

## Dossier

Santé2020

## Politique sociale

Les comptes de toutes les assurances sociales sont équilibrés

## Santé publique

Redistribution dans l'assurance obligatoire des soins: étude de microsimulation

---

# Sécurité sociale

CHSS 3/2014

---



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

## Sommaire Sécurité sociale CHSS 3/2014

<b>Editorial</b>	137
<b>Chronique avril/mai 2014</b>	138

### Dossier

Stratégie Santé2020: quels sont les buts du Conseil fédéral? (Margreet Duetz, Office fédéral de la santé publique)	144
Stratégie nationale en matière de démence 2014-2017 (Verena Hanselmann, Office fédéral de la santé publique)	150
Stratégie fédérale en matière de qualité dans le système de santé suisse (Oliver Peters, Office fédéral de la santé publique)	153
Amélioration de la compensation des risques (Aline Froidevaux, Office fédéral de la santé publique)	155
Maladies non transmissibles – une catastrophe insidieuse? (Eva Bruhin, Office fédéral de la santé publique)	157
Un regard sur la stratégie Santé2020 (Michael Jordi, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé)	160
La mise en œuvre de la stratégie Santé2020 (Annegret Borchard et Stefan Spycher, Office fédéral de la santé publique)	162
Santé2020: sur la bonne voie (Stefan Spycher, Office fédéral de la santé publique)	166

### Politique sociale

Les comptes de toutes les assurances sociales sont équilibrés (Salome Schüpbach et Stefan Müller, Office fédéral des assurances sociales)	170
--	-----

### Assurance-invalidité

Statistique de l'AI 2013: davantage de prestations de réadaptation professionnelle et moins de rentes (Markus Buri et Beat Schmid, Office fédéral des assurances sociales)	176
---	-----

### Santé publique

Redistribution dans l'assurance obligatoire des soins: étude de microsimulation (André Müller et Tobias Schoch, Ecoplan)	180
Assurance-maladie: qui paie, qui reçoit? (Christoph Kilchenmann, Office fédéral de la santé publique)	184

### Prévoyance

L'AVS: principaux résultats statistiques 2013 (Jacques Méry, Office fédéral des assurances sociales)	186
---	-----

### Parlement

Interventions parlementaires	190
Législation: les projets du Conseil fédéral	193

### Informations pratiques

Statistiques des assurances sociales	194
Calendrier (réunions, congrès, cours)	196
Livres	197

Notre adresse Internet :

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



## Le chantier de la politique de la santé



**Pascal Strupler**  
 Directeur de l'Office fédéral  
 de la santé publique

*Le 23 janvier 2013, le Conseil fédéral adoptait la stratégie Santé2020 ([www.sante2020.ch](http://www.sante2020.ch)). Avec elle, la Suisse dispose pour la première fois d'un programme d'amélioration de la politique de la santé alliant largeur d'horizon et vision à long terme. Cette stratégie définit quatre domaines d'action, subdivisés en douze objectifs et 36 mesures.*

*Qu'est-ce qui a poussé le Conseil fédéral à franchir ce pas? C'est qu'il a pris conscience que la Suisse ne pouvait se reposer sur ses lauriers, j'entends la qualité reconnue de son système de santé. Car si cette qualité a été confirmée à maintes reprises, notamment par l'OMS et l'OCDE, le système suisse de la santé se caractérise aussi par sa cherté, et il devra faire face ces prochaines années à de sérieux défis nécessitant des ajustements qui ne seront pas gratuits. Ainsi, le nombre croissant de malades chroniques requiert la mise en place de structures de soins spécifiques. Et pour assurer la prise en charge médicale d'une société vieillissante, il faut former un personnel de santé de qualité. Les adaptations indispensables entraîneront une hausse des coûts, déjà élevés, de la santé, qu'il s'agira de financer de la façon la plus efficiente et la plus efficace possible. Pour y parvenir, il s'impose d'améliorer la transparence du système et les possibilités de le piloter.*

*L'analyse de ces défis et de leur étroite imbrication a convaincu le Conseil fédéral que l'option consistant à multiplier des réformes ponctuelles présentait plus d'in-*

*convénients que d'avantages. Regrouper en un seul agenda toutes les réformes nécessaires dans le domaine de la politique de la santé procure non seulement une vue d'ensemble, mais facilite aussi la planification pour tous les acteurs concernés et invite à réfléchir aux interactions et aux interdépendances.*

*A cela s'ajoute que l'angle de vue adopté jusqu'ici a été trop restreint. On parle souvent du blocage des réformes en matière de politique de la santé. Mais cette manière de voir pêche par une attention excessive à quelques éléments de réforme controversés dans le domaine de l'assurance-maladie. Or la politique de la santé couvre un champ bien plus large. Par exemple, les progrès accomplis dans la protection contre les effets nocifs de la pollution ou les mesures prises contre les résistances aux antibiotiques jouent un rôle essentiel pour la santé de la population.*

*La solidité de notre système de santé actuel détermine le cadre de la stratégie Santé2020. Il ne s'agit pas d'édifier au vert un quartier tout neuf, et pas non plus de rénover complètement le bâtiment ou de n'en conserver que l'enveloppe. L'édifice de la politique de la santé doit au contraire être rénové en douceur, de façon ciblée, par étapes maîtrisables et pragmatiques, pour rester viable à long terme. Santé2020 entend résoudre des problèmes concrets, sans œillères idéologiques, par étapes réalisables. Même s'il y est en plusieurs endroits question de « pilotage », la stratégie ne constitue pas un programme caché visant à accentuer le dirigisme étatique du système de santé. Ce terme exprime au contraire l'intention de mettre en œuvre l'agenda de politique de la santé jusqu'en 2020 de façon transparente et ciblée au moyen d'instruments appropriés. Mais cela ne se fera pas tout seul, il faut choisir en toute conscience le chemin à suivre et le faire ensemble.*

*Le dossier du présent numéro de Sécurité sociale ne se contente pas de présenter la stratégie Santé2020, il l'illustre aussi concrètement pour quelques domaines précis. Il renseigne également sur le programme de mise en œuvre, non sans aborder les critiques déjà exprimées. A n'en pas douter, Santé2020 donnera encore lieu à de nombreuses discussions. Soyez de la partie!*

---

## Affaires internationales

### Convention de sécurité sociale entre la Corée et la Suisse

Le Conseil fédéral a soumis à l'approbation de l'Assemblée fédérale la convention de sécurité sociale avec la Corée du Sud, qui a été signée à Berne en janvier 2014. Elle entrera en vigueur une fois les procédures de ratification parlementaires achevées dans les deux Etats. La convention avec la Corée correspond aux accords conclus récemment par la Suisse et aux standards internationaux en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale.

### Convention de sécurité sociale entre le Brésil et la Suisse

Une convention de sécurité sociale entre la Suisse et le Brésil a été signée en avril à Brasilia. Comme toutes les autres conventions conclues par la Suisse, elle a pour but de coordonner les systèmes de prévoyance vieillesse, survivants et invalidité des Etats partenaires afin de réduire les désavantages ou discriminations que peuvent subir les ressortissants de l'autre Etat. La convention n'entrera en vigueur qu'après approbation au niveau national dans les deux Etats.

---

## Assurance-invalidité

### 6<sup>e</sup> révision de l'AI, 2<sup>e</sup> volet: reprise de la partie mise de côté

La CSSS du Conseil national a décidé d'ajouter à la motion «Mettre en place sans attendre un plan de redressement financier durable pour l'assurance-invalidité» (13.3990) transmise par le Conseil des Etats, la partie 3 de la 6<sup>e</sup> révision de l'AI que lui avait renvoyée le Conseil national. Elle a décidé, avec la voix prépondérante de son président, de débiter l'examen des principaux éléments du projet de révision 11.030 (allocations pour enfants, système de rentes, frais de voyage) après la session d'automne

2014, afin de soumettre un nouveau message au Parlement d'ici à la fin du mois de juin 2015. Les autres thèmes de la motion sont l'amortissement des dettes de l'AI après l'échéance de la période de financement additionnel par la TVA, les dispositifs de lutte contre la fraude, ainsi que les mesures visant à promouvoir l'insertion et le maintien sur le marché du travail, en particulier des personnes présentant un handicap psychique.

### Moins de rentes AI et plus de réadaptation professionnelle

Le nombre de rentes AI en cours et celui des nouvelles rentes ont de nouveau diminué en 2013. La réduction d'environ 51 % du nombre de nouvelles rentes depuis 2003 va de pair avec une forte augmentation, depuis 2008, des mesures de l'AI visant à la réadaptation professionnelle. Cette situation reflète la transformation de l'AI d'une assurance de rentes en une assurance de réadaptation. 570 cas d'abus ont été détectés en 2013, ce qui correspond, par extrapolation, à des économies de 173 millions de francs<sup>1</sup>.

---

## AVS

### Initiative populaire «AVSplus: pour une AVS forte»

Soucieux de garantir la pérennité de la prévoyance vieillesse, le Conseil fédéral considère cependant qu'il n'y a financièrement pas de marge de manœuvre pour développer l'AVS. C'est pourquoi il rejette l'initiative populaire «AVSplus: pour une AVS forte» sans lui opposer de contre-projet et poursuit sa stratégie de réforme globale de la prévoyance vieillesse. Le Conseil fédéral estime que des raisons financières, économiques et de politique sociale plaident contre l'acceptation de l'initiative. La principale conséquence de cette initiative serait de faire augmenter les dépenses de l'AVS d'environ 4 milliards de francs par an, voire de 5,5 milliards d'ici 2030.

Elle ne fera donc que décupler l'ampleur du défi financier qui attend l'AVS, au moment où les classes d'âge à forte natalité des années 1950 et 1960 atteindront l'âge de la retraite.

### Nouvelle réglementation des bonifications pour tâches éducatives dans l'AVS

L'autorité parentale conjointe est la règle à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014. Les modifications d'ordonnance nécessaires entrent en vigueur en même temps que l'adaptation du code civil. Quant aux nouvelles dispositions du règlement sur l'AVS relatives à l'attribution des bonifications pour tâches éducatives, elles entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Les bonifications pour tâches éducatives ne seront plus attribuées pour moitié aux deux parents en cas d'autorité parentale conjointe. C'est le tribunal ou l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte qui, dans le cadre de sa décision sur l'attribution de la garde ou sur la participation des parents à la prise en charge de l'enfant, décidera en même temps de l'attribution de l'intégralité de la bonification pour tâches éducatives à celui des parents qui assume la plus grande partie de la prise en charge des enfants communs et dont les futures prestations de l'AVS seront le plus touchées par cette répartition des tâches.

---

## Egalité

### Adhésion de la Suisse à la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées

La Suisse a adhéré à la Convention de l'ONU du 13 décembre 2006 relative aux droits des personnes handicapées. Cette convention, qui est l'un des principaux instruments en matière de protection des droits de l'homme au niveau international, vise à garantir aux personnes handicapées la

<sup>1</sup> Cf. Buri, Markus et Beat Schmid, «Statistiques de l'AI 2013», dans le présent numéro.

pleine jouissance de ces droits et à leur permettre de participer activement à la vie publique, économique et sociale. Elle ne crée pas de droits particuliers, mais concrétise les droits universels de l'homme du point de vue des personnes en situation de handicap, et entend notamment promouvoir l'égalité des chances et prévenir toute forme de discrimination à leur rencontre au sein de la société.

### Egalité des chances

Le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes alloue chaque année, conformément à la loi fédérale sur l'égalité, des aides financières afin que progresse l'égalité de fait entre femmes et hommes dans le monde du travail. Il soutient des projets pratiques qui auront un effet à long terme, concernant notamment l'égalité salariale, la conciliation des vies familiale et professionnelle, la prévention du harcèlement sexuel au travail ou la représentation des femmes et des hommes dans les diverses professions et fonctions. Des aides financières d'un montant de 15 000 francs au maximum peuvent désormais également être octroyées pour des avant-projets ([www.topbox.ch](http://www.topbox.ch)).

### Egalité entre les sexes: le rapport de synthèse du PNR 60 est disponible

Le PNR 60 a étudié de près la situation de la Suisse en matière d'égalité entre hommes et femmes par le biais de 21 projets de recherche. Constat principal: l'égalité entre hommes et femmes n'est que partiellement réalisée dans les domaines de la formation, du marché du travail, de la conciliation entre vie de famille et vie professionnelle ainsi que de la sécurité sociale ([www.nfp60.ch](http://www.nfp60.ch) → Rapport de synthèse, PDF).

2 [www.seco.admin.ch](http://www.seco.admin.ch) → Actualités → Informations aux médias → Communiqués de presse 2014 → Système d'indicateurs pour évaluer la demande en personnel qualifié → Schlussbericht: Fachkräftemangel in der Schweiz – Ein Indikatorensystem zur Beurteilung der Fachkräftenachfrage in verschiedenen Berufsfeldern (PDF, 16.4.2014).

## Emploi

### Enquête suisse sur la population active (ESPA) 2013

Entre 2003 et 2013, la population active occupée a progressé de 12,6 % en Suisse. Le nombre de travailleurs à temps partiel a augmenté plus de trois fois plus rapidement que celui des actifs occupés à plein temps (+24,5 % contre +7,1 %). La Suisse présente une forte proportion d'actifs occupés à temps partiel (36,5 %), puisqu'elle est deuxième en comparaison européenne, derrière les Pays-Bas ([www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) → Thèmes → 03 – Travail, rémunération).

### Libre circulation des personnes: mesures d'accompagnement

En 2013, les commissions tripartites (CT) ont contrôlé le respect des conditions usuelles de salaire et de travail auprès de 8 300 employeurs suisses dans les branches dépourvues de convention collective de travail (CCT). Des cas de sous-enchère au salaire usuel ont été observés chez 8 % des employeurs contrôlés (-2 % par rapport à 2012), ce qui correspond à un taux de sous-enchère de 0,3 % seulement. Les commissions paritaires (CP) ont contrôlé le respect des conditions de salaire et de travail fixées dans les branches soumises à une convention collective de travail étendue auprès de 11 400 employeurs suisses. Les contrôles ont donné lieu à un soupçon d'infraction aux conditions de salaire minimum de la CCT dans 25 % des entreprises contrôlées (+2 % par rapport à 2012), ce qui correspond à un taux de sous-enchère de 2,8 %.

### Ratification de la convention n° 183 de l'OIT et révision de l'OLT 1: rémunération des temps d'allaitement

La révision de l'ordonnance 1 relative à la loi sur le travail (art. 60, al.2, OLT 1) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2014. L'employeur est désormais tenu de rémunérer, dans cer-

taines limites, le temps consacré par l'employée à l'allaitement, qu'il ait lieu à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise. Avec la révision de l'OLT 1, le Conseil fédéral a supprimé les derniers obstacles empêchant la reconnaissance par la Suisse de la Convention n° 183 de l'OIT sur la protection de la maternité. L'Assemblée fédérale l'a approuvée, et le Conseil fédéral a décidé de la ratifier.

### Système d'indicateurs pour évaluer la pénurie de personnel qualifié

Par le biais d'une initiative commune visant à combattre la pénurie de personnel qualifié en Suisse, la Confédération, les cantons et les partenaires sociaux se sont donné pour objectif d'atténuer ce problème. Afin de mieux exploiter le potentiel offert par la main-d'œuvre indigène, il est important de déterminer quelles professions présentent des signes objectifs d'un besoin en spécialistes croissant et difficile à couvrir. Le Secrétariat d'Etat à l'économie a par conséquent fait développer un système d'indicateurs, dont les derniers résultats sont présentés sous la forme d'un rapport. Environ 36 % des actifs occupés exercent une profession qui est susceptible de connaître une pénurie de spécialistes. Les domaines du management, de l'administration, des finances et des affaires juridiques, de la santé, de l'enseignement et de la culture, ainsi que de l'informatique et des métiers techniques (domaines MINT) présentent assez fréquemment des signes de pénurie<sup>2</sup>.

En 2013, 224 176 personnes ont été annoncées pour des missions de moins de 90 jours en Suisse, soit une augmentation de 11 % par rapport à 2012. Près de 50 % des personnes soumises à l'obligation d'annonce étaient des prestataires de service. Elles représentaient, en 2013, 0,7 % du volume national d'activité (0,6 % en 2012). Dans les branches dépourvues de CCT, les CT ont contrôlé le respect des conditions de salaire et de travail usuelles auprès de 4 800 entreprises de détachement et vérifié le statut de

3500 indépendants. Les CT ont constaté des cas de sous-enchère au salaire usuel dans 15 % des entreprises de détachement (+4 % par rapport à 2012). Les CP ont pour leur part contrôlé le respect des conditions de salaire et de travail auprès de 6500 entreprises de détachement et vérifié le statut de 3700 indépendants. Les contrôles ont donné lieu à un soupçon d'infraction aux conditions de salaire minimum dans 33 % des entreprises de détachement (-9 % par rapport à 2012).

### **Taux de chômage au sens du BIT (1<sup>er</sup> trimestre 2014)**

Le nombre d'actifs occupés en Suisse a progressé de 1,0 % entre le 1<sup>er</sup> trimestre 2013 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2014. Sur la même période, le taux de chômage est passé de 4,6 à 4,8 % et le taux de chômage des jeunes (15 à 24 ans), de 8,3 à 9,3 %. Au sein de l'UE-28, ces deux taux ont diminué: le taux de chômage est passé de 11,4 à 11,0 %, et le taux de chômage des jeunes, de 24,2 à 23,5 % (de 24,8 à 24,6 % dans la zone euro). Le taux de sous-emploi était de 6,4 % au 1<sup>er</sup> trimestre 2014, soit 0,1 point de plus qu'au 1<sup>er</sup> trimestre 2013.

## **Enfance et jeunesse**

### **Grooming**

La Commission des affaires juridiques du Conseil des Etats a décidé, par 6 voix contre 5 et 2 abstentions, de ne pas approuver l'initiative parlementaire 13.442 de sa commission sœur qui demande que soit élaboré un projet de nouvelle disposition pénale réprimant le grooming. Au sens étroit, le grooming est le fait pour un adulte d'aborder un mineur dans un forum de discussion sur Internet, dans l'idée d'initier une relation sexuelle, et de prendre des mesures concrètes en vue d'une rencontre. Cette forme de grooming est déjà pénalement punissable en droit suisse.

## **Famille**

### **Initiative populaire « Pour le couple et la famille – Non à la pénalisation du mariage »**

La Commission de l'économie et des redevances du Conseil national a décidé d'élaborer un contre-projet à l'initiative populaire « Pour le couple et la famille – Non à la pénalisation du mariage » et de le soumettre à une large procédure de consultation. L'objectif est d'élaborer un projet dont la formulation ne soit pas discriminatoire pour les différentes formes de vie et qui n'exclue pas a priori un changement du système fiscal tel que, par exemple, celui de l'imposition individuelle. La proposition retenue doit également veiller à ce qu'il n'y ait pas de discrimination dans le domaine des assurances sociales.

## **Migration**

### **Dossiers UE après l'acceptation de l'initiative contre l'immigration de masse**

Le Conseil fédéral veut relancer les discussions et les négociations avec l'UE relatives à la participation de la Suisse aux programmes-cadre et à son accès au marché. Dans cette optique, il a approuvé fin avril une déclaration prévoyant plusieurs mesures. Parmi celles-ci figure notamment une solution à la question de l'admission de contingents de ressortissants croates sur le marché suisse de l'emploi. Le Conseil fédéral a également confirmé le versement de la contribution à l'élargissement en faveur de la Croatie. La mise en œuvre des mesures prévues devrait permettre de relancer les négociations dans les différents dossiers concernant notamment la recherche, la formation, l'électricité et l'échange de quotas d'émission.

## **Politique sociale**

### **Crédits à la consommation: interdiction de la publicité agressive**

Le Conseil fédéral approuve le projet d'interdiction de la publicité agressive pour les crédits à la consommation élaboré par la Commission de l'économie et des redevances du Conseil national. Pour le Conseil fédéral, il ne fait pas de doute que la lutte contre le surendettement passe également par une restriction de la publicité en faveur des petits crédits. La révision de la loi fédérale sur le crédit à la consommation, lancée suite à une initiative parlementaire, prévoit une interdiction de faire de la publicité agressive pour les crédits à la consommation. Il reviendra à la branche de définir, dans une convention, ce qu'il faut entendre par publicité agressive. En cas d'échec de cette autorégulation, le Conseil fédéral délimitera lui-même cette notion.

### **CSIAS: coprésidence**

Pour remplacer son président démissionnaire Walter Schmid, la Conférence suisse des institutions d'action sociale a désigné Therese Frösch, ancienne directrice de l'éducation, des affaires sociales et du sport de la Ville de Berne, et Felix Wolffers, chef de l'Office des affaires sociales de la Ville de Berne, qui en exerceront la présidence conjointement.

### **Evolution démographique**

Selon les résultats provisoires de la statistique de la population et des ménages (STATPOP), la population résidente permanente de la Suisse se monte à 8 136 700 personnes fin 2013, soit 97 600 personnes de plus qu'en 2012 (+1,2 %). En Suisse, une femme sur cinq et un homme sur six ont actuellement plus de 64 ans. Le nombre de centenaires a augmenté de 6,6 % par rapport à 2012 ([www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) → Thèmes → 01 – Population).

### Mesures de coercition à des fins d'assistance: fonds d'aide immédiate pour les victimes

La création du fonds d'aide immédiate est effective depuis la signature d'une convention entre le délégué aux victimes de mesures de coercition à des fins d'assistance et la Chaîne du Bonheur. Le fonds d'aide immédiate constitue une solution transitoire mise en place jusqu'à la création d'une base légale fondant la mise en place d'un fonds de solidarité définitif. Le fonds d'aide immédiate – qui devrait réunir 7 à 8 millions de francs au total – sera alimenté sur une base volontaire par les cantons et les communes, ainsi que d'autres institutions publiques et des donateurs privés. Les personnes concernées pourront adresser leurs demandes à partir du mois de juin. La Chaîne du Bonheur procédera aux premiers versements en septembre.

### Résultats 2012 de l'enquête sur la structure des salaires

Dans le secteur privé, le salaire médian était en 2012 de 6 118 francs bruts. En dix ans, le niveau du salaire a augmenté de 13,4 % en termes nominaux. Les 10 % de personnes les mieux payées ont vu le montant de leur rémunération augmenter de 22,5 %, les groupes à revenus moyens, de 12,8 %, et les personnes les moins bien payées, de 9,5 %. Les écarts salariaux entre le haut et le bas de la pyramide générale des salaires en Suisse ont donc augmenté, passant d'un facteur de 2,6 en 2002 à 3,0 en 2012. La part variable du salaire a continué de progresser: en 2012, plus d'un salarié sur trois a touché un bonus. Entre 2010 et 2012, la différence de salaire entre femmes et hommes dans le secteur privé a globalement augmenté de 0,5 point de pourcentage, passant de 18,4 % à 18,9 %. Les écarts salariaux entre hommes et femmes sont en général plus élevés dans les postes exigeant un niveau de qualification

élevé et dans les fonctions à haut niveau de responsabilité ([www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) → Thèmes → 03 – Travail, rémunération).

## Prévoyance professionnelle

### Institutions de prévoyance: amélioration de la situation financière, mais pression toujours élevée sur les rendements

La Commission de haute surveillance de la prévoyance professionnelle a profité de la présentation de son deuxième rapport d'activité pour faire le point sur la situation financière des institutions de prévoyance au 31 décembre 2013. Grâce à un rendement moyen de la fortune de 6,1 % (contre 7,4 % l'année précédente), les taux de couverture se sont à nouveau améliorés. 93 % des institutions de prévoyance sans garantie étatique présentaient un taux de couverture d'au moins 100 % à fin 2013 (contre 90 % à fin 2012). Cette proportion était de 28 % pour les institutions de prévoyance avec garantie étatique (contre 27 % l'année précédente). Les institutions de prévoyance restent soumises à une forte pression en ce qui concerne les rendements à atteindre, car les garanties d'intérêts qui fondent les prestations de vieillesse sont nettement plus élevées que les taux d'intérêt utilisés pour évaluer leurs engagements.

### Mesures de protection

Les assurés qui choisissent eux-mêmes la stratégie de placement de leur capital de prévoyance doivent aussi en assumer les risques. La proposition visant à adapter la loi sur le libre passage dans ce sens a été bien accueillie par la majorité des participants à la procédure de consultation. Il en a été de même de la proposition d'offrir, dans le cadre de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, une meilleure protection aux personnes ayant droit à une contribution d'en-

tretien. Le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur de préparer à l'adresse du Parlement un message sur chacun de ces deux projets.

## Santé

### Assurance-qualité: centre national pour la qualité

La qualité des prestations médicales et la sécurité des patients doivent être renforcées. Le Conseil fédéral souhaite, à cette fin, lancer des programmes nationaux portant sur la qualité, vérifier de façon systématique l'utilité des prestations, et créer un centre national. Cette démarche permettra de mieux coordonner initiatives privées et publiques. Le Conseil fédéral a mis en consultation le projet de loi correspondant, jusqu'au 5 septembre 2014<sup>3</sup>.

### Dépenses de santé

Les dépenses de santé ont augmenté de 5,3 % en 2012, pour atteindre 68 milliards de francs. Selon l'Office fédéral de la statistique, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut est passée de 11,0 % en 2011 à 11,5 % en 2012. Les dépenses de santé ont enregistré une hausse supérieure à la croissance moyenne des cinq dernières années (4,3 %). Cette augmentation est imputable en grande partie à la hausse de 9,8 % des dépenses hospitalières. L'introduction des forfaits par cas (DRG) et les changements qui en découlent dans le système de financement rendent difficile, pour l'année de l'introduction, l'interprétation des données sur l'évolution des coûts hospitaliers. (sda)

### Médecine complémentaire

Les prestations de la médecine anthroposophique, de la médecine traditionnelle chinoise, de l'homéopathie et de la phytothérapie, remboursées provisoirement jusqu'en 2017 par l'assurance obligatoire des soins, devraient en principe être inté-

3 Cf. Peters, Oliver, « Stratégie fédérale en matière de qualité dans le système de santé suisse », dans le présent numéro.

grées définitivement au catalogue de prestations. Le DFI entend ainsi concrétiser l'article constitutionnel visant à revaloriser la médecine complémentaire, accepté par le peuple et les cantons en 2009. Il faudra auparavant examiner si les prestations controversées sont efficaces, adéquates et économiques.

### **Médicaments: remboursement par l'assurance obligatoire des soins**

Instruments insuffisants pour la détermination des prix, réglementation contradictoire du prix des génériques et des préparations originales, contrôles déficients, procédures peu claires et non transparentes: la Commission de gestion du Conseil des Etats estime que des améliorations sont nécessaires pour l'admission et le réexamen des médicaments dans l'assurance obligatoire des soins. Sur la base des lacunes constatées, la com-

mission adresse, dans son rapport, huit recommandations et trois postulats au Conseil fédéral et invite ce dernier à examiner diverses mesures, dont une précision des critères d'évaluation et l'introduction d'un système de prix de référence.

### **Smarter Medicine: contre les interventions médicales superflues**

Dans le cadre de sa campagne Smarter Medicine, la Société suisse de médecine interne générale a dressé une liste de cinq examens et traitements à éviter à l'avenir pour le bien des patients. Cette liste sera adaptée chaque année aux dernières connaissances médicales ([www.smartermedicine.ch](http://www.smartermedicine.ch) → Liste «Top-5»).

### **Tiers payant pour tous les médicaments**

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS)

du Conseil des Etats a adhéré à l'initiative parlementaire «Remboursement des médicaments onéreux. Empêcher une sélection des risques» (13.411), autorisant ainsi la CSSS-N à élaborer un projet de loi correspondant. En élargissant le système du tiers payant aux médicaments, l'initiative entend éviter que les patients doivent avancer le montant des médicaments, qui peut dépasser les capacités financières des assurés, notamment pour les personnes souffrant d'une maladie chronique. A l'heure actuelle, 12% des assurés sont soumis au principe du tiers garant en vertu de leur contrat d'assurance-maladie.

## Santé2020



©Communication OFAS

Les auteurs du présent dossier nous font visiter le vaste chantier de la stratégie Santé2020. Dans le cadre d'une analyse globale du système de santé, le Conseil fédéral a identifié, avec le soutien de l'Office fédéral de la santé publique, les principaux domaines d'action dans lesquels devront s'inscrire les orientations stratégiques et les objectifs de la politique de la santé au cours des prochaines années. La Suisse est en effet confrontée au défi de devoir adapter ses structures de soins afin de répondre à l'augmentation de la demande de soins et de traitements médicaux grâce à des spécialistes formés en Suisse et de la façon la plus économique possible. L'ambition est de maintenir au moins la qualité des prestations fournies au nombre croissant de malades chroniques et de personnes âgées, tout en garantissant l'égalité des chances dans l'accès aux soins. Les articles qui suivent présentent certains projets structurants: la stratégie nationale en matière de démence, l'amélioration de la compensation des risques dans l'assurance obligatoire des soins et la lutte contre les maladies non transmissibles.

La multiplicité des acteurs impliqués, faisant intervenir trois échelons étatiques différents, est un indice de la complexité du pilotage à mettre en place. Les avis quant à la meilleure façon d'en concevoir l'organisation ne sont d'ailleurs pas unanimes. Nos auteurs présentent les quatre instruments censés garantir le processus de mise en œuvre participatif qu'appelle l'organisation fédéraliste suisse: le dialogue Politique nationale de la santé, le groupe d'experts Santé2020, la Conférence nationale Santé2020 et la constitution de nombreux groupes de suivi et de pilotage. Et ils répondent aux critiques concernant l'efficacité et le coût du modèle proposé.

## Stratégie Santé2020: quels sont les buts du Conseil fédéral?

La stratégie Santé2020 expose les priorités de la politique suisse de la santé sous forme d'aperçu. Douze objectifs ont été fixés dans quatre domaines d'action; 36 mesures ont été définies pour les atteindre.

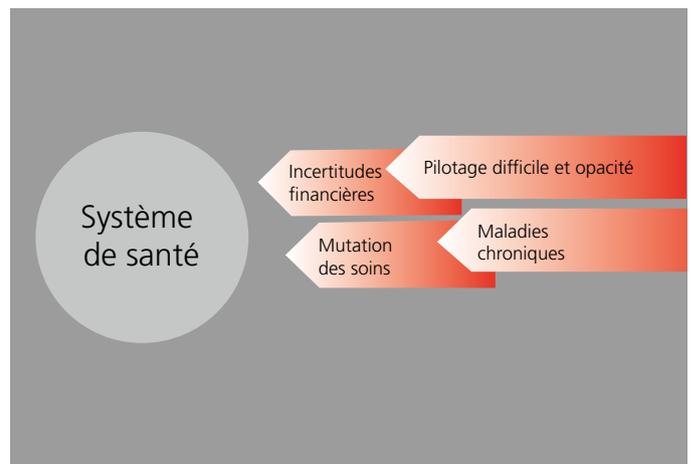


**Margreet Duetz**  
Office fédéral de la santé publique

peutique. L'augmentation prévisible des maladies chroniques donne aussi un poids important à la prévention des maladies.

### Défist

G1



Source: OFSP

### Défis

La stratégie Santé2020 du Conseil fédéral procède d'une analyse de la situation qui a permis d'identifier quatre défis importants dans le domaine de la santé (cf. graphique G1).

Le premier est celui des **maladies chroniques**. Celles-ci mettront encore davantage à l'épreuve le système de santé à l'avenir. En effet, leur prévalence est appelée à augmenter fortement en raison de l'évolution démographique et des avancées de la médecine, lesquelles permettent aux malades chroniques de vivre plus longtemps. Des pathologies telles que le cancer, les insuffisances coronariennes et le diabète sont des maladies chroniques; la plupart des maladies psychiques entrent aussi dans cette catégorie. D'autre part, les maladies chroniques sont souvent synonymes de multimorbidité: spécialement chez les personnes âgées, la présence simultanée de plusieurs maladies constitue plutôt la règle que l'exception.<sup>1</sup>

Le deuxième défi est l'**organisation des soins**. Il s'agit de l'adapter à l'évolution de l'éventail des maladies et aux conceptions modernes. De nouveaux accents doivent être placés dans les soins de base et les soins de longue durée. Des solutions doivent être trouvées pour soutenir les soins intégrés dans toute la chaîne théra-

Les incertitudes **financières** constituent un troisième défi pour le système de santé. En effet, les coûts de la santé continuent à progresser légèrement et les primes d'assurance-maladie augmentent également. Les processus du système de santé doivent être rendus aussi efficaces que possible afin de maintenir les coûts à un niveau supportable pour les personnes à bas revenu sans qu'il faille réduire le catalogue des prestations.

Le quatrième défi identifié est la **difficulté à piloter** le système de santé et, en corollaire, son **opacité**. Le pilotage du système requiert des structures efficaces, lesquelles amélioreraient aussi les échanges et la collaboration entre la Confédération, les cantons et d'autres acteurs importants. Les tâches doivent être réparties de façon qu'un pilotage efficace de la politique de la santé soit possible. Par ailleurs, une base d'informations solide est nécessaire pour mener une politique de la santé qui fasse autorité et agisse à long terme. Des réponses fondées doivent pouvoir être apportées à l'évolution des risques pour la santé et aux besoins de soins à moyen terme.

<sup>1</sup> Moreau-Gruet, Florence, « La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) », dans *Obsan Bulletin* 4/2013.

## Glossaire

<b>Charge de morbidité</b>	Mesure de l'écart entre l'état de santé réel d'une population et la situation idéale, c'est-à-dire celle dans laquelle nul ne contracterait de maladie ou ne décéderait prématurément. <sup>2</sup>
<b>Cybermédication, eMedication</b>	Informations sur la médication des patients stockées dans des bases de données accessibles aux pharmaciens, aux médecins ou aux hôpitaux. Il est fait appel à ces informations tout au long du traitement, depuis la prescription jusqu'à la remise des médicaments. <sup>3</sup>
<b>Cybersanté, eHealth, services de santé en ligne</b>	Ensemble des activités appliquant les technologies de l'information et de la communication (TIC) au domaine de la santé (organisation, accompagnement et mise en réseau des processus et des acteurs du système de santé). <sup>4</sup>
<b>Financement moniste, monisme</b>	Ces notions sont employées de diverses façons. Dans les concepts connus de financement moniste, la source de financement est unique. Ainsi, les fournisseurs de prestations ont affaire à un seul agent supportant les coûts. Dans un monisme « parfait », la totalité des prestations est financée par un acteur unique, appelé le « moniste ». Dans un monisme « imparfait », le fournisseur de prestations a affaire à une seule partie, mais derrière celle-ci se cache un autre agent qui cofinance les prestations. <sup>5</sup>
<b>HTA (abréviation de Health Technology Assessment)</b>	Evaluation scientifique de méthodes de traitement médicales d'un point de vue économique, médical, éthique et social en vue de décisions politiques. <sup>6</sup>
<b>Infection nosocomiale, infection hospitalière</b>	Infection provoquée par des microorganismes pendant une hospitalisation. Si l'infection était déjà en cours d'incubation lors de l'admission à l'hôpital, l'infection ne sera pas qualifiée de nosocomiale. Le critère est le suivant: l'infection est considérée comme nosocomiale si les symptômes apparaissent plus de 72 heures après l'admission. <sup>7</sup>
<b>Preuve (en anglais: evidence)</b>	Toute forme de connaissances, recherche comprise mais non prise exclusivement, de qualité suffisante pour éclairer les décisions. <sup>8</sup>
<b>Prévalence, taux de prévalence (d'une maladie)</b>	Nombre de cas de la maladie concernée au sein de la population résidente à un moment déterminé. Si la prévalence est mesurée au cours d'un certain laps de temps, elle est qualifiée de périodique (prévalence hebdomadaire p. ex.). <sup>9</sup>

## Description des domaines d'action

La stratégie Santé2020 définit quatre domaines d'action pour répondre aux défis identifiés. Dans chaque domaine sont fixés trois objectifs, assortis chacun de trois mesures. Ainsi, la stratégie comprend 36 mesures (cf. tableau **T1**).

### Garantir la qualité de vie

Le domaine d'action «Garantir la qualité de vie» est un maillon essentiel de cette stratégie. Il témoigne de la volonté d'appréhender la politique de la santé de façon large et de ne pas la réduire à la lutte contre les maladies ou les décès prématurés. Il s'agit aussi de renforcer la santé et le bien-être, qui constituent des aspects importants de la qualité de vie. La stratégie Santé2020 s'inspire de l'approche classique de la politique de la santé publique. L'action ne se limite pas au plan individuel. Le but principal est collectif: il s'agit de préserver et d'améliorer les conditions favorisant la santé à l'échelle de la société. Cela suppose d'établir des ponts entre la politique de la santé et la politique sociale, mais aussi de mettre en relation la première avec d'autres domaines tels que le

travail, la formation, les transports et la médecine vétérinaire.

**La modernisation de l'offre de soins** (objectif **L1.1**) doit permettre de répondre notamment aux besoins des malades chroniques. Les traitements et la prise en charge doivent être interdisciplinaires et axés sur les besoins, ce

2 [www.who.int/fr](http://www.who.int/fr) → Programmes et projets → Systèmes de santé (2.5.2014).

3 [www.e-health-suisse.ch/index.html?lang=fr](http://www.e-health-suisse.ch/index.html?lang=fr) → Mise en œuvre → Activités cybersanté → National → Cybermédication → Etude de faisabilité (PDF; 5.5.2014).

4 [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) → Thèmes → La politique de la santé → Stratégie Cybersanté Suisse → Stratégie → Rapport du 27.6.2007 (PDF).

5 [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) → Documentation → Publications → Assurance-maladie → Rapports → Financement uniforme des prestations à l'hôpital et des prestations ambulatoires par l'assurance obligatoire des soins. Rapport du Conseil fédéral du 13.12.2010 (PDF; 5.5.2014).

6 [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) → Thèmes → Assurance-maladie → Prestations → L'HTA en médecine de pointe – la quadrature du cercle? (HTML; 5.5.2014).

7 [www.medizininfo.de](http://www.medizininfo.de) → Infektionen → Krankenhausinfektionen (HTML; 2.5.2014).

8 Cf. Buse, Kent et al., Making health policy, Maidenhead 2012 (2<sup>e</sup> éd.), p. 170.

9 [www.infektionsnetz.at](http://www.infektionsnetz.at) (mot de passe requis; 2.5.2014).

qui suppose des systèmes perméables (soins ambulatoires et hospitaliers, soins de longue durée et offres de réadaptation). Il faut que tous les points de passage entre sous-systèmes soient pris en compte. Des preuves de l'effet des traitements sont nécessaires en quantité suffisante pour modeler l'offre de soins de façon adéquate (volume et qualité). Il s'agit donc de promouvoir la recherche clinique et la recherche en matière de soins, mais aussi de prendre des mesures telles que la mise en place d'un registre national du cancer.

**Compléter la protection de la santé:** cet objectif (1.2) inclut la radioprotection et la protection contre les produits chimiques. Mais il concerne aussi deux problématiques en rapport avec les maladies transmissibles. Il s'agit, d'une part, d'améliorer l'efficacité du contrôle et de la lutte contre ces maladies (problématique des résistances aux antibiotiques) et, d'autre part, de réduire les infections contractées à l'hôpital (infections nosocomiales). Des mesures – en cours ou nouvelles – visent à protéger la santé et le consommateur; cela dit, les tâches d'exécution et de surveillance sont également d'une importance primordiale pour la santé de la population.

La **promotion de la santé et la prévention des maladies ainsi que leur renforcement** (objectif 1.3) ont été redéfinis après l'échec de la loi sur la prévention en 2012. Il s'agit d'améliorer l'approche en matière de prévention et de dépistage précoce des maladies non transmissibles (MNT). Le dialogue Politique nationale de la santé prépare une stratégie nationale MNT qu'il soumettra au Conseil fédéral pour décision en 2016.<sup>10</sup> La prévalence des maladies psychiques explique en bonne partie l'augmentation de la charge de morbidité imputable aux maladies chroniques. La santé psychique doit donc aussi être promue spécifiquement, de même que la prévention et le dépistage précoce des maladies psychiques. Un autre sujet important est la prévention de la dépendance. Les nouveaux risques tels que l'addiction à Internet doivent être pris en compte.

### Renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle

Le deuxième domaine d'action de la stratégie Santé2020 est consacré à l'égalité des chances et à la responsabilité individuelle. L'égalité des chances est particulièrement importante dans le domaine de la santé. En Suisse aussi, santé et maladie dépendent du statut social: l'espérance de vie d'un homme de 30 ans n'ayant accompli que la scolarité obligatoire, par exemple, est inférieure de sept ans à celle d'un homme du même âge diplômé d'une haute école.<sup>11</sup> Une situation socioéconomique défavorable peut avoir pour corollaires la sollicitation inadéquate de soins, des comportements nocifs pour la santé ou une surexposition à des risques pour la santé (sur le lieu de travail, par exemple), et donc avoir un impact négatif sur l'état de santé.

Le domaine d'action « Renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle » tient compte de ces relations. Le premier objectif notamment, celui de **renforcer l'égalité en matière de financement et l'accès aux soins (2.1)**, répond à la nécessité d'améliorer la position des franges vulnérables de la population dans le système de santé, d'une part en intensifiant les programmes destinés à ces groupes et, d'autre part, en évitant que les personnes à bas revenu ne renoncent à des prestations de santé pour des raisons financières (participation aux coûts trop élevée).

Il importe de garantir la pérennité financière du système de santé pour ne pas compromettre la solidarité avec les franges vulnérables de la population (personnes à bas revenu notamment). Une augmentation des coûts trop forte, supérieure à l'évolution de l'économie, mettrait en péril la solidarité avec les personnes à bas revenu et avec celles sollicitant plus de prestations que la moyenne. Il s'agit de retarder au maximum la réalisation de ce scénario en prenant des mesures POUR maîtriser l'évolution des coûts, en particulier **en accroissant l'efficacité** (objectif 2.2).

La population doit assumer sa part de responsabilité pour réduire les cas de maladie évitables et solliciter en priorité des prestations produisant des résultats optimaux. Les assurés doivent pouvoir exploiter au maximum leur marge de manœuvre dans le système de santé. Le **renforcement de la position des patients et des assurés** (objectif 2.3) passe par l'amélioration de leurs compétences en matière de santé. Par ailleurs, il convient de **renforcer les droits** des patients et d'encourager la participation de la population aux processus relevant de la politique de la santé.

### Garantir et renforcer la qualité des soins

Le troisième domaine d'action de Santé2020 concerne l'élément central du système de santé: les soins. Fondamentalement, l'offre de soins est très développée en Suisse et différents sondages montrent que les consommateurs en sont fort satisfaits. Cela dit, il importe d'agir pour préserver la qualité des soins et, si nécessaire, pour l'améliorer et l'adapter aux normes et technologies actuelles. L'objectif de **promouvoir la qualité des prestations et des soins (3.1)** ne concerne pas uniquement la fourniture des prestations proprement dite. Il s'agit aussi de choisir des prestations efficaces (médicaments et procédés techniques notamment). Développer les HTA (Health Technology Assessments) permettra de réduire le recours à des méthodes de traitement inefficaces. Ainsi, la qualité mais aussi la rentabilité pourront s'accroître.

10 Cf. Bruhin, Eva, « Maladies non transmissibles, une catastrophe insidieuse ? », dans le présent numéro de CHSS.

11 [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) → Les thèmes statistiques → 14 – Santé → A consulter: Publications → *Statistiques sur la santé 2012* (PDF; 5.5.2014).

Il est généralement admis que l'utilisation accrue des outils de la **cybersanté** (objectif 3.2) recèle un potentiel considérable pour assurer la qualité du système de santé. A titre d'exemple, le dossier électronique du patient permettra aux spécialistes et aux patients eux-mêmes de disposer d'informations toujours à jour sur l'état de santé et les antécédents médicaux, ce qui réduit erreurs et redondances tout en facilitant considérablement la communication et la coordination entre les spécialistes. A l'avenir, tout le processus de traitement pourrait être assisté par des applications numériques basées sur le dossier électronique du patient, notamment lors des phases de transition (admission à l'hôpital, sortie de l'hôpital, etc.). Cet aspect est essentiel pour la mise en œuvre des soins intégrés notamment. En même temps, il s'agit de préparer la mise en place de la cybermédication et d'encourager son usage.

Pour asseoir la qualité des soins, une quantité suffisante de personnel qualifié est nécessaire dans toutes les professions de la santé. Cela dit, la Suisse doit devenir moins dépendante de l'étranger pour le recrutement de ce personnel, non seulement parce que notre pays n'a pas de prise sur l'offre étrangère et qu'il ne peut pas l'influencer directement, mais aussi parce que, sous l'angle de la solidarité internationale, il n'est pas souhaitable que, par un effet de domino, du personnel soignant migre des pays les plus pauvres vers les pays émergents, et de là vers les pays riches. La stratégie Santé2020 propose trois pistes pour **disposer de davantage de personnel soignant bien formé** (objectif 3.3).<sup>12</sup> Il s'agit d'abord de former un nombre suffisant de médecins et de soignants. Ensuite, il faut développer les programmes de formation et de perfectionnement de façon à renforcer les soins de base. Enfin, la qualité et les compétences des professions de la santé enseignées dans les hautes écoles spécialisées doivent être réglées dans la loi sur les professions de santé.

### Garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination

Le quatrième domaine d'action porte sur la transparence, le pilotage et la coordination du système de santé. Le manque de transparence sur les prestations fournies, leur utilité et leur coût est l'une des grandes problématiques de la politique de la santé. Des informations exactes sont nécessaires pour planifier les besoins correctement. La grande complexité du système de santé et des assurances-maladie est également source d'opacité. Les patients et les assurés ont de plus en plus de peine à s'y retrouver. Le problème est particulièrement important pour les personnes qui, de façon générale, éprouvent des difficultés à réunir des informations et à les interpréter

correctement. La **transparence** est un préalable à un pilotage de la politique de la santé axé sur des objectifs. Les données à disposition doivent donc être améliorées. Il s'agit aussi de **simplifier le système** (objectif 4.1) pour faciliter l'accès aux soins et aux offres d'assurance.

Un **meilleur pilotage de la politique de la santé** (objectif 4.2) ne passe pas uniquement par l'accroissement de la transparence. Il s'agit également de réaménager la collaboration entre les acteurs du système de santé et de réexaminer la répartition des tâches, spécialement entre la Confédération et les cantons. Plateforme importante pour la coordination entre ces deux niveaux institutionnels, le dialogue Politique nationale de la santé a subi des adaptations dans le but d'améliorer la collaboration. Certains réaménagements structurels sont susceptibles de se répercuter sur la répartition des compétences prévue dans la Constitution. La stratégie Santé2020 mentionne cette possibilité.

Le rôle des cantons dans le domaine ambulatoire hospitalier est abordé spécifiquement. Il y a quelques années, l'opportunité d'introduire le financement moniste dans le système de santé avait été débattue. Subséquemment, il avait été proposé de rapprocher au moins le financement des soins ambulatoires hospitaliers et de celui des soins hospitaliers au sens strict. Ainsi, les cantons auraient supporté une partie des coûts des prestations ambulatoires hospitalières, à côté des assureurs-maladie. Il s'agit de réactiver cette idée ou de discuter d'idées similaires si l'on veut améliorer la planification et les incitations du système.

Le **renforcement de l'ancrage international** (objectif 4.3) répond au besoin d'améliorer la transparence et la possibilité de piloter le système dans un contexte international. Le développement de la qualité du système de santé suisse est largement tributaire d'une bonne collaboration dans la préparation des données et le transfert de connaissances, par exemple, mais aussi de l'échange permanent d'informations et de la mobilité des spécialistes de la santé. Dans le domaine de la politique de la santé, la Suisse joue un rôle actif et très constructif au plan international. Il s'agit d'asseoir cette position et d'en tirer parti durablement, au vu notamment de l'issue de la votation sur l'initiative populaire «Contre l'immigration de masse» et de ses conséquences encore imprévisibles sur les relations entre la Suisse et l'UE.

<sup>12</sup> Cf. le dossier «Santé2020 – plus de médecins et de personnel soignant bien formés», dans *Sécurité sociale* 3/2013, pp. 117 à 138.

Margreet Duetz, D<sup>r</sup> en médecine, MPH, médecin spécialiste de la prévention et du système de santé, responsable de la section Politique nationale de la santé, OFSP.  
Mél: margreet.duetz@bag.admin.ch

## Objectifs et mesures de la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral

T1

Objectifs	Mesures
<b>Domaine d'action n° 1 : garantir la qualité de vie</b>	
<b>1.1 Promouvoir une offre de soins moderne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la coordination des soins intégrés</li> <li>• Adaptation des soins de longue durée</li> <li>• Création de programmes de recherche relatifs aux soins</li> </ul>
<b>1.2 Compléter la protection de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter que les patients et le personnel soignant ne reçoivent des doses de rayons inutiles et effectuer des observations supplémentaires (minimisation de l'exposition aux produits chimiques ou des carences en micronutriments vitaux)</li> <li>• Surveillance et lutte contre la résistance aux antibiotiques</li> <li>• Réduction des infections évitables (dites nosocomiales) dans les établissements hospitaliers</li> </ul>
<b>1.3 Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la prévention et du dépistage précoce des maladies non transmissibles</li> <li>• Promotion de la santé psychique et amélioration de la prévention et du dépistage précoce des maladies psychiques</li> <li>• Amélioration de la prévention, du dépistage précoce et de la lutte contre la dépendance</li> </ul>
<b>Domaine d'action n° 2 : renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle</b>	
<b>2.1 Renforcer l'égalité en matière de financement et l'accès aux soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitation des incitations à sélectionner les risques chez les assureurs</li> <li>• Intensification des programmes destinés aux groupes les plus vulnérables tels que les migrants, les enfants et les jeunes</li> <li>• Prise en compte de la capacité économique pour la participation aux coûts de santé occasionnés</li> </ul>
<b>2.2 Maintenir la santé à un niveau abordable en accroissant l'efficacité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustement du système de fixation des prix des médicaments, renforcement de la promotion des génériques et suppression des effets pervers dans le cadre de la remise des médicaments</li> <li>• Renforcement des indemnités forfaitaires par rapport aux tarifs à la prestation et révision des tarifs actuels</li> <li>• Concentration de la médecine hautement spécialisée</li> </ul>
<b>2.3 Renforcer les droits des patients et des assurés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en compte accrue des patients et des assurés dans les processus relatifs à la politique de la santé</li> <li>• Renforcement des compétences en matière de santé et de la responsabilité individuelle des assurés et des patients</li> <li>• Respect accru des droits des patients</li> </ul>

Objectifs	Mesures
<b>Domaine d'action n° 3 : garantir et renforcer la qualité des soins</b>	
<b>3.1 Promouvoir la qualité des prestations et des soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre de la stratégie de qualité</li> <li>• Diminution des prestations, des médicaments et des processus inefficients et inefficaces</li> <li>• Sensibilisation de la population aux besoins des patients en attente d'une transplantation d'organe vitale</li> </ul>
<b>3.2 Renforcer l'utilisation de la cybersanté</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place et promotion active de la cybermédication</li> <li>• Mise en place et promotion active du dossier électronique du patient</li> <li>• Soutien des processus de traitement par les technologies numériques</li> </ul>
<b>3.3 Disposer de davantage de personnel soignant bien formé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation d'un nombre suffisant de médecins dans les branches correspondantes et de personnel soignant</li> <li>• 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</li> <li>• Promulgation d'une loi sur les professions de santé</li> </ul>
<b>Domaine d'action n° 4 : garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination</b>	
<b>4.1 Simplifier le système et assurer la transparence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la surveillance des assureurs-maladie</li> <li>• Renforcement et amélioration des bases de données et de leur analyse (p. ex. en créant une statistique ambulatoire et en collectant les données des assurés au niveau individuel) afin d'améliorer le pilotage du système de santé</li> <li>• Simplification de l'assurance-maladie (notamment par la réduction du nombre de primes proposées en Suisse, plus de 287 000 en 2013)</li> </ul>
<b>4.2 Améliorer le pilotage de la politique de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de la collaboration et de la coordination entre la Confédération et les cantons, et si nécessaire, amélioration de la définition des tâches correspondantes dans la Constitution fédérale</li> <li>• Mise en place de nouvelles solutions de pilotage, pour les soins ambulatoires (hospitaliers) par exemple, afin que les cantons puissent planifier et éviter les offres excédentaires ou insuffisantes et que la part du financement fiscal ne diminue pas à la longue</li> <li>• Déblocage des négociations tarifaires</li> </ul>
<b>4.3 Renforcer l'ancrage international</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signature et mise en œuvre de l'accord sur la santé avec l'UE</li> <li>• Mise en œuvre de la politique extérieure en matière de santé</li> <li>• Comparaisons ciblées et collaboration étroite avec les pays possédant des systèmes similaires à la Suisse, en particulier dans l'espace européen</li> </ul>

Source : OFSP

## Stratégie nationale en matière de démence 2014-2017

Les personnes atteintes de démence et leurs aidants se trouvent au centre de la stratégie nationale en matière de démence 2014-2017. Son but est de les aider et d'améliorer leur qualité de vie en tenant systématiquement compte de leurs propres circonstances. Tout au long de la maladie, les personnes concernées, malades et soignants, doivent avoir accès à des prestations de haute qualité, adaptées aux besoins et axées sur le groupe cible.



**Verena Hanselmann**  
Office fédéral de la santé publique

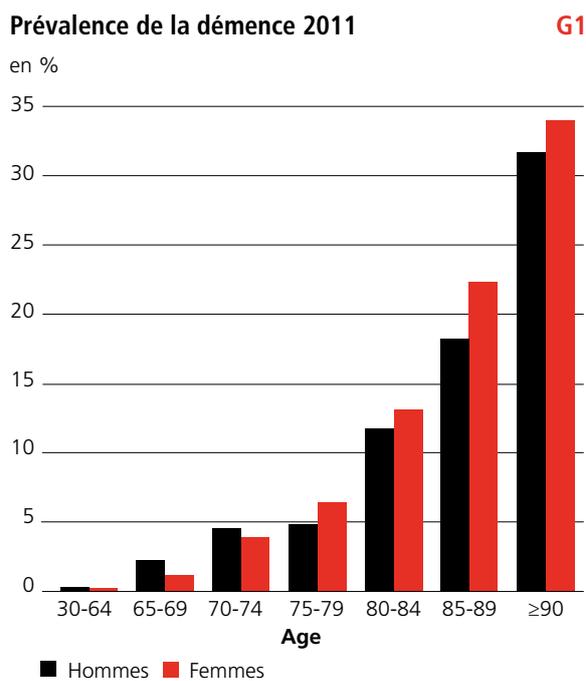
Le dialogue Politique nationale suisse de la santé a adopté le 21 novembre 2013 la stratégie nationale en matière de démence 2014-2017<sup>1</sup>. Le Parlement avait formulé un mandat dans ce sens en mars 2012<sup>2</sup>. Dans le cadre de Santé2020, la stratégie en matière de démence contribue à favoriser la mise en place d'une offre de soins modernes (objectif 1.1). Les représentants des organisations des personnes concernées, les experts issus des milieux professionnels, les associations spécialisées, les différents fournisseurs de prestations ainsi que des collaborateurs de la Confédération, des cantons et des communes ont participé à l'élaboration de la stratégie en veillant à ce que le transfert de connaissances pratiques et scientifiques à la politique soit garanti et en définissant les champs d'action prioritaires.

### Le tableau clinique de la démence: fréquence et conséquences

La démence est un terme générique qui désigne différentes maladies cérébrales, dues à différentes causes. Il en

existe deux formes principales qui apparaissent souvent en combinaison: les changements dégénératifs dans le cerveau, qui à ce jour ne peuvent pas être totalement expliqués, et la démence vasculaire, qui est causée par des troubles de la circulation du sang dans le cerveau. La forme la plus fréquente de démence est la maladie d'Alzheimer.

D'après des estimations actuelles, quelque 110 000 personnes sont atteintes d'une pathologie de la démence en Suisse et 25 000 nouvelles s'y ajoutent chaque année. Les taux de prévalence augmentent en flèche à partir de 65 ans (cf. graphique G1).



Comme la prévalence de la démence augmente avec l'âge, le nombre de personnes atteintes de démence augmentera considérablement en raison du vieillissement démographique. Jusqu'en 2060, le nombre de personnes atteintes pourrait passer à près de 300 000.

1 Cf. [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Thèmes → La politique de la santé → Stratégie en matière de démence → Publications et downloads.

2 Mo. 09.3509, Jean-François Steiert: [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch) → Curia Vista Recherche → Politique en matière de démence I; Mo. 09.3510, Reto Wehrli: [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch) → Curia Vista Recherche → Politique en matière de démence II.

La pathologie de la démence est caractérisée par une perte progressive des capacités de mémoire, d'orientation et de communication. Ces déficits cognitifs réduisent l'autonomie des personnes et les rendent dépendantes de l'aide d'autrui pour les activités de la vie quotidienne. Suivant la gravité des troubles, qui peuvent aller jusqu'à entraîner une perte totale de l'autonomie, les exigences spécifiques au système de santé varient, allant des offres

de soutien pour la personne atteinte et les proches aidants aux soins palliatifs pendant la dernière phase de la maladie. La démence affecte également l'entourage (famille, amis) et les personnes qui, dans leur vie professionnelle, entrent régulièrement en contact avec des personnes atteintes de démence. C'est dire que la démence pourrait toucher directement ou indirectement près d'un demi-million de personnes en Suisse.

## Champs d'action, objectifs et projets de la stratégie nationale

Pour réaliser la stratégie qui se décline en quatre **champs d'action** et comporte 18 projets, la Confédération et les cantons mèneront une action commune avec les fournisseurs de prestations, les milieux professionnels, les associations spécialisées et les organisations de personnes concernées :

Champ d'action	Objectifs	Contenus
<b>Compétence en matière de santé, information et participation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La population a une meilleure connaissance de la démence.</li> <li>La participation et l'accès des personnes concernées à une information circonstanciée sont facilités tout au long de la maladie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Axer les activités de sensibilisation sur la réalité, la solidarité et l'intégration</li> <li>Sensibiliser les groupes professionnels qui sont régulièrement confrontés à des personnes atteintes de démence</li> <li>Offrir des informations et un conseil individualisés aux personnes concernées</li> </ul>
<b>Offres adaptées au besoin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il existe des offres de soins flexibles, de qualité et adaptées au besoin tout au long de la chaîne de prise en charge.</li> <li>Le financement des prestations est garanti.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promouvoir les centres de compétences pour le diagnostic</li> <li>Mieux coordonner et relier les prestations</li> <li>Etendre les offres de décharge régionales</li> <li>Promouvoir des soins appropriés à la démence dans les hôpitaux pour soins aigus</li> <li>Promouvoir des soins appropriés à la démence dans la prise en charge de longue durée</li> <li>Recenser et rémunérer de manière adéquate les prestations</li> </ul>
<b>Qualité et compétences spécifiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les aspects éthiques sont pris en considération.</li> <li>La qualité de prise en charge est garantie tout au long de la maladie.</li> <li>Les compétences nécessaires à la prise en charge professionnelle et non professionnelle de personnes atteintes de démence sont renforcées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ancrer des directives éthiques dans toutes les structures d'accueil</li> <li>Elaborer des recommandations concernant les soins de base, le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement</li> <li>Encourager la collaboration interprofessionnelle et les évaluations interdisciplinaires</li> <li>Rédiger des directives pour gérer les situations crise dans les soins aigus et de longue durée</li> <li>Elargir la formation de base et la formation continue relatives aux maladies démentielles</li> <li>Renforcer les compétences des proches et des bénévoles</li> </ul>
<b>Données et transmission de connaissances</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les cantons disposent d'informations sur l'évolution actuelle et future de la prise en charge.</li> <li>Le transfert des résultats de la recherche dans la pratique est renforcé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déterminer les possibilités de monitoring et les mettre en place</li> <li>Evaluer accessoirement de nouveaux modèles de prise en charge</li> <li>Encourager la mise en réseau de la recherche et de la pratique</li> </ul>

## Situation actuelle en matière de prise en charge

Un dépistage et un diagnostic précoces permettent au malade d'accéder plus facilement aux informations, ainsi qu'aux offres de conseil, de soutien et de traitement. Selon des estimations, en Suisse, moins de la moitié des personnes atteintes de démence ont reçu un diagnostic médical. Si diagnostic il y a, il provient généralement du médecin de famille ou d'une clinique de la mémoire.

Une bonne moitié des personnes atteintes de démence vivent à domicile où les proches et l'entourage leur fournissent au quotidien un accompagnement, une présence continue et des soins. Cela constitue une lourde charge et les proches aidants souhaiteraient souvent bénéficier d'un soutien.

Près des deux tiers des résidents d'établissement médico-sociaux suisses sont atteints d'une pathologie démentielle. L'accompagnement et les soins prodigués aux personnes atteintes de démence dans les EMS sont nettement plus exigeants que pour les résidents sans démence. Des compétences professionnelles vastes et éprouvées sont requises pour aider adéquatement les personnes concernées. Les plus grands défis qu'il faudra relever dans les cinq ans à venir sont le financement de la prise en charge des personnes atteintes de démence et la disponibilité de personnel qualifié en nombre suffisant.

La démence est aujourd'hui la troisième cause de décès en Suisse. Toutes les personnes qui en sont atteintes n'en meurent pas, mais deux tiers de celles qui succombent au stade avancé de la maladie meurent dans des établissements de soins. Or, ceux-ci ne sont que rarement des unités spécialisées en soins palliatifs.

## L'impact économique de la démence

En 2009, les pathologies démentielles ont généré des coûts de 6,9 milliards de francs en Suisse<sup>3</sup>, principalement imputables à l'accompagnement et aux soins de longue durée fournis dans des établissements spécialisés ou par l'entourage. Les coûts directs de la démence se sont montés à 3,9 milliards de francs, ce qui correspond à 6,4 % du total des coûts de la santé pour cette année. Les coûts restants pour les soins et l'accompagnement fournis gratuitement par les proches aidants, qui se chiffrent à 3 milliards de francs, correspondent à la valeur commerciale estimée de ces prestations.

## Stratégie nationale en matière de démence 2014-2017

Les personnes souffrant de démence et les proches qui les accompagnent au quotidien sont au cœur de la straté-

gie nationale en matière de démence. Les objectifs globaux consistent à soutenir les personnes touchées par la maladie et à promouvoir leur qualité de vie en tenant compte systématiquement de leurs conditions de vie. L'idée est qu'elles aient, durant toute l'évolution de leur maladie, accès à une prise en charge adaptée à leurs besoins et de haute qualité.

Les champs d'action déterminés dans cette stratégie reflètent les besoins les plus urgents dans les principaux domaines de la prise en charge de la démence. Sur le plan national, les thèmes qui ont un lien manifeste avec la démence (tels que les aidants naturels, la prévention des maladies cardio-vasculaires) font actuellement l'objet d'études et d'analyses approfondies. Lors de la mise en œuvre de la stratégie, il s'agira d'exploiter les synergies existantes avec ces programmes et projets, tout en coordonnant les mesures afin d'éviter des redondances.

## Mise en œuvre: structure et perspectives

La mise en œuvre de la stratégie nationale en matière de démence tient compte de la répartition fédéraliste des tâches qui incombent respectivement à la Confédération, aux cantons et aux communes. Ceux-ci collaboreront avec les acteurs tels que les fournisseurs de prestations, les groupes et associations professionnels et les organisations d'entraide pour développer les différentes activités prévues en fonction des groupes cibles et des régions. La plupart des projets seront lancés et concrétisés de manière décentralisée, et les acteurs impliqués pourvoiront aux ressources humaines et financières. La Confédération et les cantons assumeront la responsabilité de la stratégie globale et veilleront en particulier à la coordination des activités, à l'échange d'informations et à la communication entre les acteurs.

Si la même importance est accordée à tous les projets, quelques-uns revêtent néanmoins un caractère transversal prononcé, dont les autres sont relativement tributaires, ce qu'il faut prendre en considération. C'est pourquoi la réalisation des projets sera échelonnée dans le temps. En 2014, l'accent est mis sur la réalisation des sept projets prioritaires qui ont été lancés officiellement le 27 mai 2014<sup>4</sup>.

---

Verena Hanselmann, lic. phil. I, responsable suppl. Section politique nationale de la santé, responsable de projet Stratégie nationale en matière de démence, OFSP.

Mél : verena.hanselmann@bag.admin.ch

---

3 Ecoplan, *Kosten der Demenz in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung*, Berne 2010 (seulement en allemand).

4 Cf. [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Thèmes → La politique de la santé → Stratégie en matière de démence → Mise en œuvre.

## Stratégie fédérale en matière de qualité dans le système de santé suisse

Selon la volonté du Parlement, le Conseil fédéral a inscrit à son agenda politique les projets concernant la garantie de la qualité des soins et prestations de santé ainsi que l'amélioration de la sécurité des patients. L'OFSP renforcera ses propres activités en faveur de la qualité et de la sécurité des patients. Un centre national soutiendra la Confédération dans sa mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité.



Oliver Peters  
Office fédéral de la santé publique

Des études internationales révèlent que même les systèmes de santé extrêmement développés peuvent présenter d'importants déficits dans la sécurité des patients. Selon une estimation prudente fondée sur ces études, environ 2 000 à 3 000 patients décèderaient chaque année en Suisse dans des unités de soins intensifs en raison d'erreurs médicales évitables. Le bât blesse non seulement dans la sécurité des patients, mais notamment dans la mise en œuvre des directives de traitement: aux Etats-Unis par exemple, seule la moitié des personnes concernées reçoit un traitement conforme aux connaissances

actuelles de la médecine. Il n'existe pas d'études correspondantes pour la Suisse.

Bien que la garantie de la qualité des prestations de l'assurance obligatoire des soins soit inscrite dans la loi sur l'assurance-maladie<sup>1</sup>, les partenaires tarifaires n'ont convenu de mesures contraignantes que dans très peu de domaines et il n'existe guère de publications concernant les résultats en matière de qualité. C'est pourquoi, dans un rapport rédigé par la Commission de gestion du Conseil des Etats, le Parlement a invité en 2007 le Conseil fédéral<sup>2</sup> à assumer davantage son rôle de direction en matière de garantie de la qualité et à créer des structures appropriées au niveau fédéral.

Le Conseil fédéral a approuvé en 2009 la stratégie fédérale en matière de qualité et, en 2011, le rapport sur la concrétisation de cette stratégie<sup>3</sup>, intervenant ainsi plus activement dans le pilotage comme le souhaitait le Parlement. La mise en œuvre de la stratégie en matière de qualité est une des priorités du Conseil fédéral dans le cadre du programme Santé2020.

### Priorités de la mise en œuvre

Actuellement, dans la réalisation de la stratégie en matière de qualité, la Confédération met l'accent sur quatre mesures:

1. Dans leurs rapports sur le système de santé suisse (2006 et 2011), l'OCDE et l'OMS<sup>4</sup> ont souligné les lacunes dans la collecte et la publication des données nécessaires au monitoring de la **qualité de l'approvisionnement**. Par la suite, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a entrepris de publier les indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus (à partir de 2006)<sup>5</sup>. En outre, l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et cliniques (ANQ) s'est engagée à publier ses propres indicateurs qui constituent un complément précieux. Il n'existe pas encore d'indicateurs de qualité relatifs aux autres fournisseurs de prestations (p. ex. établissements médico-sociaux, organisations de soins à domicile, médecine ambulatoire). La Confédération **exercera ses compétences** pour promouvoir la publication d'indicateurs de qualité systématiques et compréhensibles, pour introduire des standards contraignants, largement reconnus, en matière de sécurité des patients et pour actualiser régulièrement le catalogue des prestations de l'assurance-maladie obligatoire.

1 Art. 58 LAMal (RS 832.10).

2 FF 2008 7089.

3 [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Thèmes → Assurance-maladie → Assurance qualité.

4 [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Thèmes → Affaires internationales → Santé globale → Organisations → OCDE ou OMS.

5 [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Thèmes → Assurance-maladie → Statistiques → Hôpitaux → Statistiques hospitalières.

2. Des bases légales sont élaborées en vue de la création et du financement d'un **centre national pour la qualité** qui sera chargé d'instaurer durablement la stratégie en matière de qualité. Il soutiendra notamment les fournisseurs de prestations par des mesures et moyens de communication servant à la réalisation de projets dans le domaine de la qualité et de la sécurité. En outre, il mesurera systématiquement l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

3. Les **programmes nationaux de qualité** sont les principaux **instruments** pour soutenir les fournisseurs de prestations (hôpitaux, médecins, organisations de soins à domicile, établissements médicosociaux) dans la **réalisation** de leurs processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Ils ont pour but de réduire durablement le nombre d'incidents critiques et de promouvoir ou d'assurer le respect des directives de traitement. Des expériences internationales montrent que de tels programmes permettent d'améliorer considérablement la sécurité des patients. De premiers programmes pilotes ont été lancés en collaboration avec la Fondation suisse pour la sécurité des patients sous le titre «progress! La sécurité des patients en Suisse». Actuellement, trois programmes de garantie de la qualité dans le domaine de la chirurgie, de la sécurité des médicaments et de l'hygiène hospitalière sont élaborés avec le soutien financier de l'OFSP.

- Le programme «progress! La sécurité en chirurgie» a pour but la reprise systématique et contraignante dans les 10 hôpitaux participant au programme pilote des normes de traitement les plus récentes. Des événements indésirables tels qu'erreurs de site opératoire, infections ou oubli de corps étrangers se produisent aussi en Suisse. L'utilisation rigoureuse et correcte de la liste de contrôle en chirurgie lors de toute intervention invasive contribue à éviter beaucoup d'incidents ou à en atténuer les conséquences.
- S'appuyant sur un programme mené avec succès par la Fédération des hôpitaux vaudois, le programme pilote «progress! La sécurité de la médication aux interfaces» développe un concept d'intervention censé éviter les erreurs de médication aux interfaces et augmenter la sécurité des patients. La médication inadéquate, qui constitue environ 40% de toutes les erreurs médicales, occasionne une grande partie des événements indésirables dans le système de santé. Au-delà du stress causé aux patients, elle engendre des coûts qui se chiffrent en millions de francs. En particulier à l'entrée et à la sortie de l'hôpital, la sécurité de la médication est un point névralgique.

- Le troisième programme pilote vise à réduire considérablement, dès 2015, le nombre d'infections contractées dans les hôpitaux. Ces infections dites nosocomiales sont un grave problème de sécurité. Un programme d'accompagnement structuré aide les hôpitaux à reprendre des directives de traitement éprouvées dans d'autres pays et adaptées aux conditions suisses. Le projet de révision de la loi sur les épidémies, qui devrait entrer en vigueur début 2016, prévoit aussi des mesures de prévention en la matière.

4. **Contrôle de la qualité et de l'adéquation des prestations**: il est aussi nécessaire d'agir dans le domaine de l'évaluation des technologies de la santé (Health-Technology-Assessment, HTA). Afin de garantir la qualité des prestations, celles-ci sont régulièrement examinées sous l'angle de leur efficacité, de leur adéquation et de leur economicité. Il convient par ailleurs de vérifier que le recours aux prestations se fonde sur les meilleures évidences scientifiques. Le centre national chargé tant de l'assurance qualité que du contrôle des prestations permettra d'exploiter au mieux les synergies dans ce domaine.

#### Résumé

L'instauration d'un monitoring de la qualité, la création de bases structurelles et financières et la mise en œuvre de programmes nationaux revêtent une importance primordiale en matière de politique de la santé. Ces démarches servent à aborder les déficits actuels sur les plans de la sécurité des patients, de la qualité des processus de traitement et de la fourniture des prestations. Une baisse sensible du nombre d'événements indésirables dans les établissements hospitaliers permettra de réduire non seulement le nombre de lésions et de décès, mais encore les coûts imputables à une qualité insuffisante. Enfin, la renonciation à des prestations ayant été identifiées comme inefficaces libérera des moyens pour garantir l'accès de la population à des prestations médicales innovantes, offrant une vraie plus-value.

---

Oliver Peters, lic. rer. pol., vice-directeur et responsable de l'unité de direction Assurance maladie et accidents, OFSP.  
Mél : oliver.peters@bag.admin.ch

## Amélioration de la compensation des risques

La compensation des risques est un mécanisme de compensation financière tenant compte du fait que les assureurs-maladie ont des structures de risques différentes. Introduite en 1993, elle a été améliorée une première fois en 2012. Les incitations pour les assureurs à pratiquer la sélection des risques n'ont toutefois pas entièrement disparu. C'est pourquoi le Conseil fédéral a fait de l'amélioration de ce mécanisme l'une des mesures prioritaires de la stratégie Santé2020.



Aline Froidevaux  
Office fédéral de la santé publique

L'assurance obligatoire des soins (AOS) est fondée sur le principe de la solidarité et financée au moyen de primes uniques. Cela signifie que chaque assuré paie, indépendamment de son âge, de son sexe ou de tout autre indicateur de son état de santé, la même prime à la même caisse-maladie du même canton pour le même modèle d'assurance. La prime unique garantit la solidarité entre

bien-portants et malades, les premiers payant pour les seconds. Cette prime ne correspond toutefois pas au risque effectif que l'assuré représente pour l'assureur de tomber malade et de générer ainsi des frais à la charge de l'AOS. Il s'ensuit que les assureurs ont intérêt à assurer des risques aussi bons que possible, c'est-à-dire des personnes générant peu de frais médicaux, de façon à pouvoir offrir une prime plus intéressante que la concurrence. La compensation des risques vise précisément à réduire cette incitation à la sélection des risques. C'est un mécanisme financier qui vise à compenser les structures de risques différentes des assureurs-maladie. Ce mécanisme oblige les assureurs dont la structure de risques est favorable, c'est-à-dire ceux qui comptent un plus grand nombre de jeunes, d'hommes et de personnes ne présentant pas les autres indicateurs d'un risque accru de maladie, à effectuer des paiements en faveur des assureurs dont la structure de risques est moins bonne, c'est-à-dire ceux qui comptent plus de personnes âgées, de femmes et d'assurés présentant les autres indicateurs d'un risque accru de maladie parmi leur collectif. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, la compensation des risques prend en compte, outre les facteurs de l'âge et du sexe, le risque élevé de maladie représenté par un séjour d'au moins trois jours dans un hôpital ou un établissement médicosocial durant l'année précédant la compensation.

### Une réforme nécessaire

La compensation des risques parvient d'autant mieux à combattre les incitations à la sélection des risques que les indicateurs de morbidité reflètent de manière adéquate l'existence d'un risque accru de maladie. Un rapport intermédiaire<sup>1</sup>, rédigé à la fin de l'année 2013, a étudié les effets de l'amélioration de la compensation des risques introduite en 2012. Mandaté par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), ce rapport s'inscrit dans le cadre de l'évaluation de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), notamment de la partie consacrée au financement hospitalier. Faute de recul suffisant, le rapport n'a pas pu analyser les effets à long terme de la révision de loi et a mis l'accent sur la modification des incitations. Ses conclusions sont que l'introduction de l'indicateur d'un risque élevé de maladie a amélioré la compensation des risques et renforcé la solidarité. Les incitations à pratiquer la sélection des risques ont diminué.

Il n'en demeure pas moins que les assureurs qui comptent de nombreux malades chroniques parmi leur

<sup>1</sup> Trottmann, Maria et Harry Telser, *Evaluation zu den Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf den Krankenversicherungswettbewerb*, Olten 2013.

collectif d'assurés subissent toujours un désavantage concurrentiel, surtout si ces malades ne sont pas hospitalisés. Malgré l'amélioration de la compensation des risques apportée par l'introduction d'un indicateur supplémentaire, des incitations à la sélection des risques continuent d'opérer et justifient donc un nouvel ajustement. Les assurés nécessitant des soins importants dans le secteur ambulatoire devraient eux aussi donner lieu à une compensation financière.

La compensation des risques ne devrait toutefois pas dissuader les assureurs d'offrir les rabais sur les primes, par exemple pour les modèles d'assurance impliquant un choix limité du fournisseur de prestations. Une réflexion est actuellement menée afin de trouver le juste équilibre entre solidarité et répartition équitable des risques, de déterminer dans quelle mesure le régime actuel de compensation des risques s'approche ou non de cet équilibre et d'identifier les réformes qu'il faudrait, le cas échéant, mener à bien.

## Large assise politique

L'enjeu du deuxième domaine d'action de la stratégie Santé2020 est de renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle<sup>2</sup>. L'idée est d'agir sur la situation des groupes de population les plus fragiles en augmentant leurs chances de rester en bonne santé et en réduisant les risques auxquels ils sont exposés. Parallèlement, la réflexion doit porter sur les moyens de freiner la croissance des dépenses de santé et d'assurer tant leur financement que la solidarité entre les différents groupes de population. Un de ces moyens est de renforcer la responsabilité des patients ou des assurés ainsi que leurs compétences en matière de santé. Un autre moyen est de combattre la sélection des risques par les assureurs. La réduction des incitations à pratiquer cette sélection est par conséquent l'une des actions à mener en priorité dans le cadre de la stratégie Santé2020.

Le Conseil fédéral a adopté le 20 septembre 2013 un message concernant la modification de la LAMal<sup>3</sup>, qui traite notamment de l'amélioration de la compensation des risques. Par ailleurs, deux initiatives parlementaires<sup>4</sup> déposées après l'échec de la votation sur les soins intégrés<sup>5</sup> demandent une telle amélioration.

## Nouvel indicateur de morbidité dans la compensation des risques

La modification de loi décidée le 21 mars 2014 (délai référendaire: 10 juillet 2014) confère au Conseil fédéral la compétence de définir, par voie d'ordonnance, d'autres indicateurs de morbidité appropriés pour la compensation des risques. La volonté du Conseil fédéral est d'intégrer

les groupes de coûts pharmaceutiques dans la formule de la compensation des risques. Le procédé consiste à diviser les médicaments prescrits dans le secteur ambulatoire en différents groupes et à verser aux assureurs une compensation pour chaque assuré qui, durant l'année précédente, a consommé une quantité donnée de médicaments relevant de ces groupes. Le mécanisme de la compensation des risques tiendrait ainsi compte des assurés qui n'occasionnent des coûts élevés que dans le secteur ambulatoire.

Des travaux préparatoires sont toutefois nécessaires avant de pouvoir introduire ce nouvel indicateur: adaptation de l'ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCOR)<sup>6</sup>, élaboration d'un système de classification des médicaments et définition d'un mode de calcul. Les assureurs doivent en outre avoir suffisamment de temps pour préparer les données nécessaires à la classification des assurés en fonction de l'indicateur de morbidité définitivement retenu. Les données aujourd'hui disponibles sont encore quantitativement et qualitativement insuffisantes. Des essais préliminaires sont également indispensables afin de vérifier la méthodologie utilisée, de rédiger les directives pour la transmission des données et de parvenir à une planification budgétaire adéquate de la compensation des risques par les assureurs. Pendant ce temps, un indicateur de morbidité provisoire permettra, à titre de solution transitoire, de tenir compte du coût des médicaments dans la compensation des risques.

---

Aline Froidevaux, lic. rer. oec., économiste auprès de la section Primes et surveillance financière, division Surveillance de l'assurance, unité de direction Assurance maladie et accidents, OFSP.  
Mél: aline.froidevaux@bag.admin.ch

---

2 Cf. l'article de Margreet Duetz, « Stratégie Santé2020: quels sont les buts du Conseil fédéral? », dans ce dossier.

3 Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (Compensation des risques. Séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires), FF 2013 7135.

4 Initiatives parlementaires du groupe socialiste (11.473) et du groupe libéral-radical (12.446).

5 Loi sur l'assurance-maladie. Révision partielle. Managed-Care, 04.062.

6 RS 832.112.1

## Maladies non transmissibles – une catastrophe insidieuse ?

**Les maladies non transmissibles (MNT) sont aujourd'hui la première cause de mortalité dans le monde. En Suisse, elles ont causé environ 51 % des décès prématurés chez les hommes en 2010 et 60 % chez les femmes. La Confédération et les cantons préparent actuellement une stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles. Celle-ci prendra le relai des programmes nationaux Alcool, Tabac, ainsi que Alimentation et activité physique, qui s'arrêteront fin 2016.**



**Eva Bruhin**  
Office fédéral de la santé publique

Nous vivons aujourd'hui deux fois plus longtemps qu'il y a cent ans. Les progrès de la médecine, l'amélioration des conditions sociales et économiques, de l'hygiène et de l'éducation ainsi que le développement des assurances sociales ont considérablement accru notre espérance de vie. L'augmentation de la qualité de vie a également modifié nos modes de vie et nos conditions de travail. Mais la médaille a aussi son revers: la progression des maladies non transmissibles (MNT), telles que le cancer, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les maladies de l'appareil respiratoire ou les maladies musculosquelettiques. Ces dernières sont des maladies de l'appareil locomoteur, par exemple des douleurs dorsales chroniques, qui sont de plus en plus fréquentes, particulièrement en Suisse. L'explication est connue: les salariés passent en moyenne 60 % de leur temps éveillé au travail, la plupart dans une position assise. En conséquence, plus de la moitié de la population active ne bouge pas assez, ce qui entraîne une baisse des performances et une aug-

mentation de la vulnérabilité aux maladies. Pour autant, les personnes exerçant un travail physique ne sont pas toujours mieux loties: la manutention de charges lourdes s'accompagne souvent de troubles de l'appareil locomoteur.

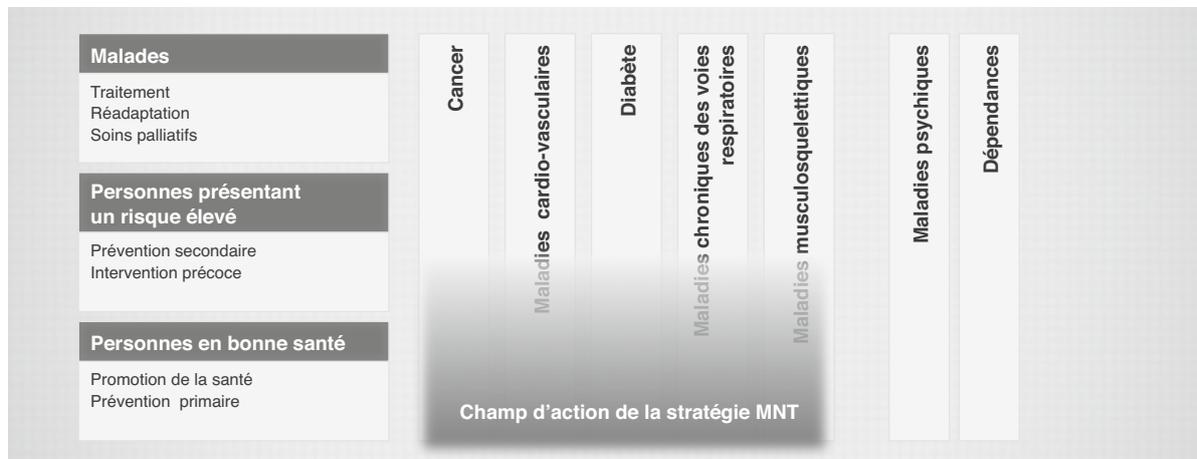
Les maladies non transmissibles se caractérisent par une longue phase de maladie et sont désormais la principale cause de décès dans notre société. Selon l'Office fédéral de la statistique, 74,6 % des décès chez les hommes et 75,9 % des décès chez les femmes sont imputables en Suisse aux quatre maladies non transmissibles suivantes: les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les affections des organes respiratoires et la démence. Les maladies non transmissibles provoquent en outre la majorité des décès prématurés, soit ceux qui touchent les personnes de moins de 70 ans. En 2010, elles représentaient environ 51 % de ces décès chez les hommes et 60 % chez les femmes.

Non seulement les maladies non transmissibles causent de nombreuses souffrances et limitent la qualité de vie, mais elles représentent aussi un énorme défi sur les plans financier, structurel et humain pour notre système de santé. Estimant que ces maladies continueront d'augmenter durant les prochaines années, l'OMS a parlé à leur sujet de «slow-motion disaster», une catastrophe insidieuse. Nous ne sommes toutefois pas totalement impuissants face à ce phénomène. Plus de la moitié des maladies non transmissibles pourraient être évitées en adoptant un mode de vie sain, car elles sont favorisées par les mêmes facteurs de risque: mauvaise alimentation, manque d'exercice physique, abus d'alcool et tabagisme. Il est donc possible d'agir. Les mesures qui influent sur les habitudes de vie individuelle et l'environnement social peuvent réduire de manière significative la charge de morbidité et les coûts économiques qui y sont associés.

Depuis 2008, trois programmes nationaux visant à lutter contre les principaux facteurs des maladies non transmissibles sont menés en Suisse: le programme Tabac, le programme Alcool et le programme Alimentation et activité physique. Regroupant les nombreuses activités de prévention entreprises à l'échelle nationale, cantonale et communale, ils sont mis en œuvre conjointement avec les cantons, des ONG et – conformément à l'approche multisectorielle envisagée – avec d'autres acteurs issus de différents domaines, notamment l'aménagement du territoire, l'économie et l'éducation. Ces programmes prendront toutefois fin en 2016. C'est pourquoi le dialogue Politique nationale suisse de la santé – plate-forme permanente de la Confédération et des cantons – a mis en

Champ d'application de la stratégie nationale MNT

G1



Source : www.bag.admin.ch/mnt

chantier en 2013 l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles qui devrait être déployée à partir de 2017. L'objectif est de renforcer les compétences de la population en matière de santé et de mettre en place des cadres de vie et des environnements qui facilitent des comportements plus sains.

maladies non transmissibles les plus importantes, parmi lesquelles l'OMS compte le cancer, le diabète, les maladies cardio-vasculaires et les maladies des voies respiratoires. Elle inclura aussi les maladies musculosquelettiques en raison de l'importance spécifique de ce problème en Suisse (voir graphique G1). Outre un volet promotion de la santé et prévention primaire, la stratégie MNT prévoit une passerelle vers l'offre de soins médicaux. Elle établit ainsi le lien avec le dépistage et l'intervention précoces auprès des personnes présentant des risques élevés en matière de santé et avec les actions de prévention dans les soins intégrés pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes déjà malades.

De nouveaux effets

La stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) est conçue comme une stratégie transversale visant à optimiser la prévention des

Organisation du projet pour l'élaboration de la stratégie MNT

G2



Source : www.bag.admin.ch/mnt

## Développement de la stratégie MNT: les principales étapes

G3



La stratégie MNT ne remplace pas les stratégies et les programmes spécifiques à certaines maladies (par exemple dans le domaine du cancer), mais les complète et renforce leur effet préventif. Le développement des domaines dépendances et santé psychique se poursuit séparément, tout en coordonnant les interfaces avec la stratégie MNT.

La stratégie MNT attache une grande importance à la participation des associations concernées. Le processus d'élaboration suit une approche participative à la fois descendante top-down et ascendante bottom-up. Cela se reflète dans le fait que l'organisation du projet mobilise de nombreux acteurs (voir graphique G2). La Confédération, les cantons et Promotion Santé Suisse sont représentés au sein de l'organe de direction. Quant à l'organe élargi, il regroupe également des ONG, des spécialistes en santé publique et d'autres acteurs. Deux groupes de travail sont chargés d'élaborer les principales orientations de la stratégie nationale avec des représentants des divers domaines d'intervention. Le premier groupe s'occupe des facteurs de risque, des activités nationales et canto-

nales de prévention et des possibles synergies avec les stratégies portant sur des maladies spécifiques (stratégie nationale contre le cancer, p. ex.). Le deuxième groupe se concentre sur le renforcement de la prévention dans les soins de santé

Les deux groupes de travail ont commencé les travaux d'élaboration des principales orientations de la stratégie en mars 2014. Ils approfondiront différentes thématiques au cours des prochains mois. Les questions importantes sont notamment les suivantes:

1. Quels sont les points de convergence et les interfaces entre les différentes mesures de prévention existantes et les stratégies spécifiques à certaines maladies? Quelles synergies est-il possible d'exploiter?
2. Comment est-il possible d'intégrer la prévention dans les soins de façon à pouvoir offrir des soins intégrés?
3. Quelles sont les approches et les mesures susceptibles de promouvoir l'égalité d'accès à la promotion de la santé, à la prévention et aux soins pour tous?

Les rapports d'analyse et les possibilités d'intervention devraient être disponibles d'ici la fin 2014. Ces documents serviront de base à la planification de la stratégie et des mesures pour 2015, et enfin à la décision du Conseil fédéral qui devrait intervenir en 2016.

## Informations

Informations supplémentaires: [www.bag.admin.ch/mnt](http://www.bag.admin.ch/mnt)  
 Newsletter MNT: envoyer un mél à [ncd-mnt@bag.admin.ch](mailto:ncd-mnt@bag.admin.ch)

Eva Bruhin, lic. phil., MPH, responsable du secrétariat Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles, OFSP.  
 Mél: [eva.bruhin@bag.admin.ch](mailto:eva.bruhin@bag.admin.ch)

## Un regard sur la stratégie Santé2020

La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) estime que la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral montre clairement la voie à suivre en matière de politique de la santé ces prochaines années. Dans la plupart des domaines, les objectifs de la CDS coïncident avec ceux du Conseil fédéral, les cantons souhaitant mettre davantage l'accent sur les maladies chroniques. Il est aussi essentiel de surveiller l'évolution des coûts, d'observer leur répartition entre les différents acteurs et de prendre les mesures de pilotage qui s'imposent.



**Michael Jordi**

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé

Lorsque l'on se trouve dans un enchevêtrement de rues, il est facile de se perdre ou d'aboutir dans une impasse. Mieux vaut alors disposer d'une carte, d'une boussole ou d'un GPS. Ce constat s'applique également au réseau dense de la politique suisse de la santé. Des objectifs et des directions claires sont, là aussi, nécessaires. La stratégie Santé2020 peut à l'évidence être utilisée comme une aide à la navigation, même si seuls les grands axes y sont répertoriés. Bien que cet agenda soit clair, concis et qu'il apporte des précisions sur quantité d'objectifs, on peut regretter, du point de vue de la CDS, que les priorités n'y soient pas mieux ciblées.

### Réformer

Le système suisse de santé se caractérise par une grande constance sur le plan organisationnel. Les changements ne s'opèrent que lentement. Chantier permanent depuis une bonne dizaine d'années, la LAMal est devenue le terrain de prédilection de la politique de la santé.

Une telle stabilité reflète aussi les difficultés à réformer le système, notamment à cause des instruments de démocratie directe que sont l'initiative populaire et surtout le référendum. Ces difficultés ont déjà été fatales à deux tentatives de réforme aux orientations pourtant antagoniques. L'initiative en faveur d'une caisse unique avec un financement dépendant du revenu s'est ainsi heurtée à une majorité aussi nette que celle qui s'était opposée à l'article constitutionnel prônant une organisation de l'assurance-maladie fondée davantage sur le libre jeu du marché. Des paramétrages plus précis sont manifestement nécessaires pour tracer la voie royale de la réforme. Tout d'abord, des améliorations comme le dossier électronique du patient devraient pouvoir être apportées au niveau de la loi et rassembler une majorité de la population. Ensuite, de nombreuses actions peuvent dès aujourd'hui être menées sans passer par une révision de la loi. Enfin, certaines mesures concrètes sont d'ores et déjà sur les rails ou en bonne voie. La stratégie en matière de santé se doit d'utiliser ces trois niveaux et de combiner les différentes mesures.

### Etablir des priorités

La CDS reconnaît la nécessité de réformer la politique de la santé et partage l'analyse de la situation par le Conseil fédéral. Si elle se rallie aux douze objectifs qui ont été fixés, elle estime que des priorités doivent être établies entre les mesures déduites de ces objectifs. L'accent devrait être mis sur la prise en charge adaptée des maladies chroniques, qui concernent une part croissante de la population et affectent considérablement sa qualité de vie.

Ces maladies sont également coûteuses. Il est donc indiqué d'adapter les structures de soins dans ce domaine et de renforcer l'intégration entre les parties intervenant aux divers stades de la prise en charge. La même chose vaut pour les soins médicaux de base. Après l'échec de la loi sur la prévention, la tentation est grande de reléguer au second plan la prévention et la promotion de la santé. Or, étant donné l'influence considérable du cadre de vie

et de travail, des habitudes alimentaires et de loisirs, de la formation et de l'environnement sur la promotion de la santé, mais aussi sur les dépenses de santé, les soins médicaux de base devraient occuper une place plus importante dans la stratégie. La Confédération et les cantons s'engagent sur cette voie avec la stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles.

## Relier

Une des tâches principales de la stratégie en discussion est la mise en réseau des acteurs et la garantie de la continuité dans l'action: un lien doit ici être établi entre les réformes en cours et à venir. L'intégration institutionnelle entre les différentes étapes d'un traitement médical doit être la plus étroite possible. L'organisation existante doit quant à elle permettre aux fournisseurs de prestations de se répartir le travail de façon adéquate et de communiquer entre eux. C'est la seule façon de combattre la segmentation de la prise en charge qui tend à faire progresser les coûts. L'amélioration des processus, les collaborations interprofessionnelles, les modèles de soins intégrés et une technologie de l'information en réseau sont autant de moyens de jeter des passerelles pour lutter contre cette segmentation. Dans le cadre de leur mission de service public et d'un pilotage ciblé de l'offre, les cantons pourront contribuer davantage encore à la mise en réseau plus poussée des traitements.

## Analyser

Quelle que soit l'approche politique défendue, la documentation uniforme des prestations, des coûts et des processus constitue la base d'une efficacité dans l'action. Elle est une condition nécessaire à l'élaboration de lignes directrices partagées par tous, à la création ciblée de centres de compétences, à une formation équilibrée des prix, à un pilotage plus efficace des ressources médicales, à une recherche pertinente et à une communication compréhensible sur ce sujet. Il faut privilégier la recherche de l'utilité, en particulier pour les mesures faisant appel à des données. En d'autres termes, mieux vaut mettre en relation les données existantes qu'en produire de nouvelles.

## Former

Former davantage de personnel de santé est une nécessité. Plusieurs mesures ont déjà été engagées en ce sens. Les maîtres mots sont: masterplan Médecine de famille, masterplan Formation aux professions des soins, Swiss School of Public Health, solutions de financement amé-

liorées pour la formation pratique, augmentation du nombre de places d'études pour le personnel médical, etc. Outre les mesures de soutien, les mesures de pilotage doivent également être développées. Dans le cadre du dialogue Politique nationale de la santé et de deux tables rondes, la CDS a apporté une solution à la limitation temporaire des admissions pour les médecins. Cette solution doit permettre de mener, sous la responsabilité des cantons, une action corrective en cas de pléthore ou de pénurie de médecins. En plus des aspects quantitatifs, il faut aussi faire en sorte que les compétences professionnelles puissent mieux répondre aux exigences futures. La formation doit promouvoir la capacité des professionnels de la santé à travailler ensemble au quotidien et à communiquer avec leurs collègues de façon adaptée aux besoins.

## Piloter

Bien que nombre de domaines de Santé2020 relèvent de la compétence de la Confédération, cette dernière cherche à juste titre à établir une coopération avec les cantons. La concertation entre les régulateurs publics devra encore se renforcer si l'on veut que les objectifs attribués à la politique de la santé puissent tous être atteints. Du fait de la répartition constitutionnelle des tâches et des responsabilités en matière de santé publique, du financement par les impôts et les assurances sociales, mais aussi de la complexité croissante de l'offre de soins, le pilotage ciblé par la Confédération répond à une nécessité clairement établie. Les pouvoirs publics doivent néanmoins pouvoir compter sur le soutien et l'initiative de tous les acteurs concernés. Sans le concours des fournisseurs de prestations et des assureurs, la mise en œuvre d'objectifs si ambitieux restera bloquée à mi-chemin. Mais la population, que ce soit à titre d'assurés, de contribuables, de patients ou de proches, a elle aussi un rôle important à jouer. Le système ne pourra en effet être perfectionné et amélioré que si tous ses acteurs sont animés par un même esprit de solidarité.

Les prochaines étapes imposent de régler clairement les responsabilités, les tâches et les compétences. Le risque est sinon de prendre trop d'initiatives, de ne pas exécuter correctement les processus et de constater à la fin du voyage que le but n'a pas été pleinement atteint, que des travaux, des déviations et des embouteillages ont ici ou là ralenti notre progression. Cela se produit même avec les meilleurs appareils de navigation – et même avec les stratégies politiques les plus adéquates.

---

Michael Jordi, lic. rer. pol., MPA, secrétaire central CDS.  
Mél: michael.jordi@gdk-cds.ch

## La mise en œuvre de la stratégie Santé2020

**Transposer la stratégie Santé2020 dans la réalité ne sera pas une sinécure. Pour concrétiser les 36 mesures définies, environ 80 projets seront réalisés en parallèle, en y associant adéquatement tous les acteurs du système de santé. Le succès de la stratégie dépendra dans une large mesure de la gestion des projets et de la qualité de la mise en œuvre. S'agissant des objectifs prioritaires, des décisions importantes ont été prises lors de la première Conférence nationale Santé2020.**



**Annegret Borcard**

Office fédéral de la santé publique



**Stefan Spycher**

La stratégie Santé2020 du Conseil fédéral, publiée en janvier 2013, a été conçue selon une procédure dite *top-down* ou descendante. La mise en œuvre procédera quant à elle d'une approche mixte, mêlant procédures descendantes et ascendantes. Différents motifs ont présidé à ce choix du Conseil fédéral. Premièrement, la Confédération ne dispose pas des compétences requises pour la mise en œuvre de toutes les mesures prévues. Responsabilités et compétences sont réparties entre différents acteurs. Certes, la Confédération est concernée par de nombreuses tâches. Mais cela vaut dans une mesure presque égale pour les cantons. En outre, les fournisseurs de prestations, le milieu associatif, les assureurs-maladies, les institutions de formation et des organisations à but lucratif et non lucratif jouent également un rôle important. Vu la complexité de la structure de gouvernance, un agenda dicté du sommet aurait été irréaliste. Toutes les parties importantes doivent avoir leur mot à dire. Deuxièmement, tous les acteurs du système de santé ont des connaissances sur

les forces et les faiblesses du système et des idées quant aux solutions envisageables. Il serait utile de grouper ces savoirs et d'en tenir compte pour les développements futurs. Finalement, notre système très fédéraliste et nos instruments de démocratie directe appellent un processus de mise en œuvre participatif, sous peine d'être rapidement confronté à des impasses.

### Quatre instruments de mise en œuvre

Le Conseil fédéral souhaite que la stratégie Santé2020 bénéficie d'une large assise et que toutes les parties prennent des initiatives fortes dans le cadre de la mise en œuvre. Il ne veut pas être le seul moteur; les impulsions doivent aussi venir des autres partenaires. Concrètement, le Conseil fédéral mise sur quatre instruments: le dialogue Politique nationale de la santé, le groupe d'experts Santé2020, la Conférence nationale Santé2020 et, dans une fonction transversale, des groupes de suivi et de pilotage. Ces derniers joueront un rôle dans tous les travaux de mise en œuvre et comprendront, dans chaque domaine, des représentants des parties concernées.

### Dialogue Politique nationale de la santé

Le dialogue Politique nationale de la santé ([www.santenationale.ch](http://www.santenationale.ch)) est une plate-forme de discussion conjointe de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé et du Département fédéral de l'intérieur (DFI). Elle existe depuis plus de quinze ans. Les instances participantes procèdent, quatre fois par an, à des échanges de vues sur les affaires en cours et pour coordonner leurs démarches. Certains projets lancés ou gérés par le dialogue Politique nationale de la santé jouent un rôle pour la mise en œuvre de la stratégie Santé2020 (p. ex. projet Cybersanté, plate-forme Avenir de la formation médicale, stratégie nationale Maladies non transmissibles, stratégie Qualité, stratégie nationale en matière de démence, stratégie nationale en matière de soins palliatifs). De façon générale, le dialogue avec les cantons doit encore être renforcé. Il doit former la colonne vertébrale de la mise en œuvre de Santé2020.

### Groupe d'experts Santé2020

Le conseiller fédéral Alain Berset a constitué un groupe d'experts indépendants pour stimuler l'innovation lors de la mise en œuvre de la stratégie Santé2020 (voir l'encadré). Les experts ont pour mission d'élaborer des options pour répondre aux problèmes et aux défis pressants

de la politique de la santé. Ils sont aussi chargés de l'évaluation scientifique, neutre et indépendante des propositions de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le domaine de la politique de la santé. Le groupe d'experts rend les avis nécessaires et apprécie les propositions. Une réunion de spécialistes est convoquée une fois par an à cet effet. Une première série d'expertises a été réalisée lors de la conception de la stratégie Santé2020. Une deuxième série a porté sur les soins intégrés. D'autres expertises sont prévues cette année sur un large éventail de sujets (p. ex. la compétence en matière de santé, l'inégalité en matière de santé, les soins inappropriés).

### Le groupe d'experts Santé2020 (en ordre alphabétique):

- Prof. Dr. Luca Crivelli
- Prof. Dr. Samia Hurst
- Prof. Dr. Ilona Kickbusch
- Dr. Markus Moser
- Dr. Willy Oggier
- Prof. Dr. Peter Suter
- Prof. Dr. Thomas Zeltner

### Conférence nationale Santé2020

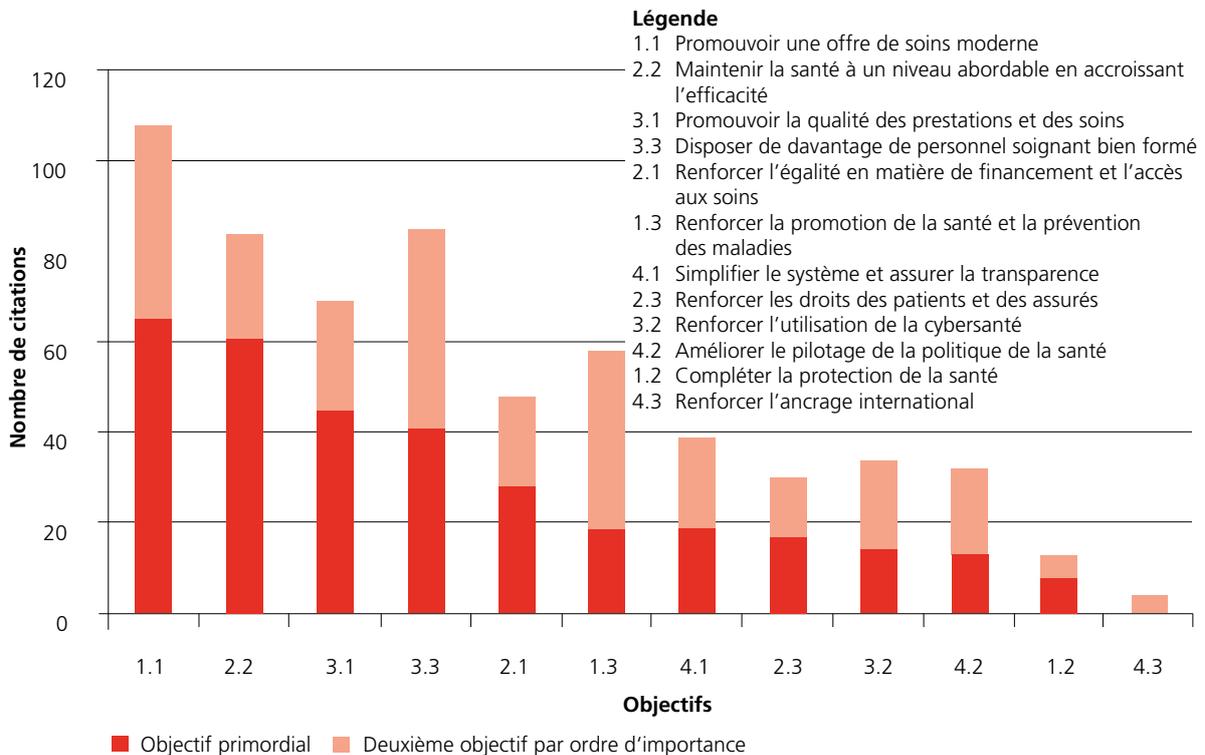
Environ une fois par an, le DFI et l'OFSP organisent une vaste conférence nationale dans le but d'assurer le suivi à long terme de la mise en œuvre de Santé2020. La première conférence a eu lieu le 9 septembre 2013. La deuxième devrait se dérouler en janvier 2015. Quelque 450 personnes – acteurs importants du système de santé et responsables politiques – étaient invitées à la première conférence. Les conférences nationales permettent de former un réseau unique par son étendue. Elles se prêtent aussi au traitement de problématiques et de sujets concrets.

Les participants à la première conférence<sup>1</sup> ont été répartis dans 40 groupes et deux tables rondes ont été organisées dans chaque groupe. Lors de la première table ronde, les participants devaient citer les deux objectifs les plus importants à leurs yeux parmi les douze définis dans la stratégie Santé2020 (cf. graphique G1). Les objectifs les plus fréquemment cités sont : une offre de soins moderne, la maîtrise de l'évolution des coûts, l'assurance qualité et l'amélioration de la situation en matière de personnel dans le système de santé. Lors de la deuxième table ronde, les participants ont été interrogés sur leur apport concret

<sup>1</sup> [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) → Thèmes → Santé2020 → Conférence nationale → Conférence du 9 septembre 2013 → Résumé et évaluation des tables rondes.

Pondération des objectifs par les participants à la conférence

G1



Source: OFSP

---

**Les quatre objectifs prioritaires de Santé2020****T1****Objectif Promouvoir une offre de soins moderne**

**1.1** De nombreux participants à la conférence considèrent la promotion d'une offre de soins moderne comme un objectif supérieur, car la réalisation d'autres objectifs importants en dépend dans une large mesure. L'augmentation des maladies chroniques est perçue comme le grand défi de la politique de la santé. Elle fait naître des exigences inédites dans le domaine de la prise en charge et des soins. Une définition claire du processus des soins intégrés est particulièrement importante dans ce contexte. Ce processus requiert une collaboration accrue et le développement des réseaux entre les différents groupes de professions, acteurs et organisations du système de santé. Il doit s'adosser à une base d'informations devant être étayée rapidement par des recherches dans le domaine clinique et dans celui des soins. Aux yeux des représentants des patients et du domaine de la prévention, une amélioration de l'offre est particulièrement nécessaire s'agissant des soins aux personnes dépendantes et de l'aide aux patients. Les soins informels fournis par les proches ou des ONG jouent un rôle important en complément des structures de soins régulières. Pour les fournisseurs de prestations, la qualité de vie des patients constitue la priorité. Il s'agit d'encourager les offres de soins combinées de différents prestataires, sans perdre de vue les soins aux personnes dépendantes et leur financement. Si les soins aux personnes dépendantes sont de bonne qualité, la pénurie de personnel n'en est pas moins déjà une réalité. Les patients doivent être préparés à l'idée qu'ils seront soignés par différents genres de prestataires à l'avenir. Les acteurs importants pour atteindre les buts dans ce domaine sont: le secteur politico-administratif, les fournisseurs de soins et les représentants des patients et du domaine de la prévention.

**Objectif Maintenir la santé à un niveau abordable en accroissant l'efficacité**

**2.2** Les acteurs du secteur politico-administratif insistent sur l'importance de l'égalité des chances dans le domaine de la santé. La santé doit rester abordable pour chacun. La stabilisation des coûts résultant de gains d'efficacité prévient le transfert à moyen terme de prestations de base de l'assurance obligatoire des soins vers le domaine des assurances complémentaires. Les traitements multiples inutiles doivent être évités. Les processus doivent être standardisés dans le système de santé afin de maintenir la santé à un niveau abordable. L'accomplissement par d'autres groupes professionnels de tâches assumées par les médecins jusqu'à maintenant doit également être envisagé. Les fournisseurs de prestations considèrent comme particulièrement important de garantir une qualité minimale de prestations et de soins. Les patients doivent être disposés à payer le prix de la qualité définie. Un moyen d'améliorer l'efficacité du système est de faire en sorte que les tâches soient assumées systématiquement par le prestataire le mieux qualifié. Aux yeux des participants à la conférence, font partie des acteurs les plus importants pour améliorer l'efficacité du système: le secteur politico-administratif et le secteur formation et international (participants de hautes écoles, experts et acteurs au plan international).

**Objectif Promouvoir la qualité des prestations et des soins**

**3.1** La possibilité d'offrir des soins de qualité fondés sur le savoir passe par l'intensification de la recherche en matière de soins et spécialement de la recherche clinique. Un autre préalable est la transparence du processus de traitement. Mais la concentration sur la qualité peut elle-même contribuer à améliorer de la transparence. L'impact est alors positif tant sur les coûts que sur les résultats du traitement. La qualité des traitements doit être améliorée dans le domaine des soins de longue durée notamment. L'approche fondée sur les preuves doit être développée aussi dans le domaine de la prévention. Les représentants de l'économie se félicitent de l'excellence du système de santé suisse fondé sur les trois piliers de la qualité, de la maîtrise des coûts et de la concurrence). A leurs yeux, l'accent doit être mis sur le maintien d'offres de soins compétitives. La qualité des prestations et des soins doit être assurée dans le domaine hospitalier, mais aussi lors du suivi médical en aval. Dans ces conditions, il est souhaitable que la Confédération aide tous les fournisseurs de prestations à développer leurs instruments de mesure des effets (*outcome*). Le système de gestion de la qualité sera ainsi meilleur et plus transparent, ce qui permettra au patient de mieux faire jouer la concurrence. Celle-ci est souhaitable en particulier entre les hôpitaux. L'efficacité accrue pouvant être escomptée contribuera, en définitive, à tempérer l'évolution des coûts. Les représentants des patients insistent sur l'importance cruciale de l'assurance qualité au niveau de la thérapie, mais aussi du diagnostic. Leur priorité est de préserver l'égalité des chances et de prévenir le développement de soins à deux vitesses. A leurs yeux, les soins intégrés sont le principal garant de l'assurance qualité. Les acteurs considérés comme primordiaux pour atteindre les buts dans ce domaine sont: les fournisseurs de prestations, suivis des représentants des patients et du domaine de la prévention.

---

---

## Les quatre objectifs prioritaires de Santé2020

---

### Objectif Disposer de davantage de personnel soignant bien formé

**3.3** L'importance de la formation du personnel soignant et de mesures contre la pénurie de médecins fait l'unanimité parmi les participants. La pratique consistant à faire venir de l'étranger des forces de travail pour compenser la pénurie de personnel soignant qualifié est une option de moins en moins viable. Le défi principal est de maintenir la qualité des soins en continuant à former en Suisse le personnel soignant nécessaire. Les institutions de formation doivent être capables de transmettre les compétences requises pour évoluer dans des structures de soins interprofessionnelles (bouquet d'aptitudes). Il s'agit de clarifier les rôles actuels et futurs de chaque groupe de professions médicales et de promouvoir les échanges et la coopération. La tendance au travail à temps partiel, observable même chez les médecins, augmentera encore le besoin de médecins formés en Suisse. Les fournisseurs de prestations soulignent que la pénurie de médecins est un problème en périphérie, mais aussi dans des villes. L'image de la profession de médecin de premier recours doit être revue. Son rôle n'est plus simplement de traiter le patient, mais de gérer la maladie. Dans ces conditions, l'accent doit être mis davantage sur des aspects qualitatifs (adaptation et transparence des listes d'objectifs pédagogiques des universités, promotion de l'interprofessionnalité et instauration de modules de formation communs pour différents spécialistes de la santé, etc.). La mise en place rapide d'un processus ascendant (*bottom-up*) est également nécessaire pour atteindre ces objectifs. Les patients sont notamment encore trop souvent écartés des discussions. Ils doivent être préparés à l'idée que d'autres groupes professionnels que les médecins participeront au processus de traitement. Les questions éthiques et les droits des patients doivent faire partie intégrante des formations et des offres de perfectionnement destinées aux spécialistes de la santé. Sont cités comme devant jouer un rôle particulièrement important dans ce domaine : le secteur politico-administratif et les fournisseurs prestations.

---

à la réalisation des objectifs. Il leur a été demandé également de nommer les acteurs responsables à titre principal des différents processus. Le tableau **T1** rend compte sous forme résumée des discussions sur les quatre principaux objectifs.

### Conclusion

Le Conseil fédéral a fixé le cap. La stratégie Santé2020 doit maintenant être mise en œuvre. Le travail ne fait que commencer. Il s'agit de transposer la stratégie du papier dans la réalité. Le Conseil fédéral a mis en place quatre

instruments en vue de produire des effets. Mais il y a lieu d'espérer que les acteurs du système de santé saisiront des initiatives propres pour renforcer cette dynamique.

---

Annegret Borchard, MPH, collaboratrice scientifique de la section Politique nationale de la santé, OFSP.  
Mél : annegret.borchard@bag.admin.ch

---

Stefan Spycher, D', économiste, responsable de l'unité de direction Politique de la santé et vice-directeur, OFSP.  
Mél : stefan.spycher@bag.admin.ch

## Santé2020: sur la bonne voie

A peine 18 mois après son lancement, la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral influe déjà sur les débats portant sur la politique de la santé, qui s'organisent autour de ses objectifs. Elle définit des lignes directrices pour toutes les parties prenantes, sépare ce qui est important de ce qui l'est moins et insiste sur l'implication de l'ensemble des acteurs. La direction est donnée, mais il reste encore beaucoup de chemin à parcourir.



**Stefan Spycher**  
Office fédéral de la santé publique

La stratégie Santé2020 du Conseil fédéral a reçu un accueil favorable. La grande majorité des parties prenantes saluent la volonté du Conseil fédéral d'organiser la politique de la santé des prochaines années autour d'un projet global. Les domaines d'action sont perçus comme équilibrés et sensés. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) s'est déclarée prête à assumer le rôle de partenaire principal de la Confédération pour la mise en œuvre de Santé2020. Dans le même temps, différentes voix ont souligné la nécessité de discussions approfondies sur certaines mesures et l'existence d'avis divergents sur certains points<sup>1</sup>. Lors de la première Conférence nationale Santé2020, seule santé-suisse a rejeté la stratégie suivie<sup>2</sup>. Dans ce qui suit, nous allons revenir sur quatre des critiques formulées à l'encontre des principes de base de cette stratégie.

### Critique n° 1: le processus était trop peu participatif jusqu'ici

La stratégie Santé2020 a été élaborée dans le cadre d'un processus administratif interne avec implication d'experts externes. Le Conseil fédéral y a exprimé sa volonté de donner une direction claire aux débats politiques des prochaines années portant sur la santé, car il était convaincu que les grands programmes de réforme n'aboutissent que si un seul acteur en prend la direction. A l'occasion du lancement de Santé2020, il a salué la participation des cantons, qui assurent une coresponsabilité stratégique et sont des partenaires clés pour la mise en œuvre de la stratégie, via la CDS (dialogue Politique nationale de la santé). L'application de la stratégie relèvera essentiellement d'une approche participative puisque les parties prenantes pourront apporter leur contribution en assistant à des conférences ainsi qu'en intégrant des comités d'experts, mais aussi des groupes de suivi et de pilotage.

Les différents acteurs auraient aussi pu être invités à contribuer à la définition des grandes lignes de la stratégie. L'Autriche a travaillé selon ce schéma lors de la détermination de ses dix objectifs en matière de santé<sup>3</sup>. Si le Conseil fédéral n'a pas voulu d'un tel processus c'est essentiellement parce qu'en raison des intérêts divergents en matière de politique de la santé, il craignait de n'obtenir qu'un dénominateur commun minimal. Par ailleurs, il ne souhaitait ni se perdre en discussions théoriques ni convenir d'objectifs ambitieux, mais très abstraits et insaisissables. Enfin, il voulait évaluer la situation en tenant compte de tous les aspects relevant de la politique sanitaire et ne pas limiter la discussion à l'assurance-maladie.

### Critique n° 2: il est impossible de piloter les systèmes de santé

Considéré sous un angle cybernétique, le système de santé n'est bien souvent pas uniquement qualifié de compliqué, mais aussi de complexe. D'où le sentiment qu'il est excessivement difficile de le piloter ou que le mode de pilotage devrait être aussi complexe que le système de santé lui-même. Dans les deux cas, une extrême pru-

1 FMH: *Op. cit.* Wille et al.; santé-suisse: *Op. cit.* Santé-suisse.

2 [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) → Thèmes → Santé2020 → Médias → Prise de position d'acteurs importants (Film, 9.9.2013).

3 [www.gesundheitsziele-oesterreich.at](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at)

dence est recommandée avant de s'atteler à une telle mission.

Le Conseil fédéral voit les choses autrement. Laisser le système de santé se développer sans aucun garde-fou reviendrait à capituler devant les caractéristiques d'une politique et d'une société modernes mues par des exigences d'efficacité et d'efficience. Il reste néanmoins vrai qu'il faut réfléchir soigneusement au meilleur pilotage possible en la matière. Premièrement, il faut savoir où l'on veut aller et définir l'objectif final. C'est chose faite avec la stratégie Santé2020. Deuxièmement, il faut énormément de transparence touchant l'ensemble des processus ainsi que leurs résultats. Celle-ci repose sur des données et des analyses en quantité suffisante. Troisièmement, il faut des compétences clairement définies et orientées sur le principe de la congruence, ainsi qu'un large spectre d'instruments de pilotage appropriés, lesquels sont structurés de manière à répondre à l'importance stratégique de l'objectif considéré et à son effet escompté. En conséquence, pour le pilotage d'un système aussi complexe que celui de la santé, il ne s'agit justement pas de centralisation ni de nationalisation, mais bien plus de réalisation, par l'acteur le plus compétent, des objectifs concrets. Pour cela, une multitude de processus structurés de la manière la plus efficiente et efficace possible sont nécessaires, lesquels s'orientent d'ailleurs tous vers l'objectif final défini dans le cadre de la stratégie. Quatrièmement, il faut de l'humilité; tout n'est pas planifiable et surtout pas par un organe centralisé. Bien au contraire, il faut organiser des débats réguliers avec l'ensemble des parties prenantes pour que les étapes suivantes puissent être définies avec réalisme.

### Critique n° 3: il ne faut pas centraliser davantage le pilotage de cette question

Ces dix dernières années, une discussion d'ordre idéologique a fortement marqué de son empreinte la politique de la santé: les uns estimaient que la solution des problèmes résidait dans le renforcement des instruments et des incitations économiques; les autres, en revanche, dans une large planification publique ou, tout du moins, dans des compétences publiques élargies. Il ressort d'analyses réalisées par l'OCDE en 2010 que la performance d'un système de santé dépend moins du choix d'un type de système particulier – l'OCDE en distingue six et classe la Suisse dans le même groupe que l'Allemagne, les Pays-Bas et la Slovaque – que de la capacité d'un tel système à se développer et à s'adapter aux conditions locales<sup>4</sup>. En d'autres termes: chaque type de système peut s'avérer

approprié s'il récolte une large adhésion et évolue intelligemment. Par conséquent, le Conseil fédéral ne voit aucune nécessité à engager un débat de fond sur le système et estime que l'évolution pragmatique de ce dernier est primordiale. Dans certains cas, cela peut être synonyme de «davantage de marché», dans d'autres, de «davantage d'Etat».

La discussion sur le rôle du fédéralisme dans le système de santé relève aussi des discussions à éviter. En accord avec le reste du système politique, le système de santé présente également une structure fédéraliste. Partant de ce principe, le Conseil fédéral observe qu'un pilotage centralisé présente des avantages et des inconvénients, tout comme un pilotage décentralisé, et qu'aucune forme n'est donc meilleure que l'autre. Il en va ici comme dans les débats sur la place du marché et de l'Etat: selon la problématique, il peut être recommandé de privilégier une solution centralisée (p. ex. bases de données) ou décentralisée (p. ex. admission selon le besoin dans le domaine ambulatoire). La répartition des compétences entre les cantons et la Confédération doit donc continuer de relever du cas par cas et obéir à des critères pragmatiques.

### Critique n° 4: les coûts sont trop ou trop peu pris en considération

Dans la stratégie Santé2020, le Conseil fédéral mentionne que, selon les estimations des experts, près de 20 % des coûts pourraient être économisés sans que cela ne porte atteinte à la qualité<sup>5</sup>. D'aucuns considèrent cette estimation exagérée. Pourtant, des économies sont tout à fait possibles, surtout par le biais de l'amélioration de la productivité. Celles-ci peuvent découler d'une utilisation accrue des outils de la cybersanté, de nouvelles formes de soins intégrées et interprofessionnelles, du remplacement des soins stationnaires par des soins ambulatoires, de l'amélioration de la qualité (moins d'erreurs ou d'excès de traitement) et de la correction des effets pervers (davantage de remboursements au forfait plutôt qu'à l'acte). Dans tous ces domaines, le Conseil fédéral a prévu des mesures dans sa stratégie Santé2020. Par ailleurs, une politique plus efficace en matière de prévention et de promotion de la santé contribue généralement à la réduction de la pression sur le système de santé<sup>6</sup>.

Certains ont également déploré le fait que la question des coûts n'occupe pas une place prééminente dans la stratégie Santé2020. Cette question est abordée dans le domaine d'action relatif à l'égalité des chances. Avec son objectif 2.2 «Maintenir la santé à un niveau abordable en accroissant l'efficacité», le Conseil fédéral affiche clairement sa position selon laquelle le but d'une politique n'est jamais de ne générer aucun coût. Au contraire, il faut définir des objectifs axés sur le contenu, comme une

4 *Op. cit.* Joumard et al.

5 *Op. cit.* Trageser et al.

6 *Op. cit.* Spycher.

meilleure santé. Les coûts jouent alors un rôle secondaire, même s'il faut veiller à un bon rapport coûts-utilité.

Certains ont également souligné l'apparente contradiction entre le fait de vouloir former davantage de personnel et celui de vouloir faire des économies. Le vieillissement démographique va de pair avec l'augmentation du besoin en soins médicaux. Il faut donc davantage de personnel. Mais cet accroissement des besoins ne doit pas uniquement être couvert par le recrutement de davantage de personnel, mais aussi par l'augmentation de la productivité du personnel en place. Les prestations futures seront donc moins consommatrices de personnel et, par conséquent, plus économiques. Toutefois, un autre argument parle en faveur d'un élargissement des capacités de formation en Suisse : à l'heure actuelle, notre système de santé est trop largement tributaire de l'étranger (30 à 40 % du personnel de santé a obtenu son diplôme à l'étranger). Parallèlement à d'autres facteurs – comme le relèvement des salaires dans les autres pays –, l'approbation de l'initiative contre l'immigration de masse pourrait aussi compliquer davantage la pratique actuelle qui consiste à couvrir les besoins en personnel de santé par le recrutement de personnel étranger.

### Priorités 2013 et 2014 de la stratégie Santé2020

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) met actuellement en œuvre 77 projets dans le cadre des 36 mesures définies. Le site [www.sante2020.ch](http://www.sante2020.ch) fournit, pour chacun des projets, une fiche comprenant des informations quant au contenu du projet, à son état d'avancement et aux étapes à venir.

Le 26 mars 2014, des informations détaillées sur l'état d'avancement de la stratégie Santé2020 ont été fournies au Conseil fédéral. Sur les dix priorités qu'il avait définies pour l'année 2013, huit ont pu être remplies (cf. tableau **T1**), les deux dernières étant en cours de réalisation. Le Conseil fédéral a fixé les priorités de l'année 2014 de manière assez large, respectant en cela la stratégie formulée : ces priorités vont de l'assurance-maladie à la définition du rôle des différents groupes professionnels, en passant par la prévention.

La deuxième Conférence nationale Santé2020 aura vraisemblablement lieu début 2015. A la différence de la première conférence de septembre 2013, elle sera consacrée à un thème spécifique.

### Conclusion

Un premier bilan provisoire peut déjà être dressé avec prudence, et ce à peine 18 mois après le lancement de la stratégie Santé2020. La mise en œuvre s'étend encore sur six ans. Différents projets, pour certains d'importance, n'en sont toujours qu'à leur phase de conception (p. ex. sur les soins intégrés ou les soins de longue durée). Pour autant, il semble qu'avec sa stratégie Santé2020, le Conseil fédéral ait réussi à créer, pour les années à venir, les conditions d'un cadre de travail acceptable par un grand nombre d'acteurs, à défaut de faire l'unanimité. Les premières discussions et les premières étapes de mise en œuvre se sont avérées fructueuses et prometteuses. L'implication explicite et large des différentes parties prenantes dans les travaux d'élaboration des mesures semble déjà constituer la clé effective du succès de cette stratégie. Comme c'est toujours le cas dans les processus de négociations politiques, il faudra alors tenir compte de toutes les opinions, les approfondir, les pondérer pour, au final, les faire valider par le Conseil fédéral, les gouvernements cantonaux ainsi que le Parlement national et les Parlements cantonaux. Enfin, le résultat doit également convaincre le peuple. Des compromis seront nécessaires ; il n'y a aucun moyen d'y échapper. Or, la stratégie Santé2020 comporte des avantages dans tous les domaines et pour tous les acteurs ; elle ne se définit pas unilatéralement au détriment de certaines parties prenantes, ce qui renforce la volonté de compromis.

### Bibliographie

Joumard, Isabelle, Christophe André et Chantal Nicq, « Health Care Systems : Efficiency and Institutions », dans *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 769, 2010 ; (en anglais, avec résumé en français).

Santésuisse, « Santé2020 » – *les priorités fédérales en matière de politique de la santé, Papier de positionnement*, [Soleure 2013].

Spycher, Stefan, « Faire des économies ailleurs que dans le financement de l'assurance-maladie ? », dans *La Vie économique*, n°11, 2009, pp. 17-21.

Trageser, Judith, Anna Vettori, Rolf Iten et Luca Crivelli, « Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens », éd. par les Académies suisses des sciences, [Berne 2012] ; (en allemand, avec résumé en français).

Wille, Nora, Anne-Geneviève Bütikofer et Jürg Schlup, « Santé2020 : une vision viable de notre système de santé ? », dans le *Bulletin des médecins suisses*, n°11, 2014, pp. 423-426.

---

Stefan Spycher, D', économiste, responsable de l'unité de direction Politique de la santé et vice-directeur, OFSP.  
Mél : [stefan.spycher@bag.admin.ch](mailto:stefan.spycher@bag.admin.ch)

## Priorités du Conseil fédéral pour la mise en œuvre de Santé2020

T1

Objectifs 2013	Objectifs 2014
1. Le Conseil fédéral a approuvé, à l'attention du Parlement, le message relatif à la limitation des incitations à sélectionner les risques chez les prestataires de l'assurance obligatoire des soins.	1. Ajustement du système de fixation des prix des médicaments (objectif repris de l'année 2013).
2. Le Conseil fédéral a approuvé le message relatif à la loi fédérale sur le dossier électronique du patient.	2. Ouverture de la procédure de consultation pour la concrétisation de la stratégie de qualité du Conseil fédéral pour la médecine de premier recours (objectif repris de l'année 2013).
3. Le Conseil fédéral a validé le concept de mise en œuvre de sa compétence subsidiaire en matière d'adaptation des structures tarifaires dans le tarif médical TARMEED.	3. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a soumis au Conseil fédéral un projet d'ordonnance sur l'adaptation des structures tarifaires dans l'assurance-maladie. Le Conseil fédéral peut approuver celui-ci dans le cadre de sa compétence subsidiaire.
4. Le Conseil fédéral a approuvé le plan d'action « Plus d'organes pour des transplantations ».	4. Un projet destiné à la consultation est présenté au Conseil fédéral pour l'introduction d'une meilleure gestion des admissions dans le domaine ambulatoire.
5. Le masterplan « Médecine de famille et médecine de base » a été appliqué par les acteurs concernés; le nouvel article constitutionnel sur les soins médicaux de base est soumis à la votation populaire le 18 mai 2014.	5. Le Conseil fédéral a ouvert la procédure de consultation concernant la nouvelle loi fédérale sur la protection contre les dangers liés au rayonnement non ionisant et au son.
6. Le Parlement a réintroduit l'admission selon le besoin dans le domaine ambulatoire; le Conseil fédéral a lancé le processus pour l'introduction d'un pilotage à long terme des admissions.	6. Le Conseil fédéral a ouvert la procédure de consultation concernant la nouvelle loi fédérale sur les produits du tabac.
7. Le Conseil fédéral a ouvert la procédure de consultation concernant la loi sur les professions de la santé.	7. Le Conseil fédéral a pris des décisions sur les prochaines étapes dans le domaine des prix des médicaments et sur la question de la part revenant à la distribution.
8. Le Conseil fédéral a approuvé le projet et les ressources pour l'élaboration de statistiques sur les soins de santé ambulatoires (projet Mars).	8. Le Conseil fédéral a approuvé le message relatif à la loi fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques.
	9. Le Conseil fédéral a approuvé le rapport concernant les mesures permettant de mieux concilier l'exercice d'une activité lucrative et la prise en charge de proches.
	10. Le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport sur l'avenir des soins psychiatriques en Suisse (réponse au postulat 10.3255).
	11. Le Conseil fédéral a approuvé le rapport concernant le renforcement des droits des patients (réponse aux postulats 12.3100, 12.3124 et 12.3207).
	12. Au regard des résultats de la procédure de consultation, le Conseil fédéral a pris des décisions sur les prochaines étapes de la nouvelle loi sur les professions de santé.
	13. Le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport sur le repositionnement des pharmacies dans les soins de base (réponse au postulat 12.3864).
	14. Le Conseil fédéral a pris connaissance du résultat de la votation populaire du 18 mai 2014 sur l'arrêté fédéral concernant les soins médicaux de base et en a clarifié la mise en œuvre concrète.

## Les comptes de toutes les assurances sociales sont équilibrés

En 2012, pour la première fois depuis 1990, les comptes de toutes les assurances sociales se sont soldés par un résultat positif. Après 1990, l'assurance-chômage puis l'assurance-invalidité avaient présenté des comptes déficitaires pendant de longues années. Le compte global des assurances sociales (CGAS) le plus récent montre qu'en 2012, les recettes ont moins progressé que les dépenses. Grâce à un résultat des comptes satisfaisant (+21,5 milliards de francs) et à des variations de valeur du capital sur les marchés financiers (+35,9 milliards), le capital cumulé des assurances sociales a grimpé à 758 milliards.



**Salome Schüpbach**  
Office fédéral des assurances sociales



**Stefan Müller**

### Evolution financière des assurances sociales en 2012

En 2012, les recettes des assurances sociales ont atteint 163,6 milliards de francs pour des dépenses de l'ordre de 142,1 milliards (cf. tableau **T1**). Par rapport à l'exercice précédent, les recettes ont nettement moins augmenté que les dépenses, ce qui a conduit à un résultat des comptes de 21,5 milliards de francs, légèrement inférieur à celui de l'exercice précédent (-2,4 milliards). Malgré le recul du résultat des comptes, le capital financier a connu un développement

positif (+7,9%) s'établissant à 757,9 milliards de francs grâce aux variations de valeur du capital sur les marchés financiers. En 2011, les variations de valeur du capital étaient encore clairement négatives (-14,4 milliards de francs) et le capital n'avait augmenté que grâce au résultat des comptes positif de 23,9 milliards pour atteindre 702,4 milliards de francs ou 8,8 milliards de plus qu'en 2010.

En 2012, les dépenses ont augmenté de 4,7%, clairement davantage que les recettes dont la hausse s'est chiffrée à 2,5% (cf. graphique

Le présent article est basé sur la **Statistique des assurances sociales, SAS 2014** de l'OFAS, qui paraîtra en hiver 2014.

N<sup>os</sup> de commande: SAS 318.122.14F, SVS 318.122.14D, gratuit.

Le rapport annuel **Assurances sociales 2013: rapport annuel selon l'article 76 LPGA** est basé sur les mêmes données. Il présente d'autres analyses et informations sur toutes les assurances sociales.

N<sup>os</sup> de commande (par Fr. 10.-):  
Assurances sociales 2013 318.121.13F  
Assicurazioni sociali 2013 318.121.13I  
Sozialversicherungen 2013 318.121.13D

La **statistique de poche 2014 de l'OFAS** sera publiée à la fin du mois de juin 2014. Les principales informations sur les assurances sociales et le compte global CGAS 2012 y sont réunies sous forme synthétique.

N<sup>os</sup> de commande: Statistique de poche 318.001.14F, Pocket statistics 318.001.14ENG, Taschenstatistik 318.001.14D, gratuit.

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

A commander auprès de l'OFCL,  
Diffusion publications,  
3003 Berne  
ou par M<sup>él</sup>: [verkauf.zivil@bbl.admin.ch](mailto:verkauf.zivil@bbl.admin.ch)

## Compte global des assurances sociales CGAS 2012, en milliards de francs

T1

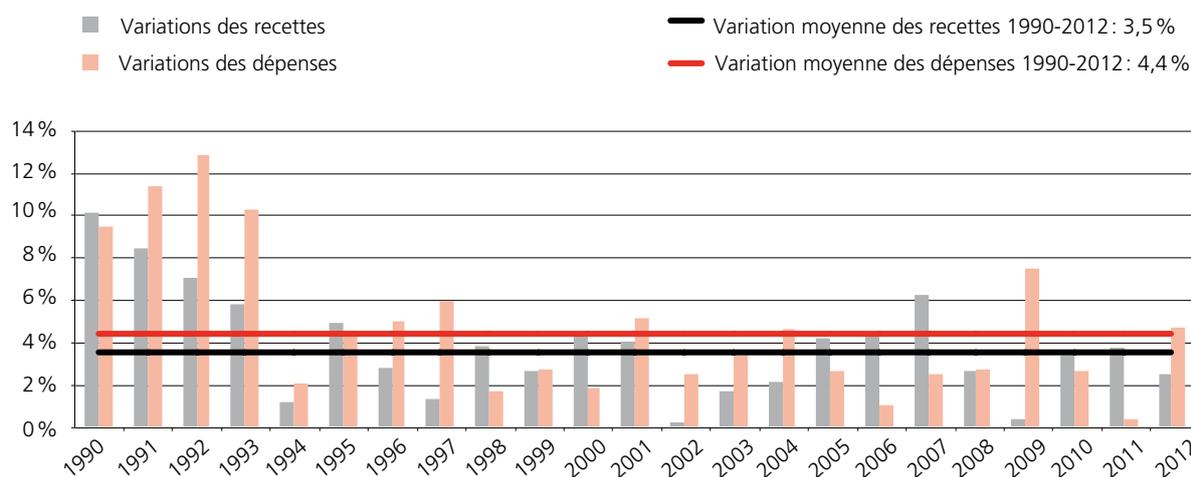
	AVS	PC à l'AVS	AI	PC à l'AI	PP	Amal	AA	APG	AC	AF	Total consolidé
<b>Recettes</b>	<b>39,9</b>	<b>2,5</b>	<b>9,8</b>	<b>1,9</b>	<b>63,4</b>	<b>25,0</b>	<b>7,6</b>	<b>1,7</b>	<b>7,0</b>	<b>5,5</b>	<b>163,6</b>
dont cotisations des assurés et des employeurs	28,9	–	4,8	–	48,0	20,3	6,1	1,7	6,3	5,2	120,8
dont contributions des pouvoirs publics	10,2	2,5	4,8	1,9	–	4,0	–	–	0,6	0,2	24,2
<b>Dépenses</b>	<b>38,8</b>	<b>2,5</b>	<b>9,3</b>	<b>1,9</b>	<b>47,5</b>	<b>23,6</b>	<b>6,2</b>	<b>1,6</b>	<b>5,8</b>	<b>5,4</b>	<b>142,1</b>
dont prestations sociales	38,6	2,5	8,3	1,9	32,7	22,3	5,4	1,6	5,1	5,3	123,1
<b>Résultat des comptes</b>	<b>1,1</b>	<b>–</b>	<b>0,5</b>	<b>–</b>	<b>15,9</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>	<b>0,1</b>	<b>1,2</b>	<b>0,0</b>	<b>21,5</b>
<b>Variation du capital</b>	<b>2,0</b>	<b>–</b>	<b>0,6</b>	<b>–</b>	<b>46,7</b>	<b>2,6</b>	<b>2,3</b>	<b>0,1</b>	<b>1,2</b>	<b>0,0</b>	<b>55,5</b>
dont variations de la valeur du capital	1,0	–	0,1	–	33,7	0,0	1,1	0,0	–	...	35,9
<b>Capital</b>	<b>42,2</b>	<b>–</b>	<b>–9,4</b>	<b>–</b>	<b>667,3</b>	<b>12,2</b>	<b>47,2</b>	<b>0,7</b>	<b>–3,5</b>	<b>1,2</b>	<b>757,9</b>

En 2012, les avoirs de la prévoyance professionnelle ont augmenté (+46,7 milliards de francs) atteignant pratiquement le niveau des dépenses d'une année (47,5 milliards).

Source: SAS 2014

## Evolution des recettes et des dépenses du compte global CGAS 1990-2012

G1



En 2012, la croissance des dépenses a clairement dépassé la croissance des recettes.

Source: SAS 2014

**G1).** La croissance des dépenses a donc dépassé le taux de croissance moyen de 4,4 % depuis 1990. La croissance des recettes a, quant à elle, été

inférieure au taux moyen de 3,5 % depuis 1990. L'augmentation des dépenses supérieure à la moyenne est surtout due à la forte hausse (+9,7 %)

des dépenses dans la prévoyance professionnelle (PP) et plus précisément à la montée en flèche des prestations nettes de libre passage (+33,2 %).

L'augmentation considérable des dépenses en 2012 n'est donc pas liée à la pratique des assurances sociales au sens strict, mais elle s'explique essentiellement par les sorties nettes de capitaux de la PP.

## Recettes

En 2012, les recettes de toutes les assurances sociales ont augmenté de 2,5 %, soit un peu moins fortement qu'en 2010 (3,4 %) et qu'en 2011 (3,7 %). Les taux de croissance plus élevés des deux exercices précédents s'expliquent entre autres par la hausse des cotisations et l'introduction d'une cotisation de solidarité sur les salaires élevés dans l'assurance-chômage (AC, en 2011), par le relèvement temporaire des cotisations au régime des allocations pour perte de gain pour reconstituer le capital du fonds APG (APG, 2011-2015), par le relèvement temporaire de la TVA pour assainir l'assurance-invalidité (AI, 2011-2017) et par une contribution fédérale extraordinaire à l'AC (en 2011).

## Dépenses

En 2012, les dépenses des assurances sociales ont augmenté de 4,7 % au total. Ce taux est supérieur à la moyenne depuis 1990. C'est avant tout la PP qui a contribué à la forte progression des dépenses. Les taux de croissance des dépenses des autres assurances sociales ont été inférieurs à 4 %, à l'exception des prestations complémentaires (PC) à l'AI et des allocations familiales (AF), qui ne jouent qu'un rôle secondaire sous l'angle financier. Sans la forte augmentation des dépenses de la PP, la hausse des dépenses en 2012 aurait été inférieure à la moyenne depuis 1990.

Les dépenses de la PP ont progressé de 9,7 % en 2012. La plupart des composantes des dépenses ont évolué de manière semblable aux exercices précédents, notamment les presta-

tions sociales, qui constituent le poste le plus important (+3,3 %) et les frais de gestion et d'exploitation (+6,9 %). Par contre, la hausse des « autres dépenses » s'est chiffrée à 30,6 %, un taux exceptionnellement élevé. Les autres dépenses comprennent les versements en espèces, les versements nets aux assureurs et le solde des versements de libre passage. La forte augmentation des dépenses de la PP de 9,7 % est donc avant tout imputable à ce poste, et en particulier au développement des prestations de libre passage. La sortie nette de prestations de libre passage n'est pas directement liée aux activités d'assurance des institutions de prévoyance et fluctue fortement d'une année à l'autre. Si l'on excluait ce poste, la hausse des dépenses de la PP se situerait à 5,9 %.

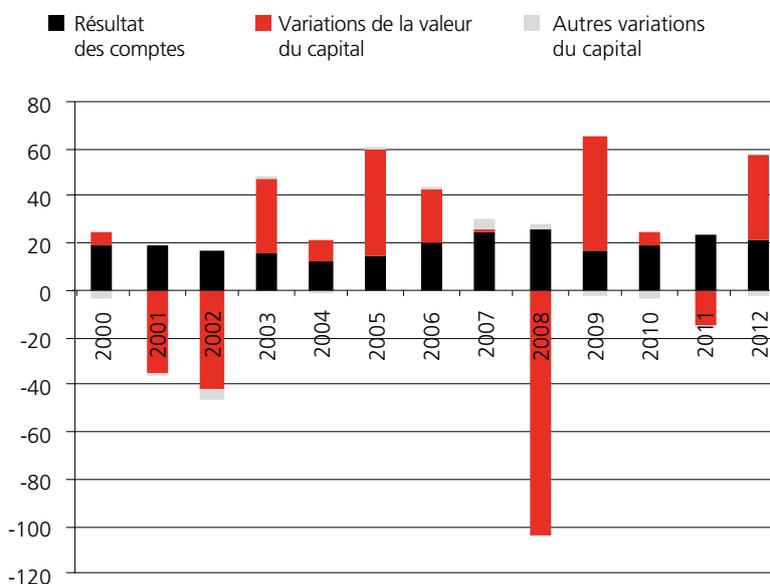
## Variation du capital

Le capital global des assurances sociales dépend du résultat des comptes et des variations de la valeur du capital, ainsi que d'autres varia-

tions du capital. Tous les variations du capital sont essentiellement influencés par la PP. En 2012, 88 % du capital global des assurances sociales relevait de la PP, qui est financée par capitalisation. Il est donc intéressant d'analyser de plus près l'évolution des différentes composantes de la PP (cf. graphique G2). Le solde des comptes de la PP est élevé parce que cette branche d'assurance est encore en développement et que, de ce fait, les recettes y sont nettement supérieures aux prestations sociales. De 1987 à 2012, le solde des comptes atteignait régulièrement entre 15 et 20 milliards de francs. Son évolution est relativement constante. Les variations de la valeur du capital dépendent du volume de capital et des gains ou des pertes en Bourse. Les fluctuations d'une année à l'autre sont très importantes. A trois reprises, les gains cumulés de plusieurs années ont été anéantis par des crises du marché financier (crise des valeurs technologiques en 2001/2002, crise financière de 2008 et crise de l'euro en 2011). En 2012, on a enregistré le troisième plus impor-

## Variation du capital du CGAS 2000-2012, en milliards de francs

G2



Les pertes de valeur du capital dues à des crises ont anéanti une grande partie des gains de valeur du capital réalisés précédemment.

Source: SAS 2014

tant bénéfice boursier jamais réalisé (34 milliards de francs). La bonne tenue des marchés boursiers en 2012 est due entre autres à l'intervention européenne en faveur de la Grèce, au plan de sauvetage de l'euro, à la politique d'extension monétaire de la Réserve fédérale américaine (FED), ainsi qu'à la décision de la Banque centrale européenne (BCE) d'acheter, au besoin, des obligations d'Etat.

Les autres variations du capital des assurances sociales sont imputables à des fluctuations inexplicables de la fortune de la PP, de l'assurance-maladie (AMal) et de l'assurance-accidents (AA). Elles comprennent également les parts de la Confédération dans la vente d'or de la Banque nationale suisse en faveur du Fonds de compensation AVS en 2007.

### Part des assurances sociales dans le PIB en 2012

Le taux des prestations sociales reflète la part de la production économique globale (PIB) qui est à la

disposition des bénéficiaires de prestations sociales. Il met en relation les opérations de répartition des assurances sociales avec la production économique du pays (en d'autres termes, il exprime le total des prestations sociales en pourcentage du PIB). De 13,7 % en 1990, le taux des prestations sociales est passé à 20,8 % en 2012, ce qui représente une augmentation de 7,1 points de pourcentage. Le taux, qui était de 19,5 % en 1997 et en 2008, avait temporairement atteint 21,4 % en 2004/2005. En 2009, il s'établissait à 21,0 % en raison d'une diminution du PIB de 2,4 %, accompagnée d'une hausse des prestations sociales de 5,1 %. En 2010, le taux a accusé une nouvelle baisse de 0,3 point de pourcentage atteignant 20,7 %, à la suite d'une augmentation du PIB de l'ordre de 3,3 %. En 2011, face à la hausse continue du PIB (+2,2 %), le taux des prestations sociales est passé à 20,5 %. En 2012, il avait pratiquement retrouvé le niveau de 2009, se chiffrant à 20,8 %.

Le taux de la charge sociale, qui constitue un indice de la charge rela-

tive que les recettes des assurances sociales font peser sur l'économie nationale, a nettement augmenté depuis 2008; en 2012, il s'élevait à 26,8 %. 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), assortie d'une croissance plutôt modeste du PIB.

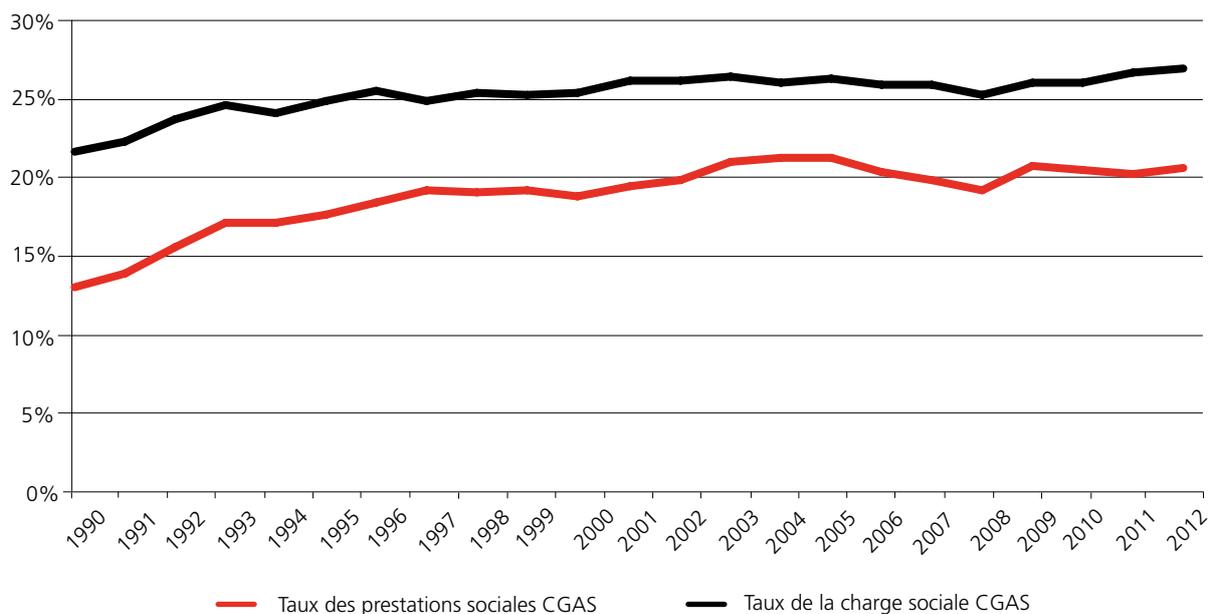
### Evolution financière 2013 des assurances centralisées AVS, AI, APG, AC et PC

Les budgets 2013 des assurances sociales obligatoires et centralisées (AVS, AI, APG, PC et AC) sont déjà connus, contrairement aux calculs plus détaillés qui seront publiés plus tard dans l'année (cf. tableaux T2 et T3). L'évolution globale est résumée dans deux tableaux.

En 2013, pour des recettes de 40884 millions de francs, l'AVS a assumé des dépenses de 39976 millions et affiché

Taux des prestations sociales et taux de la charge sociale 1990-2012

G3



L'évolution du taux de la charge sociale reflète l'amélioration de la base financière des assurances sociales intervenue depuis 2010.

Source: SAS 2014

## Finances des AVS, AI, APG, AC et PC en 2013 (en millions de francs)

T2

	AVS	PC à l'AVS	AI	PC à l'AI	APG	AC
<b>Recettes</b>	<b>40 884</b>	<b>2 605</b>	<b>9 892</b>	<b>1 923</b>	<b>1 779</b>	<b>6 890</b>
Cotisations des assurés et des employeurs	29 539	–	4 951	–	1 766	6 269
Contributions des pouvoirs publics	10 441	2 605	4 804	1 923	–	611
Produit courant du capital	732	–	56	–	10	4
Variation de la valeur du capital	162	–	21	–	3	–
Autres recettes	9	–	59	–	–	5
<b>Dépenses</b>	<b>39 976</b>	<b>2 605</b>	<b>9 306</b>	<b>1 923</b>	<b>1 638</b>	<b>6 302</b>
Prestations sociales	39 781	2 605	8 354	1 923	1 635	5 617
Frais de gestion et d'exploitation	195	–	664	–	3	674
Autres dépenses	–	–	287	–	–	11
<b>Résultat d'exploitation</b>	<b>908</b>	<b>–</b>	<b>586</b>	<b>–</b>	<b>141</b>	<b>587</b>
<b>Résultat de répartition</b>	<b>14</b>	<b>–</b>	<b>509</b>	<b>–</b>	<b>128</b>	<b>583</b>
<b>Solde du compte CGAS</b>	<b>746</b>	<b>–</b>	<b>565</b>	<b>–</b>	<b>138</b>	<b>587</b>
<b>Capital</b>	<b>43 080</b>	<b>–</b>	<b>5 000</b>	<b>–</b>	<b>798</b>	<b>–2 886</b>
<b>Niveau de la dette AI</b>			<b>–13 765</b>			

Les réserves financières de l'AVS restent clairement supérieures au niveau des dépenses d'une année.  
Source: SAS 2014

## Evolution financière des AVS, AI, APG, AC et PC 2013 (en %)

T3

	AVS	PC à l'AVS	AI	PC à l'AI	APG	AC
<b>Recettes</b>	<b>0,1%</b>	<b>3,2%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,6%</b>	<b>1,5%</b>	<b>–1,0%</b>
Cotisations des assurés et des employeurs	2,3%	–	2,3%	–	2,3%	–1,3%
Contributions des pouvoirs publics	2,6%	3,2%	0,5%	0,6%	–	2,0%
Produit courant du capital	–9,5%	–	–20,5%	–	11,6%	–13,5%
Variation de la valeur du capital	–83,1%	–	–83,6%	–	–84,2%	–
Autres recettes	44,6%	–	–13,6%	–	–	38,4%
<b>Dépenses</b>	<b>3,0%</b>	<b>3,2%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,6%</b>	<b>2,0%</b>	<b>8,7%</b>
Prestations sociales	3,0%	3,2%	0,2%	0,6%	2,1%	9,8%
Frais de gestion et d'exploitation	5,1%	–	1,5%	–	–7,6%	1,3%
Autres dépenses	–	–	–4,0%	–	–	–36,9%
<b>Résultat d'exploitation</b>	<b>–55,2%</b>	<b>–</b>	<b>–1,5%</b>	<b>–</b>	<b>–4,5%</b>	<b>–49,3%</b>
<b>Résultat de répartition</b>	<b>–94,8%</b>	<b>–</b>	<b>29,0%</b>	<b>–</b>	<b>5,9%</b>	<b>–</b>
<b>Solde du compte CGAS</b>	<b>–30,3%</b>	<b>–</b>	<b>21,5%</b>	<b>–</b>	<b>6,3%</b>	<b>–49,3%</b>
<b>Capital</b>	<b>2,2%</b>	<b>–</b>	<b>–6,3%</b>	<b>–</b>	<b>21,5%</b>	<b>–16,9%</b>
<b>Niveau de la dette AI</b>			<b>–4,1%</b>			

En 2013, l'AC a accusé une augmentation des prestations sociales de près de 10%. Source: SAS 2014

ainsi un résultat d'exploitation de 908 millions de francs. Les recettes sont restées stables en dépit d'une augmentation des cotisations des assurés (2,3%) et d'une contribution publique plus élevée (2,6%), parce que le résultat des placements (produit courant du capital, intérêts sur la dette de l'AI et variations de valeur du capital) a diminué de 49,4%, s'établissant à 894 millions de francs. Les dépenses ont augmenté de 3,0% en 2013, année d'adaptation des rentes. Tous ces facteurs ont conduit à un résultat d'exploitation et à un résultat de répartition inférieurs à ceux de l'exercice précédent (voir explications dans l'encadré). Le capital a seulement progressé de 2,2% pour atteindre 43 milliards de francs.

En 2013, l'évolution de l'AI a été équilibrée (en dépit de l'adaptation des rentes). Tout comme dans l'AVS, les cotisations des employeurs et des assurés ont augmenté de 2,3%. Les subventions des pouvoirs publics n'ont que peu augmenté, parce que la charge des intérêts sur la dette de l'AI envers l'AVS a diminué à la suite de la réduction de la dette et parce que les autres éléments n'ont que légèrement progressé (contribution fédérale ordinaire: 0,1%; TVA: 2,5%). Le rendement du capital (produit courant du capital et variations de valeur de celui-ci) a diminué de 61,4%, de sorte que les recettes sont restées stables à 9,9 milliards de francs. En 2013, en dépit de l'adaptation des rentes à l'évolution économique, les dépenses de l'AI ont seulement augmenté de 0,1% pour s'établir à 9,3 milliards de francs. Les dépenses pour les rentes proprement dites ont même diminué de 0,8%, un résultat imputable au recul continu du nombre de bénéficiaires de rente AI. Par conséquent, le résultat d'exploitation a été légèrement plus faible (586 milliards de francs), tandis que le résultat de répartition a été nettement plus élevé (509 milliards de francs). Etant donné que le Fonds de l'AI avait déjà atteint son capital maximal de 5 milliards de francs en 2012, l'ensemble du résultat

d'exploitation a pu être utilisé pour réduire la dette auprès de l'AVS, qui est passée de 14,4 à 13,8 milliards de francs.

Entièrement financées par des fonds publics, les PC à l'AVS et à l'AI présentent par définition des comptes équilibrés, c'est-à-dire que les dépenses sont toujours égales aux recettes. Depuis 2007, les PC à l'AI ont nettement moins progressé que les PC à l'AVS (à l'exception de 2012, en raison de la réduction de moitié de l'indemnité pour imposables dans les homes). Cette tendance s'est poursuivie en 2013, les PC à l'AI ayant augmenté de 0,6 % et les PC à l'AVS de 3,2 %. En comparaison des années précédentes, la progression est cepen-

dant modeste pour les deux assurances. Les PC à l'AI ont enregistré leur plus faible progression depuis 1996.

En 2013, les recettes du régime APG ont augmenté de 1,5 % pour s'établir à 1,8 milliard de francs, tandis que les dépenses ont progressé de 2,0 %, atteignant 1,6 milliard. Les recettes se composent principalement des cotisations des assurés et des employeurs (1,8 milliard de francs), qui ont augmenté de 2,3 % comme pour l'AVS et l'AI. Le résultat des placements, qui joue un rôle secondaire, a reculé de 51,0 % pour se chiffrer à 13 millions de francs. Les prestations en espèces sont le principal facteur d'influence des dépenses; elles ont

augmenté de 2,1 %, atteignant 1,6 milliard de francs en 2013. L'exercice 2013 s'est terminé sur un résultat d'exploitation de 141 millions de francs pour les APG. Par rapport à 2012, le capital APG a augmenté de 21,5 % et s'est établi à 798 millions de francs.

L'économie suisse s'est développée en 2013 avec un PIB en hausse de 1,9 %. En comparaison, le PIB avait progressé de 1,2 % en 2012. Le nombre de personnes inscrites au chômage a néanmoins continué de croître pour atteindre 149 437 personnes à fin 2013. Par conséquent, les dépenses de l'AC ont augmenté de 8,7 %, se chiffrant à 6 302 millions de francs. Les recettes ont diminué de 1,0 % et ont atteint 6 890 millions de francs en raison d'une nouvelle ordonnance portant sur la restitution de cotisations aux frontaliers. L'excédent de l'AC s'est ainsi réduit à 0,6 milliard de francs (-49,3 %). Les dettes de l'AC continuent de baisser pour atteindre 2,9 milliards de francs. Pour accélérer encore le désendettement, la cotisation de solidarité est également prélevée sur les salaires supérieurs à 315 000 francs depuis 2014.

Les rapports financiers concernant l'AVS, l'AI et les APG comprennent trois façons de présenter les recettes et, partant, les comptes de résultats. Suivant la perspective adoptée, il faut utiliser l'un de ces modes de présentation des comptes:

Le **résultat d'exploitation** prend en compte, côté recettes, le produit courant du capital et les variations de valeur du capital liées aux marchés financiers.

Le **résultat de répartition** ne tient pas compte, dans les recettes, du produit courant du capital ni des variations de valeur du capital liées aux marchés financiers.

Le **résultat du compte global CGAS** prend en compte le produit du capital (qui résulte du circuit économique) dans le calcul des recettes, mais pas les variations de valeur du capital, qui dépendent des fluctuations de valeur des actions en Bourse.

Le **résultat d'exploitation** analyse les chiffres dans la perspective de l'économie d'entreprise, le résultat de répartition reflète l'optique assurantielle et le résultat du compte global CGAS repose sur une approche macroéconomique (pour plus de détails, voir CHSS 5/2010, p. 257 ss). Les assurances sociales étant des instruments de garantie et de redistribution économique, l'évaluation de leur évolution financière dans une perspective macroéconomique semble être la plus judicieuse.

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

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

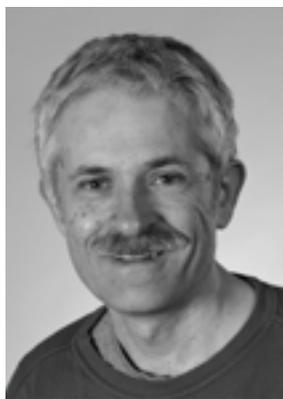
## Statistique de l'AI 2013: davantage de prestations de réadaptation professionnelle et moins de rentes

Ces dernières années ont été marquées par une baisse continue de l'effectif des rentes. Le taux de nouvelles rentes a ainsi diminué de plus de la moitié depuis 2003, et le nombre de rentes en cours est lui aussi en baisse. En revanche, l'assurance octroie de plus en plus de prestations de réadaptation professionnelle. Dans ce domaine, le nombre de bénéficiaires a plus que doublé depuis 2007.

(cf. graphique G1). Cette croissance est due non seulement aux nouvelles prestations, à savoir les mesures d'intervention précoce et de réinsertion, mais aussi à l'augmentation importante des mesures d'ordre professionnel.



**Markus Buri**  
Office fédéral des assurances sociales



**Beat Schmid**

### Mesures de réadaptation

En 2013, l'assurance-invalidité (AI) a octroyé des mesures de réadaptation<sup>1</sup> à un peu plus de 192 000 personnes (cf. tableau T1). Elle a accordé 103 000 mesures médicales, servant surtout à soigner les enfants atteints d'infirmités congénitales, 65 000 prestations dans le domaine des moyens auxiliaires, dont le type le plus fréquent est l'appareil auditif, et 23 000 mesures d'ordre professionnel, favorisant l'intégration dans le monde du travail des personnes avec un handicap. Des mesures d'intervention précoce et des mesures de réinsertion<sup>2</sup>, deux instruments de réadaptation créés par la 5<sup>e</sup> révision de l'AI, entrée en vigueur en 2008, ont été octroyées à 13 000 assurés en 2013.

Le nombre de bénéficiaires de prestations de réadaptation professionnelle a plus que doublé depuis 2007

### Bénéficiaires de rente et dépenses liées aux rentes

En décembre 2013, l'AI a versé 349 000 rentes pour un total de 422 millions de francs (cf. tableau T2), dont 265 000 rentes d'invalidité (377 millions) et 84 000 rentes pour enfant (45 millions) versées aux bénéficiaires de rente AI ayant des enfants mineurs ou en formation (jusqu'à 25 ans). L'effectif global des rentes a baissé de 2,8% par rapport à décembre 2012.

- 1 Cette première partie porte aussi sur les mesures d'intervention précoce, bien qu'elles ne fassent pas partie des mesures de réadaptation (cf. art. 7d de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité).
- 2 Les mesures de réinsertion ont été conçues principalement pour les assurés dont la capacité de travail est limitée pour des raisons psychiques, afin de les préparer à suivre des mesures d'ordre professionnel.

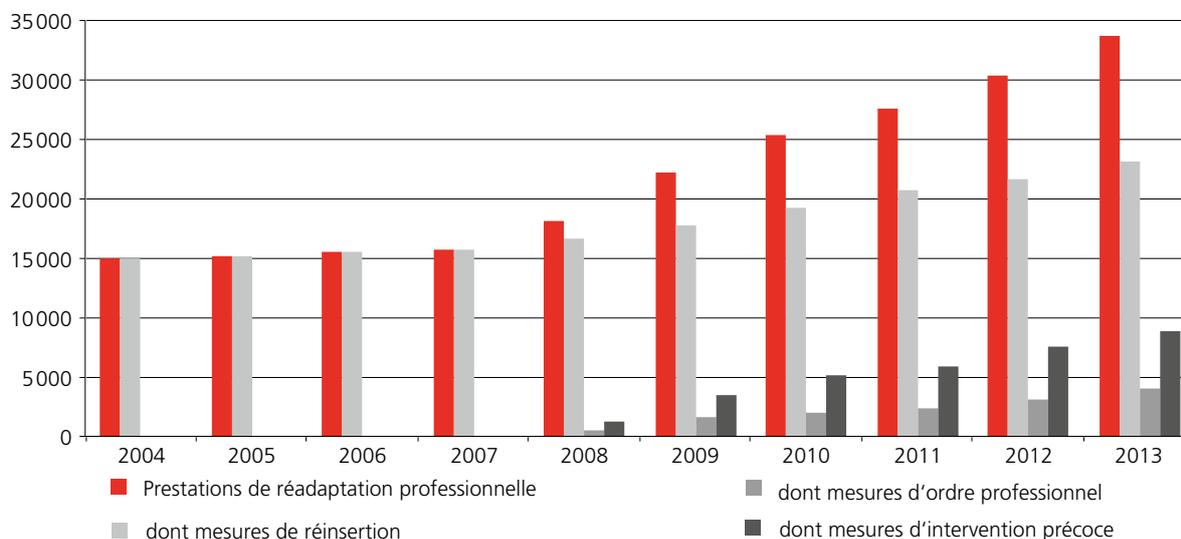
### Mesures de réadaptation de l'AI par catégorie de bénéficiaires et par coûts, 2013 T1

Types de mesures	Nombre de mesures	Coûts (en millions de fr.)	Coût moyen (en fr.) par mesure
Mesures médicales	103 100	784	7 602
Mesures d'intervention précoce	8 900	33	3 661
Mesures de réinsertion	4 100	41	10 107
Mesures d'ordre professionnel	23 200	546	23 542
Remise de moyens auxiliaires	64 600	190	2 943
<b>Total des mesures de réadaptation</b>	<b>203 800</b>	<b>1 593</b>	<b>7 817</b>
Total des bénéficiaires	192 100	1 593	8 295

Les indemnités journalières liées aux mesures de réadaptation ne sont pas prises en compte dans les coûts.

## Evolution des prestations de réadaptation professionnelle, de 2004 à 2013

G1



Comme certains assurés ont bénéficié de différentes prestations de réadaptation professionnelle au cours de la même année, la somme des trois sous-catégories (colonnes grises) est légèrement supérieure au nombre total de bénéficiaires (colonnes rouges).

Source: OFAS

Malgré l'adaptation du niveau des rentes à l'évolution des salaires et des prix intervenue le 1<sup>er</sup> janvier 2013 (+0,9%), les dépenses liées aux rentes ont diminué (-1,7%).

## Dynamique des rentes

De décembre 2012 à décembre 2013, on a enregistré 15 900 entrées dans l'assurance et 21 700 sorties (cf. graphique G2). Ces dernières se répartissent comme suit: 15 200 personnes (70%) sont passées à l'AVS, 3 600 (17%) sont décédées et environ 2 900

ont quitté l'assurance pour d'autres motifs. Compte tenu de la structure d'âge de la population, l'importance des sorties liées au passage à l'AVS aura tendance à croître dans les prochaines années. Si l'on répartit les mouvements en fonction du domicile, on constate que le nombre de rentiers AI résidant à l'étranger a diminué par rapport à l'année précédente, ce qui est d'autant plus remarquable que le nombre de rentiers AI ayant quitté le pays dépasse très nettement le nombre de ceux qui sont venus s'établir en Suisse. Le solde est de 700 en faveur des destinations étrangères.

## Evolution du nombre de nouvelles rentes en Suisse

La proportion de nouvelles rentes octroyées à la population assurée a atteint un sommet en 2003 avec 0,60%. Depuis lors, ce taux a diminué de plus de la moitié (0,27% en 2013; cf. graphique G3). L'analyse des causes d'invalidité montre que la hausse du nombre de rentes jusqu'en 2003 était surtout due à l'augmentation supérieure à la moyenne des cas de maladie psychique. La forte diminution du taux de rentes de 2003 à 2013 tient avant tout au fait que la fréquence des affec-

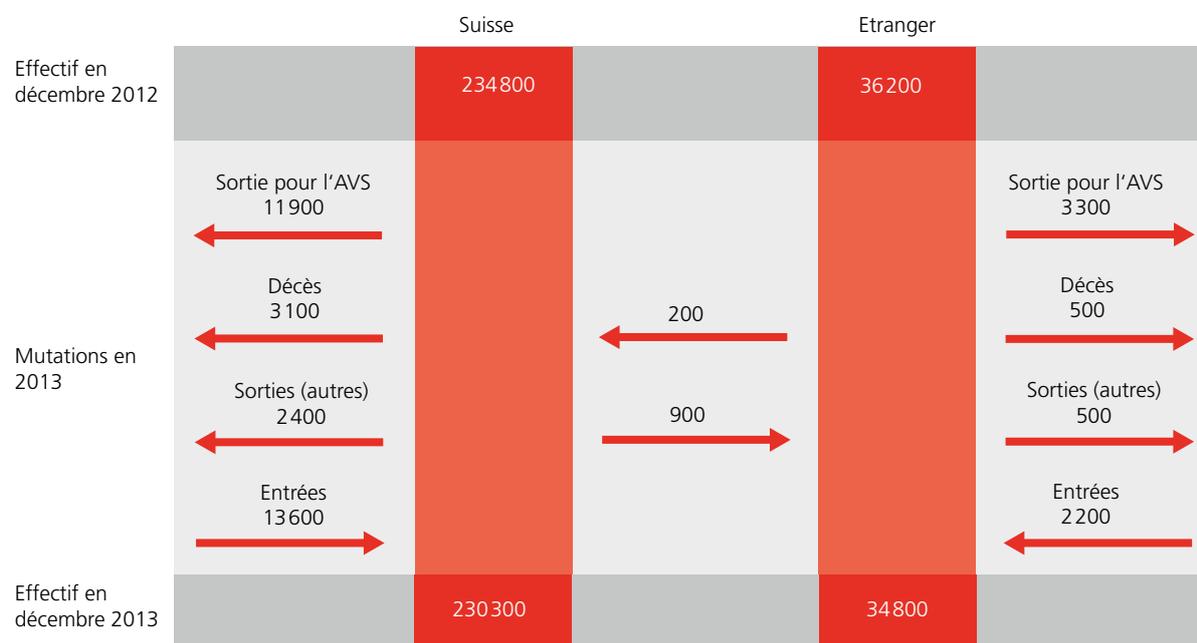
## Rentés de l'AI par catégorie de bénéficiaires et par coûts

T2

Genre de rente	Nombre de bénéficiaires de rente en décembre			Total des rentes en décembre (en millions de francs)		
	2012	2013	Variation	2012	2013	Variation
Rente d'invalidité, hommes	150 184	146 571	-2,4%	213,9	210,1	-1,8%
Rente d'invalidité, femmes	120 826	118 549	-1,9%	168,4	166,5	-1,1%
Total des rentes d'invalidité	271 010	265 120	-2,2%	382,3	376,7	-1,5%
Rente pour enfant (père)	53 350	50 641	-5,1%	29,0	27,8	-4,1%
Rente pour enfant (mère)	34 464	33 119	-3,9%	18,1	17,6	-2,8%
Total des rentes pour enfant	87 814	83 760	-4,6%	47,2	45,4	-3,8%
Total	358 824	348 880	-2,8%	429,5	422,1	-1,7%

## Dynamique des rentes AI, bénéficiaires en 2013

G2



Source: OFAS

tions des os et de l'appareil locomoteur a fortement baissé. Pour les autres causes d'invalidité, le taux de nouvelles rentes a également diminué, mais moins fortement. En revanche, pour les infirmités congénitales, le taux de nouvelles rentes est resté pratiquement identique depuis 2004.

## Allocations pour impotent

En décembre 2013, 33 600 adultes ont perçu une allocation pour impotent (API), pour un total de 21,4 millions de francs (47 % présentaient une impotence faible, 32 % une impotence moyenne et 21 % une impotence grave; cf. tableau T3). Etant

donné que le montant de la prestation dépend de la gravité, plus de 70 % des dépenses étaient affectées aux allocations pour impotence moyenne et grave. Environ 60 % des bénéficiaires d'une API vivaient à domicile. Ils ont engendré un peu plus de 80 % des coûts, les allocations étant nettement plus élevées à domicile qu'en home. Les montants des API versées aux bénéficiaires vivant en home ont été réduits de moitié en 2012, dans le cadre de la 6<sup>e</sup> révision de l'AI; ils équivalent désormais au quart des API versées aux bénéficiaires vivant à domicile. Les dépenses pour les API en home ont par conséquent diminué, passant de 7,9 millions de francs en décembre 2011 à 4,0 millions en décembre 2013. L'assurance réalise ainsi une économie annuelle de 45 millions de francs. En outre, environ 800 assurés ont touché une contribution d'assistance en 2013, pour un total de 22 millions de francs.

Contrairement aux adultes, pratiquement tous les enfants bénéficiaires d'une API vivent à domicile. Un tiers

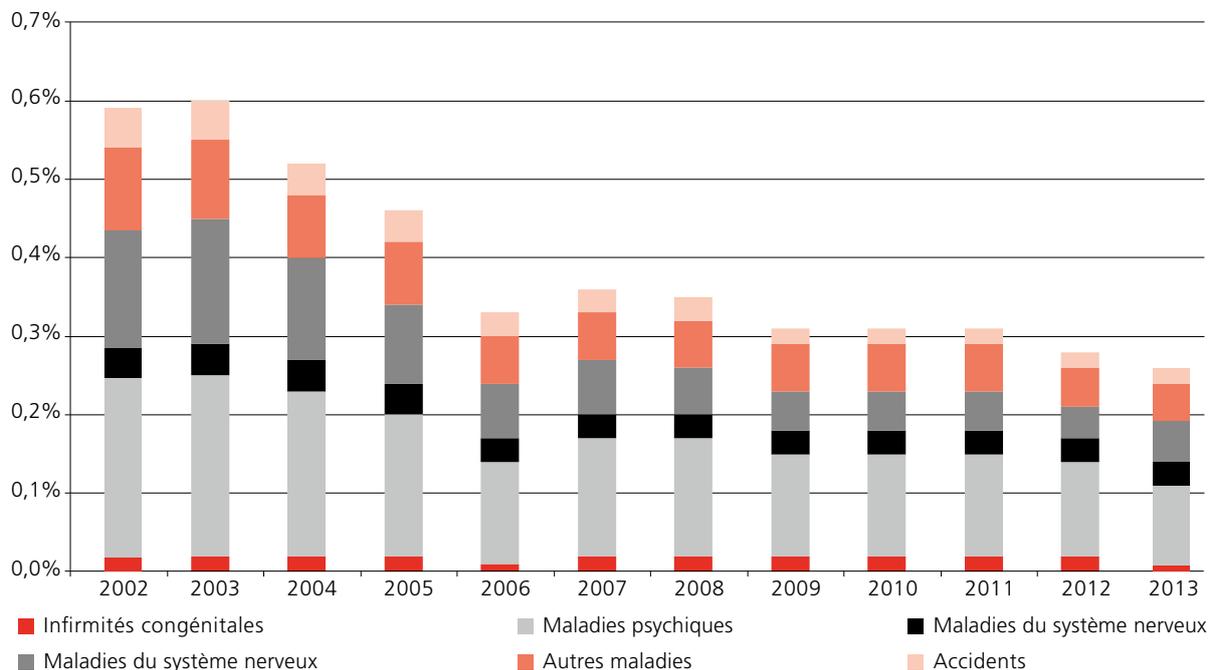
## Adultes touchant une API de l'AI et montant total versé, décembre 2013

T3

Impotence	Bénéficiaires	Montant total (en millions de fr.)
Faible	15 700	6,0
Moyenne	10 600	8,3
Grave	7 200	7,1
<b>Genre d'habitation</b>		
A domicile sans accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie	15 600	14,3
A domicile avec accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie	5 000	3,2
En home	13 000	4,0
Total	33 600	21,4

## Evolution du taux de nouvelles rentes en Suisse par cause d'invalidité, de 2002 à 2013

G3



Le taux de nouvelles rentes correspond au pourcentage de nouveaux bénéficiaires de rente par rapport à la population résidente permanente âgée de 18 à 63/64 ans. Le net recul enregistré en 2006 tient au retard pris dans le traitement des dossiers en raison de la réintroduction du préavis dans l'AI le 1<sup>er</sup> juillet 2006.

Source: OFAS

## Mineurs touchant une API de l'AI et montant total moyen versé par mois, 2013

T4

Impotence	Bénéficiaires	Montant total (en millions de fr.)
Faible	3 000	1,7
Moyenne	4 700	5,6
Grave	1 700	3,5
<b>Genre d'habitation</b>		
A domicile (sans supplément pour soins intenses)	6 700	5,9
A domicile (avec un supplément pour soins intenses)	2 700	4,9
Total des mesures	9 400	10,8
Total des bénéficiaires	8 600	10,8

d'entre eux perçoivent aussi un supplément pour soins intenses (cf. tableau T4).

Beat Schmid, lic. phil. I.  
Mél: beat.schmid@bsv.admin.ch  
Markus Buri, lic. phil. hist.  
Mél: markus.buri@bsv.admin.ch

Tous deux sont collaborateurs scientifiques au secteur Statistique du domaine Mathématiques, analyses et statistiques, à l'OFAS.

La statistique de l'AI est établie sur la base des données fournies par les registres tenus par la Centrale de compensation (CdC) à Genève. Celle-ci recueille toutes les données que les caisses de compensation de l'AVS et les offices AI lui communiquent par voie électronique, les traite et les met à la disposition de l'OFAS, qui établit et gère la statistique.

La Statistique 2013 de l'AI est disponible gratuitement au format pdf sur le site [www.ai.bsv.admin.ch](http://www.ai.bsv.admin.ch). La partie Tableaux détaillés peut également être consultée, au format Excel, sur le même site, qui est géré et mis à jour par l'Office fédéral de la statistique. La Statistique de l'AVS est disponible sur [www.av.s.bsv.admin.ch](http://www.av.s.bsv.admin.ch), et la Statistique des prestations complémentaires, sur [www.pc.bsv.admin.ch](http://www.pc.bsv.admin.ch).

## Redistribution dans l'assurance obligatoire des soins: étude de microsimulation

L'assurance obligatoire des soins produit des effets de redistribution financière entre groupes de personnes ou de ménages. Un modèle de microsimulation a permis d'étudier pour la première fois ces multiples effets dans une perspective globale. Du côté du financement, ont été prises en compte non seulement les primes d'assurance-maladie et les participations aux coûts, mais aussi les réductions de prime et les contributions des pouvoirs publics aux hôpitaux et aux EMS, qui sont financées par les impôts.



André Müller  
Ecoplan



Tobias Schoch

### Redistribution et solidarité

Par la **loi fédérale sur l'assurance-maladie** (LAMal), en vigueur depuis 1996, le législateur visait des soins médicaux de qualité, mais aussi deux autres objectifs principaux: d'une part, la charge des primes pour les soins médicaux doit être financièrement supportable pour tous et, d'autre part, la LAMal fait du **principe de solidarité** la maxime fondant la politique de la santé. Le législateur entendait en particulier renforcer la solidarité entre les assurés dont le revenu et les risques face à la maladie sont différents. Dans l'assurance obligatoire des soins (AOS), ce principe est appliqué notamment sous la forme de

primes par tête, dont le montant ne dépend ni du revenu, ni de l'âge, ni du sexe, ni de l'état de santé. Les primes par tête ne tiennent cependant pas compte des différences de capacité financière des individus et des familles. Afin d'alléger la charge financière considérable qu'elles font peser sur les ménages à faible revenu, la LAMal prévoit une réduction individuelle des primes (RIP), qui agit comme une prestation de transfert, ou redistribution, en aval des primes d'assurance-maladie.

### Flux de redistribution dans l'assurance-maladie obligatoire

Les interactions entre ces trois éléments – prime d'assurance-maladie,

contributions des pouvoirs publics et RIP –, qui diffèrent beaucoup d'un canton à l'autre, se reflètent dans un **système complexe de flux financiers et de redistribution**. Même si l'on ne considère que ces trois éléments, il n'est par exemple pas possible de chiffrer l'ampleur de la charge financière pour une famille monoparentale avec deux enfants suivant le canton de domicile sans connaître d'autres variables. Il est encore plus difficile d'établir des comparaisons solides entre différents groupes de ménages (par exemple ménages de rentiers ou ménages d'une personne) dans des situations financières différentes.

Les effets de redistribution complexes dans l'AOS (par exemple entre jeunes et vieux, riches et pauvres, bien portants et malades) ont déjà fait l'objet d'études sous les points de vue les plus divers. Mais comme la plupart des travaux se sont concentrés sur des aspects isolés du financement, ils ne permettent pas une description ni une quantification exhaustive de ces effets. Pour une analyse complète de la redistribution, il importe de considérer non seulement le financement des primes, mais aussi **tous les autres flux financiers** (par exemple, les contributions des cantons aux hôpitaux, qui sont financées par les impôts).

### Considération nette: financement et prestations de santé consommées

Le côté financement de l'AOS (primes d'assurance-maladie, participation aux coûts, impôts, etc.) comprend tous les fonds qui entrent dans le système de l'AOS. Le côté prestations comprend, quant à lui, les coûts pris en charge par les caisses-maladie pour les prestations de santé de l'assurance de base (p. ex. frais des consultations médicales et des traitements hospitaliers). En comparant entre eux

financement et prestations, il est possible de chiffrer séparément les **contributions nettes au financement** (différence entre financement et prestations) **des différents groupes de personnes ou de ménages** et d'analyser les effets de redistribution dans toute leur étendue. Cela permet de montrer :

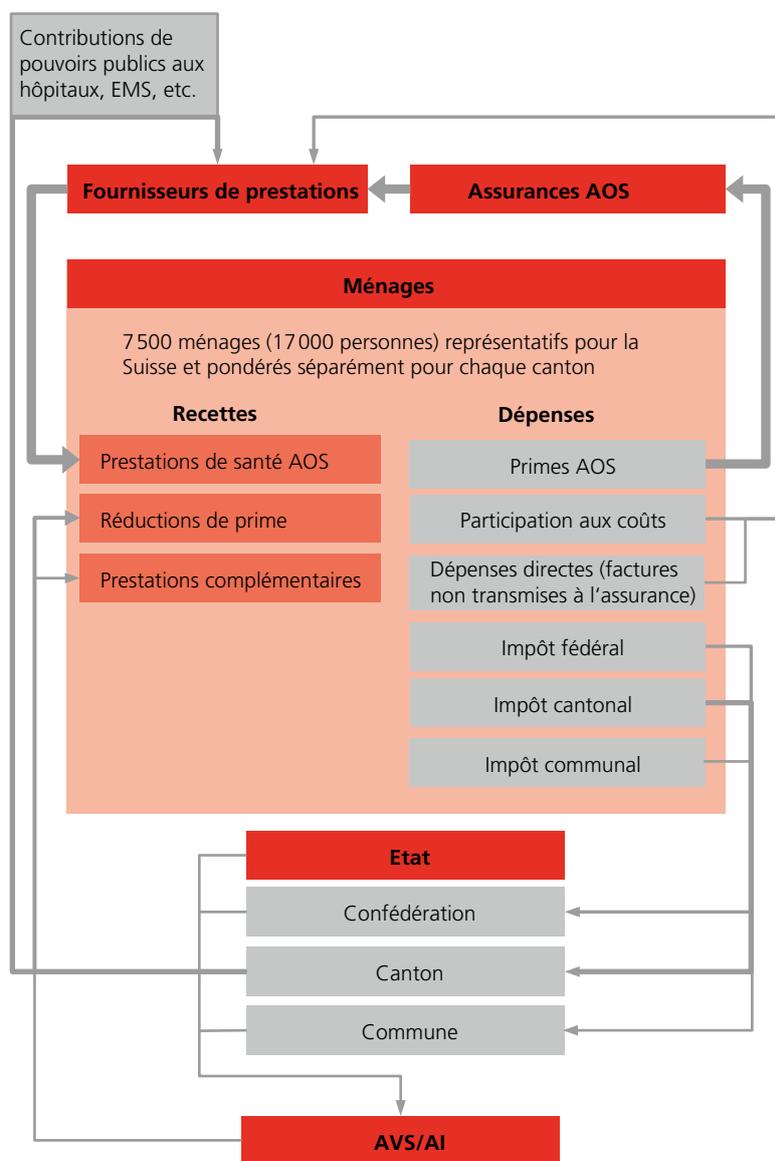
- le niveau des contributions que les ménages ou les individus apportent au système, et celui des prestations qu'ils en obtiennent, et
- la proportion dans laquelle les contributions à l'AOS pèsent sur le revenu disponible (des personnes ou des ménages).

#### Méthode appliquée : modèle d'incidence

Le grand nombre des effets de redistribution et des flux financiers ainsi que le volume des données requises par voie de conséquence nécessitent une méthode d'analyse particulière. La modélisation doit notamment prendre en compte toute la diversité des interactions entre les éléments de financement (revenu, franchise à option, impôts, réduction de primes, etc.). Les auteurs de l'étude ont donc élaboré un **modèle d'incidence**, fondé sur des **données individuelles**, qui englobe **tous les aspects du financement et des prestations de l'AOS par personne** (et par ménage). Etant donné que les données pertinentes (prime, RIP, etc.) sont calculées séparément pour tous les individus, l'analyse des effets de redistribution n'est pas limitée par des hypothèses adoptées au préalable et nécessitées par la construction du modèle à des fins de simplification. Au contraire, cette approche permet de chiffrer cette redistribution de façon différenciée en fonction de **critères démographiques** (âge, sexe, nationalité, etc.), **géographiques** (à l'échelle de la Suisse et par canton) et **relatifs au type de ménage** (famille monoparentale, ménage d'une personne, etc.). Il est également possible de procéder à des analyses croisées (p. ex. revenu x âge x canton).

#### Flux de redistribution dans le modèle

G1



Source: Ecoplan (2013), p. 5

#### « Modèle d'incidence 2010 » : microsimulation pour l'AOS

Le « modèle d'incidence AOS 2010 » est un **modèle statique** permettant d'analyser la **redistribution entre les personnes**. Toutes les analyses s'appuient sur des données de l'année 2010. Dans sa forme actuelle, le modèle ne permet pas de tirer des conclusions sur le cycle de vie d'un individu donné (pas d'effets intrapersonnels ou intergénérationnels).

#### Modèle d'impact de l'analyse d'incidence

Au centre du modèle d'incidence, on trouve les individus formant les ménages privés. Les recettes et les dépenses consacrées par chaque personne à l'AOS sont comparées au niveau du ménage (sous forme de comptes; cf. graphique G1):

- Côté dépenses, sont comptabilisés dans le compte du ménage les primes, les participations aux coûts (franchise, quote-part) les dépenses

directes<sup>1</sup> et les impôts payés. Les impôts (fédéral, cantonal et communal) recouvrent toutes les contributions que le ménage verse, soit directement par l'impôt sur le revenu et la fortune, soit indirectement (p. ex. par la TVA perçue sur les biens de consommation), à la Confédération, au canton et à la commune.

- La colonne recettes du compte du ménage comprend avant tout les prestations de santé perçues et prises en charge par l'AOS. Pour les ménages à faible revenu, s'y ajoutent les subsides de réduction individuelle des primes et, le cas échéant, les prestations complémentaires à l'AVS/AI.

L'interaction entre les ménages et les fournisseurs de prestations, les assureurs AOS et les pouvoirs publics est illustrée dans le graphique **G1** sous forme de flux financiers (flèches). Les **caisses-maladie** sont, dans le modèle, des intermédiaires qui participent à l'écoulement des flux financiers. Le modèle considère également les **fournisseurs de prestations** comme des intermédiaires, car ils offrent les prestations de santé demandées.

### Données utilisées

Toute une série de sources de données sont utilisées pour quantifier les flux de redistribution. Le modèle d'incidence se sert avant tout des données de référence de la statistique des revenus et des conditions de vie (Statistics on Income and Living Conditions, SILC) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour l'année 2010. Le modèle reprend de ces données les caractéristiques démographiques des individus qui sont représentatives pour la Suisse ainsi que les structures de base des familles et des ménages. L'analyse se sert **exclusivement de données empiriques** sur les ménages et les personnes et ne recourt pas à des personnes ou à des structures de ménage synthétiques. Les indications recueillies pour la SILC (p. ex. revenu du ménage ou état de santé) sont très

vastes et recouvrent une bonne partie des données pertinentes. Celles qui ne sont pas saisies dans la SILC sont ajoutées au modèle au moyen de la méthode de microsimulation.

### Méthode de microsimulation

L'édition 2010 de la SILC ne comprend pas de données individuelles (ou pas de la qualité requise) sur les variables pertinentes pour l'AOS que sont la prime, la franchise, la quote-part, les dépenses directes, la réduction de primes et les prestations de santé consommées. Il faut donc recourir ici à des **données complémentaires**. L'intégration de ces dernières s'avère difficile, car la situation juridique actuelle interdit un appariement de données d'une telle ampleur au niveau des personnes.

Il est néanmoins possible de recourir à une méthode qui a fait ses preuves, celle de la microsimulation, pour substituer les données manquantes. La **microsimulation** se fait en deux étapes:

- D'abord, les indications qui manquent au modèle d'incidence sont estimées à partir d'autres données de référence (p. ex. celles de l'Enquête suisse sur la santé, de l'OFS) au moyen de **modèles statistiques**. La modélisation utilise les **structures et caractéristiques cantonales** (p. ex. les différents systèmes cantonaux de RIP). Les valeurs estimées sont alors appliquées aux données de la SILC pour y intégrer les variables et observations manquantes.
- Ensuite, la distribution des valeurs fournies par le modèle et introduites est adaptée (calibrée) à la distribution observée dans l'ensemble de la population (macrovaleurs).

Le **fonctionnement de la microsimulation** peut être illustré par l'exemple de la franchise à option. L'estimation utilise ici des modèles statistiques de choix de la franchise à partir des données individuelles de l'Enquête suisse sur la santé (OFS, 2007) en tenant

compte des variables explicatives pertinentes. Ces modèles sont ensuite transférés sur les données de référence. Autrement dit, pour chaque personne considérée par la SILC, la franchise choisie est saisie sur la base du modèle suivant la situation socio-économique, l'âge, l'état de santé et d'autres facteurs. Ensuite, la distribution des franchises appliquées est adaptée à la distribution de la population (macrovaleurs) telle qu'elle ressort de la Statistique de l'assurance-maladie obligatoire établie par l'Office fédéral de la santé publique).

Cette méthode garantit que les données obtenues par simulation sont cohérentes avec les macrovaleurs observées. En ce qui concerne la signification des résultats de la redistribution, les macrovaleurs ont une fonction essentielle, car du fait qu'elles constituent le principal facteur du modèle, elles influent de façon déterminante sur le résultat du calcul des effets de redistribution nette. De son côté, la structure des données relatives aux individus et aux ménages renseigne sur la distribution et sur la structure de corrélation des caractéristiques entre les groupes de personnes ou de ménages.

### Possibilités d'analyse du modèle d'incidence

Le modèle d'incidence permet de chiffrer les effets de redistribution suivants de l'AOS au niveau fédéral et au niveau cantonal:

- transferts entre personnes et entre ménages selon le revenu ou le niveau de vie, l'âge, le type de ménage (avec ou sans enfants), le sexe, l'état de santé et la nationalité;
- charge financière de l'AOS (par rapport au revenu disponible) pour les personnes et les ménages.

<sup>1</sup> On ne tient compte que de la part de ces dépenses qui concerne l'AOS. Il s'agit de dépenses que les ménages ne communiquent pas à la caisse-maladie, par exemple parce que leur montant n'atteint pas celui de la franchise, et que le ménage paie donc directement.

## Conclusion

Le «modèle d'incidence AOS 2010» permet d'analyser pour la première fois en profondeur les effets de redistribution dans l'assurance obligatoire des soins. Ce modèle se caractérise, d'une part, par le fait qu'il permet de calculer les contributions nettes au financement (différence entre financement et prestations) séparément pour les différents groupes de personnes et de ménages et, d'autre part, parce qu'il se base sur les données empiriques de l'enquête SILC 2010. Ces données de référence garantissent que les valeurs estimées

pour la Suisse sont représentatives. L'analyse des effets de redistribution n'est pas pour autant limitée à l'horizon national, mais peut se faire séparément pour chaque canton.

Le modèle d'incidence 2010 est conçu comme une boîte à outils, avec une structure modulaire. Ces caractéristiques permettent d'appliquer des scénarios alternatifs ou de simuler des réformes (p. ex. la suppression des primes pour enfant) pour en évaluer les effets de redistribution. De plus, ce modèle peut s'adapter à une amélioration future des données de référence et peut encore être développé en direction d'un modèle dynamique,

---

André Müller, ing. dipl. EPF et lic. rer. pol.,  
partenaire Ecoplan.  
Mél: mueller@ecoplan.ch

---

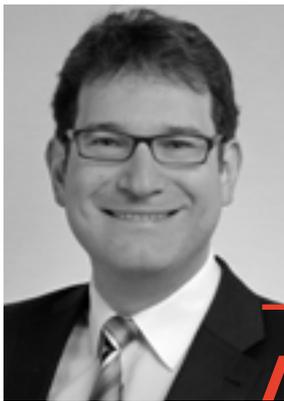
Tobias Schoch, lic. phil. hist., Senior  
Consultant Ecoplan.  
Mél: schoch@ecoplan.ch

## Etude

Ecoplan, *Umverteilungseffekte in der obligatorischen Krankenversicherung. Mikrosimulation für die Schweizer Bevölkerung auf Basis der SILC-Erhebung unter Berücksichtigung der kantonalen Strukturen*, projet de recherche sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, [Berne 2013].

## Assurance-maladie: qui paie, qui reçoit?

L'étude de microsimulation d'Ecoplan montre la façon dont l'assurance-maladie agit sur les différents groupes sociaux. Elle met en évidence les forces et les faiblesses du financement actuel de l'assurance et permet à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) d'évaluer les mesures prévues pour l'assurance de base dans la perspective de la situation financière des ménages.



**Christoph Kilchenmann**  
Office fédéral de la santé publique

Les primes d'assurance-maladie ne représentent pas une charge d'égale importance pour tous les ménages suisses. Le poids de cette charge dépend de leur situation familiale et de leur situation financière. La proportion dans laquelle les assurés recourent aux prestations de santé diffère elle aussi. L'étude d'incidence

d'Ecoplan<sup>1</sup> analyse ces effets et contribue ainsi à une meilleure compréhension du système de santé. L'OFSP pourra sur cette base repérer les possibles points faibles du mode actuel de financement de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et analyser les effets qu'auront en termes de redistribution les mesures prévues, par

exemple dans le cadre du programme Santé2020. Voici, à titre représentatif, quelques-uns des résultats obtenus:

- Le modèle utilisé permet de quantifier la redistribution **des assurés jeunes vers les assurés âgés**, sur laquelle le débat public se focalise régulièrement. Le recours aux prestations, comme on sait, diminue à partir de 25 ans et augmente brusquement à partir de 75 ans. Le modèle montre que, jusqu'à l'âge de 60 ans, les assurés contribuent davantage au financement de l'AOS, par le biais des primes et des impôts, qu'ils n'en bénéficient sous forme de prestations; au-delà de cet âge, c'est l'inverse qui est vrai. Ce constat est en parfait accord avec le principe de solidarité qui caractérise l'assurance-maladie. Mais ce qui est intéressant, c'est surtout le **rapport entre la charge financière et le revenu disponible**: cette charge est analogue dans tous les groupes d'âge et oscille entre 7 et 10% du revenu disponible. C'est pour les 31 à 35 ans que le pourcentage est le plus important, il baisse ensuite pour remonter à nouveau quelque peu à l'âge de la retraite.
- On observe le même genre de corrélation spécifique pour certains groupes dans les résultats par **type de ménage**. Alors que les ménages de rentiers et – dans une moindre mesure – les ménages monoparentaux obtiennent de l'AOS davantage de prestations qu'ils n'en financent par le biais des primes, des participations aux coûts et des impôts, c'est l'inverse dans les ménages comptant deux personnes adultes (couples, familles). Sous l'angle relatif, on constate que les ménages

<sup>1</sup> Cf. Müller, André et Tobias Schoch, « Redistribution dans l'assurance obligatoire des soins: étude de microsimulation », dans le présent numéro.

de plus grande taille consacrent un plus grand pourcentage de leur revenu à l'assurance-maladie que les ménages d'une personne. Par rapport aux autres types de ménage, ce sont les familles biparentales avec plusieurs enfants qui supportent la plus lourde charge, tant en chiffres absolus qu'en proportion du revenu disponible. En poursuivant le développement du système de l'AOS, il importera donc de veiller à ses effets sur ce groupe de population.

- En chiffres absolus, ce sont les ménages à **revenu élevé** qui fournissent la contribution la plus importante au financement de l'AOS. Cela tient aux impôts plus élevés payés par ce groupe et qui servent à financer les réductions de primes et les prestations complémentaires. De leur côté, les ménages à **faible revenu** contribuent moins que la moyenne au financement de l'AOS, grâce aux réductions de primes dont ils bénéficient. Mais l'image est différente si l'on considère la charge **relative**:

bien que les ménages à revenu élevé soient les plus gros contributeurs, leur charge relative au titre du financement de l'AOS est inférieure à ce qu'elle est pour les ménages à faible revenu. Le résultat de l'analyse, du point de vue de la politique sociale, est à double tranchant: d'un côté, le montant effectif que ces derniers paient pour l'assurance-maladie est plus faible, mais la charge que l'AOS représente par rapport à leur revenu est plus importante que pour les ménages aisés.

- Si le catalogue des prestations de l'AOS est le même dans toute la Suisse, on note des différences significatives entre les cantons en ce qui concerne aussi bien les prestations sollicitées – et donc les primes à verser – que le recours aux réductions de primes, leur volume et la charge fiscale. L'un des résultats de l'étude d'incidence est que l'AOS produit des effets de redistribution qui diffèrent singulièrement d'un canton à l'autre. Le modèle montre que dans

quelques cantons (Berne et Jura en particulier), l'existence de l'AOS accentue fortement l'inégalité dans la répartition du revenu disponible, alors que ce n'est que très faiblement le cas dans d'autres. Une analyse plus poussée pourrait montrer dans quelle mesure une adaptation de la réduction des primes permettrait d'améliorer la situation dans les cantons concernés.

L'étude d'incidence constitue un nouvel instrument qui permettra à l'OFSP d'analyser les effets de redistribution dans le domaine de l'assurance-maladie et d'examiner les mesures prévues sous l'angle de leur impact sur le revenu disponible.

---

Christoph Kilchenmann, D<sup>r</sup> rer. oec., responsable de la section Primes et surveillance financière, division Surveillance de l'assurance, unité de direction Assurance maladie et accidents, OFSP.

Mél: christoph.kilchenmann@bag.admin.ch

## L'AVS: principaux résultats statistiques 2013

Avec près de 40 milliards de francs versés sous forme de prestations et 2,4 millions de bénéficiaires, l'AVS est le pilier central de la prévoyance sociale suisse. Entre décembre 2012 et décembre 2013, le nombre de bénéficiaires de rentes a augmenté de 2,5% (+56 800).



Jacques Méry  
Office fédéral des assurances sociales

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

En décembre 2013, 2,4 millions de personnes ont bénéficié d'une rente AVS: 2 142 800 personnes (90,3 %) ont reçu une rente principale de vieillesse et 169 400 (7,1 %) 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 (-2,2 %). Cette baisse 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 2013 et les compare avec décembre 2012.

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

Fin 2013, il y avait 54 400 bénéficiaires de rente principale de plus qu'à la même période l'année précédente; leur nombre a donc augmenté de 2,6 % durant cette période. La somme des rentes a, pour sa part, augmenté

de 3,1 %, essentiellement dû à la hausse de la rente minimale au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

L'augmentation constatée est « nette ». Pour avoir une bonne vision de l'assurance, il est nécessaire de connaître ses mouvements « bruts ». Depuis 10 ans, à l'exception de l'année 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 2013 a vu ainsi la naissance de 131 000 rentes de vieillesse (y c. les passages provenant des autres rentes), ce qui représentait 6,3 % du total des bénéficiaires du début d'année. 15 200 (soit 11,6 %) de ces nouveaux rentiers étaient précédemment à l'AI et 4 100 (3,1 %) recevaient auparavant une rente de veuve/veuf.

Ici, le domicile (Suisse ou étranger) est une variable explicative importante. Alors qu'à l'étranger le rapport entre rentes éteintes (21 100) et nouvelles rentes (43 000) est d'environ deux à cinq, on compte en Suisse un peu plus de deux rentes éteintes (55 400) pour trois nouvelles rentes (88 000). 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. Ceci est dû au fait que le/la conjoint(e) qui n'a jamais cotisé n'a pas droit à une rente AV et donc touche une rente de veuvage au moment du décès de l'époux.

**Bénéficiaires et sommes des rentes AVS, par types de rentes, en Suisse et à l'étranger, 2012-2013 (décembre)**

T1

	Bénéficiaires de rentes			Sommes des rentes mensuelles		
	2012	2013	Variation en %	2012 en milliers de fr.	2013 en milliers de fr.	Variation en %
<b>Rentes de vieillesse</b>						
<i>Rentes principales</i>						
• hommes	936 800	968 700	3,4 %	1 282 800	1 333 500	4,0 %
• femmes	1 151 600	1 174 000	1,9 %	1 724 600	1 767 800	2,5 %
<b>Total</b>	<b>2 088 400</b>	<b>2 142 800</b>	<b>2,6 %</b>	<b>3 007 400</b>	<b>3 101 300</b>	<b>3,1 %</b>
<i>Rentes complémentaires</i>						
• époux/épouses	39 900	37 400	-6,2 %	6 000	5 300	-10,6 %
• enfants (père/mère)	21 400	22 600	5,4 %	13 000	13 900	6,7 %
<b>Total</b>	<b>61 300</b>	<b>60 000</b>	<b>-2,2 %</b>	<b>19 000</b>	<b>19 200</b>	<b>1,3 %</b>
<b>Rentes de survivant</b>						
• veuves	126 500	131 200	3,6 %	122 900	125 600	2,2 %
• veufs	2 200	2 200	-0,5 %	2 600	2 600	-0,9 %
• orphelins	36 900	36 100	-2,2 %	22 700	22 300	-1,9 %
<b>Total</b>	<b>165 700</b>	<b>169 400</b>	<b>2,3 %</b>	<b>148 300</b>	<b>150 500</b>	<b>1,5 %</b>
<b>Total rentes AVS</b>	<b>2 315 400</b>	<b>2 372 200</b>	<b>2,5 %</b>	<b>3 174 600</b>	<b>3 271 000</b>	<b>3,0 %</b>

Source: OFAS, exploitation du registre central des rentes

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. 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 sont «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 majo-

**Evolution des rentes de vieillesse et de veuves/veufs, 2012-2013 (décembre) T2**

	Rentes de vieillesse		Rentes de veuve(f)s	
	Suisse	Etranger	Suisse	Etranger
<b>En décembre 2012</b>	<b>1 430 300</b>	<b>658 000</b>	<b>50 600</b>	<b>78 200</b>
<b>Rentes éteintes</b>	<b>-55 400</b>	<b>-21 100</b>	<b>-4 400</b>	<b>-1 600</b>
dont: fin de droit			- 800	-1 100
passage AS → AV			-3 600	-500
<b>Nouvelles rentes</b>	<b>88 000</b>	<b>43 000</b>	<b>4 400</b>	<b>6 200</b>
dont: première fois rentier	72 600	39 100		
passage AI → AV	11 800	3 400		
passage AS → AV	3 600	500		
<b>Domicile CH → étranger</b>	<b>-3 000</b>	<b>3 000</b>	<b>-200</b>	<b>200</b>
<b>Domicile étranger → CH</b>	<b>1 300</b>	<b>-1 300</b>	<b>100</b>	<b>-100</b>
<b>En décembre 2013</b>	<b>1 461 200</b>	<b>681 500</b>	<b>50 500</b>	<b>82 900</b>

Source: OFAS, exploitation du registre central des rentes

rité 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, au montant moins élevé. Ainsi, dans le trois quarts 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 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 résidants en Suisse accèdent à la rente vieillesse. Dans un cas sur cinq, ils ont eu auparavant droit à une autre prestation du 1<sup>er</sup> pilier. A l'étranger, cela concerne

### Moyennes des rentes de vieillesse en décembre 2012 et 2013

T3

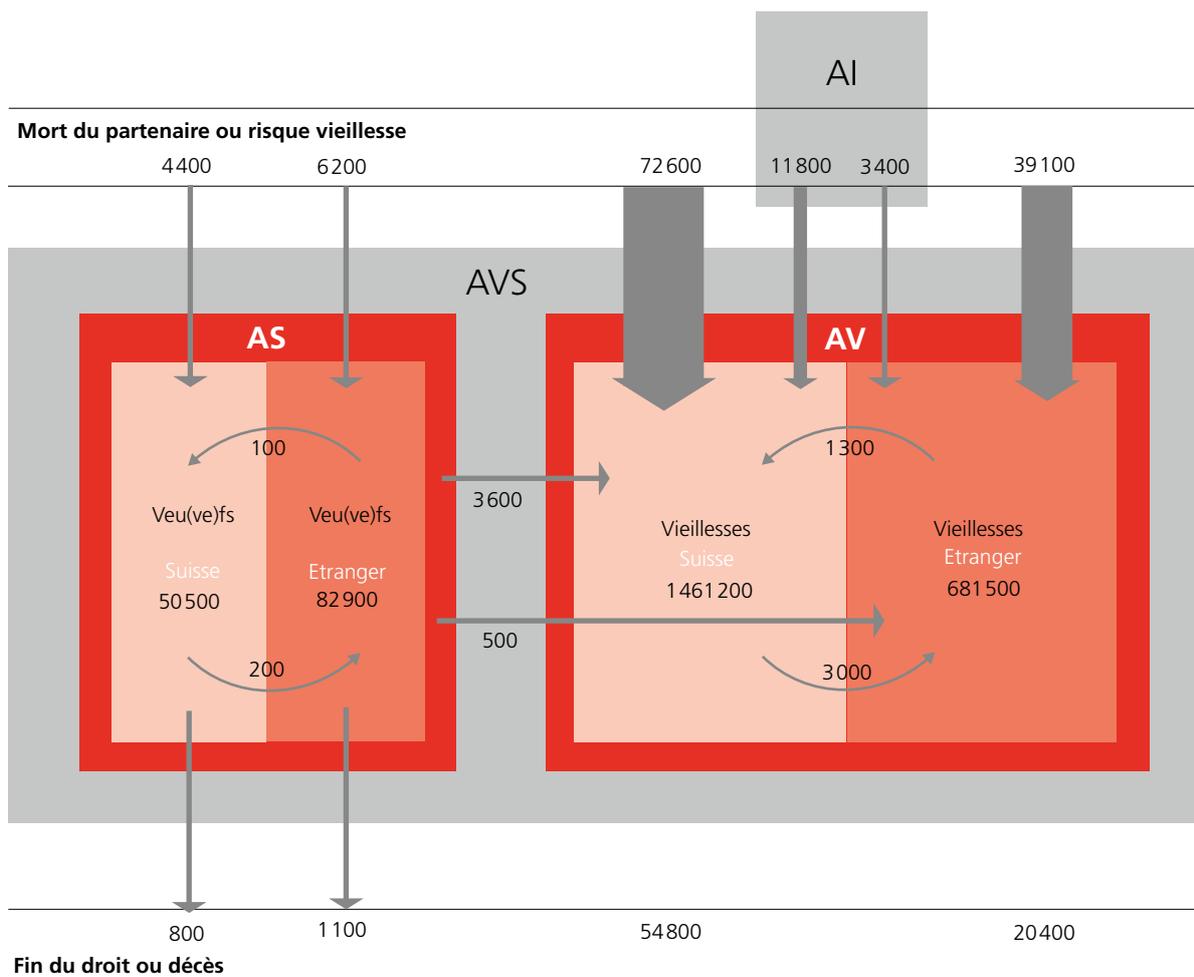
	Suisse	Etranger
En décembre 2012	1838	575
Sorties (2012)	1911	654
Nouvelles rentes (2013)	1817	552
En décembre 2013	1852	579

Source: OFAS, exploitation du registre central des rentes

une personne sur dix. En général, la sortie de l'assurance vieillesse correspond au décès.

### Dynamique des rentes AVS en 2013 selon le domicile

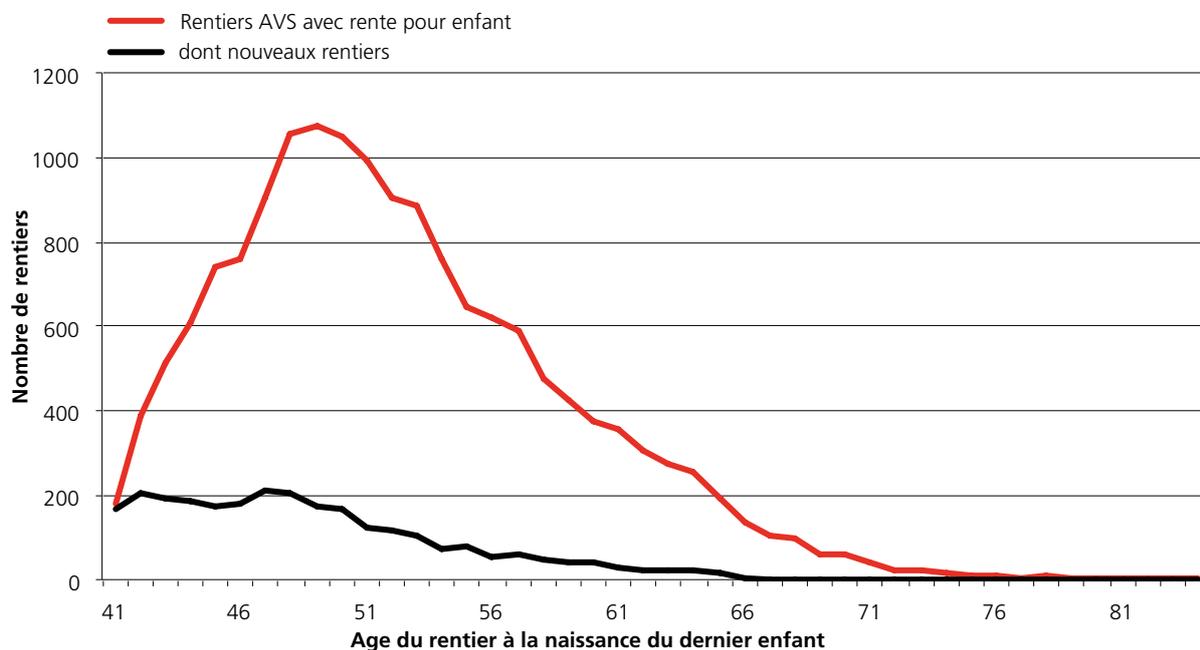
G1



Source: OFAS, exploitation du registre central des rentes

## Age du père à la naissance de l'enfant, distribution totale et nouveau à l'AV, déc. 2013

G2



Source: OFAS, exploitation du registre central des rentes

### Rentes complémentaires pour enfants versées aux bénéficiaires de rente vieillesse

Les personnes qui touchent une rente de l'assurance vieillesse (AV) et qui ont des enfants âgés de moins de 18 ans (ou de moins de 25 ans s'ils suivent une formation) ont droit à une rente pour enfant. On comptait 22600 rentes complémentaires pour enfants en décembre 2013 (T1). Pour des raisons physiologiques évidentes, l'essentiel de ces rentes est octroyé à des pères (94%).

Une question souvent posée vise à savoir si ces hommes sont devenus pères en âge AVS.

Un père en âge AV peut avoir droit à plusieurs rentes complémentaires pour enfants. En analysant son âge à la naissance du dernier enfant, on peut répondre à cette question. Le graphique G2 présente la courbe de distribution totale des pères en fonction de cet âge. Il montre aussi la distribution des pères ayant obtenu leur rente de vieillesse dans l'année (sous-population de la population totale).

D'après ce graphique, on constate que la moitié des enfants donnant droit à une rente complémentaire sont nés avant les 51 ans du père et les trois quarts avant les 56 ans. Pour les pères arrivés à la retraite dans l'année, près de trois-quarts des naissances ont eu lieu avant la cinquantaine du père. Dans la grande majorité des cas, les enfants donnant droit à ces rentes complémentaires sont en formation au moment où le père arrive à la retraite. Les cas d'enfants nés alors que le père était à la retraite sont très rares: ils représentaient environ trente cas en 2013.

Sur les 10 dernières années, l'augmentation du nombre des rentes pour enfants est légèrement supérieure à celle de l'ensemble des rentes principales vieillesse (5,8% contre 2,8%). Cette dynamique plus importante est essentiellement due aux facteurs suivants: l'augmentation de l'âge des parents à la naissance des enfants et l'allongement de la durée des études. De ce point de vue, l'AVS reflète des phénomènes qui se passent bien en amont de la retraite.

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, Office fédéral des assurances sociales.  
Mél: [jacques.mery@bsv.admin.ch](mailto:jacques.mery@bsv.admin.ch)

## Assurance-invalidité

### 14.3191 – Postulat Ingold Maja du 20.3.2014: Intégration sur le marché du travail des personnes présentant des troubles psychiques

La conseillère nationale Maja Ingold (PEV/ZH) a déposé le postulat suivant:

«Le Conseil fédéral est chargé d'exposer dans un rapport les mesures qu'il compte prendre pour répondre au problème que posent les troubles psychiques dans la population active, notamment pour améliorer la réintégration sur le marché du travail des bénéficiaires d'une rente AI présentant de tels troubles.»

### Proposition du Conseil fédéral du 30.4.2014

Le Conseil fédéral propose d'accepter le postulat.

## Egalité

### 14.3269 – Motion Golay Roger du 21.3.2014: Améliorer l'accompagnement vers l'autonomie et l'intégration sociale des personnes en situation de handicap

Le conseiller national Roger Golay (MCR/GE) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de présenter au Parlement toute proposition de modification législative en matière d'assurance sociale (AI, PC, LPP, LAA, LAMal, etc.) visant une prise en charge des moyens auxiliaires optimaux des personnes en situation de handicap.»

### Proposition du Conseil fédéral du 14.5.2014

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

## Famille

### 14.3068 – Motion Groupe vert/libéral (porte-parole Bertschy Kathrin) du 12.3.2014: Remplacer l'allocation de maternité par un congé parental

Le groupe vert/libéral au Conseil national a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement un projet de loi qui instaure un congé parental; ce projet sera accompagné d'une estimation du rapport coût-utilité de cette mesure sur le plan économique.

Le congé parental sera fixé selon les critères suivants: l'allocation de maternité est remplacée par un congé parental. Celui-ci s'élèvera à au moins 14 semaines mais pourra être étendu à 20 semaines pour autant que les parents répartissent de manière égale le congé entre eux. Seules les personnes exerçant une activité lucrative (mère et père) pourront prétendre à un congé parental. Le financement sera assuré par les APG. Le projet fixera en outre la période durant laquelle le congé parental peut être pris.»

### Proposition du Conseil fédéral du 30.4.2014

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

### 14.3109 – Motion Caroni Andrea du 18.3.2014: Congé parental. Davantage de liberté sans augmentation des coûts

Le conseiller national Andrea Caroni (PLR/AR) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est prié de présenter un projet de loi de congé parental qui s'appuierait sur le congé de maternité, mais qui permettrait également au père de bénéficier d'une partie du congé de 14 semaines à la place de la mère. Cette proposition vise simplement à assouplir le système actuel sans le développer.»

### Proposition du Conseil fédéral du 30.4.2014

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

### 14.3184 – Postulat Amherd Viola du 20.3.2014: Création d'un centre de compétences consacré à l'utilisation des nouveaux médias

La conseillère nationale Viola Amherd (PDC/VS) a déposé le postulat suivant:

«Le Conseil fédéral est chargé d'étudier la possibilité de créer un centre de compétences qui tiendrait compte du développement technologique fulgurant des médias numériques, afin de donner suite au programme Jeunes et médias, qui prendra fin en 2015.»

### Proposition du Conseil fédéral du 14.5.2014

Le Conseil fédéral propose d'accepter le postulat.

### 14.3285 – Motion Rechsteiner Paul du 21.3.2014: Adaptation des allocations pour enfant

Le conseiller aux Etats Paul Rechsteiner (PS/SG) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de présenter une modification de la loi du 24 mars 2006 sur les allocations familiales qui fasse passer l'allocation pour enfant à 250 francs au moins et l'allocation de formation professionnelle à 300 francs au moins.»

### Proposition du Conseil fédéral du 21.5.2014

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

## Migration

### 14.3071 – Motion Groupe Union démocratique du centre UDC (porte-parole Schwander Pirmin) du 12.3.2014: Restriction en matière de regroupement familial pour les ressortissants de l'UE

Le groupe UDC du Conseil national a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de négocier avec l'UE pour obtenir une restriction du regroupement familial des ressortissants de l'UE/AELE. Concrètement, ceux-ci pourront uniquement faire venir leurs époux et leurs descendants directs (enfants) ou ascendants directs (parents). Par ailleurs, il n'existera aucun droit au regroupement familial; il faudra en particulier que la personne qui fait venir les membres de sa famille soit en mesure de les entretenir, c'est-à-dire qu'elle ne devra pas toucher de prestations sociales ou complémentaires ni d'indemnités de chômage et que son domicile devra avoir une taille appropriée. Les autorités devront vérifier que ces conditions sont remplies avant d'octroyer l'autorisation.»

### Proposition du Conseil fédéral du 14.5.2014

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

### 14.3090 – Motion Brand Heinz du 13.3.2014: Les étrangers employés à temps partiel ne doivent pas avoir droit aux prestations d'aide sociale

Le conseiller national Heinz Brand (UDC/GR) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de soumettre des modifications législatives au Parlement, afin de contraindre les immigrés employés à temps partiel et demandeurs d'une autorisation de séjour dans le cadre d'une activité professionnelle à prouver qu'ils sont en mesure de subvenir à leurs besoins de manière durable et autonome,

c'est-à-dire sans avoir recours au soutien de l'Etat.»

### Proposition du Conseil fédéral du 14.5.2014

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

## Politique du marché du travail

### 14.3009 – Motion Commission de la science, de l'éducation et de la culture du 24.2.2014: Mesures visant à pallier la pénurie de main-d'œuvre qualifiée eu égard à la nouvelle situation

La CSEC-E a déposé la motion suivante:

Après l'acceptation de l'initiative populaire «contre l'immigration de masse», la question du recrutement en quantité suffisante d'une main-d'œuvre qualifiée se pose avec une acuité accrue pour différentes branches de l'économie suisse. Eu égard à ce nouvel état de faits, le Conseil fédéral est prié de revoir, d'entente avec les cantons et les organisations du monde du travail, la stratégie visant à pallier la pénurie de main-d'œuvre qualifiée et de soumettre des propositions en ce sens au Parlement.

Ce faisant, il est invité à:

1. indiquer dans quelles branches la nouvelle politique à l'égard des étrangers aura des effets particulièrement marqués sur la pénurie de main-d'œuvre;
2. examiner dans quelle mesure l'octroi de contingents de travailleurs étrangers aux entreprises pourrait être lié à la volonté de former des apprentis et des étudiants;
3. proposer comment, dans le cadre de la politique qu'elle mène concernant les hautes écoles, la Confédération peut mettre l'accent sur les besoins effectifs;
4. proposer des mesures permettant d'inciter les jeunes à se tourner vers les professions où la pénurie de

main-d'œuvre est particulièrement importante;

5. présenter des mesures qui permettraient de remédier à la pénurie de médecins et de personnel soignant;
6. indiquer les démarches qui pourraient être engagées pour adapter ou renforcer les mesures déjà prises afin d'améliorer le pourvoi des postes (compatibilité entre vie familiale et vie professionnelle, intégration des travailleurs seniors, formation de mise à niveau, reconversion professionnelle, réinsertion, prolongation volontaire de la vie professionnelle).»

### Proposition du Conseil fédéral du 16.4.2014

Le Conseil fédéral propose d'accepter la motion.

### 14.3235 – Postulat Heim Bea du 21.3.2014: Quelles perspectives pour les travailleurs âgés sur le marché de l'emploi?

La conseillère nationale Bea Heim (PS/SO) a déposé le postulat suivant:

«Le Conseil fédéral est chargé de présenter sous la forme d'un rapport les mesures qui ont été prises tant par la Confédération que par le secteur privé depuis 2003 (publication de la Stratégie du Conseil fédéral en matière de politique de la vieillesse) et 2006 (publication de la Stratégie de l'UPS pour l'emploi des seniors) pour améliorer les chances des travailleurs âgés d'obtenir ou de conserver un emploi, en précisant si elles ont été efficaces.»

### Proposition du Conseil fédéral du 14.5.2014

Le Conseil fédéral propose d'accepter le postulat.

---

## Politique sociale

### 14.3210 – Postulat Zanetti Roberto du 20.3.2014: Réduction du montant minimal des remboursements selon l'OEPL

Le conseiller aux Etats Roberto Zanetti (PS/SO) a déposé le postulat suivant:

«Le Conseil fédéral est prié d'examiner d'une part l'opportunité d'une réduction directe du montant minimal des remboursements selon l'art. 7, al. 1, de l'ordonnance sur l'encouragement à la propriété du logement au moyen de la prévoyance professionnelle (OEPL; RS 831.411), d'autre part si les différentes institutions de prévoyance doivent être pourvues de la compétence de prévoir une telle réduction dans leurs règlements.»

### Proposition du Conseil fédéral du 14.5.2014

Le Conseil fédéral propose d'accepter le postulat.

### 14.3242 – Postulat Leutenegger Oberholzer Susanne du 21.3.2014: Réviser la stratégie de la Suisse en matière de politique de la vieillesse

La conseillère nationale Susanne Leutenegger Oberholzer (PS/BL) a déposé le postulat suivant:

«Le Conseil fédéral est invité à mettre à jour son rapport du 29 août 2007 sur la politique de la vieillesse afin de l'adapter aux exigences actuelles. Les efforts doivent être concentrés sur les points suivants: problèmes liés à la longévité (démence et besoin d'assistance entre autres), intégration des personnes âgées au marché du travail et coordination entre la Confédération et les

cantons concernant l'octroi de subventions en faveur des personnes âgées. De plus, il convient également de prendre des mesures pour améliorer les conditions de vie des retraités.»

### Proposition du Conseil fédéral du 21.5.2014

Le Conseil fédéral propose de rejeter le postulat.

---

## Prévoyance professionnelle

### 14.3243 – Motion Leutenegger Oberholzer Susanne du 21.3.2014: Bonne gouvernance des institutions de prévoyance professionnelle. Transparence en matière d'indemnités

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

«Le Conseil fédéral est chargé de veiller à la transparence des indemnités versées au personnel opérationnel des institutions de prévoyance professionnelle – et notamment aux membres de la direction – et, si nécessaire, de soumettre une modification de loi à cet effet au Parlement.»

### Proposition du Conseil fédéral du 14.5.2014

Le Conseil fédéral propose d'accepter la motion.

### 14.3262 – Motion Jans Beat du 21.3.2014: Protéger les avoirs du deuxième pilier et le climat

Le conseiller national Beat Jans (PS/BS) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de modifier les bases légales pour que les institutions de prévoyance professionnelle ne puissent plus investir dans

des groupes qui extraient des agents énergétiques fossiles comme le pétrole, le gaz ou le charbon ou qui possèdent des réserves de ces matières premières. Les investissements qui ont déjà été opérés (actions, obligations, etc...) dans ces groupes seront vendus dans un délai de cinq ans.»

### Proposition du Conseil fédéral du 21.5.2014

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

---

## Santé publique

### 14.3162 – Motion Schmid-Federer Barbara du 20.3.2014: Mesures d'incitation visant à diminuer la pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans le secteur de la santé

La conseillère nationale Barbara Schmid-Federer (PDC/ZH) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de mettre en place dans les meilleurs délais, en collaboration avec les cantons et les partenaires économiques, les mesures identifiées depuis de nombreuses années visant à encourager la relève dans le secteur de la santé, de concrétiser le potentiel national en termes de main-d'œuvre et d'appliquer des mesures incitatives permettant de pallier la pénurie de personnel.»

### Proposition du Conseil fédéral du 21.5.2014

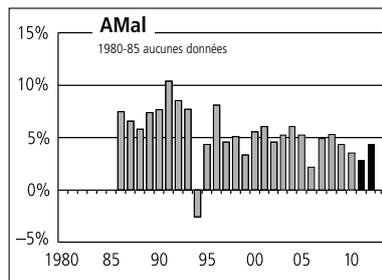
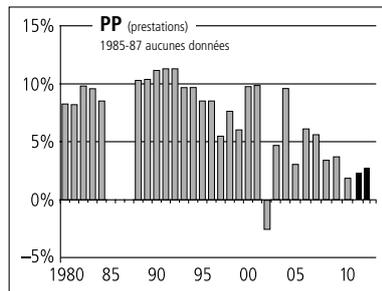
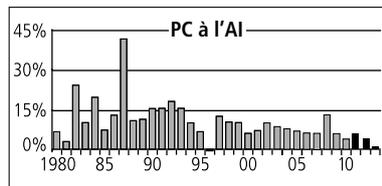
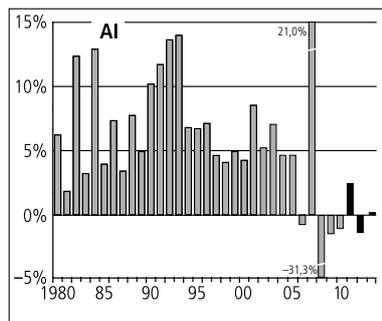
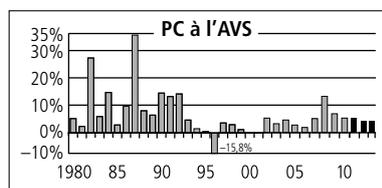
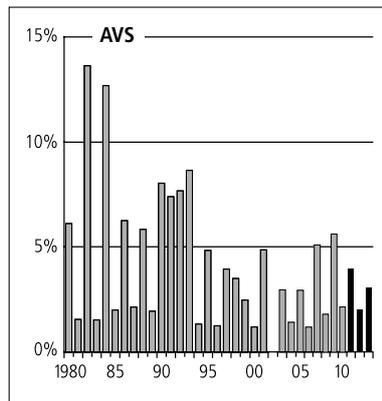
Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

## Législation : les projets du Conseil fédéral (état au 31 mai 2014)

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 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	CE 18.3.13, 4.3.14 (rejet du renvoi)	CSSS-CN 23.5, 6.9. 24/25.10.13, 20/21.2., 26/27.5.14	CN 4/5.12.13 (refus au Conseil fédéral) 10.3.14 (Adhésion = ne pas renvoyer au Conseil fédéral)		
<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, 2.7.13	CE 17.9.13, 11.3.14	CSSS-CN 24/25.10.13; 20/21.2.14	CN 5.3.14	21.3.14	
<b>LAMal (Compensation des risques; séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires): 13.080</b>	20.9.13	FF 2013, 7135	CSSS-CN 6/7/8.11.13		CSSS-CE 11.2.14			
<b>Loi fédérale sur l'assurance-accident. Modification: 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>Pour une caisse publique d'assurance-maladie. Initiative populaire: 13.079</b>	20.9.13	FF 2013, 7113	CSSS-CE 14.11.14	CE 9.12.13		CN 5.3.14	21.3.14	
<b>Sécurité sociale. Convention avec les Etats-Unis d'Amérique: 13.037</b>	15.5.13	FF 2013, 2961	CSSS-CN 15/16.8.13	CN 12.9.13	CSSS-CE 9/10.1.14	CE 11.3.14		
<b>Sécurité sociale. Convention avec l'Uruguay: 14.017</b>	12.2.14	FF 2014, 1655	CSSS-CE 3/4.4.14					
<b>CC. Partage de la prévoyance professionnelle en cas de divorce: 13.049</b>	29.5.13	FF 2013, 4341	CAJ-CE 1/2.7, 27.8, 14.11.13; 15.5.14					
<b>Organisation internationale du Travail. Convention n° 189: 13.067</b>	28.8.13	FF 2013, 6215	CSSS-CE 9/10.1.14	CE 20.3.14				
<b>Aider les familles! Pour des allocations pour enfant et des allocations de formation professionnelle exonérées de l'impôt. Initiative populaire: 13.084</b>	23.10.13	FF 2013, 7575	CdF-CN 30/31.1.14 CER-CN 24/25.2.14., 7/8.4.14		CdF-CE 24/25.3.14			
<b>Pour le couple et la famille – Non à la pénalisation du mariage. Initiative populaire: 13.085</b>	23.10.13	FF 2013, 7623	CdF-CN 30/31.1.14 CER-CN 24/25.2., 7/8.4., 19/20.4.14		CdF-CE 24/25.3.14			
<b>Imposer les successions de plusieurs millions pour financer notre AVS (Réforme de la fiscalité successorale). Initiative populaire: 13.107</b>	13.12.13	FF 2014, 121	CER-CE 27/28.3.14					

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

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



<b>AVS</b>		1990	2000	2010	2012	2013	Modification en% TM <sup>1</sup>
<b>Recettes</b>	mio fr.	<b>20 355</b>	<b>28 792</b>	<b>38 495</b>	<b>40 824</b>	<b>40 884</b>	<b>0,1%</b>
	dont contrib. ass./empl.	16 029	20 482	27 461	28 875	29 539	2,3%
	dont contrib. pouv. publics	3 666	7 417	9 776	10 177	10 441	2,6%
<b>Dépenses</b>		<b>18 328</b>	<b>27 722</b>	<b>36 604</b>	<b>38 798</b>	<b>39 976</b>	<b>3,0%</b>
	dont prestations sociales	18 269	27 627	36 442	38 612	39 781	3,0%
<b>Résultat d'exploitation total</b>		<b>2 027</b>	<b>1 070</b>	<b>1 891</b>	<b>2 026</b>	<b>908</b>	<b>-55,2%</b>
<b>Capital<sup>2</sup></b>		<b>18 157</b>	<b>22 720</b>	<b>44 158</b>	<b>42 173</b>	<b>43 080</b>	<b>2,2%</b>
Bénéficiaires de rentes AV	Personnes	1 225 388	1 515 954	1 981 207	2 088 396	2 142 753	2,6%
Bénéf. rentes veuves/veufs		74 651	79 715	120 623	128 744	133 343	3,6%
Nombre de cotisants AVS		4 289 839	4 548 926	5 217 000	5 364 000	5 423 000	1,1%

<b>PC à l'AVS</b>		1990	2000	2010	2012	2013	TM <sup>1</sup>
<b>Dépenses (= recettes)</b>	mio fr.	<b>1 124</b>	<b>1 441</b>	<b>2 324</b>	<b>2 525</b>	<b>2 605</b>	<b>3,2%</b>
	dont contrib. Confédération	260	318	599	644	668	3,7%
	dont contrib. cantons	864	1 123	1 725	1 880	1 937	3,0%
Bénéficiaires	(personnes, av. 1997 cas)	120 684	140 842	171 552	184 989	189 347	2,4%

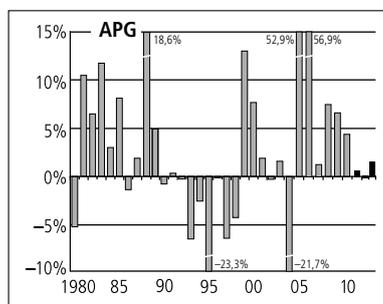
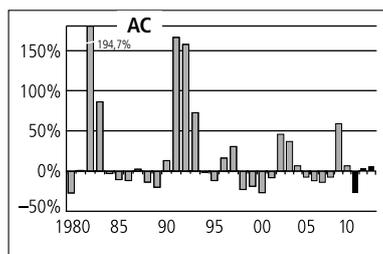
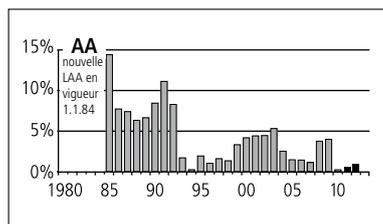
<b>AI</b>		1990	2000	2010	2012	2013	TM <sup>1</sup>
<b>Recettes</b>	mio fr.	<b>4 412</b>	<b>7 897</b>	<b>8 176</b>	<b>9 889</b>	<b>9 892</b>	<b>0,0%</b>
	dont contrib. ass./empl.	2 307	3 437	4 605	4 840	4 951	2,3%
<b>Dépenses</b>		<b>4 133</b>	<b>8 718</b>	<b>9 220</b>	<b>9 295</b>	<b>9 306</b>	<b>-0,1%</b>
	dont rentes	2 376	5 126	6 080	5 941	5 892	-0,8%
<b>Résultat d'exploitation total</b>		<b>278</b>	<b>-820</b>	<b>-1 045</b>	<b>595</b>	<b>586</b>	<b>-1,5%</b>
<b>Dettes de l'AI envers l'AVS</b>		<b>-6</b>	<b>2 306</b>	<b>14 944</b>	<b>14 352</b>	<b>13 765</b>	<b>-4,1%</b>
<b>Fonds AI<sup>2</sup></b>		<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5 000</b>	<b>5 000</b>	<b>0,0%</b>
Bénéficiaires de rentes AI	Personnes	164 329	235 529	279 527	271 010	265 120	-2,2%

<b>PC à l'AI</b>		1990	2000	2010	2012	2013	TM <sup>1</sup>
<b>Dépenses (= recettes)</b>	mio fr.	<b>309</b>	<b>847</b>	<b>1 751</b>	<b>1 911</b>	<b>1 923</b>	<b>0,6%</b>
	dont contrib. Confédération	69	182	638	686	678	-1,2%
	dont contrib. cantons	241	665	1 113	1 225	1 245	1,6%
Bénéficiaires	(personnes, av. 1997 cas)	30 695	61 817	105 596	110 179	111 400	1,1%

<b>PP/2<sup>e</sup> Pilier</b>		1990	2000	2010	2012	2013	TM <sup>1</sup>
<b>Recettes</b>	mio fr.	<b>32 882</b>	<b>46 051</b>	<b>62 107</b>	<b>63 427</b>	...	<b>3,0%</b>
	dont contrib. sal.	7 704	10 294	15 782	16 944	...	3,2%
	dont contrib. empl.	13 156	15 548	25 432	25 196	...	-0,6%
	dont produit du capital	10 977	16 552	15 603	15 294	...	4,0%
<b>Dépenses</b>		<b>15 727</b>	<b>31 605</b>	<b>43 721</b>	<b>47 546</b>	...	<b>9,7%</b>
	dont prestations sociales	8 737	20 236	30 912	32 657	...	3,3%
<b>Capital</b>		<b>207 200</b>	<b>475 000</b>	<b>617 500</b>	<b>667 300</b>	...	<b>7,5%</b>
Bénéficiaires de rentes	Bénéf.	508 000	748 124	980 163	1 026 933	...	2,4%

<b>AMal</b>		1990	2000	2010	2012	2013	TM <sup>1</sup>
<b>Recettes</b>	mio fr.	<b>8 869</b>	<b>13 930</b>	<b>22 528</b>	<b>24 992</b>	...	<b>5,0%</b>
	dont primes (à encaisser)	6 954	13 442	22 051	24 458	...	3,5%
<b>Dépenses</b>		<b>8 417</b>	<b>14 056</b>	<b>22 123</b>	<b>23 584</b>	...	<b>3,9%</b>
	dont prestations	8 204	15 478	24 292	25 901	...	3,9%
	dont participation d. assurés aux frais	-801	-2 288	-3 409	-3 705	...	3,6%
<b>Résultats des comptes</b>		<b>451</b>	<b>-126</b>	<b>405</b>	<b>1 408</b>	...	<b>29,3%</b>
<b>Capital</b>		<b>5 758</b>	<b>6 935</b>	<b>8 651</b>	<b>12 235</b>	...	<b>26,8%</b>
Réduction de primes		332	2 545	3 980	3 968	...	-2,5%

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



<b>AA</b> tous les assureurs		1990	2000	2010	2012	2013	TM <sup>1</sup>
<b>Recettes</b>	mio fr.	4 181	5 992	7 863	7 599	...	-3,6%
	dont contrib. des assurés	3 341	4 671	6 303	6 117	...	-3,6%
<b>Dépenses</b>		3 259	4 546	5 993	6 199	...	2,2%
	dont prestations directes avec rench.	2 743	3 886	5 170	5 361	...	2,3%
<b>Résultats des comptes</b>		923	1 446	1 870	1 401	...	-22,9%
<b>Capital</b>		12 553	27 322	42 817	47 151	...	5,0%

<b>AC</b> Source : seco		1990	2000	2010	2012	2013	TM <sup>1</sup>
<b>Recettes</b>	mio fr.	736	6 230	5 752	6 958	6 890	-1,0%
	dont contrib. sal./empl.	609	5 967	5 210	6 350	6 269	-1,3%
	dont subventions	-	225	536	599	611	2,0%
<b>Dépenses</b>		452	3 295	7 457	5 800	6 302	8,7%
<b>Résultats des comptes</b>		284	2 935	-1 705	1 158	587	-49,3%
<b>Capital</b>		2 924	-3 157	-6 259	-3 474	-2 886	-16,9%
Bénéficiaires <sup>3</sup>	Total	58 503	207 074	322 684	279 023	296 151	6,1%

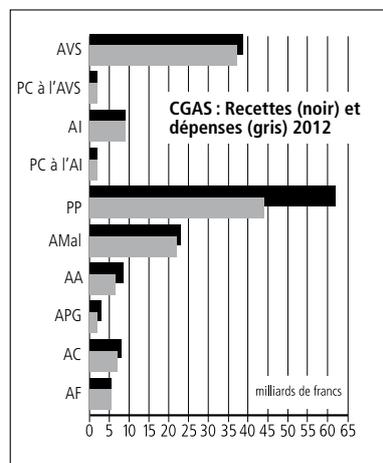
<b>APG</b>		1990	2000	2010	2012	2013	TM <sup>1</sup>
<b>Recettes</b>	mio fr.	1 060	872	1 006	1 753	1 779	1,5%
	dont cotisations	958	734	985	1 727	1 766	2,3%
<b>Dépenses</b>		885	680	1 603	1 606	1 638	2,0%
<b>Résultat d'exploitation total</b>		175	192	-597	148	141	-4,5%
<b>Capital</b>		2 657	3 455	412	657	798	21,5%

<b>AF</b>		1990	2000	2010	2012	2013	TM <sup>1</sup>
<b>Recettes</b>	mio fr.	2 689	3 974	5 074	5 465	...	6,5%
	dont agric.	112	139	149	138	...	-2,6%

Compte global des assurances sociales (CGAS\*) 2012

Branches des assurances sociales	Recettes mio fr.	TM 2011/2012	Dépenses mio fr.	TM 2011/2012	Résultats des comptes mio fr.	Capital mio fr.
<b>AVS (CGAS)</b>	39 867	1,8%	38 798	2,0%	1 070	42 173
<b>PC à l'AVS (CGAS)</b>	2 525	3,5%	2 525	3,5%	-	-
<b>AI (CGAS)</b>	9 760	2,7%	9 295	-2,0%	465	-9 352
<b>PC à l'AI (CGAS)</b>	1 911	4,1%	1 911	4,1%	-	-
<b>PP (CGAS) (estimation)</b>	63 427	3,0%	47 546	9,7%	15 880	667 300
<b>AMal (CGAS)</b>	24 992	5,0%	23 584	3,9%	1 408	12 235
<b>AA (CGAS)</b>	7 599	-3,6%	6 199	2,2%	1 401	47 151
<b>APG (CGAS)</b>	1 736	1,5%	1 606	-0,3%	130	657
<b>AC (CGAS)</b>	6 958	-3,7%	5 800	3,7%	1 158	-3 474
<b>AF (CGAS)</b>	5 465	6,5%	5 435	4,6%	31	1 203
<b>Total consolidé (CGAS)</b>	<b>163 623</b>	<b>2,5%</b>	<b>142 081</b>	<b>4,7%</b>	<b>21 542</b>	<b>757 894</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	2005	2009	2010	2011	2012
Taux de la charge sociale <sup>4</sup> (indicateur selon CGAS)	25,3%	26,2%	25,9%	25,9%	26,4%	26,8%
Taux des prestations sociales <sup>5</sup> (indicateur selon CGAS)	19,1%	21,4%	21,0%	20,7%	20,5%	20,8%

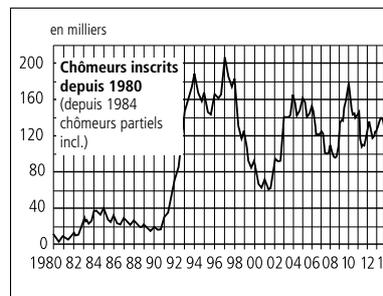
Chômeurs(es)

	ø 2011	ø 2012	ø 2013	mars 14	avr 14	mai 14
Chômeurs complets ou partiels	122 892	125 594	136 524	142 846	137 087	130 310

Démographie

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

	2012	2015	2020	2030	2040	2050
Rapport dépendance <20 ans <sup>6</sup>	33,2%	32,9%	33,2%	35,0%	34,3%	34,0%
Rapp. dép. des pers. âgées <sup>6</sup>	29,2%	31,1%	33,7%	42,6%	48,0%	50,4%



1 Taux de modification annuel le plus récent = TM.

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

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

4 Rapport des recettes des assurances sociales au produit intérieur brut.

5 Rapport des prestations des assurances sociales au produit intérieur brut.

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

Rapport entre les rentiers et les personnes actives.

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

Source : Statistique des assurances sociales suisses 2014 de l'OFAS ; SECO, OFS. Informations : salome.schuepbach@bsv.admin.ch

## Calendrier

### Réunions, congrès, cours

Date	Manifestation	Lieu	Renseignements et inscriptions
21/22.8.2014	Conférence suisse de santé publique 2014 « Public Mental Health » – 3 <sup>e</sup> rencontre du Réseau Santé Psychique Suisse (cf. présentation ci-après)	Haute école spécialisée du Nord-Ouest de la Suisse, Olten	Santé publique suisse www.public-health.ch
26-28.8.2014	Congrès INSOS 2014 – Choisir ou subir les trends (cf. présentation ci-après)	Swiss Tech Convention Center (EPFL), Ecublens VD	Institutions d'aide aux personnes avec handicap www.insos.ch
3.9.2014	Congrès national pour la promotion de la santé en entreprise 2014 – La santé à tous les âges: ce que les entreprises et leurs collaborateurs peuvent faire	Université de Fribourg	Promotion Santé Suisse www.promotionsante.ch
1-3.9.2014	Université d'été des professionnels romands du travail social – L'urgence dans le travail social	Hôtel Mirabeau, Lausanne	Unité de formation continue de la Haute école de travail social et de la santé   EESP   Lausanne www.eesp.ch Inscription: Tél. 021 651 03 10 formation.continue@eesp.ch
3/4.9.2014	10 <sup>e</sup> journées fribourgeoises de droit social – 20 ans d'encouragement à la propriété du logement au moyen de la prévoyance professionnelle (cf. présentation ci-après)	Université de Fribourg	Service de la formation continue de l'Université de Fribourg Rue de Rome, 1700 Fribourg Tél.: 026 300 73 47 formcont@unifr.ch www.unifr.ch/formcont
10.10.2014	Journée mondiale de la santé mentale – Mon expérience est une ressource	HES de Sierre VS	Coordination romande des associations d'action en santé psychique (CORAASP) www.coraasp.ch
11.11.2014	Journée d'étude ASFRIS « Du contrôle social... au contre-rôle »	Haute école de travail social, Lausanne	Association suisse pour la formation, la recherche et l'intervention sociale (ASFRIS) http://aifris.eu/08partenaires/asfris/index.php sempeyta@sunrise.ch Société suisse du travail social www.sgsa-ssts.ch
21.11.2014 et 27.11.2014	EPAS – Séminaire d'aide à la responsabilité propre dans le 2 <sup>e</sup> pilier	21.11 à Yverdon-les-Bains 27.11 à Lausanne	Editions EPAS Prévoyance Professionnelle et Assurances Sociales SA www.pps-epas.ch
20.11.2014	Conférence nationale – Violence domestique: un danger pour la santé et un thème de santé publique	Kursaal, Berne	Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes www.bfeg.admin.ch

### Public Mental Health

La Conférence suisse de santé publique est organisée en collaboration avec le Réseau Santé Psychique Suisse et sera, par la même occasion, la «3<sup>e</sup> rencontre du Réseau Santé Psychique Suisse». Des experts renom-

més de Suisse et de l'étranger informeront sur l'état de la recherche actuelle et tiendront des exposés pertinents pour la pratique. Un manifeste résumant les revendications importantes en matière de santé psychique en Suisse sera présenté et discuté lors de la conférence.

Le terme «Mental Health» désigne les activités de santé publique orientées sur les contraintes et les maladies psychiques ou la santé psychique. Comment peut-on appréhender et mettre en œuvre les idées, les concepts ainsi que les faits relatifs à la «Public Mental Health» en Suisse? Quelles tâches doivent être assumées par les pouvoirs publics, lesquelles par les organisations privées? Quel rôle jouent les entreprises et la société? Et comment peut-on intégrer le sujet de façon systématique dans son propre travail? Autant de questions qui méritent des réponses.

### Choisir ou subir les trends

Longue est la liste des développements, des trends et des défis dont doivent tenir compte aujourd'hui les institutions d'aide aux personnes avec handicap. Elle va de la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées aux conséquences radicales de la pression qui s'exerce sur les cantons pour faire des économies, en passant par les nouvelles avancées technologiques et médicales.

Le changement est important, car sans changement ni transformations, évolution et innovation sont impossibles. Si l'on n'est pas prêt à changer, on court aussi le risque de perdre ce que l'on voudrait conserver. Quelle doit donc être l'attitude des institutions d'aide aux personnes avec handicap face aux changements? Faut-il agir de manière proactive et s'adapter de la manière la plus flexible et la plus rapide possible? Ou bien est-il plus avisé d'attendre ou de prendre des décisions réfléchies, élaborées en collaboration avec des partenaires engagés?

Cette année, le congrès d'INSOS Suisse a pour objectif d'examiner de près les évolutions actuelles, de mettre en évidence des possibilités pour tenir compte des changements et des défis, de faire des suggestions pour les processus de conduite et de décision, et de permettre aux participants d'avoir des échanges et de tisser entre eux des liens.

## Livres

### Assurances sociales

Marco Giugni, Michel Berclaz, Katharina Füglistner. **La politique contestataire du chômage en Suisse. Etat-providence, opportunités et revendications politiques.** 2014, Editions Seismo, Collection «Terrains des sciences sociales», Zurich. 156 p. 29 francs. ISBN 978-2-88351-052-4.

Le chômage est souvent vu comme une question éminemment économique, avec des répercussions importantes, parfois dramatiques, sur le plan individuel et social. Cet ouvrage s'intéresse en revanche à sa dimension politique et à l'analyse des conflits entre acteurs collectifs qui interviennent dans ce domaine ainsi que de leurs rapports avec le cadre institutionnel. Les auteurs montrent qu'il existe un lien entre, d'une part, la conception dominante de l'Etat-providence et les approches institutionnelles envers le chômage, et, d'autre part, les mobilisations collectives portant sur des thèmes liés au chômage, à ses causes, ses conséquences et sa résolution. Dans cette perspective, la manière dont l'Etat définit l'accès et le droit à la prévoyance sociale, et plus particulièrement à l'assurance-chômage, influence et canalise l'intervention des acteurs collectifs dans le domaine public autour des enjeux liés au chômage, car elle constitue une structure d'opportunités institutionnelles et discursives spécifique à ce champ politique.

### Dépendances

Jaquet Philippe. **Dépendances: comprendre, agir, aider. Guide pour les proches et les employeurs.** 2014, Edition Favre, Lausanne. 188 p. Env. 24 francs. ISBN 978-2-8289-1351-9.

Les maladies de l'addiction (alcoolisme, toxicomanie, dépendance affective ou sexuelle, abus de médicaments, troubles alimentaires, dépendance au

travail, au sport ou à internet) peuvent avoir une emprise dramatiquement destructrice. Il est vital que les gens de l'entourage soient bien informés pour ne pas laisser pourrir la situation et permettre de construire le plus tôt possible une communication véritablement aidante pour la personne addicte. Ce livre explique les addictions avec simplicité et clarté: quels sont les mécanismes physiques et psychologiques de la dépendance? Comment agir et ne pas subir? Que faire concrètement et quels mots employer? Quelles sont les attitudes utiles au changement? Autant de questions auxquelles tente de répondre cet ouvrage. Avec un répertoire d'adresses utiles.

### Egalité / Inégalités

Jacquot Sophie. **L'égalité au nom du marché? Émergence et démantèlement de la politique européenne d'égalité entre les hommes et les femmes.** 2014, Collection: Travail & Société / Work & Society – volume 77, Editions Peter Lang, Bruxelles, Bern, Berlin, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien. 365 p. 49 francs. ISBN 978-2-87574-159-2.

L'Union européenne est considérée comme un des systèmes politiques les plus progressistes du monde en ce qui concerne la promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes. La politique européenne visant à lutter contre les inégalités de genre est souvent considérée comme «exceptionnelle». Pendant près de quatre décennies, l'Union européenne a imposé aux États membres un ensemble de normes et de valeurs plus élevées que celles qui ont cours dans la plupart des pays et offert un environnement particulièrement accueillant aux mobilisations féministes. Cependant, depuis la fin des années 2000, l'Union et ses États membres font face à une grave et durable crise économique et budgétaire. Dans ce nouveau contexte, le régime de genre de l'Union européenne est-il toujours un des plus

avancés du monde? Basé sur une enquête de plus de dix ans, cet ouvrage présente une lecture des transformations de la politique européenne d'égalité entre les femmes et les hommes sur le long-terme, analyse les mécanismes de construction, de consolidation puis de déconstruction de l'«exceptionnalité» de l'action européenne dans ce domaine et s'interroge sur les effets de son démantèlement en cours.

Roland Pfefferkorn, Alain Bihr. **Dictionnaire des inégalités.** 2014, Editions Armand Colin, Paris. 604 p. Env. 45 francs. ISBN 978-2-200279-24-0.

En près de 600 entrées, ce dictionnaire interdisciplinaire offre les clés indispensables à la compréhension de la dynamique des inégalités sociales: entre classes et sexes, âges et générations, nationalités et groupes ethniques, selon les différents espaces (villes et campagnes, régions, etc.). Inédit, il donne tous les repères indispensables sur la question: repères lexicaux, conceptuels et méthodologiques, contextualisation historique et culturelle, vision explicative des inégalités, focus sur des auteurs clés, comparaisons internationales.

Thomas Piketty. **Le capital au XXI<sup>e</sup> siècle.** 2013, Editions du Seuil, Paris. 976 p. Env. 38 francs. ISBN: 978-06-744-3000-6.

La répartition des richesses est l'une des questions les plus débattues aujourd'hui. Pour les uns, les inégalités n'en finiraient pas de se creuser dans un monde toujours plus injuste. Pour les autres, on assisterait à une réduction naturelle des écarts et toute intervention risquerait de perturber cette tendance harmonieuse. Mais que sait-on vraiment de l'évolution des inégalités sur le long terme? En réalité, les analyses économiques supposées nous éclairer se fondent plus souvent sur des spéculations théoriques que sur des faits établis. Fruit de quinze ans de recherches, cette étude, la plus ambitieuse jamais entreprise sur cette question, s'appuie sur

des données historiques et comparatives bien plus vastes que tous les travaux antérieurs. Parcourant trois siècles et plus de vingt pays, elle renouvelle entièrement notre compréhension de la dynamique du capitalisme en situant sa contradiction fondamentale dans le rapport entre la croissance économique et le rendement du capital.

## Famille

Maurel Olivier. **La violence éducative, un trou noir dans les sciences humaines.** 2014, Editions L'Instant Présent, Breuillet (F). 240 p. Env. 30 francs. ISBN 978-2-916032-25-2.

L'auteur explore la façon dont les chercheurs en sciences humaines considèrent la violence éducative. Il constate que les travaux de recherche en sciences humaines occultent tout simplement cette forme de violence ou en nient les conséquences. Grâce à l'analyse approfondie de nombreux exemples extraits d'ouvrages récents, Olivier Maurel met en évidence les raisons qui entraînent véritablement la violence éducative dans un «trou noir». Il montre aussi les conséquences: une vision tronquée des causes profondes de la violence humaine, un pessimisme face à son développement et une impuissance à la réduire ou même à la limiter.

En s'appuyant sur d'autres auteurs, sur les plus récentes découvertes de la biologie, de la neurophysiologie, de la psychologie cognitive, Olivier Maurel indique quelles voies de recherches prometteuses s'ouvrent aux scientifiques qui se saisiront du sujet. Plus largement, il propose aux parents, éducateurs, étudiants et chercheurs en sciences humaines de renouveler leurs conceptions sur cette question. Il espère que la prise de conscience de la violence éducative soit le chemin d'une société plus paisible.

## Handicap

**Les processus discriminatoires des politiques du handicap,** sous la direction de Patrick Legros. 2014, Editions PUG, Grenoble, Collection Handicap, vieillissement, société. 224 p. Env. 24 francs. ISBN 978-2-70611-886-9.

L'ouvrage s'interroge tout d'abord sur les nouvelles discriminations consécutives à la loi française pour «l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées». Cette loi vise à faciliter l'insertion des personnes handicapées et prévoit des compensations favorables à l'autonomie, dans les domaines domestique et professionnel. L'intérêt pour tous les lecteurs, également suisses, est la réflexion des auteurs sur les principes discriminatoires «inédits» des politiques du handicap. Les chercheurs s'interrogent sur les effets de définition et de catégorisation des personnes handicapées et sur les rapports entre l'intégration et l'inclusion. Ils abordent un aspect encore peu exploité dans le registre du handicap: l'intégration des personnes en situation de handicap dans le milieu de l'éducation, en France et à l'étranger.

Sanchez Philippe. **Justice pour les personnes handicapées.** 2014, Editions PUG, Grenoble, Collection Handicap, vieillissement, société. 344 p. Env. 24 francs. ISBN 978-2-70611-884-5.

Comment justifier que l'État prélève des taxes et cotisations sur les revenus des valides pour compenser les handicaps des personnes déficientes? Jusqu'où doit aller la compensation du handicap? Est-il juste de favoriser les personnes handicapées dans les recrutements en instaurant des quotas de travailleurs handicapés dans les entreprises et les administrations? Le défaut de vie sexuelle de certaines personnes handicapées doit-il entraîner compensation? Pourquoi aider les aidants familiaux et comment? La philosophie politique apporte des réponses à ces questions dans des débats contradic-

toires rigoureux. L'objectif de l'auteur est de déterminer un cadre normatif, suivant l'approche des capacités, délimitant ce qui est juste et ce qui ne l'est pas concernant les politiques publiques de compensation des handicaps.

## Migration

Alexis Clotaire Némoby Bassolé. **L'agir clandestin. Agentivité de migrants ouest-africains.** 2014, Editions Seismo, Collection «Cohésion sociale et pluralisme culturel», Zurich. 428 p. 53 francs. ISBN 978-2-88351-063-0.

Les migrants en situation de clandestinité sont caractérisés par un statut provisoire qui introduit une suspension dans l'autorisation de se mouvoir, de demeurer et de faire sujet par sa présence. Statut qui transforme les conditions de survie en un condensé de fragilisations: manque de perspectives pour contenir l'attente, précarisation du mode de vie, potentialisation traumatique de l'incertitude sur le devenir, atteintes à la santé mentale et physique.

Ce livre analyse la tension d'ensemble entre mouvements transnationaux de populations et politiques nationales de gestion des flux migratoires. Il interroge, d'une part, les parcours de migrants ouest-africains qui se représentent la migration en Europe comme ultime voie de mobilité sociale et, d'autre part, les contraintes structurelles auxquelles se heurtent leurs projets migratoires. L'analyse s'articule autour de trois axes: les ressources mobilisées dans les parcours clandestins pour atteindre l'Europe; l'instrumentalisation de l'asile comme ultime moyen de légitimation de présence sur l'espace européen; les stratégies résidentielles de survie adoptées pour la réussite du projet migratoire.

L'ouvrage propose une perspective conceptuelle qui définit l'agir clandestin comme un agir faible et une perspective politique qui présente l'agir clandestin comme une normalité pour

ce qui concerne l'accès et la résidence en Europe.

## Pauvreté

Jean-Pierre Tabin, René Knüsel avec la collab. de Claire Ansermet. **Lutter contre les pauvres. Les politiques face à la mendicité dans le canton de Vaud.** 2014, Editions d'en bas, Lausanne. 152 p. 12 francs. ISBN 978-2-8290-0463-6.

Comment expliquer que la présence dans les rues de certaines villes de quelques dizaines de personnes qui mendient suscite autant de réactions négatives ? D'où vient cette méfiance face à la mendicité ? Pourquoi ce sujet est-il à l'agenda politique en Suisse et en Europe ? Qui sont les personnes qui mendient à Lausanne ? Comment vivent-elles ? Ce livre cherche à répondre à ces questions en explorant tout d'abord l'histoire de la pauvreté, de la mendicité et du vagabondage dans nos sociétés de moins en moins tolérantes à cet égard. Les auteurs proposent ensuite une analyse de la construction du « problème » de la mendicité par les autorités législatives, judiciaires et administratives en Suisse, et plus particulièrement dans le canton de Vaud. L'ouvrage présente enfin les résultats d'une enquête de terrain à Lausanne fondée sur des entretiens avec des personnes en contact avec la mendicité et avec ceux et celles qui la pratiquent, ainsi que sur des observations systématiques. Les auteurs concluent sur l'impossibilité de mener une politique adéquate sans impliquer les personnes qui mendient comme des partenaires et des êtres humains à part entière.

## Politique

**Manuel de la politique suisse**, Peter Knoepfel et autres. 2014, 5<sup>e</sup> édition, NZZ libro, Zurich. 952 p. 88 francs. ISBN 978-3-03823-866-9.

Divers articles rédigés en allemand et en français par 46 auteurs traitent

de la démocratie directe, le fédéralisme, la concordance et le système gouvernemental suisse avec un organe collégial à sa tête. Par rapport à la 4<sup>e</sup> édition, trois nouveaux chapitres sont consacrés à l'histoire politique de la Suisse, la politique familiale et la politique de la santé. Les autres chapitres ont été entièrement revus et actualisés.

## Santé publique

Stéphane Rossini. **La gouvernance des politiques suisses de santé.** 2014, Réalités sociales, Lausanne. 224 p. 34 francs. ISBN 978-2-881846-150-7.

Avec plusieurs collaborateurs, Stéphane Rossini a mené une vaste recherche sur l'allocation des ressources dans la politique de santé suisse. La cohérence des mécanismes d'allocation des ressources dans cinq champs de la Loi fédérale suisse sur l'assurance-maladie (LAMal) a été étudiée : la planification hospitalière ; le financement des soins ; la réduction des primes d'assurance-maladie ; la clause du besoin en matière de démographie médicale ambulatoire ; les médicaments. Ces problématiques ont été analysées à travers leur mise en œuvre dans les cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud. Il s'est agi de décrire par quels acteurs, dans quels espaces décisionnels, selon quels processus et à l'aune de quels critères les choix d'allocation des ressources ont été opérés ; d'apprécier le degré de cohérence des décisions entre les niveaux institutionnels et pour les différents acteurs ; de comprendre comment la dimension éthique sous-tend ces processus d'allocation des ressources.

C'est la première fois qu'une telle étude est réalisée en Suisse sur la gouvernance du système de santé en regard non pas des principes généraux, mais des pratiques cantonales effectives. Cette étude confirme la nécessité de repenser et de clarifier les modalités de gouvernance, d'organisation et, surtout, de détermination

des objectifs et des moyens des politiques publiques en matière de santé.

Nicole Bachmann. **Les ressources sociales, facteur protecteur pour la santé.** 2014, Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel. N° de commande : 1034-1401. 4 p. Gratuit. <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=5520>

Les ressources sociales ont un effet positif sur la santé : les personnes isolées socialement ont, entre autres, une espérance de vie nettement plus courte et beaucoup plus de risques de tomber malades que celles qui sont bien intégrées. L'étude de l'Obsan (Obsan Dossier 27) montre que le niveau des ressources sociales dont bénéficie la population en Suisse est élevé en comparaison européenne. Rien n'indique que ces ressources ont diminué d'une manière générale ces derniers temps. Pourtant, en Suisse, certains groupes de population particulièrement vulnérables souffrent d'isolement social, d'un manque de soutien et de solitude.

## Vieillesse

Alexandre Lambelet. **Des âgés en AG. Sociologie des organisations de défense des retraités.** 2014, Editions Antipodes, Lausanne. 320 p. 40 francs. ISBN 978-2-88901-046-2.

Des retraitées et des retraités, réunis en différents groupements de défense d'intérêt, se manifestent régulièrement dans l'espace public helvétique depuis quelques décennies : ils participent à des manifestations, soutiennent des comités référendaires ou se rencontrent lors de grands rassemblements. Regroupés pour la plupart depuis les années 1980 dans deux organisations faitières, ils sont représentés depuis 2001, au niveau fédéral, par le Conseil suisse des aînés. Cet ouvrage porte un regard inédit sur l'action militante de ces retraités. Il éclaire d'abord la contribution de ces groupements, tout au long du XX<sup>e</sup>

siècle, aux transformations de l'État social, comme il éclaire en retour les effets de ces transformations de l'État social sur le développement de ces groupements et sur les conditions de vie des personnes âgées.

## Nouvelles publications

	Source, langues, prix
Assurances sociales en Suisse 2013 (Statistique de poche).	318.001.13F gratuit*
Entwicklungs- und Nutzungstrends im Bereich der digitalen Medien und damit verbundene Herausforderungen für den Jugendmedienschutz (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 9/13.	318.010.9/13D gratuit*
Evaluation Anstossfinanzierung. Nachhaltigkeit der Finanzhilfen für familien-ergänzende Kinderbetreuung und Vereinbarkeit von Familie und Erwerbsarbeit oder Ausbildung (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 15/13.	318.010.15/13D gratuit*
Evaluation chili – konstruktive Konfliktbearbeitung. (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 14/13.	318.010.14/13D gratuit*
Evaluation de la conciliation extrajudiciaire et des réseaux en matière de délinquance juvénile (VD) et perspectives pour la justice réparatrice. Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 7/13.	318.010.7/13F gratuit*
Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 1/14.	318.010.1/14D gratuit*
Formen interinstitutioneller Zusammenarbeit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Typologie (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 11/13.	318.010.11/13D gratuit*
Gesamtsicht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen bis 2035 (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 16/13.	318.010.16/13D gratuit*
Kooperationsmodelle im Bereich Prävention – Intervention – Repression. Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 13/13.	318.010.13/13D gratuit*
Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz (OECD) (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 12/13.	318.010.12/13D gratuit*
Regulierungs-Checkup im Bereich der 1. Säule (EHV/IV/EO) (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 8/13.	318.010.8/13D gratuit*
Statistique des assurances sociales suisses 2013.	318.122.13F gratuit*
Verläufe und Profile von IV-Neurentner/innen 2010. Analysen anhand der SHIVALV-Daten 2005–2010 (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 10/13.	318.010.10/13D gratuit*

\* Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), vente de publications fédérales, 3003 Berne.  
vente.civil@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 2012 :

- 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 Vieillessement actif 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
- N° 4/13 Programmes nationaux de protection de la jeunesse
- N° 5/13 Réforme Prévoyance vieillesse 2020
- N° 6/13 Sans dossier
  
- N° 1/14 Dettes et Etat social
- N° 2/14 Santé mentale et emploi
- N° 3/14 Santé2020

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).

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

## Impressum

<b>Editeur</b>	Office fédéral des assurances sociales (OFAS)	<b>Copyright</b>	Reproduction autorisée avec l'accord de la rédaction
<b>Rédaction</b>	Suzanne Schär Mél: <a href="mailto:suzanne.schaer@bsv.admin.ch">suzanne.schaer@bsv.admin.ch</a> Téléphone 058 462 91 43 La rédaction ne partage pas forcément les opinions des auteurs extérieurs à l'OFAS.	<b>Tirage</b>	Version allemande: 2 400 ex. Version française: 1 400 ex.
<b>Commission de rédaction</b>	Brigitte Gautschi, Stefan Kühne, Jérémie Lecoultré, Géraldine Luisier, Stefan Müller, Robert Nyffeler, Xavier Rossmannith	<b>Prix</b>	Abonnement annuel (6 numéros) Suisse: 53 francs (TVA incluse) Etranger: 53 francs Prix du numéro: 9 francs
<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>Diffusion</b>	OFCL, Diffusion publications 3003 Berne
<b>Traduction</b>	Service linguistique de l'OFAS	<b>Impression</b>	Cavelti AG, Gossau Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG  ISSN 1420-2689 318.998.3/14f