

Dossier

Révisions 6a et 6b de l'AI

Politique sociale

Progression des cotisations salariales très faible

Prévoyance

Frais de gestion de la fortune dans le 2^e pilier

Sécurité sociale

CHSS 5/2011



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Sommaire Sécurité sociale CHSS 5/2011

Editorial	237
Chronique août/septembre	238
Mosaïque	239

Dossier

Revisions 6a et 6b de l'AI

Les systèmes d'assurances sociales sont faits pour être réformés	240
La 6 ^e révision de l'AI, dernière étape de l'assainissement (A. Bigovic-Balzardi, OFAS)	241
La révision 6a de l'AI (B. Schär, K. Jentzsch, P. Cudré-Mauroux, OFAS)	244
Les rentiers AI ont-ils intérêt à travailler ? (B. Gysin, O. Bieri, Interface)	253
La révision 6b de l'AI (R. Aiello, OFAS)	259
Formation professionnelle initiale : orientation vers les résultats (M. Paolino, OFAS)	264

Politique sociale

La progression des cotisations salariales n'a jamais été aussi faible qu'en 2010 (S. Schüpbach, S. Horvath, St. Müller, OFAS)	266
---	-----

Prévoyance

Les frais de gestion de la fortune dans le 2 ^e pilier (U. Mettler, A. Schwendener, c-alm AG)	269
---	-----

Santé publique

Mieux gérer le coût des soins ambulatoires en Suisse (Y. Eggli, P. Halfon, E. Seker, Université de Lausanne et Centre hospitalier universitaire vaudois)	274
--	-----

Parlement

Interventions parlementaires	278
Législation : les projets du Conseil fédéral	280

Informations pratiques

Calendrier (réunions, congrès, cours)	281
Statistiques des assurances sociales	282
Livres et sites	284

Notre adresse Internet :

www.ofas.admin.ch



Passion, sens des responsabilités et sens de la mesure



Stefan Ritler

Vice-directeur, chef du domaine Assurance-invalidité, Office fédéral des assurances sociales

L'arithmétique et les faits le démontrent sans l'ombre d'un doute: l'évolution démographique et celle du contexte économique et social menacent notre Etat social. Même si notre pays se porte bien, nos assurances sociales ont besoin d'être réformées, et cela avec les qualités mêmes dont le sociologue Max Weber demandait à la politique de faire preuve: passion, sens des responsabilités et sens de la mesure. Cet objectif, le Conseil fédéral le poursuit depuis un temps certain, comme on peut le voir par exemple en suivant le développement de l'assurance-invalidité (AI).

Si l'on feuillette les anciens dossiers de CHSS consacrés aux révisions de l'AI, on retrouve (en 2000) la conviction qu'il importe de développer l'AI de manière à apporter une réponse spécifique aux besoins sociaux actuels, mais aussi à garantir à l'assurance un financement durable. Quatre ans plus tard, peu après l'entrée en vigueur de la 4^e révision, ces deux ambitions sont toujours d'actualité et indiquent la voie à suivre. Les objectifs cités sont notamment de favoriser la réinsertion professionnelle des personnes invalides, de créer pour cela des mesures d'incitation, et de garantir durablement le financement de l'assurance. Un

seul projet de révision ne peut suffire à atteindre ce but, l'histoire nous le montre: s'appuyant sur les 4^e et 5^e révisions de l'AI, le Conseil fédéral a mis en place pour assainir cette assurance lourdement endettée, un plan en trois étapes, dont la dernière est exposée en détail dans le dossier du présent numéro.

Cela dit, tous les projets de réforme et les mesures d'assainissement n'ont altéré en rien le mandat de l'AI, formulé dès 1960: protéger les assurés du risque de perdre leur revenu, ou de ne plus avoir un revenu suffisant, en raison d'une atteinte grave et durable à la santé. Le riche éventail des mesures de réadaptation n'a cessé d'être adapté aux exigences des temps au fil des révisions successives. Si l'on observe l'évolution de ces dix dernières années, on constate que ces adaptations, ciblées et raisonnables, visaient aussi bien à favoriser la réinsertion des personnes invalides qu'à supprimer les incitations négatives. C'est également dans cet esprit qu'ont été conçus les deux volets de la 6^e révision de l'AI (révisions 6a et 6b), et cela précisément avec passion, sens des responsabilités et sens de la mesure.

L'objectif commun du Parlement et du Conseil fédéral: assainir durablement l'AI – et le Conseil fédéral entend par assainissement aussi bien un résultat équilibré des comptes que le remboursement de la dette accumulée auprès du Fonds AVS – ne pourra cependant être atteint que si tous les acteurs: employeurs, médecins, avocats, organisations de personnes handicapées, assurés, cantons et communes, reconnaissent et remettent en question leurs propres intérêts liés aux prestations de l'AI, et participent activement, de façon constructive, à l'intégration des personnes en situation de handicap. Car dans l'action politique, si nous voulons léguer aux prochaines générations un avenir assorti de perspectives véritables, l'intérêt du bien commun, l'intérêt du pays, doit toujours primer l'intérêt particulier de chacun et de son propre groupe.

Prévoyance professionnelle : instruction pénale classée dans l'affaire Gemini

Suite à l'enquête qu'il avait ordonnée sur les indemnités versées à la société Gemini Personalvorsorge AG (aujourd'hui GPV Services AG), l'OFAS avait transmis le dossier aux autorités d'instruction pénale pour qu'elles examinent si des éléments constitutifs d'infraction pénale pouvaient être retenus contre MM. Carl Helbling et Oskar Leutwyler. Le ministère public compétent est parvenu depuis à la conclusion qu'il n'avait pas été commis d'acte punissable et il a donc classé l'instruction pénale.

La Commission LPP recommande au Conseil fédéral de fixer le taux d'intérêt minimal à 1,5%

La majorité des membres de la Commission LPP s'est prononcée en faveur d'un abaisse-

ment du taux de 2% à 1,5%. Le Conseil fédéral décidera dans le courant de l'automne si le taux d'intérêt minimal doit ou non être modifié.

Les taux proposés allaient de 1% à 2%. Dans leur discussion, les membres de la commission se sont basés sur une méthode de calcul que celle-ci avait recommandée au Conseil fédéral en 2009. Les éléments déterminants pour le calcul du taux sont principalement le rendement moyen à long terme des obligations de la Confédération, l'évolution des actions, des autres obligations et de l'immobilier. L'application de cette méthode donne un taux de 1,5%. Pour mémoire, le taux d'intérêt minimal est le taux minimal auquel l'avoit de prévoyance des assurés doit être rémunéré dans le régime LPP obligatoire.

1^{re} Journée nationale des compétences médias : comment utiliser les nouveaux médias

Les téléphones mobiles, Internet, les jeux vidéo et les réseaux sociaux rythment le quotidien des enfants et des jeunes, mais aussi d'un nombre croissant d'adultes. Si les jeunes sont passés maîtres en matière de nouvelles technologies, ils n'ont pas toujours conscience des risques. Comment gèrent-ils les risques liés aux nouveaux médias ? Quel est le rôle des parents et des enseignants ? La 1^{re} Journée nationale des compétences médias, organisée conjointement par la Confédération et la branche des médias, répondra à ces questions le 27 octobre 2011 à Fribourg.

Le directeur de la nouvelle Commission de haute surveillance a été désigné

Manfred Hüsler sera le premier directeur de la Commission de haute surveillance de la prévoyance professionnelle. A la tête du secrétariat de la commission, il sera responsable de la mise en œuvre opérationnelle de la haute surveillance du 2^e pilier à partir du 1^{er} janvier 2012.

Manfred Hüsler, âgé de 50 ans, est originaire d'Egerkingen dans le canton de Soleure et père de deux enfants. Il a étudié le droit à l'Université de Berne et a une grande expérience de l'administration fédérale et de la surveillance. Il a été actif dans la surveillance de l'assurance depuis 1996 à l'Office fédéral des assurances privées (OFAP), y devenant chef d'équipe, chef de domaine, puis vice-directeur. Depuis 2009, il travaille au Secrétariat général de la surveillance des marchés financiers (FINMA), où il est responsable des affaires politiques.

Manfred Hüsler a été membre de la commission d'experts qui a préparé la réforme structurelle de la prévoyance professionnelle, dont est issue la Commission de haute surveillance de la prévoyance professionnelle (CHS). Indépendante de l'administration, la CHS sera opérationnelle à partir du 1^{er} janvier 2012. Elle aura pour tâche de définir et de faire appliquer des normes garantissant l'uniformité de la surveillance du 2^e pilier.

Le Case Management, une prestation de service indépendante de l'assureur

En collaboration avec la RKV, réassurances et prestations de service pour le marché de la santé, la société de courtage d'assurance Aon Risk Solution Suisse SA a développé un Case Management dans le domaine des assurances de personnes qui offre aux entreprises un encadrement et

un conseil indépendants et compétents par des médecins et des spécialistes en matière de médecine des assurances. Le Case Management d'Aon offre, en plus des services qui lui sont propres, de nombreux avantages comme la transparence totale des coûts, une clarification neutre et rapide des éventuelles questions ainsi qu'un conseil en médecine des assurances indépendant et compétent. Autre avantage : la possibilité pour le client de conserver le processus de Case Management chez la RKV, indépendamment de l'assureur, ce qui permet de maintenir le rapport de confiance et les processus mis en jeu. Outre les prestations de service classiques du Case Management, la RKV gère également la coordination des assurances sociales et respecte bien entendu la stricte confidentialité de l'ensemble des cas présentés.

Recrudescence de la violence juvénile

Les blessures dues à des actes de violence se sont multipliées depuis le milieu des années 90, un constat qui se limite à l'espace public. Les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans sont tout particulièrement touchés. Les incidents ont lieu de plus en plus souvent en fin de semaine, dans les grandes villes et après minuit.

Une nouvelle étude du Service de centralisation des statistiques de l'assurance-accidents (SSAA) intégrant les années 2007 à 2009 confirme la tendance qui ressortait d'une première analyse basée sur les statistiques réalisées jusqu'en 2006 : les blessures dues à des actes de violence se sont multipliées au cours des quinze dernières années. Les chiffres des assureurs accidents corroborent ceux de la Statistique policière de la criminalité (SPC). Un revirement de tendance n'est pas en vue.

La multiplication des cas de violence ne se limite pas à la vie civile. L'assurance militaire constate, elle

aussi, une augmentation des blessures dues à des actes de violence subies par de jeunes militaires. Près de 40% des cas surviennent pendant les sorties ou les permissions. Les deux tiers des victimes sont âgées de 18 à 24 ans.

L'étude peut être consultée sur www.suva.ch/medias.

Comment mesurer la prospérité et la qualité de vie ?

La revue « ValeurS » est une nouvelle publication de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Elle traitera à chaque édition un thème en particulier et comblera ainsi une lacune en braquant le projecteur sur des thèmes spécifiques, en plus de la production statistique courante. Le premier numéro s'intéresse aux possibilités de mesurer la prospérité et la qualité de vie. La revue paraîtra deux fois l'an et sera envoyée gratuitement aux abonnés.

Abonnement : www.valeurs.bfs.admin.ch

Population proche des 7,9 millions d'habitants au 31.12.2010

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a publié les premiers résultats définitifs du nouveau recensement fédéral de la population basé sur les registres administratifs, et plus précisément de la nouvelle statistique de la population et des ménages (STATPOP). A la fin de l'année 2010, la population résidante permanente de la Suisse s'élève à 7 870 100 habitants, soit un accroissement de 84 300 personnes par rapport à 2009. Cette croissance de 1,1% est comparable à celle des années 2007 et 2009. Un quart des personnes résidant en Suisse sont nées à l'étranger et ont immigré dans notre pays. Par ailleurs, un habitant sur huit vit dans l'une des cinq grandes villes que sont Zurich, Genève, Bâle, Lausanne et Berne.

Les systèmes d'assurances sociales sont faits pour être réformés



Photo : Christoph Wider

Avec deux messages présentés à quinze mois d'intervalle sur les deux volets de la 6^e révision de l'AI (6a et 6b) et d'autres projets de réforme soumis dans ce même contexte, il n'est pas toujours facile de garder une vision claire des choses. Le premier article de notre dossier se limite à la chronologie des événements, sans entrer dans le détail des aspects matériels et financiers de ces révisions. Ceux-ci sont abordés dans les articles consacrés l'un au contenu de la révision 6a et à sa contribution à l'assainissement de l'assurance, et l'autre à la révision 6b.

La 6^e révision de l'AI, dernière étape de l'assainissement

S'il est une chose que l'on ne peut prétendre, à propos de l'assurance-invalidité (AI), c'est qu'elle ait stagné ces dernières années. Si, au cours des 32 premières années de son existence, elle a connu trois révisions importantes, depuis l'entrée en vigueur de la 4^e révision, le 1^{er} janvier 2004, elle se trouve dans un processus permanent de réforme – et d'assainissement. Ce rythme s'est encore intensifié avec la dernière étape du plan d'assainissement.

tal opéré début 1998, pour ce même montant, du régime des allocations pour perte de gain (APG) à l'AI n'a cependant permis qu'un désendettement ponctuel: fin 1999, le compte de capital de l'AI affichait déjà un nouveau solde négatif de 1,5 milliard de francs; le rejet par le peuple, en juin 1999, de la 1^{re} partie de la 4^e révision de l'AI¹ n'y était pas pour rien. La principale gageure pour l'assurance restait donc de garantir sa stabilité financière à moyen et à long terme. Il importait d'élaborer un **plan d'assainissement** qui lui permette de retrouver des comptes équilibrés et, à moyen terme, de rembourser des dettes qui s'accumulaient à un rythme inquiétant.

Le plan d'assainissement

Après le rejet de la 1^{re} partie de la 4^e révision de l'AI, le Conseil fédéral a repris les mesures de ce projet qui n'avaient pas été contestées² et s'est efforcé de stopper la dynamique ascendante du taux de rentes. Il s'agissait en outre de favoriser davantage, par des mesures ciblées, l'autonomie des personnes handicapées.³

L'analyse du contexte social, politique, économique et financier, de même que les connaissances acquises et les analyses statistiques effectuées sur les causes et les effets liés aux difficultés financières de l'AI, ont permis d'élaborer un vaste plan d'assainissement destiné à consolider en plusieurs étapes – c.-à-d. en plusieurs révisions de loi et autres mesures législatives (financement additionnel, simplification de la procédure) – la situation financière d'une assurance sociale surendettée.

La première étape, englobant 4^e et 5^e révisions de l'AI, a permis de freiner la spirale infernale de l'endettement et de stabiliser le déficit annuel à un milliard de francs environ. La 5^e révision de l'AI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, combinait extension des prestations et mesures d'économie⁴. En acceptant un léger relèvement de la TVA au bénéfice de l'AI, limité à la période de 2011 à 2017, le peuple et les cantons ont approuvé explicitement, le 27 septembre 2009, la **deuxième étape du plan d'assainissement**. Les dettes de l'AI cesseront ainsi d'augmenter, puisque son déficit annuel d'un milliard de francs est provisoirement éliminé. La création d'un fonds de compensation distinct pour l'AI permet par ailleurs de séparer ses comptes de ceux de l'AVS. Dans le même temps, le Parlement assignait au Conseil fédéral, par la loi sur l'assainissement de l'AI, le mandat de lui soumettre un message proposant notamment des mesures du côté des dépenses. Il lui demandait donc de présenter au Parlement



Adelaide Bigovic-Balzardi
Office fédéral des assurances sociales

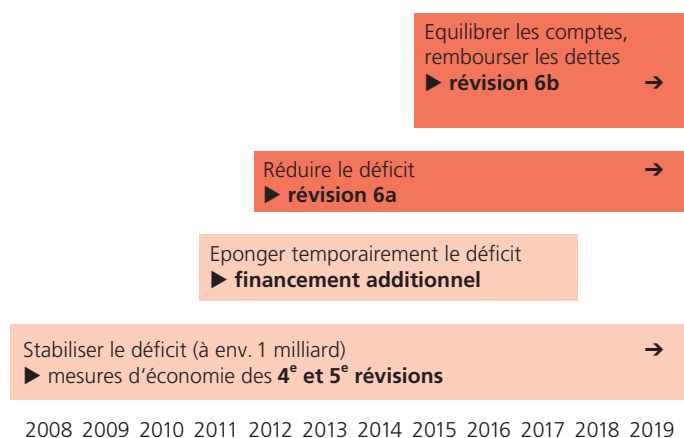
Coup d'œil rétrospectif

Depuis le milieu des années 90, la situation financière de l'AI n'a cessé de s'aggraver. Fin 1997, ses dettes se montaient à 2,2 milliards de francs. Le transfert de capi-

- 1 Transfert de cotisations des APG à l'AI, suppression des rentes complémentaires et des quarts de rente, et autres mesures de maîtrise des coûts telles que simplification des procédures administratives, amélioration de la collaboration avec les autres assurances sociales et uniformisation de l'exécution.
- 2 Notamment la création de services médicaux régionaux, l'aide active au placement des assurés invalides aptes à la réadaptation et l'intensification de la recherche sur les causes de l'invalidité.
- 3 Nouvel article sur le but de l'assurance, projets pilotes visant à aider les assurés nécessitant des soins et de l'assistance à mener une vie autonome et responsable, adaptation des montants de l'allocation pour impotent.
- 4 Mesures destinées à freiner l'augmentation du nombre de nouvelles rentes (principalement détection et intervention précoces et mesures de réinsertion), abandon du supplément de carrière, suppression des rentes complémentaires en cours et transfert des mesures médicales de réadaptation professionnelle dans le système de prestations de l'assurance-maladie.

Plan d'assainissement

G1



Source : OFAS

la troisième et dernière étape du plan d'assainissement. Celle-ci doit permettre à l'assurance de réduire suffisamment ses dépenses pour qu'une fois privée des recettes provenant du relèvement de la TVA (à partir de 2018), elle ne connaisse pas de nouveaux déficits et puisse rembourser ses dettes envers le Fonds AVS. Car, pour le Conseil fédéral, l'AI ne sera entièrement assainie que quand elle aura remboursé ses dettes.

Troisième et dernière étape du plan d'assainissement : la 6e révision de l'AI

Pour remplir le mandat du Parlement tout en poursuivant sur la voie tracée par la 5e révision de l'AI, celle de l'accent accru mis sur la réadaptation, le Conseil fédéral a décidé de scinder la 6e révision en deux volets : les révisions 6a et 6b.

La révision 6a, approuvée par le Conseil fédéral le 24 février 2010, a été examinée à la session d'automne 2010 par le Conseil des Etats et à la session d'hiver de la même année par le Conseil national. Les quelques divergences ont pu être éliminées à la session de printemps 2011 et, le 18 mars 2011, le Parlement adoptait le projet. Le délai référendaire a expiré le 7 juillet 2011 sans qu'il en ait été fait usage. De ce fait, les dispositions relatives à la révision des rentes axée sur la réadaptation, au mécanisme de financement, à la baisse des prix dans le domaine des moyens auxiliaires et à la contribution d'assistance sont inscrites dans la loi et entreront en vigueur le 1er janvier 2012 (voir le contenu de la révision 6a et sa contribution à l'assainissement dans l'article publié à la p.244 du présent numéro). Ainsi, les effets d'économie supplémentaires souhaités pourront être obtenus déjà pendant la période de financement additionnel, et avoir leur plein impact les années suivantes.

Les préparatifs de la révision 6b ont été entrepris parallèlement aux débats parlementaires sur la révision 6a. Le 11 mai 2011, deux mois à peine après l'adoption du premier volet par les Chambres, le Conseil fédéral approuvait déjà le message sur la révision 6b de l'AI à l'attention du Parlement.

Le projet, qui devrait entrer en vigueur en 2015, comprend sept mesures, décrites en détail dans l'article «La révision 6b de l'AI», à la p. 259 du présent numéro : système de rentes linéaire, renforcement de la réadaptation, prestations de l'AI pour les bénéficiaires de rente avec enfant, nouveau système des frais de voyage, remboursement de la dette de l'AI envers le Fonds AVS, mécanisme d'intervention en cas de passage du Fonds AI au-dessous d'un certain seuil, et lutte contre la fraude.

Par ailleurs, dans un esprit de transparence, deux autres mesures visant à éliminer des effets pervers ont été mises en consultation avec la révision 6b de l'AI, bien qu'il ait été clair d'emblée que les dispositions concernées ne s'inscriraient pas au niveau de la loi. Aussi ces deux mesures ne figurent-elles plus dans le message sur la révision 6b. Mais étant donné qu'elles doivent être comprises comme étant liées à l'accent accru mis sur les résultats, à l'encouragement de la capacité de gain et à l'élimination des effets pervers, la réorganisation de la formation pro-

Révisions 6a et 6b de l'AI : calendriers comparés

T1

	Révision 6a	Révision 6
Note de discussion	25 août 2008	24 février 2010
Ouverture de la consultation	17 juin 2009	23 juin 2010
Clôture de la consultation	15 octobre 2009	15 octobre 2010
Approbation par le Conseil fédéral à l'attention du Parlement	24 février 2010	11 mai 2011
Débats parlementaires	De l'automne 2010 au printemps 2011	A partir de l'automne 2011*
Adoption du projet par le Parlement (vote final)	18 mars 2011	
Expiration du délai référendaire	7 juillet 2011	
Entrée en vigueur	1er janvier 2012	1er janvier 2015*

* A condition que le Parlement entre en matière sur le projet et tienne le calendrier prévu.

fessionnelle initiale est également présentée dans ce numéro (voir « Formation professionnelle initiale : orientation vers les résultats », à la p.264 de ce numéro).

Le plan d'assainissement permettra à cette assurance sociale de jouir à moyen et à long terme d'une situation financière saine et de remplir ses obligations. Cela dit, après cette décennie de révisions, l'AI ne va pas pour autant tomber en léthargie. Car on ne peut ignorer que la société vit un changement constant et qu'il faut ébaucher aujourd'hui déjà les solutions aux problèmes de demain. Dans cet esprit, l'AI doit voir plus loin que les dernières étapes de son assainissement, continuer de soutenir l'insertion ou la réinsertion des personnes invalides dans le monde du travail, et tâcher de repérer les exigences auxquelles elle devra répondre dans dix ans

pour prévenir, réduire ou éliminer l'invalidité. Il convient également de réfléchir à la manière dont les besoins vitaux, dans les années 2020, pourront être couverts de manière appropriée en cas de permanence des effets économiques de l'invalidité, aux prestations dont les assurés concernés auront besoin pour mener une vie autonome et responsable, ou encore à la question de savoir s'il faut restreindre le mandat légal ou au contraire l'étendre ou le transformer.

Adelaide Bigovic-Balzardi, lic. phil., collaboratrice scientifique,
domaine Assurance-invalidité, OFAS.
Mél. : adelaide.bigovic@bsv.admin.ch

La révision 6a de l'AI

Dans l'optique de la mise en œuvre de la révision 6a, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a associé aux travaux préparatoires les acteurs directement touchés : offices AI, médecins, employeurs, autres assurances sociales, et aussi des assurances privées. Les travaux de mise en œuvre sont également en cours dans les offices AI et, en parallèle, la formation est en préparation. Elle commencera en décembre et se poursuivra en 2012. Ainsi, le projet adopté par le Parlement en mars 2011 pourra entrer en vigueur comme prévu le 1^{er} janvier 2012.



Barbara Schär, Katrin Jentsch, Patrick Cudré-Mauroux
Office fédéral des assurances sociales

La révision 6a comprend les quatre points suivants :

Révision des rentes axée sur la réadaptation

- création de conditions de base favorables à la réadaptation des bénéficiaires de rente
- réadaptation de 17 000 bénéficiaires de rente, ou réduction de l'effectif des rentes de 12 500 rentes pondérées en l'espace de six ans

Mécanisme de financement

- dissociation de la contribution de la Confédération des dépenses de l'AI

Baisse des prix dans le domaine des moyens auxiliaires

- intensification de la concurrence entre fournisseurs de prestations pour faire baisser les prix

Contribution d'assistance

- introduction d'une nouvelle prestation aidant les assurés à mener une vie autonome et responsable

Révision des rentes axée sur la réadaptation

La révision 6a de l'AI crée des conditions de base favorables à la réadaptation des bénéficiaires de rente, ou nouvelle réadaptation. Dès l'entrée en vigueur de la révision, le 1^{er} janvier 2012, la réinsertion de 17 000 bénéficiaires de rente sur le marché primaire de l'emploi en l'espace de six ans sera activement encouragée. Ces efforts devront être accomplis par l'assurance-invalidité, mais surtout par les bénéficiaires de rente eux-mêmes et par les employeurs.

Réadapter des bénéficiaires de rente et prévenir l'octroi de nouvelles rentes

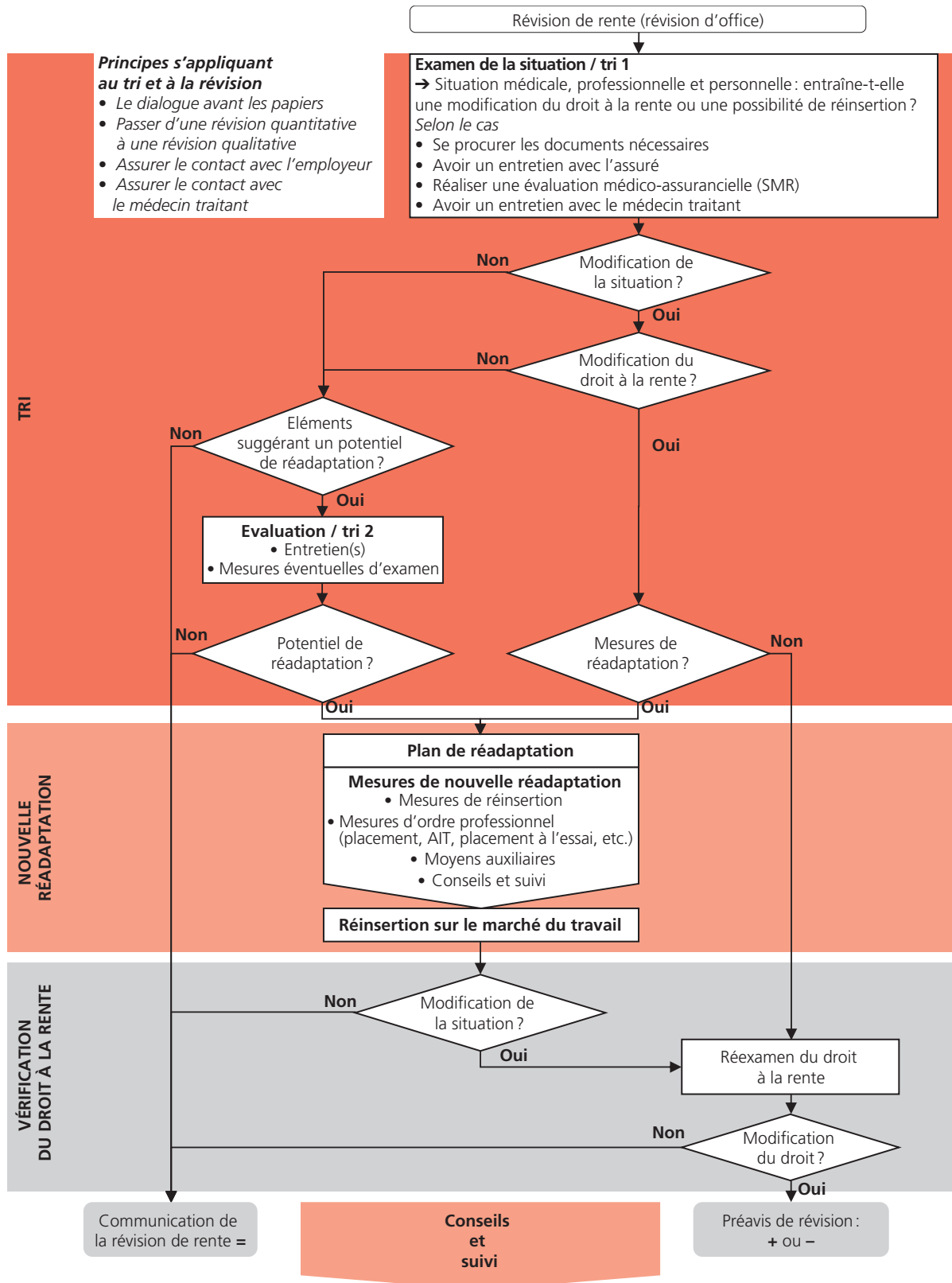
Outre l'objectif de réduire l'effectif des rentes de 12 500 rentes pondérées en l'espace de six ans grâce à la (nouvelle) réadaptation des bénéficiaires, la première priorité reste de prévenir l'octroi de nouvelles rentes. Si la mise en invalidité ne peut être évitée, un délai de révision sera fixé en fonction du cas concret dès le moment de l'octroi de la rente, et les allocataires seront suivis activement pendant la période où ils touchent leur rente. Ceux qui présentent un potentiel de réadaptation seront spécialement préparés à réintégrer le marché du travail, ils seront conseillés et accompagnés et bénéficieront de mesures spécifiques. Cela représente un véritable changement de paradigme, l'adage « rente un jour, rente toujours » étant remplacé par le principe : « la rente, passerelle vers la réinsertion ».

Avec la révision 6a, la procédure de révision des rentes sera aménagée de façon plus fine qu'aujourd'hui. A l'avenir, l'examen sera centré sur le potentiel de réadaptation de l'assuré et donc sur la question de savoir si sa capacité de gain peut être améliorée par des mesures appropriées, ce qui pourrait constituer un motif de révision. L'assuré a, quant à lui, l'obligation de collaborer au processus de réadaptation.

Pour évaluer correctement le potentiel de réadaptation de l'assuré, compte tenu de sa situation personnelle, le dialogue avec lui jouera à l'avenir un rôle bien plus

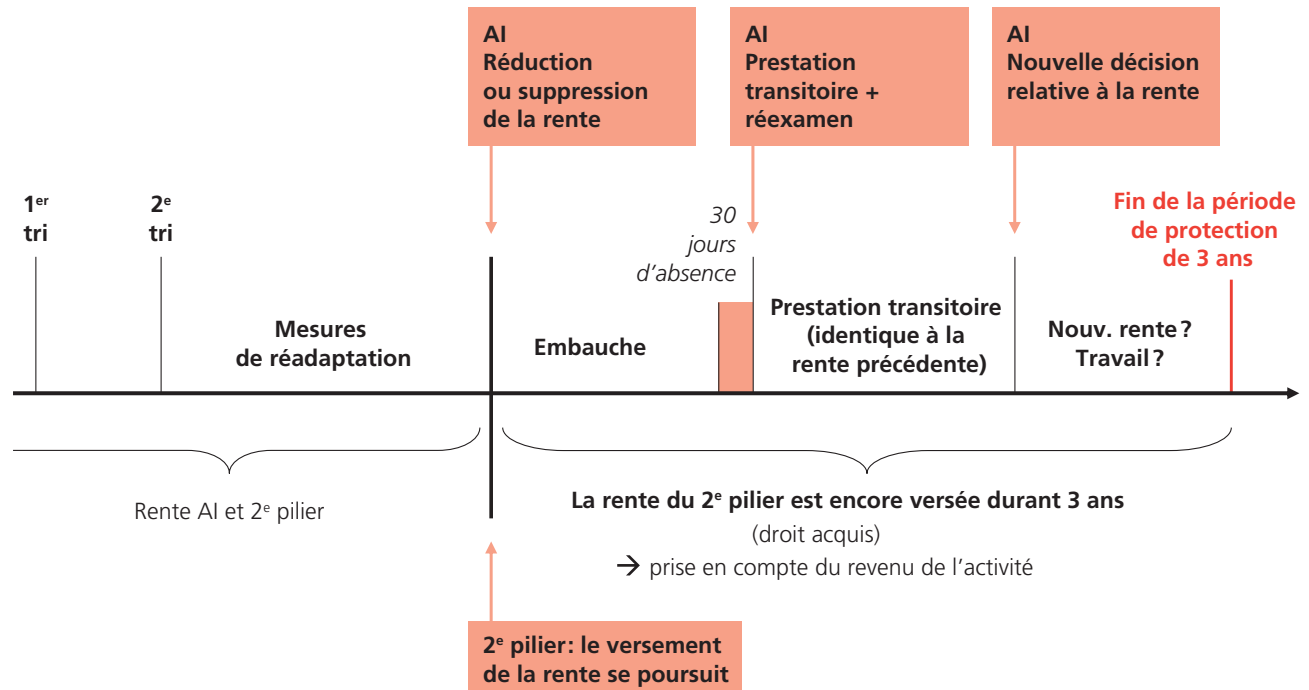
Processus type de la nouvelle réadaptation

G1



Source : OFAS

Nouvelle réadaptation



Source : OFAS

déterminant que le simple examen du dossier ou de longues investigations. Ce dialogue est possible en particulier lorsque les futurs nouveaux bénéficiaires de rente sont accompagnés d'emblée sur la voie de la réadaptation et que les médecins traitants sont associés à l'ensemble du processus.

Si l'office AI arrive à la conclusion que l'assuré présente un potentiel de réadaptation, ce potentiel est examiné de façon approfondie au moyen d'une évaluation impliquant tous les acteurs concernés (médecin traitant, employeur, autres assurances). Selon le résultat, l'office AI élabore un plan de réadaptation ou décide que la rente doit continuer d'être versée.

La rente continue d'être versée pendant la durée des mesures de réadaptation. Ce n'est qu'une fois celles-ci achevées que l'assurance décide d'une éventuelle réduction ou suppression de la rente.

Instruments de promotion de la réadaptation

L'objectif de la révision des rentes axée sur la réadaptation est une réinsertion durable sur le marché primaire de l'emploi, avec pour corollaire une réduction de l'effectif des rentes. Les mesures de nouvelle réadaptation doivent donc autant que possible être réalisées déjà sur ce marché. Cela vaut en particulier pour les mesures de réinsertion, que la révision 6a étend au-delà de la durée d'une année actuellement en vigueur, afin de mieux ré-

pondre aux besoins individuels des bénéficiaires de rente présentant un potentiel de réadaptation.

Autre instrument essentiel mis à la disposition des assurés et de leur employeur, les **conseils et le suivi** auxquels ils ont droit durant le processus de réadaptation et les trois ans suivant une nouvelle réadaptation réussie. Le but des conseils et du suivi est d'aider les bénéficiaires de rente à trouver sur le marché primaire de l'emploi une activité correspondant à leurs aptitudes, à leurs connaissances et à leurs talents. Ce faisant, il importe de prendre au sérieux et d'aborder les craintes et les doutes que ceux-ci peuvent éprouver à ce propos. Après la suppression de la rente, il s'agit surtout de s'assurer que la personne puisse garder durablement l'emploi qu'elle a obtenu sur le marché primaire du travail et de continuer à l'accompagner, le cas échéant sous la forme d'un job coaching. Les conseils donnés à l'employeur potentiel durant tout le processus, pendant et après la réadaptation, constituent une part essentielle de la prestation. Il peut s'agir aussi bien de la clarification d'aspects relatifs au droit des assurances que de l'aménagement progressif de la situation de travail ou du coaching de toute une équipe.

La possibilité de procéder à un **placement à l'essai** pour tester les performances de l'assuré sur le marché primaire de l'emploi constitue une autre mesure importante. Le placement à l'essai étant une mesure de réadaptation de l'AI, il ne crée pas de rapports de travail au sens du CO.

L'avantage, pour l'entreprise, est qu'elle ne doit supporter aucun coût : ni versement du salaire, ni primes d'assurance. Pour l'assuré, le placement à l'essai est un élément du processus de nouvelle réadaptation qui augmente considérablement ses chances de trouver un emploi fixe sur le marché primaire du travail.

Le graphique **G1** illustre le processus type de la nouvelle réadaptation, qui a valeur de ligne directrice pour les offices AI.

Si le succès des mesures de nouvelle réadaptation aboutit à une réduction ou à la suppression de la rente, une **période de protection de trois ans** commence. Dès qu'une personne est à nouveau en incapacité de travail à 50% au moins pendant plus de 30 jours et que l'incapacité de travail se prolonge, les prestations de l'assurance-invalidité, des prestations complémentaires et de la prévoyance professionnelle lui sont versées au titre de prestation transitoire pour le même montant qu'avant la réduction ou la suppression de la rente. Simultanément, l'office AI entame un nouveau réexamen du taux d'invalidité. L'assuré a ainsi la garantie que, pendant trois ans, il ne sera pas financièrement désavantagé pour avoir tenté de se réinsérer.

Cette réglementation offre également une protection aux nouveaux employeurs potentiels. Si la prestation transitoire intervient avant le versement d'éventuelles indemnités journalières en cas de maladie, l'employeur n'est pas tenu de déclarer le cas à son assurance d'indemnités journalières. Il évite ainsi le relèvement de primes qui pourrait s'ensuivre et le risque que l'assurance résilie son contrat. Une telle disposition est particulièrement importante pour les petites et moyennes entreprises : en effet, le risque d'augmentation des primes serait fortement dissuasif pour les PME, d'autant qu'il serait souvent impossible à un petit employeur de poursuivre le versement du salaire sur une longue durée sans une telle assurance. Pendant la période de protection, le nouvel employeur n'a pas non plus besoin d'annoncer l'assuré à son institution de prévoyance, car c'est encore l'ancienne institution qui est compétente. L'incitation ainsi offerte par la période de protection contribue à éviter, pendant trois ans, que les personnes dont la situation se dégrade à nouveau ne soient simplement « refilees » à l'assurance-chômage, puis à l'aide sociale.

Importance du rôle des employeurs

Les employeurs jouent un rôle déterminant dans le processus de réadaptation. Ce rôle réside non seulement dans leur disposition à engager des personnes qui peuvent avoir perdu depuis un certain temps tout contact avec le monde du travail, mais aussi dans l'offre d'une entreprise où effectuer des mesures de réinsertion ou des mesures d'ordre professionnel telles que le placement à l'essai. Pour que les employeurs soient en mesure de jouer effectivement ce rôle, la révision 6a a modifié les

conditions de base afin qu'elles favorisent davantage la réadaptation.

L'entreprise où sont effectuées les mesures de réinsertion reçoit de l'AI une contribution financière à cette prise en charge. De plus, les risques financiers encourus jusqu'ici sont atténués par l'indemnité en cas d'augmentation des cotisations ou par la période de protection qui suit une nouvelle réadaptation réussie, et la compensation financière de la réduction des performances durant la période d'initiation (allocation d'initiation au travail) est simplifiée administrativement. Par ces mesures comme par le placement à l'essai, l'AI offre aux employeurs différents moyens d'atteindre de nouveaux collaborateurs potentiels sans devoir assumer des frais de recrutement. Elle favorise ainsi activement l'embauche de personnes ayant surmonté (partiellement ou entièrement) leur handicap.

Perspectives

La révision 6a crée une série de mesures qui facilitent aux offices AI la réinsertion des personnes présentant un potentiel de réadaptation et qui offrent des solutions flexibles aux assurés comme aux employeurs. De ce fait, l'objectif fixé (réduction de l'effectif des rentes de 12 500 rentes pondérées en l'espace de six ans, ou de 2000 rentes pondérées par an) paraît réaliste, d'autant plus qu'aujourd'hui déjà, sans les mesures prévues, quelque 2000 rentes pondérées sont supprimées chaque année suite à des révisions de rente et à des réadaptations.

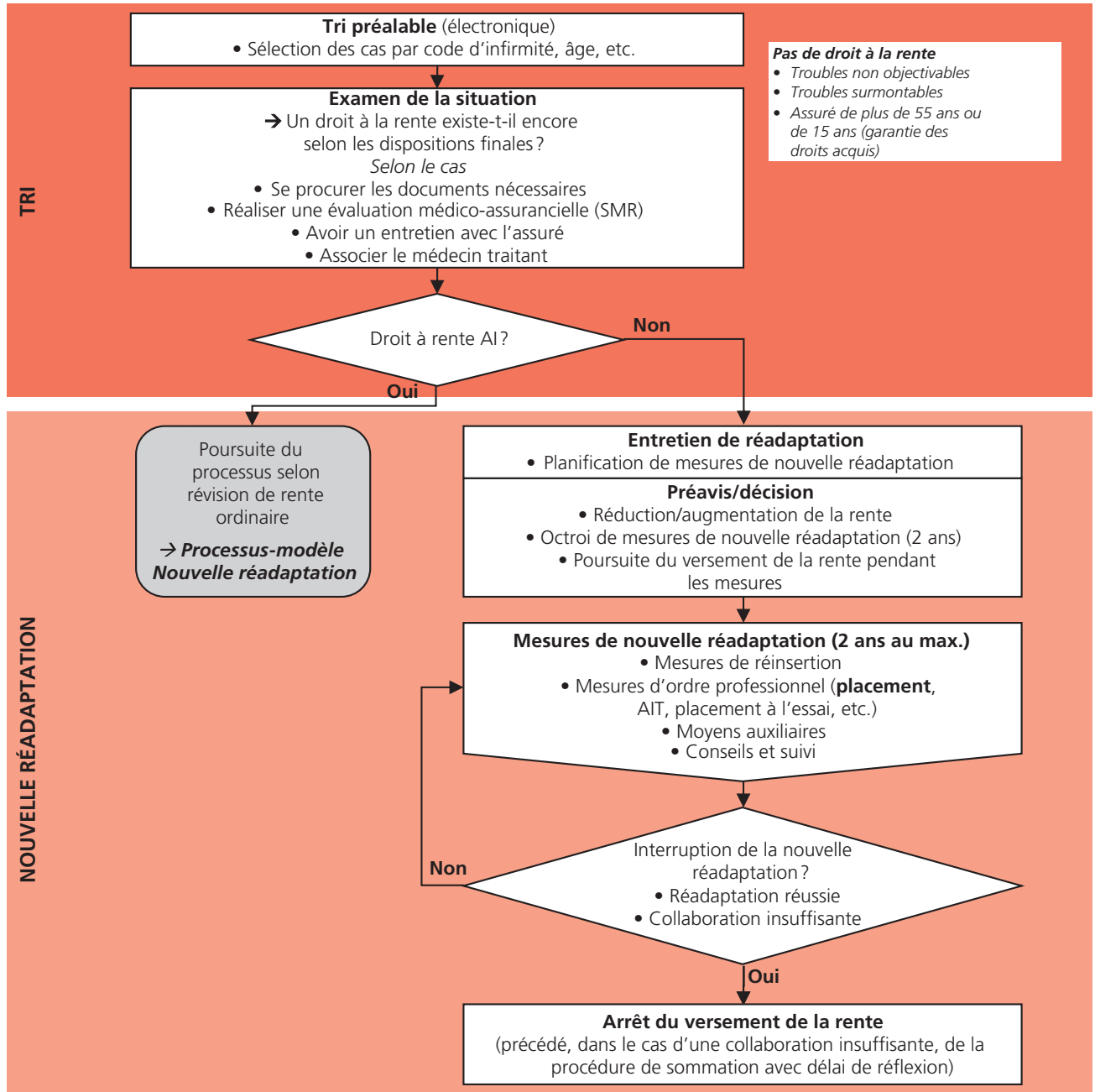
En plus de l'assuré, le collaborateur de l'office AI responsable de la réadaptation doit associer au processus, à temps et le plus simplement possible, tous les autres acteurs concernés : médecin traitant et employeur d'abord, mais aussi, selon les cas, représentants d'autres assurances sociales. Intensifier efficacement la collaboration entre ces partenaires et amener les employeurs à prendre leurs responsabilités, c'est en cela que réside le défi de la mise en œuvre de la révision des rentes axée sur la réadaptation.

Révision des rentes prévue par les dispositions finales

Les dispositions finales règlent un cas spécial de révision des rentes qui se distingue en plusieurs points de la révision intervenant dans le processus de nouvelle réadaptation décrit ci-dessus.

Dans un souci d'égalité des droits, ces dispositions appliquent également aux rentes en cours une pratique de longue date du Tribunal fédéral que la 5^e révision de l'AI avait inscrite dans la loi. Il s'agit en l'occurrence de réexaminer sous l'angle du droit des assurances des pathologies qui, dans l'état actuel de la médecine, ne sont pas mesurables au moyen de tests cliniques, et donc pas objectives, et dont le diagnostic ne repose que sur les affirmations subjectives des patients. Concrètement, il s'agit de déterminer si, malgré la présence d'atteintes à la santé, on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il travaille.

Processus type selon les dispositions finales



Source : OFAS

Chaque cas est examiné en détail, en tenant compte du fait que la rente a jusqu'ici été perçue conformément au droit, ainsi que de la situation qui en est résultée. La question de savoir si la reprise d'un travail est raisonnablement exigible est examinée sur la base de différents critères, dits critères de Føerster. On examine en particulier l'éventuel effet cumulatif de facteurs tels que l'asso-

ciation à une pathologie physique chronique ou l'échec d'un traitement entrepris avec conviction.

Si une décision de réduction ou de suppression de la rente est prise, l'assuré a alors droit durant deux ans à des mesures de nouvelle réadaptation, dans l'esprit d'une réglementation transitoire des cas de rigueur ; durant ces deux ans, la rente continue d'être versée malgré la déci-

sion prise. Dans ce cas, l'assuré n'a cependant pas droit aux prestations prévues par les dispositions relatives à la période de protection, telles que le versement d'une prestation transitoire en cas de rechute de plus de 30 jours.

Selon la jurisprudence actuelle du Tribunal fédéral, les tableaux cliniques concernés par les dispositions finales sont les suivants : les troubles somatoformes douloureux, la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique, l'hyper-somnie, la neurasthénie, les troubles dissociés de la motricité, de la sensibilité et de la réceptivité, et les distorsions de la colonne cervicale (coup du lapin). Ne sont pas touchées en revanche par cette réglementation les pathologies pour lesquelles un diagnostic peut être posé clairement à l'aide d'examen cliniques ou psychiatriques. Ainsi, des tableaux cliniques tels que dépression, schizophrénie, troubles compulsifs, troubles du comportement alimentaire ou troubles de la personnalité ne font pas l'objet du réexamen prévu par les dispositions finales.

Le réexamen des rentes en cours prévu par les dispositions finales se fera dans un délai de trois ans à partir du 1^{er} janvier 2012. La garantie des droits acquis est prévue pour les personnes de 55 ans et plus et pour celles qui touchent une rente depuis plus de 15 ans.

Nouveau mécanisme de financement

Selon le droit en vigueur, la contribution de la Confédération est liée aux dépenses annuelles de l'AI ; elle augmente donc lorsque les dépenses de l'assurance augmentent et diminue lorsque les dépenses de l'assurance diminuent. Ainsi, les efforts d'économie de l'AI profitent à la Confédération.

Le nouveau mécanisme de financement prévoit de dissocier cette contribution des dépenses de l'AI : son montant sera donc fixé indépendamment des dépenses de l'assurance. Il est prévu que la contribution de la Confédération reflète l'évolution économique générale, l'avantage étant qu'elle ne sera ainsi plus tributaire des fluctuations parfois importantes des dépenses de l'AI. Concrètement, dans les prochaines années, l'AI bénéficiera intégralement des mesures introduites par les 4^e, 5^e et 6^e révisions. Le nouveau mécanisme de financement transfère toutefois à l'AI les risques suivants :

- baisse des recettes si la conjoncture se détériore,
- augmentation des dépenses si le nombre de nouvelles rentes augmente.

Pour que ces risques restent prévisibles pour l'AI, le Parlement a introduit une disposition selon laquelle la contribution de la Confédération ne peut tomber au-dessous de 37,7% des dépenses d'une année.

En complément, l'OFAS a procédé à des calculs sur la base des scénarios suivants :

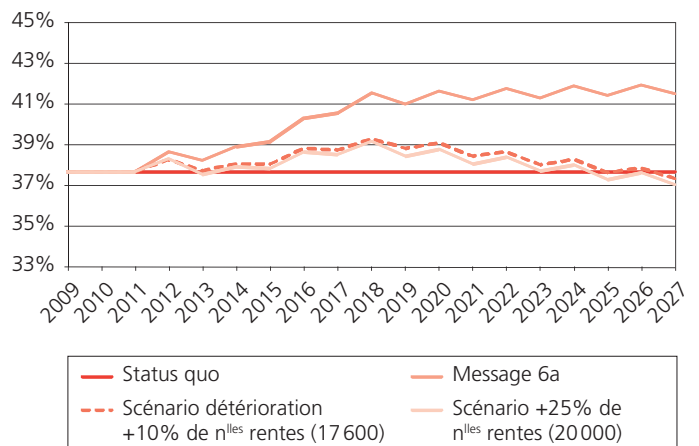
- le nombre de nouvelles rentes dépasse pendant plusieurs années de 25% le niveau actuel (scénario +25% de nouvelles rentes) ;
- le nombre de nouvelles rentes dépasse pendant plusieurs années de 10% le niveau actuel et la conjoncture économique se détériore (scénario détérioration +10% de nouvelles rentes).

Le graphique **G4** illustre ces hypothèses et montre que, même selon ces scénarios pessimistes, le plancher de 37,7% fixé par le Parlement ne serait pas atteint avant dix ans.

Conformément à la décision prise par le Conseil fédéral en février 2010 et approuvée dans le cadre des débats parlementaires, le nouveau mécanisme de financement entrera en vigueur en 2014, soit deux ans après les autres dispositions de la révision 6a. Cela permettra de réduire la charge supportée par la Confédération.

Part de la Confédération selon le nouveau mécanisme de financement et selon le droit en vigueur (37,7% des dépenses)

G4



Source : OFAS

Baisse des prix dans le domaine des moyens auxiliaires

Dans le domaine des moyens auxiliaires, les mesures d'assainissement prévues par la révision 6a consistent en un renforcement des instruments déjà à disposition de l'AI et dans l'introduction de la concurrence.

Les instruments que l'AI peut utiliser dans ce contexte sont les conventions tarifaires, la fixation de montants maximaux et le remboursement à forfait. La révision 6a prévoit de les renforcer. D'une part, le Conseil fédéral en disposera aussi pour fixer la prise en charge des prestations de service fournies lors de la remise de moyens auxiliaires.

D'autre part, le cercle des partenaires avec lesquels une convention tarifaire pourra être conclue sera élargi. A l'avenir, le Conseil fédéral – ou plutôt, par délégation, l'OFAS – pourra en conclure non seulement avec les intermédiaires, mais aussi avec les fabricants, les grossistes ou les détaillants, par exemple. Cela doit conférer à l'OFAS une plus grande marge de manœuvre dans les négociations, afin d'obtenir des prix plus bas.

A ces instruments, la révision 6a en ajoute un quatrième : le recours à une procédure d'adjudication selon les règles légales en vigueur pour les marchés publics, en vue de permettre à la Confédération d'acquérir des moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat. Le Conseil fédéral prévoyait initialement que cet instrument s'inscrive au même niveau que ceux déjà à sa disposition. Toutefois, durant les débats parlementaires, une majorité a défendu l'idée que la procédure d'adjudication ne soit utilisée qu'en dernier recours, si les autres instruments ne produisent pas l'effet escompté. Le Conseil fédéral ne pourra donc décider de procéder par adjudication sans qu'un examen de l'efficacité des autres instruments n'ait été réalisé au préalable.

Ces modifications font suite aux nombreuses critiques émises quant aux prix pratiqués dans le domaine des moyens auxiliaires. Ainsi, dans son rapport annuel de 2003, le Surveillant des prix a jugé qu'en comparaison avec les pays voisins, les prix des appareils auditifs étaient trop élevés en Suisse.¹ Le renforcement de la concurrence a également fait l'objet de deux motions déposées au Conseil national en 2005.² Enfin, en 2006 et 2007, le Contrôle fédéral des finances s'est penché sur la question de la remise des appareils auditifs et en a jugé le coût trop important. Son rapport contient huit recommandations en tout sur ce point.³

Il convient de rappeler ici que l'AI prend actuellement en charge la remise de pas moins de 50 types de moyens auxiliaires. Parmi les plus onéreux figurent les appareils auditifs (50 millions de francs par an) et les fauteuils roulants (44 millions de francs par an). L'économie visée par la réduction des coûts dans ce domaine est comprise entre 35 et 50 millions de francs par année.

Enfin, en ce qui concerne les appareils auditifs, il est à relever que, le 1^{er} juillet 2011, sont entrées en vigueur les modifications des ordonnances concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité⁴ et par l'assurance-vieillesse⁵, ainsi qu'une nouvelle ordonnance concernant l'habilitation des audioprothésistes pédiatriques⁶. Ces modifications comprennent l'introduction d'un nouveau système de forfaits pour la remise des appareils auditifs, celle de montants maximaux pour la remise d'appareils auditifs aux enfants et, afin de garantir la qualité des prestations destinées aux enfants, l'obligation, pour les audioprothésistes désirant offrir leurs prestations à la charge de l'assurance, d'être au bénéfice d'une habilitation.

Ancien système de prise en charge de la remise d'un appareil auditif

T1

Degré de déficience auditive	Appareillage monaural (hors TVA)	Appareillage binaural (hors TVA)
Degré 1	1395 CHF	2275 CHF
Degré 2	1750 CHF	2820 CHF
Degré 3	2100 CHF	3355 CHF

Source : statistique des PC, OFAS

Nouveau système forfaitaire

T2

	Appareillage monaural (TVA incl.)	Appareillage binaural (TVA incl.)
Forfaits	840 CHF	1650 CHF

Source : statistique des PC, OFAS

La contribution d'assistance

La contribution d'assistance constitue un autre point fort du premier volet de la 6^e révision de l'AI. Elle vient compléter les prestations telles que l'allocation pour impotent et son supplément pour soins intenses, les prestations offertes dans le cadre des soins de base fournis à domicile et les contributions aux prestations de tiers en lieu et place d'un moyen auxiliaire.

La contribution d'assistance vise à favoriser l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées en les aidant à mener une vie plus autonome et responsable.

Octroyée aux assurés adultes qui bénéficient de l'allocation pour impotent et qui vivent à domicile, elle leur permettra d'engager au moyen d'un contrat de travail – autre condition à remplir – une personne en qualité d'assistant. Seule une personne physique ne faisant pas partie de la proche famille peut être engagée à ce titre.

1 www.preisueberwacher.admin.ch/themen/00008/00016/index.html?lang=fr

2 Motions Walter Müller (05.3154) et Lucrezia Meier-Schatz (05.3276)

3 Rapport du CDF « Politique d'octroi de moyens auxiliaires aux personnes handicapées », www.efk.admin.ch/pdf/5153BE-Endbericht.pdf

4 OMAI ; RS 831.232.51

5 OMAV ; RS 831.135.1

6 RS 831.201.26

Le Conseil fédéral est chargé de fixer les conditions auxquelles la contribution d'assistance peut en outre être octroyée aux assurés mineurs et aux assurés majeurs dont l'exercice des droits civils est limité. Les conditions prévues par le Conseil fédéral dans le règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) sont actuellement en consultation. Le projet prévoit que pour les assurés mineurs, outre les conditions liées à l'octroi d'une allocation pour impotent et le fait que l'assuré doit vivre à domicile, l'une des conditions suivantes doit être remplie :

- il fréquente régulièrement l'école ordinaire, ou
- il suit une formation professionnelle sur le marché ordinaire de l'emploi, ou
- il exerce une activité professionnelle sur ce même marché à raison d'au moins dix heures par semaine, ou encore
- il perçoit, dans le cadre de l'allocation pour impotent, un supplément pour soins intenses couvrant ses besoins en soins et en surveillance à raison d'au moins six heures par jour.

Bien qu'en principe la contribution d'assistance soit octroyée à une personne pouvant vivre de façon autonome et doive en toute logique être refusée à un **assuré majeur dont l'exercice des droits civils est limité**, le projet prévoit que ce dernier peut y prétendre lorsque l'une des conditions suivantes est remplie :

- l'assuré tient son propre ménage, ou
- il suit une formation professionnelle sur le marché ordinaire de l'emploi, ou une formation de degré secondaire supérieur ou tertiaire, ou
- il exerce une activité professionnelle sur le marché ordinaire de l'emploi, ou encore
- il a bénéficié, lorsqu'il était mineur, de la contribution d'assistance en raison du versement d'un supplément pour soins intenses, couvrant les besoins en soins et en surveillance à raison d'au moins six heures par jour et il prétend encore à la contribution d'assistance au jour de sa majorité. Si la contribution d'assistance cesse d'être octroyée à la majorité de l'assuré, ce dernier ne peut plus faire valoir cette condition.

Le choix des conditions posées montre bien le but visé par cette mesure, qui est de permettre à l'assuré de vivre à domicile et de réussir sa réinsertion sociale et professionnelle.

Concrètement, la contribution d'assistance est destinée à couvrir les besoins d'aide des assurés dans les domaines suivants : actes ordinaires de la vie, tenue du ménage, participation à la vie sociale et organisation des loisirs, éducation et garde des enfants, exercice d'une activité d'intérêt public ou bénévole, fréquentation d'une formation professionnelle ou continue, exercice d'une activité professionnelle, ainsi que la surveillance de jour et la présence d'un tiers durant la nuit. Elle se montera à

30 francs de l'heure (45 francs de l'heure pour les prestations d'aide nécessitant des qualifications particulières). Pour les prestations effectuées de nuit, le montant de la contribution dépend de l'intensité de l'aide nécessaire, mais il est plafonné à 80 francs. A ces montants s'ajoute un supplément de 8,33% représentant le droit aux vacances de l'assistant engagé par contrat de travail.

Selon les estimations faites sur la base de l'expérience acquise grâce au projet pilote « Budget d'assistance », quelque 3000 personnes majeures devraient en bénéficier, auxquelles il faut ajouter moins de 300 enfants. Bien que le message du Conseil fédéral relatif à la révision 6a indique que la charge financière représentée par la contribution d'assistance sera compensée par la réduction de moitié des allocations pour impotent pour les pensionnaires de home et, dans une moindre mesure, par les réductions de rentes rendues possibles (dans les cas où l'assuré exerce une activité professionnelle), des coûts supplémentaires pour l'AI sont attendus. Ils s'expliquent par l'élargissement, dans le cadre des travaux préparatoires des dispositions d'exécution, du cercle des bénéficiaires aux assurés mineurs et aux assurés majeurs dont l'exercice des droits civils est limité.

Contribution de la révision 6a à l'assainissement de l'assurance

Amélioration des comptes de l'AI de 2012 à 2027

Les mesures envisagées permettront une amélioration des comptes de l'AI de 350 millions de francs par an en moyenne de 2012 à 2027.

T3

Mesure	Amélioration des comptes de l'AI
Révision des rentes axée sur la réadaptation	119
Nouveau mécanisme de financement	151
Baisse des prix dans le domaine des moyens auxiliaires	46
Contribution d'assistance et réduction de l'allocation pour impotent pour les adultes vivant en home	–
Autres mesures (suppression de l'allocation pour impotent et de la contribution aux frais de pension pour les mineurs vivant en home)	32
Total : amélioration des comptes de l'AI	348

Source : Message relatif à la 6^e révision de l'AI, 1^{er} volet

Les conséquences financières restent en principe celles estimées par le message, à savoir que les mesures prévues améliorent les comptes de l'AI de 350 millions de francs par année en moyenne de 2012 à 2027, ou de 500 millions de francs par année de 2018 à 2027. Il n'y a que dans le domaine de la contribution d'assistance qu'il faudra compter avec un certain surcoût étant donné que le Parlement a modifié les conditions d'octroi.

Selon les nouvelles prévisions (scénarios sur l'évolution démographique et économique et touchant les facteurs relatifs à l'invalidité), le déficit attendu de 2019 à 2025 devrait pouvoir être réduit de 750 millions de francs par année, et cela à la fois grâce aux mesures de la révision 6a, aux recettes supplémentaires de l'AI et aux économies réalisées du côté des dépenses.

Barbara Schär, juriste, secteur Législation,
domaine Assurance-invalidité, OFAS.
Mél.: barbara.schaer@bsv.admin.ch

Katrin Jentzsch, cheffe de projet, secteur Insertion professionnelle,
domaine Assurance-invalidité, OFAS.
Mél.: katrin.jentzsch@bsv.admin.ch

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

Les rentiers AI ont-ils intérêt à travailler ?

L'actuel système de rentes de l'assurance-invalidité (AI) produit des effets de seuil, dus à ses quatre échelons de rente qui déterminent le montant de la rente en fonction de l'importance de l'incapacité de gain pour raison de santé. En conséquence, il arrive qu'une augmentation de la capacité de gain résiduelle ou du revenu de l'activité lucrative (revenu d'invalide) engendre une réduction disproportionnée de la rente. Ces effets de seuil pénalisent financièrement ceux qui reprennent une activité lucrative ou augmentent leur taux d'occupation.

et déduction de tous les versements obligatoires¹ qui permet de présenter la situation économique des rentiers AI en fonction de leur revenu professionnel.

Nous sommes conscients que l'augmentation du taux d'occupation dépend aussi de l'état de santé de l'assuré et de la situation sur le marché du travail.

Modélisation

La situation économique des ménages des rentiers AI est définie sur la base du « revenu disponible », qui représente ce dont un ménage dispose effectivement, après ajout au revenu de l'activité lucrative des principaux transferts dépendant du revenu (rentes des 1^{er} et 2^e piliers,



Basil Gysin

Interface Etudes politiques Recherche Conseil, Lucerne



Oliver Bieri

Situation de départ

L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a chargé *Interface Etudes politiques Recherche Conseil* d'effectuer une comparaison des incitations au travail dans le système de rentes actuel et dans un système linéaire. Interface a développé un modèle de calcul du revenu disponible après ajout des prestations de transfert

Méthode de calcul du revenu disponible

G1



¹ Cf. Gysin/Bieri (2010). Le modèle utilisé s'appuie sur un modèle développé par Interface en collaboration avec la CSIAS (cf. Knupfer et al. 2007).

Source : représentation des auteurs

prestations complémentaires, aide sociale, réduction des primes) et déduction des versements obligatoires (déductions sociales, impôts, primes d'assurance-maladie). Le graphique **G1** illustre la composition du revenu disponible :

Le revenu disponible doit financer toutes sortes de dépenses, comme le loyer, l'alimentation, l'habillement, la formation, la garde des enfants par des tiers, les transports, les loisirs, les assurances et les autres frais.

Pour la simulation du revenu disponible, différents cas de figure ont été définis, les variables étant le type de ménage, le revenu de l'activité lucrative avant invalidité (revenu avant invalidité), le droit à des prestations du 2^e pilier (régime obligatoire ou surobligatoire de la prévoyance professionnelle) et l'augmentation du salaire liée à la carrière. Chaque cas de figure repose sur une hypothèse concernant la carrière professionnelle. Nous avons ensuite calculé les rentes d'invalidité des 1^{er} et 2^e piliers pour différents taux d'invalidité sur la base de cette carrière hypothétique. Par ailleurs, nous avons considéré que les ménages vivaient à Lucerne et que l'invalidité était due à une maladie. Nous n'avons donc pas tenu compte d'éventuelles rentes de l'assurance-accidents.²

Ces cas de figure ne peuvent pas être considérés comme représentatifs vu qu'il n'existe pas de cas de rente AI typique ou représentatif. Toutefois, ils couvrent bien l'éventail de situations possibles.

Systèmes de rentes

Le montant des rentes dépend du taux d'invalidité. Pour les personnes actives, ce taux est mesuré de la façon suivante : on commence par déterminer le revenu d'activité lucrative que l'assuré aurait pu réaliser en l'absence d'atteinte à la santé (revenu avant invalidité), puis on en déduit le revenu d'activité pouvant raisonnablement être réalisé après l'atteinte à la santé (revenu d'invalidité). On obtient ainsi la perte de revenu liée à l'invalidité, qui permet de déterminer le taux d'invalidité. Donc, plus la différence entre le revenu avant invalidité et le revenu d'invalidité est élevée, plus le taux d'invalidité est important. A l'inverse, une augmentation du revenu d'invalidité entraîne une baisse du taux d'invalidité et donc parfois une baisse de la rente.

Système actuel

Dans le système de rentes actuel, la quotité de la rente diminue avec le taux d'invalidité, mais par paliers. Le tableau **T1** présente les quatre échelons de rente. La quotité de la rente est identique dans le 1^{er} et le 2^e pilier. La rente d'invalidité du 1^{er} pilier est une fraction de la

T1

Taux d'invalidité	Rente
40% au moins	Quart de rente
50% au moins	Demi-rente
60% au moins	Trois quarts de rente
70% au moins	Rente entière

Source : art. 28, al. 2, LAI

rente (principale) entière. Les rentiers AI avec enfants touchent en outre, dans le système actuel, une rente pour enfant équivalant à 40% de la rente principale dans le 1^{er} pilier et à 20% dans le 2^e pilier.

Système linéaire

L'étude a porté sur le système de rentes actuel et sur un modèle de système linéaire, qui ont fait l'objet d'une comparaison. Le modèle proposé met un terme aux échelons de rente. Il est linéaire, au sens où chaque baisse du taux d'invalidité se traduit par une baisse proportionnelle de la quotité de la rente. Alors que dans le système actuel, les échelons de rente sont identiques dans les 1^{er} et 2^e piliers, on a opté, dans le système linéaire, pour des formules différentes pour les deux piliers. Pour le 1^{er} pilier, le modèle prévoit une baisse de 1,25 point de la quotité de la rente pour chaque baisse d'un point du taux d'invalidité (diminution linéaire entre les deux valeurs centrales du système actuel, depuis une rente de 100% pour un taux d'invalidité de 100% jusqu'à une rente de 25% pour un taux d'invalidité de 40%). Dans le 2^e pilier, la quotité de la rente est en revanche égale au taux d'invalidité. Le modèle proposé prévoit en outre une réduction de la rente pour enfant du 1^{er} pilier, qui passe de 40 à 30% de la rente principale.

Résultat

A l'aide du modèle mis au point, nous avons calculé les revenus disponibles pour tous les cas de figure. Ces derniers ont été sélectionnés afin de constituer un ensemble de cas (revenus disponibles élevés et faibles) dans lequel il est fort probable que l'on retrouve une grande partie des rentiers touchant ces revenus avant

² Pour une présentation détaillée de la méthode employée, cf. Gysin/Bieri (2010).

Personne seule avec un revenu avant invalidité de 90 000 francs et différentes rentes **T2**

Cas de figure	Age lors de l'octroi de la rente	Revenu annuel avant invalidité	Rente annuelle principale du 1 ^{er} pilier	Rente annuelle principale du 2 ^e pilier
A1 (rente élevée)	40	90 000	24 732	39 636
A2 (rente basse)	40	90 000	23 856	19 480

invalidité. Nous avons à cet effet formulé différentes hypothèses en ce qui concerne le montant des prestations de la prévoyance professionnelle (prestations obligatoires ou surobligatoires) et la carrière professionnelle du rentier. A titre d'exemple, voici deux situations concrètes. Dans la première (A1), l'assuré bénéficie d'une rente élevée, dans la seconde (A2), la rente perçue est faible.

Incitations à travailler dans le système actuel

Le graphique **G2** représente la modélisation du revenu disponible dans le système de rentes actuel.

L'axe horizontal représente le salaire brut (revenu d'invalidé). Les lignes bleues montrent le revenu dont le ménage dispose effectivement (axe vertical). Ce graphique permet de formuler différentes observations.

Un assuré dont le revenu d'invalidé est nul (taux d'invalidité de 100%) perçoit entre 35 000 et 52 000 francs. Si son salaire de départ est plus élevé et qu'il est assuré à titre surobligatoire, son revenu disponible correspond plutôt à la ligne du haut. Si en revanche son salaire de départ est plus faible et qu'il n'est assuré au 2^e pilier qu'à titre obligatoire, son revenu disponible correspond plutôt à la ligne du bas.

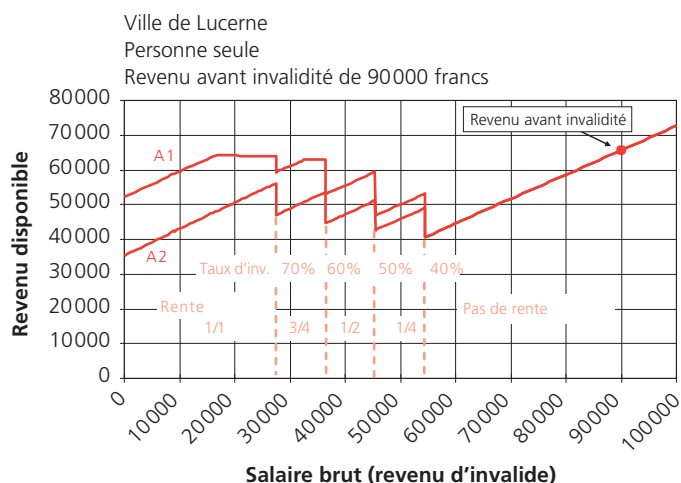
On constate qu'une personne qui réalise un revenu annuel de l'ordre de 25 000 francs (taux d'invalidité légèrement supérieur à 70%, rente entière) n'a pas intérêt à augmenter son taux d'occupation, car si elle gagne davantage, elle perd un quart de rente, voyant ainsi son revenu disponible chuter.

Le même phénomène se produit pour un revenu de 35 000 francs (taux d'invalidité de 60%, trois quarts de rente), de 45 000 francs (50%, demi-rente) et de 54 000 francs (40%, quart de rente). En pratique, pour un assuré (cas A2) réalisant un revenu d'invalidé de 25 000 francs, une augmentation de salaire ou du taux d'occupation est pénalisante sur le plan financier. S'il travaille plus, il perd de l'argent. Ce n'est qu'en gagnant 45 000 francs de plus (soit en triplant quasiment son revenu d'invalidé) qu'il

disposerait à nouveau du même revenu disponible. Ce «montant de compensation» est encore plus élevé dans le cas A1.

Dans ce dernier cas, on constate, dans certaines tranches de revenu (de 17 000 à 27 000 francs, et de 33 000 à 36 000 francs), que le revenu disponible n'augmente pas en dépit de l'augmentation du revenu d'invalidé (progression horizontale). Cela tient aux mécanismes de réduction dans le 2^e pilier qui visent à empêcher qu'une personne touchant une rente d'invalidité dispose de plus d'argent qu'avant la survenance de l'invalidité (règle pour empêcher la surindemnisation). Dans ces tranches de revenu, chaque franc supplémentaire gagné (revenu d'invalidé) donne lieu à une réduction d'un franc de la rente du 2^e pilier.

Revenu disponible dans le système actuel (cas A1 et A2) **G2**



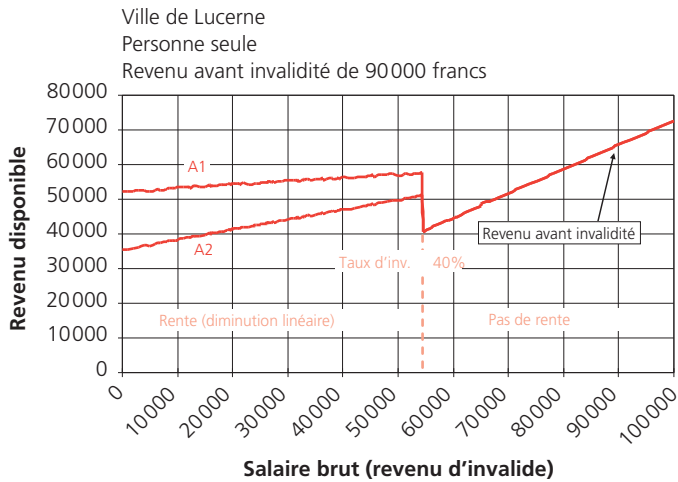
Source: calculs des auteurs

L'analyse des différents cas de figure faisant l'objet de l'étude permet de tirer les conclusions suivantes :

1. Même en tenant compte du revenu disponible, c'est-à-dire des transferts liés au revenu et des versements obligatoires, les échelons du système de rentes actuel ont une incidence marquée sur le revenu disponible. Ils produisent des effets de seuil et réduisent les incitations à travailler.
2. Pour les assurés dont le revenu avant invalidité était faible ou moyen, les prestations complémentaires jouent un rôle majeur. Nous reviendrons sur ce point par la suite.
3. L'impact des règles de surindemnisation se fait particulièrement sentir sur les rentiers bénéficiant de rentes pour enfant. Ces mécanismes de réduction annulent

Revenu disponible dans un système linéaire (cas A1 et A2)

G3



Source : calculs des auteurs

toutes les incitations, puisqu'une augmentation du revenu de l'activité lucrative se traduit directement par une réduction équivalente des rentes.

Incitations à travailler dans un système linéaire

Le graphique G3 présente un système de rentes linéaire. On observe sur ce graphique que le revenu disponible augmente constamment pour les rentiers dans les situations A1 et A2. Chaque augmentation du revenu de l'activité se traduit par une augmentation du revenu disponible. Il y a donc incitation à travailler quel que soit le revenu réalisé. Seule exception, le seuil de sortie : lorsque le taux d'invalidité passe sous la barre des 40%, le droit à une rente s'éteint.

En résumé, on peut tirer les conclusions suivantes :

1. Par rapport au système actuel, le système linéaire proposé améliore les incitations à travailler. Toutefois, le seuil de sortie, lorsque le taux d'invalidité est de 40%, subsiste et il s'accroît même légèrement en raison du système de rentes choisi pour le 2^e pilier. Pour les ménages ayant droit à des prestations complémentaires, le système de rentes actuel contient déjà des incitations à travailler. C'est pourquoi, le changement de système n'a quasiment pas d'impact, étant donné que les prestations complémentaires s'ajoutent aux prestations des 1^{er} et 2^e piliers. Le revenu disponible des assurés bénéficiant de prestations complémentaires ne change donc presque pas lorsque l'on passe à un système linéaire.

2. Le système linéaire ne change rien aux règles de surindemnisation, qui continuent à réduire les incitations à travailler.

Incitations à travailler et prestations complémentaires

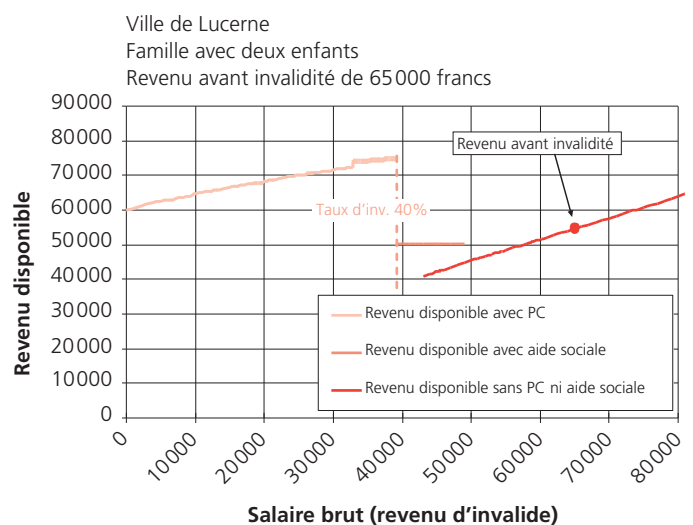
Les incitations négatives dans le système des prestations complémentaires n'étaient pas l'objet de cette étude, mais quelques résultats ont été obtenus à ce propos. Le graphique G4 représente la situation d'une famille avec deux enfants ayant droit à des prestations complémentaires en raison de la faiblesse de ses revenus (rentes et revenu d'activité).

On observe les points suivants.

- Les prestations complémentaires prévoient une incitation financière au travail, dont l'efficacité apparaît dans nos calculs. C'est pourquoi la ligne rose clair est croissante dans le graphique G4.
- Il est possible que les ménages touchant une faible rente et un faible revenu d'invalide disposent d'un revenu plus élevé après la survenance de l'invalidité parce qu'ils ont alors droit à des prestations complémentaires. Cela tient au fait que ces dernières visent à garantir le minimum vital du ménage et ne connaissent donc pas de règle de surindemnisation.
- Les prestations complémentaires peuvent accentuer considérablement l'effet de seuil lorsque l'assuré quitte le système (dès que son taux d'invalidité passe en dessous de 40%). Dans des cas extrêmes, une augmentation

Revenu disponible avec prestations complémentaires

G4



Source : calculs des auteurs

Commentaire de l'OFAS Pour renforcer la réadaptation, il faut modifier le système : vaincre les effets de seuil grâce à un système de rentes linéaire

La révision 6a introduit la révision des rentes axée sur la réadaptation. Elle jette ainsi les bases de la réadaptation des bénéficiaires de rente et lève de nombreux obstacles à la réadaptation (voir le contenu de la révision 6a et sa contribution à l'assainissement dans l'article publié à la p. 244 du présent numéro). En revanche, ce 1^{er} volet de la 6^e révision de l'AI n'a pas résolu la question des incitations financières à travailler pour les rentiers. C'est chose faite avec la révision 6b. Les quatre échelons de rente du système actuel peuvent avoir pour conséquence que les rentiers AI qui augmentent leur revenu professionnel bénéficient en fin de compte d'un revenu disponible moins élevé. Cette situation est désécurisante pour les bénéficiaires de rente, qui sont nombreux à demander combien ils peuvent gagner en plus sans risquer de voir leur rente diminuer. Pour aller plus loin dans la réadaptation des bénéficiaires de rente, il faut donc repenser entièrement le système des rentes.

Dans le cadre des travaux de préparation de la révision 6b, l'OFAS a mandaté une étude comparative des incitations à travailler dans un système de rente linéaire et dans le système actuel au moyen d'une modélisation des revenus. Il s'agissait de voir combien d'argent les assurés gagnaient effectivement, c'est-à-dire d'étudier les incitations au travail d'un système de rentes au niveau du revenu net (revenu disponible après transferts, impôts et taxes). Cette étude montre qu'à cause des échelons de rente du système actuel, le revenu disponible peut diminuer en cas d'augmentation du salaire brut (effets de seuil). Par ailleurs, un système de rentes linéaire augmente considérablement les incitations à travailler. L'étude confirme ainsi que l'introduction d'un système de rentes linéaire prônée par le Conseil fédéral dans le cadre de la révision 6b va dans la bonne direction.

Lors de la consultation sur la révision 6b, le principe d'un modèle linéaire a recueilli une majorité de réponses favorables, mais les avis étaient partagés quant à sa forme concrète. Le nouveau système linéaire a été optimisé dans le message relatif à la révision 6b en tenant compte des résultats de la consultation et des dernières prévisions (scénarios démographiques, économiques et en rapport avec l'invalidité). Le système choisi diffère par conséquent de celui présenté ici. Une présentation complète du nouveau système de rentes linéaire figure dans le message du Conseil fédéral relatif à la révision 6b (cf. l'article sur la révision 6b de l'AI à la page 259 du présent numéro de CHSS).

minime du revenu entraînant une sortie du système AI peut engendrer une perte de 10 000 francs de transferts (1^{er} et 2^e piliers et prestations complémentaires). Dans le graphique **G4** la perte du droit aux prestations complémentaires est directement compensée par un droit à l'aide sociale.

En résumé

Premier résultat de l'étude, le système de rentes actuel de l'assurance-invalidité présente des incitations négatives au travail ayant un impact sur le revenu disponible. En raison des quatre échelons de rente, une augmentation du revenu de l'activité peut se traduire par une baisse du revenu disponible. Dans ce cas, l'assuré qui travaille davantage est pénalisé au lieu d'être récompensé. Deuxièmement, nous avons pu montrer qu'un système linéaire élimine en grande partie les effets de seuil constatés, sauf pour un taux d'invalidité de 40%. Une réflexion de fond sera nécessaire pour supprimer ce seuil. On constate cependant qu'il est difficile de concilier incitations financières à travailler et maîtrise des coûts de l'assurance-

invalidité. En pratique, pour résoudre la problématique du seuil de sortie, il faut soit réduire les incitations à travailler, soit augmenter les coûts. Troisièmement, en raison des règles de surindemnisation et des prestations complémentaires à l'AI, il existe des « incitations nulles » et des effets de seuil sur lesquels le système de rentes n'a pas d'influence, puisqu'ils dépendent des dispositions légales relatives à la surindemnisation et aux prestations complémentaires à l'AI. On ne peut donc améliorer les incitations à travailler pour toutes les tranches de revenu qu'en adaptant également le système des prestations complémentaires et les règles de surindemnisation. Les effets de ces adaptations ne faisaient pas l'objet de la présente étude et nécessitent des analyses approfondies.

Bibliographie

Bieri, Oliver ; Gysin, Basil (2010) : Modellierung des verfügbaren Einkommens von IV-Rentnerinnen und IV-Rentnern : finanzielle Erwerbsanreize im Vergleich zweier Rentensysteme. Rapport de synthèse dans le cadre du programme de recherche de l'assurance-invalidité (PR-AI), sur www.ofas.admin.ch [rubrique « Documentation », puis « Publications », puis « Etudes, expertises... »].

Knupfer Caroline ; Pfister Natalie ; Bieri Oliver (2007) : Aide sociale, impôts et revenus en Suisse. Conférence suisse des institutions d'action sociale.

Knupfer Caroline ; Bieri Oliver (2007) : Impôts, transferts et revenus en Suisse. Conférence suisse des institutions d'action sociale.

Oliver Bieri, Dr.phil. I, directeur du secteur Sécurité sociale et intégration, Interface Etudes politiques Recherche Conseil, Lucerne.
Mél. : bieri@interface-politikstudien.ch

La révision 6b de l'AI

Le Conseil fédéral a approuvé le message relatif au 2^e volet de la 6^e révision de l'assurance-invalidité (révision 6b) en date du 11 mai 2011. Il a ainsi répondu au mandat que le Parlement lui avait confié d'assainir l'AI, notamment par une réduction des dépenses. Les mesures prévues garantiront la stabilité financière de l'assurance à la fin de la période de relèvement de la TVA, soit dès 2018. La révision 6b a par ailleurs pour objectif d'achever le remboursement de la dette de l'AI envers le Fonds AVS d'ici à 2025, période à laquelle l'AVS aura vraisemblablement besoin de liquidités. Il appartient maintenant au Parlement d'examiner le projet, ce qu'il fera dès cet automne déjà. L'entrée en vigueur de la révision est prévue pour 2015.



Rosalba Aiello
Office fédéral des assurances sociales

En l'absence de révision, l'AI présenterait à nouveau un déficit important dès 2018, c'est-à-dire dès la fin du financement additionnel. La révision 6a prévoit des mesures qui, conjuguées à l'augmentation des recettes et à la baisse des dépenses de l'assurance (selon les dernières projections), permettront de réduire ce déficit d'environ 750 millions de francs par an en moyenne de 2019 à 2025. La révision 6b, quant à elle, achève l'assainissement de l'assurance en visant non seulement un équilibre durable

des comptes, mais également le remboursement de la dette envers l'AVS d'ici à 2025. Outre des mesures d'assainissement prévues au niveau du règlement et des directives – qui ne font donc pas partie du message adopté par le Conseil fédéral –, la révision 6b comprend sept mesures principales: les quatre premières permettront d'alléger les comptes de l'assurance alors que les autres permettront d'effacer les marques des années noires passées par l'AI et d'intervenir si l'assurance devait à nouveau se trouver dans les chiffres rouges.

Mesures proposées

La révision 6b a été mise en consultation du 23 juin au 15 octobre 2010. Le projet avait à ce stade déjà été présenté dans la CHSS (cf. article « Sprint final pour un assainissement durable », CHSS 4/2010). Il convient dès lors de s'attarder sur les points qui ont été modifiés afin de tenir compte des prises de position et sur les nouveautés qui ont été apportées.

Système de rentes linéaire

« *Il doit valoir la peine de travailler!* », tel est le mot d'ordre de cette mesure. Il est paradoxal de constater que les bénéficiaires de rente qui reprennent une activité lucrative ou qui augmentent leur taux d'occupation sont aujourd'hui financièrement pénalisés. L'échelonnement actuel des rentes a en effet pour conséquence qu'en cas de succès de la réadaptation, la réduction de la rente est, dans de nombreux cas, plus importante que l'augmentation du revenu du travail, si bien qu'au bout du compte, l'assuré dispose de moins d'argent (cf. Les rentiers AI ont-ils intérêt à travailler?, p.253). Cette situation ne peut perdurer, tant au vu de l'objectif de réadaptation que poursuit l'AI qu'au regard des investissements effectués dans les mesures de réadaptation par la 5^e et la 6^e révision. C'est pourquoi la révision 6b prévoit de mettre en place un système de rentes linéaire.

Dans le cadre de la consultation, la majorité des participants ont évalué positivement la suppression des échelons de rente et la mise en place d'un système linéaire dans l'AI et la prévoyance professionnelle (PP). Toutefois, de nombreux participants ont rejeté la formule proposée, notamment en raison de l'ampleur des réductions de rente qu'elle entraînerait dans l'AI et du report de charges sur les cantons (prestations complémentaires). Divers

participants ont demandé que la quotité de la rente AI soit égale au taux d'invalidité, comme c'est le cas pour la rente PP. D'autres ont enfin critiqué l'existence de formules différentes pour l'AI et pour la PP.

Sur la base des résultats de la consultation, le système de rentes linéaire a été adapté dans le message afin que l'AI et la PP adoptent la même formule. Dans le nouveau système linéaire proposé, la quotité de la rente correspond ainsi au taux d'invalidité. Autrement dit, un taux d'invalidité de 50% donne droit à 50% d'une rente entière, un taux de 66%, à 66% d'une rente entière, etc. Ce principe ne s'applique pas aux taux d'invalidité de 40 à 49% et à ceux supérieurs à 79% : un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente (25%), la quotité de la rente augmentant ensuite de 2,5 points pour chaque point de taux d'invalidité supplémentaire, alors que les taux de 80 à 100% donnent droit à l'assuré à une rente entière, à moins qu'il ne réalise effectivement un revenu, graphique G1.

Pour tous les taux d'invalidité, les rentes sont plus élevées que dans la variante mise en consultation, afin que le nouveau système entraîne moins de réductions de rentes et moins de transferts de coûts vers les prestations complémentaires. Cela a également pour conséquence une réduction des économies réalisées. Dans le même temps, cette adaptation tient compte d'une autre critique émise dans le cadre de la consultation : la formule choisie permet de ne pas découpler les rentes de l'assurance-invalidité et de la prévoyance professionnelle.

Par rapport au système actuel, les rentes des futurs bénéficiaires seront :

- identiques pour un taux d'invalidité de 50%, de 100%, et de 80 à 99% sans revenu d'activité effectif ;
- plus élevées pour un taux d'invalidité de 41 à 49% ou de 51 à 59% ;
- plus basses pour un taux d'invalidité de 60 à 79%.

Le nouveau système ne s'appliquera pas aux rentes des assurés âgés de 55 ans et plus à l'entrée en vigueur de la révision 6b (environ 124 000 personnes). Les quarts de rente versés en raison de taux d'invalidité de 40 à 49% ne seront par ailleurs adaptés que si le taux d'invalidité dépasse 50%. Sur les 280 000 rentes existantes, 216 000 (soit 77%) ne changeront pas, 23 000 (soit 9%), correspondant à des taux d'invalidité de 51 à 59%, augmenteront légèrement, et 41 000 (soit 14%) baisseront. 38% des bénéficiaires de rente perçoivent des prestations complémentaires, qui compensent en principe intégralement toute réduction de rente. C'est pourquoi le nombre de personnes effectivement concernées par une baisse de revenu ne sera que de 26 000, soit moins de 10% de l'effectif total des rentes.

Renforcement de la réadaptation

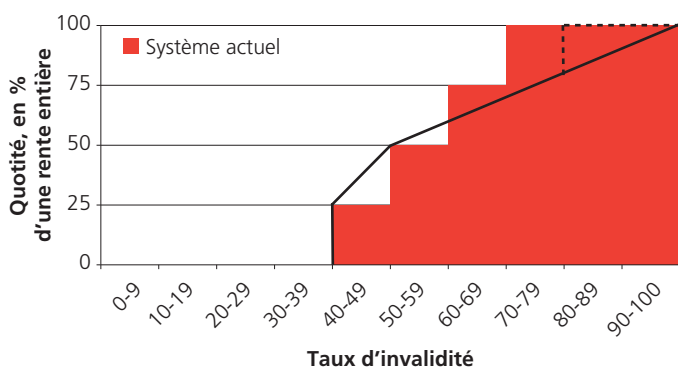
La réadaptation des assurés est le mandat que la Constitution a conféré à l'assurance-invalidité et qui s'exprime par l'idée-force « la réadaptation prime la rente ». La révision 6b prévoit de poursuivre sur cette voie ouverte par la 5^e révision afin que l'AI passe d'une assurance de rentes à une assurance axée sur la réadaptation. Il s'agit tout d'abord d'optimiser et de flexibiliser les instruments mis en place par la 5^e révision puis d'en introduire de nouveaux qui viseront également la prévention de l'invalidité. Ces changements seront principalement importants et efficaces dans la pratique pour les assurés souffrant d'un handicap psychique qui, avec un taux de 40%, représentent le plus grand groupe de bénéficiaires de rente AI.

Les avis exprimés dans le cadre de la consultation ont salué l'idée de renforcer la réadaptation, tout en critiquant différents aspects d'ordre général. Ainsi, certains participants ont regretté que les employeurs ne soient pas intégrés de manière plus contraignante dans le processus de réadaptation. L'inscription dans la loi d'une évaluation interprofessionnelle a été très largement rejetée, étant considérée comme une limitation de la marge de manœuvre des offices AI. Bien que la définition dans la loi de l'aptitude à la réadaptation soit presque unanimement saluée, son intégration dans les conditions du droit à la rente a été jugée par plusieurs participants comme une prolongation du délai d'attente d'un an ayant pour conséquence d'accroître le nombre de cas à l'aide sociale. Enfin, le renforcement des tâches des services médicaux régionaux (SMR) a été très largement critiqué.

Sur la base des résultats de la consultation, le principe d'une évaluation interprofessionnelle du cas de l'assuré a été supprimé de la loi et les tâches des SMR ne seront pas renforcées. Une nouvelle mesure, la location de services, a été ajoutée dans le message afin de rendre les

Nouveau système pour les rentes AI

G1



assurés plus attractifs aux yeux des employeurs et d'augmenter ainsi leurs chances de réadaptation. Par ailleurs, la détection précoce, qui a été mise en place par la 5^e révision et qui a fait ses preuves depuis, s'ouvrira aussi aux assurés qui ne sont pas encore en incapacité de travail. La limite temporelle des mesures de réinsertion sera quant à elle supprimée afin de ne pas freiner la réinsertion, celle-ci pouvant prendre plus de temps chez les assurés souffrant d'un handicap psychique. Les employeurs seront également plus nombreux à avoir droit au versement de contributions pendant l'exécution des mesures de réinsertion, instrument spécifiquement destiné aux assurés souffrant d'un handicap psychique : pourront en profiter non seulement l'employeur actuel de l'assuré, mais également tout nouvel employeur prêt à accueillir un assuré. Les offices AI pourront par ailleurs dispenser, tel que le préconise déjà la révision 6a pour les mesures de nouvelle réadaptation, des conseils et un suivi à tous les assurés ou employeurs qui le solliciteront, indépendamment de toute autre prestation et sans qu'une annonce à l'AI soit nécessaire. La collaboration avec les employeurs sera intensifiée. Principaux acteurs de la réadaptation, ils seront invités par l'office AI à ne pas résilier les rapports de travail durant l'exécution de mesures de réadaptation sans en avoir préalablement discuté avec lui. Enfin, les assurés n'auront droit à une rente que s'ils ne sont plus aptes à la réadaptation et que leur capacité de travail ne peut plus être rétablie, maintenue ou améliorée par un traitement médical.

Nouvelle situation des bénéficiaires de rente avec enfant

Les bénéficiaires de rente qui ont des enfants perçoivent, en plus de leur rente invalidité, une rente pour chaque enfant de moins de 18 ans (ou 25 ans si ces derniers sont en formation). Celle-ci a pour objectif de donner aux assurés les moyens nécessaires pour faire face aux coûts supplémentaires générés par la charge d'un enfant. Or, depuis l'introduction de la rente pour enfant, d'autres prestations ont été mises en place pour les bénéficiaires de rente avec enfant par le 2^e pilier et par les prestations complémentaires. Par ailleurs, les allocations familiales, uniformisées au niveau fédéral depuis 2009, sont venues compléter les prestations.

La quotité de 40% de la rente d'invalidité initialement fixée par la loi est donc trop élevée. Cela se confirme d'ailleurs par une comparaison avec les échelles d'équivalence usuelles de l'OCDE et de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS), ainsi qu'avec les taux pratiqués par les prestations complémentaires et la prévoyance professionnelle. C'est pourquoi la révision 6b prévoit de faire passer le taux de la rente pour

enfant à 30% de la rente d'invalidité. Cette rente sera ainsi adaptée au pourcentage effectif des frais supplémentaires engendrés par les enfants. La situation des bénéficiaires de rente avec enfant dans l'AVS devra également être adaptée. Les rentes pour orphelin, en revanche, ne seront pas touchées.

Une majorité des participants à la procédure de consultation n'ont pas approuvé sans réserve la mesure proposée concernant les rentes pour enfant. Toutefois, la raison réside non pas dans la mesure elle-même, mais dans le contexte de la révision 6b. Différents participants ont refusé la mesure en raison des coûts supplémentaires transférés aux prestations complémentaires. D'autres ont relevé qu'ils pourraient approuver la mesure s'il n'y avait pas l'introduction d'un système de rentes linéaire, qui entraîne la réduction de certaines rentes d'invalidité, et si la révision prévoyait également des recettes supplémentaires.

La mesure a été intégrée dans le message en reprenant le nouveau taux proposé dans le cadre de la consultation mais avec une restriction destinée à atténuer les effets de sa mise en œuvre : elle ne s'appliquera en effet aux rentes en cours lors de l'entrée en vigueur de la révision qu'après un délai transitoire de trois ans. L'adaptation du système de rentes après la consultation entraînant une nette diminution du nombre de rentes d'invalidité qui seront réduites, avec une augmentation plus faible des coûts pour les PC, les réserves émises à l'encontre de la réduction des rentes pour enfant ont ainsi pu, au moins en partie, être prises en compte.

Nouveau système des frais de voyage

Sont reconnus comme frais de voyage les dépenses de l'assuré pour se rendre au centre de réadaptation ou de traitement le plus proche afin de suivre des mesures de réadaptation octroyées par l'AI. Cette prestation s'est toutefois très étendue au fil du temps, devenant de plus en plus généreuse. La révision 6b prévoit par conséquent de revenir à une prise en considération des frais de voyage telle que l'avait prévue à l'origine le législateur, à savoir une prestation couvrant les frais nécessaires liés au handicap. La disposition générale sur les frais de voyage sera dès lors supprimée et remplacée par une règle spécifique et adaptée à chaque mesure de réadaptation. Pour les mesures médicales, ne seront ainsi plus remboursés, selon le système du tiers garant, que les frais supplémentaires engendrés par le handicap. Pour les mesures de réinsertion, le reclassement et les moyens auxiliaires, une prise en charge des frais de voyage similaire à celle pratiquée actuellement sera maintenue, mais couplée à un meilleur pilotage et à une plus grande surveillance de la part des offices AI, afin de ne prendre en charge que

les frais supplémentaires qu'une personne non atteinte dans sa santé n'aurait pas à assumer.

La mesure a été majoritairement approuvée dans le cadre de la consultation et le potentiel d'amélioration reconnu de toute part. Cette mesure a donc été reprise dans le message sans subir de modification.

Renforcement de la lutte contre la fraude

La 5^e révision a permis à l'AI de se doter des bases légales nécessaires pour une lutte efficace contre la fraude. Il s'avère toutefois que ce combat ne concerne pas que l'AI, mais toutes les assurances sociales. C'est pourquoi la présente révision a pour objectif de créer une base légale commune à toutes les assurances afin de renforcer le processus. Il ne s'agit ici que d'une modification touchant la procédure.

De nombreux participants à la consultation ont approuvé et soutenu la poursuite et l'extension systématique des mesures de lutte contre la fraude, notamment la codification adoptée dans la LPGA pour toutes les assurances sociales. Cette mesure a donc été reprise dans le message sans subir de modification, mis à part l'introduction d'une disposition similaire dans la LPP qui n'est elle pas soumise à la LPGA.

Désendettement

L'AI est en déficit depuis le début des années 90 et n'a plus réussi à renouer avec les chiffres noirs depuis. Elle a enregistré ces dernières années des déficits de l'ordre d'un milliard de francs et a accumulé une dette envers le Fonds AVS qui s'élève aujourd'hui à environ 15 milliards de francs.

Afin de répondre à la volonté du législateur d'assainir durablement l'AI, il est nécessaire de rembourser cette dette. La révision 6b prévoit un remboursement en fonction du niveau des liquidités et des placements du Fonds AI. Lorsque ceux-ci seront supérieurs à 50% des dépenses annuelles de l'assurance, à savoir le minimum prévu par la loi, la totalité de l'excédent sera versé à l'AVS. Si les avoirs du Fonds sont égaux ou inférieurs à 50%, le remboursement sera suspendu.

Le remboursement proposé de la dette de l'assurance n'a fait l'objet d'aucune critique dans le cadre de la consultation, le principe étant admis par tous. En revanche, une partie des participants a demandé que ce désendettement ne provienne pas seulement d'une réduction des dépenses mais aussi d'une augmentation des recettes.

Cette mesure a été reprise dans le message sans subir de modification. Toutefois, au vu des nouveaux scénarios démographiques, économiques et en lien avec l'invalidité, un désendettement de l'assurance d'ici à 2025 – et

non pas à 2028 comme planifié dans le cadre du projet mis en consultation –, à savoir lorsque l'AVS aura vraisemblablement besoin de liquidités, est envisagé. Cet objectif paraît aujourd'hui réaliste mais requiert bien sûr que les deux volets de la 6^e révision déploient tous les effets escomptés.

Mécanisme d'intervention

Jusqu'à fin 2010, l'AI a toujours pu compter sur l'appui financier de l'AVS pour couvrir ses déficits. Or depuis le 1^{er} janvier 2011, l'AI et l'AVS sont financièrement indépendantes l'une de l'autre. Dans la mesure où l'AI dispose d'un Fonds de compensation distinct, elle ne peut plus compter que sur ses propres ressources pour faire face à ses dépenses. Jusqu'à fin 2017, elle bénéficie des recettes supplémentaires du relèvement temporaire de la TVA. A partir de 2018, elle devra être financièrement solide, ce que garantissent les deux volets de la 6^e révision.

La révision 6b prévoit l'introduction d'un mécanisme d'intervention visant à garantir l'équilibre financier de l'assurance à long terme. Ce mécanisme évitera à l'AI de se retrouver à l'avenir dans une situation de déficit et d'endettement. Deux variantes ont été mises en discussion dans le cadre de la consultation: la première prévoyait d'agir uniquement du côté des recettes alors que la seconde prévoyait une intervention du côté des recettes et des dépenses, mais pas de manière équivalente. Alors que la première variante a été majoritairement préférée par les participants à la consultation, le message propose un modèle qui prévoit d'agir de manière équilibrée sur les recettes et sur les dépenses.

Le mécanisme comprend dès lors deux phases d'intervention qui s'enclenchent à des moments différents:

- 1^{re} phase: lorsqu'il est prévisible, dans le cadre de la surveillance de l'équilibre financier, que le Fonds AI descendra, dans les trois ans et pour deux années consécutives, en dessous du seuil de 40% des dépenses annuelles de l'assurance, le Conseil fédéral soumet à l'Assemblée fédérale les modifications de loi nécessaires pour retrouver des comptes équilibrés.
- 2^e phase: si le Fonds AI tombe effectivement en dessous du seuil de 40% à la fin d'une année et qu'il est prévisible qu'il sera encore en dessous de ce seuil l'année suivante, le Conseil fédéral relève le taux de cotisation de 0,1 point et suspend l'adaptation des rentes à l'évolution des salaires et des prix. Ces mesures entrent en vigueur simultanément et sont levées dès que le Fonds AI atteint à nouveau 50% des dépenses annuelles, à savoir le seuil minimal prévu par la loi. La suspension de l'adaptation du montant des rentes à l'évolution des prix est limitée à cinq ans. Le montant des rentes d'invalidité doit, dans tous les cas, représenter au moins 95% du montant de la rente de vieillesse de l'AVS.

Incitations supplémentaires à l'intention des employeurs

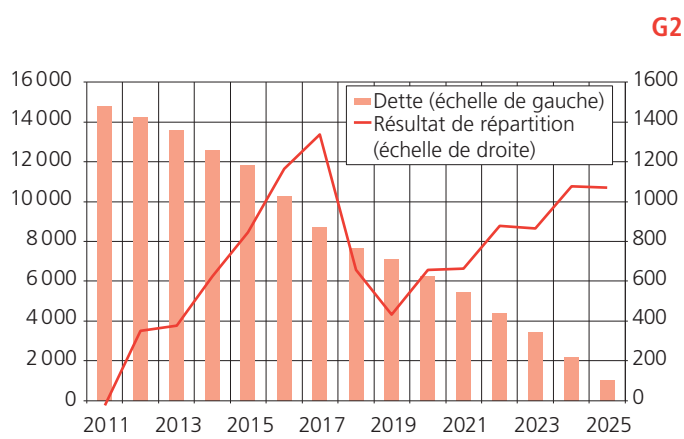
Une nouvelle clause prévoit que le Conseil fédéral doit proposer au Parlement des mesures pour renforcer les incitations à l'intention des employeurs à engager davantage de personnes invalides lorsque la première phase du mécanisme d'intervention s'enclenche. Ainsi, le message du Conseil fédéral ne devra pas seulement comprendre les mesures nécessaires pour rétablir l'équilibre financier, mais également des incitations supplémentaires à l'intention des employeurs. Le passage du niveau du Fonds sous le seuil de 40% est en effet interprété comme un indicateur du fait que les objectifs d'insertion fixés n'ont pas été atteints de manière satisfaisante. Par ailleurs, le Conseil fédéral a mandaté le DFI, lors de l'adoption du message sur la révision 6b, de lui présenter également des propositions de mesures si l'évaluation de la révision 6a aboutit au constat que l'objectif de réadaptation ne peut être atteint.

Conséquences financières

La révision 6b allègera les comptes de l'assurance de 325 millions de francs par an en moyenne entre 2015 et 2025 (compte tenu des investissements dans le renforcement de la réadaptation et des frais de personnel supplémentaire). Elle permettra d'éliminer, le cas échéant, le déficit résiduel de l'assurance après l'introduction des mesures de la révision 6a, afin d'équilibrer les comptes de l'assurance. Elle vise aussi à permettre à l'AI de rembourser intégralement sa dette envers l'AVS d'ici à 2025. L'assurance sera de ce fait durablement assainie, conformément au mandat donné par le Parlement.

Le graphique **G2** présente l'évolution de la dette de l'AI et du résultat de répartition (qui correspond au résultat de l'exercice minoré du produit des placements) pour les années 2011 à 2025 en tenant compte de la révision 6b (en millions de francs, prix de 2011). Un désendettement

total d'ici à 2025 semble réaliste, sur la base de scénarios combinant des hypothèses d'ordre démographique (fécondité, espérance de vie et migration) et économique (évolution des salaires et des prix), compte tenu des facteurs d'invalidité (probabilité de devenir invalide ou de ne plus l'être) et à condition que les deux volets de la 6^e révision déploient les effets escomptés.



Bientôt la fin d'une ère ?

Après avoir passé presque la moitié de ses 51 ans d'existence dans les chiffres rouges, l'AI va pouvoir renouer, grâce à la révision 6b, avec des comptes équilibrés d'ici 2018 et effacer l'ardoise de ses dettes jusqu'en 2025. Pour y arriver, il faudra bien sûr encore passer l'étape du Parlement, voire du vote du peuple, si un référendum est saisi. La partie n'est certes pas gagnée d'avance, mais cela peut sembler de faibles obstacles au vu de ceux que l'assurance a déjà surmontés ces dernières années. Les deux mots d'ordre à garder à l'esprit sont donc « confiance et engagement ». C'est seulement ainsi que l'AI pourra bientôt tourner la page sur ces années noires.

(En millions de francs, aux prix de 2011)

T1

Mesures	2018	2015-2025
Réduction des dépenses		
Nouveau système de rentes	130	150
Renforcement de la réadaptation	0	50
Bénéficiaires de rente avec enfant	160	120
Frais de voyage	20	20
Besoins en personnel	-15	-15
Total	295	325

Rosalba Aiello, juriste, cheffe du secteur Législation, domaine Assurance-invalidité, OFAS.
Mél. : rosalba.aiello@bsv.admin.ch

Formation professionnelle initiale : orientation vers les résultats

Dans le cadre de la réadaptation professionnelle, l'assurance-invalidité finance également des formations professionnelles initiales, à certaines conditions. Les assurés invalides ou menacés d'invalidité ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la maintenir ou à en favoriser l'usage (art. 8, al. 1, LAI).



Marcel Paolino
Office fédéral des assurances sociales

Une personne assurée est considérée comme jouissant de sa capacité de gain lorsque, après avoir suivi des mesures de réadaptation, elle peut réaliser un revenu qui couvre au moins une part importante de ses frais d'entretien. Une formation professionnelle du type décrit à l'art. 16, al. 2, let. a, LAI (préparation à un travail auxiliaire ou à une activité en atelier protégé) ne constitue une mesure de réadaptation au sens de l'art. 8, al. 1, LAI que si elle est susceptible de procurer à la personne assurée une capacité de gain au moins équivalente à un revenu de cet ordre et si les frais qui y sont liés demeurent dans un rapport raisonnable avec le bénéfice qu'on peut en attendre. Les mesures de formation visant uniquement l'intégration sociale ne sont pas prévues par la LAI et ne répondent pas à l'objectif général des mesures de réadaptation.

Le revenu visé, c'est-à-dire le salaire minimal, est aujourd'hui fixé à 2 fr. 55 l'heure. Force est toutefois de constater que les formations initiales financées par l'AI se sont allongées sans que l'effet des mesures ait été vérifié. L'AI se doit de réagir à cette évolution incontrôlée qui ne repose sur aucune base légale.

Formation élémentaire AI et formation pratique INSOS

La formation élémentaire AI / formation pratique INSOS est une formation privée à bas seuil, visant à préparer une personne à l'exercice d'une profession donnée. A l'heure actuelle, ces formations durent généralement deux ans au maximum. Dans la plupart des cas toutefois, il n'est pas possible de constater à l'issue de ces deux ans une réadaptation ayant une incidence sur la rente.

L'assuré termine la formation avec une capacité de gain pratiquement inchangée, alors que la formation a occasionné des frais élevés. Le principe de proportionnalité entre la durée de la formation et le résultat économique de la mesure n'est donc pas respecté dans la plupart des cas.

Nécessité d'intervenir

La nouvelle réglementation en vigueur depuis le 1^{er} juillet prévoit que les formations élémentaires AI / formations pratiques INSOS seront désormais octroyées dans un premier temps pour un an. Vers la fin de la première année de formation, une évaluation est effectuée par l'office AI, l'entreprise formatrice et le jeune en formation. S'il en ressort que la formation a de bonnes chances de déboucher sur une amélioration de la capacité de gain ayant un impact sur la rente, la formation peut être prolongée d'une année. Une deuxième année de formation peut également être accordée si une réinsertion sur le marché primaire de l'emploi est envisageable, même en l'absence d'impact sur la rente dans un premier temps.

L'objectif est d'évaluer les mesures d'ordre professionnel en s'intéressant davantage à leurs résultats et d'imposer des exigences qualitatives plus importantes aux centres de formation. Un groupe de travail va se pencher sur ces thèmes et examinera comment évaluer les résultats des offres de formation en fonction de la capacité de gain obtenue et financer sur cette base les centres de formation.

Calendrier

Pour atteindre cet objectif, un groupe de travail constitué de représentants de l'administration, des offices AI, des organisations de défense des personnes handicapées et des cantons sera mis en place au second semestre 2011. La première séance sera suivie de séances mensuelles qui permettront d'élaborer des pistes de solution. L'idée est de trouver comment financer les centres de formation et le surcoût, lié au handicap de leurs offres de formation pour exploiter au mieux le potentiel des jeunes qui leur sont confiés afin d'offrir à ceux-ci un véritable avenir. Les nouveautés entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

Remboursement des mesures d'ordre professionnel

Les mesures de réinsertion introduites en 2008 par la 5^e révision de l'AI (art. 8, al. 3, let. a^{bis}, LAI) font l'objet de conventions entre les offices AI et les prestataires. A compter du 1^{er} janvier 2012, les offices AI auront également la compétence de conclure des contrats avec les prestataires dans le domaine des mesures d'ordre professionnel (art. 8, al. 3, let. b, LAI). La proximité entre les offices AI et les fournisseurs de prestations aura un impact positif sur l'innovation et la flexibilité et améliorera l'efficacité. L'OFAS se concentrera pour sa part sur sa tâche d'autorité de surveillance.

Le transfert des tâches opérationnelles aux offices AI aura lieu au printemps 2012. Cette nouvelle réglementation constitue une réorganisation des compétences et des processus dans la perspective d'une plus grande proximité avec la clientèle, d'un assouplissement de l'offre, d'une orientation plus marquée vers les besoins et les résultats, d'une meilleure qualité et d'une plus grande efficacité. Les offices AI arrêtent le plan de réadaptation et devraient donc assumer la responsabilité de la mise en œuvre, du coût et de la réussite des mesures. La proximité entre les offices AI et les prestataires aura aussi un impact positif sur les possibilités d'influer directement

sur la formation des prix. L'objectif de cette réorganisation n'est cependant pas de faire des économies.

L'OFAS a résilié en juin 2011, pour le 30 juin 2012, toutes les conventions en vigueur conclues avec les prestataires. Les nouvelles conventions s'inscriront dans un nouveau système de remboursement, les offices AI négociant de nouveaux prix avec les prestataires. Les bases correspondantes seront intégrées au règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) dans le cadre de la modification entraînée par la révision 6a de l'AI. L'OFAS élaborera un modèle de contrat et réglera les responsabilités dans les conditions générales relatives aux contrats (CG).

Le principe de base du nouveau modèle est le suivant: l'office AI du canton d'établissement du prestataire établit avec celui-ci, au nom de l'AI, une convention portant sur les mesures d'ordre professionnel demandées, cette convention valant également pour les offices AI des autres cantons.

Les nouvelles conventions remplacent les conventions tarifaires conclues jusqu'ici par l'OFAS. Durant la phase initiale, des objectifs généraux en matière de résultats y seront fixés. Ils s'articuleront sur les trois axes suivants: rétablissement de la capacité de gain (on entend par là un objectif plus élevé que les 2 fr. 55 visés à l'heure actuelle), exécution économe des mesures et réduction des rentes. La priorité absolue est accordée au succès de la réadaptation. Pour la garantie de la qualité et la surveillance, les rôles respectifs des prestataires, des offices AI, de l'OFAS et des autorités de surveillance cantonales seront aussi clairement séparés que possible. L'OFAS prévoit en outre de procéder à une analyse comparative des effets du remboursement décentralisé des mesures d'ordre professionnel. Les nouveaux modèles en matière de prix et de remboursement constitueront la base de la formation des prix et permettront une comparaison transparente entre les prix.

Marcel Paolino, chef du secteur Insertion professionnelle,
domaine Assurance-invalidité, OFAS.
Mél.: marcel.paolino@bsv.admin.ch

La progression des cotisations salariales n'a jamais été aussi faible qu'en 2010

La crise économique de 2008/2009 n'a impacté pleinement les recettes des assurances sociales financées au moyen de cotisations salariales qu'en 2010. Cette année-là, les cotisations AVS/AI/APG n'ont augmenté que de 0,6%, le taux le plus bas jamais enregistré. Au vu des données du premier semestre, la croissance des cotisations pourrait en revanche être une nouvelle fois supérieure à 3% en 2011.



Salome Schüpbach Solange Horvath
Office fédéral des assurances sociales

Stefan Müller

Les résultats 2010 des assurances AVS/AI/APG et de l'assurance-chômage (AC), centralisées, sont déjà connus. Pour la prévoyance professionnelle (PP), l'assurance-maladie (AMal), l'assurance-accidents (AA) ainsi que les allocations familiales (AF), les chiffres sont de 2009. Cette année-là, dans le compte global des assurances sociales (CGAS), l'évolution des recettes et celle des dépenses ont divergé (-0,5% et +7,3%). Nous présentons ci-dessous l'évolution des différentes branches des assurances sociales, sur laquelle ces chiffres sont basés.

Assurance-vieillesse et survivants

Dans le CGAS, seul le produit courant du capital (dividendes, intérêts, recettes immobilières) est comptabilisé dans les recettes; les variations de la valeur du capital liées à l'évolution des cours ne sont prises en considération

que dans le compte de capital.¹ En 2008, l'AVS a enregistré le plus gros excédent de son histoire, soit 3,1 milliards de francs. Après son bon résultat de 2009 (1,9 milliard de francs), l'AVS a une nouvelle fois dégagé un important excédent en 2010 (près de 1,5 milliard de francs), année pourtant difficile, alors que l'assurance a connu sa plus faible croissance des recettes depuis 2002 (1,0%).

Le bon résultat de 2010 s'explique aussi par la hausse modérée des dépenses (2,3%), mais il ne faut pas oublier que les rentes n'ont pas été adaptées cette année. Si l'on se réfère aux précédentes années durant lesquelles les rentes n'ont pas été adaptées, on note que 2010 a connu la plus forte augmentation des dépenses depuis 2000.

Assurance-invalidité

Le nombre de rentes AI en cours avait atteint un sommet en décembre 2005: 293 300 rentes étaient alors versées. En décembre 2010, l'effectif des rentes avait baissé de 4,7% à 279 500 rentes. Cette baisse réjouissante, due notamment à l'accent mis sur la détection précoce et l'insertion professionnelle, a permis de stabiliser le déficit annuel de l'assurance à un milliard de francs. La stratégie d'assainissement progressivement mise en place vise à résorber ce déficit d'ici 6 ans.

Assurance-chômage

La crise financière de 2008 a impacté l'économie réelle en 2009, année à partir de laquelle elle a eu des effets importants sur les résultats des comptes de l'AC. En 2009, les dépenses de l'assurance ont connu une hausse extraordinairement importante (+57,7%); elles ont encore crû fortement en 2010, à un haut niveau (+4,6%). La crise économique a donc eu des répercussions marquées sur l'assurance-chômage, en 2009 en particulier. C'est pourquoi les taux de cotisation ont été relevés à partir du 1^{er} janvier 2011, et la 4^e révision de la loi – qui renforce le principe de l'assurance, élimine les effets pervers et accélère la réinsertion – est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2011. En 2008 déjà, le salaire assuré maximal – et, du même coup, la limite du revenu annuel soumis à cotisation – était passé de 106 800 à 126 000 francs.

Prévoyance professionnelle

Les recettes de la PP ont diminué de 2,7% en 2009. Trois baisses expliquent ce recul: celle des cotisations des employeurs (-4,2%, voir encadré), celle du produit courant du capital (-3,9%) et celle des versements initiaux tant des employeurs (-18,1%) que des salariés

¹ L'article « Croissance malgré la crise » de Stefan Müller et Salome Schüpbach, publié dans CHSS 5/2010, fournit des explications détaillées à ce propos.

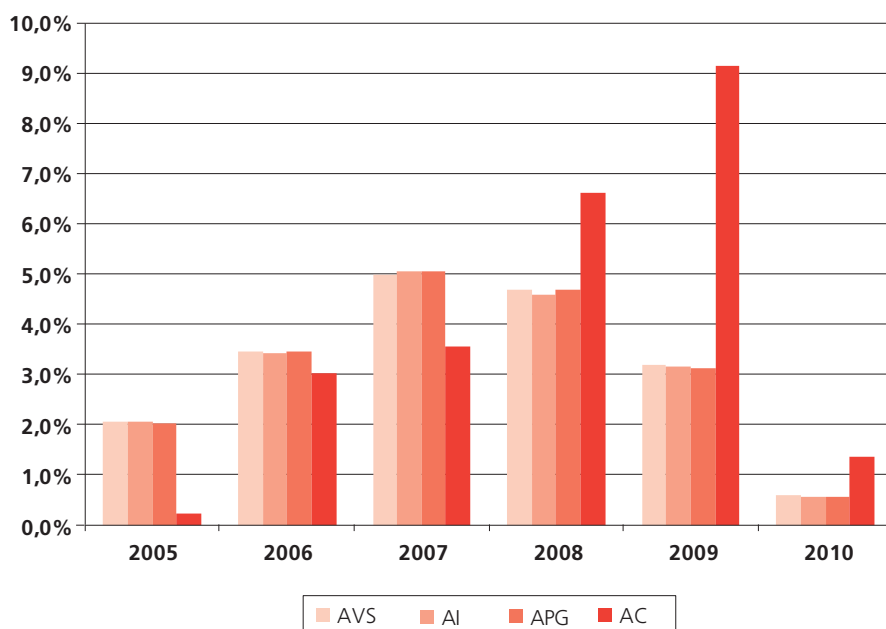
(-5,9%). En revanche, les cotisations des salariés ont augmenté de 3,7%. Le recul des recettes (-2,7%) est globalement comparable à celui enregistré en 2002 (-4,0%). A l'époque, la situation conjoncturelle était similaire (crise de la nouvelle économie).

Si les recettes ont baissé en 2009, les dépenses ont par contre nettement augmenté (+12,0%). La hausse des rentes et des prestations en capital (+3,7%) a été en partie responsable de cette augmentation, mais deux autres facteurs propres à la PP ont joué un rôle plus important. Premièrement, le solde des prestations de libre passage encaissées et versées est passé de 4,7 à 7,3 milliards de francs en raison surtout de la baisse de 3 milliards de francs des versements de prestations de libre passage, due à des raisons conjoncturelles (chômage, etc.). Deuxièmement, les versements nets à des assurances ont augmenté de près de 1 milliard de francs (+156,8%).

La dégradation des finances se reflète dans le résultat des comptes,

Evolution des recettes provenant des cotisations depuis 2005

G1



AVS/AI/APG : la hausse des cotisations atteint un sommet en 2007 et est presque nulle en 2010. AC : des hausses marquées sont enregistrées à partir de 2008 grâce au relèvement de la limite de revenu, qui est passé de 106 800 francs à 126 000 francs.

Source : SAS 2011

Spécificités de la prévoyance professionnelle

En raison du mode de financement de la PP, les comptes de celle-ci comprennent, dans la colonne des recettes comme dans celle des dépenses, des postes qui ne se retrouvent pas dans les comptes des autres assurances sociales, comme celui des **réserves de cotisations d'employeur**. Les entreprises constituent de telles réserves (jusqu'à un plafond du quintuple des cotisations de l'employeur) pour synchroniser le paiement des primes et l'évolution des affaires. Les montants accumulés, les bonnes années peuvent ainsi être utilisés, et les années moins bonnes pour abaisser la charge des cotisations courantes. L'institution de prévoyance n'enregistre les sommes comme des recettes courantes que lorsqu'elles sont libérées par l'employeur. Jusque-là, les réserves de cotisations sont déposées à titre transitoire sur un compte spécial. Selon la statistique des caisses de pensions, les employeurs n'ont libéré en 2009 que 0,3 milliard de francs de réserves de cotisation, contre 2,3 milliards l'année précédente. C'est en partie pour cette raison que les recettes des cotisations des employeurs ont baissé par rapport à l'année précédente, passant de 24,6 milliards de francs à 23,5 milliards, alors même que les cotisations « courantes » des employeurs ont continué à augmenter en 2009.

nettement moins bon (17,3 milliards de francs contre 23,6 milliards en 2008). Grâce à l'augmentation de la valeur du capital net de 44,8 milliards de francs et à l'excédent des comptes de 17,3 milliards de francs, le niveau du capital géré par les institutions de prévoyance a atteint 596,5 milliards de francs, se rapprochant du record de fin 2007 (606,8 milliards de francs).

Assurance-maladie

Les recettes s'étant élevées à 20,7 milliards de francs et les dépenses à 21,5 milliards, l'assurance-maladie a enregistré un déficit de 0,8 milliard de francs en 2009. La croissance des dépenses (4,1%) a été plus forte que celle des recettes (3,7%). Depuis 2008, les dépenses sont plus élevées que les recettes, si bien qu'il a fallu puiser dans les réserves de capital. Le capital a donc baissé de 1,2 milliard de francs, passant à 8,2 milliards.

Par conséquent, les primes moyennes ont augmenté de 6,5% en 2011, soit un peu plus que la moyenne pluriannuelle de 5,3% depuis l'introduction de la LAMal.

Assurance-accidents

Si l'évolution des recettes et celle des dépenses ont divergé en 2009 dans le compte global, cela est aussi dû à l'AA. Les dépenses de celle-ci ont connu une hausse nettement plus forte que les recettes (+3,9% contre -2,7%), qui ont même diminué pour la deuxième fois depuis 2008. La croissance nettement plus marquée des dépenses s'explique par une augmentation du nombre d'accidents de loisirs et d'accidents de chômeurs. En revanche, le nombre d'accidents professionnels a baissé, pour des raisons conjoncturelles. Le recul des recettes est dû à celui des recettes de primes et à celui du produit du capital (capital moins important en raison de la crise financière de 2008). Mais finalement, le résultat des comptes a tout de même été positif en 2009 (1,8 milliard de francs), si bien que le capital est remonté à 41,3 milliards de francs.

Allocations familiales

Les dépenses au titre des allocations familiales (AF), relevées pour la première fois avec précision, se sont montées à 4,8 milliards de francs en 2009.

Pendant plus de 20 ans, l'OFAS a chiffré dans le compte global les finances des AF au moyen d'estimations. Il a saisi pour la première fois les montants des allocations familiales durant l'exercice 2009 (cf. Daniel Reber, Statistique des allocations familiales 2009, CHSS 1/2011, p. 35 ss). Les valeurs estimées de l'ancienne série ont ainsi été mises en relation avec les valeurs relevées pour l'année 2009. L'approche a permis de revoir la série des estimations de 1987 à 2008, les nouveaux chiffres étant inférieurs aux anciens.

Le présent article se base sur la **Statistique des assurances sociales suisses 2011** de l'OFAS, qui paraîtra en novembre 2011.

La **statistique de poche 2011** de l'OFAS a été publiée en juillet 2011.

Les principales informations sur les différentes assurances sociales et sur le compte global y sont réunies sous forme synthétique.

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

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

Fax 031 325 50 58 ou courriel: Vente.civil@ofcl.admin.ch

Numéros de commande: Statistique de poche 318.001.11f, gratuit.

SAS 318.122.11 f, gratuit.

Perspectives 2011 pour l'AVS/ AI/APG

A partir de 2011, les mesures de financement additionnel s'appliquent dans l'AI, et le taux de cotisation est plus élevé dans les APG. Depuis le 1^{er} janvier 2011, l'AVS, l'AI et les APG possèdent leur propre fonds de compensation. Au moment de la séparation des fonds, le report des pertes de l'AI (14,9 milliards) a été inscrit à l'actif du fonds AVS (et au passif du fonds AI). L'AVS a versé 5 milliards de francs au fonds AI afin que celui-ci dispose des liquidités nécessaires.

Malgré une plus forte croissance des cotisations salariales, le résultat des comptes 2011 de l'AVS devrait être inférieur à celui de l'année précédente. Cela s'explique avant tout par le relèvement des rentes de 1,75% en moyenne.

Les recettes de l'AI devraient augmenter nettement en 2011 grâce au relèvement temporaire de la TVA (de 2011 à 2017) et à la prise en charge par la Confédération des intérêts de la dette. Les dépenses liées aux rentes continueront probablement à baisser. Les comptes 2011 devraient ainsi se solder par un résultat positif, si bien que l'AI pourra éponger une partie de ses dettes envers le fonds AVS.

En 2010, le capital des APG avait passé au-dessous du seuil légal de la moitié des dépenses d'une année. Le taux de cotisation a donc été relevé, pour passer temporairement de 0,3% à 0,5% (de 2011 à 2015). Par conséquent les recettes seront probablement à nouveau nettement plus importantes, si bien que le résultat sera sans doute positif.

Salome Schüpbach, lic. rer. pol., collaboratrice scientifique, secteur Statistiques de la division Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS.

Mél.: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Solange Horvath, mag. rer. pol., collaboratrice scientifique, secteur Statistiques de la division Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS.

Mél.: solange.horvath@bsv.admin.ch

Stefan Müller, Dr. rer. pol., expert scientifique, secteur Statistiques de la division Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS.

Mél.: stefan.mueller@bsv.admin.ch

Les frais de gestion de la fortune dans le 2^e pilier

L'étude sur les frais de gestion de la fortune¹ publiée en mai par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) confirme que les comptes d'exploitation des institutions de prévoyance ne livrent pas suffisamment d'informations sur les coûts du 2^e pilier. Elle chiffre les dépenses réelles mesurables du 2^e pilier à 5,67 milliards de francs, soit un multiple du montant de 1,65 milliard de francs qui se trouve dans la Statistique des caisses de pensions. Pour les frais de gestion de la fortune, les coûts effectifs s'élèveraient à 3,9 milliards, alors que 795 millions figurent à ce titre dans les comptes d'exploitation des institutions de prévoyance. Les auteurs de l'étude interprètent cette différence et proposent des pistes pour optimiser les coûts, en exploitant les connaissances acquises lors d'entretiens avec des professionnels de la prévoyance et des médias.



Ueli Mettler
c-alm AG, Saint-Gall



Alvin Schwendener
c-alm AG, Saint-Gall

L'art. 48a OPP 2 régleme la présentation des frais du 2^e pilier. Il prévoit que le compte d'exploitation des institutions de prévoyance distingue trois sous-catégories de frais : les frais de l'administration générale, les frais de gestion de la fortune et les frais de marketing et de publicité. Les charges consolidées de ces trois

sous-catégories s'élevaient à 792 millions de francs (administration), 63 millions de francs (marketing et publicité) et 795 millions de francs (gestion de la fortune), selon la Statistique des caisses de pensions 2009.

Les frais invisibles du 2^e pilier

Tout le monde sait que la comptabilité des institutions de prévoyance

ne peut pas traiter toutes les dépenses à la charge de la prévoyance professionnelle. Si les coûts indiqués sont incomplets, c'est avant tout parce que trois grandes catégories de frais ne sont pas prises en compte :

1. Certains frais de gestion de la fortune ne figurent pas dans le compte d'exploitation :

Les principaux frais concernés sont des commissions et des frais de transaction liés aux véhicules collectifs. Ils ne sont pas imputés à l'institution de prévoyance, mais déduits directement de l'évolution de la valeur du véhicule, dans la fortune collective. Ils n'apparaissent donc pas dans les comptes d'exploitation des institutions de prévoyance. N'apparaissent pas non plus dans les comptes d'exploitation les frais inclus dans le prix des produits structurés, les frais de transaction implicites (courants sur le marché des obligations), et les impôts à la source étrangers dont le remboursement ne peut pas être demandé.

2. Les primes de frais des contrats d'assurance sont comptabilisées en tant que charges d'assurance :

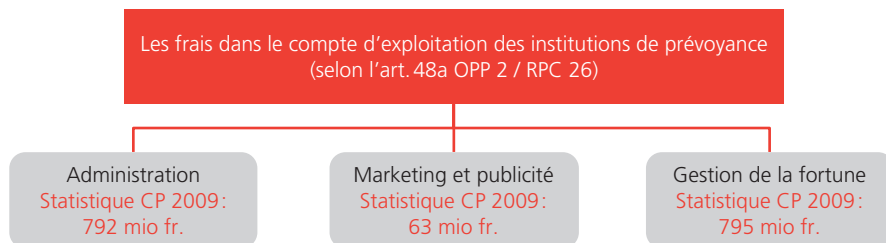
Les primes de risque ou d'assurance intégrale versées par les institutions de prévoyance comprennent implicitement des frais d'administration, de distribution et de gestion de la fortune, supportés par la société d'assurance. Comme les institutions de prévoyance comptabilisent l'ensemble des primes dans les charges d'assurance, ces frais n'apparaissent pas en tant que tels dans les comptes d'exploitation des institutions de prévoyance.

3. Les employeurs assument volontairement certains coûts :

Les frais de personnel et d'infrastructure supportés volontairement par l'employeur ou qui ne sont pas imputés à l'institution de prévoyance

¹ c-alm AG (2011), « Frais de gestion de la fortune dans le 2^e pilier », Rapport de recherche de l'OFAS n° 3/11 www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=fr

Frais figurant dans le compte d'exploitation des institutions de prévoyance G1



Source : OFS, Statistique des caisses de pensions 2009

peuvent être totalement ou partiellement absents des comptes d'exploitation. Cette troisième catégorie de frais qui ne figurent pas dans ces comptes ne sont toutefois pas examinés dans l'étude de l'OFAS ni dans le présent article, parce qu'ils sont pris en charge sur une base volontaire et ne grèvent en aucun cas le 2^e pilier. Etre trop exigeant en matière de transparence dans ce domaine, ce serait enfreindre le principe « à cheval donné, on ne regarde pas la bouche ».

A l'instar de l'étude, le présent article porte avant tout sur l'analyse et

l'évaluation des frais de gestion de la fortune.

Frais de gestion de la fortune absents des comptes du 2^e pilier

La présente étude propose une définition fondamentalement nouvelle des frais. Ceux-ci comprennent non seulement les charges facturées, mais encore les frais de gestion de la fortune non facturés. La définition distingue trois catégories de frais: le total expense ratio (TER), les frais de

transaction et impôts (transaction and tax cost [TTC]) et les autres éléments de frais (supplementary cost [SC]). Cette approche est étendue autant que possible à tous les segments de placement et types de gestion.

Sur la base de cette définition, un relevé des frais a été effectué auprès de 73 institutions de prévoyance ayant un bilan cumulé de 230 milliards de francs. Dans l'échantillon, les frais de gestion de la fortune vont de 0,15% à 1,86% de la fortune de prévoyance. La valeur moyenne pondérée en fonction du volume est de 0,45%. La dispersion des frais effectifs de gestion de la fortune et de ceux qui figurent dans les comptes d'exploitation est présentée dans le graphique G2.

Rapport frais-rendement dans l'échantillon

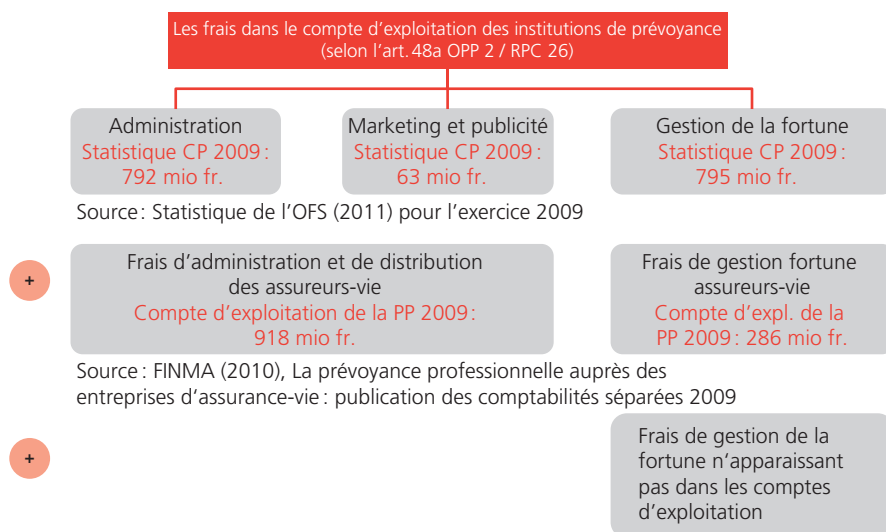
Si on met en relation les frais calculés dans l'échantillon et les rendements nets des placements de 2005 à 2009, on voit qu'il existe une corrélation significative entre les deux: plus les frais sont élevés, plus le rendement net obtenu est bas. L'observation n'a porté que sur une période de cinq ans, ce qui ne permet évidemment pas de porter un jugement définitif sur le rapport coûts-rendement. Mais on peut dire sans craindre de se tromper que, globalement, les institutions de prévoyance étudiées qui avaient une organisation de placement chère de 2005 à 2009 ont eu des rendements nets moins élevés. c-alm, qui continuera à collecter et traiter des données sur les frais, analysera l'évolution de cette corrélation à l'avenir aussi.

Composition des frais dans l'échantillon

La catégorie du TER contribue pour plus de 70% (73,4%) à la charge globale des frais de gestion de la fortune. La charge la plus lourde est imputable aux placements alternatifs,

Frais ne figurant pas dans le compte d'exploitation des institutions de prévoyance

G2



Source : FINMA (2010), La prévoyance professionnelle auprès des entreprises d'assurance-vie : publication des comptabilités séparées 2009

Sources : OFS, Statistique des caisses de pensions 2009 ; compte d'exploitation consolidé des assureurs-vie 2009 ; c-alm, relevé des frais de gestion de la fortune 2009

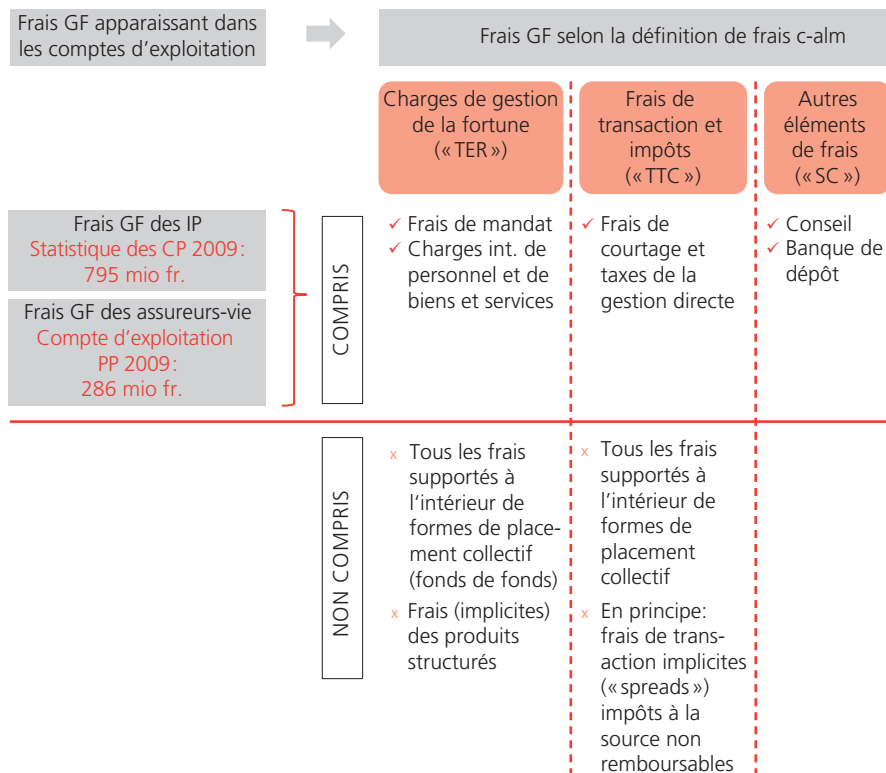
dont la part dans les frais s'élève à 33,2%, alors qu'ils ne constituent que 6,4% en moyenne du total des placements selon l'étude. Dans les segments de l'immobilier, des actions et des obligations, les frais représentent respectivement 17,1%, 12,4% et 9,7% des frais totaux de gestion de la fortune. Les frais de transaction et impôts (TTC) comprennent les frais liés au négoce des titres ainsi que les impôts suisses ou étrangers, et constituent au total 22,2% des frais. Les autres éléments de frais (SC) comprennent des charges internes et externes de conseil spécialisé (asset and liability management [ALM], asset allocation, manager search), d'assistance juridique, de global custody et de controlling et compliance. Ne représentant que 4,4% des frais, ils jouent un rôle secondaire.

Evaluation des frais de gestion de la fortune dans le 2^e pilier

Les institutions de prévoyance de l'échantillon présentent des particularités structurelles en matière de frais, dont il faut tenir compte pour calculer les frais de l'ensemble du 2^e pilier. L'échantillon comprend en effet beaucoup d'institutions ayant un bilan important. Après rectification de cet effet, les frais du 2^e pilier s'élèvent à 0,56% de la fortune gérée. Pour le calcul des coûts en francs, on se base sur la somme du bilan de l'ensemble du 2^e pilier, soit 698 milliards de francs (somme de la fortune de placement des institutions de prévoyance [599 milliards] et des actifs liés à des contrats d'assurance [99 milliards]). Ainsi les frais de gestion de la fortune dans le 2^e pilier s'élèvent au total à 3900 millions de francs. Après déduction des frais de gestion de la fortune figurant dans les comptes d'exploitation des institutions de prévoyance (795 millions) et dans ceux des assureurs-vie (286 millions), il apparaît que les frais de gestion de la fortune « invisibles » s'élèvent à 2828 millions de francs.

Concept de c-alm pour calculer les frais de gestion de la fortune

G3



Sources : OFS, Statistique des caisses de pensions 2009 ; compte d'exploitation consolidé des assureurs-vie 2009

Institutions de prévoyance autonomes et collectives

Lors du relevé des données primaires, la structure des coûts des placements n'a été analysée que pour les institutions de prévoyance autonomes. L'estimation réalisée est donc sujette à caution, en particulier parce qu'il peut y avoir des différences entre les frais de gestion de la fortune des institutions autonomes et ceux des institutions collectives ayant la même somme de bilan. Pour que la comparaison des coûts soit fiable, il faudrait analyser les frais effectifs de gestion de la fortune des sociétés d'assurance-vie qui gèrent la fortune des institutions de prévoyance bénéficiant d'une assurance collective. Une analyse et un calcul des frais réels de gestion de la fortune de ces sociétés permettrait d'apporter la dernière pierre à l'analyse des frais

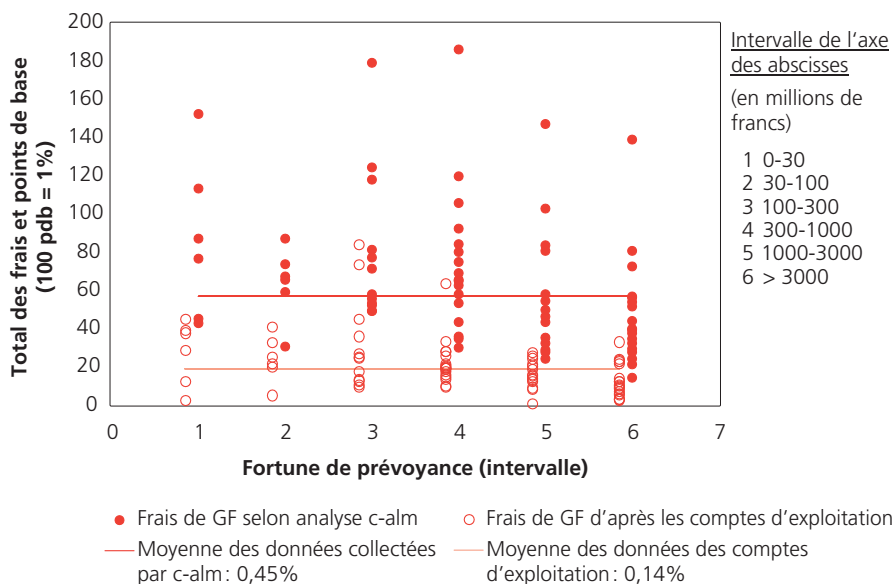
de gestion de la fortune dans le 2^e pilier.

Interprétation des frais de gestion de la fortune calculés

Ce montant de 3900 millions a toutefois pour pendant une prestation très concrète à ne pas négliger: en déboursant (en moyenne) 0,56% de sa fortune, une institution de prévoyance domiciliée en Suisse a accès à l'infrastructure d'un marché des capitaux qui lui permet de participer à l'évolution de la valeur de différentes formes de capitaux propres et de tiers cotés et non cotés, de titres d'assurances, de matières premières, de biens immobiliers, d'infrastructures, etc. Cette prestation a un prix. La présente étude montre que le marché de la gestion de la fortune du 2^e pilier est compétitif et efficient en

Frais de gestion de la fortune des institutions de prévoyance

G4



Sources : comptes 2009 des institutions de prévoyance participantes ; c-alm, relevé des frais auprès des institutions de prévoyance

termes de prix, tant en comparaison internationale que par rapport aux autres catégories d'investisseurs. Les placements alternatifs font l'objet d'une analyse séparée. Durant la période du relevé (de 2005 à 2009), ils n'ont pas procuré aux institutions de prévoyance étudiées de plus-value durable, en occasionnant pourtant des frais supérieurs à la moyenne.

Les responsables des mesures à prendre

Comment améliorer encore la situation à l'avenir ? Pour répondre à cette question, il faut faire une distinction entre mesures obligatoires pour améliorer la transparence des coûts et interventions concrètes au niveau de l'organisation de placement des institutions de prévoyance visant à abaisser les coûts. S'il incombe en première ligne aux autorités de régulation et aux organisations faïtières d'intervenir pour accroître la transparence des frais, les organes responsables des institutions de prévoyance

peuvent entreprendre eux-mêmes les autres démarches proposées. Les décideurs doivent faire une pesée d'intérêts entre les résultats escomptés des mesures d'économies et les coûts d'opportunité propres à leur situation et à leur caisse. Cet arbitrage relève selon nous de la responsabilité des institutions de prévoyance et devrait être mené en toute indépendance. La concurrence sur le marché de la gestion de fortune pour les institutions de prévoyance du 2^e pilier est très intense en comparaison internationale. Nous y voyons un signe fort, montrant que le modèle qui privilégie la responsabilité des institutions de prévoyance est efficace et profitable au système dans son ensemble.

Premier type de mesures : accroître la transparence²

Lorsque l'organisation de placement n'est pas transparente, il est extrêmement rare qu'elle soit efficiente en termes de prix. Il faut que les taxes prélevées sur les produits de

placement soient connues pour éviter une asymétrie d'information entre l'offreur et l'investisseur et que par conséquent la concurrence soit efficiente en termes de prix. Pour que les frais correspondent vraiment aux services, il faut donc en premier lieu augmenter la transparence. En créant dans le cadre de la réforme structurelle l'art. 48a, al. 3, OPP 2, le législateur a pris une mesure importante dans ce sens. Si cette règle, qui demande d'indiquer (dans l'annexe aux comptes annuels) les frais induits par le recours à des placements collectifs, accroît la charge pesant sur les institutions de prévoyance, celles-ci y trouvent incontestablement leur compte. En effet, la disposition accroît la pression sur les offreurs qui ne fournissaient pas jusque-là des indications transparentes sur les coûts de leurs placements collectifs. Elle constitue donc une avancée importante pour réaliser cet idéal : que le prix soit affiché en toute transparence sur chaque produit de placement.

Second type de mesures : réaliser des économies

Les responsables des caisses de pension peuvent actionner de nombreux leviers pour optimiser les frais de gestion de la fortune. Il est très important selon nous de faire ici une distinction entre les mesures qui ont une incidence et celles qui n'ont pas d'incidence sur l'allocation des actifs. Les premières modifient le rapport rendement-risque d'une organisation de placement et ont donc toujours des coûts d'opportunité. Lorsqu'elles sont appliquées, une pesée soignée des intérêts doit avoir lieu, que seuls les responsables de la caisse peuvent faire. En revanche, les mesures sans incidence sur l'allocation ne modifient pas les propriétés de celle-ci. C'est

² Cette seconde partie de l'article contient des réflexions complémentaires, qui vont plus loin que celles qui sont faites dans l'étude sur les frais de gestion de la fortune dans le 2^e pilier.

pourquoi on peut les recommander sans réserves. Dans le cadre des mandats d'optimisation des frais qui nous ont été confiés, nous avons identifié et appliqué les mesures mentionnées ci-dessous, qui n'ont pas d'incidence sur l'allocation :

- renégocier les contrats de gestion de la fortune existants ;
- renégocier les contrats de banque dépositaire ;
- négocier des ristournes dans les placements collectifs ;
- remplacer des produits s'il y a plusieurs tranches pour le même produit (s'il y a un mandat de gestion de la fortune externe, on peut aussi faire valoir des droits rétroactivement) ;
- réclamer des impôts à la source étrangers (si cela n'a pas été fait jusque-là, on peut faire valoir rétroactivement ces droits dans certains pays sur une période allant jusqu'à cinq ans) ;
- réunir les titres dans un placement collectif pour ne pas payer de droit de timbre de négociation ;
- réduire les commissions ou les courtages (soft commissions) payés par des gérants de fortune externes ;
- abaisser les coûts de négoce des titres en améliorant les contrôles et en établissant une documentation commerciale complète.

D'un autre côté, il y a les mesures de réduction de frais de gestion de la fortune qui modifient l'allocation. Comme nous l'avons dit, celles-ci ont un impact important sur les caracté-

ristiques du rapport risque-rendement d'une organisation de placement. Voici des exemples de mesures de ce type :

- consolider l'organisation de placement : premièrement, éviter les organisations de placement « horse race » en réunissant deux mandats de gestion identiques afin de bénéficier d'effets d'échelle dans le processus de négociation ;
- consolider l'organisation de placement : deuxièmement, éviter qu'il y ait deux niveaux de frais dans les classes de placements traditionnelles en réduisant ou en supprimant les investissements dans des fonds tiers dans les mandats de gestion internes ou externes ;
- consolider l'organisation de placement : troisièmement, défaire les structures de fonds dans les segments des placements alternatifs, en étant conscient du fait que les investissements directs dans des fonds spécialisés nécessitent un savoir-faire particulier et d'importantes ressources ;
- consolider l'organisation de placement : quatrièmement, conserver et administrer tous les titres dans une banque dépositaire (global custodian) ;
- réduire la part des placements alternatifs ;
- réduire la part des placements gérés activement.

Les mesures ayant une incidence sur l'allocation nécessitent une pesée des intérêts entre d'un côté les avantages

immédiats en termes de frais et, de l'autre, des coûts d'opportunité difficiles à évaluer, afin de préserver les intérêts des destinataires. Elles ne peuvent donc pas être déléguées entièrement à des tiers.

Lorsqu'un projet d'optimisation des frais est mené, il est utile de s'intéresser aux deux types de mesures – celles qui ont une incidence sur l'allocation et celles qui n'en ont pas – en débattant les coûts d'opportunité des premières. Il est aussi opportun d'agir en trois temps. Premièrement, il faut procéder à une analyse, en développant des mesures et en les évaluant sur les plans qualitatif et quantitatif. Vient ensuite l'heure de la décision. Puis il s'agit d'appliquer les mesures retenues. L'analyse et l'application peuvent être déléguées, mais les décisions – en particulier concernant les mesures qui ont une incidence sur l'allocation – doivent être prises par les responsables des caisses.

Ueli Mettler, Dr., partenaire, c-alm AG,
Saint-Gall.
Mél. : ueli.mettler@c-alm.ch

Alvin Schwendener, Dr., consultant, c-alm AG,
Saint-Gall.
Mél. : alvin.schwendener@c-alm.ch

Mieux gérer le coût des soins ambulatoires en Suisse

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), l'Institut d'économie et de management de la santé de l'Université de Lausanne a été chargé de proposer des solutions pour faciliter les comparaisons des coûts ambulatoires.

Yves Eggli, Patricia Halfon, Erol Seker

Université de Lausanne et Centre hospitalier universitaire vaudois

Problématique

Les coûts ambulatoires à charge de l'assurance obligatoire des soins représentent entre 500 et plus de 1200 francs par an et par assuré selon les cantons. Ces grosses différences reflètent probablement des disparités dans le profil des assurés qui peuvent être plus ou moins malades, mais peut-être aussi des pratiques médicales différentes.

Comparer les coûts annuels par patient et par médecin comme le font aujourd'hui les assureurs n'est évidemment pas suffisant. Le contrôle de gestion s'est fortement développé ces dernières décennies pour mieux analyser les coûts hospitaliers en tenant compte des pathologies présentées par les patients (DRGs, comptabilité analytique). Pourquoi ne pas appliquer les mêmes techniques aux coûts ambulatoires ?

Le domaine ambulatoire est plus complexe à appréhender pour plusieurs raisons. Premièrement, on ne dispose pas de dates d'admission et

de sortie pour délimiter les coûts dans le temps comme pour un séjour hospitalier. Deuxièmement, les patients sont souvent traités par plusieurs médecins simultanément, alors qu'un patient ne se trouve que dans un hôpital à la fois. Troisièmement, les patients consultent souvent les médecins pour des problèmes multiples, plus difficiles à hiérarchiser que dans le domaine hospitalier où un diagnostic occupe souvent le devant de la scène. Autrement dit, l'analyse des coûts ambulatoires devrait répondre aux trois questions suivantes : comment définir un épisode ambulatoire dans le temps ? Comment traiter le problème des épisodes concomitants ? Comment attribuer les maladies aux différents épisodes, sachant que souvent différents médecins ont été impliqués dans leur traitement ?

Enfin, on ne dispose pas dans le domaine ambulatoire de statistiques médicales semblables à celle en vigueur dans les hôpitaux depuis 1998, rendant obligatoire le codage des dia-

gnostics ; mettre en place une telle statistique serait très onéreux.

Objectif

Un bon indicateur d'analyse des coûts ambulatoires devrait pouvoir être calculé à partir des données disponibles de routine. Il s'agirait notamment de confronter les coûts observés aux coûts attendus calculés en fonction des pathologies présentées par les patients. Le modèle de prévision des coûts devrait fournir des estimations précises (intervalles de confiance aussi étroits que possible), non biaisées (ajustée en fonction des maladies) et intéressantes (permettant de mettre en évidence des différences entre médecins notamment).

Cadre conceptuel

La principale difficulté conceptuelle provient du fait qu'un patient peut souffrir en même temps de plusieurs maladies et consulter plusieurs médecins pour un ou plusieurs problèmes de santé. Après avoir exploré plusieurs pistes, nous sommes arrivés à la conclusion que la réalité devait être analysée à deux perspectives complémentaires.

1. Les **épisodes de soins** qui examinent, pour en comprendre les coûts, l'ensemble des contacts d'un patient avec un médecin particulier en tenant compte de toutes les maladies jugées pertinentes ; d'un point de vue opérationnel, il s'agit des interactions d'UN couple patient-médecin avec N maladies.
2. Les **épisodes de maladie** qui décrivent l'évolution d'une maladie donnée d'un patient en examinant les soins offerts par tous les médecins ; d'un point de vue opération-

nel, l'objet de l'analyse concerne les interactions d'un couple patient-maladie avec N médecins.

L'épisode de soins est l'unité pertinente pour analyser le **coût** des soins ambulatoires engendrés par un médecin, en tenant compte de l'ensemble des pathologies d'un patient.

L'épisode de maladie est l'unité pertinente pour analyser la **qualité** des soins ambulatoires, fondée sur l'évolution d'une maladie donnée (guérison, stabilisation ou aggravation) au cours de sa prise en charge par les divers médecins impliqués.

La seconde difficulté tient au manque de données cliniques décrivant l'état de santé des patients. Nous avons fait l'hypothèse que cet état de santé peut être décrit par les diagnostics de la statistique médicale des patients lorsqu'ils ont été hospitalisés, mais aussi à partir des traitements médicamenteux lorsque ceux-ci permettent d'en inférer une pathologie avec suffisamment d'exactitude.

L'identification des maladies ou conditions de santé à partir des médicaments délivrés et la mesure de l'effet des soins sur un épisode de maladie ont fait l'objet d'un précédent article [1]. La présentation actuelle porte donc sur la gestion du coût des soins ambulatoires. Deux applications sont abordées : comparaison des coûts par médecins, estimations des coûts dévolus aux maladies visées par les campagnes de prévention.

Données utilisées

Nous avons utilisé la base de données de la statistique des coûts/prestations (KoLe Statistik) recueillie par l'OFSP auprès de quelques assureurs volontaires [2]. Il s'agit de données totalement anonymes, basées sur les factures à charge de l'assurance obligatoire des soins et qui ont été mises en relation avec les données de la statistique médicale des hôpitaux à l'aide du code de liaison anonyme (crypté et haché pour empêcher

toute identification de patients). Nous remercions chaleureusement les assureurs qui ont accepté de fournir leurs données.

Constitution des épisodes de soins

Un épisode de soins a été défini comme l'ensemble des consultations ambulatoires d'un patient avec un médecin (ambulatoire ou hospitalier), sans interruption de plus de six mois. L'épisode de soins débute par la première visite et se termine trois semaines après la dernière visite de l'épisode.

Le coût direct correspond aux montants facturés pour des prestations ambulatoires réalisées durant l'épisode à la demande du médecin prescripteur. Lorsque le médecin prescripteur n'est pas connu, le coût de la prestation est réparti également entre les épisodes en cours au moment de la prestation (coût indirect). Les soins « stationnaires » (hôpital et établissement médico-social) ont été exclus, car les médecins ambulatoires n'ont qu'un faible impact sur ces coûts (hormis la décision d'hospitaliser un patient). Les médicaments délivrés directement par les médecins (sans passer par une pharmacie) ne sont pas systématiquement documentés sur support informatique ; pour éviter un biais d'information, les épisodes des médecins ayant délivré des médicaments pour un montant supérieur à 5% du coût total des médicaments ont été exclus de l'analyse. L'analyse a porté sur les patients suivis durant les deux années 2005 et 2006 pour éviter des épisodes tronqués.

Constitution des épisodes de maladie

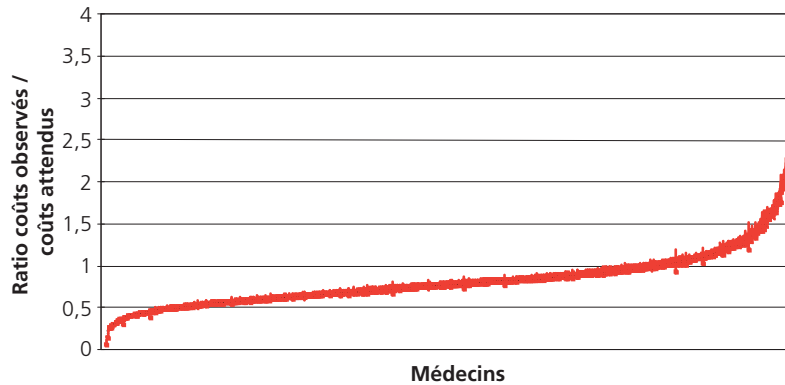
Un épisode de maladie a été défini comme la trace de cette maladie sans interruption d'empreintes (prescription de médicaments traceurs ou diagnostics hospitaliers), dépassant la

durée maximale habituelle du traitement. Par exemple, un traitement antibiotique ayant lieu en février, puis à nouveau en novembre, désigne deux épisodes de maladie distincts, car la durée du traitement d'une infection ne dépasse généralement pas deux mois. Une maladie aiguë est censée être résolue en moins de deux mois, une maladie subaiguë en quatre mois, les autres maladies (essentiellement chroniques ou récurrentes) n'ont pas de durée maximale définie. Les maladies aiguës comprennent essentiellement les infections (à l'exception de la tuberculose) et les occlusions (obstruction biliaire par exemple). Les affections subaiguës incluent certaines affections sanguines (anémie, neutropénie) et les traumatismes. Un épisode de maladie débute à la date de la première empreinte et se termine à la date de la dernière empreinte de l'épisode, plus trois semaines. Une empreinte de maladie correspond à la délivrance d'une médication spécifique d'une condition ou affection (par exemple l'insuline identifie un diabète), ou à un diagnostic codé dans la statistique médicale des hôpitaux.

Les coûts ont été répartis entre les maladies en tenant compte de la nature des prestations. Les frais de médicaments et les frais d'hospitalisation peuvent être attribués sans arbitraire aux maladies correspondantes. Les coûts des médecins ont été attribués aux maladies en tenant compte de leurs spécialités (par exemple, une consultation de cardiologue sera répartie entre les maladies cardiovasculaires, mais pas attribuées aux éventuels problèmes psychiatriques ou ophtalmologiques associés). De manière similaire, le coût des prestations de physiothérapie et de radiologie a été réparti sur les maladies susceptibles de les justifier ; cela n'aurait en effet aucun sens d'attribuer des frais de physiothérapie ou de radiologie à un glaucome par exemple. Les prestations n'ont évidemment été attribuées qu'aux seuls épisodes de maladie en cours. Contrairement aux épisodes de

Ratios entre les coûts observés et attendus (intervalles de confiance 95%).

G1



Source : Institut d'économie et de management de la santé de l'Université de Lausanne

soins, les épisodes de maladie incluent les séjours hospitaliers.

Analyse statistique

Un modèle de régression multiple (moindres carrés) a été utilisé pour prédire les coûts des épisodes de soins à partir des maladies seules ou combinées à d'autres variables (âge, genre, spécialité du médecin et variables de contexte). Des variables de contexte ont été introduites dans le modèle pour examiner si le fait qu'un patient soit hospitalisé ou arrive en fin de vie (décès durant l'année en cours) modifie les prédictions des coûts ambulatoires. La variable dépendante (coût) a été réexprimée sous forme de logarithme pour s'assurer de la linéarité de la relation avec les variables indépendantes. Les calculs ont été effectués en incluant ou en excluant les cas extrêmes bas (contacts uniques avec un médecin) et hauts (au-delà de deux erreurs standards).

Le coût annuel des maladies a été calculé pour chaque patient, pour estimer le coût global des maladies susceptibles d'être prévenues et liées aux campagnes de prévention en matière de diète, tabac, toxicomanie, santé mentale et sida.

Résultats

Le coût des soins ambulatoires a été analysé pour plus de 700000 assurés. 75% de ces coûts ont pu être attribués de manière directe à des épisodes de soins. 14% de ces coûts étaient liés à des contacts uniques pour lesquels il est difficile de responsabiliser les médecins puisqu'ils n'ont généralement pas pris l'initiative du premier contact. Le modèle de prédiction a permis d'expliquer 35% de la variance des coûts ambulatoires.

Les résultats ont montré que les spécialités médicales et les variables de contexte étaient nécessaires pour établir des comparaisons non biaisées. Les épisodes ambulatoires étaient plus chers s'ils précédaient ou suivaient une hospitalisation, en raison d'une plus grande sévérité des maladies. De même, certaines spécialités (cardiologie, neurologie et gastroentérologie par exemple) présentent des coûts supérieurs pour des profils apparemment identiques de patients; ceci s'explique probablement par le fait que les patients sont souvent référés aux spécialistes pour des investigations plus poussées (endoscopie par exemple). Il est également intéressant de constater que les patients en fin de vie n'avaient pas des coûts sensiblement différents des autres patients,

après ajustement pour leur état de santé.

L'économicité des épisodes de soins a été analysée par le ratio entre les coûts observés et attendus. Le graphique G1 indique qu'il existe de fortes variations d'un médecin à l'autre (2504 médecins), ce qui montre l'intérêt de l'indicateur proposé. 75% des médecins présentaient des coûts inférieurs aux coûts attendus, ce qui tendrait à démontrer que les contrôles devraient être concentrés sur les médecins ayant un ratio trop élevé. Ces résultats devraient cependant être analysés avec plus de finesse, car il est possible qu'ils soient entachés d'un biais lié à l'inclusion de la chirurgie d'un jour dans les prestations analysées. Ces hospitalisations de jour n'ont en effet pas pu être identifiées sur la base des données recueillies.

Ces résultats sont néanmoins prometteurs dans la mesure où ils démontrent qu'une grande partie des coûts ambulatoires pourrait être analysée en tenant compte de la lourdeur des pathologies des patients, ce qui faciliterait grandement le travail des médecins conseils des assurances maladie.

Le calcul des coûts par maladie s'est également révélé intéressant. En effet, il est difficile d'estimer l'efficacité de campagnes de prévention sans connaître la répartition des dépenses entre les différentes maladies. Les résultats ont montré qu'environ 18% des coûts de la santé seraient liés à des pathologies susceptibles d'être prévenues en partie, dont 10% pour les habitudes de vie liées à la diète et au tabac et 6% pour la santé mentale (sans les schizophrénies et toxicomanies). Ce résultat doit cependant être traité avec prudence, car la population étudiée n'est pas forcément représentative de l'ensemble de la population suisse.

Les travaux effectués ont par ailleurs permis de s'assurer que la méthodologie proposée pouvait se fonder uniquement sur des données récoltées de routine. A l'avenir, les indicateurs de coûts pourraient être

mis à jour à partir de données exhaustives de la population tout en respectant strictement l'anonymat des patients.

Perspectives

Les études effectuées ont mis en évidence quelques difficultés qui devraient être résolues pour réussir la mise en œuvre des indicateurs proposés.

- Il faudrait que les médecins fournissent systématiquement aux assureurs les factures des médicaments qu'ils délivrent eux-mêmes, sous un format identique à celui en vigueur pour les pharmacies. Ceci est évidemment important dans les cantons, essentiellement alémaniques, qui autorisent cette propharmacie.
- Les assureurs devraient fournir leurs données de facturation, notamment les dates, les montants et la nature des prestations (consultation, radiologie, pharmacodes des médicaments délivrés), avec des codes anonymes pour les assurés, les prescripteurs et les prestataires. Il ne serait pas nécessaire dans un premier temps de disposer du détail des factures TARMED. Le code de liaison anonyme (crypté et haché pour empêcher toute identification d'une personne physique ou morale), en vigueur à l'Office fédéral de la statistique, pourrait être utilisé à cette fin.
- Il serait souhaitable que les Offices fédéraux de la santé publique (OFSP) et de la statistique (OFS) travaillent de concert pour mettre sur pied une statistique des presta-

tions ambulatoires en établissant un lien avec les données de la statistique médicale des hôpitaux, dans le strict respect de la protection des données. A cet égard, les recommandations émises dans une étude antérieure restent d'actualité.

Un bilan critique pourrait être établi après quelques années pour cerner les lacunes (maladies difficiles à identifier sur la base des médicaments, utilité de données plus détaillées comme TARMED par exemple), et proposer le cas échéant des solutions. On pourrait par exemple imaginer étendre le recueil des données aux registres de cancer par exemple, car il est essentiel de connaître le stade des tumeurs et leur localisation pour pouvoir analyser ces prises en charge.

Une partie des propositions pourrait être mise en œuvre directement par les assureurs. Mais il est également important de disposer de données fiables à l'échelle du pays pour calculer des coûts de référence représentatifs par maladie.

Dans tous les cas, les méthodes proposées amélioreraient sensiblement la crédibilité de la surveillance des coûts par les assureurs, mais les résultats montrent également que les modèles prédictifs sont insuffisants (ils n'expliquent pas toute la variance) pour porter un jugement péremptoire sur l'économicité des soins ambulatoires. La méthodologie proposée permettrait surtout de dépister les médecins suspects, d'avoir une pratique trop onéreuse, pour permettre aux médecins conseils des assureurs d'entrer en dialogue avec eux sur la

base d'une analyse plus rigoureuse de leurs coûts.

L'intérêt d'un recueil national des données serait également de pouvoir mieux estimer les coûts par maladie pour étayer les choix politiques notamment en matière de prévention.

Références

[1] Eggli Y., Halfon P., Chikhi M., Nguyen L., Decollogny A., Weissbaum F. Analyse des prestations prises en charge par la LAMal. Cadre conceptuel et étude de faisabilité centrée sur trois pathologies : cancer, diabète et affections mentales. Berne, OFSP, 2007/en français.

[2] Eggli Y, Halfon P, Decollogny A, Desquins B, Seker E. Indicateurs de santé dans le domaine ambulatoire. CHSS, 2011/3.

Yves Eggli, MD, MA, PhD Institut d'économie et de management de la santé, Université de Lausanne et Centre hospitalier universitaire vaudois.

Mél. : yves.eggli@bluewin.ch

Patricia Halfon, MD, MSc, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Université de Lausanne et Centre hospitalier universitaire vaudois.

Mél. : patricia.halfon@chuv.ch

Erol Seker, ScD, indépendant, sur mandat de l'Institut d'économie et de management de la santé, Université de Lausanne et Centre hospitalier universitaire vaudois.

Politique sociale

11.3714 – Motion Weibel Thomas, 17.6.2011 :

Loi-cadre sur l'aide sociale

Le conseiller national Thomas Weibel (PVL, ZH) a déposé la motion suivante :

« Le Conseil fédéral est chargé d'élaborer une loi-cadre sur l'aide sociale en conservant une simplicité normative comparable à celle de la LPGA.

Développement

Le domaine de l'aide sociale est truffé de doublons et de lacunes. Il est donc nécessaire d'harmoniser les différents actes normatifs et de leur donner une cohérence. Il faudra veiller à ne pas accroître les prestations de l'aide sociale, mais simplement à supprimer les lourdeurs bureaucratiques et les effets de seuil. Les fonds à la disposition de l'Etat doivent être dépensés de manière ciblée afin de produire des effets optimaux du côté des ayants droit. Les travaux menés au milieu des années 90 seront intégrés au projet. La loi-cadre, qui contiendra les points généralement acceptés, évitera les lourdeurs inutiles et comblera les lacunes admises, contribuera à réhabiliter l'aide sociale, de sorte qu'elle soit mieux comprise, aussi bien par la population que par les concernés. »

Avis du Conseil fédéral du 31.8.2011

« Le Conseil fédéral considère que l'aide sociale fait partie intégrante du système de sécurité sociale. Elle remplit une tâche essentielle dans la lutte contre la pauvreté par sa fonction de dernière maille du filet social. Elle doit permettre en particulier aux personnes concernées de s'intégrer dans la société et dans le monde du travail. Ce mandat d'intégration ne peut être rempli qu'en connaissance des conditions locales, raison pour laquelle l'application de l'aide sociale doit absolument rester au niveau cantonal ou local.

Pour ce qui est de l'harmonisation des prestations entre les cantons, les normes de la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS), servent d'ores et déjà de référence pour la législation et la jurisprudence cantonales et communales en la matière. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) en recommande l'application, et elles sont déclarées applicables dans la plupart des législations cantonales sur l'aide sociale. Il n'est pas possible de dire sans examens approfondis si une harmonisation plus poussée serait souhaitable dans le domaine des mesures d'intégration.

Le projet de réglementer l'aide sociale ou certains de ses éléments dans une loi-cadre soulève cependant aussi la question de la compétence constitutionnelle. En matière de protection sociale, en effet, comme exposé dans la réponse du Conseil fédéral à la motion Humbel (11.3638), les domaines dans lesquels la Confédération se voit attribuer des compétences exclusives ou conjointes sont clairement définis par la Constitution. La réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) a procédé à un désenchevêtrement des tâches communes. L'assistance aux personnes dans le besoin (art. 115 Cst.), qui demande un service de proximité et la prise en compte des circonstances locales, reste exclusivement du ressort des cantons. Si l'on voulait harmoniser les prestations cantonales par le biais d'une loi-cadre sur l'aide sociale, il faudrait donc créer une base constitutionnelle. Par ailleurs, une telle loi-cadre soulèverait aussi la question des conséquences financières pour la Confédération et celle d'une nouvelle tâche commune. Il faudrait par conséquent rouvrir le débat sur la RPT.

En raison des compétences reconues aux cantons et des questions soulevées, le Conseil fédéral rejette l'exigence de l'auteur de la motion d'élaborer une loi-cadre sur l'aide

sociale. Cela dit, quelle que soit la décision du Parlement sur cette motion, le Conseil fédéral entend examiner les questions évoquées concernant une harmonisation plus poussée des mesures d'intégration.

Si le conseil prioritaire devait accepter la motion, le Conseil fédéral proposerait au second conseil de la modifier en mandat d'examen. »

Proposition du Conseil fédéral du 31.8.2011

Le Conseil fédéral propose de rejeter la motion.

Prévoyance

11.3574 – Interpellation Aubert Josiane, 15.6.2011 :
Cotisations AVS facultatives et ALCP. Quelles solutions pour les plus de 55 ans ?

La conseillère nationale Josiane Aubert (PS, VD) a déposé l'interpellation suivante :

« L'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) et la Convention AELE permettent de coordonner les différents systèmes nationaux de sécurité sociale, sans toutefois les uniformiser. Chaque pays conserve la structure, le genre et le montant de ses cotisations et de ses prestations d'assurance. Les aspects les plus importants de ces accords sont les suivants :

- l'égalité de traitement entre ressortissants suisses et ressortissants des Etats membres de l'UE ou de l'AELE;
- l'atténuation ou la suppression des désavantages en matière de couverture d'assurance qui peuvent découler du fait de s'établir dans un autre pays pour y vivre ou y travailler.

Depuis l'entrée en vigueur de l'ALCP, les ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de l'UE ou de l'AELE qui quittent la Suisse ne sont en principe plus assujettis à l'assurance obligatoire. Cependant, s'ils s'établissent hors de l'UE ou de

l'AELE, ils ont la possibilité d'adhérer à l'assurance facultative.

Cette disposition peut s'avérer problématique pour des personnes proches de l'âge de l'AVS ayant travaillé la majeure partie de leur vie en Suisse, mais ne disposant plus d'un emploi en Suisse et résidant dans la zone UE/AELE. Cette problématique est patente notamment pour les travailleurs installés en France (ressortissants UE/AELE ou suisses) et ayant travaillé en Suisse. En effet, leurs cotisations facultatives permettraient d'obtenir une rente complète.

Dans ce contexte, je pose les questions suivantes :

1. Dans le dessein d'une coordination transfrontalière des assurances sociales, le Conseil fédéral est-il sensible à cet état de fait et compte-t-il intervenir afin de permettre aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de l'UE/AELE résidant en France de cotiser à l'assurance vieillesse facultative ?
2. Subsidiairement, le Conseil fédéral ne pourrait-il pas établir une exception pour les ressortissant(e)s suisses et ressortissant(e)s d'un Etat membre de l'UE/AELE résidant en France et âgées de plus de 55 ans ? »

Réponse du Conseil fédéral du 31.8.2011

« Afin d'éviter le surcroît de charges financières qu'aurait entraîné l'ouverture de l'assurance AVS/AI facultative aux ressortissants des Etats de l'UE et de l'AELE conformément au principe d'égalité de traitement, le Conseil fédéral, dans son message du 23 juin 1999 relatif à l'approbation des accords sectoriels entre la Suisse et la CE, adopté en date du 8 octobre 1999, et dans son message du 28 avril 1999

concernant une modification de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (révision de l'assurance facultative), adoptée en date du 23 juin 2000, a proposé de supprimer la possibilité d'adhérer à l'assurance AVS/AI facultative pour les ressortissants suisses, de l'UE et de l'AELE sur le territoire de l'UE et de l'AELE.

Sans cette restriction du champ d'application territorial, tous les ressortissants de l'UE et de l'AELE résidant sur le territoire de l'un des Etats membres auraient pu s'assurer facultativement à l'AVS/AI suisse. Cela aurait considérablement aggravé le déficit de cette assurance, puisque les coûts supplémentaires à la charge des pouvoirs publics et des assurés en Suisse se seraient élevés, d'après les estimations de l'époque, à 6 milliards de francs au minimum.

Actuellement, en ne cotisant que 904 francs par année, les assurés peuvent prétendre, avec une carrière d'assurance complète, à une rente minimale annuelle de 13 920 francs. Ils ne financent, en conséquence, qu'une partie infime des prestations auxquelles ils sont en droit de prétendre une fois l'âge de la retraite atteint. Dans cette optique, il ne se justifie pas de remettre en cause la modification des conditions d'adhésion à l'AVS/AI facultative proposées par le Conseil fédéral et adoptées par le Parlement il y a un peu plus d'une décennie.

De plus, lorsqu'un ressortissant suisse ou étranger quitte la Suisse pour un Etat de l'UE ou de l'AELE, il s'agit d'une décision globale puisque ce départ implique de renoncer aux avantages et désavantages du système de sécurité sociale suisse en vue de s'intégrer pleinement dans le système du nouvel Etat de résidence.

D'ailleurs, en ce qui concerne plus particulièrement la France, les personnes sans activité lucrative qui s'établissent sur le territoire de cet Etat ont la possibilité d'adhérer facultativement au système de sécurité sociale français.

Ainsi, en quittant le territoire suisse pour s'établir de leur plein gré dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE, les personnes concernées ne doivent plus pouvoir bénéficier de la solidarité des assurés cotisant à l'assurance obligatoire ni de la part publique qui s'élève à 19,55% (contribution de la Confédération) des dépenses annuelles de l'AVS auxquels s'ajoutent encore la part de la TVA directement dévolue à l'AVS et les recettes de la taxe sur les maisons de jeux, respectivement à 37,7% (contribution de la Confédération) des dépenses annuelles de l'AI auxquels s'ajoute la part de la TVA directement dévolue à cette assurance. Cette mesure est d'autant plus justifiée qu'ils ne s'acquittent plus de leurs impôts en Suisse.

Enfin, de par la conclusion de l'accord sur la libre circulation des personnes avec l'UE et ses Etats membres et de la convention instituant l'AELE, la Suisse est tenue de veiller au respect de l'égalité de traitement pour les ressortissants de tous les Etats concernés et ce, quel que soit leur lieu de résidence. Il s'ensuit que le Conseil fédéral ne peut pas établir une exception pour les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE ou de l'AELE résidant en France.

En conséquence, le Conseil fédéral n'entend pas modifier la réglementation actuelle, ni instaurer une réglementation d'exception telle que celle souhaitée par l'auteur de la présente interpellation. »

Législation : les projets du Conseil fédéral (état au 30 septembre 2011)

Projet	Date du message	Publ. dans la Feuille fédérale	1 ^{er} Conseil		2 ^e Conseil		Vote final (publ. dans la FF)	Entrée en vigueur / référendum
			Commission	Plénium	Commission	Plénium		
LAMal – projet 1B Liberté de contracter	26.5.04	FF 2004, 4293	CSSS-CE 21/22.6.04 30.5.06, 8.1, 15.2, 15.10, 9.11.07 18.2.08 (1 ^{re} partie) 18.3, 5.6.08 (2 ^e partie), 14.4, 13.5, 27.6, 26.8, 28.10, 24.11.08 (1 ^{re} partie)	CE 6.12.07 (2 ^e partie prolong. de la clause du besoin pour les médecins) 27.5, 5.6.08 (2 ^e partie), 18.12.08 (pas entré en matière)	CSSS-CN 30.6.04, 18.1, 2.6.08 (2 ^e partie), 29.1, 25.2, 26.3.10 sous-comm. de la CSSS-CN 21.4.10, CSSS-CN 29.4.10	CN 5.3, 4.6.08 (2 ^e partie) 16.6.10 (pas entré en matière)	13.6.08 (2 ^e partie)	14.6.08 (2 ^e partie)
LAMal – projet 1D Participation aux coûts	26.5.04	FF 2004, 4361	CSSS-CE 21/22.6, 23/24.8.04, 19.8, 7.9, 25.10, 22.11.10	CE 21.9.04 15.12.10 (pas entré en matière)	CSSS-CN 30.6.04, 29.1, 25.2, 26.3.10, sous-comm. de la CSSS-CN 21.4.10, CSSS-CN 29.4.10	CN 16.6.10 (pas entré en matière)		
LAMal – projet 2B Managed Care	15.9.04	FF 2004, 5599	CSSS-CE 18/19.10.04 30.5, 21/23.8, 12/13.9, 16/17.10, 13.11.06, 19.8, 7.9, 25.10, 22.11.10 2 ^e partie médicaments: 9.1, 15.2, 26.3, 3.5, 13.9.07 8.1, 15.4, 27.8.08 (2 ^e partie, médicaments, diff.) 14.9.11 (conf. d'entente)	CE 5.12.06 (1 ^{re} partie sans médicaments), 13.6.07, 4.3, 17.9.08 (2 ^e partie médicaments) 4.3.08 (2 ^e partie, diff.) 24.9.08 (conf. d'entente) 15.12.10 (diff.) 30.5, 14.9.11	CSSS-CN 25.10.07, 10.3, 24.4, 18.9.08 (2 ^e partie médicaments) 13.2.09, 29.1, 25.2, 26.3.10 sous-comm. de la CSSS-CN 21.4.10, CSSS-CN 29.4.10, 17.2, 23.6, (conf. d'entente)	CN 4.12.07 (2 ^e partie médicaments) 4.6, 18.9.08 (2 ^e partie diff.) 24.9.08 (conf. d'entente), 16.6.10 (1 ^{re} partie) 3.3, 12.9, 22.9.11	1.10.08 (2 ^e partie) accepté par le CE refus par le CN 30.9.11 accepté par le CE	
LAMal – mesures pour endiguer l'évolution des coûts	29.5.09	FF 2009, 5793	CSSS-CN 26.6, 27/28.8, 1.12.09, 29.1, 25.2, 9.3.10 (projet 1) 26.3, 19.8, 9.9, 25.10, 22.11.10 (projet 2) 23.9, 27.9.10 (conf. d'entente)	CN 9.9, 2.12, 7.12.09, 16.6.10 (diff.)	CSSS-CE 17.8, 2.9, 18.10, 9.11.09, 18.1.10 (projet 1, différences) sous-comm. de la CSSS-CN 21.4.10, CSSS-CN 29.4, 19.8.10	CE 25/26.11.09, 3.3.10 (projet 1, diff.) 20.9, 30.9.10 (conf. d'entente) 15.12.10 projet 2 (pas entré en matière)		
LAA – révision	30.5.08	FF 2008, 5395	CSSS-CN 20.6, 9.9, 16.10, 6/7.11.08, 15/16.1, 12/13.2, 26/27.3, 27.8, 9.10, 29.10.09, 28.1, 24.6.10	CN 11.6.09 (refus à la CSSS-CN) 22.9.10 (refus du projet 1 au Conseil féd.)	CSSS-CE 31.1.11	CE 1.3.11 (Refus du projet 1 au Conseil féd., oui pour la suspension du projet 2)		
2^e train mesures: la révision 6b	11.5.11	FF 2011, 5301	CSSS-CN 19.8.11					
LAVS. Amélioration de la mise en œuvre	3.12.10	FF 2011, 519		CE 1.3.11				
Loi sur l'encouragement de l'enfance et de la jeunesse	17.9.10	FF 2010, 6197	CSEC-C 20.1.11	CE 9.3, 30.9.11	CSEC-N 19/20.5.11	CN 16.6, 27.9.11	30.9.11	1.1.13

CN = Conseil national / CCN = Commission préparatoire du Conseil national / CE = Conseil des Etats / CCE = Commission préparatoire du Conseil des Etats / 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 sécurité / IP = Initiative populaire.

Calendrier

Réunions, congrès, cours

Date	Manifestation	Lieu	Renseignements et inscriptions
4.11.2011	Journée d'étude INSOS Les ateliers sur la voie vers des entreprises sociales ? Comment les ateliers pour personnes avec handicap peuvent relever les défis de demain (cf. présentation ci-après)	Hôtel Elite, Bienne	INSOS Suisse Avenue de la Gare 17 1003 Lausanne Tél. 021 320 21 70 Fax 021 320 21 75 sr@insos.ch www.insos.ch
10.11.2011	L'état de droit hors jeu ? Inégalités de traitement dans l'Etat social (cf. CHSS 4/2011)	Hôtel Kreuz, Berne	ASPS – Association Suisse de politique sociale Monbijoustrasse 22 Case postale 3000 Berne 14 Tél. 031 326 19 20 Fax 031 326 19 10 admin@svsp.ch
23.11.2011 (ou 14.3.2012)	Les nouveaux paradigmes de l'assurance-invalidité : quelle marge de manœuvre pour les travailleurs sociaux ? (cf. présentation ci-après)	Haute Ecole fribourgeoise de travail social (HEF-TS), Givisiez	HEF-TS Département de la Formation continue Rue Jean-Prouvé 10 1762 Givisiez Tél. 026 429 62 70 Fax 026 429 62 01 formation.continue@hef-ts.ch
24.11.2011	Journée d'automne de l'ARTIAS Insertion : passer par la case départ. L'illettrisme, un frein à l'emploi. (cf. CHSS 4/2011)	Palais de Beaulieu, Lausanne	ARTIAS Rue des Pêcheurs 8 1400 Yverdon-les-Bains Tél. 024 557 20 66 Fax 024 557 20 67 info@artias.ch www.artias.ch
25.11.2011	« EPAS – Mise au point » séminaires sur la gouvernance dans le 2 ^e pilier	Yverdon-les-Bains	Editions EPAS Prévoyance Professionnelle et Assurances Sociales SA Jolanda Achermann Case postale 4242 6002 Lucerne Tél. 041 317 07 07 Fax 041 317 07 00 manifestation@pps-epas.ch www.pps-epas.ch
15.12.2011	Les entreprises sociales entre marché et bien commun – réussites et défis (cf. présentation ci-après)	Fachhochschule Nordwestschweiz Olten	Fachhochschule Nordwestschweiz Hochschule für Soziale Arbeit Silvia Vogelsang Riggenbachstrasse 16 4600 Olten Tél. 062 311 96 19 Fax 062 311 96 41 silvia.vogelsang@fhnw.ch

Les ateliers sur la voie vers des entreprises sociales ? Comment les ateliers pour personnes avec handicap peuvent relever les défis de demain

Après la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), plusieurs cantons

ont demandé aux institutions pour personnes avec handicap si leurs ateliers pouvaient également proposer des prestations pour d'autres groupes de clients, comme des personnes sans travail, avec des difficultés sociales ou un passé migratoire. Depuis, plusieurs institutions ont commencé à diversifier

leur prestations et à développer un nouveau secteur pour les nouveaux clients sous la forme d'entreprises sociales ou d'entreprises avec mandat social. Est-ce le modèle pour l'avenir ?

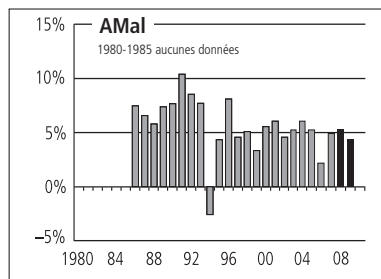
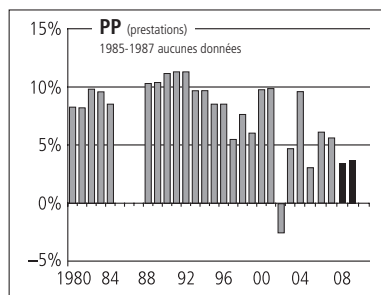
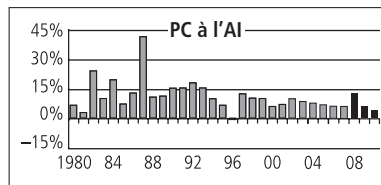
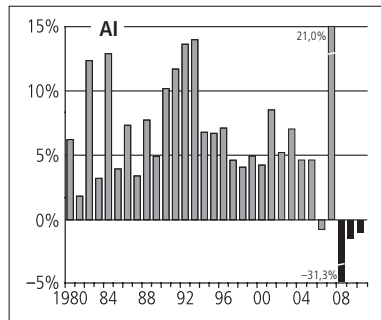
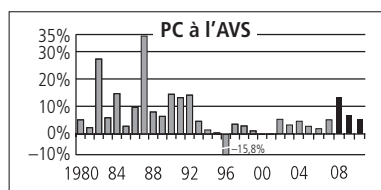
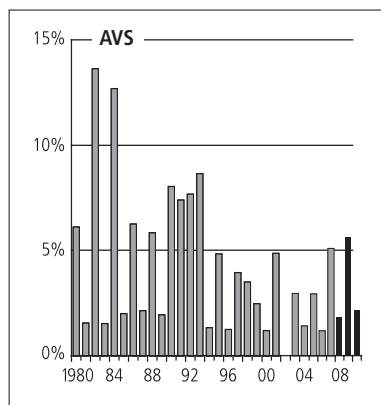
Les nouveaux paradigmes de l'assurance-invalidité : quelle marge de manœuvre pour les travailleurs sociaux ?

Avec l'introduction de la 5^e révision, l'assurance-invalidité (AI) a fondamentalement changé de paradigme d'intervention, en développant la « prévention » (détection et intervention précoces) et la réinsertion de personnes avec un handicap psychique. Ces nouveaux champs ouvrent des alternatives (ou perspectives) intéressantes aux travailleurs sociaux dans le cadre de leur intervention quotidienne auprès des usagers. Les professionnels de l'action sociale s'interrogent sur les enjeux liés à ces logiques d'intervention. De même, ils ont besoin de savoir maîtriser ces nouveaux outils pour accompagner les bénéficiaires dans le respect de leurs droits et de leurs devoirs.

Les entreprises sociales : entre marché et bien commun – réussites et défis

Le monde du travail change à un rythme effréné. Pour un nombre croissant de personnes, « gagner sa vie » est aujourd'hui un problème majeur. La situation est particulièrement difficile pour les personnes à productivité réduite, ou dont les qualifications ne sont plus demandées. En Suisse, les efforts pour faire accéder ces personnes au marché du travail se sont multipliés dans le courant des dix dernières années. L'« entreprise sociale », qui cultive une approche d'insertion proche du marché, est considérée à cet égard comme le modèle le plus porteur. Quels modèles et principes directeurs existent-ils dans ce domaine, en Suisse et dans les différentes régions du pays ? Peut-on en déduire des objectifs communs ? Que veut dire au juste « (ré)insérer » quelqu'un et comment le faire avec succès ? Comment les entreprises sociales peuvent-elles parallèlement réaliser des objectifs économiques ? Quels sont les principaux facteurs de succès et d'efficacité par rapport à cette double finalité de l'entreprise sociale ? Où se situent les difficultés et comment les gérer ?

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AVS		1990	2000	2008	2009	2010 ²	Modification en % TM ¹
Recettes	mio fr.	20 355	28 792	31 592	39 704	38 495	-3,0%
	dont contrib. ass./empl.	16 029	20 482	26 459	27 305	27 461	0,6%
	dont contrib. pouv. publics	3 666	7 417	9 455	9 559	9 776	2,3%
Dépenses		18 328	27 722	33 878	35 787	36 604	2,3%
	dont prestations sociales	18 269	27 627	33 747	35 638	36 442	2,3%
	Résultats des comptes	2 027	1 070	-2 286	3 917	1 891	-51,7%
	Capital	18 157	22 720	38 351	42 268	44 158	4,5%
	Bénéficiaires de rentes AV	Personnes 1 225 388	1 515 954	1 868 973	1 929 149	1 981 207	2,7%
	Bénéf. rentes veuves/veufs	74 651	79 715	113 193	116 917	120 623	3,2%
	Cotisants AVS, AI, APG	3 773 000	3 904 000	4 219 000	4 280 000

PC à l'AVS		1990	2000	2008	2009	2010	TM ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	1 124	1 441	2 072	2 210	2 324	5,2%
	dont contrib. Confédération	260	318	550	584	599	2,5%
	dont contrib. cantons	864	1 123	1 522	1 626	1 725	6,1%
	Bénéficiaires (personnes, av. 1997 cas)	120 684	140 842	162 125	167 358	171 552	2,5%

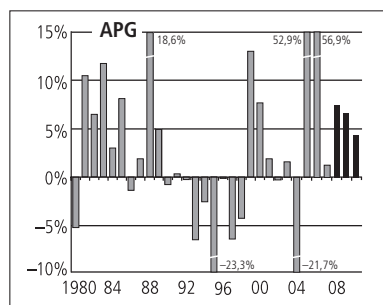
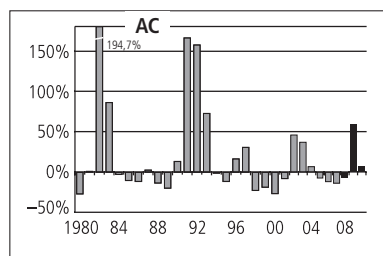
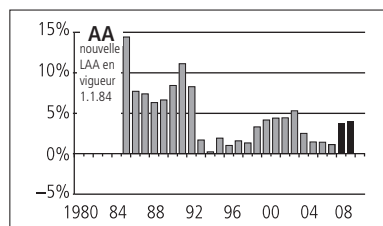
AI		1990	2000	2008 ³	2009	2010 ²	TM ¹
Recettes	mio fr.	4 412	7 897	8 162	8 205	8 176	-0,4%
	dont contrib. ass./empl.	2 307	3 437	4 438	4 578	4 605	0,6%
	dont contrib. pouv. publics	2 067	4 359	3 591	3 518	3 476	-1,2%
Dépenses		4 133	8 718	9 524	9 331	9 220	-1,2%
	dont rentes	2 376	5 126	6 282	6 256	6 080	-2,8%
	Résultats des comptes	278	-820	-1 362	-1 126	-1 045	-7,2%
	Capital	6	-2 306	-12 773	-13 899	-14 944	7,5%
	Bénéficiaires de rentes AI	Personnes 164 329	235 529	287 753	283 981	279 527	-1,6%

PC à l'AI		1990	2000	2008	2009	2010	TM ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	309	847	1 608	1 696	1 751	3,2%
	dont contrib. Confédération	69	182	596	626	638	1,9%
	dont contrib. cantons	241	665	1 012	1 070	1 113	4,0%
	Bénéficiaires (personnes, av. 1997 cas)	30 695	61 817	101 535	103 943	105 596	1,6%

PP/2^e pilier		1990	2000	2008	2009	2010	TM ¹
Recettes	mio fr.	32 882	46 051	61 911	60 218	...	-2,7%
	dont contrib. sal.	7 704	10 294	14 904	15 457	...	3,7%
	dont contrib. empl.	13 156	15 548	24 568	23 541	...	-4,2%
	dont produit du capital	10 977	16 552	16 548	15 905	...	-3,9%
Dépenses		15 727	31 605	38 311	42 907	...	12,0%
	dont prestations sociales	8 737	20 236	29 361	30 453	...	3,7%
	Capital	207 200	475 000	537 000	596 500	...	11,1%
	Bénéficiaires de rentes	Bénéf. 508 000	748 124	932 086	956 565	...	2,6%

AMal Assurance obligatoire des soins		1990	2000	2008	2009	2010	TM ¹
Recettes	mio fr.	8 869	13 930	19 974	20 719	...	3,7%
	dont primes (à encaisser)	6 954	13 442	19 692	20 125	...	2,2%
Dépenses		8 417	14 056	20 619	21 474	...	4,1%
	dont prestations	8 204	15 478	22 722	23 656	...	4,1%
	dont participation d. assurés aux frais	-801	-2 288	-3 290	-3 382	...	2,8%
	Résultats des comptes	451	-126	-645	-755	...	17,1%
	Capital	5 758	6 935	8 666	8 154	...	-5,9%
	Réduction de primes	332	2 545	3 398	3 542	...	4,2%

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AA tous les assureurs		1990	2000	2008	2009	2010	TM ¹
Recettes	mio fr.	4 181	5 992	7 948	7 730	...	-2,7%
dont contrib. des assurés		3 341	4 671	6 298	6 152	...	-2,3%
Dépenses		3 259	4 546	5 744	5 968	...	3,9%
dont prestations directes avec rench.		2 743	3 886	4 937	5 145	...	4,2%
Résultats des comptes		923	1 446	2 204	1 762	...	-20,1%
Capital		12 553	27 322	39 002	41 289	...	5,9%

AC Source: seco		1990	2000	2008	2009	2010	TM ¹
Recettes	mio fr.	736	6 230	5 138	5 663	5 752	1,6%
dont contrib. sal./empl.		609	5 967	4 696	5 127	5 210	1,6%
dont subventions		-	225	429	531	536	1,1%
Dépenses		452	3 295	4 520	7 128	7 457	4,6%
Résultats des comptes		284	2 935	618	-1 464	-1 706	16,5%
Capital		2 924	-3 157	-3 090	-4 555	-6 260	37,5%
Bénéficiaires ⁴	Total	58 503	207 074	244 030	302 826	321 920	6,3%

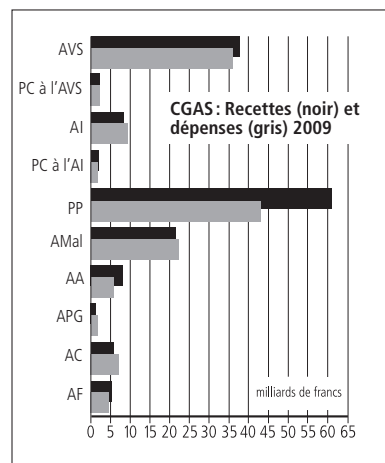
APG		1990	2000	2008	2009	2010 ²	TM ¹
Recettes	mio fr.	1 060	872	776	1 061	1 006	-5,2%
dont cotisations		958	734	950	980	985	0,6%
Dépenses		885	680	1 437	1 535	1 603	4,5%
Résultats des comptes		175	192	-661	-474	-597	26,1%
Capital		2 657	3 455	1 483	1 009	412	-59,2%

AF		1990	2000	2008	2009	2010	TM ¹
Recettes estimées	mio fr.	2 689	3 974	4 639	5 181	...	11,7%
dont agric. (Confédération)		112	139	148	158	...	6,5%

Compte global des assurances sociales (CGAS*) 2009

Branches des assurances sociales	Recettes mio fr.	TM 2008/2009	Dépenses mio fr.	TM 2008/2009	Résultats des comptes mio fr.	Capital mio fr.
AVS (CGAS)	37 692	2,0%	35 787	5,6%	1 905	42 268
PC à l'AVS (CGAS)	2 210	6,7%	2 210	6,7%	-	-
AI (CGAS)	8 205	-14,8%	9 616	-13,3%	-1 412	-13 791
PC à l'AI (CGAS)	1 696	5,5%	1 696	5,5%	-	-
PP (CGAS) (estimation)	60 218	-2,7%	42 907	12,0%	17 311	596 500
AMal (CGAS)	20 719	3,7%	21 474	4,1%	-755	8 154
AA (CGAS)	7 730	-2,7%	5 968	3,9%	1 762	41 289
APG (CGAS)	1 004	0,6%	1 535	6,8%	-530	1 009
AC (CGAS)	5 663	10,2%	7 128	57,7%	-1 464	-4 555
AF (CGAS) (estimation)	5 181	11,7%	4 824	4,5%	357	1 284
Total consolidé (CGAS)	149 654	-0,5%	132 480	7,3%	17 174	672 158

* 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	2006	2007	2008	2009
Taux de la charge sociale ⁵ (indicateur selon CGAS)	25,9%	27,2%	26,9%	26,9%	26,5%	26,9%
Taux des prestations sociales ⁶ (indicateur selon CGAS)	19,5%	22,1%	21,3%	20,8%	20,3%	21,7%

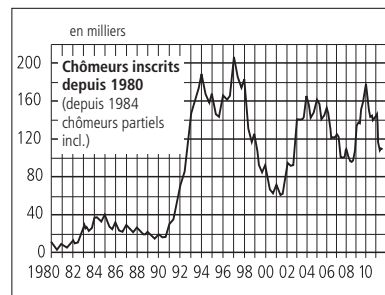
Chômeurs(es)

	ø 2008	ø 2009	ø 2010	juillet 11	août 11	sept. 11
Chômeurs complets ou partiels	101 725	146 089	151 986	109 200	111 687	111 344

Démographie

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

	2010	2015	2020	2030	2040	2050
Rapport dépendance <20 ans ⁷	33,8%	32,9%	33,2%	35,0%	34,3%	34,0%
Rapp. dép. des pers. âgées ⁷	28,7%	31,1%	33,7%	42,6%	48,0%	50,4%



1 Taux de modification annuel le plus récent = TM.

2 Provisoire.

3 Valeur non comparable avec l'année précédente en raison de la RPT.

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

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

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

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).

Source : Statistique des assurances sociales suisses 2011 de l'OFAS ; SECO, OFS. Informations : salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Livres

Droit

Prévention Suisse de la Criminalité (PSC). **Les jeunes et la violence.** Un manuel de la Prévention Suisse de la Criminalité (PSC). Edition : 1, 2011 Stämpfli Verlag SA, Wölflistrasse 1, case postale 5662, 3001 Berne. Tél. 031 300 66 77. 272 pages, 64 francs. ISBN : 978-3-7272-8794-7.

Ces dernières années, la thématique « les jeunes et la violence » a souvent été à l'ordre du jour, que ce soit dans l'opinion publique, dans les médias ou dans les milieux politiques et les autorités fédérales, cantonales ou municipales. On a beaucoup discuté des mesures à prendre pour lutter avec efficacité et efficience contre la violence commise entre jeunes et par les jeunes. Dans ce manuel, des expertes de différentes disciplines s'expriment au sujet d'aspects variés de la thématique « Les jeunes et la violence ».

Karine Powlakic. **Suppression de l'aide sociale. Un instrument de contrainte.** Edition : 1, 2011 Editions d'en bas, rue des Côtes-de-Montbenon 30, 1003 Lausanne. Téléphone 021 323 39 18, fax 021 312 32 40. enbas@bluewin.ch. 224 pages, 28 francs. ISBN : 978-2-8290-0406-3.

En 2004 entre en vigueur pour certaines catégories de demandeurs d'asile la suppression de l'aide sociale. En 2006, ce système a été généralisé dans le cadre d'une révision de la loi sur le droit d'asile, votée par le peuple

suisse. Dès lors, la Suisse peut se targuer d'appliquer une des lois les plus restrictives en Europe, d'avoir légalisé un régime de répression à l'égard des personnes étrangères et institutionnalisées la « chasse aux abus ». L'un des instruments les plus iniques de cette loi est la suppression de l'aide sociale à l'égard des personnes déboutées de leur demande d'asile : un instrument de contrainte pour les forcer à quitter le territoire suisse en le rendant moins accueillant. Ces personnes, par leurs parcours accidentés de vie, forment la partie la plus vulnérable, la plus précarisée de la population en Suisse. Précipitées dans un dénuement encore plus grand par la suppression de l'aide sociale, elles ont « droit » à l'« aide d'urgence » : la Suisse réussit le tour de force de panser les plaies qu'elle a elle-même infligées.

Généralités

René Knüsel. **Les risques du métier. La santé dans le travail social.** Collection : Cahiers EESP. 2010, Haute école de travail social et de la santé – EESP, chemin des Abeilles 14, 1010 Lausanne. 152 pages, 30 francs. ISBN : 978-2-88284-056-1.

La santé au travail est une préoccupation importante depuis des décennies. Sauf dans les métiers du social. Ce livre permet de combler cette lacune dans la connaissance. Quelles sont les conditions de travail des personnes actives dans le travail social ? Comment envisagent-elles la santé ? Quelle importance donnent-elles à la santé ?

Autant de questions qui trouvent réponse grâce à l'enquête originale menée auprès de professionnel(le)s de plusieurs institutions sociales.

Internet

Genderjoker – la page Facebook de l'égalité

Egalité et genre : toutes les actualités dans les domaines de la famille, du travail, de la politique, de l'économie, du droit, de la société. La page donne des informations sur les thèmes de l'égalité entre hommes et femmes, des rôles sexués, de l'égalité des chances, de la conciliation entre travail et famille, de la discrimination liée au sexe, de l'égalité salariale, des inégalités dans le monde professionnel, de la migration, etc.

www.facebook.com/pages/Genderjoker/140313842706652?sk=wall

avs-ensemble.ch – la réforme de l'AVS a sa plateforme

La nouvelle plateforme Internet www.avs-ensemble.ch donne des informations sur le processus de la réforme visant à garantir la pérennité de l'AVS pour les générations futures. Partenaires sociaux, partis politiques et cantons se déclarent en effet prêts à poursuivre la réforme de l'AVS, de concert avec le Département fédéral de l'intérieur (DFI).



Nouvelles publications

	Source N° de commande Langues, prix
Rapport annuel 2010 sur les assurances sociales selon l'art. 76 LPG	318.121.10 d/f ¹ gratuit
Statistique de l'assurance maladie obligatoire 2009	316.916.09 d/f ¹ 25 francs

¹ Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), Vente de publications fédérales, 3003 Berne.
(Tél. 031 325 50 50)
verkauf.zivil@bbl.admin.ch
www.publicationsfederales.ch

Sécurité sociale (CHSS)

La revue, lancée en 1993, paraît 6 fois par an. Chaque numéro contient un dossier sur un thème d'actualité. Les dossiers publiés dès 2009 :

- N° 1/09 AI: un an de « Cinquième »
- N° 2/09 Prévoyance vieillesse
- N° 3/09 Les jeunes et la violence
- N° 4/09 Accueil extrafamilial des enfants: perspective économique
- N° 5/09 Des relations entre générations à une politique des générations
- N° 6/09 Pas de dossier
- N° 1/10 50 ans d'assurance-invalidité
- N° 2/10 Mobilité et sécurité sociale
- N° 3/10 Stratégie de lutte contre la pauvreté
- N° 4/10 La crise des marchés financiers et les conséquences sur les assurances sociales
- N° 5/10 Pas de dossier
- N° 6/10 L'Etat social et la question du genre
- N° 1/11 Réforme structurelle de la prévoyance professionnelle
- N° 2/11 Rapport de synthèse PR-AI
- N° 3/11 Entreprises sociales
- N° 4/11 Aide au recouvrement et avance sur contributions d'entretien
- N° 5/11 Révisions de l'assurance-invalidité 6a et 6b

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

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

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

Impressum

Editeur	Office fédéral des assurances sociales (OFAS)	Traduction	Service linguistique de l'OFAS
Rédaction	Rosmarie Marolf Mél.: rosmarie.marolf@bsv.admin.ch Téléphone 031 322 91 43 Sabrina Gasser, administration Mél.: sabrina.gasser@bsv.admin.ch Téléphone 031 325 93 13 La rédaction ne partage pas forcément les opinions des auteurs extérieurs à l'OFAS.	Copyright	Reproduction autorisée avec l'accord de la rédaction
Commission de rédaction	Adelaide Bigovic-Balardi, Deborah Götte, Géraldine Luisier, Stefan Müller, Xavier Rossmannith, Christian Wiedmer	Tirage	Version allemande: 3080 ex. Version française: 1400 ex.
Abonnements et informations	OFCL 3003 Berne Téléfax 031 325 50 58 www.ofas.admin.ch Mél.: verkauf.zivil@bbl.admin.ch	Prix	Abonnement annuel (6 numéros) Suisse: 53 francs (TVA incluse) Etranger: 58 francs Prix du numéro: 9 francs
		Diffusion	OFCL, Diffusion publications 3003 Berne
		Impression	Cavelti AG, Druck und Media Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2689 318.998.5/11f