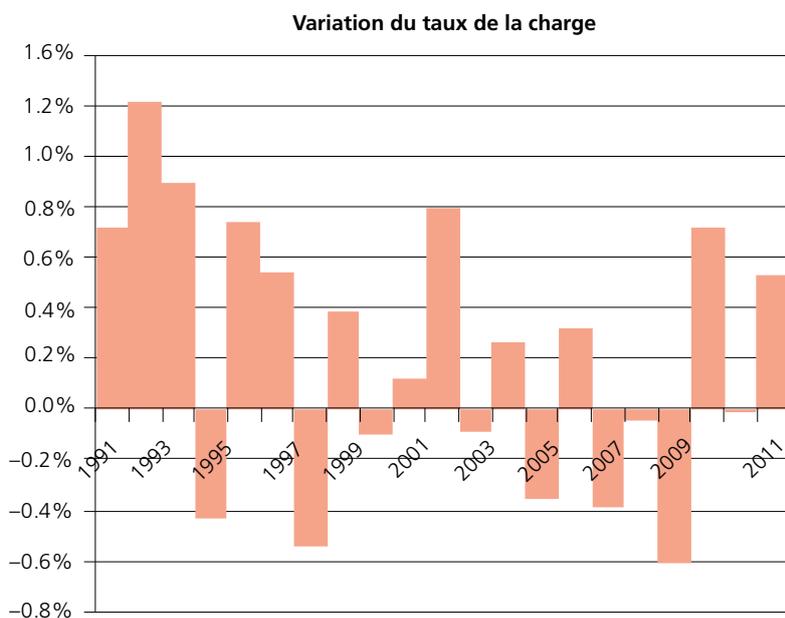
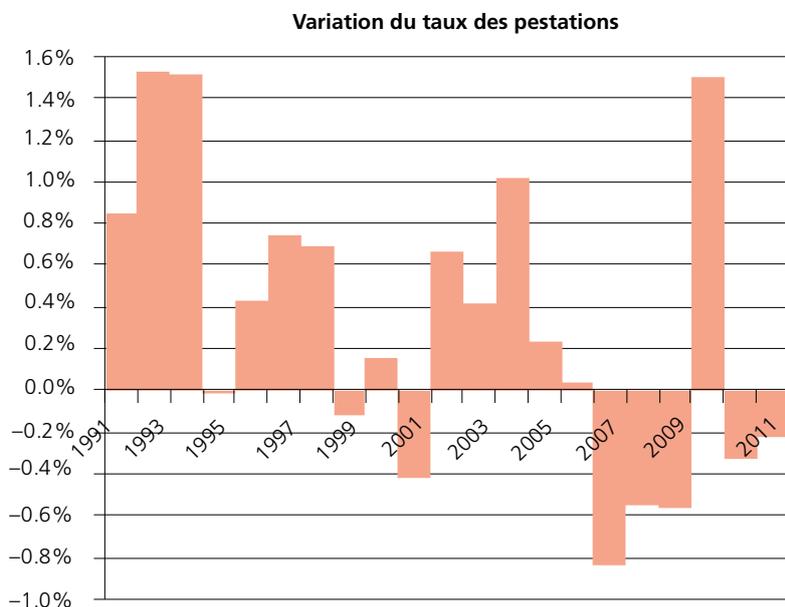


Le **taux des prestations sociales** a encore baissé en 2011 et est désormais inférieur à son niveau de 2003. Du fait de l'amélioration du financement des assurances sociales, le **taux de la charge sociale** a atteint un nouveau plafond à 26,4 %. Le seuil des 26 % avait déjà été franchi entre 2001 et 2003, puis en 2005.

Source: SAS 2013

## Variation du taux des prestations et de la charge

G4



Comme en 2010, le taux des prestations a baissé en 2011, alors que le taux de la charge a nettement augmenté.

Source : SAS 2013

que le PIB reculait de 2,4 %, de sorte que le taux avait enregistré une hausse quasi record de 1,5 point (cf. graphique G4).

Le **taux de la charge sociale**, qui constitue un indice de la charge relative que les recettes des assurances sociales font peser sur l'économie nationale, a nettement augmenté en

2011 pour atteindre un nouveau plafond à 26,4 %. Cette évolution est imputable à la forte progression des recettes (relèvement des taux de cotisation dans l'AC et les APG, financement additionnel de l'AI par la TVA et prise en charge des intérêts de la dette par la Confédération) et à la croissance relativement faible du PIB.

### Perspectives

Même si l'on ne dispose pas encore de toutes les données, on constate que la croissance de 2 % des cotisations salariales a un impact positif sur l'équilibre financier du compte global 2012. Les recettes de l'AVS ont dans l'ensemble augmenté de 4,6 % en 2012, principalement à cause de la hausse significative du produit des placements. Les dépenses de l'AVS n'ont, quant à elles, progressé que de 2,0 %, portant le résultat des comptes à 2,0 milliards de francs. L'AI a conclu l'exercice 2012 sur un résultat des comptes de 595 millions de francs. Cet excédent, le premier depuis 1992, est dû au financement additionnel par la TVA, à la prise en charge des intérêts de la dette par la Confédération et à un recul des versements sous forme de rentes. Le régime des APG présente lui aussi, en 2012 comme en 2011, un excédent (148 millions de francs) qui s'explique par le relèvement temporaire du taux de cotisation. Pour la première fois depuis 1992, **les résultats des comptes de l'AVS, de l'AI et des APG sont tous les trois positifs**. Ce fait, associé à une nouvelle baisse des dépenses de l'AC, aura un impact positif sur l'équilibre financier du compte global 2012.

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

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

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

## Capital de départ: un projet pilote au sens de l'art. 68<sup>quater</sup> LAI

La revue a déjà présenté deux projets pilotes au sens de l'art. 68<sup>quater</sup> LAI: « Die CHARTA » (CHSS 5/2012) et Concerto (CHSS 1/2013). Tous les projets ne se déroulent pas comme prévu: ils connaissent parfois des changements de cap importants. Le présent article traite de cette question et d'une utilisation responsable des ressources de l'assurance.



Adelaide Bigovic  
Office fédéral des assurances sociales

Alors que la 5<sup>e</sup> révision de l'AI s'est concentrée sur la réduction du nombre des nouvelles rentes, la 6<sup>e</sup> révision vise surtout à réduire le nombre de rentes en cours, en cherchant à réinsérer les bénéficiaires de rente sur le marché du travail. L'idée d'octroyer un capital de départ pour atténuer les effets financiers négatifs liés à la reprise d'une activité lucrative sur le marché de l'emploi n'est pas nouvelle: l'objectif est de compenser au moins en partie la perte de revenu consécutive à la réduction du montant de la rente (LAI et LPP). Pour diverses raisons, tenant par exemple aux incertitudes concernant les coûts et l'efficacité, il n'a pas été possible d'inscrire le capital de départ dans la révision 6a. En revanche, il a paru judi-

cieux d'en faire l'objet d'un projet pilote au sens de l'art. 68<sup>quater</sup> LAI, puisque cette disposition prévoit des **projets de durée limitée dérogeant ou non à la loi**, dans la mesure où ils poursuivent un objectif de **réadaptation**. Certains éléments des mesures testées dans le projet pilote pourraient ensuite être repris lors d'une prochaine révision de loi si ses résultats s'avéraient positifs. Début 2009, l'OFAS a commencé à cet effet une collaboration avec l'Institut suisse de recherche économique empirique de l'Université de Saint-Gall (SEW). Une demi-année plus tard, il lançait définitivement le projet pilote « Capital de départ ». L'OFAS et le SEW en assureraient ensemble la responsabilité opérationnelle, tandis que seul le SEW était chargé de l'évaluation scientifique du projet. Les offices AI des cantons de Saint-Gall et de Vaud étaient d'accord d'y participer, le fi-

nancement étant pris en charge par l'assurance.

### Objectif

Le projet avait pour **but premier** d'inciter les bénéficiaires de rente AI à reprendre une activité sur le marché primaire de l'emploi ou, s'ils travaillaient déjà à temps partiel, à augmenter leur temps de travail. L'octroi d'un capital de départ devait atténuer les conséquences financières négatives affectant les assurés reprenant une activité lucrative. On escomptait ainsi réduire les rentes existantes d'au moins un quart de rente. La réduction du volume des rentes (via le nombre de nouvelles réadaptations réussies à long terme) était par conséquent **l'indicateur central** du succès de ce dispositif.

Au budget, les **coûts** du projet s'élevaient à un peu plus de 10 millions de francs, dont 1,2 million pour son exécution (organisation, administration et évaluation) et 9 millions pour les mesures proprement dites en cas de réadaptation réussie (versement du capital de départ)<sup>1</sup>.

Mais les réductions de rente escomptées en cas de réussite de la réadaptation pouvaient représenter jusqu'à 30 millions de francs d'économies. L'OFAS espérait également, en vue d'une prochaine révision de l'AI, que le projet pilote aide à répondre aux questions suivantes: quel est le montant approprié d'un éventuel capital de départ (l'incitation était fixée à 9000 ou à 18000 francs par quart de rente réduit), quel est l'échelon de la rente des assurés intéressés par le capital de départ ou l'ayant demandé (influence du taux d'invalidité sur la décision de participer au projet) et quel est le taux moyen de la réduction de rente (exprimé en quarts de rente,

<sup>1</sup> Hypothèse: réduction d'un quart de rente de la rente de 600 personnes [(400 X 18000 francs) + (200 X 9000 francs)]

## Points clés du projet « Capital de départ »

T1

Durée:	du 1 <sup>er</sup> septembre 2010 au 31 août 2015
Montant du capital de départ:	9 000 ou 18 000 francs par quart de rente réduit
Conditions d'octroi:	réduction de la rente consécutive à la reprise durable d'une activité lucrative ou à l'augmentation du taux d'occupation exercé sur le marché primaire de l'emploi
Participation:	volontaire (bénéficiaires de rente des offices AI de SG et VD uniquement)
Versement:	échelonné en 4 acomptes, tous les 6 mois et pendant 2 ans, après décision formelle de la réduction (ou suppression) de la rente
Ultime délai pour la décision:	31 août 2013
Capital de départ:	pour le calcul de la PC: fortune pour le calcul de l'impôt: revenu

d'un quart de rente à la rente complète) susceptible d'être atteinte par l'institutionnalisation d'une telle mesure?

### Dessin de recherche

De l'organisation très détaillée du projet pilote,<sup>2</sup> on ne retiendra ici que le dessin de recherche, et en particulier la définition des échantillons soumis à évaluation. Pour que ceux-ci soient représentatifs et facilitent la comparaison, un office AI a été sélectionné en Suisse alémanique (Saint-Gall) et

un autre en Suisse romande (Vaud), à des fins de comparaison. Ce choix permettait aussi de couvrir des régions urbaines et rurales. Enfin, la structure des bénéficiaires de rente des deux offices AI correspond à peu près à celle de la moyenne nationale. Une fois définis divers critères d'exclusion,<sup>3</sup> 8 000 bénéficiaires de rente ont été identifiés et répartis de manière aléatoire dans deux groupes d'intervention de 2 000 personnes chacun<sup>4</sup> susceptibles de percevoir un capital de départ et dans un groupe de contrôle de 4 000 personnes exclues par définition de ce dispositif<sup>5</sup>. La participation au projet était facultative. Les assurés ont été sollicités par un seul courrier, sans lettre de rappel. Les responsables de l'étude portaient de l'idée que 200 personnes du groupe 1 et 400 du groupe 2 décideraient de prendre part au projet (soit au total 15 % des assurés sollicités).

Début septembre 2010, la phase de mise en œuvre a débuté: les assurés sélectionnés des deux groupes ont été informés du montant auquel ils avaient droit et des modalités de versement. Moyennant leur participation, ils auraient droit au versement du capital de départ dès le prononcé d'une réduction de la rente AI ou de sa suppression. La réduction de la

rente dépendrait de la variation du taux d'invalidité que l'assuré pourrait obtenir grâce au revenu de son activité lucrative. Le versement du capital de départ serait stoppé au cas où, interrompant son activité pour des raisons de santé, l'assuré devrait recourir à nouveau à la rente AI. Dans ce cas, il n'aurait pas à rembourser les acomptes déjà versés. L'**ordonnance de l'OFAS** rédigée pour ce projet,<sup>6</sup> entrée en vigueur le 16 août 2010, est valable jusqu'au 31 août 2015. Outre les conditions d'octroi et de participation et la durée du projet pilote, cette ordonnance règle les modalités de versement du capital de départ et le droit éventuel à la rente ou à l'indemnité journalière des participants. Le commentaire détaillé de l'ordonnance donne également des indications sur la coordination des prestations liées au projet pilote avec celles qui proviennent d'autres assurances sociales.

### Phase de mise en œuvre et interruption de l'évaluation

Fin février 2011, un rapport intermédiaire sur la mise en œuvre du projet a établi que les **réactions** des assurés sollicités pour une participation étaient globalement **très faibles** et que

2 Règlement relatif à la protection des données, collaboration avec l'institut de sondage, audition de la commission AVS/AI, modalités du contrat, ressources en personnel des offices AI, etc.

3 Perception de plusieurs rentes dans la même famille, âge, durée de la perception d'une rente, logement en home ou perception d'une rente extraordinaire de l'AI liée à une infirmité congénitale, notamment. L'exclusion ne tenait pas aux faibles chances de succès des catégories d'assurés, mais aux contraintes rationnelles du déroulement du projet.

4 Groupe 1: 9 000 francs par quart de rente réduit; groupe 2: 18 000 francs par quart de rente réduit.

5 Pas de capital de départ, réinsertion éventuelle selon le système en vigueur, autrement dit avec le soutien de mesures de réadaptation, si nécessaire, mais sans incitation financière supplémentaire.

6 RS 831.201.71.

leur nombre était déjà en train de diminuer. Six mois après l'envoi de l'invitation officielle, seules 16 personnes (0,4 % des 4000 assurés contactés) s'étaient montrées intéressées; on était loin des 600 (15 %) espérées par les responsables du projet. A elle seule, l'incitation financière n'est manifestement pas parvenue à mobiliser le potentiel de réinsertion présumé. L'OFAS s'est donc demandé quels renseignements il pouvait encore obtenir vu la faiblesse du nombre des participants. Il pouvait peut-être tenter d'en savoir plus sur les raisons d'un intérêt si faible<sup>7</sup>. L'idée d'envoyer une lettre de rappel une année après le début de la mise en œuvre du projet, contrairement à ce qui avait été initialement prévu en septembre 2011, a été réexaminée, puis abandonnée. Même en multipliant par cinq le nombre des participants, il aurait été statistiquement impossible d'aboutir à des

conclusions probantes en ce qui concerne les trois questions de recherche. L'étude n'aurait pas non plus fourni de renseignements utiles pour une prochaine révision de l'AI. Compte tenu de la dette et du déficit alors encore très prononcé de l'assurance, l'OFAS a également décidé au printemps 2011 de **renoncer à poursuivre l'évaluation du capital de départ**, même si tout gain de connaissances n'était peut-être pas à exclure sur le plan scientifique<sup>8</sup>. Nonobstant l'interruption du projet, le droit des seize participants à obtenir un capital de départ subsiste en vertu de l'ordonnance valable jusqu'à fin août 2015. Une décision d'octroi peut être prise jusqu'au 31 août 2013.

### Appréciation du projet pilote

Dans la perspective de la rédaction du présent article, l'OFAS a évalué les données sur le projet qui étaient disponibles fin mars 2013. Du montant de 1,2 million de francs prévu pour l'organisation du projet, un peu moins de la moitié (557400 francs) a été dépensée avant l'interruption de l'évaluation. Dans l'ensemble, les seize personnes participant au projet avaient perçu, fin mars 2013, un total

de 321 750 francs au titre du capital de départ. La réduction de leurs rentes présentait les quatre cas de figure possibles, un assuré ayant réussi à se passer de la rente complète. La représentativité très faible des participants ne permet de tirer aucune conclusion statistiquement significative et pertinente sur les différences qui pourraient apparaître entre les échantillons des deux cantons ou sur les questions de recherche (montant de l'incitation, rapport entre le souhait de prendre part au projet et l'échelon de rente des assurés, moyenne des réductions de rente obtenues). L'appréciation que l'OFAS faisait du projet au moment où il en a interrompu l'évaluation scientifique n'a donc guère changé. Vu sous l'angle d'une gestion adéquate et efficace de l'assurance, il faut parfois avoir le courage d'interrompre un projet, surtout lorsqu'il ne permet pas d'obtenir les informations recherchées.

7 P. ex. méfiance à l'égard de l'office AI, image négative de l'AI, évaluation par trop pessimiste du marché de l'emploi, montant trop faible du capital de départ (surtout chez les assurés les moins âgés), crainte d'une lacune de couverture en cas de rechute ?

8 [www.ofas.admin.ch](http://www.ofas.admin.ch) → Thèmes → Assurance-invalidité → Projets → Projets pilotes favorisant la réadaptation → Projets pilotes en cours → Projet pilote « Capital de départ » → Rapport final (en allemand).

Adelaide Bigovic, responsable de projet, secteur Législation, domaine AI, OFAS.  
Mél. : [adelaide.bigovic@bsv.admin.ch](mailto:adelaide.bigovic@bsv.admin.ch)

## Retour sur les travaux de la commission LIPPI

Dans le cadre de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) et sur la base de la loi-cadre fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides (LIPPI), le Conseil fédéral a institué une commission d'experts dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cette commission était chargée d'assister le Conseil fédéral pour l'approbation des stratégies cantonales d'encouragement des personnes handicapées de 2009 à 2012.



**Ralf Kocher**

Office fédéral des assurances sociales



**Nikos Stamoulis**

### Contexte

Il y a quelques années encore, l'octroi de subventions à la construction, à l'agrandissement, à la rénovation de homes accueillant des invalides pour un séjour durable ou temporaire, d'ateliers d'occupation permanente et d'institutions qui appliquent des mesures de réadaptation de l'AI ainsi que l'octroi de subsides pour frais d'exploitation de ces établissements relevaient de la compétence de l'assu-

rance-invalidité (AI), conformément à l'art. 73 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)<sup>1</sup>. Depuis l'entrée en vigueur de la RPT le 1<sup>er</sup> janvier 2008, ces tâches incombent aux cantons. En vertu de l'art. 112b de la Constitution fédérale (Cst.),<sup>2</sup> la Confédération était tenue d'adopter une loi-cadre fixant les objectifs, les principes et les critères d'intégration des invalides. En outre, l'art. 197, ch. 4, Cst. astreignait les cantons à accorder aux institutions, ateliers et homes des prestations équivalentes à celles de l'AI, et cela jusqu'à ce qu'ils disposent de leur propre stratégie en la matière, mais au minimum pendant trois ans.

La loi-cadre LIPPI<sup>3</sup> fondée sur la Cst. réglemente notamment les aspects suivants: garantie de l'intégration, obligation des cantons d'assurer une offre en institutions répondant aux besoins et leur financement, exigences que doivent remplir les institutions, contenu minimal des plans stratégiques cantonaux en matière d'institutions pour personnes handicapées, droits des personnes invalides et droits de recours de leurs organisations. En outre la LIPPI précise que, pour être approuvés, les plans stratégiques doivent être élaborés par les cantons après concertation avec les institutions et les organisations de défense des personnes handicapées. La LIPPI prévoit par ailleurs que les plans cantonaux soient soumis à l'approbation du Conseil fédéral, qui bénéficie des conseils d'une commission spécialisée.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2009, le Conseil fédéral a institué à cet effet une commission spécialisée composée de treize experts (commission LIPPI). Présidée par Thomas Burgener, ancien conseiller d'Etat et chef du département des affaires sociales du Valais, elle était composée de trois représentants de la Confédération (présidence incluse), de six représentants des cantons, de deux représentants des institutions et de deux représentants des handicapés. Le secrétariat était géré par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

### Procédure d'examen

Les prescriptions fédérales régissant les plans stratégiques des cantons figurent aux art. 6, 7 et 10, al. 2, LIPPI. Pour la commission, le principe selon lequel toute personne invalide doit avoir accès à une institution répondant à ses besoins personnels et à son

1 RS 831.20.

2 RS 101.

3 RS 831.26.

état de santé, et ce indépendamment de ses ressources financières, était prioritaire. Concrètement, l'examen formel et matériel portait sur les éléments suivants :

- planification des besoins du point de vue quantitatif et qualitatif, et examen périodique de celle-ci;
- modalités de la collaboration avec les institutions cantonales (procédures de reconnaissance et d'approbation, conventions de prestations, surveillance, contrôles de qualité, etc.);
- principes de financement (p. ex. financement du sujet et de l'objet, financement d'investissements);
- principes régissant la formation et le perfectionnement professionnels du personnel spécialisé (p. ex. qualifications, développement de la formation, places de formation);
- procédure de conciliation en cas de différends entre personnes invalides et institutions (p. ex. création d'un service de médiation);
- coopération entre les cantons, surtout en ce qui concerne la planification des besoins et le financement (p. ex. collaboration régionale, conventions intercantionales);
- planification de la mise en œuvre du plan stratégique à l'échelle cantonale;
- procédure de consultation des institutions et des organisations de défense des personnes handicapées lors de l'élaboration des plans cantonaux;
- garantie qu'aucune personne invalide ne doit faire appel à l'aide sociale en raison des frais de séjour dans une institution reconnue.

## Résultats de l'examen

La commission LIPPI a constaté à l'examen des plans cantonaux que tous ces aspects avaient été pris en compte et que, dans l'ensemble, la qualité des plans stratégiques était très bonne. En élaborant leur plan stratégique, certains cantons ont créé une réglemen-



## Appréciation politique de la commission LIPPI

Lorsque la compétence en matière de prestations collectives de l'AI a été confiée aux cantons dans le cadre de la RPT, les organisations et institutions défendant les personnes handicapées craignaient que les cantons n'adoptent des politiques restrictives. Pour empêcher un démantèlement des prestations, des garde-fous ont été créés aux niveaux de la Constitution et de la loi, et une commission ad hoc a été instituée.

La commission LIPPI, dont j'ai assumé la présidence, était chargée d'examiner les plans stratégiques des cantons à la lumière des prescriptions légales avant de les soumettre au Conseil fédéral. Elle se composait de représentants des organisations et institutions défendant les personnes handicapées, ainsi que des cantons et de la Confédération. Ses discussions engagées et constructives ont été menées dans le respect mutuel et étaient empreintes d'un souci constant de garantir de bonnes conditions-cadres aux personnes tributaires de prestations AI collectives dans l'ensemble de la Suisse.

De nombreux plans cantonaux ont été élaborés dans le cadre de concertations régionales ou intercantionales. Ils reflètent tous la volonté des cantons de continuer d'accorder des prestations AI de haut niveau aux institutions, ateliers et homes, dans le nouveau régime de compétences. La commission a donc pu recommander tous les plans cantonaux à l'approbation du Conseil fédéral. Un seul projet a dû être modifié au préalable.

Aujourd'hui, tous les cantons disposent d'un outil efficace qui leur permet d'offrir un soutien qualifié et des structures de qualité aux personnes tributaires de prestations publiques. Il incombe désormais aux autorités cantonales d'appliquer les plans afin qu'ils produisent tous leurs effets. Les organisations de défense des personnes handicapées et les institutions cantonales continueront de veiller à ce que la mise en œuvre se fasse correctement et que le financement des prestations soit assuré.

Je tiens à remercier cordialement M<sup>me</sup> la vice-présidente, Priska Schürmann, ainsi que les autres membres de la commission qui ont examiné les plans soumis par les cantons d'un œil critique et constructif, avec une grande compétence. Un grand merci aussi à Ralph Kocher et Nikos Stamoulis de l'OFAS qui ont géré le secrétariat de la commission et aidé cette dernière dans l'accomplissement de ses tâches.

Thomas Burgener, ancien conseiller national, ancien conseiller d'Etat valaisan et président de la commission LIPPI.  
Mél. : burgener.thomas@bluewin.ch

tation très complète de la politique en faveur des personnes handicapées en incluant des thématiques non liées à la LIPPI, comme les écoles spéciales et l'aide aux personnes dépendantes. Pour

la commission, il en est résulté certains problèmes de délimitation des champs d'action, car, conformément au mandat légal, son examen portait uniquement sur les aspects de la LIPPI.

Plans cantonaux	Approbation par le Conseil fédéral
Appenzell Rhodes-Extérieures, Appenzell Rhodes-Intérieures, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Glaris, Grisons, Schaffhouse, Soleure, Saint-Gall, Thurgovie, Zoug	24 septembre 2010
Argovie, Fribourg, Genève, Obwald, Tessin, Vaud, Valais, Zurich	17 décembre 2010
Jura, Lucerne, Uri	23 mars 2011
Berne, Nidwald, Schwyz	22 juin 2011
Neuchâtel	28 mars 2012

Soulignons que tous les cantons ont dûment consulté et intégré les institutions et organisations de défense des personnes handicapées dans l'élaboration de leurs plans stratégiques et qu'ils ont clairement défini leur mise en œuvre.

De manière générale, tous les cantons se sont efforcés d'adopter une procédure coordonnée dès la phase préparatoire. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS), quant à elle, a conçu un modèle de plan stratégique. En outre, les cantons se sont inspirés de documents existants, comme la Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS).

### Echelonnement de la procédure d'examen

Bâle-Ville et Bâle-Campagne ont été les premiers à soumettre leur plan commun à la mi-décembre 2009. Neuf autres cantons ont suivi au printemps 2010 et obtenu l'approbation de la commission LIPPI à l'automne 2010. D'autres séries de plans ont été approuvés fin 2010, puis au printemps et en été 2011. Le plan stratégique de Neuchâtel est le seul pour lequel la commission a dû demander des explications complémentaires avant de pouvoir le soumettre au Conseil fédéral pour approbation. Ce dernier a donné son aval au plan neuchâtelois à sa séance du 28 mars 2012, puis a dissous la commission LIPPI.

### Présidence

Thomas Burgener; président, représentant de la Confédération  
Priska Schürmann; vice-présidente, représentante de la Confédération

### Membres

Benno Schnyder; représentant de la Confédération  
Christa Schönbächler; représentante des personnes handicapées et de leurs institutions  
Christine Affentranger-Weber; représentante des personnes handicapées et de leurs institutions  
Ivo Lötscher-Zwinggi; représentant des personnes handicapées et de leurs institutions  
Urs Dettling; représentant des personnes handicapées et de leurs institutions  
Maryse Aebischer; représentante des cantons  
Carolle von Ins; représentante des cantons (jusqu'au 30 avril 2010)  
Margrith Hanselmann; représentante des cantons (à partir du 1<sup>er</sup> mai 2010)  
René Broder; représentant des cantons  
Ruedi Hofstetter; représentant des cantons  
Donat Knecht; représentant des cantons  
Kaspar Sprenger; représentant des cantons

Ralf Kocher, avocat, domaine  
Assurance-invalidité, OFAS.  
Mél. : ralf.kocher@bsv.admin.ch

Nikos Stamoulis, avocat, domaine  
Assurance-invalidité, OFAS.  
Mél. : NikosPavlos.Stamoulis@bsv.admin.ch

## Economies et sélection des risques dans les modèles d'assurance-maladie

Depuis quelques années, dans l'assurance-maladie obligatoire, la tendance aux modèles limitant le choix des prestataires s'est accentuée. Ces modèles de traitement, réputés de bonne qualité et plus efficaces que la moyenne, pourraient constituer un remède à la progression incessante des coûts de la santé. Les statistiques montrent en effet que dans les modèles limitatifs, les coûts moyens par assuré sont inférieurs d'un tiers à ceux du modèle standard.



Jürg Burri  
Office fédéral de la santé publique

Les assurés qui optent pour un modèle d'assurance limitatif renoncent au libre choix du médecin et s'engagent généralement à consulter un médecin désigné contractuellement avant d'entreprendre un nouveau traitement. Selon les besoins, ce médecin soigne le patient ou le réfère à un autre prestataire (*gate keeping*). Un tel encadrement du patient permet d'éviter les traitements inutiles ou redondants. Dans certains modèles limitatifs, les médecins sont intéressés financièrement et assument une coresponsabilité budgétaire, ce qui les incite à traiter leurs patients de manière efficace. D'autres

modèles limitatifs reposent sur la consultation médicale par téléphone. Les assurés s'y engagent à contacter un centre d'appel médical avant de suivre un nouveau traitement. Là encore, il s'agit d'éviter les traitements superflus. Le terme modèle limitatif désigne donc des formes d'assurance assez différentes qui ont toutes pour objectif d'augmenter l'efficacité, d'améliorer la qualité et, accessoirement, de réduire les coûts. Ces modèles sont souvent appelés réseaux de soins intégrés ou *Managed Care*. S'il n'existe pas de définition uniforme des réseaux de soins intégrés dans la littérature, le terme est généralement utilisé de manière restrictive, excluant par exemple les modèles fondés sur la consultation par téléphone.

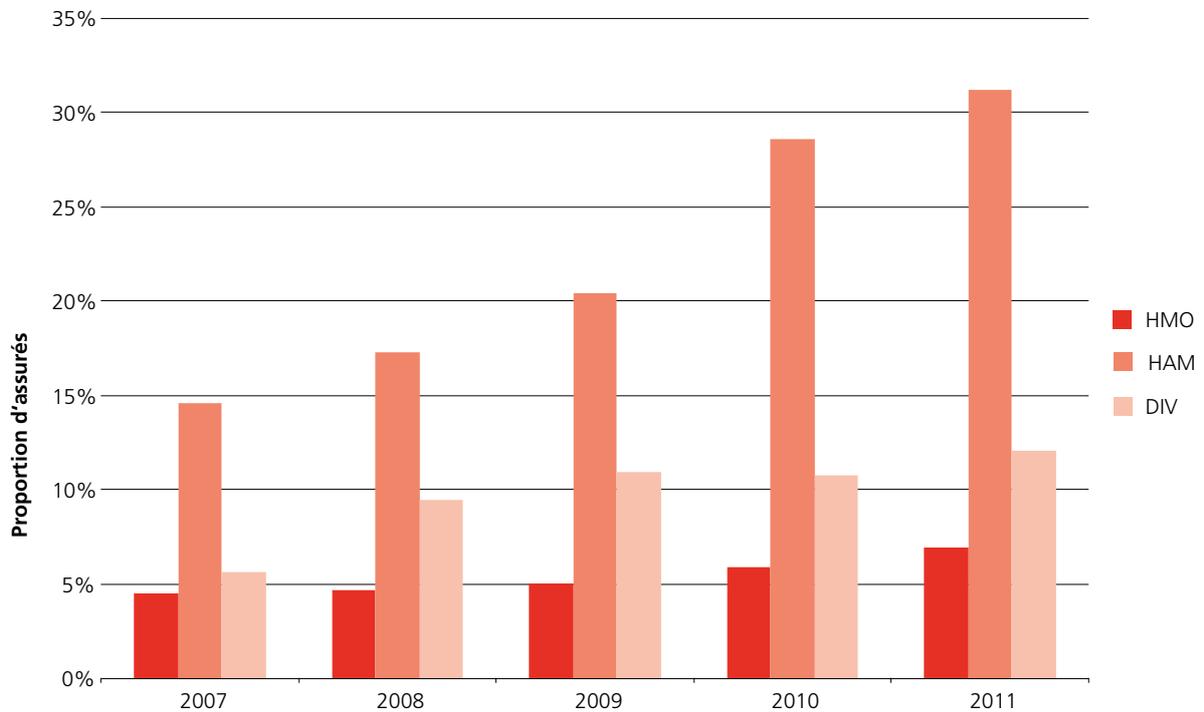
Les assurés optant pour un modèle d'assurance de ce type bénéficient en contrepartie d'une réduction de primes. Il faut dès lors se demander si les grandes différences de coûts entre les modèles limitatifs et le modèle standard (qui ne limite pas le choix des prestataires) sont effectivement imputables à des économies. Selon les critiques, les modèles limitatifs présentent des structures de risques particulièrement favorables et, par conséquent, leur clientèle comporte une part plus que proportionnelle d'assurés en bonne santé. En effet, il existe de fortes incitations pour les bien-portants, qui occasionnent peu de coûts, à opter pour ces modèles d'assurance. Les assurés font ainsi des économies sur les primes, alors qu'ils ne sont guère incommodés par la limitation du choix du médecin. Dès lors, il est vraisemblable que les différences de coûts sont dues entre autres à des structures de risques différentes.

A ce jour, il n'existe que peu d'analyses sur ce thème en Suisse. Beck<sup>1</sup> offre une bonne vue d'ensemble et soulève des pistes susceptibles d'alimenter le débat dans le contexte général de l'assurance-maladie. Il est judicieux d'étudier plus attentivement les économies effectives des modèles limitatifs, non seulement pour des raisons liées à la politique de la santé, mais encore pour définir les réductions de primes pouvant être accordées par les assureurs. En vertu de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, ces réductions ne doivent pas dépasser les économies effectivement réalisées. C'est pourquoi, depuis quelques années, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) recueille des données concernant les différents modèles, les coûts et le nombre d'adhérents auprès des assureurs-maladie. Nous exposons ci-après la méthode

<sup>1</sup> Konstantin Beck, « Risiko Krankenversicherung, Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt », Berne 2013.

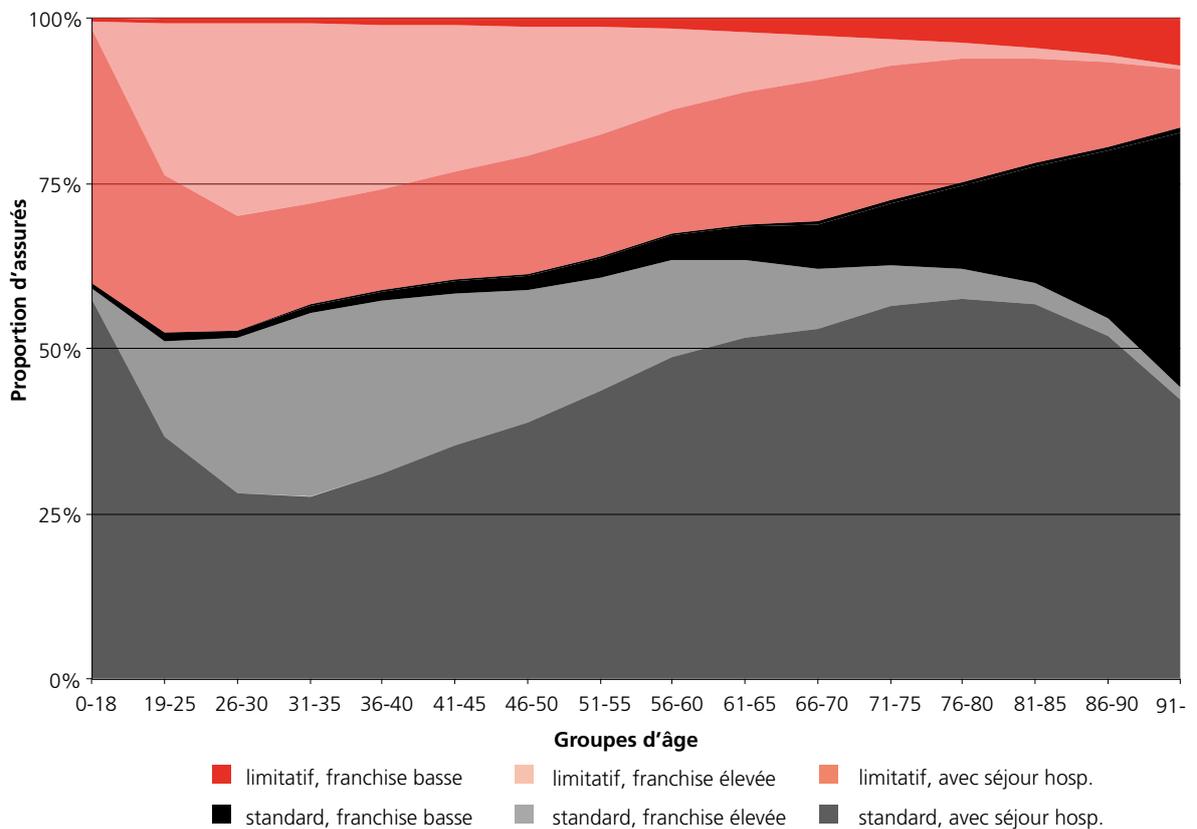
## Proportion d'assurés par type de modèle et par année

G1



## Proportion d'assurés dans le modèle standard et dans les modèles limitatifs, par groupes d'âge et autres facteurs de risque

G2



de calcul des économies effectives et présentons quelques résultats fondés sur les données relevées en 2012.

## Méthode de calcul

L'OFSP a publié une circulaire définissant la méthode de calcul des économies effectives, qui ne sont donc pas dues à la sélection des risques susmentionnée. Cette méthode compare uniquement les coûts des modèles limitatifs et du modèle standard générés par des patients présentant des risques de maladie similaires. Les assurés sont répartis en classes de risques homogènes pour la comparaison. Pour des raisons pratiques, la méthode se fonde sur les mêmes classes de risques que la compensation des risques (canton ou région de primes, âge, sexe, séjour à l'hôpital ou à l'EMS l'année précédente). En plus, elle utilise le niveau de la franchise comme facteur de risque, en distinguant uniquement (pour simplifier) les franchises faibles et élevées (soit 1 000 francs et plus). En général, le choix de la franchise repose sur l'évaluation par l'assuré de son propre état de santé, ce qui constitue un indicateur assez fiable de son état de santé effectif.

La méthode présuppose que les assurés appartenant à la même classe de risques présentent des risques de santé identiques, qu'ils ont, par conséquent, besoin des mêmes traitements médicaux et qu'ils engendrent en moyenne les mêmes coûts. On estime dès lors que les différences entre les coûts des modèles limitatifs et ceux du modèle standard au sein d'une même classe de risques sont imputables aux concepts différents. Concrètement, la méthode doit permettre de calculer les coûts ajustés compte tenu de la structure des risques. Ceux-ci résultent, pour chaque classe de risque, du produit

du nombre d'assurés des modèles limitatifs multiplié par les coûts moyens des assurés standard. Les coûts ajustés correspondent donc aux coûts qu'occasionneraient les assurés des modèles limitatifs s'ils avaient opté pour le modèle standard ou, inversement, aux coûts que supporterait le modèle standard si sa structure de risques était identique à celle du modèle limitatif. Pour calculer les économies effectives qui permettent de réaliser les modèles limitatifs, il faut soustraire le coût moyen ajusté du coût moyen global.

## Résultats

### Proportion d'assurés dans les modèles

Pour simplifier, on distingue trois types de modèles limitatifs :

- cabinets de groupe et réseaux de médecins avec coresponsabilité budgétaire (HMO);
- modèles du médecin de famille, listes ou réseaux de médecins sans coresponsabilité budgétaire (HAM);
- modèles divers, généralement modèles avec consultation par téléphone (DIV).

Le graphique **G1** montre les proportions d'assurés dans les trois types de modèles ces cinq dernières années. Il illustre clairement que la part des assurés optant pour des modèles a pratiquement doublé en l'espace de cinq ans, passant de 25 % à près de 50 %, la plupart étant affiliés à un modèle de type HAM. Les données proviennent essentiellement de modèles limitatifs existant depuis cinq ans ou plus et des assurés standard domiciliés dans les régions où ces modèles sont proposés. Elles ne concernent donc pas l'ensemble de la population, mais portent sur quelque six millions d'assurés en 2012. Les proportions illustrées par le graphique correspondent toutefois assez bien aux chiffres de la statistique de l'assurance-maladie obliga-

toire 2011,<sup>2</sup> qui repose sur l'ensemble des assurés.

Afin de se prononcer sur la sélection des risques, il est indispensable de connaître les principaux facteurs de risques des assurés dans les modèles limitatifs et le modèle standard. Le graphique **G2** montre les proportions d'assurés par groupe d'âge pour deux facteurs de risque (franchise et séjour hospitalier l'année précédente). Les franchises élevées (surfaces claires), tant dans le modèle standard que dans les modèles limitatifs, sont surtout répandues parmi les jeunes adultes. Ces derniers sont proportionnellement plus nombreux à choisir des franchises élevées parce que leur état de santé est généralement bon et stable. La proportion des franchises élevées diminue progressivement avec l'âge. La part des personnes ayant séjourné à l'hôpital ou dans un EMS l'année précédente (surfaces foncées) augmente avec l'âge. Quant aux modèles limitatifs, ils sont surtout prisés des jeunes adultes. Comme pour les franchises élevées, l'adhésion aux modèles limitatifs tend à diminuer avec l'âge. Le graphique confirme donc qu'un nombre plus que proportionnel de jeunes optent pour une franchise élevée et pour les modèles limitatifs, ce qui démontre que ces derniers comptent davantage d'assurés bien portants. Ce qu'il faut relever, c'est que la proportion d'assurés dans les modèles limitatifs avec une franchise peu élevée ou des problèmes de santé reste constante jusqu'à l'âge de 80 ans environ.

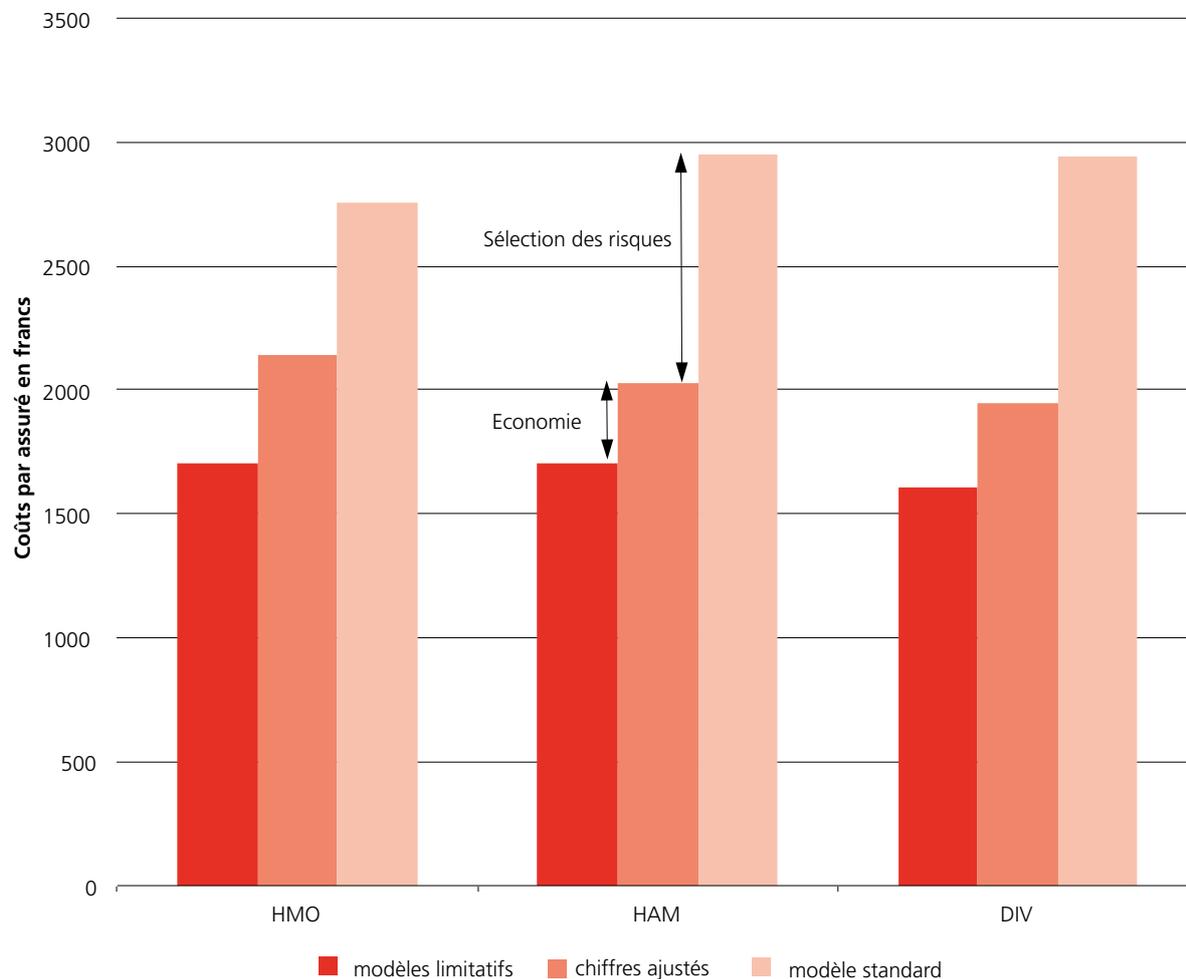
### Economies et coûts ajustés

Le graphique **G3** illustre les coûts moyens par assuré pour les trois types de modèles limitatifs. Les données recensées permettent d'établir précisément les coûts et les coûts ajustés compte tenu de la structure de risques. Pour ce graphique, on considère que les coûts du modèle standard correspondent aux coûts moyens des classes

2 Thèmes → Assurance-maladie → Statistiques → Publications statistiques → Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2011; tableau 11.08 (25.4.2013).

### Coûts moyens par assuré sur cinq ans (modèles limitatifs, modèle standard et coûts ajustés compte tenu de la structure de risques)

G3



de risques des assurés dans les modèles limitatifs. Cela permet d'évaluer le potentiel d'économie, mais aussi les effets de la sélection des risques.

Le graphique confirme que les coûts moyens des assurés dans les modèles limitatifs sont sensiblement inférieurs aux coûts moyens des assurés standard. La majeure partie de cette différence s'explique par la sélection des risques, à savoir la différence entre les coûts du modèle standard et les coûts ajustés compte tenu de la structure de risques. C'est particulièrement vrai pour les modèles HAM et DIV. Seule la différence entre les coûts ajustés et les coûts moyens des modèles limitatifs constitue une économie effective. La rela-

tion entre les économies et les coûts ajustés est qualifiée d'économie relative. Le modèle HMO est celui qui génère le plus d'économies relatives, soit un peu plus de 20 % en moyenne. Les économies relatives des modèles HAM et DIV se situent quant à elles autour de 15 à 20 %. Il est aussi possible d'évaluer le taux de réduction des primes autorisé sur la base du graphique. Ce taux correspond à la relation entre les économies et les primes du modèle standard. Dès lors, les taux de réduction des primes autorisés sont nettement inférieurs aux économies relatives.

Le graphique G4 présente les coûts ajustés et les économies moyennes des modèles limitatifs compte tenu de

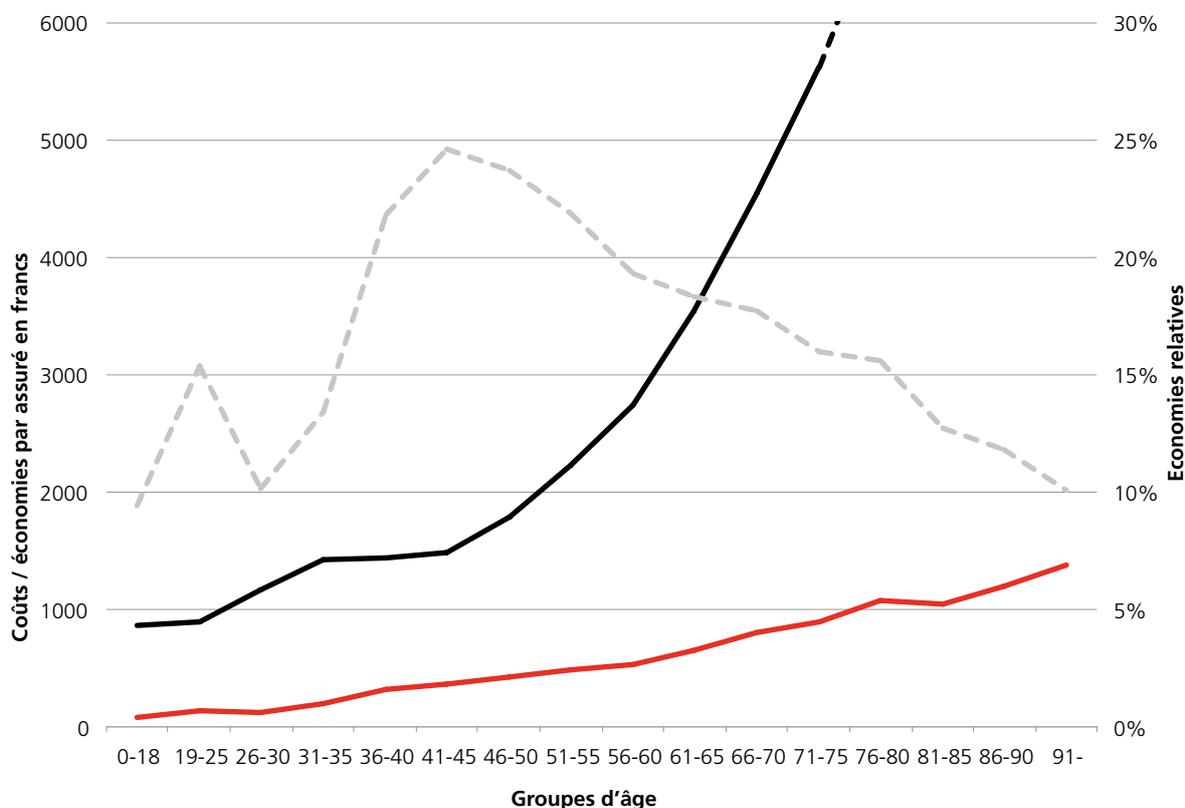
l'âge des assurés. Avec l'âge, tant les coûts que les économies augmentent. Ainsi ce graphique confirme le constat selon lequel des économies peuvent surtout être réalisées avec les patients sollicitant beaucoup de prestations médicales. Or, les économies augmentent nettement moins que les coûts. De ce fait, les économies relatives, à savoir la relation entre les coûts ajustés et les économies, sont au maximum vers 40 ans environ; ensuite, elles diminuent progressivement.

### Discussion et perspectives

On peut se demander dans quelle mesure la méthode de calcul utilisée

## Coûts ajustés compte tenu de la structure de risques, économies absolues et relatives

G4



Coûts ajustés compte tenu de la structure de risques (en noir), économies absolues (en rouge), économies relatives (pointillé gris) en pour-cent (axe droit)

permet de distinguer clairement les économies effectives et celles imputables à la sélection des risques. Celle-ci est prise en considération pour autant qu'elle se traduise par une répartition différente des assurés dans les classes de risques suivant qu'ils ont opté pour un modèle limitatif ou pour le modèle standard. Dans la pratique, il existe d'autres manifestations de la sélection des risques. En général, l'état de santé des assurés peut varier sensiblement même à l'intérieur d'une même classe de risques. Si une part plus que proportionnelle de bien portants choisissent un modèle limitatif, il en

résulte une sélection des risques opérée par les assurés eux-mêmes au sein des classes de risques. Cette sélection n'est pas prise en compte par la méthode de calcul. Cela tendrait à indiquer que les effets de la sélection des risques sont plutôt sous-évalués et les économies surestimées.

La présente analyse ne permet pas de prouver clairement l'existence de cette forme de sélection des risques. Le graphique G4 semble néanmoins l'indiquer, puisqu'il montre que les économies maximales sont réalisées dans les groupes d'âge de 40 à 50 ans, à savoir dans les tranches d'âge où les assurés peuvent faire une évaluation relativement fiable de leur propre état de santé. Chez les hommes, des économies semblables sont mises en évidence chez les assurés de moins de 40 ans. Il paraît donc probable que, notamment en ce qui

concerne les économies maximales, une partie des différences de coûts, qualifiées d'économies avec la méthode de calcul choisie, sont en réalité dues à une sélection des risques non identifiée ou opérée par les assurés eux-mêmes. Le graphique G3 laisse supposer qu'en particulier pour les modèles HAM et DIV, la sélection des risques est encore plus marquée dans la pratique que dans les chiffres, et partant que le calcul surestime les économies imputables à ces modèles.

Beck,<sup>3</sup> qui a calculé les économies réalisées par la CSS grâce aux réseaux de soins intégrés en appliquant la présente méthode et d'autres méthodes (dont celle dite des jumeaux), arrive à des conclusions semblables. La méthode dite des jumeaux compare les coûts occasionnés par chaque assuré membre d'un réseau de soins avec les coûts générés

3 Konstantin Beck et al., « Steigern Schweizer Ärztenetzwerke die Effizienz im Gesundheitswesen? », Lucerne 2011 (institut CSS de recherche empirique en économie de la santé): [www.css-institut.ch](http://www.css-institut.ch) → Forschung → Managed Care und Capitation (25.4.2013), en allemand seulement.

par un jumeau, à savoir un assuré standard qui présente pratiquement les mêmes risques que l'assuré du réseau de soins. Pour cela, Beck tient compte des facteurs de risques définis par l'OFSP mais aussi de facteurs supplémentaires comme les groupes de frais pharmaceutiques. Les résultats montrent des économies moindres que celles obtenues avec la

méthode de calcul de l'OFSP. Cette méthode pourrait donc être affinée par l'ajout de facteurs de risques supplémentaires, ce qui influencerait à la baisse les économies calculées. Pour des raisons pratiques, on peut s'attendre à de telles adaptations, parallèlement à l'amélioration de la compensation des risques. Dès que des données supplémentaires seront

disponibles, il faudra compléter et améliorer la méthode de calcul en conséquence.

---

Jürg Burri, Dr. phil. II, mathématicien,  
unité de direction Assurance maladie et  
accidents, OFSP.  
Mél. : juerg.burri@bag.admin.ch

## L'AVS: principaux résultats statistiques 2012

**Avec près de 38 milliards de francs versés sous forme de prestation et 2,3 millions de bénéficiaires, l'AVS est le pilier central de la prévoyance sociale suisse. Entre décembre 2011 et décembre 2012, le nombre de bénéficiaires de rentes a augmenté de 2,6 % (+58 600).**



**Jacques Méry**  
Office fédéral des assurances sociales

### Bénéficiaires et sommes des rentes par types de rentes

En décembre 2012, 2,3 millions de personnes ont bénéficié d'une rente AVS: 2 088 400 personnes (90,2 %) ont reçu une rente principale de vieillesse et 165 700 (7,2 %) une rente de survivant (rente de veuf, veuve ou orphelin). Le reste consiste surtout en compléments familiaux (rente complémentaire pour conjoint ou pour enfant) et continue à diminuer

de manière très sensible (-1,1 %). Cette diminution est due aux effets conjugués de la 5<sup>e</sup> révision AI et de la 10<sup>e</sup> révision AVS.

Le tableau **T1** présente la structure des bénéficiaires et des types de rentes en décembre 2012 et les compare avec décembre 2011.

### Evolution et dynamique des bénéficiaires et des sommes de rentes vieillesse

En décembre 2012, il y avait 57 100 bénéficiaires de rente principale de plus qu'à la même période l'année précédente; leur nombre a donc augmenté de 2,8 % durant cette période. La somme des rentes a, pour sa part, augmenté de 2,4 %.

L'augmentation constatée est «nette». Pour avoir une bonne vision de l'assurance, il est nécessaire de connaître ses mouvements «bruts». Depuis dix ans, à l'exception de l'an-

née 2005 lorsque l'âge de la retraite des femmes est passé de 63 à 64 ans, le nombre de nouvelles rentes de vieillesse a progressé presque toujours deux fois plus vite que celui des rentes éteintes.

L'année 2012 a vu ainsi la naissance de 132 300 rentes de vieillesse (y compris les passages provenant des autres rentes), ce qui représentait 6,5 % du total des bénéficiaires du début d'année. 15 200 (soit 11,5 %) de ces nouveaux rentiers étaient précédemment à l'AI et 4 500 (3,4 %) recevaient auparavant une rente de veuvage (AS).

Ici, le domicile (Suisse ou étranger) est une variable explicative importante. Alors qu'à l'étranger le rapport entre rentes éteintes (20 400) et nouvelles rentes (44 100, y compris le passage de rentes AI et AS à l'AV) est d'environ deux à cinq, on compte en Suisse un peu plus de deux rentes éteintes (54 800) pour trois nouvelles rentes (88 200, y compris le passage de rentes AI et AS à l'AV). A cette dynamique s'ajoute un léger solde migratoire vers l'étranger de personnes ayant déjà une rente vieillesse. La croissance du nombre des bénéficiaires de rente vieillesse à l'étranger devrait se poursuivre dans les années à venir. Cela reflète les flux migratoires importants qu'a connus la Suisse au cours des 40 dernières années. Dans le domaine des prestations de survivants, on peut relever que le nombre de rentes de veuve ou de veuf est moins élevé en Suisse qu'à l'étranger, et que cette tendance se renforce<sup>1</sup>.

En ce qui concerne le montant des prestations, deux points sont à relever: le montant moyen des nouvelles rentes de vieillesse est moins élevé que celui des rentes qui ont cessé d'être versées. La différence provient surtout du fait que les nouveaux rentiers et «rentiers sortis» n'appartiennent pas aux mêmes catégories de personnes.

1 Les rentes de veuves et de veufs peuvent également être versées après que l'allocataire ait atteint l'âge de la retraite. Si une personne remplit les conditions pour obtenir à la fois une rente de veuve ou de veuf et une rente de vieillesse, la rente la plus élevée lui est versée. Après le décès de son conjoint, une personne à la retraite non assurée résidant à l'étranger peut également avoir droit à une rente de veuve ou de veuf. Ce dernier point explique en grande partie la nette croissance des rentes de veuve ou de veuf versées à l'étranger. Cette augmentation est parallèle à la hausse du nombre de rentes de vieillesse versées à l'étranger.

2 Rentes de vieillesse.  
3 Rentes de survivants.

**Bénéficiaires et sommes des rentes AVS, par types de rentes, en Suisse et à l'étranger, 2011-2012 (décembre)**

T1

Bénéficiaires de rentes			Sommes des rentes mensuelles			
2011	2012	Variation	2011	2012	Variation	
		en %	en millions de fr.	en millions de fr.	en %	
<b>Rentes de vieillesse</b>						
Rentes principales						
• hommes	903 400	936 800	3,7 %	1 241,8	1 282,8	3,3 %
• femmes	1 127 900	1 151 600	2,1 %	1 695,5	1 724,6	1,7 %
Total	2 031 300	2 088 400	2,8 %	2 937,3	3 007,4	2,4 %
Rentes complémentaires						
• époux/épouses	42 600	39 900	-6,3 %	6,8	6,0	-12,0 %
• enfants (père/mère)	20 400	21 400	4,7 %	12,4	13,0	4,9 %
Total	63 100	61 300	-2,8 %	19,2	19,0	-1,1 %
<b>Rentes de survivant</b>						
• veuves	122 400	126 500	3,4 %	122,1	122,9	0,7 %
• veufs	2 300	2 200	-3,6 %	2,7	2,6	-4,0 %
• orphelins	37 800	36 900	-2,2 %	23,4	22,7	-2,6 %
Total	162 400	165 700	2,0 %	148,2	148,3	0,1 %
Total rentes AVS	2 256 800	2 315 400	2,6 %	3 104,6	3 174,6	2,3 %

Source : OFAS, exploitation du registre central des rentes

Par exemple, parmi les rentes éteintes (mortalité), on dénombre beaucoup de femmes veuves. Or le veuvage donne droit à un calcul plus favorable de la rente et conduit ainsi à un montant moyen plus élevé. Les montants moyens des nouvelles rentes ne signifient donc pas que les prestations octroyées aux nouveaux allocataires soient « structurellement » moins élevées. Le deuxième élément à souligner est la grosse différence entre les rentes moyennes versées en Suisse et à l'étranger. La grande majorité des rentes exportées sont versées à des ressortissants étrangers qui ne disposent pas d'une carrière complète en Suisse et qui de ce fait touchent des rentes partielles moins élevées. Ainsi, dans 71 % des rentes versées à l'étranger, les bénéficiaires ont cotisé seulement la moitié du temps nécessaire à l'obtention d'une rente complète.

**Evolution des rentes de vieillesse et de survivants, 2011-2012 (décembre)**

T2

	Rentes de vieillesse		Rents de veufs et de veuves	
	Suisse	Etranger	Suisse	Etranger
En décembre 2011	1 398 500	632 800	51 300	73 400
Sorties	-54 800	-20 400	-1 000	-900
Nouvelles rentes	72 500	40 100	4 300	6 200
Passage AI → AV <sup>2</sup>	11 800	3 400		
Passage AS <sup>3</sup> → AV	3 900	600	-3 900	-600
Domicile CH → étranger	-2 600	2 600	-200	200
Domicile étranger → CH	1 100	-1 100	100	-100
En décembre 2012	1 430 400	658 000	50 600	78 200
Evolution 2011-2012	31 900	25 200	-700	4 800

Source : OFAS, exploitation du registre central des rentes

**Moyennes des rentes de vieillesse en décembre 2011 et 2012**

T3

	Suisse	Etranger
Rentes en francs		
En décembre 2011	1 839	577
Sorties (2011)	1 909	668
Nouvelles rentes (2012)	1 807	543
En décembre 2012	1 838	575

Source : OFAS, exploitation du registre central des rentes

**Evolution des bénéficiaires**

Le graphique G1 montre les flux principaux au sein de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité selon le domicile du bénéficiaire. La perception d'une rente avant l'âge de la retraite est liée à la mort du conjoint ou à la survenance d'une invalidité. A partir de l'âge de la retraite, pratiquement tous les habitants de la Suisse accèdent à la rente vieillesse. En Suisse, une nouvelle rente de vieillesse sur cinq est versée à une personne ayant eu auparavant droit à une autre prestation du 1<sup>er</sup> pilier (principalement AI et AS). A l'étranger, cela concerne une per-

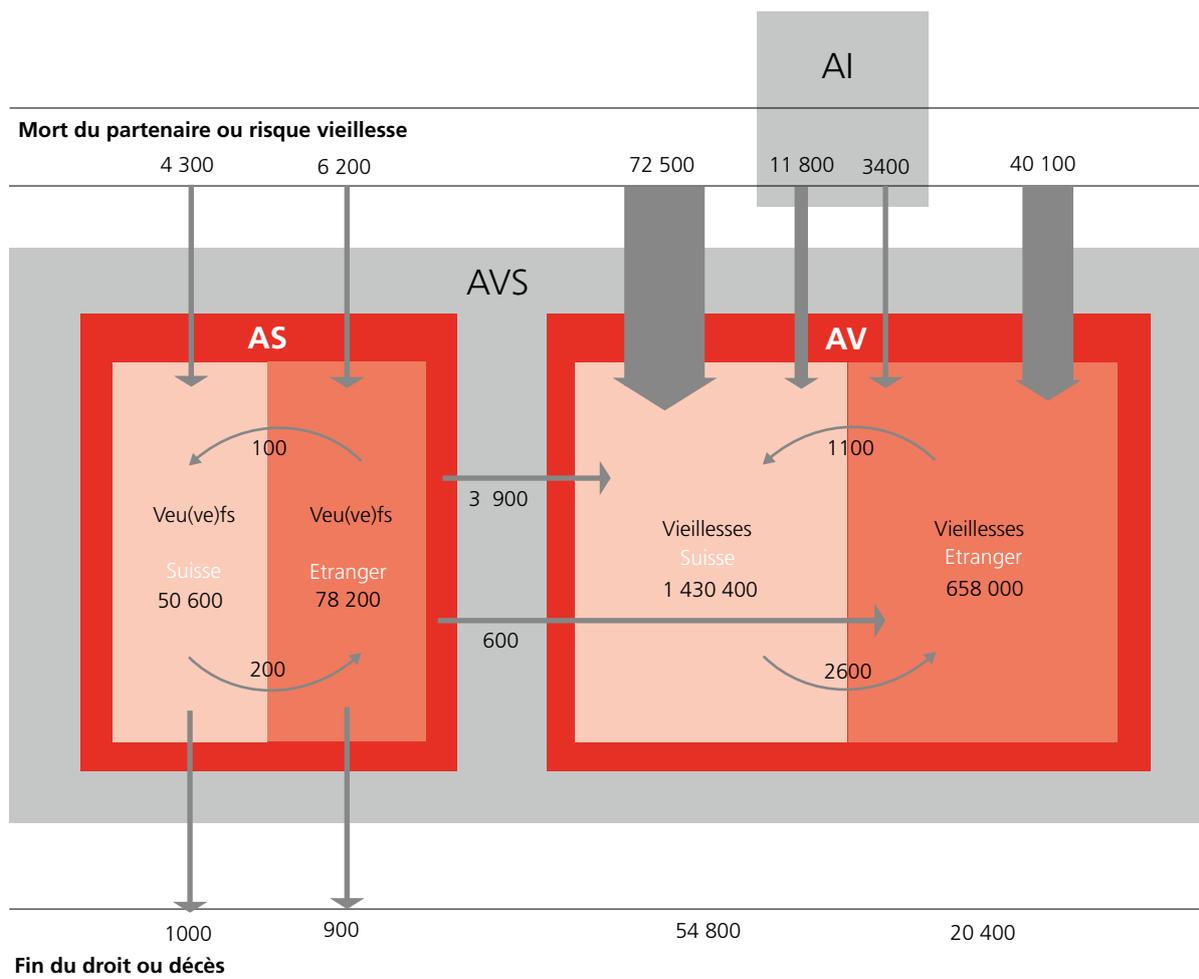
sonne sur dix. Par ailleurs, il est clair que la sortie de l'assurance-vieillesse correspond au décès.

**Les taux d'anticipation des hommes et des femmes se sont rejoints**

La possibilité d'anticiper la rente AVS est entrée progressivement en vigueur dès 1997, dans le cadre de la 10<sup>e</sup> révision. Les hommes nés depuis 1933 peuvent anticiper d'un an et ceux nés depuis 1938 de deux ans à un taux de réduction actuariel de 6,8 % par année. Pour les femmes, l'anticipation a été introduite en parallèle au relè-

**Dynamique des rentes AVS en 2012 selon le domicile**

G1



Source : OFAS, exploitation du registre central des rentes

## Nombre de personnes par génération et anticipation, taux d'anticipation

T4

Hommes				Femmes					
Génération	Age légal	Anticipation		Taux	Génération	Age légal	Anticipation		Taux
		1 an	2 ans				1 an	2 ans	
1944	58 700	2 600	3 100	8,9 %	1945	44 200	6 700	8 600	25,7 %
1945	57 500	2 800	3 100	9,3 %	1946	46 300	6 700	9 600	26,1 %
1946	59 000	2 900	3 500	9,7 %	1947	44 200	6 500	10 200	27,4 %
1947	<i>56 700</i>	2 900	3 600	<i>10,4 %</i>	1948	<i>53 100</i>	3 600	3 300	<i>11,4 %</i>
1948	–	<i>3 200</i>	3 900	–	1949	–	<i>3 400</i>	3 100	–
1949	–	–	<i>4 100</i>	–	1950	–	–	<i>3 100</i>	–

Les chiffres en *italiques* sont des estimations.

vement de l'âge légal de la retraite de 62 à 64 ans, d'une année pour les femmes nées à partir de 1939 lors du passage de 62 à 63 ans et de deux ans pour celles nées à partir de 1942 lors du passage de 63 à 64 ans. Pour compenser l'augmentation de l'âge légal de la retraite, on a appliqué pour les années d'anticipation un taux de réduction préférentiel équivalent à la moitié du taux actuariel. Cette mesure fut limitée toutefois aux femmes nées entre 1942 et 1947. Ainsi, les rentes anticipées des femmes nées depuis 1948 ont été réduites selon le même taux actuariel que celui des hommes.

Voyons comment évolue le taux d'anticipation des hommes et des

femmes ces dernières années. Pour des questions techniques, les chiffres des nouveaux rentiers en 2012 sont **des estimations** – relativement précises cependant.

Le renchérissement de l'anticipation a conduit à une diminution importante du nombre de retraites anticipées chez les femmes. La proportion des femmes ayant anticipé se retrouve ainsi grosso modo au niveau de celle des hommes. Il convient de souligner que l'anticipation de la rente de vieillesse et la sortie du marché du travail sont deux phénomènes distincts dans la mesure où la perception d'une rente vieillesse n'est nullement liée à l'exercice d'une activité lucrative.

Ainsi, il est tout à fait possible que les personnes ayant anticipé leur rente continuent à poursuivre l'activité lucrative.

La statistique AVS, récemment publiée par l'OFAS, vous donnera des résultats supplémentaires. Vous en trouverez la version actuelle complète avec les tableaux à l'adresse Internet: [www.ahv.bsv.admin.ch](http://www.ahv.bsv.admin.ch)

Jacques Méry, dipl. math., expert scientifique, secteur Statistiques de la division Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS.

Mél. : [jacques.mery@bsv.admin.ch](mailto:jacques.mery@bsv.admin.ch)

## Politique sociale

### 13.3079 – Postulat Garobbio Guscetti Marina du 14.3.2013: Faire le point sur les entreprises sociales

La conseillère nationale Marina Garobbio Guscetti (SP, TI) a déposé le postulat suivant: «Le Conseil fédéral est chargé d'établir sur les entreprises sociales un rapport qui préciserà notamment:

1. les différentes formes d'entreprises sociales
2. les bases légales cantonales pertinentes
3. combien de personnes sont employées dans les entreprises sociales
4. à combien s'élève la participation financière de la Confédération ou plus largement des pouvoirs publics.

### Développement

Nombreux sont ceux qui éprouvent des difficultés à accéder au marché du travail, en raison de capacités ou de qualifications insuffisantes. En ce temps de chômage élevé et durable, de plus en plus de personnes perdent leur emploi et finissent par dépendre de l'aide sociale ou de l'AI. C'est ainsi que quelque 230 000 personnes vivent aujourd'hui de l'aide sociale. A cela s'ajoute qu'est entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2012 le 1<sup>er</sup> volet de la 6<sup>e</sup> révision de l'AI (révision 6a), qui prévoit de réinsérer dans le marché du travail quelque 2800 personnes par an. C'est dans ce contexte que de nouvelles formes d'emploi ont vu le jour, avec des structures mariant selon des modalités diverses l'Etat et un fonctionnement privé, parmi lesquelles les entreprises sociales.

Une entreprise sociale vise à réinsérer dans le monde du travail des personnes défavorisées en leur permettant d'exercer une activité productive. Il faut noter à cet égard que ses visées sociales et ses visées économiques peuvent parfois s'opposer, ne serait-ce que parce qu'une entreprise sociale ne doit pas concurrencer une entreprise du secteur privé.

Les entreprises sociales diffèrent selon leur statut juridique, ce qu'elles produisent, les modalités de leur financement, leur spécialisation sur tel ou tel groupe particulier de personnes défavorisées, ou encore selon les bases légales cantonales pertinentes et la place où elles se situent sur le spectre qui sépare public et privé. On voit par là que ces entreprises de réinsertion par l'activité économique connaissent des formes nombreuses.»

### Proposition du Conseil fédéral du 8.5.2013

Le Conseil fédéral propose d'accepter le postulat.

## Santé publique

### 12.4053 – Postulat Heim Bea du 4.12.2012: Harmoniser l'évaluation des besoins en soins

La conseillère nationale Bea Heim (PS, SO) a déposé le postulat suivant: «Le Conseil fédéral est chargé d'examiner comment l'évaluation des besoins en soins pourrait être harmonisée. Les cantons et les homes pourront continuer de choisir librement leur instrument d'évaluation; celui-ci devra toutefois répondre aux critères définis par un organe d'accréditation de la Confédération. Cette dernière élaborera les critères en collaboration avec les cantons et les sociétés spécialisées.

### Développement

La LAMal et le nouveau régime de financement des soins prévoient que tous les pensionnaires de homes soient attribués à un degré de soins en fonction des prestations dont ils ont besoin. Leur besoin est évalué au moyen d'instruments qui varient d'une région à l'autre. L'attribution des patients à des degrés de soins étant essentielle pour la planification des soins et la rémunération des prestations fournies, il serait opportun d'harmoniser les systèmes d'évaluation afin de permettre la comparaison

entre les prestations, et ce avant l'échéance du délai transitoire en 2014. Il semblerait en effet qu'au-delà de cette échéance la définition de la forme et des modalités de l'évaluation des besoins ne soit plus du ressort des cantons, mais des assureurs et des homes uniquement. De nouveaux modèles d'évaluation et des versions remaniées des anciens modèles sont en outre régulièrement mis sur le marché. Enfin, le choix de certains instruments peut avoir d'importantes conséquences financières pour les cantons. Eu égard à ces considérations, et pour que les personnes ayant besoin de soins puissent choisir un home le plus librement possible, nous devons harmoniser les instruments d'évaluation des besoins en soins.»

### Avis du Conseil fédéral du 20.2.2013

Selon le nouveau régime de financement des soins, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011, les prestations sont financées par des contributions et non plus sur la base de tarifs. Selon l'alinéa 2 des dispositions transitoires de la modification du 13 juin 2008 de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), les cantons disposent d'un délai de trois ans pour aligner les tarifs et les conventions tarifaires sur les contributions aux soins fixées par le Conseil fédéral. La LAMal n'impose pas aux établissements médicosociaux (EMS) de recourir à un système d'évaluation des soins fournis qui soit uniforme sur l'ensemble du territoire. C'est aux EMS ainsi qu'aux fournisseurs de prestations qu'il revient de choisir le système qui leur convient, sous réserve des éventuelles directives cantonales en la matière. Ainsi, trois systèmes, à savoir Plaisir, RAI/RUG et Besa, qui étaient déjà utilisés avant l'entrée en vigueur du nouveau financement des soins, sont appliqués actuellement. Vu la nécessité d'harmoniser les systèmes d'évaluation des besoins en soins, Curaviva dirige depuis septembre 2009 un groupe de pilotage national qui se consacre au projet «Structures tarifaires». Les

cantons et l'Office fédéral de la santé publique y sont représentés. Le Conseil fédéral souhaite attendre les résultats des travaux de ce groupe avant d'aller plus avant. Il est toutefois disposé à examiner quelles mesures il pourrait prendre en cas d'éventuel échec des efforts d'harmonisation entrepris par les cantons compétents en la matière, comme il l'a fait savoir dans sa réponse du 7 décembre 2012 à la question Humbel 12.1091, «Retard dans l'harmonisation des systèmes d'évaluation des soins».

#### **Proposition du Conseil fédéral du 20.2.2013**

Le Conseil fédéral propose d'accepter le postulat.

### **Prévoyance professionnelle**

#### **12.4131 – Motion Groupe BD du 12.12.2012: Corrélation automatique entre l'âge de la retraite et l'espérance de vie**

Le groupe BD a déposé la motion suivante: «Le Conseil fédéral est chargé de présenter un projet d'acte introduisant une adaptation automatique de l'âge de la retraite à l'espérance de vie. Cela concernera non seulement l'âge légal de la retraite, mais aussi le départ effectif à la retraite. A cet égard, des aménagements en fonction du métier exercé et de chaque cas individuel à l'intérieur d'une fourchette déterminée devront rester possibles. En outre, l'âge de la retraite devra être le même pour les femmes que pour les hommes.

#### **Développement**

Les discussions concernant l'âge de la retraite ont toujours montré que les aspects politiques et émotionnels s'imposaient au détriment des faits économiques. D'un point de vue rationnel et compte tenu de l'évolution constatée dans les autres pays, il faudrait reconnaître que l'âge de départ à la retraite doit être fonction de l'espérance de vie effective. Le fait

d'automatiser cette corrélation dépolitiserait cette question pour l'axer sur une logique clairement définie.»

#### **Avis du Conseil fédéral du 27.2.2013**

Le 21 novembre 2012, le Conseil fédéral a déterminé les orientations générales de la réforme de la prévoyance vieillesse 2020 et a chargé le Département fédéral de l'intérieur de lui soumettre, d'ici l'été 2013, des propositions concrétisant ces orientations. Une de celles-ci consiste précisément à prendre des dispositions afin de rapprocher le plus possible l'âge effectif de la retraite de l'âge de référence. Pour ce faire, diverses mesures ont été décidées, parmi lesquelles, l'introduction d'un âge de référence à 65 ans tant pour les hommes que pour les femmes, la flexibilisation de la retraite de manière coordonnée entre le premier et le deuxième pilier, la création d'incitations au maintien de l'activité lucrative jusqu'à l'âge de référence ou encore la mise en place de mesures visant à réduire l'attractivité d'un départ prématuré à la retraite.

De façon générale, la prise en compte tant de l'âge légal de la retraite que du départ effectif à la retraite dans une règle automatique liée à l'espérance de vie n'est pas compatible. En effet, faire coïncider l'âge du départ effectif à la retraite à l'âge légal est difficilement réalisable et irait à l'encontre de la volonté de flexibiliser l'AVS. Aujourd'hui, l'âge de la retraite effective des hommes et celui des femmes se situent en dessous de l'âge légal de la retraite (62,6 pour les femmes et 64,1 pour les hommes). Ainsi, le Conseil fédéral estime-t-il que les mesures décidées dans ses orientations permettront d'élever l'âge effectif de la retraite, tout en conservant une certaine flexibilité.

De plus, le Conseil fédéral est d'avis qu'une règle introduisant une adaptation automatique de l'âge de la retraite à l'espérance de vie n'est pas appropriée pour régler l'âge de la retraite. Selon lui, une telle règle-

mentation ne peut pas dépendre uniquement des facteurs démographiques. Bien au contraire, des aspects essentiels comme les réalités sociales ou encore la capacité du marché du travail à absorber cette main-d'œuvre doivent également être pris en considération.

#### **Proposition du Conseil fédéral du 27.2.2013**

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

#### **13.3017 – Motion Aeschi Thomas du 4.3.2013: Libre choix de la caisse de pension par suite de l'acceptation de l'initiative contre les rémunérations abusives**

Le conseiller national Thomas Aeschi (UDC, ZG) a déposé la motion suivante: «Le Conseil fédéral est chargé de garantir le libre choix de la caisse de pension lors de la mise en œuvre de l'initiative sur les rémunérations abusives afin que les assurés aient une réelle possibilité de choix et qu'ils puissent donc transférer leur capital dans une autre caisse s'ils ne sont pas satisfaits du comportement de vote de la leur.

#### **Développement**

Acceptée le 3 mars 2013 par 68 % du peuple suisse, l'initiative populaire fédérale «contre les rémunérations abusives» exige notamment ce qui suit: «Les caisses de pension votent dans l'intérêt de leurs assurés et communiquent ce qu'elles ont voté.» (art. 95, al. 3, let. a, Cst.). Afin que cette disposition soit transposée dans la loi, le libre choix de la caisse de pension doit obligatoirement être garanti. C'est le seul moyen de garantir que – s'ils ne sont pas satisfaits du comportement de vote de leur caisse – les assurés auront réellement une possibilité de choix et qu'ils pourront transférer leur capital dans une autre caisse qui vote vraiment dans leur intérêt.»

#### **Avis du Conseil fédéral du 8.5.2013**

Dans l'exercice de leurs droits de vote, les institutions de prévoyance

doivent veiller à ce que la répartition des bénéfices de l'entreprise aux actionnaires soit équitable et appropriée, afin qu'elles puissent utiliser ces moyens pour le financement des prestations de prévoyance de leurs assurés. C'est pourquoi les institutions de prévoyance doivent, dans l'idéal, former de larges coalitions. Grâce à leur représentation dans l'organe suprême, les assurés peuvent influencer l'orientation générale de l'exercice des droits de vote.

Leur comportement de vote ne devrait pas être déterminant pour le libre choix de l'institution de prévoyance. Ce n'est que rarement le cas, à l'heure actuelle, pour les fonds de placement. L'exemple de l'épargne ou de la prévoyance privée montre bien qu'il est très difficile d'organiser les intérêts des épargnants ou des preneurs de prévoyance privés. Avec le libre choix de la caisse de pension, il serait sans doute plus difficile de former de larges coalitions que dans le système actuel. Le libre choix irait donc à l'encontre de l'objectif visé par l'initiative contre les rémunérations abusives, à savoir que les institutions de prévoyance renforcent les droits des actionnaires grâce à de grandes coalitions. En outre, il n'y aurait aucune garantie qu'en cas de changement, la nouvelle caisse vote selon les vœux de l'assuré lors d'une prochaine assemblée, même si elle était dotée de règles strictes en matière de comportement de vote. De même, il ne serait guère judicieux que les assurés changent de caisse chaque fois qu'ils sont insatisfaits de la direction de l'institution de prévoyance, d'autant plus que changer de caisse génère des coûts non négligeables. Une affiliation individuelle à une institution de prévoyance occasionnerait également pour les employeurs des charges plus importantes que l'affiliation collective actuelle. La réglementation des droits de vote de l'initiative contre les rémunérations abusives ne constitue donc pas une raison de changer de système.

En outre, l'introduction du libre choix de la caisse de pension aurait

des répercussions massives sur le système de la prévoyance professionnelle ainsi que sur les assurés. Des études et des exemples provenant de l'étranger montrent que le libre choix engendrerait des coûts administratifs et des dépenses publicitaires beaucoup plus élevés, frais qui, en fin de compte, devraient être financés par les assurés. Il en résulterait également un problème de sélection des risques, qui ne pourrait être réglé qu'à l'aide de réglementations supplémentaires. De plus, une individualisation du système mènerait à un transfert des risques sur les assurés, phénomène qui pourrait être lourd de conséquences pour la sécurité de la prévoyance, en raison des fortes fluctuations des marchés financiers. Le libre choix exige également un niveau de formation et d'information élevé ainsi qu'un intérêt correspondant des assurés. Les expériences à l'étranger montrent que ces conditions ne sont pas remplies pour la grande majorité des assurés. Au bout du compte, en cas de mauvaises spéculations, il incomberait à l'Etat d'assumer les coûts.

Par le passé, le Conseil fédéral et la commission fédérale de la prévoyance professionnelle (commission LPP) se sont déjà penchés à plusieurs reprises sur le libre choix de la caisse de pension et l'ont rejeté pour les raisons indiquées ci-dessus. Le système collectif de la prévoyance professionnelle a dans l'ensemble fait ses preuves. L'introduction du libre choix de la caisse de pension sur la base de l'initiative contre les rémunérations abusives n'est pas appropriée et ne permet pas d'atteindre l'objectif.

#### **Proposition du Conseil fédéral du 8.5.2013**

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

#### **13.3109 – Postulat Vitali Albert du 19.3.2013: Rendre les taux de couverture LPP comparables**

Le conseiller national Albert Vitali (PRD, LU) a déposé le postulat suivant: « Le Conseil fédéral est char-

gé d'examiner dans quelle mesure la possibilité de comparer la situation financière des institutions suisses de prévoyance professionnelle pourrait être améliorée. Pour attester leur capacité d'honorer leurs obligations, les institutions de prévoyance pourraient publier un chiffre de référence comparable entre les diverses caisses de pension. A titre de solution de rechange, un système d'indicateurs par feux tricolores sera également étudié.

#### **Développement**

La confiance que la population manifeste à l'égard de la prévoyance professionnelle est allée en diminuant ces dernières années et les caisses de pension se sont vu reprocher leur manque de transparence. Or il est indispensable que la population puisse à nouveau faire confiance aux caisses de pension et à notre système de prévoyance, notamment pour que la paix sociale se maintienne. La transparence est tout particulièrement nécessaire lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité d'une institution de prévoyance à fournir les prestations promises (rentes, prestations de sortie, etc.). Il est aujourd'hui courant de comparer la situation financière des différentes caisses de pension sur la base de leurs taux de couverture respectifs. Le taux de couverture n'est toutefois pas pertinent à lui seul. Il ne permet pas de reconnaître suffisamment tôt le moment où une institution de prévoyance va rencontrer des difficultés. Le taux d'intérêt technique est au moins aussi important. S'en tenir au taux de couverture économique (calcul du taux de couverture sur la base du rendement actuel des obligations de la Confédération, en lieu et place du taux technique) comme moyen de comparaison est insuffisant, car l'espérance de vie (évolution et/ou tables de mortalité), les proportions respectives d'actifs et de rentiers au sein d'une même institution de prévoyance (de même que l'évolution démographique), le taux de conversion minimal et la part de

la LPP dans la prévoyance sociale globale jouent également un rôle essentiel.

Outre le «taux de couverture», les caisses de pension devraient publier un chiffre de référence, comparable entre les diverses institutions de prévoyance, qui reflète les variables énumérées plus haut. Ce chiffre doit constituer un indicateur facile à comprendre par le plus grand nombre possible d'assurés. L'indicateur ne doit d'ailleurs pas forcément se présenter sous la forme du chiffre en question: un système de feux tricolores pourrait parfaitement être envisagé.»

#### **Avis du Conseil fédéral du 8.5.2013**

Il est vrai que le taux de couverture d'une institution de prévoyance n'est pas à lui seul un élément probant pour juger de la situation financière de celle-ci. D'autres indicateurs doivent être pris en considération à cette fin, par exemple le taux d'intérêt technique, le rapport entre les actifs et les pensionnés, le taux de conversion, la part de prestations assurées allant au-delà du minimum légal avec les engagements y relatifs, la solidité de l'employeur, le cash-flow, etc.

Une réelle comparaison ne pourrait avoir lieu que si toutes les institutions de prévoyance adoptaient les mêmes

paramètres actuariels. Mais ceci ne serait pas correct du point de vue de la technique d'assurance et supprimerait la responsabilité propre des partenaires sociaux impliqués dans les institutions de prévoyance.

Ceci dit, on pourrait bien entendu tenter de construire un indice, voire un système de signaux lumineux, combinant les principaux indicateurs afin de permettre la comparaison de diverses institutions de prévoyance. Il s'agirait toutefois là d'une tâche particulièrement ardue. Quoiqu'il en soit, cet indice ne permettrait pas de résoudre le problème de base, qui est qu'on ne peut pas comparer ce qui n'est pas comparable au vu des différents contextes. On voit donc ainsi les limites d'un tel indice.

De plus, l'indice choisi donnerait immanquablement de faux résultats, voire absurdes, au moins pour une partie des institutions de prévoyance ou dans certaines situations. C'est d'ailleurs la problématique à laquelle on est confronté dans le cadre du taux d'intérêt minimal LPP par exemple: une formule serait certainement souhaitable, mais elle ne tiendrait que partiellement compte de la situation et livrerait un résultat inadéquat selon l'année. Pour cette raison, un tel indice ne manquerait pas d'être continuel-

lement remis en question, comme c'est le cas à propos d'une formule pour le taux d'intérêt minimal LPP.

Si nécessaire, les organes suprêmes, les employeurs et les collectivités de droit public doivent agir quelle que soit la source des problèmes, de manière circonstanciée, et indépendamment du fait que d'autres institutions de prévoyance y procèdent ou non. Un tel indice risquerait également de donner aux conseils de fondation et aux parties intéressées une fausse sécurité s'il donnait un bon résultat. Par ailleurs, il ne serait d'aucune utilité dans la recherche de solutions concrètes. Dans ce sens, il ne couvrirait pas non plus les besoins des autorités de surveillance.

L'introduction d'un tel indice représenterait aussi une charge supplémentaire pour les institutions de prévoyance et engendrerait donc un surcoût de frais administratifs. Ceci irait à l'encontre des efforts actuels menés en vue de faciliter, ou tout au moins de ne pas compliquer, la mise en œuvre de la prévoyance professionnelle.

#### **Proposition du Conseil fédéral du 8.5.2013**

Le Conseil fédéral propose de rejeter le postulat.

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

Projet: N° d'objet (Curia Vista)	Date du message	Publ. dans la Feuille fédérale	1 <sup>er</sup> Conseil Commission	Plénum	2 <sup>e</sup> Conseil Commission	Plénum	Vote final (publ. dans la FF)	Entrée en vigueur/ référendum
<b>Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) (Réintroduction temporaire de l'admission selon le besoin):12.092</b>	21.11.12	FF 2012, 8709	CSSS-N 11.1.13	6.3.13	CSSS-CE 11.2, 13.3, 28.3, 3.5.13	12.3, 5.6.13		
<b>Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie: 12.027</b>	15.2.12	FF 2012, 1725	CSSS-CE 17.4, 21.5, 18.6, 22/23.8, 21/22.10, 15.11.12; 21.1.13	18.3.13	CSSS-CN 25.5.13			
<b>Loi fédérale sur l'assurance-maladie (Correction des primes payées entre 1996 et 2011): 12.026</b>	15.2.12	FF 2012, 1707	CSSS-CE 17.4, 21.5, 18.6, 22/23.8, 21/22.10, 15.11.12; 21.1, 2.5.13	11.6.13	CSSS-CN			
<b>LAA – révision: 08.047</b>	30.5.08	FF 2008, 4877	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	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)		
<b>6<sup>e</sup> révision AI: 2<sup>e</sup> volet (révision 6b): 11.030</b>	11.5.11	FF 2011, 5301	CSSS-CE 19.8, 15.11.11; 21.1, 11.2.13	CE 19.12.11; 12.3, 11.6.13  (élimination des divergences)	CSSS-CN 2.2, 29.3, 27/28.4 28/29.6, 31.8, 11.10.12; 25.4.13  (élimination des divergences)	CN 12/13.12.12; 4.6.13		

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

### Calendrier

#### Réunions, congrès, cours

Date	Manifestation	Lieu	Renseignements et inscription
4-6.7.2013	European Congress for Social Psychiatry 2012 (cf. présentation ci-dessous)	Uni Mail, Genève	Kuoni Destination Management Geneva Business Center Avenue des Morgines 12 1213 Petit-Lancy Tél. 058 702 64 97 esp2012@ch.kuoni.com
5-6.9.2013	Etre et avoir – la couverture du minimum vital de demain (cf. présentation ci-dessous)	Soleure	CSIAS, Monbijoustrasse 22 3011 Berne Tél. 031 326 19 19 admin@skos.ch www.csias.ch
8-12.10.2013	Congrès FICE 2013 Des voies vers l'inclusion – un défi pour nous tous! (cf. présentation ci-dessous)	Berne	Schulungs- und Wohnheime Rossfeld, Bureau central Administration FICE Reichenbachstrasse 122 Case postale 699, 3004 Berne info@fice-congress2013.ch www.fice-congress2013.ch
11-12/ 23/30.9.2013	Politiques de l'emploi et de la réinsertion professionnelle (cf. présentation ci-dessous)	IDHEAP, Lausanne	IDHEAP, Unité politiques sociales, Prof. G. Bonoli; Tél. 021 557 40 90 giuliano.bonoli@idheap.unil.ch Cyrielle Champion; Tél. 021 557 40 93 cyrielle.champion@idheap.unil.ch www.idheap.ch

#### European Congress for Social Psychiatry 2012

Le thème du Congrès «Psychiatrie sociale à l'âge des neurosciences» veut favoriser le croisement des perspectives de pratique clinique et de recherche tant dans le champ de la connaissance que dans la sphère de l'action. Des experts renommés donneront des conférences, des symposiums et des ateliers.

#### Etre et avoir – une couverture du minimum vital adaptée aux défis du futur

La couverture du minimum assure l'entretien. Pour de nombreuses personnes, l'aide sociale couvre entièrement ou en partie les coûts minimaux de la vie de tous les jours. Dans cette fonction, elle est devenue un pilier central du système de sécurité en

Suisse. La définition des besoins vitaux d'un être humain et de la partie prise en charge par l'Etat fait l'objet d'un processus de négociation politique et elle peut se baser sur des motivations d'ordre économique ou éthiques. Or, aujourd'hui, les mutations sociales et la crise économique marquent également l'Etat social suisse. La couverture du minimum vital devient-elle un facteur d'insécurité? Quels sont les modèles de la couverture du minimum vital adaptés aux défis du futur? Quelle utilité sociale est à la base du système de sécurité et dans quel sens évolue l'aide sociale? Pendant deux jours, les Journées CSIAS de Soleure offriront la possibilité d'aborder ces questions essentielles de la politique sociale et de contribuer à l'évolution de l'aide sociale. La première journée mettra l'accent sur l'analyse scientifique, politique et économique, alors que la deuxième journée s'intéressera aux modèles et approches concrets.

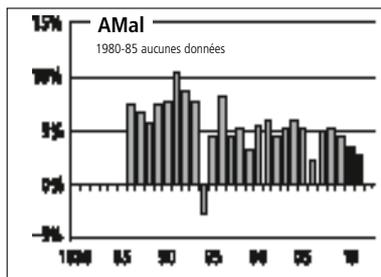
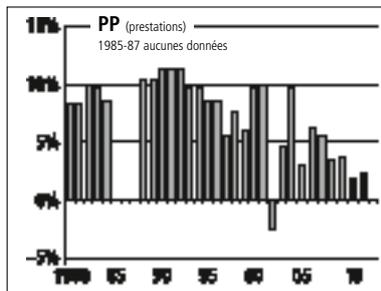
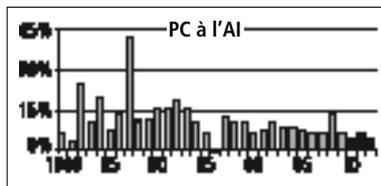
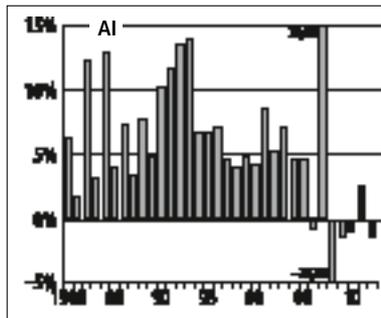
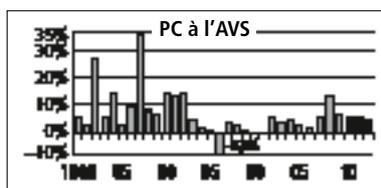
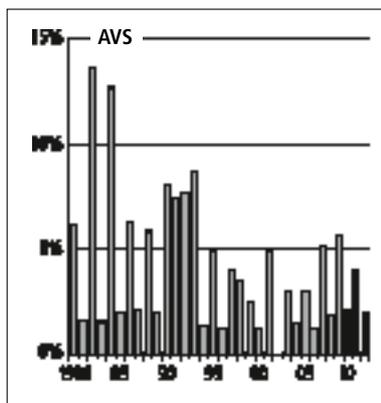
#### Des voies vers l'inclusion – un défi pour nous tous!

Partout dans le monde, des enfants et des jeunes sont confrontés à des conditions de vie difficiles. Pauvreté, violence, handicap, discrimination, etc., constituent leur quotidien. Diverses institutions et organisations – allant de projets en faveur des enfants des rues jusqu'à des établissements pénitentiaires pour mineurs en passant par des foyers d'enfants traditionnels ou des offres adaptées aux personnes handicapées – proposent différentes formes de soutien permettant aux enfants vulnérables l'accès et la participation à la vie sociale. La FICE voit sa mission dans l'accompagnement critique et l'encouragement de cette pratique. La réflexion sur les objectifs et les concepts de l'inclusion et sur les défis professionnels et sociaux qui y sont liés se trouvent au cœur du congrès 2013.

#### Politiques de l'emploi et de la réinsertion professionnelle

La politique sociale a traditionnellement eu comme fonction principale la garantie d'un revenu. Aujourd'hui on attend du social qu'il assume également un rôle de premier plan dans la promotion de l'emploi, notamment à travers des politiques de réinsertion professionnelle. Longtemps réservées aux chômeurs, les politiques de réinsertion professionnelle concernent de plus en plus de publics: bénéficiaires de l'aide sociale, de l'assurance-invalidité, travailleurs âgés, jeunes en rupture de scolarité, parents isolés. La promotion de l'emploi devient une tâche centrale de la politique sociale. Cependant, plusieurs tendances actuelles, tels que le déclin de l'emploi industriel ou la recherche de la performance, rendent cette tâche souvent ardue. Les politiques de réinsertion, pour être efficaces, doivent donc être adaptées au cadre socio-économique dans lequel elles opèrent. Le défi consiste à maintenir voire à accroître le volume d'emplois dans un contexte où le marché du travail devient de plus en plus exclusif. Ce séminaire, en s'appuyant sur les expériences faites en Suisse et à l'étranger vise à mettre à la disposition des participants l'état des savoirs actuel en matière de politiques de l'emploi et de la réinsertion professionnelle et permet d'examiner les problèmes rencontrés dans la conception et la mise en œuvre de ces politiques.

### Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



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

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

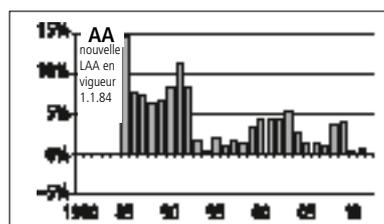
<b>AI</b>		1990	2000	2010	2011	2012	TM <sup>1</sup>
<b>Recettes</b>	mio fr.	<b>4 412</b>	<b>7 897</b>	<b>8 176</b>	<b>9 454</b>	<b>9 889</b>	<b>4,6 %</b>
	dont contrib. ass./empl.	2 307	3 437	4 605	4 745	4 840	2,0 %
<b>Dépenses</b>		<b>4 133</b>	<b>8 718</b>	<b>9 220</b>	<b>9 457</b>	<b>9 295</b>	<b>-1,7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

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

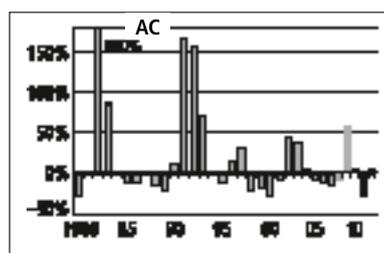
<b>PP/2<sup>e</sup> pilier</b>		1990	2000	2010	2011	2012	TM <sup>1</sup>
<b>Recettes</b>	mio fr.	<b>32 882</b>	<b>46 051</b>	<b>61 680</b>	<b>61 554</b>	...	<b>-0,9 %</b>
	dont contrib. sal.	7 704	10 294	15 782	16 423	...	4,1 %
	dont contrib. empl.	13 156	15 548	25 005	25 337	...	-0,4 %
	dont produit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

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

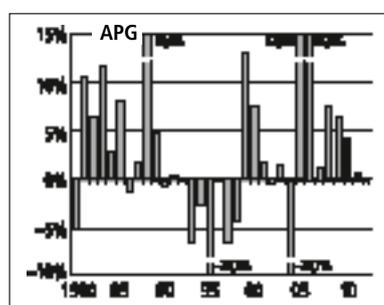
Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



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



AC Source : seco	1990	2000	2010	2011	2012	TM <sup>1</sup>	
<b>Recettes</b>	<b>736</b>	<b>6 230</b>	<b>5 752</b>	<b>7 222</b>	<b>6 958</b>	<b>-3,7%</b>	
dont contrib. sal./empl.	609	5 967	5 210	6 142	6 350	3,4%	
dont subventions	-	225	536	1 073	599	-44,2%	
<b>Dépenses</b>	<b>452</b>	<b>3 295</b>	<b>7 457</b>	<b>5 595</b>	<b>5 800</b>	<b>3,7%</b>	
<b>Résultats des comptes</b>	<b>284</b>	<b>2 935</b>	<b>-1 705</b>	<b>1 627</b>	<b>1 158</b>	<b>-28,9</b>	
<b>Capital</b>	<b>2 924</b>	<b>-3 157</b>	<b>-6 259</b>	<b>-4 632</b>	<b>-3 474</b>	<b>-25,0%</b>	
Bénéficiaires <sup>3</sup>	Total	58 503	207 074	322 684	288 518	...	-10,6%



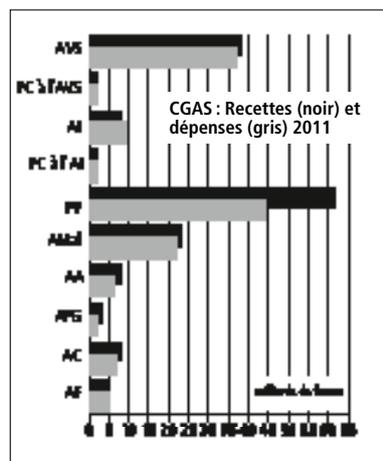
APG	1990	2000	2010	2011	2012	TM <sup>1</sup>
<b>Recettes</b>	<b>1 060</b>	<b>872</b>	<b>1 006</b>	<b>1 708</b>	<b>1 753</b>	<b>2,7 %</b>
dont cotisations	958	734	985	1 703	1 727	1,4 %
<b>Dépenses</b>	<b>885</b>	<b>680</b>	<b>1 603</b>	<b>1 611</b>	<b>1 606</b>	<b>-0,3%</b>
<b>Résultat d'exploitation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

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

Compte global des assurances sociales (CGAS\*) 2011

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

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



Indicateurs d'ordre économique

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

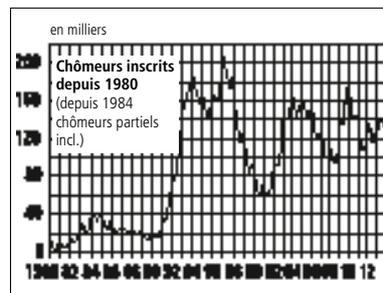
Chômeurs(es)

	ø 2010	ø 2011	ø 2012	mars 13	avril 13	mai 13
Chômeurs complets ou partiels	151 986	122 892	125 594	138 993	135 851	131 290

Démographie

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

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



1 Taux de modification annuel le plus récent = TM.

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

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

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

Rapport entre les rentiers et les personnes actives.

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

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

## Enfants et jeunes

Jean-François Bach, Olivier Houdé, Pierre Léna et Serge Tisseron. **L'enfant et les écrans**. Un avis de l'Académie des sciences. 2013, Editions le Pommier, 8, rue Férou, F-75278 Paris Cédex 6. [www.editions-lepommier.fr](http://www.editions-lepommier.fr). 272 p. 17 euros. ISBN 978-2-7465-0649-7.

La question de l'impact des écrans sur notre cerveau est au cœur des préoccupations. L'une des questions les plus intéressantes aujourd'hui est de savoir comment la pratique intensive des nouvelles technologies amène les utilisateurs à adopter d'autres façons de penser, de sentir, d'agir. L'Académie des sciences rend ici son premier rapport sur l'effet des écrans sur le cerveau des enfants. Importance de l'interface écrans – cerveau de la naissance à la majorité, limites de cette interface, nouveaux acquis des sciences du cerveau, de la cognition et des comportements liés à la problématique des écrans, effets jugés bénéfiques, effets jugés délétères, recommandations: un point complet – le premier en France – qui intéressera tous ceux qui accompagnent les enfants dans leur découverte du monde numérique.

Philippe D. Jaffé, Zoé Moody, Claire Pigué, Corinna Bumann, Eric Debarbieux. **Harcèlement entre pairs à l'école en Valais**. Etude menée par la HEP-VS et l'Institut Kurt Bösch. Résonances n° 2, octobre 2012. DECS-SFT, Résonances, rue de Conthey 19, case postale 478, 1971 Sion. [www.vs.ch/sft](http://www.vs.ch/sft) [resonances@admin.vs.ch](mailto:resonances@admin.vs.ch).

Enquête de prévalence visant à quantifier le phénomène du harcèlement entre pairs en milieu scolaire

en Valais grâce à un questionnaire rempli par les élèves. Ce questionnaire a été validé par une enquête nationale menée en France (Debarbieux, 2011) et adapté au contexte valaisan. La moitié des élèves valaisans de 5 et 6P – environ 3000 élèves – répondront aux questions.

## Santé publique

Ariane Ayer, Béatrice Despland. **LAMal annotée**. 2<sup>e</sup> édition. 2013, Editions Helbing Lichtenhahn, 699 p. env. 178 francs. ISBN 978-3-7190-3113-8.

Ce code annoté est la deuxième édition revue et complétée de la loi fédérale sur l'assurance-maladie annotée parue en 2004 aux Editions GEORG Médecine & Hygiène. Il regroupe la loi fédérale sur l'assurance-maladie et ses ordonnances d'application ainsi que la loi et l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

## Politique sociale

Jean-Pierre Tabin, Carola Togni. **L'assurance chômage en Suisse. Une sociohistoire (1924-1982)**. 2013, Editions Antipode, case postale 100, Ecole-de-Commerce 3, 1000 Lausanne 7. [editions@antipodes.ch](mailto:editions@antipodes.ch), tél. 021 311 93 40. 229 p. 34 francs. ISBN 978-2-88901-077-6.

L'histoire de l'assurance chômage débute peu après la fin de la Première Guerre mondiale. Ce livre analyse le rôle qu'ont joué les organisations syndicales et patronales dans le développement de l'assurance chômage. Il montre les conséquences de la participation syndicale à la gestion de

l'assurance et les enjeux politiques et sociaux liés à chacune des réformes de l'assurance. Les chapitres qui composent ce livre permettent de se faire une idée précise des conflits qui ont émaillé l'histoire de cette assurance comme des consensus qui ont soutenu son développement.

## Généralités

Martial Pasquier. **Le principe de transparence**. En Suisse et dans le monde. Collection IDHEAP. 2013, Presses polytechniques et universitaires romandes (PPUR), EPFL – Centre Midi; 1015 Lausanne. Tél. 021 693 41 31. [ppur@epfl.ch](mailto:ppur@epfl.ch). [www.ppur.org](http://www.ppur.org)

La transparence administrative et l'accès à l'information sont devenus quasi incontournables dans les pays démocratiques que ce soit pour accroître la confiance des citoyens ou pour faciliter leur participation à la vie politique. Pourtant, si pratiquement nul ne se risque à critiquer ce principe, la réalité de son application diffère considérablement d'un pays à l'autre avec des résistances de la part des administrations, un usage parfois faible de la part des ayants-droits mais aussi des effets inattendus comme une réduction de la confiance. Cet ouvrage discute de la transparence en trois parties: la situation en Suisse, celle dans l'Union européenne et dans plusieurs pays de par le monde et finalement l'analyse de problèmes particuliers liés à l'application de ce principe. Il offre une photographie large de la situation dans différents pays et systèmes politico-administratifs et propose une discussion sur de nombreux enjeux permettant d'accroître ou de réduire l'accès à l'information.



## Nouvelles publications

	Source Langues, prix
Wohn- und Betreuungssituation von Personen mit Hilflosenentschädigung der IV – avec résumé en français. Aspects de la sécurité sociale, Rapport de recherche N° 2/13	318.010.2/13d; gratuit*

\* Office fédéral des constructions de la logistique (OFCL), Vente de publications fédérales, 3003 Berne.  
verkauf.zivil@bbl.admin.ch  
www.publicationsfédérales.ch

## Sécurité sociale (CHSS)

La revue, lancée en 1993, paraît 6 fois par an. Chaque numéro contient un dossier sur un thème d'actualité. Les dossiers publiés dès 2011 :

- N° 1/11 Réforme structurelle de la prévoyance professionnelle
- N° 2/11 Rapport de synthèse PR-AI
- N° 3/11 Entreprises sociales
- N° 4/11 Aide au recouvrement et avance sur contributions d'entretien
- N° 5/11 Révisions de l'assurance-invalidité 6a et 6b
- N° 6/11 Recherche sur le bonheur
  
- N° 1/12 Travail et soins aux proches
- N° 2/12 Système de santé suisse
- N° 3/12 Dix ans d'actions récursoires AVS/AI – un bilan
- N° 4/12 Vieillesse active et solidarité intergénérationnelle
- N° 5/12 Recherche « Sécurité sociale »
- N° 6/12 Base pour une réforme de la prévoyance vieillesse
  
- N° 1/13 Assurances sociales – hier et aujourd'hui
- N° 2/13 Lutte contre les abus dans les assurances
- N° 3/13 Santé2020 – plus de médecins et de personnel soignant bien formés

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

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

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

## Impressum

<b>Editeur</b>	Office fédéral des assurances sociales (OFAS)	<b>Traduction</b>	Service linguistique de l'OFAS
<b>Rédaction</b>	Suzanne Schär Mél.: <a href="mailto:suzanne.schaer@bsv.admin.ch">suzanne.schaer@bsv.admin.ch</a> Téléphone 031 322 91 43 Sabrina Gasser, administration Mél.: <a href="mailto:sabrina.gasser@bsv.admin.ch">sabrina.gasser@bsv.admin.ch</a> Téléphone 031 325 93 13 La rédaction ne partage pas forcément les opinions des auteurs extérieurs à l'OFAS.	<b>Copyright</b>	Reproduction autorisée avec l'accord de la rédaction
<b>Commission de rédaction</b>	Adelaide Bigovic-Balzardi, Brigitte Gautschi, Géraldine Luisier, Stefan Müller, Xavier Rossmannith, Christian Wiedmer	<b>Tirage</b>	Version allemande: 3080 ex. Version française: 1400 ex.
<b>Abonnements et informations</b>	OFCL 3003 Berne Téléfax 031 325 50 58 Mél.: <a href="mailto:vente.civil@bbl.admin.ch">vente.civil@bbl.admin.ch</a>	<b>Prix</b>	Abonnement annuel (6 numéros) Suisse: 53 francs (TVA incluse) Etranger: 58 francs Prix du numéro: 9 francs
		<b>Diffusion</b>	OFCL, Diffusion publications 3003 Berne
		<b>Impression</b>	Cavelti AG, Druck und Media Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2689 318.998.3/13f