

Dossier

Evaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

Politique sociale

L'allocation de maternité a dix ans

Assurance-invalidité

L'autisme chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes

Sécurité sociale

CHSS 3/2015



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Sommaire Sécurité sociale CHSS 3/2015

Editorial	125
Chronique avril/mai 2015	126

Dossier

Evaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier (Christian Vogt, Markus Weber, Office fédéral de la santé publique)	131
2012, année de transition en matière de coûts et de financement (Sonia Pellegrini, Sacha Roth, Observatoire suisse de la santé)	136
Première évaluation de l'effet des DRG sur la qualité des soins hospitaliers (Dimitri Kohler, Marcel Widmer, Observatoire suisse de la santé)	141
Le nouveau financement hospitalier modifie-t-il le comportement des hôpitaux? (Wolfram Kägi, Miriam Frey, B,S,S, Volkswirtschaftliche Beratung)	145
Le nouveau financement hospitalier du point de vue de l'assurance-invalidité (Martin Gebauer, Office fédéral des assurances sociales)	150

Politique sociale

Les comptes des assurances sociales étaient équilibrés en 2013 (Salome Schüpbach, Stefan Müller, Office fédéral des assurances sociales)	153
L'allocation de maternité a dix ans (Katharina Schubarth, Office fédéral des assurances sociales)	159

Assurance-invalidité

Statistique de l'AI 2014: davantage de prestations de réadaptation professionnelle et moins de rentes (Beat Schmid, Office fédéral des assurances sociales)	163
Santé mentale et emploi: publication du nouveau rapport de synthèse de l'OCDE (Katrin Jentzsch, Office fédéral des assurances sociales)	167
L'autisme chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (Andreas Eckert, Christian Liesen, Haute école inter-cantonale de pédagogie curative, Zurich; Evelynne Thommen, Véronique Zbinden Sapin, Haute école spécialisée de la Suisse occidentale)	170

Prévoyance

L'AVS: principaux résultats statistiques 2014 (Jacques Méry, Shpend Hashani, Office fédéral des assurances sociales)	175
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

International

Entrée en vigueur de la convention de sécurité sociale avec l'Uruguay (Kati Fréhelin, Office fédéral des assurances sociales)	179
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Parlement

Interventions parlementaires	181
Législation: les projets du Conseil fédéral	183

Informations pratiques

Statistiques des assurances sociales	184
Calendrier (réunions, congrès, cours)	186
Livres	187

Notre adresse Internet:
www.ofas.admin.ch



Nouveau système de financement hospitalier: premier bilan intermédiaire



Oliver Peters

Vice-directeur, Office fédéral de la santé publique

La révision partielle de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier vise à améliorer la transparence dans le système de santé et à freiner la hausse des coûts dans le secteur hospitalier tout en garantissant une qualité équivalente. Son volet principal est l'introduction du système de forfaits par cas SwissDRG. Celui-ci a été critiqué avant même son introduction, sous prétexte qu'il allait entraîner de nombreux effets négatifs. Ses adversaires redoutaient une détérioration de la qualité et des économies insoutenables pour les hôpitaux. Selon eux, les hôpitaux se retrouveraient en situation de sous-financement et devraient procéder à des licenciements, au détriment de la qualité des soins. En outre, selon ses détracteurs, le nouveau système de forfaits par cas allait inciter les hôpitaux à réduire la durée d'hospitalisation. Ces renvois prématurés déboucheraient sur des réhospitalisations en nombre croissant. En définitive, les critiques estimaient que le nouveau système allait réduire le niveau de satisfaction des patients et compromettre leur sécurité.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) réalise actuellement une vaste étude sur les effets de la révision, pour vérifier notamment la pertinence des craintes les plus fréquentes. Il vient de publier un premier bilan intermédiaire qui résume les résultats observés durant les douze premiers mois qui ont suivi l'introduction du système SwissDRG et en tire les premières conclusions. Aucune

variation fondamentale n'a été observée dans la qualité des traitements hospitaliers au cours de cette période. La satisfaction des patients par rapport aux traitements hospitaliers reçus et aux séjours effectués en clinique reste très élevée. Quant aux hôpitaux, ils sont aussi largement satisfaits du nouveau système. La structure tarifaire uniforme SwissDRG permet une meilleure comparaison des prestations sous différents angles. Par conséquent, la transparence a sensiblement augmenté, que ce soit concernant le volume des traitements, leur qualité ou leurs coûts.

Cela dit, la période d'observation est encore trop limitée pour repérer des effets sur la réduction des coûts. Il est aussi trop tôt pour déterminer si les effets sont ponctuels ou structurels. Avec des modifications aussi importantes que celles visées par la présente révision, il faut naturellement compter un certain temps pour que les acteurs s'adaptent aux nouvelles conditions et que les mesures déploient pleinement leurs effets. De manière générale, la révision partielle de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier est sur de bons rails. Afin de mieux évaluer les effets à moyen terme, des études supplémentaires sont toutefois nécessaires. Dans les prochaines années, il faudra donc poursuivre l'analyse des coûts, du financement et de la qualité des prestations hospitalières. En outre, il s'agira d'étudier plus attentivement l'évolution du volume des traitements et d'examiner si certaines prestations des hôpitaux publics sont transférées vers le secteur privé. L'évolution de l'éventail et du volume des prestations dans le système de santé ainsi que les planifications hospitalières des cantons sont deux autres thèmes importants. En comprenant mieux l'interdépendance entre les différents facteurs étudiés, il sera possible d'évaluer si la révision de loi a une influence sur la planification et la concurrence.

A ce jour, la révision partielle de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier n'a pas eu les conséquences annoncées par ses détracteurs. En effet, on n'observe ni une diminution de la qualité des soins ni des économies drastiques réalisées sur le dos des hôpitaux. Afin de détecter et, le cas échéant, de corriger les effets indésirables, l'OFSP continuera à tenir sous contrôle les évolutions dans ce domaine.

Assurance-Invalidité

Faits et chiffres 2014: le nombre de nouvelles rentes se stabilise et la réadaptation professionnelle progresse

Le nombre de nouvelles rentes octroyées par l'assurance-invalidité a diminué de moitié depuis 2003 et s'est stabilisé aux environs de 14 000 depuis 2012. Le nombre des rentes en cours a de nouveau baissé, de 2 %, pour s'établir à 225 700 rentes pondérées. Une analyse des données indique qu'il n'existe aucun transfert important de l'AI vers l'aide sociale. En 2014, l'AI a de nouveau mis en œuvre davantage de mesures ayant pour objectif la réadaptation professionnelle des assurés. Elle a en outre détecté 540 cas d'abus (www.ofas.admin.ch).

Conseil fédéral

Le Conseil fédéral adopte les lignes directrices et les objectifs du programme de la législature 2015 à 2019

Lors de sa séance du 8 mai 2015, le Conseil fédéral a adopté les lignes directrices et les objectifs du programme de la législature 2015 à 2019. Ce programme s'articule autour de trois grands axes: prospérité, cohésion et sécurité (www.admin.ch).

Démographie

Effectif de la population 2014: une population toujours plus nombreuse et de plus en plus âgée

A la fin de l'année 2014, la population résidente permanente de la Suisse se monte à 8 236 600 habitants, soit un accroissement de 96 900 personnes (+1,2 %) par rapport à 2013. Actuellement, en Suisse, une femme sur cinq et un homme sur six ont plus de 64 ans. Le nombre de centenaires progresse de 4,1 % par rapport à 2013. Ce sont là les résultats provisoires de

la statistique de la population et des ménages de l'Office fédéral de la statistique (OFS) (www.statistique.admin.ch → Thèmes → 01 – Population).

International

Entrée en vigueur de la convention de sécurité sociale entre la Suisse et l'Uruguay

La convention de sécurité sociale entre la Suisse et l'Uruguay, signée en avril 2013, est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, après ratification par les Parlements des deux Etats (www.ofas.admin.ch).

Migration

Le Conseil fédéral approuve le rapport sur la migration pendulaire

Le 29 avril 2015, le Conseil fédéral a adopté le rapport sur la migration pendulaire liée aux soins aux personnes âgées. Ce dernier formule des propositions en vue de l'amélioration des conditions de travail des migrantes pendulaires. Le DEFR a reçu le mandat de présenter une estimation des coûts d'une éventuelle réglementation d'ici à la fin du premier semestre 2016. En collaboration avec le DFI et le DFJP, il doit également discuter des propositions de solution avec les cantons, les partenaires sociaux et les organisations de personnes concernées pour remettre une proposition concrète au Conseil fédéral d'ici la fin 2016 (www.seco.admin.ch).

Le Conseil fédéral s'exprime sur les recommandations du Parlement concernant la libre circulation des personnes

Le Conseil fédéral a pris position sur quatre recommandations de la Commission de gestion du Conseil national (CdG-N). La CdG-N recommande au Conseil fédéral notamment d'améliorer la situation concernant les données relatives aux migrants afin de permettre des analyses statistiques

plus complètes et de mieux contrôler le droit de séjour des étrangers dans le cadre de la libre circulation des personnes. Dans sa réponse, le Conseil fédéral indique que la Confédération et les cantons devraient assumer une charge considérable sur les plans tant financier qu'administratif pour mettre en œuvre les recommandations. Il estime qu'il est néanmoins possible de relier les banques de données existantes afin d'optimiser la qualité des évaluations (www.dfjp.admin.ch).

Statistique des étrangers 2014

En 2014, l'immigration étrangère nette en Suisse a diminué de 2,7 % par rapport à 2013. Fin 2014, 1 947 023 étrangers vivaient en Suisse, soit 3,2 % de plus que l'année précédente. La majorité de la population résidente permanente de nationalité étrangère (environ 68 %) provenait des Etats membres de l'UE-28 et de l'AELE (www.sem.admin.ch).

Prévoyance professionnelle

Situation financière des institutions de prévoyance en 2014

La lacune de financement persiste en dépit des mesures prises par les institutions de prévoyance. Le bas niveau des taux d'intérêts exige d'autres adaptations à l'occasion de la publication de son troisième rapport d'activité, la Commission de haute surveillance de la prévoyance professionnelle (CHS PP) a fait le point sur la situation financière des institutions de prévoyance. Après trois exercices couronnés de bons résultats de placement, la plupart des institutions de prévoyance en Suisse présentent, fin 2014, un taux de couverture nettement supérieur à 100 %. Le rendement net moyen de la fortune s'est élevé à 6,8 % (contre 6,2 % l'année précédente). L'abandon par la Banque nationale suisse (BNS) du cours plancher de l'euro a encore accentué la problématique du bas niveau des taux d'intérêt. Celui-ci soumet les institutions à une forte pression pour ce qui est des rendements. Par

ailleurs, les garanties d'intérêt à la base des prestations de vieillesse dépassent de 0,5 % en moyenne les taux d'intérêt technique utilisés pour le calcul des engagements (www.oak-bv.admin.ch).

Publication de l'étude « Auswirkungen von IAS 19 auf die berufliche Vorsorge »

L'application des normes comptables IFRS par certaines entreprises, en particulier de la norme IAS 19, a provoqué des interactions avec la prévoyance professionnelle et suscité des réactions critiques. Certains craignent que les entreprises concernées se voient contraintes de modifier leurs plans de prévoyance au détriment des assurés. C'est pourquoi l'OFAS a décidé d'analyser la situation en profondeur et a confié à Swisscanto la réalisation d'une étude. Le principal enseignement de cette étude est qu'il convient de relativiser l'ampleur des modifications de plans de prévoyance dues à cette norme. Les auteurs admettent cependant que, dans quelques cas particuliers, des détériorations sont apparues et qu'il existe une certaine incitation à procéder à des modifications au profit des entreprises et au détriment des assurés. Etant donné que les normes IFRS constituent des standards internationaux, la marge de manœuvre laissée au législateur suisse est mince et le restera à l'avenir (www.ofas.admin.ch).

Politique sociale

Adhésion de la Suisse au troisième protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant

Le Conseil fédéral a ouvert la consultation sur l'approbation du troisième protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant. Le texte prévoit notamment une procédure de présentation de communications permettant aux particuliers de porter une violation de la Convention devant le Comité des droits de l'enfant. Ce nouveau mécanisme de contrôle vise à mettre en œuvre la Convention

de manière plus efficace (www.dfae.admin.ch).

DDC: rapport annuel 2014 sur la contribution suisse à l'élargissement

Le rapport annuel 2014 de la DDC et du SECO sur la contribution suisse à l'élargissement vient de paraître. Par la contribution à l'élargissement, la Suisse soutient l'UE 10, c'est-à-dire les Etats entrés dans l'Union européenne en 2004, de même que la Bulgarie et la Roumanie, qui sont devenus membres en 2007, et la Croatie, qui a rejoint l'UE en 2013. La Suisse entend par ce moyen atténuer les disparités sociales et économiques au sein de l'UE élargie. Le montant total de la contribution est de 1,302 milliard de francs. Fin 2014, 300 projets environ étaient en cours de réalisation et 18 projets avaient été achevés (www.erweiterungsbeitrag.admin.ch).

Le Conseil fédéral entend renforcer encore la protection de la jeunesse face aux médias

Les deux programmes nationaux de protection de la jeunesse, Jeunes et violence ainsi que Jeunes et médias, ont fait leurs preuves. Après cinq ans de mise en œuvre, le Conseil fédéral en tire un bilan positif dans deux rapports. Au vu de l'intensité des problèmes, en particulier en matière de protection de la jeunesse face aux médias, il relève aussi que les mesures de soutien méritent d'être poursuivies. Dans ce même domaine, la Confédération entend renforcer la coordination et la réglementation (www.ofas.admin.ch).

Le Conseil fédéral plaide pour un droit de la famille moderne

Les modèles familiaux se sont grandement diversifiés dans notre société moderne. Plusieurs modifications récentes de la législation reflètent ces mutations, mais le Conseil fédéral, dans un rapport adopté le 25 mars, estime que d'autres innovations sont nécessaires. Il propose par exemple de discuter de la création d'un partenariat réglé par la loi, produisant moins d'effets juridiques que le mariage. Le mariage lui-même

n'est pas remis en cause. Le rapport du Conseil fédéral doit servir de base aux débats sur les futures révisions de la législation (www.admin.ch).

Mise au concours du projet de recherche « Régulations pour ouvrir une structure d'accueil extrafamilial pour enfants »

Le postulat Quadranti « Accueil extrafamilial pour enfants. Eliminer les obstacles et les prescriptions bureaucratiques » demande au Conseil fédéral d'examiner les obstacles bureaucratiques et les exigences à remplir en relation avec l'autorisation de créer des places d'accueil extrafamilial pour enfants. Le projet de recherche a pour but de recenser les régulations devant être respectées tant au niveau fédéral, cantonal que communal lors de l'ouverture d'une structure d'accueil extrafamilial pour enfants. Devront ainsi être examinées les exigences à remplir lors de l'ouverture d'une telle structure, notamment au niveau de la police des constructions, de la protection incendie, de la protection contre les accidents, de l'hygiène et de la sécurité alimentaire (www.ofas.admin.ch → Pratique → Recherche → Appel d'offres).

Statistique en matière d'asile pour le mois d'avril 2015

En avril 2015, 1 376 demandes d'asile ont été déposées en Suisse, soit une diminution de 8 % par rapport au mois de mars (1 500 demandes) et de 6 % par rapport à avril 2014. Si le nombre de demandes présentées par des ressortissants érythréens et sri-lankais a baissé par rapport au mois précédent, celui des ressortissants syriens a augmenté (www.sem.admin.ch).

Assurances sociales

Résultats d'exploitation différents pour l'AVS, l'AI et l'APG : performances positives des placements

L'AVS clôture l'année 2014 sur un résultat de répartition négatif de -320 millions de francs, tandis qu'il était encore légèrement positif en 2013 avec

14 millions. Cela signifie que l'an passé les dépenses de l'AVS ont été plus élevées que ses recettes. Grâce à la bonne performance de placement qui, avec des revenus de la fortune de 1 752 millions est largement plus élevée que l'année précédente (607 millions), il a été possible de surcompenser les sorties du fonds AVS. Le résultat de répartition (684 millions) de l'AI a connu une hausse, tout comme le résultat d'exploitation (922 millions). Le résultat d'exploitation positif permet de continuer d'amortir la dette de l'AI envers l'AVS. Le résultat de répartition de l'APG reste stable. Il clôture avec un excédent de 122 millions (128 millions l'année précédente) (www.ofas.admin.ch).

Santé publique

« Combien ? » : nouvelle campagne de prévention des problèmes liés à l'alcool

A partir de combien de verres la consommation d'alcool présente-t-elle un risque pour la santé? Les risques encourus varient selon les individus et la situation. Pour sa nouvelle campagne de prévention des problèmes liés à l'alcool, l'Office fédéral de la santé publique, avec ses organisations partenaires, veut inciter chaque personne à répondre à la question en lui fournissant des informations sur les effets de l'alcool (www.ofsp.admin.ch → Thèmes → 14 – Santé).

Concept national maladies rares: approbation du plan de mise en œuvre

Le Conseil fédéral a approuvé le plan de mise en œuvre du concept national maladies rares. Cet agenda s'articule autour de quatre projets: mise en place de centres de référence, prise en charge des prestations, partage de l'information et recherche. La réalisation des mesures préconisées s'étend sur une phase de trois ans, jusqu'à fin 2017 (www.ofsp.admin.ch → Thèmes → Maladies et médecine → Maladies rares).

La loi sur les épidémies entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016

Le Conseil fédéral a fixé au 1^{er} janvier 2016 l'entrée en vigueur de la loi fédérale révisée sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidémies), qui permettra de mieux protéger la population contre les risques sanitaires. Il a également approuvé deux ordonnances (www.ofsp.admin.ch → Thèmes → Maladies et médecine → Maladies infectieuses → Bases légales → Revision de la loi sur les épidémies).

L'application du mandat constitutionnel sur les médecines complémentaires est en cours

Six ans après son acceptation, l'article constitutionnel sur la prise en compte des médecines complémentaires est en cours d'application à différents niveaux. Telle est la conclusion d'un rapport intermédiaire demandé par le Parlement et approuvé aujourd'hui par le Conseil fédéral. Cet article poursuit plusieurs objectifs: faciliter l'accès au marché pour les médicaments complémentaires et les phyto-médicaments, transmettre les connaissances sur les médecines complémentaires durant la formation universitaire, créer des diplômes pour les thérapeutes non médecins et permettre le remboursement par l'assurance de base des prestations de la médecine complémentaire (www.ofsp.admin.ch → Thèmes → La politique de la santé → Médecines complémentaires).

Les jeunes adorent le sport

Les 10-19 ans font beaucoup de sport, non seulement à l'école dans le cadre de l'éducation physique, mais aussi en dehors. C'est ce que montre le rapport sur les enfants et les adolescents de l'enquête «Sport Suisse 2014», enquête consacrée à l'activité sportive de la population suisse et à ses centres d'intérêt dans ce domaine (www.sport.admin.ch/ofspo).

LOVE LIFE: diminution des diagnostics VIH

Les chiffres de 2014 montrent que le nombre des nouvelles infections

au VIH et à la syphilis baisse et qu'il se stabilise pour la gonorrhée. Les diagnostics de VIH ont diminué de 10 % pour passer à 519 cas confirmés. Les nouveaux cas de syphilis ont également diminué, et la gonorrhée n'a plus augmenté. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) mettra désormais l'accent sur le dépistage précoce des nouvelles infections (www.ofsp.admin.ch).

Procréation médicalement assistée 2013: le recours à la fécondation in-vitro recule légèrement

En 2013, 6 180 couples désireux d'avoir des enfants ont eu recours à une fécondation in-vitro. Le traitement a abouti à une grossesse chez plus d'un tiers des femmes y ayant fait appel et a permis la naissance de 1 891 enfants vivants. Ce sont là quelques-uns des nouveaux résultats de la statistique de la procréation médicalement assistée 2013 publiés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (www.statistique.admin.ch → Thèmes → Alcool, tabac, drogues, Stratégie nationale Addictions → Alcool → Campagne).

Statistique de la mortalité – la grippe provoque une hausse de la mortalité début 2015

Au cours des premières semaines de cette année, la mortalité en Suisse a été nettement supérieure aux prévisions. Cette période de surmortalité coïncide avec le pic de l'épidémie de grippe. L'Office fédéral de la statistique (OFS) publie désormais chaque semaine une estimation du nombre hebdomadaire de décès (www.statistique.admin.ch → Thèmes → 14 – Santé).

Stratégie nationale Addictions: ouverture de la procédure d'audition

La stratégie nationale Addictions, élaborée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) en collaboration avec ses partenaires, est soumise à une procédure d'audition jusqu'au 11 juillet. La Stratégie veut intégrer dans une approche globale toutes les formes de dépendance et dépasser la politique fragmentée conduite jusqu'à maintenant. Elle a

pour objectifs de prévenir les addictions, de réduire les dommages pour la santé, de fournir aux personnes dépendantes l'aide et les traitements nécessaires et d'éviter les retombées négatives sur la société (www.ofsp.admin.ch → Thèmes → Stratégie nationale Addictions).

Travail

Enquête suisse sur la population active: l'offre de travail

Selon les relevés de l'Office fédéral de la statistique (OFS), le nombre d'actifs occupés en Suisse a progressé de 2,8 % entre le 1^{er} trimestre 2014 et le 1^{er} trimestre 2015. Sur la même période, le taux de chômage selon la définition du Bureau international du travail (BIT) a baissé, passant de 4,8 % à 4,4 %. L'UE voit son taux de chômage également diminuer, passant de 11,0 % à 10,2 % (www.statistique.admin.ch → Thèmes → 03 – Travail, rémunération).

Enquête suisse sur la population active: progression des horaires de travail flexibles

En 2014, près d'un salarié sur deux (44,6 %) exerce son activité selon un horaire de travail flexible. Une personne active occupée sur cinq (20,5 %) travaille régulièrement le samedi et environ une sur dix (10,6 %) le dimanche. D'importantes différences sont relevées en termes de modèles d'horaire selon le degré de formation et le sexe. C'est ce qui ressort des résultats 2014 de l'enquête suisse sur la population active réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (www.statistique.admin.ch → Thèmes → 03 – Travail, rémunération).

Fête du 1^{er} mai: la présidente de la Confédération rencontre des travailleurs et des apprentis

A l'occasion de la fête du travail, la présidente de la Confédération Simonetta Sommaruga s'est rendue sur le site du groupe Micarna SA à

Courtepin, dans le canton de Fribourg, pour rencontrer des travailleurs et des apprentis. Madame Sommaruga a souligné combien il est important que les entreprises investissent dans l'apprentissage, rappelant que le marché du travail a besoin de jeunes bien formés pour continuer à se développer (www.dfjp.admin.ch).

Indice suisse des salaires 2014

D'après les calculs de l'Office fédéral de la statistique (OFS), l'indice suisse des salaires nominaux a augmenté en moyenne de 0,8 % en 2014 par rapport à 2013. Il s'établit ainsi à 103,3 points (base 2010 = 100). Compte tenu d'un taux d'inflation annuel moyen nul, les salaires réels enregistrent également une hausse de 0,8 % (104,1 points, base 2010 = 100) (www.statistique.admin.ch → Thèmes → 03 – Travail, rémunération).

La Conférence nationale sur les travailleurs âgés arrête des mesures

Le conseiller fédéral Johann N. Schneider-Ammann a adopté le 27 avril, en collaboration avec les cantons et les partenaires sociaux, des mesures visant à améliorer la situation des travailleurs âgés. Les participants à la première Conférence nationale sur les travailleurs âgés ont en outre arrêté une feuille de route. Ils dresseront un bilan des mesures lors de la prochaine conférence nationale, qui aura lieu en avril 2016 (www.seco.admin.ch).

La situation sur le marché du travail en avril 2015

Selon les relevés du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), à fin avril 2015, 141 131 personnes étaient inscrites au chômage auprès des offices régionaux de placement (ORP), soit 3977 de moins que le mois précédent. Le taux de chômage a diminué, passant de 3,4 % en mars 2015 à 3,3 % pendant le mois sous revue. Le chômage a augmenté de 4044 personnes (+2,9 %) par rapport au mois correspondant de l'année précédente (www.seco.admin.ch).

Mesures d'accompagnement: le Conseil fédéral souhaite augmenter le montant des amendes défini dans la loi sur les travailleurs détachés

Le 1^{er} avril, le Conseil fédéral a pris connaissance du résultat de la consultation concernant l'optimisation des mesures d'accompagnement. Sur la base de ces résultats, il a décidé d'augmenter le plafond des sanctions prévu par la loi sur les travailleurs détachés, qui passeraient de 5 000 francs actuellement à 30 000 francs dans le cas d'infractions à l'encontre des conditions minimales de salaire et de travail suisses. Le Conseil fédéral suspend pour le moment le reste du projet (www.seco.admin.ch).

Mise en œuvre des mesures d'accompagnement à la libre circulation des personnes Suisse-UE pour l'année 2014

L'activité de contrôle des organes d'exécution s'est stabilisée en 2014. Au total, les commissions tripartites et paritaires ont contrôlé les conditions de salaire et de travail dans plus de 40 000 entreprises et auprès de 159 000 personnes. Les différentes améliorations légales et la professionnalisation des organes d'exécution ont permis une lutte ciblée et efficace de la sous-enchère salariale (www.seco.admin.ch).

Errata

Deux erreurs se sont malheureusement glissées dans la version imprimée du n° 2/2015 de « Sécurité sociale CHSS ». Nous vous prions de nous en excuser et de prendre note des corrections suivantes:

- p. 109: le chapitre « Résultats » se base sur la « Statistique médicale des hôpitaux 2012 » et non sur celle de 2010;
- p. 113: tableau T2 « Compte d'exploitation de l'IAI en 2014 »: dans le dernier groupe de dépenses (« Frais d'administration »), les « frais de gestion administrative » se montent à 35 084 722 francs et non à 350 084 722 francs.



Source : Office fédéral des routes (OFROU)

Les mesures de la révision de la LAMal en matière de financement des hôpitaux sont appliquées depuis déjà trois bonnes années. Même si la période d'observation est relativement courte, le moment est venu de tirer un premier bilan. La révision a-t-elle permis, comme prévu, de freiner la croissance des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins dans le secteur hospitalier stationnaire, sans compromettre la qualité des prestations ? Le dossier du présent numéro examine cette question sous différents angles. Les articles présentent l'impact du nouveau système de forfaits par cas SwissDRG sur les coûts, le financement, la qualité et l'offre hospitalière. Sur la base des résultats du rapport intermédiaire, ils abordent également l'évaluation à long terme des nouvelles mesures et les besoins éventuels en termes de pilotage.

Evaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

La révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier est, de toutes les révisions de la LAMal, l'une des plus ambitieuses et des plus débattues depuis son introduction. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) accompagne la mise en œuvre de cette révision par une évaluation à long terme couvrant les années 2012 à 2019. Celle-ci porte principalement sur les coûts, la qualité, le comportement des hôpitaux et le paysage hospitalier. Les premiers résultats sont désormais disponibles.



Christian Vogt
Office fédéral de la santé publique



Markus Weber

Dans le contexte d'une hausse généralisée des coûts de la santé et d'une croissance marquée des coûts dans le secteur «stationnaire» des hôpitaux, les Chambres fédérales ont adopté, fin 2007, la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Cette révision ambitieuse de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

La révision a pour objectif principal de freiner la croissance des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et du secteur stationnaire des hôpitaux sans toucher pour autant à la qualité des prestations qui y sont fournies. Les mesures mises en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2012 visent pour l'essentiel à améliorer la transparence et l'efficacité du système, deux conditions nécessaires à la réalisation des objectifs, et au renforcement de la concurrence entre les hôpitaux.

¹ Le secteur hospitalier stationnaire comprend les soins somatiques aigus, la réadaptation et la psychiatrie.

Principales mesures de la révision

Les mesures prises dans le cadre de la révision concernent divers acteurs du système de santé, mais plus particulièrement les hôpitaux pour ce qui est des fournisseurs des prestations et les cantons et les assureurs-maladie pour ce qui est des agents payeurs.

Introduction de forfaits liés aux prestations

Depuis le 1^{er} janvier 2012, les prestations hospitalières sont en principe remboursées au moyen de forfaits liés aux prestations, qui sont fondés sur une structure tarifaire uniforme à l'échelle nationale. Avant la révision, divers systèmes tarifaires étaient utilisés pour la rémunération des prestations hospitalières, par exemple les forfaits par jour, par division ou par cas. Cette rémunération ne visait pas à rembourser les prestations en tant que telles, mais à couvrir les coûts d'exploitation imputables des hôpitaux. La révision marque ainsi le passage d'un financement des hôpitaux à un financement des prestations fournies par ces établissements. Grâce à l'introduction d'un système tarifaire uniforme à l'échelle nationale, la rémunération des prestations hospitalières a gagné en clarté, en transparence et en comparabilité, ce qui devrait contribuer à une plus grande efficacité dans ce domaine.

Au sein du secteur stationnaire, les soins somatiques aigus¹ sont rémunérés conformément au système tarifaire SwissDRG, dont la structure a été convenue entre les partenaires tarifaires (fournisseurs de prestations et assureurs-maladie). La structure tarifaire divise les soins somatiques aigus en un millier de groupes de cas liés au diagnostic (*Diagnosis Related Groups, DRG*). A chaque DRG est associé un coût relatif (voir l'exemple dans le tableau **T1**), dont le niveau est principalement déterminé par les ressources nécessaires à la fourniture des prestations. Sont pris en compte non seulement les dépenses pour les prestations effectivement fournies au patient, mais aussi les coûts d'utilisation des immobilisations. La structure tarifaire SwissDRG, avec ses différents coûts relatifs, s'applique à l'ensemble des hôpitaux offrant des soins somatiques aigus; elle est revue sur une base annuelle. En 2015, c'est sa version 4.0 qui est en vigueur.

La rémunération effective, c'est-à-dire le prix des prestations, est déterminée par les prix de base (également appelés *baserates*), qui sont propres à chaque hôpital. Les prix de base sont en principe négociés chaque année entre les partenaires tarifaires (notamment sur la base d'une analyse comparative entre hôpitaux). La rémunération effective pour un traitement se calcule en multipliant le

Exemple de remboursement avec SwissDRG**T1**

Coût relatif par groupe de cas

DRG	Désignation	Coût relatif
G23C	Appendicectomie sauf pour péritonite, sans CC extrêmement sévères ou sévères, âge >13 ans	0,673
A05B	Transplantation cardiaque ou pulmonaire sans ventilation artificielle > 179 heures, âge > 15 ans	13,417

Remboursement effectif par groupe de diagnostic et par hôpital en francs

DRG	Coût relatif	Hôpital A		Hôpital B	
		Prix de base	Remboursement	Prix de base	Remboursement
G23C	0,673	× 10 000	6 730	× 9 000	6 057
A05B	13,417		134 170		120 753

Source : tableau original (Catalogue des forfaits par cas SwissDRG 4.0 : www.swissdrg.org).

prix de base de l'hôpital par le coût relatif correspondant au groupe de diagnostic considéré.

L'introduction de forfaits liés aux prestations dans les domaines de la psychiatrie et de réadaptation du secteur stationnaire est encore en suspens. Des structures tarifaires uniformes à l'échelle nationale devraient être introduites dans ces domaines en 2018.

Planification hospitalière cantonale

La planification hospitalière est un outil important pour garantir l'approvisionnement en soins dans le secteur hospitalier stationnaire. Elle permet de déterminer quelles prestations médicales doivent être fournies par quels hôpitaux. Les établissements concernés (hôpitaux répertoriés) reçoivent du canton un mandat de prestations et sont inscrits sur sa liste hospitalière.

La révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier inclut l'obligation pour les cantons de tenir compte dans leur planification des critères de qualité et d'économicité des prestations.

Tous les hôpitaux répertoriés dans la liste hospitalière d'un canton, que l'organisme responsable soit public ou privé, sont désormais soumis aux mêmes conditions générales, c'est-à-dire au même ensemble de droits et d'obligations, par exemple l'obligation d'admission conformément au mandat de prestations du canton. Il n'existe donc en principe plus de différences entre les hôpitaux autrefois qualifiés de publics, subventionnés ou privés.

Des précisions ont également été apportées à la réglementation de la médecine hautement spécialisée (MHS) : en signant la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) le 14 mars 2008, les cantons se sont engagés à coordonner à l'échelle nationale la planification et l'attribution des prestations de ce domaine.

Ces différentes mesures doivent dans l'ensemble contribuer à améliorer la qualité et l'économicité des prestations. Mais il importe de renforcer encore la collaboration intercantonale dans le domaine de la planification hospitalière.

Financement dual-fixe des prestations hospitalières

Les prestations hospitalières sont remboursées de manière duale, c'est-à-dire par deux agents payeurs (les cantons et l'AOS). Les cantons participent uniquement au remboursement des prestations fournies par des hôpitaux admis dans la planification cantonale au titre d'hôpitaux répertoriés.

La révision du financement hospitalier a fixé la répartition du financement entre les cantons et l'AOS de la façon suivante : les cantons assument au minimum 55 % du remboursement et l'AOS au maximum 45 %. Pour contenir la charge financière supplémentaire pesant sur les cantons durant la phase transitoire de cette nouvelle réglementation, les cantons dont la moyenne des primes pour adultes était inférieure à la moyenne suisse au 1^{er} janvier 2012 ont jusqu'au 1^{er} janvier 2017 pour porter progressivement leur part au financement à 55 % au moins.

Par ailleurs, la révision a donné aux assureurs-maladie la possibilité de conclure avec des hôpitaux non répertoriés des conventions sur la rémunération des prestations fournies au titre de l'AOS (hôpitaux dits conventionnés). Pour ces hôpitaux, la part du remboursement à la charge de l'AOS est également de 45 % au maximum, les assurés ou leurs assurances complémentaires devant assumer les 55 % restants.

Cette mesure a pour but d'améliorer la transparence du financement et de limiter la part du financement à la charge de l'AOS, et donc la croissance des coûts de celle-ci.

Extension du libre choix de l'hôpital

La révision du financement hospitalier confère aux assurés le libre choix entre tous les hôpitaux répertoriés, même ceux situés en dehors de leur canton de résidence. En cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié en dehors du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge leur part de rémunération jusqu'à concurrence du tarif applicable pour ce traitement dans un hôpital répertorié du canton de résidence. Fait exception le traitement hospitalier hors canton fondé sur une indication médicale, pour lequel le canton de résidence prenait déjà en charge, avant la révision, la différence éventuelle entre le tarif de l'hôpital

répertorié hors canton et le tarif applicable au traitement correspondant dans un hôpital répertorié du canton de résidence. Par rapport à la situation antérieure à la révision, la participation financière des patients aux traitements hospitaliers hors canton n'est donc plus que marginale et la charge financière des assurances complémentaires est considérablement allégée. Cette mesure vise principalement à renforcer la concurrence entre les hôpitaux.

Transparence en matière de qualité des prestations médicales

La révision oblige les fournisseurs de prestations à une plus grande transparence en matière de qualité des prestations médicales. Les hôpitaux doivent communiquer à l'OFSP pour publication les données concernant des indicateurs de qualité médicale. Cette mesure a pour but d'améliorer la transparence en matière de qualité des prestations.

Conception de l'évaluation

Pour analyser les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, le Conseil fédéral a approuvé, le 25 mai 2011, la conduite d'une évaluation. L'art. 32 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) prévoit que c'est à l'OFSP de procéder aux études scientifiques sur l'application et les effets de la loi.

Des études scientifiques seront menées entre 2012 et 2018 dans quatre domaines thématiques. Elles doivent montrer comment la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier a été mise en œuvre et quelles en ont été les effets. Il s'agit pour l'essentiel d'analyser si les mesures adoptées dans le cadre de la révision ont effectivement contribué à atteindre les objectifs de politique sociale et de concurrence, notamment en freinant la croissance des coûts dans l'AOS, et, le cas échéant, d'identifier l'ampleur de cet effet. Outre l'impact des mesures sur l'évolution des coûts, l'analyse doit mettre en lumière les effets de la révision sur deux autres objectifs essentiels de la LAMal, l'accès à des soins de haute qualité et la solidarité entre les assurés. Les résultats des études de l'OFSP, complétés par les conclusions des recherches conduites par d'autres acteurs, seront rassemblés en 2019 dans un rapport de synthèse qui offrira une vue d'ensemble de la situation. Ce rapport final devra s'attacher en priorité à répondre aux questions centrales suivantes :

1. Quels sont les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ?
2. Quels sont les effets de la révision sur les acteurs principaux du système de santé, à savoir les cantons, les assureurs, les fournisseurs de prestations et les assurés ?
3. En quoi la révision contribue-t-elle à atteindre les objectifs principaux de la LAMal en matière de politique sociale et de concurrence ?
4. A quel point la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier est-elle adéquate, autre-

ment dit, dans quelle mesure permet-elle de contenir la hausse des coûts dans l'AOS ?

5. Dans quels domaines une action s'impose-t-elle ?

Domaines thématiques de l'évaluation

Afin d'apporter des éléments de réponse aux questions centrales énoncées ci-dessus, plusieurs études partielles sont menées sur les quatre domaines thématiques suivants :

1. Effets de la révision sur les coûts et le financement du système de soins hospitaliers.
2. Effets de la révision sur la qualité des prestations hospitalières.
3. Effets de la révision sur la structure du paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins.
4. Effets de la révision sur le comportement des hôpitaux.

Défis pour l'évaluation

Les premiers effets de la révision étaient théoriquement attendus dès 2012. Toutefois, en raison des dispositions transitoires déjà mentionnées, la totalité des mesures adoptées dans le cadre de la révision ne sera pas mise en œuvre avant 2017 et la plupart d'entre elles ne déploieront leurs effets qu'après plusieurs années. De plus, il faut tenir compte du fait que les données pertinentes de l'Office fédéral de la statistique (OFS) ne sont pas disponibles immédiatement après leur collecte, car elles nécessitent un traitement poussé. Enfin, la complexité de l'objet étudié ne permettra de mettre en évidence que de manière restreinte l'existence de causalités entre les mesures prises et leurs effets.

Ces défis, couplés à des ressources financières limitées, expliquent qu'il a été nécessaire de concevoir l'évaluation de manière pragmatique et à long terme. L'évaluation devra néanmoins permettre de dégager les connaissances nécessaires et de mettre en évidence de manière claire et plausible les interrelations et les éventuelles adaptations à apporter.

Etapes de l'évaluation

L'évaluation se déroule en deux temps. Les données de routine déjà disponibles et les premiers résultats des études menées lors de la première étape (2012-2015) ont permis d'analyser la situation durant les douze premiers mois qui ont suivi la mise en œuvre (2012) et de disposer ainsi d'une base pour observer de manière systématique l'évolution des effets. Certaines questions spécifiques sur lesquelles il était déjà possible de se prononcer, par exemple les ajustements à court terme au niveau des hôpitaux, ont été sélectionnées et traitées. Les effets à moyen terme seront étudiés au cours de la seconde étape, entre 2016 et 2019.

Domaine thématique « Effets de la révision sur les coûts et le financement du système de soins hospitaliers »

Les effets de la révision de la LAMal dans le domaine de financement hospitalier sur les coûts et le financement du

système de soins a fait l'objet d'un rapport², dont l'objectif était non seulement de décrire les effets à court terme du nouveau financement hospitalier durant les douze premiers mois suivant son introduction (2012), mais aussi de jeter les bases d'une analyse régulière des données à l'aide d'un certain nombre d'indicateurs. L'évaluation de ces indicateurs s'appuie sur les données des assureurs-maladie et sur la statistique des hôpitaux de l'OFS.

Domaine thématique « Effets de la révision sur la qualité des prestations hospitalières »

Une autre étude³ a examiné les rapports en termes de durée et de contenu entre la mise en œuvre des mesures de la révision et l'évolution de la qualité dans le secteur stationnaire. L'essentiel du travail a consisté en l'élaboration d'un système d'indicateurs de qualité pour analyser la période en amont et en aval de la révision. Le choix des indicateurs se fonde sur des caractéristiques établies et éprouvées ainsi que sur la disponibilité des données. Il couvre les trois dimensions pertinentes pour l'évaluation de la qualité: structures, processus et résultats. Ces indicateurs donnent indirectement des informations sur la qualité des prestations hospitalières. L'étude s'appuie sur les données de l'OFS (statistique des hôpitaux et statistique médicale des hôpitaux) et des assureurs-maladie, mais aussi sur les résultats d'études scientifiques d'autres acteurs de la politique de la santé.

Domaine thématique « Effets de la révision sur la structure du paysage hospitalier et la garantie de l'approvisionnement en soins »

Des changements mesurables du paysage hospitalier et des soins stationnaires qui soient imputables à la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier ne sont attendus qu'à moyen ou à long terme. C'est pourquoi une étude préliminaire de faisabilité posera à partir de 2015 les bases permettant d'analyser les effets de la révision sur la structure du paysage hospitalier et sur la garantie de l'approvisionnement en soins.

Domaine thématique « Effets de la révision sur le comportement des hôpitaux »

Une étude⁴ menée entre 2013 et 2014 a analysé si la révision de la LAMal accentue la concurrence entre établissements hospitaliers et entraîne des mutations structurelles et procédurales. Elle a tiré un premier bilan de la question et formulé des propositions d'analyse pour la deuxième étape de l'évaluation.

Résultats intermédiaires de l'évaluation

L'OFSP a publié en mai 2015 un rapport intermédiaire de l'évaluation, qui présente les résultats de ses propres études et des recherches menées par d'autres acteurs.

Ces résultats intermédiaires mettent en évidence les éléments suivants:

- La transparence des coûts des prestations hospitalières a augmenté à la suite de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Les coûts des prestations hospitalières dans le domaine des soins somatiques aigus sont en principe comparables entre les différents hôpitaux. La fixation duale des parts de rémunération des prestations hospitalières améliorera à moyen terme la comparabilité des coûts supportés par les cantons pour les prestations LAMal. La transparence peut et doit être encore améliorée pour la part financée par l'AOS. La tâche sera par contre plus difficile en ce qui concerne le financement des prestations d'intérêt général, dont les coûts sont pris en charge par les cantons.
- L'accroissement des coûts à la charge de l'AOS dans le secteur stationnaire des hôpitaux n'a pas encore été freiné en 2012. Des estimations de l'OFSP montrent que la réglementation transitoire concernant la clé de répartition entre les cantons et l'AOS pour le remboursement des prestations hospitalières, d'une part, et la participation de l'AOS au financement des coûts d'utilisation des immobilisations, d'autre part, ont contribué de façon déterminante en 2012 à l'accroissement des coûts des prestations hospitalières à la charge de l'AOS. Il n'en demeure pas moins que la redistribution des charges de financement voulue par le législateur se fait déjà ressentir: les cantons sont davantage mis à contribution, tandis qu'une baisse sensible des coûts s'est opérée dans le secteur des assurances complémentaires d'hospitalisation. L'augmentation des coûts dans les hôpitaux peut avoir des causes multiples: il est possible que les hôpitaux documentent de façon plus précise et plus conforme à la réalité leurs prestations et leurs coûts, dont la pertinence pour la rémunération est accrue. Cette augmentation pourrait également provenir d'un effet de prix, au cas où les prix de base auraient été négociés ou fixés à un niveau trop élevé pour l'année 2012⁵.
- La révision n'a jusqu'à présent pas eu d'effet substantiel sur la qualité des prestations hospitalières et des interfaces entre les soins somatiques aigus et les institutions intervenant après une hospitalisation⁶. Les craintes concernant une dégradation de la qualité des prestations hospitalières, exprimées en amont de la révision, n'ont notamment pas été confirmées à ce jour.
- De manière générale, les conditions sont réunies pour une planification hospitalière axée sur l'efficacité et sur la qualité ainsi que pour une meilleure concurrence entre les hôpitaux. L'hétérogénéité des mesures

2 Pellegrini, Sonia, et Roth, Sacha, « 2012, année de transition en matière de coûts et de financement », dans ce n° de *Sécurité sociale CHSS*.

3 Kohler, Dimitri, et Widmer, Marcel, « Première évaluation de l'effet des DRG sur la qualité des soins des soins hospitaliers » dans ce n° de *Sécurité sociale CHSS*.

4 Kägi, Wolfram, et Frey, Miriam, « Le nouveau financement hospitalier modifie-t-il le comportement des hôpitaux? », dans ce n° de *Sécurité sociale CHSS*.

5 Pellegrini/Roth

6 Kohler/Widmer

cantonales de mise en œuvre et l'existence de délais de transition font toutefois que la concurrence reste inégale à l'échelle nationale. Les cantons doivent relever le défi consistant à trouver un équilibre entre le renforcement de la concurrence entre établissements hospitaliers, telle qu'elle est voulue par le législateur fédéral, et leur mission d'assurer l'approvisionnement en soins pour la population. Ce défi ne pourra être relevé avec succès que si les cantons cherchent à intensifier leur collaboration, notamment dans le domaine de la planification hospitalière. Cela dit, une analyse importante reste à mener, celle de l'interaction entre la concurrence et la gestion dans le secteur stationnaire des hôpitaux.

- Certains indices montrent une prise de conscience des hôpitaux face à la progression des coûts et à l'intensification de la concurrence⁷. La révision semble accentuer de nombreuses évolutions qui avaient déjà été amorcées précédemment dans le secteur stationnaire des hôpitaux. Ces derniers réagissent à la pression sur les coûts en optimisant leurs processus. Cependant, l'introduction des SwissDRG a aussi accru la charge administrative pour les hôpitaux. L'évaluation pour l'année 2012 n'a pas permis de confirmer les craintes concernant soit une utilisation abusive du nouveau système de tarification SwissDRG au moyen du surcodage et du splitting des cas, soit des sorties prématurées de l'hôpital («*bloody exit*»).

Les résultats intermédiaires actuellement disponibles ne permettent pas encore de se prononcer de manière définitive sur les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. La raison principale tient au fait que seules les données portant sur les douze premiers mois suivant l'entrée en vigueur de la révision ont été analysées et que des dispositions transitoires retardent la mise en œuvre complète des mesures jusqu'en 2017.

La pertinence des résultats disponibles est donc limitée, ce qui explique l'importance de poursuivre résolument l'évaluation. Le Conseil fédéral a pris connaissance du rapport intermédiaire le 13 mai 2015 et a approuvé la poursuite des travaux jusqu'en 2019.

Aperçu des prochaines étapes

Le suivi systématique de l'évolution au moyen d'un système d'indicateurs pour les domaines des coûts, du financement et de la qualité sera poursuivi et perfectionné.

⁷ Kägi/Frey

L'OFSP commandera de nouvelles études partielles sur chacun des quatre domaines thématiques de l'évaluation pour acquérir les connaissances lui permettant de répondre de façon adéquate aux questions centrales de l'évaluation.

Information générale

Office fédéral de la santé publique (OFSP), *Evaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier*. Résultats intermédiaires. Rapport de l'OFSP au Conseil fédéral, Berne, 2015.

Office fédéral de la santé publique (OFSP), *Evaluation des effets de la révision de la LAMal: financement hospitalier – Concept global*. Berne, 2015.

Le site Internet de l'OFSP donne les liens vers d'autres études et publications en lien avec cette évaluation : www.bag.admin.ch/EvalFinancementhospitalier

Les résultats des études partielles et des recherches menées par d'autres acteurs seront regroupés dans un rapport de synthèse qui répondra aux questions centrales concernant les effets de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier. Toutes les études partielles, en plus de répondre aux questions spécifiques qui leur sont assignées, apportent aussi des éléments précieux pour répondre aux questions générales de l'évaluation. La publication du rapport de synthèse marquera l'aboutissement de l'évaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier.

Christian Vogt, politologue, section Tarifs et fournisseurs de prestations I, co-responsable du projet Evaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, OFSP.
Mél : christian.vogt@bag.admin.ch

Markus Weber, sociologue, responsable suppléant du service Evaluation et recherche, co-responsable du projet Evaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier, OFSP.
Mél : markus.weber@bag.admin.ch

2012, année de transition en matière de coûts et de financement

En 2012, année de mise en place du nouveau système de financement, les coûts hospitaliers ont augmenté plus qu'à l'ordinaire. Les données manquent toutefois pour obtenir une vision satisfaisante de la situation des établissements hospitaliers, ainsi que des agents financeurs (assurances et cantons). Les pratiques de financement évoluent dans le sens voulu par la nouvelle législation.



Sonia Pellegrini
Observatoire suisse de la santé



Sacha Roth

Une étude de base en vue d'un monitoring

Dans le cadre du programme d'évaluation du nouveau financement hospitalier mené par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a reçu le mandat d'étudier l'influence de la révision sur les coûts et le financement du système de soins (domaine thématique 2). L'étude réalisée est une étude de base, dont le propos est autant de clarifier les possibilités d'analyse que de montrer l'évolution des coûts et du financement des hôpitaux au cours de la première année d'application du nouveau système. L'étude poursuit ainsi un double objectif, l'un de méthode, l'autre de contenu.

Sur le plan du contenu, l'étude montre l'évolution des coûts hospitaliers depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier, ainsi que son impact sur la répartition des dépenses entre les principaux agents financeurs. Elle analyse les chiffres de l'année de mise en application du

nouveau système et amène ainsi de premières informations sur les changements en cours.

Sur le plan de la méthode, l'étude a le caractère d'une étude de faisabilité. Elle se penche en détail sur la qualité des données disponibles et la plausibilité des résultats obtenus. Elle renseigne ainsi sur la possibilité technique de suivre l'évolution des coûts et du financement hospitalier à partir des données disponibles *dans les statistiques publiques*.

Les résultats illustrent les tendances dans l'année de transition 2012 et posent les bases en vue d'un suivi des chiffres-clés (monitoring). Ils montrent également les limites des données disponibles et renseignent sur les éléments qui ne peuvent être analysés sans une amélioration sensible des données de base.

Les analyses se basent sur deux sources de données principales: la Statistique des hôpitaux (KS) – en particulier son module de comptabilité analytique – et le pool de données de SASIS SA (données des assureurs). Elles recourent à titre complémentaire à la Statistique des finances publiques publiée par l'Administration fédérale des finances (AFF).

Des coûts stationnaires plus élevés en 2012

Toutes les estimations montrent que la hausse en 2012 des dépenses hospitalières est plus marquée qu'à l'ordinaire (voir graphique G1).

- Les coûts¹ des soins stationnaires ont crû de 4,6 % en 2012, contre 2,8 % l'année précédente.
- Les revenus totaux² du secteur stationnaire des hôpitaux augmentent de 7 % en 2012, tout comme en 2011.
- Les dépenses de l'AOS³ pour les prestations de soins stationnaires s'accroissent de 9,4 % en 2012, contre 2,6 % l'année précédente. Une variation de cette ampleur ne se retrouve pas dans les autres secteurs de soins.
- Enfin, la hausse des dépenses des cantons est estimée à 14 % en 2012, contre 5,8 % l'année précédente (Statistique des finances publiques [AFF]).

1 Il s'agit des coûts de production, c'est-à-dire ce que les prestations de soins coûtent à l'hôpital.

2 Les revenus des hôpitaux se composent des revenus perçus pour les prestations de soins stationnaires, des contributions et subventions, y compris les couvertures de déficit.

3 Analyse par année de traitement.

Ces résultats convergent avec les chiffres annoncés par d'autres acteurs. En cours d'année, l'OFS⁴, l'OCDE⁵, la CDS⁶ et santésuisse⁷ ont tous communiqué des hausses similaires concernant 2012.

Vue d'ensemble des variations des coûts et des revenus du secteur stationnaire des hôpitaux, 2010-2012

G1

Variation 2011/2012 (Variation 2010/2011)

	Coûts	Revenus
Prestations de soins	+4,6 % (+2,8 %)	
Autres mandats de prestations		
• Formation et recherche		
• Prestations d'intérêt général		
Total (stationnaire)		+7,0 % (+7,0 %)

Agents financeurs		Note :
AOS	+9,4 % ¹ (+2,6 %)	Les zones rougeées du tableau indiquent les variations qui ne peuvent être estimées dans l'état actuel des données.
LAA, LAI, LAM		
Cantons	+14 % ² (+5,8 %)	
Ass. complém.		¹ Pool de données (SASIS SA)
Autres		² Statistique des finances publiques (AFF)

Sources : OFS, Statistique médicale et administrative des hôpitaux 2010-2012.

© Obsan 2015

Données et méthodologie

Données de la Statistique des hôpitaux

Introduit en 2010 dans la Statistique des hôpitaux, le module de comptabilité analytique est la source de données la plus indiquée pour analyser les coûts et les revenus des hôpitaux. Il renseigne d'un côté sur les moyens utilisés pour la production des prestations et de l'autre sur les revenus perçus pour ces mêmes prestations. Ce nouveau relevé n'a toutefois pas encore pu déployer tout son potentiel et les possibilités d'analyse s'en trouvent restreintes. Il n'est par exemple pas encore possible d'estimer les coûts de la formation et de la recherche universitaire (F&R), ni des prestations d'intérêt général (PIG) fournies par les hôpitaux. De nombreuses questions restent par conséquent ouvertes concernant l'évolution des coûts et du financement des hôpitaux, car seule une partie des indicateurs peut être calculée.

Données du pool de données de SASIS SA

L'analyse du pool de données de SASIS SA complète l'étude pour ce qui concerne les dépenses de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cette source de données est de bonne qualité et utilisée de longue date à des fins statistiques. Les analyses se basent sur l'année de traitement (et non de facturation), cela afin de limiter au plus l'impact des retards de facturation qui ont caractérisé l'année d'introduction du nouveau financement hospitalier. A noter encore qu'en 2012 la facturation a été faite sur la base de tarifs provisoires, susceptibles d'être corrigés rétroactivement. Les montants relevés sont ceux qui ont été effectivement payés pour les prestations LAMal 2012.

Démarche

Dans une première étape, la qualité des données a été évaluée et les règles de leur exploitation statistique définies, cela en particulier pour la KS. Cette tâche a été menée en collaboration avec les producteurs de données (Section santé de l'Office fédéral de la statistique [OFS] et SASIS SA). Dans une seconde étape, les coûts de production des hôpitaux, leurs revenus et leur financement ont été analysés de manière descriptive. Ensuite, producteurs de données et experts du terrain issus de toutes les parties concernées (cantons, hôpitaux, assurances, FINMA pour les principaux) ont été sollicités pour plausibiliser les résultats et contribuer par leurs connaissances à l'interprétation des chiffres.

4 Office fédéral de la statistique, *Coût et financement du système de santé en 2012: chiffres provisoires*, Neuchâtel 2014.

5 Organisation pour la coopération et le développement en Europe : www.oecd.org → Statistics.

6 Conférence des directeurs et directrices cantonaux de la santé : www.gdk-cds.ch → Documentation → Communiqués de presse → 3 septembre 2014 – *Financement hospitalier: évolution des dépenses des cantons*.

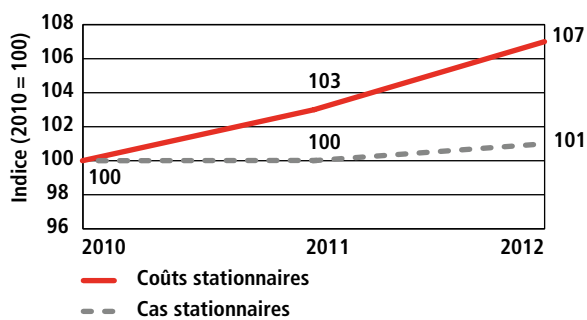
7 *Infosantésuisse*, n° 3-4/2014, pp. 8-9 : www.santesuisse.ch → service → infosantesuisse → Edition no 3/2014 (pdf).

Plusieurs hypothèses pour expliquer la hausse de 2012

De quoi provient l'augmentation des coûts observée en 2012? Les coûts de production se sont-ils accrus? Y a-t-il davantage de patients? Les prestations sont-elles facturées en moyenne à un tarif supérieur avec la première version des SwissDRG? Ce sont des questions auxquelles on peine à répondre avec les données disponibles. L'élément dont on est le plus sûr est le nombre de cas d'hospitalisation, qui a crû de 1 % entre 2011 et 2012. La progression de coûts constatée est donc davantage la conséquence d'une augmentation des coûts par cas que du nombre de cas d'hospitalisation (voir graphique G2).

Coûts totaux des prestations de soins et nombre de cas, secteur hospitalier stationnaire (2010-2012)

G2



Source : OFS, Statistique des hôpitaux 2010-2012 / Analyse Obsan.

© Obsan 2015

Différents experts ont été consultés au sujet de la croissance accrue des coûts par cas en 2012. Plusieurs hypothèses ont été formulées, sans que l'on puisse cependant trancher sur leur importance relative. Une première hypothèse suggère que la nouvelle loi a créé les incitations à une comptabilisation plus réaliste du coût des infrastructures, en particulier des bâtiments. Une deuxième hypothèse, allant dans ce sens également, est que les immobilisations (notamment les bâtiments) seraient passées de la comptabilité des cantons à celle des hôpitaux, dans les cantons qui n'avaient pas encore procédé à cet ajustement. Du côté des revenus hospitaliers, les experts évoquent également l'attention accrue apportée au codage médical, en particulier à la saisie des diagnostics secondaires, qui peuvent se traduire par une facturation plus élevée. Dernier élément évoqué : les ressources pour la formation et recherche académiques et pour les prestations d'intérêt général, allouées dans certains cantons

sur la base de montants historiques et pour lesquels des ajustements sont attendus dans les années à venir.

De manière générale, le nouveau financement hospitalier peut avoir créé les incitations à une comptabilité analytique plus pointue, qui reflète mieux la réalité des coûts. En ce sens, l'évolution observée peut refléter aussi bien une amélioration des pratiques comptables qu'une augmentation effective des coûts par cas.

Il importe toutefois de garder à l'esprit qu'il s'agit de la première année de fonctionnement dans le nouveau système et que beaucoup de questions n'étaient pas réglées début 2012. Des tâtonnements et une évolution en partie chaotique font partie des aléas de la phase de transition.

Pratiques de financement en évolution

Evolution vers davantage de transparence

Différents changements indiquent que les pratiques de financement s'adaptent aux nouvelles règles et évoluent en direction de davantage de transparence. Le nombre de cantons attribuant une enveloppe budgétaire globale aux hôpitaux publics, c'est-à-dire dans laquelle on ne précise pas le montant rémunérant les prestations de soins et celui destiné aux autres prestations, est en recul. Le nombre d'hôpitaux concernés est passé de 64 à 30 en deux ans (sur un total de 142 établissements publics).

Autre évolution : les montants déclarés comme couvertures de déficit dans la comptabilité diminuent fortement en 2012. Dans le nouveau financement hospitalier, les cantons ne sont plus supposés prendre en charge les éventuels déficits des hôpitaux. L'évolution observée à ce propos dans la Statistique des hôpitaux va dans le sens de la nouvelle loi, avec la marque claire d'un système en phase d'adaptation. En chiffres, ce sont 54 % des hôpitaux qui ont encore bénéficié d'une couverture de déficit en 2012. En francs, le montant moyen est 3 à 4 fois plus faible qu'en 2010.

Convergence entre public et privé dans le financement des prestations stationnaires

Les prestations de soins dans les hôpitaux privés et publics sont financées de manière similaire. Les cantons, qui auparavant ne participaient pas au financement des prestations de soins dans les hôpitaux privés, y contribuent en 2012 à hauteur de 46 %. La pratique de financement évolue ainsi dans la direction voulue par le législateur. D'ici 2017, la contribution des cantons devra atteindre au moins 55 % des dépenses totales pour les soins stationnaires.

Un transfert de coûts vers le domaine LAMal

Augmentation pour le domaine LAMal, baisse pour les assurances complémentaires

En 2012, les dépenses ont augmenté pour tous les acteurs, à l'exception des assurances complémentaires. La part prise en charge par la LAMal, financée conjointement par l'AOS et les cantons, s'est ainsi accrue, passant de 75 % à 87 % des dépenses pour des soins stationnaires. La contribution des assurances complémentaires a reculé en parallèle. La part des autres régimes d'assurances sociales (LAA, LAI, LAM) est restée stable.

Deux mesures du nouveau financement hospitalier sont à l'origine de ce déplacement de coûts des assurances complémentaires vers le domaine LAMal. Avant 2012, les cantons ne participaient pas au financement des soins dans les établissements privés. Avec le financement dual-fixe, qui veut que les prestations de soins soient financées indépendamment de l'établissement où elles sont fournies, le canton se substitue à l'assurance complémentaire lors de prestations LAMal dans un établissement privé. L'extension du libre choix de l'hôpital a provoqué un même déplacement de coûts. Avant 2012, le canton ne contribuait aux hospitalisations hors canton qu'en cas d'urgence ou motif médical, les autres séjours relevant de l'assurance complémentaire. Aujourd'hui, il participe au financement de toutes les hospitalisations, où qu'elles aient lieu.

Si l'on vise une neutralité des coûts, ce transfert des assurances complémentaires vers le domaine LAMal devrait s'accompagner d'une adaptation des primes. Cette réflexion a motivé la FINMA à demander en 2013 le réexamen des tarifs dans l'assurance complémentaire d'hospitalisation. Cette mesure a contribué à adapter les primes à la baisse.

De nombreuses questions ouvertes

De nombreuses informations, pourtant centrales pour le pilotage du système, manquent en dépit des analyses réalisées. Statistiquement, il est difficile d'estimer si les hôpitaux ont tendanciellement fait des bénéfices ou des pertes en 2012, car du fait que les données manquent, il n'est pas possible de dire si les revenus dépassent les coûts (voir graphique G3). De même, il est difficile d'évaluer si tous les hôpitaux sont dans la même situation ou si certains types d'établissement sont plus à la peine que d'autres. Les analyses réalisées pour le secteur des soins aigus suggèrent des mouvements de patients des petits vers les grands hôpitaux et des coûts par cas qui varient plus fortement dans ces derniers. Il est dès lors envisageable que leurs situations financières évoluent

différemment, sans que l'on puisse dire a priori lesquels ont de meilleurs résultats.

De manière analogue, les données ne permettent pas encore de juger de l'adéquation entre coûts et revenus pour les différents types de prestations fournis par les hôpitaux. Par exemple, la rémunération des prestations de soins peut être supérieure ou inférieure à leurs coûts pour les hôpitaux et générer des bénéfices ou des pertes qui peuvent être importants. Dans la phase de mise en place du nouveau système, il est essentiel d'obtenir une information sur ces aspects pour pouvoir procéder aux ajustements/corrections nécessaires. Il en va de même pour les budgets de formation et recherche universitaire et pour les prestations d'intérêt général.

L'évolution de la répartition des dépenses entre les agents payeurs demeure aussi un point d'interrogation (voir graphique G3). Des changements dans les pratiques de financement, dans les définitions avant/après 2012 et la non-uniformité dans l'application des normes comptables REKOLE® limitent les possibilités d'analyse. La situation en matière de données est toutefois en voie d'amélioration. L'OFS, en collaboration avec les hôpitaux et l'OFSP, recherche activement des solutions permettant de consolider les chiffres et de résoudre les questions de définition et de méthode de calcul encore ouvertes.

Vue d'ensemble de la qualité des données, comptabilité analytique des hôpitaux, 2010 G3

% de valeurs manquantes en 2010

	Coûts	Revenus ¹
Prestations de soins	10 %	Distinction entre revenus des soins et des autres mandats
Mandats¹ Définitions et méthode de calcul encore non établies	78 %	impossible en cas d'enveloppe budgétaire globale
Aucune information	10 %	10 %
Agents financeurs		
AOS	Répartition par agent financeur encore peu fiable	* Estimation par différence
LAA, LAI, LAM		
Ass. complém.*		
Cantons		
Autres		
Aucune information¹	25 %	¹ Qualité des données en amélioration

Source: OFS, Statistique médicale et administrative des hôpitaux 2010-2012. Analyse Obsan © Obsan 2015

2012, une année de transition

Dans la première année de mise en œuvre du nouveau financement hospitalier, les coûts pour la collectivité du secteur hospitalier stationnaire se sont accrus davantage qu'à l'ordinaire. Une phase de tâtonnement est probablement inévitable lors de réformes aussi fondamentales. Un tel phénomène dans l'année d'introduction d'un nouveau système n'est pas unique. Il semble que le système de tarification Tarmed ait provoqué un mouvement similaire lors de son introduction en 2004. Du point de vue de la politique publique, l'important est la capacité du système à se réguler.

Sur le plan du financement, les pratiques évoluent vers davantage de transparence, sans toutefois que les habitudes soient stabilisées. L'interprétation générale que l'on peut faire, est celle d'un système en phase de transition,

Etude

Pellegrini, Sonia, et Roth, Sacha, *Evolution des coûts et du financement du système de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier*. Etude de base 2010-2012, Neuchâtel 2015 (Obsan Rapport 61).

montrant des évolutions allant dans le sens attendu, mais n'ayant pas encore pleinement opéré sa refonte. De notre point de vue, il est encore trop tôt pour se prononcer sur les effets de la révision qui se dessineront dans quelques années. On ne sait pour l'heure si ce que l'on observe en 2012 est un phénomène unique ou l'amorce d'une nouvelle tendance. La situation concrète sur le terrain est déjà autre en 2015.

Il est prévu de poursuivre les travaux d'analyse. Les résultats 2013, disponibles cet automne, donneront une indication supplémentaire quant à l'évolution qu'ont prise les coûts et le financement dans la deuxième année d'application de la nouvelle loi. Ces chiffres, publiés sous forme de bulletin, amèneront davantage de clarté. En parallèle, l'Obsan suivra l'évolution de la qualité des données et réévaluera la possibilité de calculer certains indicateurs. Un soutien de tous les acteurs concernés reste toutefois la clé en vue d'une amélioration des bases statistiques.

Sonia Pellegrini, Dr sc. écon.,
responsable de domaines de compétences, Obsan.
Mél : sonia.pellegrini@bfs.admin.ch

Sacha Roth, lic. sc. éco. / master en économétrie,
chef de projet scientifique, Obsan.
Mél : sacharoth@bfs.admin.ch

Première évaluation de l'effet des DRG sur la qualité des soins hospitaliers

En 2012, la qualité des prestations hospitalières stationnaires ne semble pas s'être détériorée suite à l'entrée en vigueur du nouveau système de financement des hôpitaux. C'est la conclusion de l'analyse d'une série d'indicateurs portant sur la qualité des soins stationnaires hospitaliers entre 2008 et 2012. Si certaines tendances ont pu être observées sur la période d'analyse, le recul temporel est encore insuffisant pour établir des liens de causalité définitifs.



Dimitri Kohler
Observatoire suisse de la santé



Marcel Widmer

La mise en place de forfaits par cas (DRG) ainsi que l'accroissement de la concurrence dans le secteur des soins aigus stationnaires en 2012 ont fait naître certaines craintes quant à une détérioration de la qualité des soins hospitaliers. On craignait notamment que les patients ne soient libérés trop tôt ou que des économies de coûts soient faites au détriment des soins. Ce type de comportements de la part des hôpitaux aurait conduit à un accroissement des réhospitalisations et des risques de décès hospitaliers. De plus, les forfaits par cas n'étant appliqués pour le moment que dans le secteur des soins aigus, un transfert vers d'autres types de prises en charge était également un des effets redoutés lié à la révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) dans le domaine du financement hospitalier.

Cette étude est mandatée par l'OFSP et s'inscrit dans le cadre du programme d'évaluation du nouveau financement hospitalier. Il s'agit d'une première étape en vue de la mise en place d'un monitoring de l'évolution de différentes variables clés permettant l'évaluation des effets du nouveau système de financement des hôpitaux sur la qualité des soins hospitaliers stationnaires.

Choix des indicateurs

Afin d'analyser l'effet de la révision du financement des hôpitaux sur la qualité des prestations hospitalières, il a fallu se baser sur un certain nombre d'indicateurs pertinents. Les indicateurs associés ici à la qualité des prestations hospitalières stationnaires ont été différenciés en plusieurs niveaux afin d'obtenir une vision globale des éventuels changements. Il s'agit d'indicateurs au niveau des patients, du personnel et de l'évolution des modes de prise en charge. Il est néanmoins important de relever qu'ils ne mesurent pas la qualité en tant que telle. C'est leur évolution qui peut nous renseigner sur d'éventuels changements au niveau de la qualité des prestations.

- Niveau Patient:
 - Durée de séjour
 - Réhospitalisations à 18 jours ainsi qu'à 30 jours
 - Taux de mortalité hospitalière (léthalité), incl. Mortalité spécifique
- Niveau Personnel:
 - Equivalents plein temps (EPT) par type de formation
 - Skill / grade mix
 - Personnel par lit occupé
- Modes de prise en charge:
 - Soins aigus vers réadaptation/psychiatrie
 - Soins aigus vers soins de longue durée/SPITEX
 - Réadaptation vers soins de longue durée (suite à une première hospitalisation en soins aigus)

En 2008, 25 %, soit plus de 210 000 cas, étaient déjà facturés au travers du système des DRG. En 2011 cette proportion était de plus de 35 % (350 000 cas). L'analyse consiste donc à voir si ces hôpitaux ont adopté des comportements différents de ceux qui n'ont utilisé cette méthode de facturation qu'en 2012.

Aucun effet sur les durées de séjour, léger impact sur les risques de réhospitalisation

Depuis 2008, on observe une baisse continue de la durée de séjour pour les patients admis en soins aigus stationnaires. Celle-ci s'élevait à 5,9 jours en moyenne au début de la période d'analyse pour s'établir à 5,5 jours en 2012. Si on neutralise l'effet lié à l'évolution des prises en charge et des caractéristiques des patients, cette diminution est encore plus importante et se monte à -0,9 jours. Il y a donc bien eu une diminution de la durée de séjour moyenne, néanmoins il n'a pas pu être établi qu'elle était liée à l'introduction du nouveau système de financement. Il s'agit donc d'une tendance liée à d'autres facteurs. Les résultats montrent que la durée de séjour augmente avec l'âge des patients et la gravité du cas. On note également que les hommes présentent des durées de séjours plus faibles.

Au niveau des risques de réhospitalisations, on observe une légère augmentation depuis 2008. En 2012, on note que les hôpitaux ayant précédemment appliqué le système des DRG sont caractérisés par des risques de réhospitalisations à 18 et 30 jours plus élevés que ceux qui ne l'ont introduit qu'en 2012. On relèvera également que les risques de réhospitalisations sont plus élevés pour les hommes ainsi que pour les patients plus âgés.

Peu de répercussions sur les risques de mortalité

Les analyses menées dans cette étude se sont intéressées d'une part à la mortalité hospitalière globale (létalité) ainsi qu'à trois types de mortalité spécifique liée au système cardio-vasculaire. Il s'agit des taux de décès suite à une hospitalisation pour un infarctus du myocarde, pour une insuffisance cardiaque ainsi que pour une attaque cérébrale. D'une manière générale, on observe une tendance à la diminution des risques de mortalité sur la période d'analyse. En 2012, les hôpitaux ayant déjà introduit le système des DRG ne se distinguent pas des autres ni en matière de risque de mortalité hospitalière globale ni pour le risque décès liés à l'attaque cérébrale. Si la mortalité pour l'infarctus du myocarde était plus faible dans les hôpitaux ayant adopté les forfaits par cas avant 2012, la relation inverse est observée en ce qui concerne l'insuffisance cardiaque. En ce qui concerne les facteurs sociodémographiques, les hommes présentent des risques de décès plus importants en matière de mortalité hospitalière et d'insuffisance cardiaque et plus faible pour les cas d'attaque cérébrale. Enfin, on observe une augmentation des risques de décès avec l'âge des patients pour tous les types de mortalités analysés ici.

Le personnel de santé dans les hôpitaux stables

Le nombre d'emplois plein temps (EPT) entre 2010 et 2012 est resté constant ou a légèrement augmenté. Les établissements hospitaliers qui facturaient déjà selon le système de DRG avant 2012 ne se comportent pas différemment des autres. En 2012, on comptait 53 400 EPT dont 14 100 concernaient des médecins et 29 300 du personnel de soins de secteur tertiaire (infirmiers diplômés) et 7 100 de secteur secondaire II (personnel soignant diplômé). Les 2 900 EPT restants concernaient des auxiliaires de soins non-diplômés. Si l'on s'intéresse maintenant à la répartition du personnel soignant selon le niveau de formation, aucune différence n'a pu être identifiée entre les hôpitaux utilisant les DRG et les autres. Les hôpitaux de soins aigus comptent quatre fois plus d'infirmiers avec un diplôme de niveau tertiaire qu'avec un diplôme de degré secondaire II.

L'effectif de médecins dans les hôpitaux de soins aigus a connu une légère croissance depuis 2010. Cette tendance s'observe indépendamment du mode de facturation de l'hôpital en question. Le nombre d'EPT par lit occupé a également connu une faible croissance depuis 2010, pour s'établir à 0,7 en 2012. On notera que tous les hôpitaux suivent cette tendance, indépendamment du recours aux DRG pour la facturation des soins. Les mêmes tendances sont observées pour le personnel soignant au bénéfice d'un diplôme de degré tertiaire et secondaire sans pouvoir identifier de différences entre les deux types de facturation. En 2012, on comptait 1,4 EPT par lit occupé pour le personnel soignant de degré tertiaire et 0,3 pour le degré secondaire.

Transferts des soins aigus en réadaptation ou psychiatrie : des évolutions à confirmer

L'entrée en vigueur des DRG étant pour l'instant limitée au secteur des soins aigus stationnaires, l'analyse des différents interfaces permet de voir s'il a pu y avoir un changement de comportement des hôpitaux, notamment en transférant plus rapidement certains patients en réadaptation ou aux soins de longue durée.

En 2008, 3,5 % des cas étaient transférés des soins aigus en réadaptation. Ce taux a augmenté tendanciellement pour s'établir à 4,3 % en 2012. En revanche, aucune évolution n'est constatée au niveau des durées de séjour en réadaptation des patients transférés depuis les soins aigus, la durée de séjour médiane étant restée constante à 20 jours sur toute la période d'analyse. La proportion de cas transférés des soins aigus en psychiatrie est restée stable sur toute la période (entre 0,7 % et 0,9 %). La durée du séjour en psychiatrie a néanmoins augmenté pour passer de 12 à 16 jours. Si l'on s'intéresse à la

Synthèse des résultats par indicateur, 2008-2012

T1

Niveau	Indicateur	Variable	Tendance observée	Effet imputable à la facturation par DRG
Patients	Durée de séjour	Jours	↓	Pas d'effet identifié
	Réhospitalisations 18/30 jours	Taux	↑	Faible augmentation, à confirmer
	Mortalité hospitalière	Taux	↓	Pas d'effet identifié
	Mortalité spécifique : infarctus du myocarde	Taux	↓	Diminution de la mortalité, à confirmer
	Mortalité spécifique : insuffisance cardiaque	Taux	↓	Augmentation de la mortalité, à confirmer
	Mortalité spécifique : attaque cérébrale	Taux	↓	Pas d'effet identifié
Personnel hospitalier	Emplois plein temps et Skill / grade mix	Effectifs et ratios	→	Pas d'effet identifié
	Effectif de personnel par lit occupé	Ratio	↑	Pas d'effet identifié
Types de prises en charge (interfaces)	Soins aigus vers réadaptation	Proportion de transferts	↑	Pas de lien de causalité analysé
		Durée de séjour en soins aigus	↓	
	Soins aigus vers psychiatrie	Proportion de transferts	→	→
		Durée de séjour en soins aigus	→	
	Soins aigus vers EMS	Proportion de transferts	↑	→
		Durée de séjour en EMS (long séjours)	→	
	Soins aigus vers SPITEX	Proportion de transferts	↑	↓
		(Soins aigus) vers réadaptation vers EMS	Proportion de transferts	
	(Soins aigus) vers réadaptation vers SPITEX	Durée de séjour en réadaptation	↓	↑
		Proportion de transferts	↑	
	(Soins aigus) vers réadaptation vers SPITEX	Durée de séjour en réadaptation	→	→
		Durée de séjour en réadaptation	→	

Source : *Op. cit.* Kohler, Widmer, Weaver.

durée de séjour médiane en soins aigus qui précède le transfert en réadaptation on s'aperçoit qu'il passe de 12 jours en 2008 à 10 jours en 2012. Aucune tendance n'est à relever pour la durée médiane du séjour en soins aigus précédant le transfert en psychiatrie, qui reste stable à un jour, soit l'équivalent d'un transfert direct des soins aigus en psychiatrie.

Augmentation des cas transférés vers les soins de longue durée/SPITEX

La proportion des cas transférés dans les établissements médicosociaux (EMS) ou aux soins à domicile (SPITEX), est en augmentation depuis 2008. Ce taux est passé de 3,4 % à 3,9 % pour les transferts en EMS et de 2,2 % à

3,1 % en ce qui concerne les services SPITEX. Du côté des EMS, la proportion de leurs clients en long séjour provenant d'un hôpital est également en augmentation et s'élevait en 2012 à 39 % contre 34 % en 2006. La durée de séjour médiane des clients d'EMS en provenance d'un hôpital est passée de 192 jours en 2006 à 208 en 2012.

Parmi les patients qui ont été transférés en réadaptation depuis les soins aigus, on observe une proportion grandissante qui nécessitent, à leur sortie de réadaptation, une prise en charge en EMS ou en soins à domicile. En 2008, 6,7 % des patients de réadaptation étaient transférés dans un EMS et 13,6 aux soins à domicile. En 2012 ces proportions étaient de 9,1 % et 16,7 % respectivement. La durée de séjour en réadaptation des clients transférés en EMS a diminué de deux jours pour s'établir à 24 jours en 2012. Aucune tendance n'est observée pour la durée de

séjour médiane en réadaptation des patients transférés aux soins SPITEX. En effet, la durée de séjour médiane est restée stable à 20 jours.

A ce stade de l'analyse, il n'est pas possible de lier ces résultats avec l'introduction du financement par DRG. Un monitoring de ces tendances permettra d'amener certains éléments de réponses à cette question.

Synthèse des résultats

Les analyses effectuées ont permis d'identifier certaines tendances qui devront être confirmées par de futures études. On note que la durée de séjour moyenne en soins aigus est passée de 5,9 jours en 2008 à 5,5 en 2012. Si cette diminution est claire, il semble qu'elle ne soit pas imputable au système de facturation par DRG. Les réhospitalisations ont légèrement augmenté et il semble que les hôpitaux qui avaient déjà introduit le système de facturation par DRG soient caractérisés par un risque de réhospitalisation plus important en 2012. Tous les taux de mortalité présentent une tendance temporelle à la baisse. Dans le cas de l'infarctus du myocarde, en 2012, les hôpitaux qui avaient déjà privilégié les forfaits par cas avant 2012 ont des taux de mortalité inférieurs comparés à ceux qui appliquaient d'autres types de facturation, alors que l'inverse est vrai pour l'insuffisance cardiaque. En revanche, il ne semble pas que les hôpitaux aient changé leur comportement en matière de personnel, car aucun lien n'a pu être fait entre l'utilisation des forfaits par cas et l'effectif ou la fonction du personnel soignant. L'analyse des interfaces montre une tendance à la diminution des différentes durées de séjour. Il y a également d'avantage de transferts effectués depuis les soins stationnaires vers

les autres types de prise en charge. A la lumière de ces résultats, il n'est pas encore possible de lier cette tendance avec la mise en place des DRG au niveau national.

Pour conclure, on s'aperçoit qu'il existe des tendances qui peuvent partiellement s'expliquer par la révision du financement des hôpitaux. Les résultats présentés ici portent sur les années 2008 à 2012. Le nouveau système de financement des hôpitaux n'ayant été effectif pour tous les hôpitaux qu'en 2012, on peut s'attendre à ce qu'un certain nombre d'effets n'aient pas encore été identifiés, que certaines tendances ne se vérifient plus ou au contraire se dessineront ou se confirmeront par la suite.

Etude

Kohler, Dimitri, Widmer, Marcel et France Weaver, *Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires*. Etude principale, 1^{re} étape, 2008-2012, Neuchâtel 2015 (Obsan Rapport 62).

Dimitri Kohler, Dr ès sc. écon., chef de projet scientifique, Obsan.
Mél : dimitri.kohler@bfs.admin.ch

Marcel Widmer, lic. phil. hist.,
responsable de domaines de compétences, Obsan.
Mél : marcel.widmer@bfs.admin.ch

Le nouveau financement hospitalier modifie-t-il le comportement des hôpitaux ?

Le nouveau système de financement hospitalier change les conditions de base et les incitations faites aux hôpitaux. Mais les établissements adoptent-ils le comportement voulu par le législateur ? Ou certains éléments de la réforme sont-ils, au contraire, susceptibles de réduire la qualité ou d'augmenter les coûts ? Une étude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) livre de premiers éléments de réponse quant à l'impact du nouveau financement hospitalier sur le comportement des hôpitaux. Elle montre aussi les recherches supplémentaires nécessaires.



Wolfram Kägi

B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung



Miriam Frey

Un nouveau système de financement hospitalier est appliqué depuis le 1^{er} janvier 2012. Il résulte d'une révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). L'objectif est de créer une certaine concurrence entre les hôpitaux afin qu'ils soient incités à travailler de façon efficiente et avec un niveau de qualité élevé. On espère aussi une spécialisation accrue des établissements sous l'effet de l'accroissement de la concurrence. Cela dit, la réforme, et spécialement l'introduction à l'échelon national du système de forfaits par cas SwissDRG, a aussi suscité de grandes inquiétudes. L'une des craintes parfois exprimées est que le nouveau système d'indemnisation des prestations des hôpitaux débouche sur une prise en charge insuffisante des patients ou même sur des sorties prématurées de l'hôpital (renvois de patients encore non indiqués au plan médical dans le but d'optimiser l'exploitation de

l'établissement). L'OFSP a évalué les effets du nouveau financement hospitalier et l'impact de la révision de la LAMal à travers plusieurs études, dont celle résumée dans le présent article, qui analyse l'effet de la révision sur le comportement des hôpitaux.

Hypothèses de recherche

Le concept directeur de l'étude opérationnalise les changements de comportement possibles en formulant dix hypothèses. Celles-ci reposent sur la théorie économique de la santé et sur une revue de la littérature internationale. Les effets réels ont été étudiés moyennant des entretiens avec des spécialistes et une analyse documentaire.

La première hypothèse concerne l'impact direct du nouveau financement hospitalier sur les processus internes des hôpitaux ; la question est de savoir si la pression accrue au niveau des coûts et de la qualité induite par les différents éléments du nouveau système de financement hospitalier tels que SwissDRG débouche sur une optimisation des processus. Les autres hypothèses éclairent, sous différents angles, les conséquences de tels changements. Le nouveau financement hospitalier débouche par exemple sur une optimisation de la gestion des sorties (laquelle est discutée dans le cadre de l'hypothèse 1), dont on peut attendre qu'elle se traduise par une réduction de la durée des séjours (hypothèse 4).

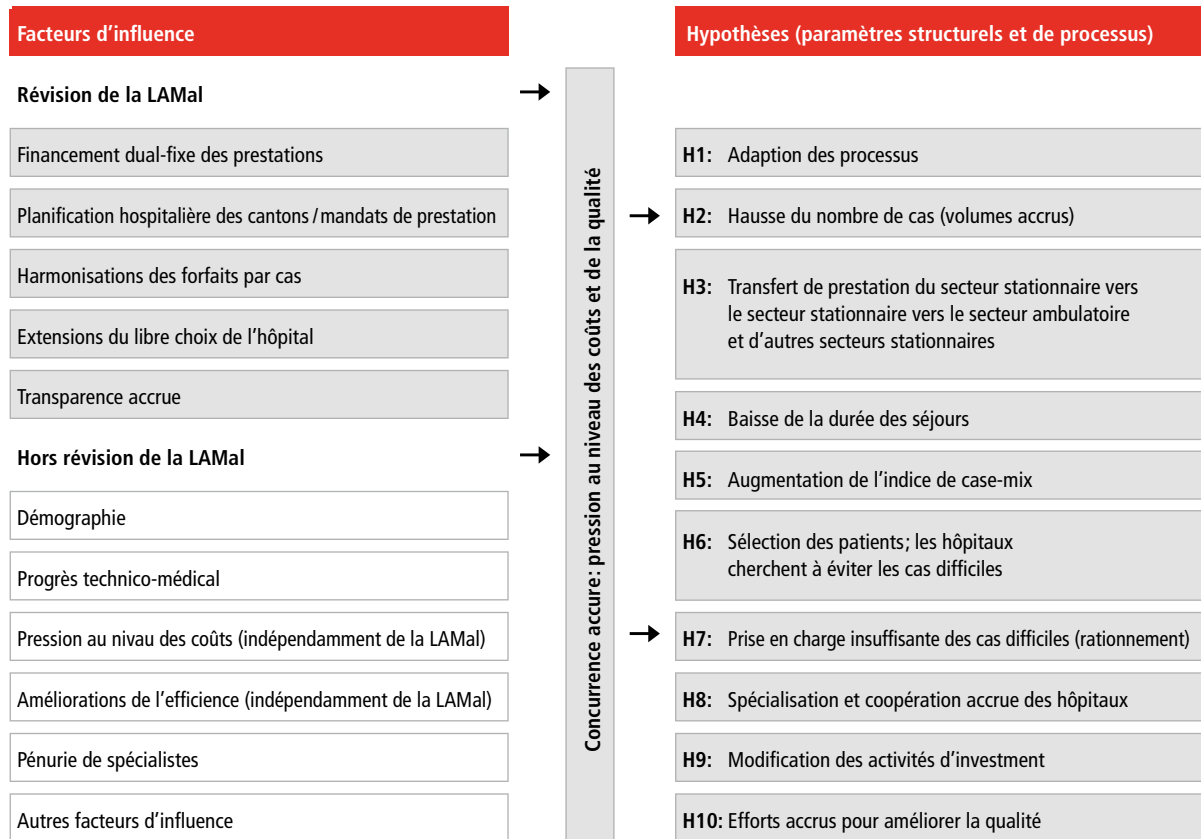
Le graphique **G1** modélise les facteurs d'influence et les hypothèses de recherche. L'étude dont il est ici question s'est intéressée uniquement aux facteurs d'influence découlant de la révision de la LAMal. Ses résultats se rapportent principalement à l'effet de l'introduction du système SwissDRG. Les autres éléments de la réforme du financement hospitalier ont également été examinés, mais les spécialistes interrogés leur accordent une importance moindre. Pour des questions de rigueur méthodologique, les facteurs d'influence indépendants de la révision de la LAMal doivent aussi être pris en compte.

Informations fournies par des hôpitaux, entretiens avec des spécialistes, données et études

Les effets du nouveau financement hospitalier sur les processus internes des hôpitaux ont été étudiés sur la base de 20 établissements. Leurs rapports de gestion ont été

Modélisation des facteurs d'influence et des hypothèses

G1

Source: *Op. cit.* B,S,S.

examinés (rapport annuel, rapport financier et rapport sur les prestations), de même que leurs rapports de révision (pour le codage) et leurs rapports sur la qualité. L'équipe de projet a aussi mené des entretiens approfondis avec les dirigeants de huit de ces établissements. Par ailleurs, des entretiens ont eu lieu avec des spécialistes représentant les acteurs suivants:

- l'association H+ Les hôpitaux de Suisse,
- les cantons, plus précisément la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé,
- la Fondation OSP Organisation suisse des patients,
- les assureurs/santésuisse/tarifsuisse,
- les entreprises de conseil dans le domaine hospitalier,
- l'Organe de médiation pour le secteur hospitalier du canton de Berne,
- la Fédération des médecins suisses (FMH).

Les résultats des entretiens avec des spécialistes et ceux de l'analyse documentaire ont été enrichis par des données et des études existantes sur la Suisse. Il a été fait appel notamment à la statistique des hôpitaux et à la statistique médicale de l'Office fédéral de la statistique.

Résultats et vérification des hypothèses de recherche

Hypothèse 1: Adaptation des processus

Différents projets ont été mis en place pour améliorer les processus dans les hôpitaux en réponse à l'augmentation de la pression au niveau des coûts. Le système DRG a amélioré la transparence interne. Il est ainsi à l'origine de l'optimisation de processus tels que:

- le développement des consultations ambulatoires dans le domaine de l'anesthésie;
- le renforcement de la gestion des sorties (planification de la sortie dès l'admission, renouvellement de la norme pour la planification de la sortie, etc.);
- l'introduction d'une gestion des temps d'attente;
- l'optimisation de la gestion des informations et le développement des systèmes d'information;
- l'optimisation des processus de traitement.

Un inconvénient de l'introduction du système SwissDRG est l'augmentation du travail administratif. Globalement,

l'hypothèse que les hôpitaux adaptent et optimisent leurs processus est confirmée.

Hypothèse 2: Hausse du nombre de cas

En tant que composante de la réforme du financement hospitalier, le système DRG incite, en théorie, à développer le volume des prestations et à fractionner les cas (attribution de différents DRG à un même cas). Mais en pratique, on n'a pas constaté d'effet général sur le nombre de cas au cours de la première année suivant l'introduction du système SwissDRG. Cela dit, la période d'observation est trop courte pour porter une appréciation fondée. Ainsi, il n'est pas possible de se prononcer sur l'hypothèse 2.

Hypothèse 3: Transfert de prestations

Une des conséquences présumées de l'introduction du système DRG est le transfert de prestations vers le secteur ambulatoire. On s'attend principalement au transfert de parties de traitement (et non de traitements entiers). A titre d'exemple, une personne ne sera admise à l'hôpital que le jour de l'opération, car les examens nécessaires en amont auront été réalisés en ambulatoire. De façon générale, le transfert de prestations vers le secteur ambulatoire est souhaitable, car de nombreux examens et traitements sont moins onéreux, et souvent aussi plus agréables pour le patient, que lorsqu'ils sont effectués dans le secteur stationnaire. Toutefois, dans certains cas, le traitement ambulatoire peut déboucher sur une prise en charge inadéquate ou être pesant pour le patient. Les entretiens menés avec des spécialistes et une étude réalisée conjointement par B,S,S. et l'Université de Bâle¹ confirment qu'il y a transfert d'une partie des prestations. Selon des déclarations recueillies, il est même possible que des transferts se produisent au sein du domaine stationnaire. En effet, tant les hôpitaux que les assureurs ont intérêt à ajuster leur comportement, mais dans des sens parfaitement opposés. Avec le système DRG, l'indemnisation reçue par l'hôpital ne dépend guère de la durée du séjour du patient. Par conséquent, l'hôpital a intérêt à ce que le patient quitte l'établissement dès que possible (ce qui peut aussi se traduire par un transfert dans un établissement de réadaptation). En revanche, l'assureur a un intérêt financier à ce que le patient soit transféré aussi tard que possible vers un établissement en aval (dont les prestations seront facturées séparément). Ainsi, les assureurs tardent à établir la garantie de prise en charge des frais afin de repousser le moment du transfert. Les entretiens menés ne permettent pas de dire lequel

des deux effets prédomine. L'étude susmentionnée n'a pas mis en évidence de transfert de prestations vers les établissements de réadaptation²; en revanche, l'étude de B,S,S. résumée dans le présent article table en partie du moins sur un tel effet. L'hypothèse 3 est donc partiellement confirmée.

Hypothèse 4: Baisse de la durée des séjours

L'un des objectifs primordiaux de l'introduction des forfaits par cas était de réduire au minimum l'incitation pour les hôpitaux à traiter les patients de façon stationnaire plus longuement que nécessaire. La durée des séjours hospitaliers a effectivement baissé ces dernières années, mais cela est dû principalement au progrès médical. Il n'y a pas eu, dans l'ensemble, de renforcement de cette dynamique au cours de la première année suivant l'introduction du système SwissDRG. Mais cette affirmation doit être relativisée pour certains traitements et groupes de patients. Ainsi, selon les premières analyses de données et les déclarations de spécialistes, il semble que la durée des séjours en cas d'accouchement diminue assez fortement, alors que celle des hospitalisations brèves tend à augmenter³. Par ailleurs, on a observé une baisse de la durée des séjours dans les cantons qui, avant l'introduction du système SwissDRG, facturaient des forfaits journaliers par rapport à ceux qui utilisaient le système APDRG (*all patient diagnosis related groups*)⁴. Ainsi, l'hypothèse 4 est partiellement confirmée.

Hypothèse 5: Augmentation de l'indice de case-mix

L'indice de case-mix (CMI) rend compte du degré de sévérité des cas traités dans le système DRG. Or le système d'indemnisation fondé sur les DRG peut entraîner un codage systématique des DRG avec des coûts relatifs trop élevés. L'étude dont il est ici question n'a pas mis en évidence de traces d'une telle pratique en Suisse. Cependant, l'indice de case-mix des hôpitaux examinés a légèrement augmenté entre 2011 et 2012. Cela s'explique par des améliorations du codage et par l'utilisation de différentes versions de la structure tarifaire DRG. Ainsi, l'étude de B,S,S. ne confirme pas l'hypothèse 5.

Hypothèse 6: Sélection des patients

Sur le plan financier, le système DRG incite les hôpitaux à admettre d'abord des patients dont les coûts prévisibles sont inférieurs aux forfaits versés à titre d'indemnisation. Les spécialistes interrogés ont indiqué qu'une sélection des patients avait bel et bien lieu. Mais cela n'est pas nécessairement négatif; on peut considérer aussi que la sélection procède d'une spécialisation (souhaitable) des différents hôpitaux. Cependant, des indices montrent que les patients chroniques ou multimorbides sont particulièrement touchés par ce comportement sélectif. Selon des déclarations recueillies lors des entretiens, le nouveau système d'indemnisation ne tient pas suffisamment compte

1 Source complète en encadré.

2 Source complète en encadré.

3 Il est possible que cette évolution s'explique par la règle selon laquelle l'hôpital ne touche pas l'intégralité du forfait DRG en cas d'hospitalisation très brève.

4 Cf. l'étude de B,S,S. et de l'Université de Bâle mentionnée (source complète en encadré).



Source: www.pixabay.com

non plus des personnes âgées. A titre d'exemple, la part des patients en séjour très long dont les coûts ne sont pas couverts par les forfaits DRG est de 45 % dans le service de gériatrie aiguë de l'hôpital Waid de la commune de Zurich, taux élevé comparé aux 9 % ayant cours dans l'ensemble de l'établissement. L'étude de B,S,S. confirme l'hypothèse 6.

Hypothèse 7: Prise en charge insuffisante des cas difficiles

La distribution des cas particulièrement complexes ou coûteux entre hôpitaux est déséquilibrée. La structure tarifaire SwissDRG n'étant pas assez détaillée pour refléter les cas difficiles, le risque existe que ceux-ci génèrent des déficits pour les hôpitaux et qu'ils donnent lieu de ce fait à une prise en charge insuffisante. Il y est remédié en partie en utilisant des prix de base différents selon les établissements pour le calcul de l'indemnité effective par groupe de patients⁵: les hôpitaux universitaires appliquent des prix de base plus élevés, car ils ont tendance à traiter des cas plus difficiles. Selon les spécialistes, on ne constate pas de déficit de prise en charge des cas complexes pour le moment; les différents prix de base ne sont néanmoins pas optimaux sous l'angle de la transparence. L'étude de B,S,S. ne confirme pas l'hypothèse 7.

Hypothèse 8: Spécialisation et coopération des hôpitaux

On peut s'attendre à ce que le système DRG incite les hôpitaux à se spécialiser dans leurs points forts et à coopérer entre eux. Les coopérations sont souhaitables en tant qu'elles permettent une meilleure utilisation des ressources existantes. Mais celles visant uniquement à atténuer la concurrence doivent être appréciées de façon plus critique. Les effets du nouveau financement hospitalier sur les spécialisations et les coopérations sont encore difficiles à cerner. La plupart des représentants d'hôpitaux interrogés sont d'avis que le processus n'en est probablement qu'à ses débuts et que la situation des hôpitaux est très variable en la matière. A titre d'exemple, les hôpitaux de soins généraux de base ou avec prise en charge centralisée n'ont que des possibilités limitées de se concentrer sur des priorités; parfois, les cantons ne souhaitent même pas qu'ils en fixent. L'étude de B,S,S. ne permet pas de se prononcer sur l'hypothèse 8.

⁵ Cf. Vogt, Christian et Markus Weber, « Evaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier », dans ce n° de *Sécurité sociale CHSS*.

Hypothèse 9: Changement de comportement en matière d'investissement

Les hôpitaux reçoivent désormais dans le cadre des forfaits par cas DRG de suppléments pour le coût de leurs investissements. Il faut s'attendre à ce que les comportements en matière d'investissement (ceux des hôpitaux publics principalement) se modifient en raison du nouveau financement et de l'autonomie parfois accrue des établissements; mais ces effets sont encore difficiles à apprécier. Une partie des tarifs ne sont toujours pas définitifs. Cela contraint les hôpitaux à constituer des provisions et peut donc freiner les investissements. Il est indéniable aussi que les cantons se comportent de façon très différente en matière d'investissement mais aussi d'indemnisation des prestations d'intérêt public. Les interventions des cantons freinent parfois la concurrence, voire provoquent des distorsions. L'étude de B,S,S. ne permet pas de se prononcer sur l'hypothèse 9.

Hypothèse 10: Efforts accrus pour améliorer la qualité

La modification des flux de patients entre les hôpitaux et partant entre les cantons est l'indice d'un renforcement de la concurrence (fondée sur la qualité). Les déclarations recueillies auprès des spécialistes confirment que les hôpitaux sont animés d'un état d'esprit plus compétitif que par le passé. Mais il n'est pas encore prouvé que cela se traduise par une amélioration effective de la qualité. De plus, certains spécialistes insistent sur l'asymétrie importante qui subsiste entre les hôpitaux et les patients au niveau de l'information, ce qui freine la concurrence fondée sur la qualité. L'étude de B,S,S. confirme en partie l'hypothèse 10.

Validité des résultats

Pour l'analyse générale, il faut tenir compte du fait que l'enquête se fonde sur un échantillon réduit. Elle s'appuie sur l'analyse documentaire de 20 hôpitaux et sur quelque 25 entretiens avec des spécialistes. L'échantillon a été choisi de façon à couvrir une partie relativement importante du paysage hospitalier, mais sa représentativité n'est pas garantie. Les déclarations recueillies livrent des indices et fournissent de premières tendances, mais représentent des réactions individuelles et ne sauraient être généralisées. On ne peut en tirer de conclusions valables pour tous les hôpitaux de Suisse, ni des extrapolations. Les enquêtes (statistique médicale p.ex.) sur lesquelles l'étude essaie de s'appuyer aussi systématiquement que possible portent quant à elles sur l'ensemble des hôpitaux, mais leur représentativité n'est assurée que pour la période très courte consécutive à l'introduction du nouveau financement hospitalier.

6 Cf. ibid.

Etudes

B,S,S., *Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler – Erste Bestandaufnahme und Konzeptstudie* (Effets de la révision de la LAMal sur le comportement des hôpitaux – Premier bilan et étude de concept). Etude réalisée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique OFSP, Bâle 2014 (étude en allemand; il existe un résumé en français).

www.ofsp.admin.ch → Evaluation → Rapports, études → Assurance-maladie → Evaluation des effets de la révision LAMal, financement des hôpitaux

B,S,S. et Université de Bâle, *Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital-/praxisambulanten Sektor* (Transferts de prestations et de coûts du secteur des soins aigus stationnaires vers le secteur ambulatoire hospitalier/les cabinets médicaux). Etude réalisée sur mandat de la FMH et de H+, Bâle 2014 (étude en allemand).

www.bss-basel.ch → Projekte/Studien → Downloads → PDF: Projektbericht

Recherches supplémentaires nécessaires

Le nouveau financement hospitalier est en vigueur depuis peu. De ce fait, les informations sur ses effets sont encore lacunaires, et de nombreux effets ne se sont pas encore déployés pleinement. Ainsi, l'étude de B,S,S. n'avait pas seulement pour but de dresser un état des lieux mais aussi de mettre en évidence les recherches supplémentaires nécessaires pour cerner l'influence du nouveau financement hospitalier sur le comportement des hôpitaux. Ces questions ont été abordées lors des entretiens avec les spécialistes, ainsi que lors d'un atelier, organisé à titre complémentaire, avec des membres du groupe de suivi (au sein duquel de nombreux acteurs sont représentés). Les recommandations correspondantes sont présentées en détail dans l'étude et ont été incorporées à la conception de la deuxième étape de l'évaluation⁶ que l'OFSP prépare actuellement.

Wolfram Kägi, directeur, B,S,S.

Mél: wolfram.kaegi@bss-basel.ch

Miriam Frey, cheffe de projet, B,S,S.

Mél: miriam.frey@bss-basel.ch

Le nouveau financement hospitalier du point de vue de l'assurance-invalidité

Le passage au nouveau régime de financement des hôpitaux dans l'assurance-maladie laisse aussi des traces dans l'assurance-invalidité (AI). Le principe du financement a été repris pour l'essentiel, dans l'esprit d'une harmonisation entre les assurances sociales, mais avec quelques particularités. Par ailleurs, le catalogue des forfaits SwissDRG exige des compétences techniques supplémentaires pour le contrôle des factures.



Martin Gebauer
Office fédéral des assurances sociales

Bases

L'assurance-invalidité prend en charge les traitements hospitaliers stationnaires avant tout pour le traitement des infirmités congénitales (art. 13 LAI), mais quelquefois aussi dans le cadre de pures mesures de réadaptation médicales au sens de l'art. 12 LAI. Ces traitements représentent un volume de quelque 300 millions de francs par an, dont plus de 90 % dans le domaine des soins somatiques aigus. Les mesures médicales de l'AI ne sont accordées que jusqu'à l'âge de 20 ans.

LAI a confié l'essentiel de la gestion des conventions passées avec les hôpitaux au Service central des tarifs médicaux LAA (SCTM). Le SCTM négocie les conventions sur mandat de l'assurance-accidents (AA), de l'assurance militaire (AM) et de l'AI. Il s'ensuit que les trois assureurs sociaux fédéraux ont conclu des conventions largement semblables et connaissent donc aussi des prix uniformes.

Un nouveau système de financement s'est dessiné dès 2003 par l'introduction progressive de forfaits APDRG

dans plusieurs hôpitaux. LAI est alors elle aussi passée progressivement des forfaits journaliers usuels à des forfaits par cas.

Nouveau financement hospitalier

A l'approche de l'introduction du nouveau régime de financement des hôpitaux dans l'assurance-maladie (AMal), les assureurs sociaux fédéraux s'accordaient sur le principe que les nouvelles modalités devaient être reprises pour l'essentiel dans le domaine AA/AM/AI. Cela impliquait notamment l'application des forfaits par cas SwissDRG, l'abandon de la distinction entre patients du canton et patients venus d'un autre canton, ainsi que la prise en charge générale des frais d'investissement.

Jusqu'en 2011, le taux de financement des cas AA/AM/AI dans les hôpitaux publics était de 80 % des coûts d'exploitation pour les patients du canton et de 100 % (+ frais d'investissement) pour les patients venus d'autres cantons. A la suite de restructurations, les assureurs AA et AM ont décidé d'abandonner le financement dual, s'affranchissant ainsi de l'influence des cantons. En 2011, l'assemblée plénière de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé publique (CDS) a approuvé une proposition d'adaptation du financement des séjours hospitaliers par les assureurs sociaux fédéraux. Celle-ci prévoit qu'en 2012, les assureurs sociaux prennent en charge 90 % des prix tarifaires pour les traitements hospitaliers et, dès 2013, 100 %. Cette réglementation est consignée dans une convention conclue entre la CDS et les assureurs concernés. Tous les cantons y ont adhéré.

Art. 14^{bis}, LAI

Pour l'AI, le passage à un financement moniste des hôpitaux se serait traduit par un surcoût annuel d'au moins 60 millions de francs. C'est pourquoi une répartition des coûts 80:20 entre l'AI et le canton de résidence a été décidée dans le cadre de la 6^e révision de l'AI. Semblable engagement des cantons à participer au financement pour les assurés AI se justifie notamment par le fait que les prestations de l'AI pour les infirmités congénitales sont, par nature, des prestations d'assurance-maladie. Avant que l'assurance-maladie ne devienne obligatoire avec la LAMal, la couverture d'assurance des nouveau-nés malades était parfois insuffisante, ce qui a amené l'AI à

combler cette lacune par l'ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC). Etant donné que l'AI se conçoit, aujourd'hui plus que jamais, comme une assurance de réadaptation, la prise en charge du traitement médical de pures maladies est une tâche qui, en toute rigueur, lui est étrangère.

Le Parlement ayant suivi les arguments de l'AI, l'art. 14^{bis} LAI est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013. Sa teneur est la suivante :

Art. 14^{bis} Prise en charge des traitements stationnaires hospitaliers

Les frais des traitements entrepris de manière stationnaire au sens de l'art. 14, al. 1 et 2, dans un hôpital admis en vertu de l'art. 39 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie sont pris en charge à hauteur de 80 % par l'assurance et de 20 % par le canton de résidence de l'assuré. Le canton de résidence verse sa part directement à l'hôpital.

Différences avec l'assurance-maladie

En principe, dès lors, des conditions similaires s'appliquent aux patients AI et aux patients AMal: le canton de résidence de l'assuré participe, pour les patients AI également, aux frais de tous les traitements stationnaires couverts par les listes cantonales d'hôpitaux en vigueur. Mais dans l'AI, à la différence de l'AMal, la répartition des coûts est fixe, dans tout le pays: seuls 80 % du tarif plein doivent être facturés à l'AI, les 20 % restant étant pris en charge par le canton de résidence de l'assuré.

Autre différence par rapport à l'assurance-maladie, peu importe le canton dans lequel l'hôpital est répertorié, dès lors qu'il figure sur la liste hospitalière d'un canton, il est admis au sens de l'art. 14^{bis} LAI pour tous les patients AI de quelque canton que ce soit, avec une clé de répartition 80 : 20. C'est aussi ce qui avait été convenu avec la CDS.

Par ailleurs, la question du tarif de référence à appliquer en cas d'hospitalisation en dehors du canton de résidence ne se pose pas dans l'AI, contrairement à l'AMal. Assurance sociale fédérale, l'AI laisse par principe aux assurés le libre choix entre tous les hôpitaux admis, sans participation aux coûts (ni quote-part ni franchise), tant que les exigences de l'assurance définies dans la LAI et dans les conventions hospitalières sont satisfaites. Par conséquent, l'AI prend en charge d'une manière générale les frais de traitement conformément au tarif applicable à l'hôpital dans lequel le traitement est entrepris (art. 3^{quater} RAI).

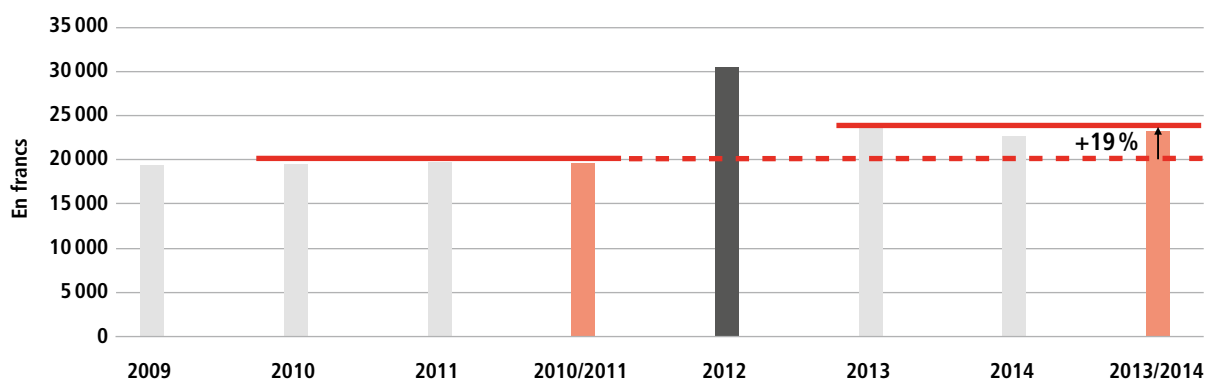
Impact sur les coûts

Les calculs faits par l'Office fédéral des assurances sociales ont montré que l'impact du nouveau financement hospitalier sur les coûts devrait être plus ou moins compensé par l'application depuis 2013 du nouvel art. 14^{bis} LAI. La prise en charge des frais d'investissement également pour les patients résidant dans le canton de l'hôpital représente un surcoût pour l'AI, mais celle-ci bénéficie d'un allègement pour les patients venus d'un autre canton, puisque sa part de prise en charge des coûts est ramenée de 100 % à 80 %. De plus, sa part est aussi de 80 % (et non plus de 100 %) pour les hôpitaux privés qui figurent sur une liste hospitalière cantonale.

L'évolution effective des coûts se présente comme suit :

Evolution des coûts par cas AI, séjours hospitaliers, 2009-2014

G1



Source : OFAS.

L'année 2012 n'est pas incluse dans la comparaison, car les conditions générales étaient différentes cette année-là du fait que la réglementation transitoire convenue avec la CDS s'appliquait également à l'AI. Une comparaison entre les valeurs de 2010/2011, avant l'introduction de SwissDRG, et celles de 2013/2014, après l'introduction, indique que les coûts par cas ont augmenté de 19 %. On constate que les trois hôpitaux pédiatriques de Zurich, Saint-Gall et Bâle, qui génèrent un tiers environ des coûts stationnaires à la charge de l'AI, affichent une hausse des coûts par cas supérieure à la moyenne (+21,3 %). Celle des autres hôpitaux est d'environ 17 %. Cette différence s'explique au moins en partie par le fait que les hôpitaux pédiatriques se sont vu attribuer jusqu'ici des prix de base plus élevés, ainsi qu'un groupe de référence qui leur est propre. Autrement dit, les coûts de ces trois hôpitaux ne sont comparés qu'entre eux. La raison en est que les hôpitaux pédiatriques n'ont cessé d'affirmer que la pédiatrie n'était pas comparable avec la médecine des adultes et qu'elle n'était pas suffisamment prise en compte dans le catalogue des forfaits SwissDRG.

Une appréciation définitive de l'évolution des coûts est difficile en raison de la complexité de financement et de prise en charge du système DRG. Par ailleurs, la période d'observation (2013 et 2014) est relativement courte. Il convient cependant d'envisager et de quantifier deux hypothèses au moins pour expliquer pourquoi le niveau des coûts est plus élevé.

1. La médecine pédiatrique comprend une part plus grande de soins et de prises en charge, car les enfants sont moins indépendants, et souvent aussi moins coopératifs. De plus, il est nécessaire d'informer et d'instruire les parents en détail. Avant la mise en place de SwissDRG, ces charges supplémentaires n'étaient pas prises en compte de façon adéquate par les forfaits journaliers et les forfaits APDRG.

2. Les prix de base sont généralement trop élevés. Les bases de calcul doivent être reconsidérées d'un œil critique.

Contrôle des factures par la RVK

L'introduction des forfaits SwissDRG a placé l'AI, tout comme l'AMal, face à de nouveaux défis. Le contrôle des factures DRG est complexe et il exige aussi bien des connaissances médicales qu'un savoir-faire en matière de technique de codage. C'est pourquoi l'AI a décidé de collaborer avec l'association de réassurance des petites et moyennes caisses-maladie (Rückversicherungs-Verband der Krankenversicherer, RVK). La RVK examine certaines factures DRG sur mandat des offices AI et suggère des corrections si elle constate des défauts.

Conclusion

LAI se félicite du passage d'un système basé sur la compensation des coûts à un système axé sur la rémunération des prestations. La plus grande transparence permet une meilleure analyse et un meilleur pilotage des coûts des traitements stationnaires. Néanmoins, la charge impliquée par le contrôle des factures DRG est énorme et exige des investissements en ressources humaines et en informatique. Le succès de SwissDRG dépendra de la cohérence avec laquelle les règles du jeu DRG seront appliquées en pratique.

Martin Gebauer, responsable de produit Tarifs médicaux, secteur Médecine et prestations en espèces, domaine Assurance-invalidité, OFAS.
Mél : martin.gebauer@bsv.admin.ch

Les comptes des assurances sociales étaient équilibrés en 2013

Le compte global des assurances sociales (CGAS) le plus récent montre que les recettes ont augmenté davantage que les dépenses en 2013. Seule l'assurance-maladie a enregistré un léger déficit. Le résultat agrégé des comptes a de nouveau dépassé les 20 milliards de francs. Les variations de valeur du capital sur les marchés financiers ont été clairement positives. Le capital financier de l'ensemble des assurances sociales a pour la première fois dépassé les 800 milliards de francs.



Salome Schüpbach
Office fédéral des assurances sociales



Stefan Müller

Evolution financière des assurances sociales en 2013

En 2013, les recettes des assurances sociales ont atteint 169,5 milliards de francs et les dépenses se sont élevées à 149,2 milliards (cf. tableau **T1**). Par rapport à l'exercice précédent, les recettes ont nettement plus augmenté que les dépenses, ce qui a conduit à un résultat des comptes en hausse de 9,6 %. Les variations de valeur du capital nettes sur les marchés financiers se sont montées à 33,6 milliards de francs. Les gains boursiers n'ont été supérieurs à ce montant qu'à trois reprises depuis la mise en place du compte global. En 2011, les variations de valeur du capital étaient encore largement négatives (-12,5 milliards de francs). Cette année-là, le capital

n'avait augmenté (+8,8 milliards de francs, pour atteindre 702,4 milliards) que grâce à un solide résultat des comptes se chiffrant à 21,6 milliards de francs. En 2013, la nette augmentation du capital financier tient tant au bon résultat des comptes qu'aux variations positives de la valeur du capital. Le capital de l'ensemble des assurances sociales a ainsi pour la première fois dépassé les 800 milliards de francs.

En 2013, les recettes ont augmenté de 3,8 %, soit bien davantage que les dépenses, dont la hausse s'est chiffrée à 3,1 % (cf. graphique **G1**). Le taux de croissance des recettes a ainsi dépassé le taux de croissance moyen depuis 1990, qui est de 3,5 %. La croissance des dépenses a, quant à elle, été nettement inférieure au taux moyen depuis 1990 de 4,3 %. C'est surtout grâce à

Le présent article est basé sur la **Statistique des assurances sociales, SAS 2015** de l'OFAS, qui paraîtra à l'hiver 2015.

N^{os} de commande: SAS 318.122.15F, SVS 318.122.15D, gratuit

Le rapport annuel **Assurances sociales 2014: 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^{os} de commande (10 francs par numéro): Assurances sociales 2014 318.121.14F, Assicurazioni sociali 2014 318.121.14I, Sozialversicherungen 2014 318.121.14D

La **Statistique de poche 2015** de l'OFAS sera publiée à l'été 2015. Les principales informations sur les assurances sociales et sur le compte global CGAS 2013 y sont résumées succinctement.

N^{os} de commande:
Statistique de poche 318.001.15F,
Pocket statistics 318.001.15ENG,
Taschenstatistik 318.001.15D, gratuit.

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

A commander auprès de l'OFCL,
Diffusion publications, 3003 Berne
ou par courrier électronique à
vente.civil@bbl.admin.ch.

Compte global des assurances sociales CGAS 2013, en milliards de francs

T1

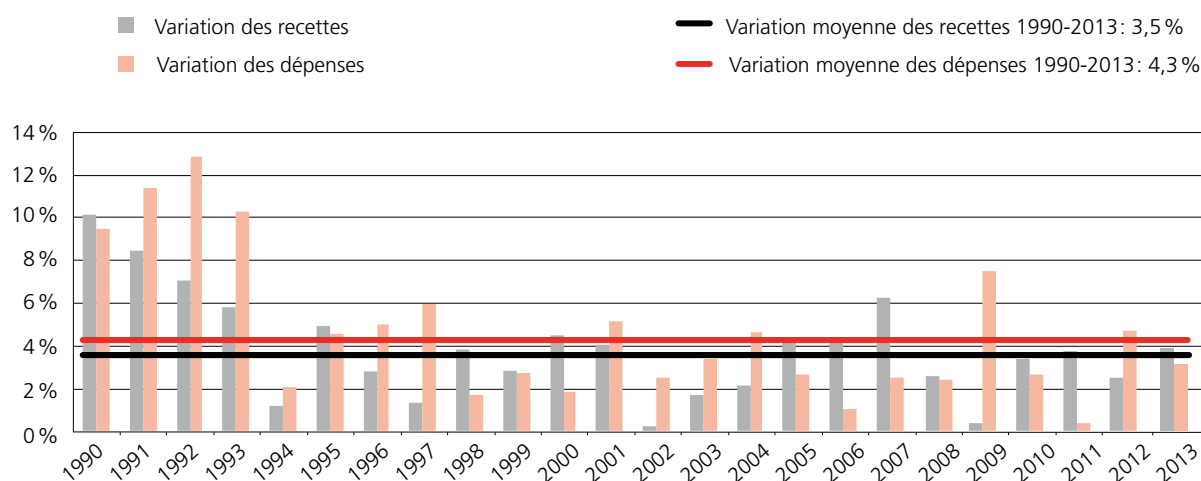
	AVS	PC à l'AVS	AI	PC à l'AI	PP	AMal	AA	APG	AC	AF	Total consolidé
Recettes	40,7	2,6	9,9	1,9	67,7	25,2	7,6	1,8	7,1	5,7	169,5
dont cotisations des assurés et des employeurs	29,5	–	5,0	–	53,4	20,9	6,1	1,8	6,5	5,4	127,8
dont contributions des pouvoirs publics	10,4	2,6	4,8	1,9	–	4,0	–	–	0,6	0,2	24,6
Dépenses	40,0	2,6	9,3	1,9	50,5	25,5	6,3	1,6	6,5	5,6	149,2
dont prestations sociales	39,8	2,6	8,4	1,9	33,2	24,2	5,5	1,6	5,8	5,5	127,9
Résultat des comptes	0,7	–	0,6	–	17,2	–0,3	1,3	0,1	0,6	0,1	20,3
Variation du capital	0,9	–	0,6	–	45,2	–0,1	1,7	0,1	0,6	0,1	49,1
dont variations de valeur du capital	0,2	–	0,0	–	32,6	0,1	0,7	0,0	–	...	33,6
Capital	43,1	–	–8,8	–	712,5	12,1	48,8	0,8	–2,9	1,3	807,0

En 2013, le capital financier a pour la première fois dépassé les 800 milliards de francs.

Source: SAS 2015.

Evolution des recettes et des dépenses du compte global CGAS 1990-2013

G1



En 2013, la croissance des recettes a dépassé celle des dépenses.

Source: SAS 2015.

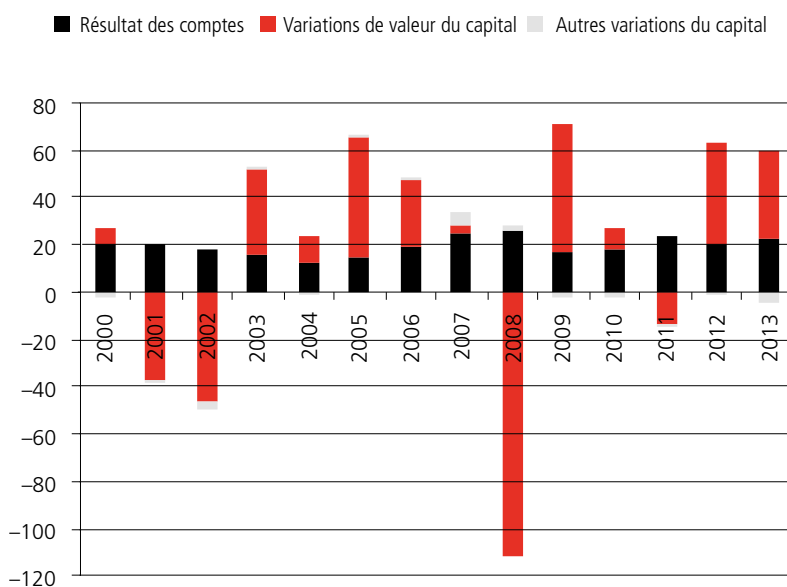
la forte hausse (+6,7%) des recettes dans la prévoyance professionnelle (PP) que l'augmentation des recettes est supérieure à la moyenne.

Recettes

En 2013, les recettes des assurances sociales ont augmenté globalement de 3,8% (cf. graphique G1), ce qui corres-

pond, après celle de 2011, à la plus forte croissance depuis 2007. Cette progression s'explique par la forte augmentation des recettes dans la PP (+6,7%),

Variation du capital de la PP 2000-2013, en milliards de francs **G2**



Les pertes de valeur du capital dues à des crises (2001/2002, 2008 et 2011) ont anéanti une grande partie des gains de valeur du capital réalisés précédemment.

Source: SAS 2015.

qui tient pour l'essentiel aux versements uniques (5 milliards de francs) effectués par d'importants employeurs publics. Les cotisations des assurés et des employeurs à l'AVS, à l'AI et aux APG ont en 2013 contribué à la croissance des recettes dans une proportion inférieure à la moyenne. Les taux de croissance des recettes avaient déjà été élevés en 2010 et 2011 en raison de la hausse de 8,7% des primes dans l'assurance-maladie (AMal; en 2010), de l'introduction d'une cotisation de solidarité sur les salaires élevés dans l'assurance-chômage (AC; en 2011), du relèvement temporaire des cotisations au régime des allocations pour perte de gain (APG; de 2011 à 2015) pour reconstituer le capital du Fonds APG, du relèvement temporaire de la TVA pour assainir l'assurance-invalidité (AI; de 2011 à 2017) et d'une contribution fédérale extraordinaire à l'AC (en 2011).

Dépenses

En 2013, les dépenses des assurances sociales ont augmenté de 3,1%, ce qui correspond à une hausse nettement

inférieure à la moyenne depuis 1990 (cf. graphique **G1**). La progression des dépenses a été freinée avant tout par la PP. Les rentes et les prestations en capital de la PP n'ont augmenté que de 1,7%; leur croissance n'a été plus faible qu'à deux reprises depuis l'introduction du compte global. Les deux autres grandes assurances sociales ont vu leurs dépenses augmenter de 3,0% (AVS) et de 5,7% (AMal). La hausse des dépenses de l'AVS est plutôt faible pour une année où les rentes ont été adaptées, tandis que la hausse de 5,7% enregistrée par l'AMal est liée à une augmentation des prestations de 6,4%.

Variation du capital

Le capital global des assurances sociales dépend du résultat des comptes, des variations de valeur du capital, ainsi que d'autres variations du capital (cf. graphique **G2**). Les variations de valeur du capital sont toujours dominées par la PP qui, en 2013, totalisait 88,3% du capital global des assurances sociales. Hormis l'assurance-accidents (AA), il s'agit

de la seule assurance sociale financée par capitalisation. Elle continuera d'ailleurs à gagner en importance, puisqu'elle est encore en phase de constitution. Il est donc intéressant d'analyser de plus près l'évolution de ses différentes composantes.

Les recettes provenant des cotisations à la PP sont nettement plus élevées que les prestations sociales qu'elle sert. De 1987 à 2013, le résultat des comptes a régulièrement atteint entre 15 et 20 milliards de francs et son évolution est relativement constante. Les variations de valeur du capital dépendent du volume du 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). La PP a réalisé des gains en Bourse importants aussi bien en 2012 (35,8 milliards) qu'en 2013 (32,6 milliards). En 2013, les hausses des cours ont été importantes grâce à la générosité de certaines banques centrales et aux bonnes perspectives conjoncturelles sur les marchés financiers.

Les autres variations du capital des assurances sociales consistent principalement en des fluctuations peu explicables de la fortune de la PP, de l'AMal et de l'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 2013

Le taux des prestations sociales (cf. graphique **G3**) reflète la part de la production économique globale (PIB) qui est à la disposition des bénéficiaires de prestations sociales. Il met les opérations de répartition des assurances sociales en relation avec la production économique du pays (en d'autres termes, il exprime

le total des prestations sociales en pourcentage du PIB). De 13,0 % en 1990, le taux des prestations sociales est passé à 20,1 % en 2013, soit une augmentation de 7,1 points. En 2004, le taux a atteint un maximum de 20,4 %. Il a ensuite diminué pour s'établir à 18,5 % en 2008. Il est remonté à 19,8 % en 2009 (crise financière), avant de diminuer à nouveau en 2010 et 2011 en raison de la forte croissance du PIB. Le taux a ensuite à nouveau augmenté jusqu'en 2013, en raison de la progression plus élevée des prestations sociales.

Le taux de la charge sociale (cf. graphique G3), qui constitue un indice de la charge relative que les recettes des assurances sociales font peser sur l'économie nationale, a nettement augmenté depuis 2008. Il a atteint un nouveau maximum en 2013 (25,9 %). Cette évolution est imputable à la progression relativement importante des recettes, elle-même liée à une hausse exceptionnelle des recettes dans la PP, qui tient essentiellement aux versements uniques effectués par des employeurs publics.

Evolution financière des assurances centralisées en 2014

Les chiffres 2014 des assurances sociales obligatoires et centralisées (AVS, AI, PC, APG et AC) sont déjà connus, contrairement aux comptes des autres assurances sociales, qui sont fondés sur des enquêtes et qui seront publiés plus tard dans l'année (cf. tableaux T2 et T3).

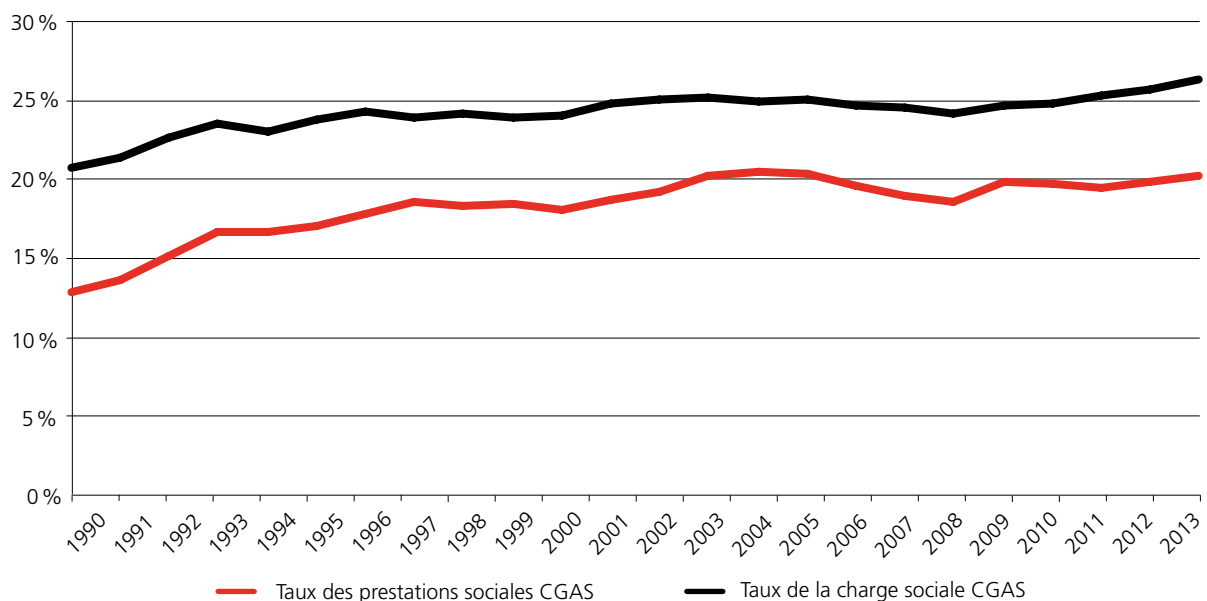
Les cotisations à l'AVS ont augmenté de 1,4 % en 2014 (2,3 % en 2013), en raison de l'évolution positive des salaires et du maintien de la croissance de l'emploi. La somme des rentes AVS ordinaires a augmenté de 2,8 % en 2014 (3,4 % en 2013, année où les rentes ont été adaptées). Les cotisations ont donc nettement moins augmenté en 2014 que la somme des rentes. Globalement, les recettes de l'AVS ont progressé de 1,4 %, alors que ses dépenses ont augmenté de 2,2 %. Le **résultat de répartition (2)**, qui ne tient pas compte du résultat des placements (produit courant du capital et variations de valeur du capital), est donc passé d'un léger excédent (14

millions) à un déficit de 320 millions de francs. Les réserves financières de l'AVS restent toutefois nettement supérieures au niveau des dépenses d'une année. Le **résultat d'exploitation (1)** calculé selon la méthode usuelle tient compte du résultat des placements (produit courant du capital et variations de valeur du capital). Il est passé de 908 millions en 2013 à 1707 millions en 2014, grâce à l'évolution positive des marchés financiers. Destinée à l'ensemble de la population du pays, l'AVS constitue un instrument de garantie et de redistribution économique. Il est donc aussi judicieux d'évaluer son évolution financière dans une perspective macroéconomique. Le **résultat du compte global CGAS (3)**, qui tient compte du produit courant du capital, est passé de 746 millions de francs en 2013 à 460 millions en 2014. Dans une perspective macroéconomique, l'AVS a donc encore enregistré un excédent en 2014, mais nettement moins élevé qu'en 2013.

En 2014, l'AI a enregistré un **résultat d'exploitation (1)** nettement positif pour la troisième année consécutive

Taux des prestations sociales et taux de la charge sociale 1990-2013

G3



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

Source: SAS 2015.

Recettes et résultats des comptes 2014: trois perspectives, en millions de francs

T2

	AVS	PC à l'AVS	AI	PC à l'AI	APG	AC
1 Recettes Résultat d'exploitation (avec produit courant du capital et variations de valeur du capital)	42 574	2 712	10 177	1 967	1 838	7 260
2 Recettes Résultat de répartition (sans produit courant du capital et variations de valeur du capital)	40 546	2 712	9 939	1 967	1 790	7 255
3 Recettes CGAS (avec produit courant du capital, mais sans variations de valeur du capital)	41 326	2 712	10 006	1 967	1 804	7 260
Cotisations des assurés et des employeurs	29 942	–	5 018	–	1 790	6 633
Contributions des pouvoirs publics (Confédération, impôt sur les maisons de jeu, TVA)	10 598	2 712	4 867	1 967	–	618
Produit courant du capital	780	–	68	–	14	5
Variations de valeur du capital (pertes et gains boursiers)	1 247	–	170	–	34	–
Autres recettes	6	–	54	–	–	3
Dépenses	40 866	2 712	9 254	1 967	1 668	6 523
Prestations sociales	40 669	2 712	8 301	1 967	1 666	5 832
Frais d'administration et de gestion	197	–	678	–	3	684
Autres dépenses	–	–	275	–	–	7
1 Résultat d'exploitation	1 707	–	922	–	170	737
2 Résultat de répartition	–320	–	685	–	122	733
3 Résultat du compte CGAS	460	–	752	–	136	737
Capital	44 788	–	5 000	–	968	–2 149
Niveau de la dette de l'AI			–12 843			

Exemple d'interprétation: les recettes servant à calculer le résultat de répartition (2) ne comprennent ni le produit courant du capital ni les variations de valeur du capital (pertes et gains boursiers). Le résultat de répartition (2) prend donc en considération uniquement les recettes provenant des affaires d'assurance de l'AVS, à savoir pour l'essentiel les cotisations des assurés et les contributions des pouvoirs publics. L'évolution des marchés financiers n'a ainsi aucune influence directe sur ce résultat. Le produit courant du capital (intérêts et dividendes) et les gains boursiers ne sont pas pris en compte dans le calcul des recettes. Ainsi, le résultat de répartition (2) est négatif en 2014; le déficit se monte à 320 millions de francs.

Source: SAS 2015.

(922 millions de francs; 2013: 586 millions). Son **résultat de répartition (2)** a été de 685 millions (509 millions en 2013). Les résultats positifs des comptes sont attribuables à des

1 Comme l'AI et les APG disposent d'un capital nettement moins élevé que l'AVS, la différence entre le résultat de répartition (2) et le résultat du compte CGAS, d'une part, et le résultat d'exploitation (1) calculé selon la méthode usuelle, d'autre part, est nettement moins marquée pour ces deux assurances.

recettes supplémentaires temporaires (TVA et prise en charge des intérêts de la dette par la Confédération depuis 2011), ainsi qu'à la baisse des dépenses pour les rentes ordinaires (–147 millions de francs en 2014). La somme des rentes AI ordinaires est passée de 6,1 milliards de francs en 2007 à 5,0 milliards en 2014. En 2011 déjà, l'AI avait affiché un résultat d'exploitation quasi équilibré. Sa dette envers l'AVS

est passée de 16,9 milliards à 12,8 milliards de francs.

Le **résultat d'exploitation (1)** des **APG** a augmenté en 2014, atteignant 170 millions de francs. Les APG disposent ainsi à nouveau d'une réserve d'environ 1,0 milliard de francs¹. Grâce au relèvement à 0,5 % du taux de cotisation au 1^{er} janvier 2011, les APG étaient déjà passées d'un déficit de 0,6 milliard de francs en 2010 à un

Evolution 2014 des recettes et des résultats des comptes : trois perspectives

T3

	AVS	PC à l'AVS	AI	PC à l'AI	APG	AC
1 Recettes Résultat d'exploitation (avec produit courant du capital et variations de valeur du capital)	4,1%	4,1%	2,9%	2,3%	3,3%	2,6%
2 Recettes Résultat de répartition (sans produit courant du capital et variations de valeur du capital)	1,4%	4,1%	1,3%	2,3%	1,4%	2,6%
3 Recettes CGAS (avec produit courant du capital, mais sans variations de valeur du capital)	1,5%	4,1%	1,4%	2,3%	1,5%	2,6%
Cotisations des assurés et des employeurs	1,4%	–	1,4%	–	1,4%	2,7%
Contributions des pouvoirs publics (Confédération, impôt sur les maisons de jeu, TVA)	1,5%	4,1%	1,3%	2,3%	–	1,2%
Produit courant du capital	6,4%	–	20,3%	–	46,5%	4,6%
Variations de valeur du capital (pertes et gains boursiers)	671,8%	–	700,5%	–	94,7%	–
Autres recettes	–30,7%	–	–9,3%	–	–	–34,8%
Dépenses	2,2%	4,1%	–0,6%	2,3%	1,8%	0,5%
Prestations sociales	2,2%	4,1%	–0,6%	2,3%	1,9%	0,4%
Frais d'administration et de gestion	1,3%	–	2,0%	–	–6,0%	1,5%
Autres dépenses	–	–	–4,1%	–	–	–40,6%
1 Résultat d'exploitation	88,1%	–	57,3%	–	20,4%	25,5%
2 Résultat de répartition	–2 459,9%	–	34,6%	–	–4,7%	25,7%
3 Résultat du compte CGAS	–38,4%	–	33,1%	–	–2,0%	25,5%
Capital	4,0%	–	0,0%	–	21,3%	–25,5%
Niveau de la dette de l'AI			–6,7%			

Exemple d'interprétation : suivant la perspective adoptée, l'évolution des recettes de l'AVS oscille entre 1,4 et 4,1%. Par rapport à l'année précédente, le résultat du compte global CGAS (3) et le résultat de répartition (2) de l'AVS sont en baisse, ce qui traduit clairement la détérioration de la situation financière de cette assurance.

Source: SVS 2015.

excédent de 0,1 milliard en 2011. En 2010, le Conseil fédéral a fait usage de sa compétence pour relever le taux de cotisation aux APG de 0,2 point début 2011, et ce pour une durée limitée, à savoir jusqu'à fin 2015. Il décidera en juin 2015 du taux de cotisation aux APG applicable à l'avenir.

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. Les dépenses des PC, allouées sous condition de ressources, ont atteint 4,7 mil-

liards de francs en 2014, affichant ainsi une progression de 3,3%, contre 2,1% en 2013. 16,3% de l'ensemble des bénéficiaires de prestations AVS et AI en Suisse ont perçu des PC. Les PC à l'AVS évoluent de manière analogue à l'AI. En 2014, elles ont amélioré de 7,9% la somme des rentes AVS. 12,4% des bénéficiaires d'une rente de vieillesse et 8,3% des bénéficiaires d'une rente de survivants ont touché des PC. Les dépenses des PC à l'AI ont augmenté de 2,3% en 2014, deuxième plus faible taux depuis 1996 après celui de 2013. Le pourcentage des PC sur

la somme des rentes AI a augmenté, passant à 44,2%. En 2014, 44,1% des rentiers AI étaient tributaires des PC.

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

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

L'allocation de maternité a dix ans

Après des décennies de lutte pour introduire l'allocation de maternité, celle-ci a trouvé sa place en dix ans et s'est imposée comme l'une des prestations de base évidentes et solides du système suisse d'assurances sociales. Le nombre des femmes qui travaillent étant en constante augmentation, l'allocation est plus sollicitée d'année en année et constitue un pilier de la conciliation entre vies familiale et professionnelle.



Katharina Schubarth
Office fédéral des assurances sociales

Le long chemin de la Suisse vers l'allocation de maternité

La maternité a longtemps été considérée comme une affaire privée, dont l'Etat devait se tenir à l'écart. Il s'agissait avant tout de protéger de toute intervention publique les droits du mari, sous la tutelle du-

quel se trouvaient femme et enfants. Ce n'est que peu avant le milieu du XX^e siècle que s'est imposé le point de vue selon lequel toutes les femmes devaient être assurées pendant la maternité. Toutefois, dès le XIX^e siècle, des efforts ont été déployés en vue d'une protection durant cette période. Cette protection se traduisait au départ à l'échelle cantonale, sous la forme d'une interdiction de travail pour les femmes venant d'accoucher. Elle a ensuite été intégrée dans la loi fédérale de 1877 concernant le travail dans les fabriques, faisant de la Suisse le premier pays d'Europe à ancrer juridiquement la couverture sociale des femmes après l'accouchement. Des problèmes plus urgents – la guerre, les crises économiques et la création de l'assurance-vieillesse¹ – ont néanmoins repoussé l'entrée dans la Constitution de la protection

des mères. En 1945, alors que la Seconde Guerre mondiale n'est pas encore finie, des représentants des milieux catholiques-conservateurs, socio-démocrates et féministes sont parvenus à faire intégrer dans la Constitution l'article relatif à la famille contenant la disposition sur l'assurance de la maternité. Si les motivations sous-tendant cette évolution étaient pour partie d'ordre social et sanitaire, on ne saurait négliger la dimension démographique. En effet, outre le fait d'offrir une protection financière et sanitaire aux mères, il s'agissait d'encourager les femmes à vouloir enfanter². Alors que la fertilité demeurait à un niveau bas depuis la Première Guerre mondiale, elle recommença à grimper légèrement pendant la Seconde Guerre mondiale, tendance qui se poursuivit malgré l'absence d'assurance-maternité jusqu'à l'«effet pilule», à la fin des années 1960³.

La mise en œuvre de l'article constitutionnel s'est toutefois fait attendre. Ce n'est que soixante ans plus tard, en 2005, à l'issue d'une vingtaine de tentatives au niveau fédéral, que l'assurance-maternité a finalement vu le jour. En effet, les défenseurs de l'assurance-maternité ont tiré les leçons de l'échec de leur projet de 1999⁴: pour réunir une majorité, il faudrait s'en tenir à une couverture modeste, si bien que des limites strictes ont été posées aux conditions d'octroi (uniquement pour les femmes exerçant une activité lucrative; pas de congé d'adoption) et aux prestations (plafonnement à 80 % du salaire; 14 semaines). Après l'acceptation de ce projet en votation populaire, le texte – inséré dans la loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service (LAPG⁵), titre qui a été complété avec «et de maternité» – est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2005⁶.

- 1 La base constitutionnelle de l'assurance-vieillesse fut créée en 1925.
- 2 RO 1944, vol. 22 p. 868, 1022.
- 3 www.ofs.admin.ch → Thèmes → 01-Population → Panorama.
- 4 Le projet de 1999 prévoyait de verser aussi une allocation aux femmes n'exerçant pas d'activité lucrative: FF 1997 IV 881.
- 5 RS 834.1 Loi fédérale du 25.9.1952 sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité.
- 6 Dans cette même révision de loi, les droits pour les personnes en service ont été augmentés. Les opposants à l'allocation de maternité ne l'ont pas remis en cause – au contraire – cela a été utilisé comme argument pour justifier qu'il ne fallait pas créer de nouvelle prestation.

La protection maternité en vigueur selon la LAPG⁷

Ont droit à une allocation de maternité les femmes qui sont assurées à l'AVS pendant leur grossesse, autrement dit qui vivent ou travaillent en Suisse. Autre condition : elles doivent exercer une activité lucrative pendant au moins cinq mois de leur grossesse et être tenues par un contrat de travail ou un régime d'indépendant au moment de la naissance. Précisons que les mêmes droits sont en principe accordés aux femmes qui se trouvent au chômage ou en incapacité de travail. Versée pendant 14 semaines, l'allocation s'élève à 80 % du salaire jusqu'à concurrence de 196 francs par jour. Si une mère reprend le travail avant la fin de ces 14 semaines, elle perd son droit à l'allocation. En outre, les femmes qui ne remplissent pas l'une de ces conditions mais se trouvent néanmoins dans une relation de travail sont soumises à l'interdiction générale de travailler pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement (art. 35a, al. 3, loi sur le travail). Le droit à la poursuite du versement de leur salaire est régi par le code des obligations (CO) ou le contrat de travail si celui-ci confère dans l'ensemble des droits équivalents. Enfin, toutes les femmes sont protégées contre le licenciement durant la grossesse et les seize semaines suivant l'accouchement⁸.

Chiffres et expériences

L'allocation de maternité est venue compléter le système d'assurances sociales d'un volet attendu depuis très longtemps et qui, conjugué à l'accueil extrafamilial des enfants, constitue une des pièces maîtresses de la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Il suffit d'ailleurs de jeter un œil sur les chiffres pour se convaincre du caractère indispensable de cette prestation : alors que pendant la première année (2006), 500 millions de francs ont été dépensés au titre de l'assurance-maternité, cette somme a

atteint 730 millions de francs en 2013. Cette progression est due, d'une part, au nombre croissant des prestations octroyées et, de l'autre, au montant plus élevé des allocations. Ces dernières étant réservées aux femmes actives sur le marché du travail, la hausse des dépenses reflète avant tout la forte participation des femmes au marché du travail : en 2014, près de 80 % des femmes ayant des enfants âgés de moins de quinze ans étaient ainsi en emploi⁹. Il faut cependant aussi mentionner la part sans cesse croissante de femmes très qualifiées¹⁰ – qui génèrent des salaires plus conséquents –, sans compter que celles-ci ont davantage tendance à conserver une activité professionnelle après la naissance de leur enfant. Autre indice de la participation des femmes au marché du travail : l'âge moyen plus élevé des mères lorsqu'elles perçoivent l'allocation de maternité, passé de 31,9 ans en 2010 à 32,2 en 2013¹¹.

L'augmentation des dépenses pour l'allocation de maternité se répercute aussi dans les comptes d'exploitation de l'APG, qui affichent un résultat négatif depuis 2006, raison pour laquelle en 2011, le taux de cotisation est passé de 0,3 à 0,5 pour une durée de cinq ans. Le Conseil fédéral est en train d'analyser la situation financière du régime des APG afin de déterminer quel taux de cotisation appliquer à partir de 2016.

L'application de la loi présente relativement peu de difficultés : depuis son entrée en vigueur, le Tribunal fédéral a été appelé à se prononcer moins de trois fois par an, essentiellement pour trancher des litiges portant sur situation et les droits de mères exerçant une activité indépendante ou travaillant dans l'entreprise de leur mari.

L'évaluation de l'allocation de maternité¹² est également venue confirmer que cette assurance fonctionnait bien. Elle a notamment révélé que les femmes qui gagnaient bien leur vie prenaient souvent un congé plus long que celui octroyé par l'APG et que les entreprises qui font appel à des femmes très qualifiées offrent une

meilleure protection maternité à leurs employées que celles qui emploient des femmes peu qualifiées.

Perspectives

Tant du côté du peuple que de la classe politique, les initiatives visant à développer l'allocation de maternité sont rares. Un constat s'impose néanmoins : les femmes dont l'enfant naît avant terme sont insuffisamment protégées. En effet, si elles peuvent repousser le congé-maternité payé (art. 16c, al. 2, LAPG) en demandant l'ajournement du versement de l'allocation jusqu'à l'arrivée de l'enfant à la maison, aucune prestation n'est prévue jusqu'à ce moment-là. Entretemps, une jurisprudence¹³ s'est toutefois établie selon laquelle, en vertu de l'art. 324a CO, l'employeur est tenu de continuer à verser le salaire pendant la période où l'enfant est encore à l'hôpital. Le CO dispose en effet que l'employeur doit verser un salaire pendant une durée limitée à tout employé qui est empêché de travailler sans faute de sa part, pour des causes inhérentes à sa personne telles que maladie, accident ou accomplissement d'une obligation légale. Comprise entre trois semaines et six mois, la durée pendant laquelle

7 RS 834.1 Loi fédérale du 25.9.1952 sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité.

8 Art. 336c CO.

9 www ofs.admin.ch → Thèmes → 20-Situation économique et sociale de la population → Egalité entre femmes et hommes → Données, indicateurs → Conciliation emploi et famille → Participation des mères et des pères au marché de l'emploi.

10 www ofs.admin.ch → Thèmes → 03-Travail, rémunération → Activité professionnelle et temps de travail → Personnes actives occupées et autres résultats selon l'ESPA.

11 www ofs.admin.ch → Thèmes → 01-Population → Mouvement de la population – indicateurs → Naissances et fécondité → Age moyen à la maternité.

12 Forschungsbericht Wirkungsanalyse Mutterschaftsentschädigung, Dr. Daniel C. Aeppli, Basel in Zusammenarbeit mit Demoscope Research, 26.5.2012; Internet OFAS.

13 Entscheid des Regionalgerichts Bern-Mittelland vom 24. Januar 2013, CIV 12 6727 BAK; Juridiction de prud'homme, Canton de Genève, Urteil C/17092/2007-3 vom 17.10.2008 = JAR 2009 5. 522.

L'allocation de maternité en comparaison européenne

T1

Pays	Durée totale du congé de maternité	Congé à prendre avant la naissance	Congé à prendre après la naissance	Allocation de maternité	Durée du congé parental et allocation
Norvège	9 semaines	3 semaines	6 semaines	80 à 100 % du salaire, max. 530 220 NOK/an (~64 000 CHF)	Jusqu'à 59 semaines (congé de maternité inclus) 100 % du salaire pendant 49 semaines ou 80 % pendant 59 semaines (avec plafond, cf. congé de maternité)
Suède	14 semaines	7 semaines	7 semaines	80 % du salaire (avec plafond, cf. congé parental)	18 mois par parent 80 % du salaire pendant 13 mois, max. 445 000 SEK/an (~50 000 CHF), 180 SEK/jour (~20 CHF) pendant 3 mois supplémentaires
Danemark	18 semaines	4 semaines	14 semaines	100 % du salaire, max. 4 075 DKK/semaine (~570 CHF)	32 semaines par parent, répartis sur les 9 premières années de l'enfant 100 % du salaire pendant 32 semaines au total (avec plafond, cf. congé de maternité)
Pays-Bas	16 semaines	4 à 6 semaines	10 à 12 semaines	Salariés: 100 % du salaire, max. 198 €/jour ; indépendants: 100 % du salaire, max. 1 502 €/mois	6 mois par parent, répartis sur les 8 premières années de l'enfant Les allocations ne sont pas réglementées par la loi
Royaume-Uni	52 semaines	Jusqu'à 11 semaines	Jusqu'à 41 semaines	90 % du salaire (sans plafond) pendant les 6 premières semaines, 140 £/semaine (~200 CHF) pendant 33 semaines supplémentaires	50 semaines au total (congé de maternité inclus), répartis sur les 18 premières années de l'enfant L'allocation est plafonnée, cf. congé de maternité
Allemagne	14 semaines En cas d'accouchement prématuré ou de naissance simultanée de plusieurs enfants, 18 semaines (dont 12 après l'accouchement)	6 semaines	8 semaines En cas d'accouchement prématuré, prolongation du congé de maternité	100 % du salaire (13 €/jour pris en charge par l'assurance, le reste par l'employeur)	36 mois par parent, répartis sur les 3 premières années de l'enfant (report possible) 67 % du salaire pendant 14 mois, min. 300 et max. 1 800 €/mois
Autriche	16 semaines En cas d'accouchement prématuré, de naissance simultanée de plusieurs enfants ou de césarienne, 20 semaines (dont 12 après l'accouchement)	8 semaines	8 semaines	100 % du salaire (allocations de maternité versées par l'assurance)	24 mois au total, répartis sur les 2 premières années de l'enfant (report possible) 80 % du salaire pendant les 12 premiers mois, min. 1 000 et max. 3 000 €/mois, ou allocation forfaitaire entre 436 et 1 000 €/mois pendant les 12 à 30 premiers mois
Suisse	14 semaines	–	14 semaines	80 % du salaire, max. 196 CHF/jour	–
France	16 semaines A partir du 3 ^e enfant, le congé de maternité est de 26 semaines pour la naissance d'un enfant, de 34 semaines pour la naissance de jumeaux et de 46 semaines pour la naissance de triplés ou plus	Jusqu'à 6 semaines En cas de grossesse difficile, 2 semaines supplémentaires A partir du 3 ^e enfant, 8 semaines pour la naissance d'un enfant, 12 semaines pour des jumeaux et 24 pour des triplés ou plus	Au moins 10 semaines En cas d'accouchement prématuré ou d'hospitalisation de l'enfant, prolongation du congé de maternité	100 % du salaire, min. 9,26 et max. 82,33 €/jour	36 mois par parent Montant forfaitaire entre 568,85 et 813,48 €/mois, pendant au moins 6 mois, suivant l'activité et le nombre d'enfants
Espagne	16 semaines En cas de naissance simultanée de plusieurs enfants, 2 semaines supplémentaires à compter du 2 ^e enfant	Jusqu'à 10 semaines	Au moins 6 semaines En cas d'accouchement prématuré ou d'hospitalisation de l'enfant, prolongation du congé de maternité	100 % du salaire, max. 3 606 €/mois	156 semaines par parent Les allocations ne sont pas réglementées par la loi
Italie	5 mois	1 à 2 mois	3 à 4 mois	80 % du salaire (sans plafond)	6 mois par parent, max. 10 mois au total (possibilité de prolonger d'un mois si le père prend au moins 3 mois de congé), répartis sur les 8 premières années de l'enfant 30 % du salaire pendant 6 mois, au cours des trois premières années de l'enfant, ensuite en fonction des besoins

Rassemblement : Domaine Affaires internationales et Silja Giudici, OFAS.

l'employeur est tenu de continuer à verser le salaire dépend de la durée d'engagement de l'employé. Une convention collective ou un contrat de travail peuvent prévoir des règles différentes pour autant qu'elles soient au moins équivalentes. Cette réglementation offre à toute femme concernée une protection tant que la durée de l'empêchement de travailler n'excède pas celle de l'obligation de l'employeur de verser un salaire. En revanche, si l'obligation de verser le salaire s'éteint trop rapidement parce que la durée d'engagement n'est pas suffisamment longue ou qu'en raison d'une maladie, le droit de bénéficier de cette obligation est déjà entamé ou épuisé, la protection de la femme contre une perte de salaire n'est que partielle, voire nulle. Le Conseil fédéral a-t-il été chargé¹⁴ de proposer des solutions et d'examiner comment les mères qui reportent le début du versement de l'allocation de maternité pourraient obtenir un salaire de substitution convenable, sachant qu'une comparaison internationale (cf. tableau **T1**) révèle qu'en Espagne et en France, le congé maternité est prolongé en cas de naissance prématurée.

La problématique se pose dans des termes similaires en ce qui concerne les femmes qui ne peuvent pas travailler¹⁵ alors qu'elles sont enceintes.

Lorsque leur contrat de travail ne prévoit rien de particulier, elles ont droit au versement du salaire en vertu de l'art. 324a CO mais dans ces cas également, l'obligation de l'employeur à continuer de verser le salaire ne couvre pas forcément toute la durée de l'empêchement de travailler. Si l'on s'intéresse à la situation ailleurs en Europe (cf. tableau **T1**), il apparaît que dans la plupart des pays, une partie du congé-maternité peut/doit être pris avant la naissance. Cela permet de compenser des absences pendant la grossesse mais réduit d'autant la durée du congé-maternité payé après la naissance.

Les interventions au Parlement fédéral¹⁶ concernent rarement l'allocation de maternité à proprement parler et se concentrent plutôt sur le soutien à la famille dans son ensemble. Les sujets qui priment sont notamment le congé parental et le congé de paternité, suivis du congé d'adoption. Dans le rapport « Congé de paternité et congé parental, état des lieux et présentation de divers modèles », rédigé en réponse au postulat « Congé parental et prévoyance familiale facultatifs » (11.3492), déposé par Anita Fetz, le Conseil fédéral a fourni une analyse approfondie de cette question en 2013¹⁷.

Des intérêts politiques similaires se dessinent dans les cantons et certaines

entreprises privées. Contrairement à la Confédération, certains cantons les ont déjà concrétisés au niveau législatif : les cantons de Fribourg, Vaud et Genève accordent ainsi un congé payé aux mères qui n'exercent pas d'activité lucrative ou qui adoptent un enfant. En outre, plusieurs entreprises octroient à leurs employés un congé de paternité de cinq à vingt jours.

Katharina Schubarth, juriste au secteur

14 Po. Maury Pasquier (10.3523) et Teuscher (10.4125).

15 Ip. Maury Pasquier (15.3154) : Interruption de l'activité professionnelle avant le terme de la grossesse.

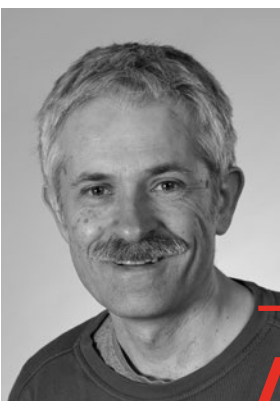
16 Interventions parlementaires : 06.448 Extension des droits aux allocations aux pères qui exercent une activité lucrative ; 08.3506 Congé parental partiel. Modification de la loi sur les allocations pour perte de gain ; 08.3507 Congé parental ; 09.3187 Congé parental ; 11.3492 Congé parental et prévoyance familiale facultatifs ; 11.3567 Congé parental et prévoyance familiale ; 11.405 Aller de l'avant avec le congé parental et l'allocation parentale ; 13.478 Introduire des allocations en cas d'adoption d'un enfant ; 14.309 – Initiative cantonale/NE Congé maternel d'adoption ; 14.3109 Congé parental. Davantage de liberté sans augmentation des coûts ; 14.4161 Congé parental ; 14.3068 Remplacer l'allocation de maternité par un congé parental ; 14.415 Deux semaines de congé-paternité payé par le régime des APG.

17 Cf. Martin, Lucie et Barbara von Kessel-Regazzoni, « Congé de paternité et congé parental : rapport du Conseil fédéral », dans *Sécurité sociale CHSS* n° 6/2013, p. 316 ss : www.ofas.admin.ch → Documentation → Publications.

Prestations AVS/APG/PC, domaine AVS, prévoyance professionnelle et PC, OFAS.
Mél : katharina.schubarth@bsv.admin.ch

Statistique de l'AI 2014: 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.



Beat Schmid
Office fédéral des assurances sociales

Mesures de réadaptation

En 2014, l'assurance-invalidité (AI) a octroyé des mesures de réadaptation¹ à un peu plus de 198 000 personnes (cf. tableau **T1**). Elle a accordé 103 000 mesures médicales, servant surtout à soigner les enfants atteints d'infirmités congénitales, 67 500 prestations dans le domaine des moyens auxiliaires, dont le type le plus fréquent est l'appareil auditif, et 25 000 mesures d'ordre professionnel, favorisant l'intégration dans le monde du travail des personnes avec un handicap. Des mesures d'intervention pré-

coce et des mesures de réinsertion², deux instruments de réadaptation créés par la 5^e révision de l'AI, entrée en vigueur en 2008, ont été octroyées à 15 000 assurés en 2014.

Le nombre de bénéficiaires de prestations de réadaptation professionnelle 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.

Bénéficiaires de rente et dépenses liées aux rentes

En décembre 2014, l'AI a versé 339 000 rentes pour un total de 412 millions de francs (cf. tableau **T2**), dont 260 000 rentes d'invalidité (369 millions) et 79 000 rentes pour enfant (43 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 2013. Les dépenses liées aux rentes ont diminué dans les mêmes proportions (-2,4 %).

Mesures de réadaptation de l'AI par catégorie de bénéficiaires et par coûts, 2014

T1

Types de mesures	Nombre de mesures	Coûts (en millions de fr.)	Coût moyen (en fr.) par mesure
Mesures médicales	103 300	776	7 514
Mesures d'intervention précoce	10 200	39	3 783
Mesures de réinsertion	4 700	45	9 748
Mesures d'ordre professionnel	24 800	558	22 507
Remise de moyens auxiliaires	67 500	205	3 042
Total des mesures de réadaptation	210 400	1 623	7 715
Total des bénéficiaires	198 000	1 623	8 196

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

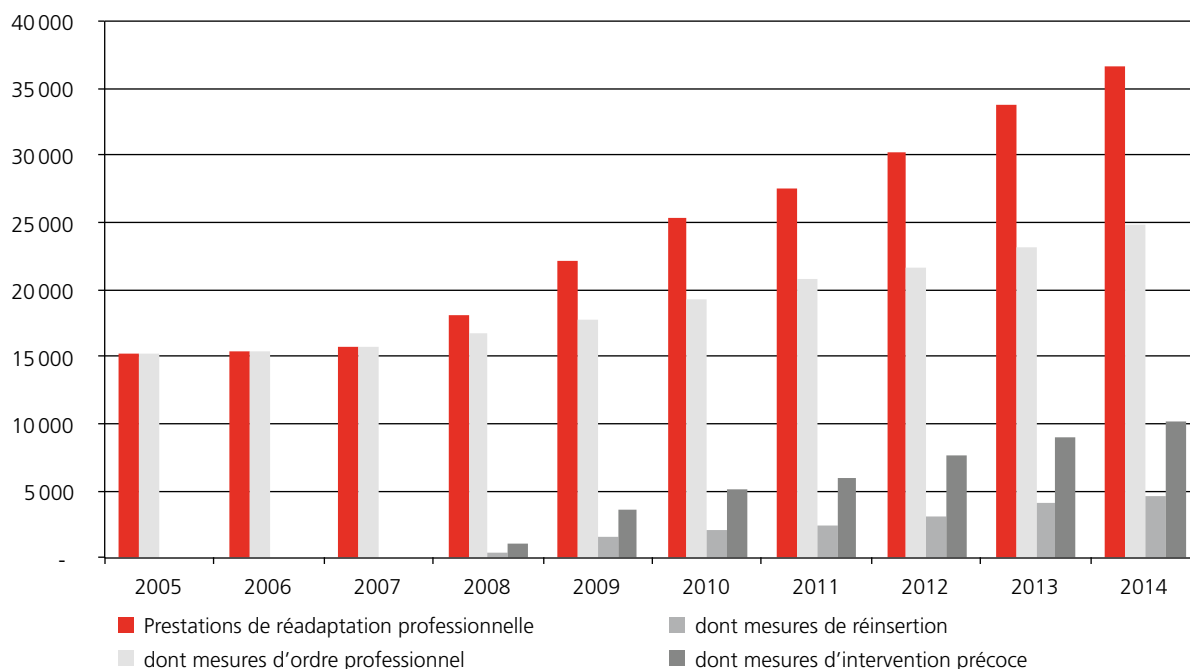
Source: OFAS.

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.

Evolution du nombre de bénéficiaires de mesures de réadaptation professionnelle, de 2005 à 2014

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.

Dynamique des rentes

De décembre 2013 à décembre 2014, on a enregistré 15 900 entrées dans l'assurance et 21 100 sorties (cf. graphique G2). Ces dernières se répartissent comme suit: 14 700 personnes (70%) sont passées à l'AVS, 3 400 (16%) sont dé-

cedées et environ 3 000 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 600 en faveur des destinations étrangères.

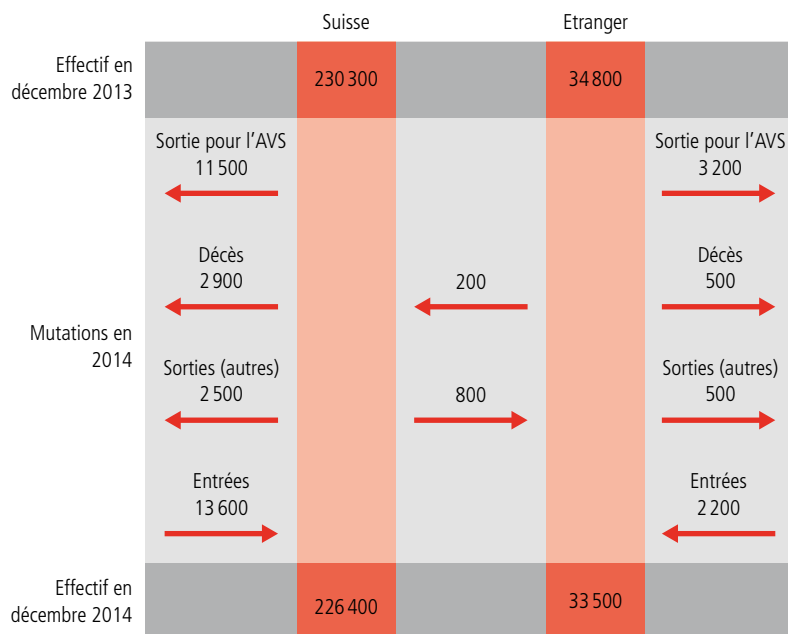
Rentes de l'AI par catégorie de bénéficiaires et par coûts

T2

Genre de rente	Nombre d'allocataires en décembre			Total des rentes en décembre, en mio. de fr.		
	2013	2014	Variation en %	2013	2014	Variation en %
Rente d'invalidité, hommes	146 571	143 557	-2,1%	210,1	205,6	-2,1%
Rente d'invalidité, femmes	118 549	116 373	-1,8%	166,5	163,5	-1,8%
Total des rentes d'invalidité	265 120	259 930	-2,0%	376,7	369,0	-2,0%
Rente pour enfant (père)	50 641	47 714	-5,8%	27,8	26,1	-6,1%
Rente pour enfant (mère)	33 119	31 544	-4,8%	17,6	16,8	-4,5%
Total des rentes pour enfant	83 760	79 258	-5,4%	45,4	42,8	-5,7%
Total	348 880	339 188	-2,8%	422,1	411,9	-2,4%

Source: OFAS.

Dynamique des rentes AI, bénéficiaires en 2014



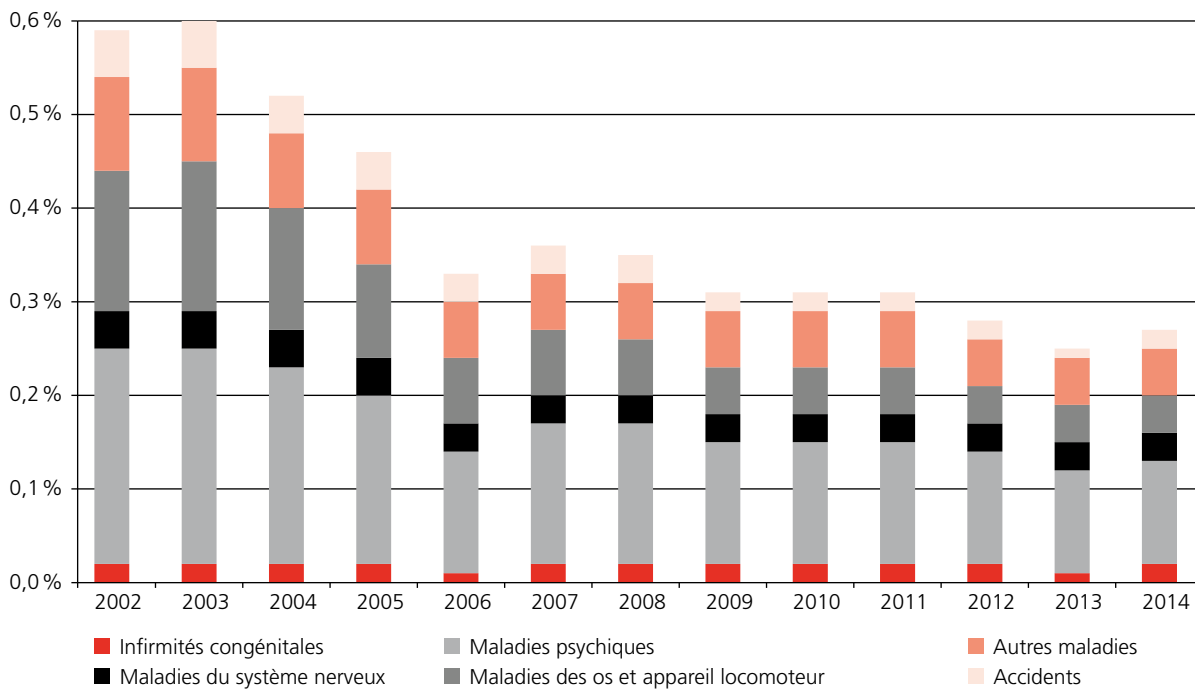
Source: OFAS.

G2 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 (0,26% en 2014; 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 2014 tient avant tout au fait que la fréquence des affections 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.

Evolution du taux de nouvelles rentes en Suisse par cause d'invalidité, de 2002 à 2014

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^{er} juillet 2006.

Source: OFAS.

Adultes touchant une API de l'AI et montant total versé, décembre 2014

T3

Impotence	Bénéficiaires	Montant total (en millions de fr.)
Faible	16 300	6,3
Moyenne	10 800	8,6
Grave	7 200	7,2
Genre d'habitation		
A domicile (sans supplément pour soins intensifs)	15 600	14,4
A domicile (avec un supplément pour soins intensifs)	5 800	3,8
En home	13 000	3,9
Total	34 300	22,0

Source: OFAS.

Mineurs touchant une API de l'AI et montant total moyen versé par mois, 2014

T4

Impotence	Bénéficiaires	Montant total (en millions de fr.)
Faible	3 100	1,7
Moyenne	4 900	5,9
Grave	1 700	3,5
Genre d'habitation		
A domicile (sans supplément pour soins intensifs)	6 900	6,0
A domicile (avec un supplément pour soins intensifs)	2 700	5,0
Total des mesures	9 600	11,0
Total des bénéficiaires	8 800	11,0

Source: OFAS.

Allocations pour impotent

En décembre 2014, 34 300 adultes ont perçu une allocation pour impotent (API), pour un total de 22,0 millions de francs (48 % présentaient une impotence faible, 31 % 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^e 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 3,9 millions en décembre 2014. L'assurance réalise ainsi une économie annuelle de 50

millions de francs. Depuis 2012, les fonds libérés financent la contribution d'assistance, qui vise à aider les assurés à mener une existence autonome et responsable. En 2014, 1300 assurés ont touché une contribution d'assistance, pour un total de 32,9 millions de francs. La contribution d'assistance est encore en phase de développement et pourrait enregistrer, ces prochaines années, une forte augmentation des coûts.

Contrairement aux adultes, tous les enfants bénéficiaires d'une API vivent à domicile. 30 % d'entre eux ont aussi perçu un supplément pour soins intensifs en 2014 (cf. tableau T4).

Beat Schmid, lic. phil. I,
collaborateur scientifique au secteur Statistique du domaine Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS.

Mél: beat.schmid@bsv.admin.ch

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 2014 de l'AI est disponible gratuitement au format PDF sur le site 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, et la Statistique des prestations complémentaires sur www.pc.bsv.admin.ch.

Santé mentale et emploi: publication du nouveau rapport de synthèse de l'OCDE

Après les analyses par pays sur la santé mentale et l'emploi, l'OCDE a présenté son rapport de synthèse en mars. Sur la base d'exemples de bonnes pratiques issus des neuf pays sous revue, l'organisation montre comment améliorer les chances sur le marché du travail de personnes souffrant de maladies mentales de gravité légère à moyenne. Les recommandations de l'OCDE s'adressent aux acteurs des domaines de l'éducation, de la santé, de l'emploi et des assurances sociales.



Katrin Jentzsch
Office fédéral des assurances sociales

cas d'interruption de leur formation ou de perte d'emploi, ils s'enfoncent bien souvent dans une spirale négative, qui peut aboutir à une rente d'invalidité anticipée. En dépit des coûts importants, les interrelations entre santé mentale et emploi ainsi que les répercussions sur le marché du travail sont encore trop souvent négligées.

L'OCDE s'intéresse depuis maintenant plusieurs années à ce sujet. Dans son rapport «Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work» publié en 2012, elle a dans un premier temps identifié les conséquences des maladies mentales sur la capacité de gain ainsi que les principaux défis qui se posent dans l'intégration de personnes souffrant d'un handicap mental. Dans neuf rapports², l'OCDE a ensuite examiné la situation spécifique dans plusieurs de ses pays membres, dont la Suisse³.

Le rapport de synthèse «Fit Mind, Fit Job – from Evidence to Practice in Mental Health and Work» a finalement été publié en mars 2015⁴. En s'appuyant sur des exemples de bonnes pratiques issus de l'ensemble des pays examinés, ce rapport révèle les faiblesses générales et le potentiel d'amélioration des différents systèmes, puis formule des recommandations à l'intention des instances politiques. A l'instar des rapports consacrés aux pays, l'étude porte sur les quatre domaines politiques que sont l'éducation, l'emploi, la santé et le système social. L'examen se concentre sur les maladies mentales de gravité légère et moyenne qui, si elles sont diagnostiquées et traitées de façon précoce, n'entraînent pas obligatoirement l'exclusion de la vie active.

Santé mentale et emploi en point de mire de l'OCDE

Les coûts liés aux maladies mentales (ou psychiques) supportés par les personnes concernées, les employeurs et la société dans son ensemble sont considérables et augmentent depuis des années dans tous les pays membres de l'OCDE¹. Pour les employeurs, ces coûts prennent la forme d'absences pour cause de maladie et de pertes de productivité du travail. Sur le marché du travail, les maladies mentales occasionnent du chômage et une réduction du potentiel de main-d'œuvre. Ce sont ici surtout les jeunes atteints d'un handicap mental qui peinent à prendre pied dans le monde du travail. En

1 En Suisse, les coûts liés aux maladies mentales sont estimés à 3,2% du PIB (OCDE 2014, p. 24).

2 Les pays examinés sont la Belgique, le Danemark, la Norvège, la Suède, la Suisse, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, l'Australie et l'Autriche.

3 OCDE 2014 (cf. encadré); *Sécurité sociale CHSS* n° 2/2014 s'en est fait l'écho.

4 Le rapport a été publié le 4 mars 2015, dans le cadre d'un «High level policy forum on Mental Health and Work» ayant pour thème «Bridging Employment and Health Policies», organisé à La Haye. Ce forum devait donner aux ministres et aux acteurs en présence l'opportunité de débattre de stratégies coordonnées en matière de santé et d'emploi pouvant contribuer à maintenir les personnes souffrant de handicaps mentaux dans des emplois conformes à leur formation ou à les y intégrer. La Suisse était représentée par Christel Borland (directrice de l'Office de l'insertion des jeunes de moins de 30 ans en formation professionnelle, Neuchâtel), Philippe Perrenoud (conseiller d'Etat de Berne), Stefan Ritler (vice-directeur de l'OFAS), Hugues Sautière (chef suppléant du Service public de l'emploi de Fribourg) et Stefan Spycher (vice-directeur de l'OFSP).

Les études de l'OCDE sur le thème santé mentale et emploi

OCDE 2015, *Fit Mind, Fit Job – From Evidence to Practice in Mental Health and Work*

OCDE 2012, *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*
www.oecd.ilibrary.com

OCDE 2014, *Santé mentale et emploi: Suisse*

Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 12/13

www.ofas.admin.ch → Pratique → Recherche → Rapports de recherche

Recommandations politiques: moment, responsables et modalités

L'OCDE décèle un besoin général de clarification en ce qui concerne le moment auquel les mesures visant la préservation de la santé mentale ou la prévention des maladies mentales doivent intervenir, les modalités de cette intervention, et la désignation des acteurs qui en sont responsables. Le moment concerne principalement la prévention, la détection précoce et l'action rapide, afin d'éviter – dans toute la mesure du possible – la chronicisation, les lacunes et les obstacles d'éducation durant l'enfance et l'adolescence, ainsi que l'exclusion du marché du travail à l'âge de travailler. Sur le front des troubles de gravité légère à moyenne notamment, il serait absurde de vouloir attendre une hypothétique guérison, et donc une possible exclusion temporaire, avant d'initier une fastidieuse (ré)insertion. Plus longtemps une personne reste éloignée du marché du travail pour cause de maladie et plus la réintégration se révèle difficile.

S'agissant des responsables, le rôle décisif est attribué aux acteurs de terrain dans les différents domaines examinés, qui en leur qualité d'enseignants, d'employeurs/de supérieurs

hiérarchiques, de médecins traitants ou de membres du personnel d'encadrement des ORP/de l'aide sociale, sont les premiers à établir un contact relativement étroit avec les personnes potentiellement concernées. Afin de pouvoir faire face aux problèmes efficacement et de manière précoce, ces acteurs clés devraient être sensibilisés et dotés de connaissances médicales et de structures de soutien. Simultanément, leurs responsabilités respectives devraient être clairement établies.

En ce qui concerne les modalités, l'OCDE préconise la mise en place d'une stratégie générale en matière de santé mentale, c.-à-d. une stratégie politique globale. A son avis, la planification et la mise en œuvre des mesures pour la préservation de la santé mentale devraient s'inscrire dans une approche intégrée. Elle recommande de remplacer les dispositifs isolés et peu efficaces mis en place jusqu'à présent par une démarche intégrée verticale associant politiques de l'emploi et de la santé. La mise en œuvre de cette stratégie devrait alors revêtir un caractère contraignant et être soumise à un monitoring strict.

Principaux champs d'action et recommandations

Système éducatif

Les premiers signes d'une maladie mentale surviennent bien souvent dès l'adolescence et ont donc une influence sur la formation et l'entrée dans la vie active. L'OCDE indique que les enseignants ne détectent les éventuels problèmes mentaux de leurs élèves que de manière insuffisante, et que ces derniers éprouvent également des difficultés à évaluer leur propre santé mentale («lack of mental health literacy»). L'organisation propose la mise en place d'une stratégie ayant pour but de développer les compétences des autorités éducatives et des enseignants en la matière, leur permettant ainsi d'identifier les troubles mentaux et d'y réagir de manière

appropriée. Les élèves devraient quant à eux avoir accès à une offre de soutien coordonnée et à la portée de tous, intervenant de préférence lors de périodes de transition nécessitant un accompagnement spécifique, comme le passage de l'école au monde du travail. Une attention particulière devrait être apportée à la prévention des interruptions de la scolarité, car celles-ci ont souvent un rapport avec des troubles mentaux et affectent le développement des jeunes concernés. La création de centres communaux de soutien aux jeunes reliés à un registre central des interruptions de scolarité, comme il en existe par exemple au Danemark⁵, est ici présentée comme une mesure envisageable.

Système de santé

Une prise en charge rapide et adéquate des personnes concernées est indispensable pour prévenir toute aggravation d'un trouble mental. Dans de nombreux pays, les moyens se révèlent cependant insuffisants, notamment en ce qui concerne les maladies de gravité légère à moyenne. Ici, l'accent ne devrait pas être placé sur un accompagnement onéreux réalisé par des spécialistes. Il s'agit davantage de permettre aux médecins traitants de soigner les maladies mentales modérées, le cas échéant en leur apportant le soutien d'«infirmiers/infirmières en santé mentale», comme cela se pratique avec succès en Australie⁶. L'OCDE recommande en outre de développer des traitements psychologiques en ligne et de promouvoir le recours à des psychologues. Le rôle prépondérant que revêt la situation professionnelle d'une personne – y compris pendant le processus de traitement et de guérison – est trop rarement pris en considération dans la psychiatrie actuelle. Il convient donc de modifier cet état de fait en abordant cet aspect dès la formation des médecins. Le système psychiatrique et psychothérapeutique devrait da-

5 OCDE 2015, *Factsheet* 2.11, p. 66.

6 OCDE 2015, *Factsheet* 3.5, p. 92.

vantage tenir compte de la situation en matière d'emploi du patient, et donc des ressources qu'il peut mobiliser. L'organisation recommande ici l'utilisation d'un certificat médical qui ne se limiterait pas à attester de la capacité ou de l'incapacité à travailler, mais qui déterminerait les tâches que la personne considérée peut encore effectuer au vu des exigences concrètes de son poste. La détermination des capacités résiduelles de la personne, la mise en place provisoire d'un taux d'occupation adapté et des mesures éventuelles d'«emploi assisté»⁷ doivent permettre le maintien en poste. Ce type de certificat médical n'est pas seulement utilisé en Grande-Bretagne⁸, puisque la Communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances (Swiss Insurance Medicine, SIM⁹) propose également un modèle de certificat similaire. Les textes quant à une utilisation contraignante de tels certificats font cependant encore défaut, et pas uniquement en Suisse.

Marché du travail

Sous forme d'absences et de pertes de productivité, les employeurs sont parmi les premiers à ressentir les répercussions des affections mentales de leurs collaborateurs. Ils semblent donc prédestinés à jouer un rôle plus actif dans la prévention et le soutien, impliquant le cas échéant également

une intervention rapide, par exemple en faisant appel à une aide spécialisée. Or, pour permettre aux supérieurs hiérarchiques de mieux assumer leur rôle en matière de préservation de la santé mentale, ils doivent être formés à cet effet. L'organisation préconise également l'élaboration et la mise à disposition de schémas directeurs pour la gestion de collaborateurs souffrant de problèmes mentaux. Elle recommande en outre de développer des processus de management efficaces pour l'intégration/la réintégration ainsi que des instruments complets de prévention et d'action. En plus d'incitatifs créés à l'intention des employeurs et de leurs obligations en matière de prévention des absences pour cause de maladie, il conviendrait également de renforcer la législation pour prévenir les risques psychosociaux.

Système social

Dans les pays membres de l'OCDE examinés, au moins un tiers des bénéficiaires de prestations (tous types d'assurance sociale confondus) sont confrontés à des problèmes psychiques¹⁰. De ce fait et outre l'assurance-invalidité, l'assurance-chômage et l'aide sociale exercent également une grande influence sur l'insertion ou la réinsertion dans le monde du travail par le biais de leurs programmes d'activation et les incitatifs qu'elles mettent en place. Les demandeurs d'emploi présentant des problèmes mentaux – quel que soit le système – doivent donc être identifiés et accompagnés; des instruments appropriés doivent être développés et mis à disposition à cet effet. Les responsables de la gestion de cas de tous les systèmes devraient être tenus de suivre des formations pour détecter et apprendre à gérer les problèmes mentaux de leur

clientèle. Des incitatifs financiers au sein des différents systèmes – tant auprès des personnes accompagnées que des prestataires de services de réadaptation – devraient en outre être créés de manière à favoriser l'intégration dans le marché du travail.

En conclusion

En se fondant sur des exemples de bonnes pratiques, le rapport établit à l'intention des acteurs des quatre domaines examinés des recommandations pour élaborer des stratégies intégrées, dont l'objectif est de proposer rapidement aux personnes souffrant de maladies psychiques de gravité légère à moyenne un soutien et un traitement. Afin de prévenir d'emblée toute chronicisation et exclusion du processus de formation ou de travail, il est nécessaire d'agir de manière appropriée dès la détection des premiers signes de maladie. Il importe moins de renforcer les ressources dans le domaine psychiatrique hautement spécialisé que de permettre à des acteurs de terrain bien informés, compétents, conscients de leurs responsabilités et bien coordonnés entre eux de détecter précocement les affections mentales et d'intervenir en conséquence. Une stratégie politique globale, qui coordonnerait les activités dans les différents domaines examinés, pourrait contribuer à atténuer les souffrances individuelles et juguler les coûts importants supportés par l'économie.

Katrin Jentzsch, économiste diplômée et M. Sc. en psychologie, responsable de projet, secteur Insertion professionnelle, domaine Assurance-invalidité, OFAS
Mél: katrin.jentzsch@bsv.admin.ch

7 Définition selon www.supportedemployment-schweiz.ch: «Soutien de personnes souffrant de handicaps ou d'autres groupes défavorisés pour l'obtention et la conservation d'un emploi rémunéré au sein d'entreprises sur le marché ordinaire du travail.» (Consulté le 13.04.2015).

8 OCDE 2015, *Factsheet* 3.7, p. 94.

9 OCDE 2015, *Factsheet* 3.10, p. 97 et www.swiss-insurance-medicine.ch

10 OCDE 2015, p. 142.

L'autisme chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes

Les personnes autistes, comme leurs proches, ont besoin de soutien. Le nombre de diagnostics d'autisme a récemment fortement augmenté : mais en fait-on assez pour les personnes concernées ? Les soutiens existants sont-ils adaptés ? Une enquête commandée par l'Office fédéral des assurances sociales montre que le système d'aides spécifiques est en bonne voie en Suisse, mais que beaucoup reste à faire dans certains champs d'action.



Andreas Eckert

Haute école intercantonale de pédagogie curative, Zurich



Christian Liesen



Véronique Zbinden Sapin

Haute école spécialisée de la Suisse occidentale



Evelyne Thommen

Depuis une dizaine d'années, les troubles du spectre de l'autisme (TSA) retiennent de plus en plus l'attention du grand public et des milieux scientifiques, partout en Suisse. Le constat de l'augmentation importante du nombre de cas suscite en maints endroits l'étonnement. Le terme de « diagnostic à la mode » est déjà évoqué, ce qui est encouragé par la façon parfois généralisante dont les médias rendent compte de cette thématique.

Selon les connaissances scientifiques actuelles, les personnes atteintes de TSA présentent des troubles au niveau des interactions sociales et de la communication. Simultanément, leurs répertoires d'intérêts et d'activités sont restreints, et souvent marqués par leur caractère répétitif. La compréhension sociale est réduite,

les comportements d'interaction sont limités, et la planification des actions entravée. Ces signes typiques doivent être observés dès la petite enfance. La ligne de démarcation entre les diverses formes d'autisme est difficile à tracer, raison pour laquelle le terme de « spectre » est préféré aujourd'hui pour rendre compte de ce continuum de troubles.

Le dossier thématique publié en 2013 par la revue spécialisée « Pädia-trie » offre une bonne vue d'ensemble de l'état actuel de la détection et de la prise en charge des TSA en Suisse. Outre une introduction sur le thème de l'autisme¹ et sur le diagnostic², on y trouvera un point de vue professionnel sur la situation en Suisse³, une analyse de cas⁴ ainsi qu'une explication des prestations que l'AI fournit

pour les enfants atteints de TSA⁵. Le contexte suisse est également présenté dans le cahier 8/2014 de la revue « Swiss Archives of Neurology and Psychiatry »⁶.

Ce tour d'horizon révèle avant tout ceci : les documents scientifiques et les résultats de recherche sur la situation de vie et de prise en charge des personnes atteintes d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement sont encore trop peu nombreux, et les études se limitent

1 *Op. cit.* Herbrecht et al.

2 *Op. cit.* Keller.

3 *Op. cit.* Gundelfinger.

4 *Op. cit.* Bonifer.

5 *Op. cit.* Rajower et al.

6 Surtout par *Op. cit.* Barker et par *Op. cit.* Thommen et al.

en général à des domaines particuliers. Le conseiller aux Etats Claude Hêche a soulevé ce problème dans un postulat auquel l'OFAS a été chargé de répondre par la commande d'une étude dont les résultats sont présentés ici⁷. Les objectifs étaient de déterminer si les mesures de détection et de prise en charge en vigueur sont adéquates, de mettre en évidence les éventuelles lacunes à combler et de citer des exemples de bonnes pratiques.

Pour cette étude, les données du registre central de l'assurance-invalidité (Centrale de compensation, CdC) ont été analysées et 35 entretiens ont été menés avec des experts (22 en Suisse

alémanique et 13 en Suisse latine). De nombreux travaux de recherche, menés à l'étranger mais aussi en Suisse, ont été analysés, notamment les trois projets «Vivre avec l'autisme en Suisse» (Eckert), «Projet d'observatoire en autisme» (Thommen) et «La situation des jeunes adultes avec un trouble du spectre de l'autisme dans les structures résidentielles de Suisse romande» (Zbinden Sapin). Les autorités cantonales ainsi que les centres de consultation et services spécialisés en autisme ont également été associés aux recherches.

Détection des troubles du spectre de l'autisme

On retiendra d'abord que le nombre de personnes pour lesquelles un diagnostic d'autisme a été posé a fortement augmenté. Des données cliniques concrètes à jour sur l'incidence ne sont pas disponibles (autrement

dit, on ne sait pas exactement pour combien de personnes un tel diagnostic a été posé), mais par contre les données relatives à l'incidence des prestations, c'est-à-dire les données indiquant combien de personnes avec un diagnostic de TSA bénéficient de prestations de l'AI⁸ peuvent servir de base aux analyses. En admettant qu'il y a correspondance entre la gravité de la forme d'autisme et le dépôt d'une demande de prestations AI, ce sont donc surtout les cas graves que ces chiffres devraient refléter. Cette incidence est presque cinq fois plus élevée pour les enfants nés en 2004 qu'elle ne l'était pour les jeunes nés en 1983 (cf. graphique G1).

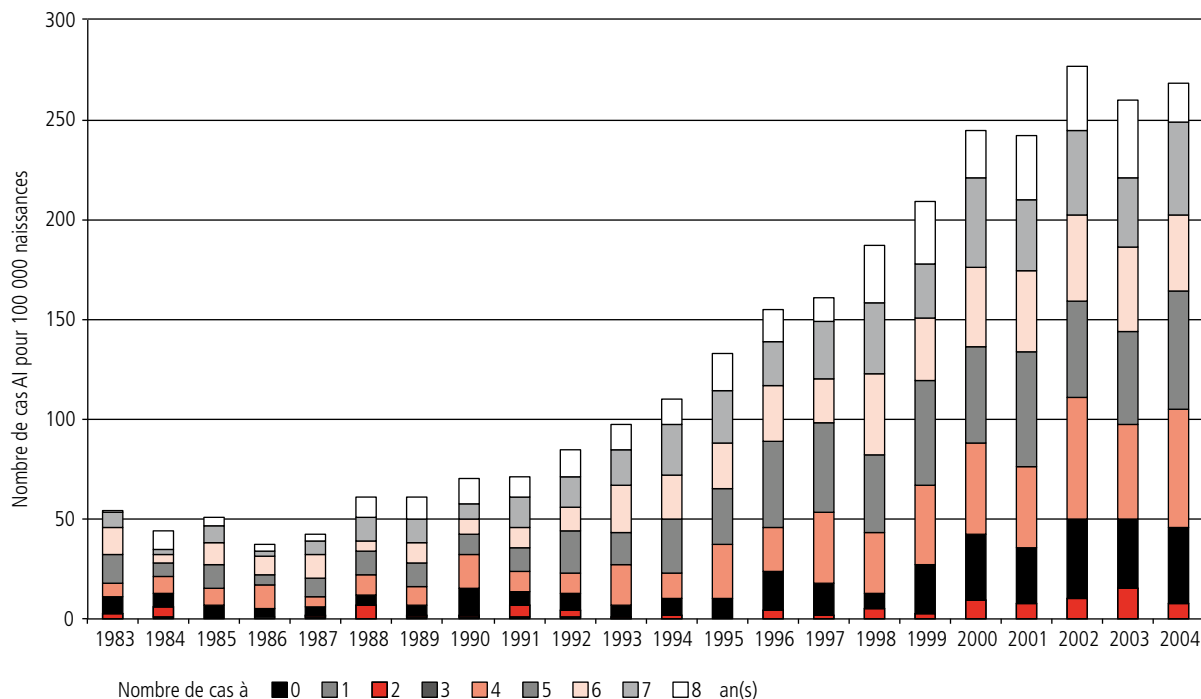
Cette évolution est due à une nette amélioration des procédures de dépistage et de diagnostic. Par exemple, le diagnostic différentiel entre TSA et déficience intellectuelle ou retard de développement peut être fait plus clairement aujourd'hui que par le passé. De plus, il existe davantage de centres

7 Po. Hêche Claude *Autisme et trouble envahissant du développement. Vue d'ensemble, bilan et perspectives*: www.parlament.ch → Curia Vista → 12.3672

8 L'AI travaille avec des codes pour la statistique des infirmités et des prestations. Le graphique se réfère par conséquent aux prestations pour autisme et non à des diagnostics cliniques proprement dits.

Nombre de cas AI (autisme) pour 100 000 naissances par année de naissance

G1



Le graphique représente les cohortes jusqu'en 2004 (les enfants nés en 2004 avaient 8 ans en 2012).

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

diagnostiques compétents. Ce développement n'est potentiellement pas encore achevé. Comme le confirment en effet les entretiens, en maints endroits la capacité des centres est encore insuffisante et le processus diagnostique n'est pas encore standardisé.

En ce sens, un des résultats clé de l'étude est la nécessité, à l'échelle suisse, d'une qualification de base concernant l'autisme pour tous les professionnels impliqués dans le processus diagnostique.

De la détection à la planification des soutiens

Lorsqu'un trouble du spectre de l'autisme est détecté, se pose la question des soutiens et des interventions qui seront mis en place. Les mesures suivantes sont particulièrement recommandées par la littérature scientifique actuelle :

- offres spécifiques de conseil pour les personnes concernées, leurs proches et les professionnels, ainsi qu'une bonne coordination des offres disponibles ;
- mesures efficaces et facilement accessibles d'intervention (précoce) et de soutien ;
- offres d'appui scolaire spécifiques au trouble ;
- mesures appropriées d'insertion professionnelle ;
- temps de réaction raisonnables et prestations appropriées pour un coût acceptable.

L'étude a pu montrer que la situation en matière de soutien et de prise en charge ne répond pas en tous points aux recommandations scientifiques.

Conseil et coordination

Un des principaux points critiques, ressorti des entretiens, est la difficulté d'accéder à des prestations de conseil spécialisé pour les parents d'enfants ou d'adolescents présentant un TSA. Certes, les parents reçoivent au cas par cas, en fonction de la situation, des conseils de bonne qualité mais, de ma-

nière générale, les experts déplorent le manque d'offres spécifiques, faciles d'accès, qui assureraient information, mise en réseau et coordination.

Intervention et soutien

Ces dernières années, l'amélioration des connaissances relatives au diagnostic a entraîné l'amélioration des connaissances sur les possibilités de soutien adapté aux personnes avec un TSA. C'est là un résultat sans équivoque des 35 entretiens menés. Cependant, il n'est pas aisé de traduire ce savoir dans les actes. S'il existe des mesures d'éducation précoce intensive, aussi bien sous forme de programmes de thérapie comportementale spécifiques que de mesures interdisciplinaires ou de pédagogie spécialisée, elles ne sont accessibles que ponctuellement et c'est le cas dans toutes les régions. De plus, de nombreuses offres de soutien proposées aux personnes présentant un TSA ne ciblent pas spécifiquement l'autisme. Là aussi, la coordination s'avère difficile entre des mesures proposées par des organismes différents en des lieux variés.

Appui scolaire

Les programmes d'appui scolaire destinés aux enfants et aux jeunes présentant un TSA constituent plutôt l'exception que la règle. Quelques cantons ont lancé des projets pilotes avec succès. De plus, quelques institutions spécialisées disposent d'importantes connaissances spécifiques aux TSA et d'une grande expérience de l'autisme. Cependant, il manque régulièrement le savoir nécessaire pour répondre aux besoins particuliers de soutien dans le cadre des structures d'accompagnement, et, là où les compétences existent, l'offre ne peut de loin pas répondre à la demande.

Insertion professionnelle

En ce qui concerne l'insertion professionnelle, il faut faire la distinction entre le marché primaire du travail et les offres de travail et d'occupation en milieu protégé. Ce sont surtout des

personnes présentant le syndrome d'Asperger ou un autisme de haut niveau que l'on trouve sur le marché primaire du travail. Dans ce cadre, le plus grand défi relevé par tous les experts interrogés est la recherche de mesures d'orientation et de formation professionnelles adaptées : seules de rares entreprises formatrices sont préparées à répondre aux besoins de ce groupe cible. Les jeunes ayant reçu un diagnostic d'autisme infantile ou d'autisme atypique se trouvent surtout en milieu protégé. Dans une telle situation, c'est principalement l'aménagement de la place de travail qui requiert un savoir spécialisé et beaucoup d'expérience ; tous s'accordent à dire que des améliorations s'imposent. De manière générale, les experts sont très critiques à l'égard de la qualification des professionnels dans le contexte de l'insertion professionnelle.

Temps de réaction, prestations et coûts

L'analyse des 416 cas tirés du registre de la CdC montre que l'AI fonctionne de manière tout à fait appropriée pour les personnes présentant un TSA, bien que de grandes différences apparaissent d'une région à l'autre, en ce qui concerne le temps de réaction, les prestations et les coûts. Il ressort de la comparaison entre la date du diagnostic et celle des prestations sollicitées, qu'il se passe en moyenne 60 jours entre le moment où une personne reçoit le diagnostic d'autisme et les premières prestations prises en charge par l'AI.

Pour ce qui est des prestations fournies par l'AI, il faut faire la distinction entre les groupes de bénéficiaires. En effet, tous les bénéficiaires pour lesquels l'autisme a été diagnostiqué ne figurent pas dans le registre à ce titre : ils peuvent aussi être enregistrés au titre de retard mental ou dans une tout autre catégorie (cf. tableau T1)⁹.

⁹ Les types de prestations, et donc les groupes de bénéficiaires, sont formés sur la base des codes pour la statistique des infirmités et des prestations de l'AI, cf. note 1.

Rentes AI par groupes de bénéficiaires

T1

Classification CIM-10	N	Age moyen lors du diagnostic: années; mois	Cas corresp. à un groupe de bénéficiaires				Soutien principal de l'AI pour l'autisme (> 70% des personnes par catégorie)
			Autisme	Retard mental	Plusieurs y compris l'autisme	Pas d'autisme	
F84.0 Autisme infantile	220	6; 5	141	3	41	35	All. Imp., Mes. Med.
F84.1 Autisme atypique	72	10; 0	26	1	15	30	Mes. Prof.
F84.5 Syndrome d'Asperger	124	11; 0	54	0	16	54	Mes. Prof.
Total	416		221	4	72	119	

Diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (code CIM) pour N = 416 personnes avec leur âge moyen au moment du diagnostic. Répartition dans le groupe de bénéficiaire l'AI. (Critère: au moins 70% des personnes dans ce diagnostic reçoivent la prestation).

All. Imp. = Allocation d'impotence, Mes. Med. = Mesures médicales, Mes. prof. = mesures professionnelles.

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

Dans notre étude, 70% des enfants, adolescents et jeunes adultes pour lesquels un diagnostic de TSA a été posé (293 sur 416) ont reçu de l'AI des prestations avec le code «Autisme»: les 30% restants (123 sur 416) n'en n'ont pas bénéficié. Cela s'explique par la forme d'autisme et par l'âge de l'assuré. Pour être reconnu par l'AI, les troubles du spectre de l'autisme doivent être constatés au plus tard à l'âge de cinq ans. Dans le cas de l'autisme infantile, en règle générale, le diagnostic a déjà été posé avant ce moment. Dans les données de la CdC, ce sont surtout ces cas qui sont enregistrés, avec un certain retard (au plus jusqu'à l'âge de huit ans), et ces enfants reçoivent surtout des allocations pour impotent et des mesures

médicales. En revanche, l'autisme atypique et le syndrome d'Asperger ne sont souvent diagnostiqués que plus tard et entraînent alors presque exclusivement des mesures d'ordre professionnel.

Les coûts par tête consacrés par l'AI aux personnes du groupe «Autisme» ont été de quelque 7000 francs par an. Ils étaient donc inférieurs à ceux des assurés du groupe «Retard mental» (env. 12000 francs) et à ceux des assurés du groupe dont l'autisme ne donnait pas droit à des prestations spécifiques (env. 8000 francs). Mais ce qui frappe ici, ce sont surtout les différences d'une région à l'autre: les coûts par tête sont plus élevés d'un bon quart dans la région lémanique et au Tessin par rapport au reste de la Suisse.

de manière uniforme à l'échelle suprarégionale. Dans le sens d'une stratégie globale, on retiendra pour les domaines étudiés les recommandations suivantes:

1. Dans le *domaine du conseil et de la coordination*, il s'agit de concevoir et de mettre en place des centres de compétence et des offres de conseil qui comblent les lacunes constatées dans le conseil aux parents et aux professionnels, et qui assument aussi, dans la mesure du possible, la fonction de gestionnaire de cas (Case Management). Chaque canton devrait avoir accès à une offre de ce type. Il existe sur le plan régional des expériences dont d'autres pourraient profiter.
2. Les *professionnels de l'intervention et du soutien* devraient être qualifiés en fonction du caractère spécifique à l'autisme de leur offre et non pas en fonction de leur ordre professionnel. Un grand retard reste à combler à cet égard sur l'ensemble du pays. Les mesures psychothérapeutiques, auxquelles l'AI consacre jusqu'à 4,4 millions de francs par an rien qu'en Suisse romande, devraient être réexaminées d'un œil critique sous l'angle de leur orientation spécialisée pour l'autisme. Il convient de remplacer des mesures controversées dans les milieux scientifiques, comme la psychothérapie psychanalytique pour

Points pour lesquels une action s'impose

Les résultats de l'étude montrent que de nombreux développements positifs ont eu lieu ces quinze dernières années. Le système de soutiens adaptés aux besoins des personnes avec des troubles du spectre de l'autisme est en bonne voie aux niveaux régional, cantonal et fédéral. Le plus grand défi consiste – tout-à-fait dans l'esprit du postulat Hêche – à effacer les différences considérables observées entre les régions et à procéder

Rapport de recherche

Eckert, Andreas; Liesen, Christian; Thommen, Evelyne et Véronique Zbinden Sapin: *Enfants, adolescents et jeunes adultes: troubles précoces du développement et invalidité*, [Berne] 2015. Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 8/15: www.ofas.admin.ch → Pratique → Recherche → Rapports de recherche

les personnes présentant des TSA, par des offres professionnelles de qualité répondant aux recommandations scientifiques actuelles¹⁰.

3. Dans le domaine de l'éducation et de la formation, il est urgent de développer et de mettre en œuvre des stratégies d'appui scolaire axées sur l'autisme, tant pour la scolarisation dans une école ordinaire que dans une école spécialisée. De telles stratégies devraient dorénavant être appliquées à plus large échelle et de façon plus fiable. Les connaissances spécialisées requises sont disponibles, mais elles doivent mieux s'ancrer dans le paysage scolaire.
4. Pour l'insertion professionnelle, il s'agit surtout de poursuivre le développement des offres de «Job Coaching» et de «Case Management» qui existent déjà dans la formation professionnelle. Toutes les personnes présentant des TSA pourraient en profiter.
5. L'allocation de prestations par l'AI se prête aussi bien au monitoring qu'au pilotage des prestations. Par cela, il serait possible d'évaluer et de corriger de façon plus ciblée et efficace les différences constatées entre les régions linguistiques en ce qui concerne les prestations allouées, surtout pour les personnes présentant des troubles graves¹¹.

10 Cf. notamment *Op. cit.* Volkmar et al.

11 Cf. notamment *Op. cit.* Rajower et al. pp. 14s.

Bibliographie

Barker, Mandy, « Diagnosis and Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorders in Switzerland », dans *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* 165 8/2014, pp. 306-309.

Bonifer, Renate, « «Nicht abwarten, sondern handeln!» Was Eltern autistischer Kinder im Alltag erleben – Ein Fallbericht », dans *Pädiatrie* 5/2013, pp. 23-24.

Eckert, Andreas und Susanne Störch Mehring, « Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) in der Adoleszenz. Herausforderungen und Handlungsbedarfe aus der Perspektive von Eltern », dans *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 84 2/2015, pp. 140-150.

Gundelfinger, Ronnie, « Autismus in der Schweiz. Was hat sich in den letzten zehn Jahren getan ? », dans *Pädiatrie* 5/2013, pp. 4-9.

Herbrecht, Evelyn et al., « Was ist Autismus? Eine klinische Einführung », dans *Pädiatrie* 5/2013, pp. 17-22.

Keller, Elmar, « Autismusdiagnose in der Praxis. Typische Symptome und geeignete Screeninginstrumente », dans *Pädiatrie* 5/2013, pp. 25-30.

Rajower, Inès et al., « Wer zahlt wofür? Leistungen der IV für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen », dans *Pädiatrie* 5/2013, pp. 10-16.

Thommen, Evelyn et al. « Les particularités cognitives dans le trouble du spectre de l'autisme: la théorie de l'esprit et les fonctions exécutives », dans *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* 165 8/2014, pp. 290-297.

Volkmar, Fred et al., « Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder », dans *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 53 2/2014, pp. 237-257.

Prof. Dr Andreas Eckert, chargé de cours en pédagogie spécialisée, Haute école intercantonale de pédagogie curative, Zurich.
Mél: andreas.eckert@hfh.ch

Prof. Dr Christian Liesen, directeur du pôle Recherche et développement, Haute école intercantonale de pédagogie curative, Zurich.
Mél: christian.liesen@hfh.ch

Prof. Dr Evelyn Thommen, Professeure dans le domaine du développement de l'enfant, HES-SO – Haute école de travail social et de la santé, EESP, Lausanne.
Mél: evelyne.thommen@eesp.ch

Prof. Dr Véronique Zbinden Sapin, Professeure spécialisée de Psychologie, HES-SO – Haute école de travail social Fribourg. Mél: veronique.zbindensapin@hefr.ch

L'AVS: principaux résultats statistiques 2014

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 2013 et décembre 2014, le nombre de bénéficiaires de rentes a augmenté de 2,4 % (+56 300).



Jacques Méry

Office fédéral des assurances sociales



Shpend Hashani

L'année 2014 a ainsi vu la naissance de 130 100 rentes de vieillesse (y c. les passages provenant des autres rentes), ce qui représentait 6,1 % du total des rentes du début d'année. Parmi ces nouveaux rentiers, 14 600 (soit 11,2 %) étaient précédemment à l'AI et 4 100 (3,2 %) recevaient auparavant une rente de veuve ou de veuf.

Ici, le domicile (Suisse ou étranger) est une variable explicative importante. Alors qu'à l'étranger le rapport entre rentes éteintes (21 800) et nouvelles rentes (42 500) est d'environ 1 pour 2, on compte en Suisse environ deux rentes éteintes (54 600) pour trois nouvelles rentes (87 600). 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. Cela est dû au fait que la conjointe qui n'a jamais cotisé n'a pas droit à une rente AV et touche donc une rente de veuvage au moment du décès de l'époux.

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 dé-

Nombres et sommes des rentes par types de rentes

En décembre 2014, 2,4 millions de personnes ont bénéficié d'une rente AVS: 2 196 500 personnes (90,4 %) ont reçu une rente principale de vieillesse et 173 300 (7,1 %) une rente de survivant (rente de veuve, veuf ou orphelin). Le reste consiste surtout en compléments familiaux (rente complémentaire pour conjoint ou pour enfant) et continue de diminuer de manière très sensible (-2,1 %). Cette diminution est due aux effets conjugués de la 5^e révision AI et de la 10^e révision AVS.

Le tableau T1 présente la structure des bénéficiaires et des types de rentes en décembre 2014 et les compare avec décembre 2013.

Evolution et dynamique du nombre et des sommes de rentes vieillesse

Fin 2014, il y avait 53 700 rentes principales de plus qu'à la même période l'année précédente; leur nombre a donc augmenté de 2,5 % durant cette période. La somme des rentes a, pour sa part, augmenté de 2,2 %, essentiellement en raison de l'augmentation de la rente minimale au 1^{er} janvier 2013. L'augmentation constatée est «nette». Pour avoir une bonne vision de l'assurance, il est nécessaire de connaître ses mouvements «bruts». Depuis dix ans, à l'exception de 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.

Nombres et sommes des rentes AVS, par types de rentes, en Suisse et à l'étranger, 2013/2014 (décembre)

T1

	Nombres de rentes		Variation en %	Sommes des rentes mensuelles		Variation en %
	2013	2014		2013 en milliers de fr.	2014 en milliers de fr.	
Rentes de vieillesse						
Rentes principales						
• hommes	968 700	999 600	3,2 %	1 333 500	1 371 900	2,9 %
• femmes	1 174 000	1 196 900	1,9 %	1 767 800	1 797 400	1,7 %
Total	2 142 800	2 196 500	2,5 %	3 101 300	3 169 400	2,2 %
Rentes complémentaires						
• pour épouses/époux	37 400	35 100	-6,3 %	5 300	4 800	-10,3 %
• pour enfants (père/mère)	22 600	23 600	4,8 %	13 900	14 600	5,2 %
Total	60 000	58 700	-2,1 %	19 200	19 400	0,9 %
Rentes du survivant						
• veuves	131 200	135 900	3,6 %	125 600	127 100	1,2 %
• veufs	2 200	2 100	-3,2 %	2 600	2 500	-3,7 %
• orphelins	36 100	35 300	-2,1 %	22 300	21 800	-2,4 %
Total	169 400	173 300	2,3 %	150 500	151 400	0,6 %
Total rentes AVS	2 372 200	2 428 500	2,4 %	3 271 000	3 340 100	2,1 %

Source: OFAS, exploitation du registre central des rentes.

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

Evolution des rentes de vieillesse et de veuves/veufs, 2013/2014

T2

	Rentes de vieillesse		Rentes de veuve(f)s	
	Suisse	Etranger	Suisse	Etranger
En décembre 2013	1 461 200	681 500	50 500	82 900
Rentes éteintes	-54 600	-21 800	-4 400	-1 700
dont: fin de droit			-800	-1 200
passages AS → AVS			-3 600	-500
Nouvelles rentes	87 600	42 500	4 300	6 500
dont: première fois rentier	72 700	38 700		
passages AI → AVS	11 300	3 300		
passages AS → AVS	3 600	500		
Domicile CH → étranger	-3 000	3 000	-200	200
Domicile étranger → CH	1 500	-1 500	100	-100
En décembre 2014	1 492 700	703 700	50 200	87 800

Source: OFAS, exploitation du registre central des rentes.

Evolution des bénéficiaires

Le graphique G1 montre les flux principaux au sein de l'assurance vieillesse et survivants et de l'assurance invalidité, selon le domicile du bénéficiaire. La perception d'une rente avant l'âge de la retraite est liée à la mort du conjoint ou à la survenance d'une invalidité. A partir de l'âge de la retraite, pratiquement tous les habitants résidants en Suisse accèdent à la rente vieillesse. Dans un cas sur cinq, ils ont eu auparavant droit à une autre prestation du 1^{er} pilier. A l'étranger, cela concerne une personne sur dix. En général, la sortie de l'assurance vieillesse correspond au décès.

Rentes complémentaires pour conjoint

Le droit aux rentes complémentaires à la rente de vieillesse s'ouvre à 64 ans révolus pour les femmes et à 65 ans pour les hommes. Depuis la 10^e révision de l'AVS (1997), les hommes mariés au bénéfice d'une rente vieillesse ont droit à une rente complémentaire de l'AVS pour leur épouse si elle n'a elle-même pas encore droit à une rente et si elle est née avant 1942, ou, si l'homme avait précédemment une telle rente à l'AI. Cette rente complémentaire au conjoint à l'AI a été progressivement supprimée avec la 4^e révision (2004, plus de nouvelles rentes complémentaires au conjoint)

Moyennes des rentes de vieillesse par catégorie (en fr.)

T3

	Suisse	Etranger
	Moyennes des rentes	
En décembre 2013	1 852	579
Sorties en 2014	1 925	662
Nouvelles rentes en 2014	1 811	562
En décembre 2014	1 850	579

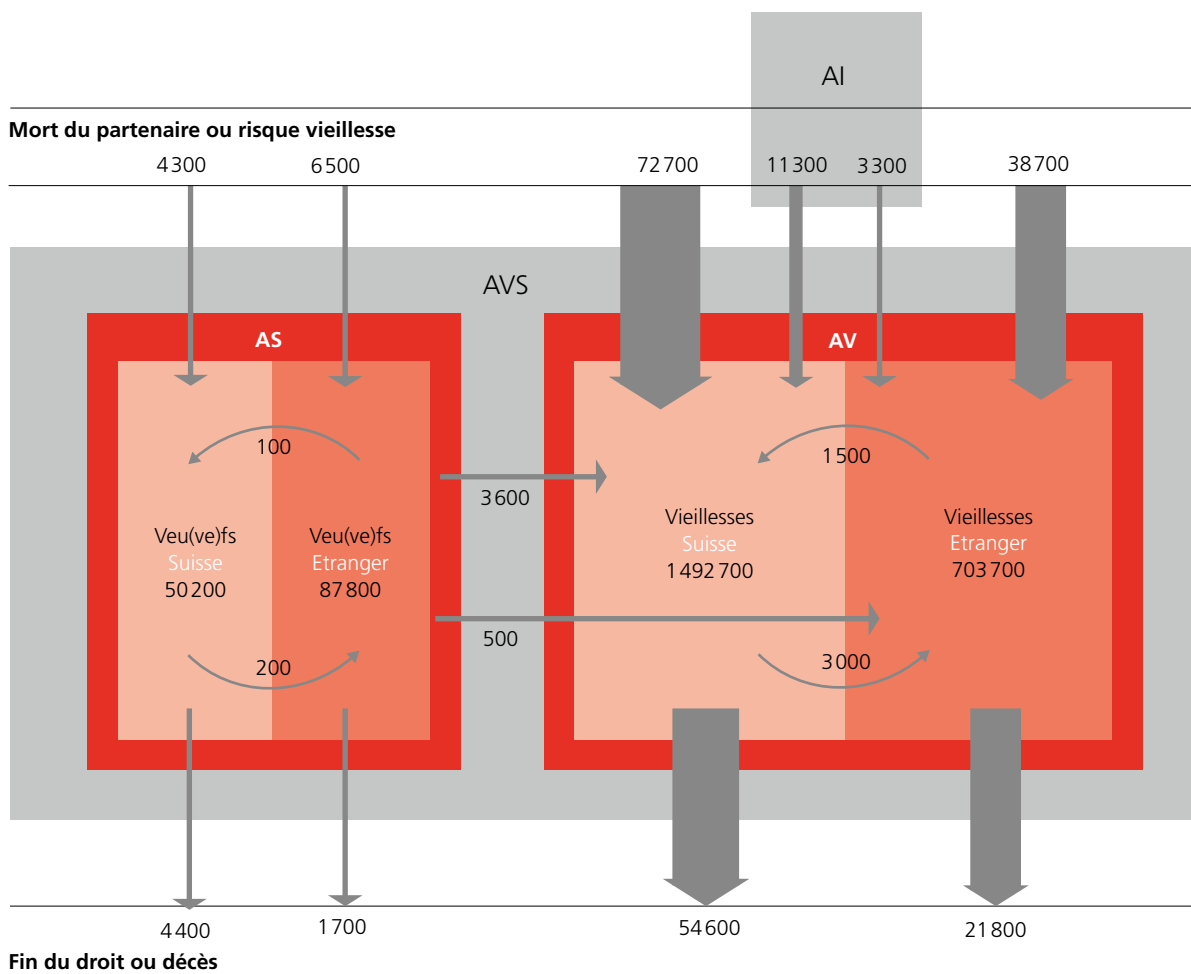
Source: OFAS, exploitation du registre central des rentes.

et la 5^e révision de l'AI (2008, plus de rentes complémentaires au conjoint).

Ces rentes complémentaires s'éteignent, soit suite à un décès, soit si la

Dynamique des rentes vieillesse et de veuve/veuf en 2014 selon le domicile

G1



Source: OFAS, exploitation du registre central des rentes.

Evolution des rentes complémentaires pour conjoint en décembre, entre 2010 et 2014

T4

	2010	2011	2012	2013	2014
Eteintes	3 600	3 100	3 000	2 700	2 500
Déjà existantes	44 800	42 200	39 600	37 200	34 900
Nouvelles	570	390	310	240	180
Total décembre	45 300	42 600	39 900	37 400	35 100
% éteintes/anciennes	7,5%	6,8%	7,1%	6,8%	6,8%

Source: OFAS, exploitation du registre central des rentes.

conjointe reçoit nouvellement une autre rente du 1^{er} pilier. Cela conjugué avec les limitations susmentionnées fait que la rente complémentaire au conjoint à l'AVS est en train de progressivement disparaître.

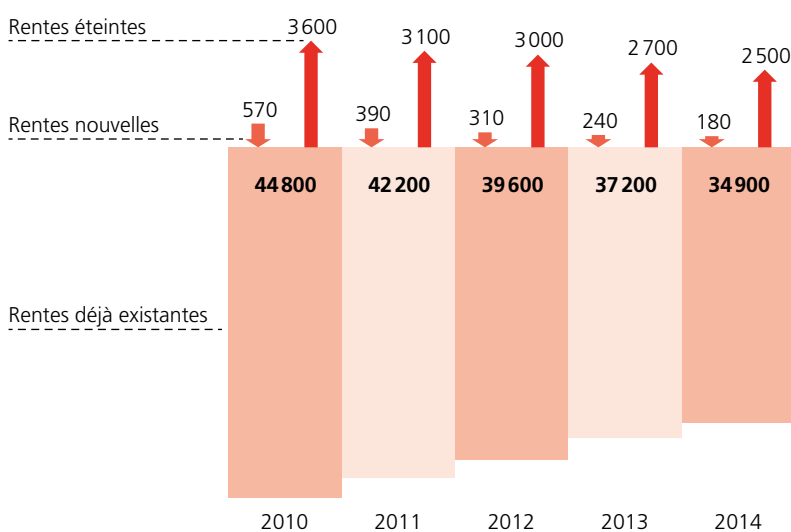
Le tableau **T4** présente l'évolution du nombre de personnes avec rentes complémentaires entre 2010 et 2014. Les rentes éteintes sont celles qui ont disparu au cours de l'année. Les rentes déjà existantes représentent

les rentes qui restent présentes entre deux mois de décembre successifs et les nouvelles rentes sont celles apparues au cours de l'année. L'effectif en décembre est donc le total entre les rentes déjà existantes et les nouvelles.

L'élément principal à relever est la diminution constante du nombre total de personnes bénéficiant d'une rente complémentaire. Cela s'explique aisément par le fait que le pourcentage des rentes éteintes par rapport à l'année précédente reste constant autour de 7% alors que le nombre de nouvelles rentes s'est réduit de deux tiers en cinq ans pour n'être bientôt plus qu'anecdotique.

Flux des rentes complémentaires pour conjoints de 2010 à 2014

G2



Source: OFAS, exploitation du registre central des rentes.

Jacques Méry, dipl. math., expert scientifique, secteur Statistiques du domaine Mathématiques, analyses et statistiques, Office fédéral des assurances sociales.
Mél: jacques.mery@bsv.admin.ch

Shpend Hashani, MSc in Economics, stagiaire, secteur Statistiques du domaine Mathématiques, analyses et statistiques, Office fédéral des assurances sociales.

Entrée en vigueur de la convention de sécurité sociale avec l'Uruguay

La convention de sécurité sociale avec l'Uruguay est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, après ratification par les parlements des deux Etats. Après le Chili, il s'agit du deuxième Etat d'Amérique du Sud avec lequel la Suisse a conclu une convention de sécurité sociale.



Kati Fréhelin
Office fédéral des assurances sociales

Pour la Suisse, la conclusion d'une convention dans le domaine de la sécurité sociale s'inscrit dans le développement de ses relations avec certains Etats du continent sud-américain. Des négociations sont en cours avec l'Argentine, grand voisin de l'Uruguay. Une convention a été signée avec le Brésil; elle est en phase de ratification parlementaire.

Les discussions avec l'Uruguay

L'Uruguay poursuit une politique active en ce qui concerne la conclusion de conventions de sécurité sociale. Des contacts avec la Suisse ont déjà eu lieu en 2004. Les négociations proprement dites se sont déroulées entre 2011 et 2012. Historiquement, les liens entre les deux Etats sont marqués par une importante immigration suisse vers l'Uruguay, entre la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e. Une grosse colonie suisse y a été fondée, et les descendants de ces immigrants

cultivent encore avec enthousiasme le souvenir de ces pionniers.

Contenu de la convention

En général

L'accord conclu avec l'Uruguay est une convention standard qui traite tant de l'assujettissement aux assurances sociales que des prestations. La convention correspond aux derniers accords conclus par la Suisse et aux standards internationaux en matière de coordination de sécurité sociale. Les conventions conclues par les Etats reposent de manière universelle sur les mêmes principes généraux. Lors des négociations, ces règles de base sont adaptées en fonction des spécificités et besoins de chaque partenaire. L'objectif principal de ce type d'accord est de coordonner les systèmes de sécurité sociale des Etats partenaires pour réduire les désavantages ou discriminations que peuvent subir

les ressortissants de ces Etats qui se déplacent dans l'autre Etat.

Branches d'assurances concernées

Le champ d'application de la convention avec l'Uruguay comprend les législations des deux Etats en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (en Suisse IAVS/AI). Les assurances maladie et accidents et les allocations familiales ne sont en principe pas intégrées dans les conventions avec des Etats hors du continent européen.

Egalité de traitement

Il s'agit d'un principe cardinal qui se retrouve dans toutes les conventions. Les Etats y apportent souvent des restrictions. La Suisse émet toujours – aussi dans cette convention avec l'Uruguay – les mêmes réserves, qui concernent l'assurance AVS/AI facultative, l'assurance AVS/AI des ressortissants suisses travaillant à l'étranger au service de la Confédération ou de certaines organisations, et l'adhésion volontaire à l'AVS/AI réservée aux fonctionnaires internationaux de nationalité suisse.

Accès aux prestations

L'accès, pour les ressortissants de l'un des Etats, aux prestations de l'autre Etat est facilité en ce sens que les périodes d'assurances accomplies dans l'un des Etats sont prises en compte par l'autre Etat, lorsqu'une période minimale d'assurance est exigée. Par exemple, la législation uruguayenne impose 15 années d'assurance en Uruguay pour avoir droit à une rente uruguayenne. Un Suisse qui n'a que cinq ans d'assurance en Uruguay aura néanmoins accès à une rente uruguayenne, en faisant valoir ses périodes d'assurance suisses; l'Uruguay lui versera une rente partielle correspondant aux cinq années de cotisations effectives.

Exportation des rentes

Un autre élément crucial des conventions de coordination est de garantir le versement des prestations aux bénéficiaires qui quittent le territoire de l'Etat débiteur pour s'établir dans un autre Etat (Etat partenaire ou Etat tiers). Concrètement, un Uruguayen qui rentre dans son pays d'origine pourra y toucher sa rente suisse.

La Suisse prévoit cependant que les rentes de faible montant sont remplacées par une indemnité forfaitaire versée une seule fois, pour éviter des coûts disproportionnés de gestion et de transfert des rentes.

Par ailleurs, la possibilité pour les étrangers qui quittent la Suisse de demander le remboursement des cotisations versées à l'AVS est maintenue. En cas de départ de la Suisse, les Uruguayens auront ainsi le choix entre le versement d'une rente lors de la réalisation du risque ou le remboursement immédiat des cotisations AVS.

Règles d'assujettissement

Pour éviter un double assujettissement ou des lacunes d'assurance, des

règles sont prévues pour déterminer quel est l'Etat compétent dans les cas où l'activité lucrative concerne les deux Etats.

Le principe de base est celui de l'assujettissement au lieu où s'exerce l'activité lucrative. Cela signifie que si une personne travaille dans les deux Etats, elle sera assurée dans chaque Etat uniquement pour l'activité qui y est exercée.

Ce principe de base est assorti de règles particulières, pour tenir compte des spécificités de certaines catégories de travailleurs. L'une des exceptions concerne les travailleurs détachés: les personnes envoyées temporairement sur le territoire de l'autre Etat pour y travailler demeurent assurées dans leur Etat d'origine.

Coopération administrative

Pour assurer le fonctionnement de la convention et la transmission des données nécessaires, des règles de collaboration entre les autorités et les institutions sont prévues, précisées dans un arrangement administratif à la convention et complétées par des formulaires d'application.

Démarches pratiques

La convention sera particulièrement utile pour les Uruguayens qui quittent, ou ont quitté, la Suisse, puisqu'elle leur permet de toucher une rente suisse. Les Suisses ou Uruguayens qui résident en Suisse pourront eux obtenir une rente de l'Uruguay. Les personnes concernées qui résident en Suisse s'adressent à l'organisme de liaison suisse, la Caisse suisse de compensation à Genève, qui leur remettra les formulaires nécessaires puis s'occupera de les transmettre à l'organisme uruguayen.

Les entreprises suisses peuvent dorénavant détacher du personnel en Uruguay sans devoir les affilier au système uruguayen. Elles doivent s'adresser à leur caisse de compensation AVS, qui émettra le certificat de détachement correspondant.

Kati Fréchin, juriste, secteur Conventions, domaine Affaires internationales, OFAS.
Mél: kati.frechin@bsv.admin.ch

Assurances sociales

15.3283 Motion Humbel Ruth du 20.3.2015: Pour plus d'efficacité et de transparence dans le système d'assurances sociales suisse

La conseillère nationale Ruth Humbel (PDC/AG) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de soumettre au Parlement un projet de révision de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et de toutes les lois d'assurances sociales pertinentes afin:

1. d'harmoniser les notions fondamentales, les conditions d'accès aux prestations et les bases de calcul;
2. d'améliorer la coordination des prestations;
3. d'harmoniser les règles dans les domaines des prestations et des activités médicales.»

Proposition du Conseil fédéral du 20.5.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

15.3209 Motion Fournier Jean-René du 19.3.2015: Permettre aux banques de dresser l'état des fonds propres d'après les normes Swiss GAAP RPC pour les engagements résultant des caisses de pension

Le conseiller aux Etats Jean-René Fournier (PDC/VS) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé d'élaborer un projet d'adaptation de l'ordonnance sur les fonds propres (OFR) afin que les engagements envers une institution de prévoyance suisse puissent être présentés de manière pertinente et conforme à la pratique dans l'état des fonds propres,

c'est-à-dire en tenant compte des particularités helvétiques.

Il pourrait proposer qu'une évaluation nationale selon Swiss GAAP RPC (RPC 16 en relation avec RPC 26) des engagements résultant des caisses de pension puisse être utilisée pour calculer le capital réglementaire, même si la banque établit ses comptes annuels d'après des normes internationalement reconnues (p. ex. IFRS).»

Proposition du Conseil fédéral du 20.5.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

Assurance-invalidité

15.3372 Postulat Recordon Luc du 20.3.2015: Prestations de l'AI en faveur des personnes handicapées ayant atteint l'âge de l'AVS

Le conseiller aux Etats Luc Recordon (PES/VD) a déposé le postulat suivant:

«Le Conseil fédéral est prié de clarifier dans un rapport explicite le statut des personnes handicapées ayant atteint l'âge de l'AVS et les prestations de l'AI auxquelles elles ont droit.»

Proposition du Conseil fédéral du 20.5.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter le postulat.

Enfance et jeunesse

15.3127 Motion Bourgeois Jacques du 10.3.2015: Assurer l'encadrement et la formation des mineurs non accompagnés

Le conseiller national Jacques Bourgeois (PLR/FR) a déposé la motion suivante:

«Je demande au Conseil fédéral, dans le cadre de la procédure d'asile liée à des mineurs non accompagnés, de:

1. faire respecter par tous les cantons la convention relative aux droits de l'enfant;
2. statuer définitivement sur leur renvoi ou pas, non pas lorsque les mineurs non accompagnés ont atteint leur majorité, mais une fois leur formation ou leurs études effectuées dans notre pays terminées.»

Proposition du Conseil fédéral du 20.5.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

Travail

15.3083 Motion Graber Jean-Pierre du 10.3.2015: Modification de la loi sur l'assurance-chômage. Favoriser la formation continue des travailleurs victimes d'une réduction de l'horaire de travail

Le conseiller national Jean-Pierre Graber (UDC/BE) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de soumettre aux Chambres fédérales les mesures législatives – cas échéant par le biais d'un arrêté fédéral urgent – permettant aux entreprises de notre pays de faire suivre des cours internes ou externes de formation continue aux travailleurs victimes d'une réduction de l'horaire de travail selon les articles 31 à 41 de la loi fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI).»

Proposition du Conseil fédéral du 29.4.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

15.3322 Motion Riklin Kathy du 20.3.2015: Utilité de l'ALCP. Données sur les Suisses exerçant une activité lucrative dans les pays de l'UE/AELE

La conseillère nationale Kathy Riklin (PDC/ZH) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de recueillir et d'évaluer – sur le modèle des informations collectées sur les immigrants – des données statistiques concernant les Suisses exerçant une activité lucrative qui vivent ou émigrent dans des pays de l'UE ou de l'AELE.»

Proposition du Conseil fédéral du 20.5.2015

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

15.3193 Postulat Heim Bea du 18.3.2015: Stratégie nationale destinée à améliorer les chances des personnes d'un certain âge de retrouver un emploi et de se réinsérer sur le marché de l'emploi

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

«Le Conseil fédéral est chargé d'indiquer:

1. avec quelles offres, incitations et mesures on pourrait améliorer les chances des personnes d'un certain âge de rester dans la vie active ou de se réinsérer sur le marché de l'emploi;
2. les mesures qu'il prévoit de prendre.»

Proposition du Conseil fédéral du 20.5.2015

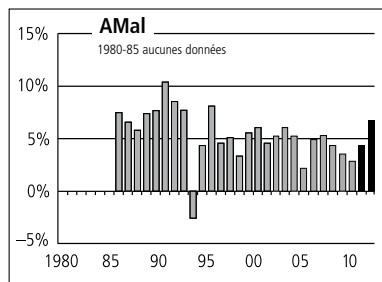
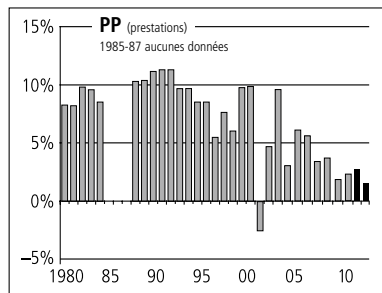
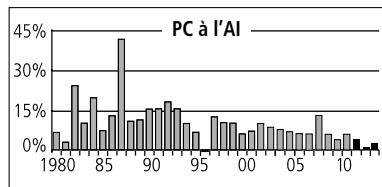
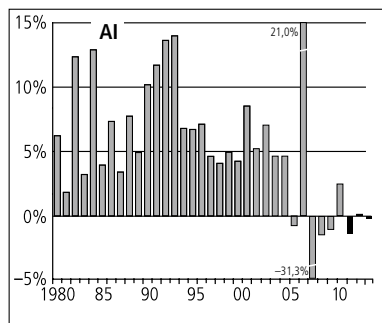
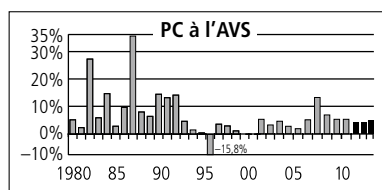
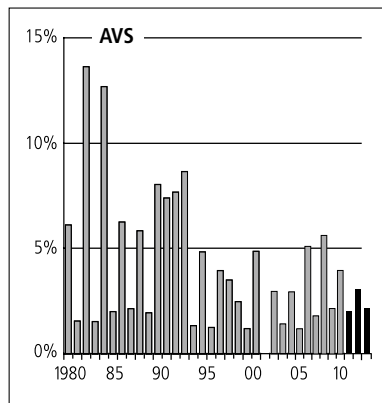
Le Conseil fédéral propose de rejeter le postulat.

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

Projet: N° d'objet (Curia Vista)	Date du message	Publ. dans la Feuille fédérale	1 ^{er} Conseil Commission	Plénium	2 ^e Conseil Commission	Plénium	Vote final (publ. dans la FF)	Entrée en vigueur / référendum
Loi fédérale sur la réforme de la prévoyance vieillesse 2020: 14.088	19.11.14	FF 2015, 1	CSSS-CE 15/16.1, 10.2, 26/27.3, 23/24.4.15 CdF-CE 29.1.15					
Modification de la loi fédérale sur les prestations complémentaires (Montants maximaux pris en compte au titre du loyer): 14.098	17.12.14	FF 2015, 805	CdF-CN 30/31.3.15					
Loi sur le libre passage. Droits en cas de choix de la stratégie de placement par l'assuré: 15.018	11.2.15	FF 2015, 1669						
Loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie: 12.027	15.2.12	FF 2012, 1725	CSSS-CE 17.4, 21.5, 18.6, 22/23.8, 21/22.10, 15.11.12; 21.1.13; 11.9.14	CE 18.3.13, 4.3.14 (rejet du renvoi) 16.9, 22.9.14	CSSS-CN 23.5, 24/25.10.13, 20/21.2, 26/27.5, 26/27.6, 14.8.14	CN 4/5.12.13 (refus au Conseil fédéral) 10.3.14 (Adhésion = ne pas renvoyer au Conseil fédéral) 9.9, 17.9.14	26.9.14	
LAMal (Compensation des risques; séparation de l'assurance de base et des assurances complémentaires): 13.080	20.9.13	FF 2013, 7135	CSSS-CE 10.2.14; 15.1.15	CE 2.3.15	CSSS-CN 6/7/8.11.13			
Loi fédérale sur l'assurance-accident. Modification: 08.047	30.5.08	FF 2008, 4877 FF 2014, 7691 (Message additionnel)	CSSS-CN 20.6, 9.9, 16.10, 6/7.11.08; 15/16.1, 12/13.2, 26/27.3, 27.8, 9.10, 29.10.09; 28.1, 24.6.10; 13/14.11.14; 15/16/17.4, 28/29.5.15	CN 11.6.09 (refus du projet 1 à la CSSS- CN et suspension du projet 2), 22.9.10 (refus du projet 1 au Conseil fédéral)	CSSS-CE 31.1.11	CE 1.3.11 (refus du projet 1 au Conseil fédéral, oui pour la suspension du projet 2)		
Sécurité sociale. Convention avec le Brésil: 14.075	5.11.14	FF2014, 8655		CN 5.3.15				
CC. Partage de la prévoyance professionnelle en cas de divorce: 13.049	29.5.13	FF 2013, 4341	CAJ-CE 1/2.7, 27.8, 14.11.13; 15.1, 15.5.14	CE 12.6.14	CAJ-CN 13/14.11.14 22/23.1.15 16/17.4.15			
AVSplus: pour une AVS forte. Initiative populaire: 14.087	19.11.14	FF 2014, 9083	CdF-CE 29.1.15 CSSS-CE 10.2, 26/27.3.15					
Pour le couple et la famille – Non à la pénalisation du mariage. Initiative populaire: 13.085	23.10.13	FF 2013, 7623	CdF-CN 30/31.1.14 CER-CN 24/25.2, 7/8.4, 19/20.5, 23.6, 10.11.14	CN 10.12.14	CdF-CE 24/25.3.14; 29.1.15	CE 11.12.14; 4.3.15	18.3.15	
Imposer les successions de plusieurs millions pour financer notre AVS (Réforme de la fiscalité successorale). Initiative populaire: 13.107	13.12.13	FF 2014, 121	CER-CE 27/28.3, 25.8.14 CIP-CE 21.8.14	CE 3.6.14 (refus à la CER), 24.9.14	CER-CN 20/21.10.14	CN 8.12.14	12.12.14	14.6.15
Pour un revenu de base inconditionnel. Initiative populaire: 14.058	27.8.14	FF 2014, 6303	CdF-CN 13/14.10.14 CSSS-CN 13/14.11.14					

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

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AVS

		1990	2000	2010	2013	2014	Veränderung in % VR ¹
Recettes	mio fr.	20 355	28 792	38 495	40 884	42 574	4,1%
	dont contrib. ass./empl.	16 029	20 482	27 461	29 539	29 942	1,4%
	dont contrib. pouv. publics	3 666	7 417	9 776	10 441	10 598	1,5%
Dépenses		18 328	27 722	36 604	39 976	40 866	2,2%
	dont prestations sociales	18 269	27 627	36 442	39 781	40 669	2,2%
Résultat d'exploitation total		2 027	1 070	1 891	908	1 707	88,1%
Capital²		18 157	22 720	44 158	43 080	44 788	4,0%
Bénéficiaires de rentes AV	Personnes	1 225 388	1 515 954	1 981 207	2 142 753	2 196 459	2,5%
Bénéf. rentes veuves/veufs		74 651	79 715	120 623	133 343	137 987	3,5%
Nombre de cotisants AVS		4 289 723	4 547 970	5 243 475	5 464 270	5 542 707	1,4%

PC à l'AVS

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

AI

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Recettes	mio fr.	4 412	7 897	8 176	9 892	10 177	2,9%
	dont contrib. ass./empl.	2 307	3 437	4 605	4 951	5 018	1,4%
Dépenses		4 133	8 718	9 220	9 306	9 254	-0,6%
	dont rentes	2 376	5 126	6 080	5 892	5 773	-2,0%
Résultat d'exploitation total		278	-820	-1 045	586	922	57,3%
Dettes de l'AI envers l'AVS		6	-2 306	-14 944	-13 765	-12 843	-6,7%
Fonds AI²		-	-	-	5 000	5 000	0,0%
Bénéficiaires de rentes AI	Personnes	164 329	235 529	279 527	265 120	259 930	-2,0%

PC à l'AI

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	309	847	1 751	1 923	1 967	2,3%
	dont contrib. Confédération	69	182	638	678	702	3,6%
	dont contrib. cantons	241	665	1 113	1 245	1 264	1,5%
Bénéficiaires	(personnes, av. 1997 cas)	30 695	61 817	105 596	111 400	112 864	1,3%

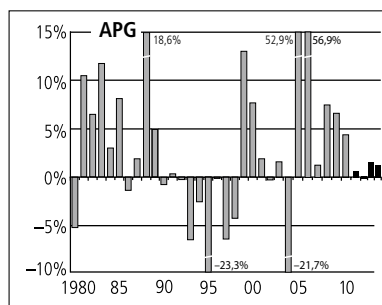
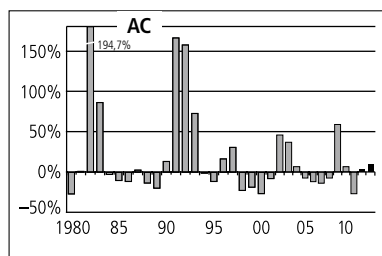
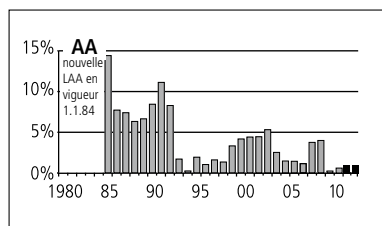
PP/2^e Pilier Source: OFS/OFAS

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

AMal Assurance obligatoire des soins

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Recettes	mio fr.	8 869	13 930	22 528	25 189	...	2,3%
	dont primes (à encaisser)	6 954	13 442	22 051	24 984	...	2,2%
Dépenses		8 615	14 227	22 255	25 459	...	5,7%
	dont prestations	8 204	15 478	24 292	27 926	...	7,8%
	dont participation d. assurés aux frais	-801	-2 288	-3 409	-3 895	...	5,1%
Résultats des comptes		254	-297	273	-270	...	-149,8%
Capital		6 600	6 935	8 651	12 096	...	-1,2%
Réduction de primes		332	2 545	3 980	4 015	...	1,2%

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



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

AC Source : seco	1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹	
Recettes	736	6 230	5 752	7 078	7 260	2,6%	
dont contrib. sal./empl.	609	5 967	5 210	6 458	6 633	2,7%	
dont subventions	-	225	536	611	618	1,2%	
Dépenses	452	3 295	7 457	6 491	6 523	0,5%	
Résultats des comptes	284	2 935	-1 705	587	737	25,5%	
Capital	2 924	-3 157	-6 259	-2 886	-2 149	-25,5%	
Bénéficiaires ³	Total	58 503	207 074	322 684	296 151	...	6,1%

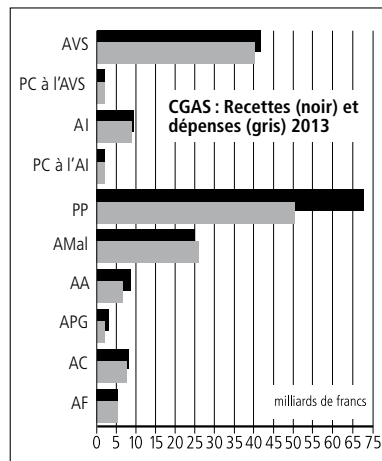
APG	1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Recettes	1 060	872	1 006	1 779	1 838	3,3%
dont cotisations	958	734	985	1 766	1 790	1,4%
Dépenses	885	680	1 603	1 638	1 668	1,8%
Résultat d'exploitation total	175	192	-597	141	170	20,4%
Capital	2 657	3 455	412	798	968	21,3%

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

Compte global des assurances sociales (CGAS*) 2013

Branches des assurances sociales	Recettes mio fr,	TM 2011/2012	Dépenses mio fr,	TM 2011/2012	Résultats des comptes mio fr,	Capital mio fr,
AVS (CGAS)	40 722	2,1%	39 976	3,0%	746	43 080
PC à l'AVS (CGAS)	2 605	3,2%	2 605	3,2%	-	-
AI (CGAS)	9 871	1,1%	9 306	0,1%	565	-8 765
PC à l'AI (CGAS)	1 923	0,6%	1 923	0,6%	-	-
PP (CGAS) (estimation)	67 682	6,7%	50 518	1,7%	17 164	712 500
AMal (CGAS)	25 189	2,3%	25 459	5,7%	-270	12 096
AA (CGAS)	7 629	0,4%	6 338	2,2%	1 291	48 823
APG (CGAS)	1 777	2,4%	1 638	2,0%	138	798
AC (CGAS)	7 078	1,7%	6 491	11,8%	587	-2 886
AF (CGAS)	5 736	5,0%	5 626	3,5%	110	1 314
Total consolidé (CGAS)	169 519	3,8%	149 187	3,1%	20 332	806 960

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



Indicateurs d'ordre économique

	2000	2005	2009	2010	2011	2012
Taux de la charge sociale ⁴ (indicateur selon CGAS)	25,3%	26,2%	25,9%	25,9%	26,4%	26,8%
Taux des prestations sociales ⁵ (indicateur selon CGAS)	19,1%	21,5%	21,0%	20,7%	20,6%	20,9%

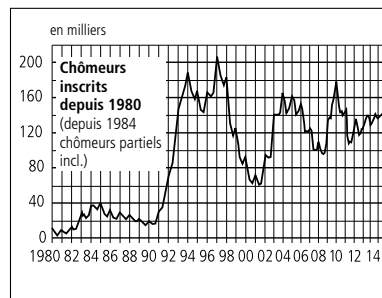
Chômeurs(es)

	ø 2012	ø 2013	ø 2014	März 15	Apr. 15	Mai 15
Chômeurs enregistrés	125 594	136 524	136 764	145 108	141 131	136 349
Taux de chômage ⁵	2,9%	3,2%	3,2%	3,4%	3,3%	3,2%

Démographie

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

	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Rapport dépendance <20 ans ⁷	33,0%	32,6%	32,6%	34,7%	34,7%	34,2%
Rapp. dép. des pers. âgées ⁷	30,6%	30,2%	32,6%	41,3%	47,6%	52,2%



1 Taux de modification annuel le plus récent = TM.

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

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

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

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

6 Chômeurs enregistrés par rapport à la population résidente active.

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

Rapport entre les rentiers et les personnes actives.

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

Calendrier

Réunions, congrès, cours

Date	Manifestation	Lieu	Renseignements et inscriptions
25-27.8.2015	Congrès INSOS – Construire l’avenir. Conséquences de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées sur la demande des offres institutionnelles <i>(cf. présentation CHSS 2/15)</i>	Flims	www.insos.ch → événements
2-3.9.2015	9 ^e Congrès suisse de pédagogie spécialisée – L’intégration / inclusion scolaire: oui et après ? <i>(cf. présentation ci-dessous)</i>	Unitobler vet Pauluskirche, Berne	Fondation Centre suisse de pédagogie spécialisée www.csp.ch → congrès
3-4.9.2015	3 ^e Congrès de la Société suisse de travail social – Les transitions dans le travail social <i>(cf. présentation ci-dessous)</i>	Toni-Areal, Zurich	www.sgsa-ssts.ch/fr
7.9.2015	3 ^e Forum national Jeunes et médias	Centre Paul Klee, Berne	www.jeunesetmedias.ch
7-9.9.2015	Colloque de la Société internationale de pédiatrie sociale – Objectifs de développement durable : une opportunité pour la santé de l’enfant et les droits de l’enfant	Unimail, Genève	www.issop2015.org
10-11.9.2015	Conférence européenne de l’insertion par l’économique 2015. ESIE : un modèle pour lutter contre la pauvreté ? <i>(cf. présentation CHSS 2/15)</i>	Haute Ecole spécialisée du Nord-Ouest de la Suisse (FHNW), Olten	Traductions simultanées : D / F / E www.socialfirmsconference.ch
15.9.2015	Congrès du Conseil suisse des aînés – Prévoyance vieillesse 2020 dans la dernière ligne droite ? <i>(cf. présentation ci-dessous)</i>	Palais des Congrès, Bienne	www.ssr-csa.ch
1.10.2015	Colloque national : Accès au désendettement pour les pauvres – procédure d’annulation des dettes restantes, une solution pour la Suisse ?	Haute Ecole spécialisée FHNW, Olten	Traductions simultanées en D et F. www.forum-schulden.ch

Les transitions dans le travail social

Depuis l’émergence du secteur social au XIX^e siècle, la question des limites des interventions du travail social se pose. Où prennent fin les possibilités d’action du travail social, où commence la responsabilité des

bénéficiaires ? Dans cette mesure, la confrontation avec le rapport de la responsabilité individuelle et collective pour les événements critiques de la vie reste d’actualité dans le travail social. Il convient en premier lieu d’expliquer pour quelles crises et transitions de la vie une action professionnelle est requise et pour lesquelles elle ne

l’est pas, à savoir dans quels domaines les « pédagogisations » des problèmes sociaux doivent être remises en cause.

3^e Forum national Jeunes et médias

Le programme national Jeunes et médias de l’Office fédéral des assurances sociales s’achèvera fin 2015 après cinq ans d’activités. Le 13 mai 2015, le Conseil fédéral a pris connaissance des résultats du programme et adopté un rapport sur l’avenir de la protection des enfants et des jeunes face aux médias.

Le 3^e Forum national Jeunes et médias à Berne sera l’occasion d’échanger les expériences faites dans la pratique (école, famille et loisirs) durant ces cinq années et de discuter des défis à venir de la protection de la jeunesse face aux médias.

Prévoyance vieillesse 2020 dans la dernière ligne droite ?

En 2013 déjà, le Conseil suisse des aînés a consacré son Congrès à la réforme Prévoyance vieillesse 2020, qualifiée à l’époque de « futuriste ». Aujourd’hui, il revient sur ce thème dont l’orientation et le rythme est actuellement débattu au Conseil des Etats. Les seniors entendent défendre leurs intérêts communs au-delà des positions partisans. Et ils veulent le faire aussi pour la prochaine génération de retraités. Le congrès est l’occasion pour eux de s’informer de l’état actuel du projet et d’évaluer les forces politiques en présence. Le directeur de l’OFAS Jürg Brechbühl présentera la réforme et l’avancée du dossier avant de laisser la parole à plusieurs parlementaires réunis pour une table ronde.

Livres

Assurances sociales

Wagner François. **Les assurances sociales au quotidien III. Plus de 140 nouvelles situations pratiques.** 2015, WEKA Business Media AG, Zurich. 78 francs. 204 pages. ISBN: 978-3-297-02081-4.

Ce recueil est une synthèse des nombreuses interrogations adressées par des entreprises, des assurés et des étudiants à François Wagner, expert en assurances sociales. A travers plus de 140 situations pratiques actualisées, l'auteur vulgarise un thème complexe et aide les assurés à se repérer dans le dédale des assurances sociales qui vont des allocations familiales à la prévoyance professionnelle en passant par l'AVS, l'AI ou l'APG.

Egalité

Roux Patricia, Martin Héléne. **Imbrication des rapports de pouvoir.** 2015, Editions Antipodes, Nouvelles Questions Féministes Vol. 34 (No1), Lausanne. 176 pages. 32 francs. ISBN: 978-2-88901-113-1.

A l'appui du Black Feminism et des Postcolonial Studies, les études féministes francophones se sont réorientées vers une analyse des discriminations spécifiques que vivent les femmes selon des marqueurs sociaux tels que leur origine, leur couleur, leur culture, leur classe sociale, leur âge, etc. Considérant que les femmes ne constituent pas une catégorie homogène, la recherche féministe vise désormais à prendre en compte les effets d'autres systèmes d'oppression que le genre et à analyser leur imbrication. Le grand angle de ce numéro est consacré à des recherches empiriques illustrant comment fonctionne l'imbrication des rapports de pouvoir. Parmi les articles proposés, celui de Jonathan Fernandez se base sur des données quantitatives recueillies en

Suisse. L'auteur propose de considérer le spécisme (division hiérarchique entre humains et animaux) comme un système d'oppression fonctionnant selon les mêmes logiques que le sexisme et le racisme.

Macé Eric. **L'après-patriarcat.** 2015, Edition du seuil, Paris. 180 pages. 22 francs environ. ISBN: 978-2021201529.

En dépit d'un égalitarisme revendiqué entre les hommes et les femmes, des inégalités de genre ne cessent d'être fabriquées: carrières, salaires, charges parentales et domestiques, etc. Faut-il voir dans les discriminations et les formes insidieuses de subordination la persistance d'une domination masculine patriarcale souvent décrite comme une matrice anthropologique si puissante que sa critique, aussi radicale soit-elle, n'y peut rien changer? Dans cet ouvrage, Eric Macé propose un autre cadre d'analyse. Il réinscrit les rapports de genre dans leurs contextes historiques et sociaux pour montrer comment, aujourd'hui, la tension entre un principe d'égalité partagé et la fabrique collective d'inégalités exprime les ambivalences d'un « arrangement de genre » instable et provisoire: celui de l'après-patriarcat, issu des transformations successives du patriarcat et de ses contradictions internes. Dès lors, il devient possible de résoudre le paradoxe de l'égalitarisme inégalitaire des sociétés occidentales, mais aussi de comprendre les formes composites d'arrangement observées ailleurs dans le monde.

Handicap

Lucas Bernard. **Le travailleur handicapé aux portes de l'inclusion.** 2015, Presses Universitaires de Grenoble, Collection « Handicap, vieillissement, société ». 169 pages. 25 francs environ. ISBN: 9782706122699.

En France, malgré une loi sur le handicap axée sur la pleine participa-

tion des personnes handicapées, peu de travailleurs en établissement et service d'aide au travail parviennent à rejoindre le milieu ordinaire. Les exigences du marché de l'emploi s'accroissent, et le critère d'employabilité s'impose peu à peu au détriment de celui de l'accessibilité. Si cette tendance se poursuivait, elle contribuerait à maintenir une compréhension du handicap dépassée, centrée sur les déficiences de la personne, en oubliant que l'environnement coproduit, voire accroît, la situation de handicap. Bernard Lucas propose le développement de structures solidaires ouvertes aux travailleurs handicapés comme une solution d'intégration professionnelle valorisante pour les travailleurs handicapés sortant d'établissements spécialisés. Cet ouvrage qui apporte des solutions intéressera les professionnels et futurs professionnels du champ du travail social et de la politique du handicap.

Politique de la jeunesse

Tironi Yuri. **Participation et citoyenneté des jeunes. La démocratie en jeu.** 2015, Editions EESP, Lausanne. 176 pages. 30 francs. ISBN: 978-288284-065-3.

La participation des jeunes à la vie publique et leur statut de citoyen sont des sujets fréquemment mis sur le devant de la scène, que ce soit aux niveaux local, national ou international. Partant de ces déclarations d'intentions, les actions menées sur le terrain permettent-elles une participation réelle et une citoyenneté active? Quels sont les enjeux aux niveaux du vivre-ensemble, de la cohésion sociale, de la démocratie? Quel est le rôle du travail social? Comment le jeune perçoit-il ses propres actions dans ce processus? En prenant le Conseil des jeunes de Delémont comme terrain d'analyse, cet ouvrage propose des pistes de compréhension et d'action concrètes pour la pratique professionnelle.

Prévoyance vieillesse

Systèmes de retraite, évolutions démographiques et croissance économique. Actes du 12^e colloque du Conseil français d'orientation des retraites. 2015, La Documentation française, Paris. 200 pages. 15 francs environ. ISBN: 978-2-11-009976-1.

Dans un premier temps, l'ouvrage présente des analyses comparatives exposant comment les systèmes de retraite des pays développés, principalement en Europe, se sont adaptés au double défi démographique et économique, avant d'en observer les effets. Le cas allemand et le cas suédois sont en particulier détaillés. La deuxième partie fournit un bilan des réformes menées en France depuis plus de vingt ans et examine un certain nombre de pistes, dans une optique de long terme. Enfin, elle livre une réflexion sur le pilotage du système français, à la lumière notamment de la première année de fonctionnement du Comité de suivi des retraites. La 12^e édition du colloque annuel du Conseil d'orientation des retraites (COR), qui s'est tenue le 2 décembre 2014, avait pour objet d'examiner les liens de dépendance des systèmes de retraite aux évolutions démographiques et à la croissance économique.

Protection de la jeunesse

Balleys Claire. **Grandir entre adolescents. A l'école et sur Internet.** 2015, Presses polytechniques et universitaires romandes (PPUR), Collection Le savoir suisse, Lausanne. 144 pages. 17 francs 50. ISBN: 9782889151028.

Les adolescents, ultra-connectés mais inaptes aux relations? Les médias sociaux jouent un rôle primordial dans leur quotidien, et cette omniprésence interroge nombre d'adultes. Ce livre invite à une plongée dans l'univers relationnel adolescent, dévoilant l'usage que les jeunes font des réseaux sociaux et la nature des rapports qu'ils établissent entre eux à l'école, entre 12 et 15 ans. L'observation de ces pratiques, inscrites dans le contexte social et identitaire qui est le leur, a permis à Claire Balleys de replacer au centre du débat un aspect trop peu souvent évoqué: la force des liens d'amitié et d'amour entre adolescents et leur rôle fondamental dans l'acquisition de l'autonomie. Le débat est ainsi recentré sur ce que font ou cherchent à faire, la plupart du temps, les adolescents entre eux: tisser des liens les uns avec les autres, se construire et grandir, selon des modalités propres à une époque caractérisée par l'individualisme, l'omniprésence de l'image et l'immédiateté des échanges.

Travail social

Rouzel Joseph. **Le quotidien en éducation spécialisée.** 2015 (2^e édition), Dunod, Paris. 228 pages. 35 francs environ. ISBN: 9782100725069.

Les éducateurs sont les spécialistes du quotidien en institution, notamment en internat, à travers le soin, l'accompagnement, l'aide, qui sont de véritables savoir-faire trop souvent ignorés. Or les tracasseries pour faire vivre ce quotidien se multiplient et les prises de risque, inhérentes à toute action éducative vivante, se raréfient. L'accélération des rythmes de vie et de travail pousse à la prédominance des interventions ponctuelles et dans l'urgence. Le moindre projet au quotidien exige des démarches à n'en plus finir et des assurances sans cesse augmentées. La chute des idéaux et des valeurs fait se réfugier les acteurs sociaux dans l'activisme ou le non-sens. Le quotidien est une médiation où peut s'engager la rencontre avec les usagers. Cet ouvrage s'intéresse à ce terme qui tisse au jour le jour l'étoffe du travail de milliers d'intervenants sociaux, qui est un élément central des pratiques éducatives. Cette deuxième édition comporte deux nouveaux chapitres sur la bonne distance et les médiations dans la relation éducative.

Nouvelles publications

	Source, langues, prix
Assurances sociales 2013. Rapport annuel selon l'article 76 LPGA.	318.121.13F gratuit*
Assurances sociales en Suisse 2014 (Statistique de poche).	318.001.14F
Auswirkungen von IAS 19 auf die berufliche Vorsorge (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 2/15.	318.010.2/15D gratuit*
Datenschutz bei Akteuren im Bereich Jugend und Gewalt (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 6/15.	318.010.6/15D gratuit*
Erhebung und Überprüfung der Regulierungsaktivitäten der Kantone im Bereich Jugendmedienschutz (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 10/15.	318.010.10/15D gratuit*
Evaluation der Selbstregulierungsmassnahmen zum Jugendmedienschutz der Branchen Film, Computerspiele, Telekommunikation und Internet (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 11/15.	318.010.11/15D gratuit*
Identifikation von Good Practice im Jugendmedienschutz im internationalen Vergleich (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 12/15.	318.010.12/15D gratuit*
Pensionierungsverluste in der beruflichen Vorsorge (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 1/15.	318.010.1/15D gratuit*
Schlussevaluation des nationalen Programms Jugendmedienschutz und Medienkompetenzen (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 9/14.	318.010.9/15D gratuit*
Schlussevaluation gesamtschweizerisches Präventionsprogramm Jugend und Gewalt (allemand avec résumé en français). Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 7/15.	318.010.7/15D gratuit*
Statistique des assurances sociales suisses 2014.	318.122.14F gratuit*

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

www.publicationsfederales.ch; www.ofas.admin.ch → Documentation → Publications → Rapports de recherche

Sécurité sociale (CHSS)

La revue, lancée en 1993, paraît 6 fois par an. Chaque numéro contient un dossier sur un thème d'actualité. Les dossiers publiés dès 2013 :

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

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

- N° 1/15 L'être humain augmenté
- N° 2/15 Réforme Prévoyance vieillesse 2020
- N° 3/15 Evaluation de la révision de la LAMal dans le domaine du financement hospitalier

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

Commande: **Office fédéral des assurances sociales, CHSS, 3003 Berne, mél : info@bsv.admin.ch**

Impressum

Editeur	Office fédéral des assurances sociales (OFAS)	Traduction	Service linguistique de l'OFAS
Rédaction	Suzanne Schär Mél : suzanne.schaer@bsv.admin.ch Téléphone 058 462 91 43 La rédaction ne partage pas forcément les opinions des auteurs extérieurs à l'OFAS.	Copyright	Reproduction autorisée avec l'accord de la rédaction
Commission de rédaction	Stefan Kühne, Jérémie Lecoultré, Géraldine Luisier, Stefan Müller, Robert Nyffeler, Michela Papa (a.i.), Xavier Rossmannith, Valérie Werthmüller	Tirage	Version allemande: 2400 ex. Version française: 1400 ex.
Abonnements et informations	OFCL 3003 Berne Téléfax 031 325 50 58 Mél : vente.civil@bbl.admin.ch	Prix	Abonnement annuel (6 numéros) 53 francs (TVA incluse) Prix du numéro: 9 francs
		Diffusion	OFCL, Diffusion publications 3003 Berne
		Impression	Cavelti AG, Gossau Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2689 318.998.3/15f