

Dossier

La procédure dans l'assurance-invalidité
est-elle trop longue ?

Prévoyance

Devenir indépendant: un prix et des risques

Politique sociale

Sans papiers, mais pas sans droits

Sécurité sociale

CHSS 6/2003

*Sécurité
sociale*

BSV / /
OFAS / /
UFAS / /

Sommaire Sécurité sociale CHSS 6/2003

Editorial	313
Chronique octobre/novembre 2003	314
Mosaïque	316

Dossier

La procédure dans l'assurance-invalidité est-elle trop longue ?	317
Assurance-invalidité : durée de la procédure (Véronique Merckx et Maria Rosa Ventrice, OFAS)	318
Deux situations représentatives (Alain Porchet et Claude Matossi, Office AI VD)	323
Comment remédier aux effets pernicioeux de la lenteur de la procédure dans l'AI (Georges Pestalozzi, DOK)	325
Les faiblesses de la procédure (Markus Gamper, Office AI BE)	330
Objectifs de gestion et analyse comparative: de nouveaux instruments de gestion pour maîtriser la durée de la procédure (Adelaide Bigovic, OFAS)	332
Nouvel aiguillage de l'AI: une nécessité (Erwin Murer et Basile Cardinaux, Université de Fribourg)	337

Prévoyance

La 11 ^e révision de l'AVS est sous toit (VSI, OFAS)	340
Les Chambres adoptent la première révision de la LPP (Beatrix Schönholzer Diot, OFAS)	342
Devenir indépendant: un prix et des risques (Robert Wirz, OFAS)	345

Santé publique

Assurance-maladie: questions d'actualité (exposé du président de la Confédération Pascal Couchepin)	352
Flux intercantonaux de patients dans le domaine hospitalier (Daniel Zahnd, OFAS)	355

Politique sociale

Sans papiers, mais pas sans droits (Denise Efonyi-Mäder et Christin Achermann)	359
Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (Michel Valterio, OFAS)	363
Assurances sociales: ce qui change en 2004 (René A. Meier, OFAS)	365

Parlement

Interventions parlementaires	369
Législation: les projets du Conseil fédéral	375

Informations pratiques

Calendrier (réunions, congrès, cours)	376
Livres et sites	377
Statistique des assurances sociales	378
Chiffres repères dans la prévoyance professionnelle	380
Sommaire 2003 de «Sécurité sociale» CHSS	382

Notre adresse Internet :

www.ofas.admin.ch

Nouvelles publications

	Source N° de commande Langues, prix
6,05 % cotisations sur le salaire déterminant jusqu'à Fr. 8900.–. Table auxiliaire sans force obligatoire. Valable dès le 1 ^{er} janvier 2004	OFCL ¹ 318.112.1, dfi Fr. 2.90
Conversion des salaires nets en salaires bruts. Valable dès le 1 ^{er} janvier 2004	OFCL ¹ 318.115, df Fr. 1.10
Tables pour la fixation des indemnités journalières AI. Valable dès le 1 ^{er} janvier 2004	OFCL ¹ 318.116.1, df Fr. 1.75
Rentes complètes mensuelles. Echelle 44. Valable dès le 1 ^{er} janvier 2004	OFCL ¹ 318.117.1, df
Statistique des assurances sociales suisses 2003	OFCL ¹ 318.122.03, f/d
Statistique AVS 2003	OFCL ¹ 318.123.03, f/d Fr. 9.70
Fiche d'information «Informations concernant la 4 ^e révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI). Entrée en vigueur au 1 ^{er} janvier 2004»	f/d/i ²
Mémento AVS/AI «Cotisations dues à l'assurance-chômage.» Etat au 1 ^{er} janvier 2004	2.08, f/d/i ²
Mémento AVS/AI «Obligation de cotiser sur les indemnités en cas de réduction de l'horaire de travail ou d'intempéries.» Etat au 1 ^{er} janvier 2004	2.11, f/d/i ²
Mémento AVS/AI «Rentes de survivants de l'AVS.» Etat au 1 ^{er} janvier 2004	3.03, f/d/i ²
Mémento AVS/AI «Age flexible de la retraite.» Etat au 1 ^{er} janvier 2004	3.04, f/d/i ²
Mémento AVS/AI «Calcul anticipé de la rente.» Etat au 1 ^{er} janvier 2004	3.06, f/d/i ²
Mémento AVS/AI «Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI.» Etat au 1 ^{er} janvier 2004	5.01, f/d/i ²
Mémento AVS/AI «Salariés travaillant ou domiciliés à l'étranger et les membres de leur famille.» Etat au 1 ^{er} janvier 2004	10.01, f/d/i ²

1 OFCL, Diffusion publications, 3003 Berne, fax 031 325 50 58; verkauf.zivil@bbl.admin.ch; www.bbl.admin.ch/bundespublikationen/f.

2 Offert par les caisses de compensation AVS ou les offices AI, et disponible sur Internet à l'adresse www.avs-ai.info.

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 de 2001 à 2003 :

- N° 1/01 Que coûte l'application des assurances sociales ?
- N° 2/01 Formation des tarifs dans le système de santé suisse
- N° 3/01 La situation des working poor dans l'Etat social suisse
- N° 4/01 Vers une autre répartition des charges familiales ?
- N° 5/01 Les personnes âgées : une génération d'avenir
- N° 6/01 Les médicaments nous coûtent-ils trop cher ?

- N° 1/02 La LAMal a six ans – synthèse de l'analyse des effets
- N° 2/02 Les effets des Accords bilatéraux avec l'Union européenne sur les assurances sociales suisses
- N° 3/02 Les villes et la politique sociale
- N° 4/02 Optimiser la collaboration interinstitutionnelle entre l'AI, l'AC et l'aide sociale
- N° 5/02 La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales à la veille de son introduction
- N° 6/02 Bases de décision pour le développement des assurances sociales

- N° 1/03 Année européenne des personnes handicapées – la situation des personnes handicapées en Suisse
- N° 2/03 –
- N° 3/03 L'avenir à long terme de la prévoyance vieillesse commence aujourd'hui
- N° 4/03 La pauvreté – une réalité en Suisse aussi
- N° 5/03 Accord sur la libre circulation des personnes conclu avec l'Union européenne. Premier bilan
- N° 6/03 La procédure dans l'assurance-invalidité est-elle trop longue ?

Les articles des dossiers de *Sécurité sociale* sont accessibles sur Internet à l'adresse suivante : www.ofas.admin.ch (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, tél. 031 322 90 11, fax 031 322 78 41, e-mail : info@bsv.admin.ch**

Impressum

Editeur	Office fédéral des assurances sociales (OFAS)	Traduction	Service linguistique de l'OFAS
Rédaction	René A. Meier, rédacteur RP E-mail: rene.meier@bsv.admin.ch Téléphone 031 322 91 43 La rédaction ne partage pas forcément les opinions des auteurs extérieurs à l'OFAS	Copyright	Reproduction autorisée avec l'accord de la rédaction
Commission de rédaction	Adelaide Bigovic Balzardi, Jürg Blatter, Susanna Bühler, Pascal Coullery, Géraldine Luisier Rurangirwa, Stefan Müller, Pierre-Yves Perrin	Tirage	Version allemande: 6500 ex. Version française: 2500 ex.
Abonnements et informations	Office fédéral des assurances sociales Effingerstrasse 20, Berne Téléphone 031 322 90 11 Téléfax 031 322 78 41 www.ofas.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

L'assurance-invalidité sous la poussée d'intérêts divergents



Beatrice Breitenmoser
Vice-directrice de l'OFAS, responsable du domaine d'activité AI

Le grand débat public en cours sur l'assurance-invalidité prétend dire à l'AI ses quatre vérités: elle serait une assurance de rentes qui distribuerait ses prestations à la légère; les offices AI voudraient toujours tirer au clair les situations déjà claires et prolongent les examens, alors que les prestations pourraient déjà être accordées; les offices AI seraient mal organisés et manqueraient de personnel; l'AI serait hyperréglémentée et produirait des procédures interminables...

Comme toujours, ce genre de lieux communs n'est pas tout à fait faux, mais il donne une image trop partielle de la situation. Le présent numéro de «Sécurité sociale» entend aborder la longueur de la procédure dans l'AI sous différents éclairages. Il réservera sans nul doute quelques surprises à nos lectrices et lecteurs. Je pense par exemple à cette norme minimale en vigueur depuis quelque temps: pour 75 % des demandes, la décision doit interve-

nir dans un délai d'un an. Vouloir placer la barre plus haut encore serait absurde, car dans bien des cas il faut d'abord recourir à l'orientation professionnelle ou à des expertises externes afin d'aboutir autant que possible à une réadaptation. Je pense aussi à l'influence considérable que la protection des données et la «juridisation» de notre société exercent sur la longueur de la procédure. Le fait aussi que cette procédure dure plus ou moins longtemps selon les offices AI, même avec un nombre de demandes et des effectifs identiques, en surprendra plus d'un. Et, last but not least, le début et le terme de la procédure ne sont pas les mêmes pour tout le monde: celle-ci commence-t-elle avec le premier certificat d'incapacité de travail délivré par le médecin de famille ou avec le dépôt de la demande à l'AI? Et quand prend-elle fin, avec la décision de l'office AI ou l'arrêt du Tribunal fédéral sur cette décision?

En tant qu'assurance sociale, l'AI est tout particulièrement appelée à optimiser sans cesse son application au quotidien, tout en améliorant la transparence de la procédure pour toutes les personnes et instances concernées. Cet exercice de corde raide n'est pas facile! Mais le problème de la longueur de la procédure ne peut pas être considéré indépendamment du mandat politique de l'AI, qui est le suivant:

- *L'AI doit couvrir le risque d'invalidité; mais il faut établir objectivement si invalidité il y a.*
- *L'AI doit couvrir en priorité par des mesures de réadaptation l'invalidité objectivement constatée, et n'accorder de rente que si les conditions pour cela ne sont pas remplies.*

Mais le contexte dans lequel ce mandat politique doit être rempli n'est pas exempt de tensions. La médecine actuelle n'a-t-elle pas trop tendance à médicaliser d'emblée les problèmes sociaux et sociétaux? Quel rôle le médecin traitant doit-il jouer lorsqu'il constate une incapacité de travail? Quels intérêts défendent les avocats? Quelle responsabilité les employeurs veulent-ils et peuvent-ils assumer dans la réadaptation de personnes en situation difficile? Quelle attitude les assurés adoptent-ils vis-à-vis de l'Etat social et de leurs propres devoirs?

La 5^e révision de l'AI actuellement en préparation doit contribuer à clarifier encore le rôle de l'AI dans notre société; cette clarification devrait aussi permettre d'accélérer la procédure.

Assainissement des caisses de pension

Les commissions de la sécurité sociale (CSSS) des deux Chambres sont entrées en matière sans opposition sur les propositions du Conseil fédéral en vue d'assainir les caisses de pension en situation de découvert (CHSS 5/2003, p.279). La commission du Conseil des Etats (CSSS-E) a siégé le 21 octobre et le 17 novembre, celle du Conseil national le 30 octobre. Il était prévu au départ que les deux Chambres traitent le projet durant la session d'hiver. Mais comme la situation s'est un peu calmée, le Conseil national, qui doit se prononcer en second, pourra attendre jusqu'à la session de mars.

Afin que les caisses de pension présentant un découvert important puissent retrouver leur équilibre, le Conseil fédéral entend leur permettre de prendre une série de mesures limitées dans le temps. Celles-ci comprennent le prélèvement de cotisations supplémentaires auprès des employeurs et des salariés, la rémunération des avoires de vieillesse à un taux d'intérêt inférieur au minimum prévu par la loi et une réduction des rentes en cours.

L'idée de prélever une contribution d'assainissement auprès des rentiers a suscité la controverse dans les deux commissions. De l'avis de la CSSS-E, une telle contribution ne se justifie qu'en dernier recours et uniquement sur la partie du droit à la rente qui résulte d'augmentations non prescrites par une loi et intervenues au cours des dix années précédant l'introduction de cette mesure.

Dernière ligne droite pour la 2^e révision de la LAMal

La CSSS-E a traité, les 20 et 21 octobre, les deux derniers points encore en suspens de la révision de la LAMal. Durant la session d'au-

tomne 2003, le Conseil des Etats avait renvoyé le projet à la commission en la chargeant de revoir la question du financement des soins et la disposition transitoire relative au financement des hôpitaux (proposition Spoerry). Aussi la commission a-t-elle longuement auditionné les parties concernées (les cantons, santésuisse, Spitex, l'Association des homes et institutions sociales suisses, l'Association des infirmières et infirmiers, H+ Les hôpitaux de Suisse et l'Association suisse des cliniques privées). Celles-ci ont exprimé leur point de vue sur la question de savoir s'il y avait lieu de modifier le financement des soins dans le cadre de la révision en cours de la LAMal et s'il convenait de préciser dans une disposition transitoire le principe de l'égalité de traitement entre institutions privées et institutions publiques. Au terme d'une discussion approfondie, la commission a décidé à l'unanimité de ne plus modifier dans le cadre de la révision actuelle le dispositif régissant le financement des soins. En revanche, elle charge par voie de motion le Conseil fédéral de soumettre au Parlement, en 2004, un message sur le réaménagement dudit dispositif. Par ailleurs, elle propose à titre de disposition transitoire que les tarifs horaires et journaliers fixés par le Conseil fédéral au 1^{er} janvier 2003 soient maintenus jusqu'à l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation. La procédure d'élimination des divergences qui subsistent relativement à la révision de la LAMal devrait intervenir durant la session d'hiver 2003.

Un fonds AI séparé

Lors de sa séance du 21 octobre, la CSSS-E a en outre mis au point le texte d'une motion visant à garantir la viabilité du fonds AVS/AI. Elle demande notamment la mise en place d'un fonds AI distinct. Cela

doit contribuer à la transparence des comptes de l'AI et créer une base qui permette de supprimer l'endettement actuel de l'assurance-invalidité pesant sur le fonds de compensation de l'AVS.

Paquet fiscal 2001

Le paquet fiscal 2001 n'est pas combattu que par onze cantons (CHSS 5/2003, p.253), mais aussi par un référendum populaire. Comme la Chancellerie fédérale l'a annoncé le 24 octobre (FF 2003 6669), 57 658 signatures valables ont été récoltées à cet effet.

Promotion de l'égalité entre femmes et hommes

La Commission des affaires juridiques du Conseil national, qui a siégé les 3 et 4 novembre sous la présidence d'Anita Thanei (PS, ZH), invite le Conseil fédéral à mettre au point une stratégie visant à réaliser l'égalité entre femmes et hommes. Elle a pris connaissance des 1^{er} et 2^e rapports de la Suisse sur la mise en œuvre de la convention de l'ONU sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, du plan d'action de la Suisse sur l'égalité entre femmes et hommes, ainsi que du rapport du Conseil fédéral de novembre 2002 sur la mise en œuvre de ce plan d'action par les autorités fédérales. Si de nombreuses mesures ponctuelles sont en cours de réalisation, la commission constate que l'égalité entre femmes et hommes n'est toujours pas réalisée, notamment dans la vie professionnelle. Elle est d'avis qu'il manque une stratégie globale. Par 11 voix contre 1 et 4 abstentions, elle a donc adopté un postulat qui demande au Conseil fédéral de mettre au point, dans le cadre du programme de législature 2003-2007, une stratégie permettant de réaliser cette égalité.

Réserves d'or excédentaires et bénéfices de la BNS

La Commission de l'économie et des redevances du Conseil national (CER) a débattu le 4 novembre le projet du Conseil fédéral concernant l'utilisation des réserves d'or excédentaires de la Banque nationale, ainsi que l'initiative populaire «Les bénéfices de la BNS pour l'AVS» (CHSS 5/2003, p. 251). Le projet prévoit de transférer le produit de la vente de l'or dans un fonds et de ne distribuer que les revenus de ce dernier. Deux tiers seraient versés aux cantons et un tiers à la caisse fédérale. Avec un taux d'intérêt hypothétique de 2,5 %, 450 à 500 millions de francs pourraient être distribués chaque année. Après 30 ans, le fonds serait dissous, à moins que le peuple et les cantons en décident autrement. Les cantons et la Confédération se partageraient, à raison respectivement de deux tiers et d'un tiers, la fortune du fonds. L'initiative populaire «Bénéfices de la BNS pour l'AVS» ne porte pas sur les réserves d'or excédentaires, mais sur les revenus futurs et périodiques de la BNS. Elle propose de modifier la clé de répartition actuelle fixée à l'art. 99, al. 4, de la Constitution fédérale (un tiers à la Confédération, deux tiers aux cantons) afin que le bénéfice net de la BNS soit désormais versé au fonds AVS, sauf une part annuelle d'un milliard de francs qui reviendrait aux cantons.

La CER a réalisé une série d'auditions sur ces deux objets réunis par le Conseil fédéral dans le même message. Les discussions menées en son sein dans le cadre du débat d'entrée en matière ont montré la grande

diversité des opinions et des propositions relatives à l'utilisation des réserves d'or. L'objet n'étant prévu que pour la session de printemps 2004, la CER préfère pouvoir examiner plus en détail ces multiples propositions et permettre à la commission de la future législature de traiter ces sujets hautement importants dans sa nouvelle composition.

Programme d'allégement budgétaire 2003 : encore une divergence

La Commission spéciale du Conseil des Etats pour le programme d'allégement 2003, qui s'est réunie le 7 novembre, ne s'est ralliée au Conseil national que sur un des points de politique sociale controversés. Elle propose de soutenir la décision de ne pas abandonner l'indice mixte dans l'AVS, mais elle persiste à vouloir réduire les aides financières à l'accueil extrafamilial des enfants (voir CHSS 5/2003, p. 252).

La loi sur l'égalité pour les handicapés entre en vigueur

Le Conseil fédéral a adopté, le 19 novembre, les dispositions d'exécution de la loi sur l'égalité pour les handicapés (LHand). L'ordonnance sur l'égalité pour les personnes handicapées (OHand) et l'ordonnance sur les aménagements visant à assurer l'accès des personnes handicapées aux transports publics (OTHand) entreront en vigueur en même temps que la LHand, le 1^{er} janvier 2004.

L'OHand précise et définit plusieurs notions centrales telles que «construire et rénover», les «constructions et installations accessibles au public», la «discrimination», les «organisations ayant la qualité pour agir et pour recourir», etc. Elle décrit par ailleurs les tâches du Bureau de l'égalité pour les handicapés, qui va être créé.

L'OTHand régit les modalités de financement : pour les mesures concernant l'accessibilité des transports publics aux handicapés qui ne peuvent pas être réalisées dans le cadre de la planification ordinaire, le Parlement a adopté une enveloppe financière de 300 millions de francs pour une période de 20 ans. Ces fonds serviront uniquement à financer les mesures les plus économiques permettant d'atteindre les objectifs de la loi. Pour plus de détails, voir www.ofj.admin.ch, Nouveautés.

Référendum contre la 11^e révision de l'AVS

Du 20 au 22 novembre, l'Union syndicale suisse a mené une action coordonnée en 200 endroits de Suisse afin de récolter des signatures pour son référendum contre la 11^e révision de l'AVS. Dans son communiqué, l'USS affirme avoir recueilli en 48 heures le nombre record de 81 800 signatures. Comme d'autres organisations (PSS, Travail. Suisse, Les Verts) ont aussi récolté des signatures, leur nombre réuni devrait avoisiner les 120 000. Or, 50 000 signatures suffisent pour un référendum. Il est donc pratiquement certain que l'on pourra voter sur cette 11^e révision le 16 mai prochain.

Changement de caisse 2003/2004

La récente hausse des primes pousse beaucoup d'assurés à agir. Entre le moment où les nouvelles primes ont été publiées et la fin octobre, le site comparis.ch a été sollicité environ deux millions de fois par des internautes qui voulaient comparer des primes. Comme le montre une analyse portant sur environ 200 000 offres demandées aux caisses par l'intermédiaire de comparis.ch, ce sont surtout les petites caisses-maladie, dont les primes se sont envolées, qui doivent s'attendre à des départs d'assurés. Les grandes caisses peuvent, elles, tabler sur une clientèle fidèle.

L'analyse des 200 000 demandes d'offre transmises aux caisses-maladie permet de tirer quelques conclusions intéressantes : à partir de 10 % d'augmentation des primes, la propension des assurés à changer de caisse-maladie augmente nettement, selon comparis.ch, 1 % des assurés dont la hausse de prime est inférieure à 10 % ont demandé une offre. Ce chiffre s'élève à 3 % pour le groupe d'assurés dont l'augmentation des primes se situe dans une fourchette de 10 à 15 %, et même à 11 % pour ceux subissant une hausse de 20 à 25 %. Près de la moitié des assurés (45 %) particulièrement touchés – qui devront en 2004 faire face à des hausses de primes de 40 % – a demandé une offre. Les adultes ayant une franchise élevée changent facilement de caisse. La fraction des assurés demandant une offre se situe à 15 % pour les assurés ayant une franchise de 1500 francs, alors que pour les autres niveaux de franchise, elle se situe entre 1,7 et 3,7 %.

Les modèles alternatifs d'assurance (HMO et médecin de famille) jouissent d'une popularité grandissante auprès des assurés. Le nombre de demandes d'offre pour des modèles alternatifs d'assurance se situe dans certaines régions au même niveau que pour les modèles traditionnels d'assurance.

Source : www.presseportal.ch.

Une prévoyance vieillesse davantage axée sur la durabilité

Le 15 octobre, le 4^e forum Sustainability a réuni à l'Université de Zurich des experts de la prévoyance suisses et étrangers qui ont indiqué des pistes permettant d'assurer l'avenir des systèmes de rentes. Les experts étaient largement d'accord sur le fait que plusieurs raisons mettent en péril ces systèmes à long terme. Les faits suivants ont été mis en avant :

- *Evolution démographique* : Si, à l'heure actuelle, quatre actifs financent un rentier, ce rapport changera considérablement dans les 30 prochaines années.

- *Fluctuation des marchés* : Le système par capitalisation engendre des incertitudes considérables. Les revenus des capitaux représentent aujourd'hui jusqu'à 80 % du capital vieillesse. Le montant du capital vieillesse couvert par le marché des capitaux n'est pas assuré, car les revenus des capitaux sont incertains sur une longue période.

- *Gestion imprévoyante de la fortune* : Les fortunes des caisses de pension sont gérées de plus en plus souvent selon des critères à court terme, l'étalon de mesure étant les indices boursiers. Dans une perspective de placement à court terme, les investisseurs suivent les fluctuations du marché. Les gérants de fortune, eux, font davantage d'opérations pour réaliser une bonne performance à court terme dans des marchés volatils, ce qui fait monter les coûts des transactions.

- *Cadre légal* : La forte réglementation surtout dans le domaine de la prévoyance professionnelle rend difficile la flexibilité nécessaire pour faire face aux futurs défis. La fixation du taux d'intérêt minimal par le Conseil fédéral est ainsi remise en question.

Les experts des caisses de pension proposent des solutions qui se basent en partie sur les expériences

réalisées aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne :

- *Investissements à long terme et diversification du portefeuille* : Les caisses de pension doivent investir à long terme au moins une partie de leur fortune, c'est ce que pense Peter Moon, de la 3^e caisse du Royaume-Uni, USS. L'usage veut que la performance du gérant de fortune soit évaluée sur la base de l'évolution des indices chaque trimestre, chaque année ou tous les trois ans. La performance devrait cependant se mesurer sur une période de dix ou même vingt ans. La pression pour obtenir des succès à court terme baisse, les coûts de transaction diminuent. Pierre Mirabaud, président de l'Association suisse des banquiers (ASB) prône une diversification du portefeuille avec des actions, des obligations et de l'immobilier.

- *Gouvernance* : Les caisses de pension ont besoin d'une plus grande transparence et d'une meilleure gouvernance, les responsabilités devant être mieux définies. Ces deux conditions augmentent la valeur des placements et contribuent à donner une bonne image. Plusieurs pays ont p.ex. introduit avec succès l'obligation pour les caisses de pension de divulguer leurs opérations. En même temps, il serait bon que les investisseurs institutionnels exercent une plus grande influence sur la politique des entreprises et leur attitude envers l'environnement en faisant usage de leur droit de vote.

- *Conditions-cadres* : Plusieurs experts ont cité des pistes globales qui seraient mal accueillies, mais qui peuvent également contribuer à la sécurité des caisses de pension, à savoir la diminution du montant des rentes, l'augmentation des cotisations, la diminution des coûts et le relèvement de l'âge de la retraite. Il a été demandé que les responsables politiques créent des conditions-cadres adaptées au marché, dignes de confiance et durables.

Vous trouverez d'autres informations sous www.sustainability-zurich.org.

La procédure dans l'assurance-invalidité est-elle trop longue ?



«L'AI aggrave les handicaps» – c'est avec ce genre de gros titre que des publications à fort tirage ne cessent d'attirer l'attention sur la longueur de la procédure dans l'AI: après avoir présenté une demande de prestations AI, les personnes atteintes dans leur santé doivent parfois attendre des années pour toucher ces prestations. Les contributions qui suivent montrent pourquoi la plupart des procédures d'instruction des demandes exigent beaucoup de temps. Ils disent aussi ce qui a déjà été fait pour accélérer cette procédure, où d'autres améliorations sont en route et où il faut encore s'efforcer d'en apporter.

Assurance invalidité: durée de la procédure

Selon les statistiques, 80 % des demandes de prestations adressées à l'AI sont traitées dans un délai d'un an. Dans les cas complexes, le traitement des demandes peut être plus long et, pour une minorité de cas, exiger plusieurs années. Des mesures visant à accélérer la procédure, notamment pour les cas complexes, ont déjà été prises dans le cadre de la 4^e révision de l'AI, d'autres devraient être introduites avec la 5^e révision de l'AI actuellement en préparation.



Véronique Merckx et Maria Rosa Ventrice
 Domaine d'activité Assurance-invalidité, OFAS

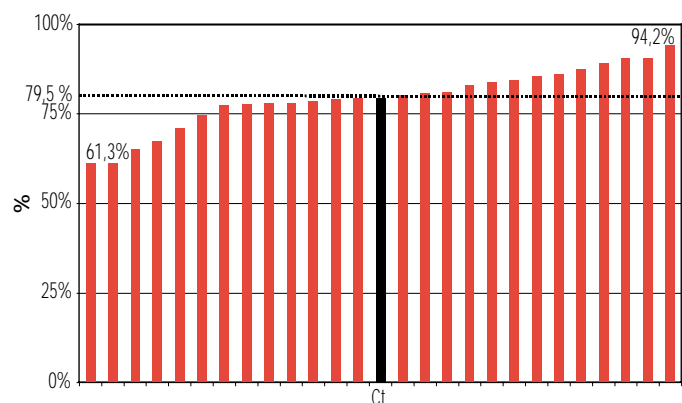
1. Durée de procédure moyenne

En 2002, les offices AI cantonaux ont traité en moyenne 79,5 % des premières demandes en l'espace d'un an ou 360 jours (**fig. 1**). Pour 6,1 % des cas, le traitement des demandes s'est étendu sur plus de deux ans (**fig. 2**).

Les deux graphiques montrent bien que la durée du traitement des demandes varie fortement en fonction des cantons. Alors que l'office le plus rapide traite 94,2 % des premières demandes en l'espace d'un an et 0,9 % en plus de 720 jours, les proportions respectives sont de 61,3 % et 19,3 % pour l'office le plus lent.

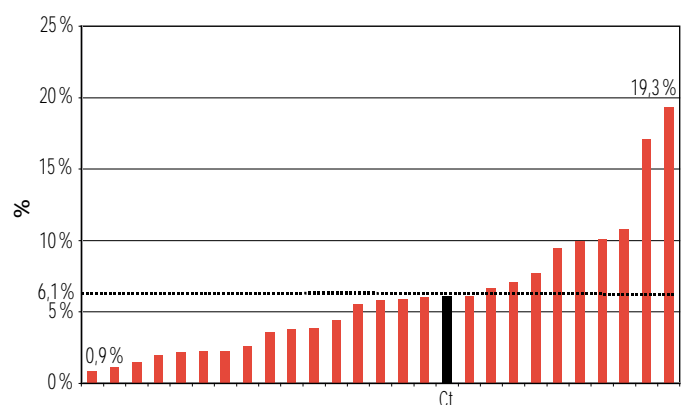
Les chapitres ci-après examinent de plus près le traitement des demandes de rente et de mesures d'ordre professionnel en se fondant sur des analyses menées auprès des offices AI sur mandat de l'OFAS¹. Ces analyses mesuraient notamment le temps écoulé entre le

Traitement des premières demandes en l'espace de 360 jours 1



La colonne noire (Ct) représente la moyenne cantonale pour 2002 (79,5 % de premières demandes traitées dans un délai de 360 jours), compte non tenu de l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

Traitement des premières demandes après plus de 720 jours 2

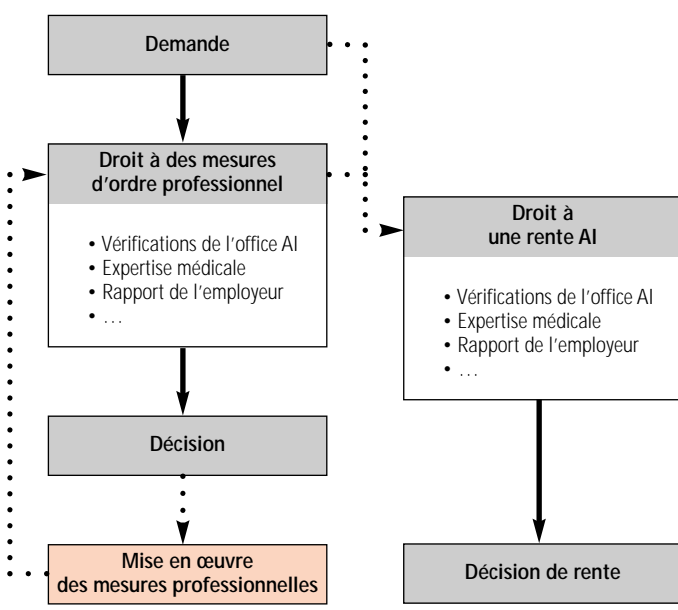


La colonne noire représente la moyenne cantonale pour 2002 (6,1 % de premières demandes traitées après plus de 720 jours), compte non tenu de l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

1 Voir notamment: Mürger Hans-Peter, 1997, Überprüfung des Verfahrens zur Ausrichtung von individuellen Leistungen der IV. Schlussbericht, STG-Coopers & Lybrand Consulting. Birchler Urs, Egger Marcel et Véronique Merckx, 2000, Konzept einer anreizkompatiblen Finanzierung der IV-Stellen. Schlussbericht, Ernst & Young.

Etapas du processus au sein des offices AI

3



dépôt de la demande et la décision finale (rejet de la demande, octroi d'une rente ou mise en œuvre d'une mesure d'ordre professionnel). Les **fig. 4 et 5** présentent de façon simplifiée les activités réalisées par les offices AI dans le cadre de l'examen du bien-fondé des demandes.

2. Etapes du traitement des demandes de mesures d'ordre professionnel ou de rente

En simplifiant, on peut représenter le traitement des demandes de mesures d'ordre professionnel ou de rente par les offices AI comme suit (voir aussi **fig. 3**):

2.1 Demande/vérification des conditions d'assurance requises

Pour les premières demandes, les activités des offices AI comportent notamment l'ouverture d'un dossier et la vérification des conditions d'assurance requises.

2.2 Droit à des mesures de réadaptation (mesures d'ordre professionnel, par exemple)

L'examen du droit à des mesures d'ordre professionnel est en principe effectué par l'office AI compétent. Il exige cependant de recueillir auprès de différents services internes et externes les informations et les expertises permettant de constituer une base de décision. Les personnes ou les services concernés sont les suivants:

Durée moyenne des différentes activités du processus d'examen des mesures d'ordre professionnel et des rentes AI

4

	Valeur minimale (en jours)	Valeur moyenne (en jours)	Valeur maximale (en jours)
--	-------------------------------	------------------------------	-------------------------------

1. Inscription/vérification des conditions d'assurance

Enregistrement de la demande/vérification/ouverture d'un dossier:

2 6 8

2. Droit à des mesures de réadaptation

2.1 Vérification du bien-fondé de la demande

Définition des examens nécessaires	5	8	10
Obtention du rapport du médecin	30	42	60
Obtention du rapport de l'employeur	30	34	40
Obtention de précision auprès de l'assuré	21	21	21

Expertises internes:

Enquêtes sur place 35 73 90

Expertises externes:¹

COPAI (délai d'attente inclus) 100 126 180

MEDAI (délai d'attente inclus) 210 309 450

2.2 Décision

Prise/rédaction/communication de la décision	10	13	19
Rejet de la demande (avis préliminaire inclus)	21	29	33

3. Droit à une rente AI

3.1 Vérification du bien-fondé de la demande (comme ci-dessus)

Avec en plus:

Décision/communication de l'octroi de la rente	10	13	19
Calcul de la rente	60	90	135

3.2 Prononcé

Décision	1	6	10
Avis préliminaire et audition en cas de rejet de la demande	33	24	35

Sur la base des indications fournies par les quatre offices AI, la «valeur minimale» correspond à la durée moyenne la plus courte, la «valeur maximale» à la durée moyenne la plus longue estimées par les offices AI pour l'activité concernée. Exemple: le temps moyen nécessaire pour obtenir le rapport de l'employeur oscille entre 30 et 40 jours.

Remarque: ces données portent sur des procédures antérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA.

¹ COPAI = Centre d'observation professionnelle de l'AI
MEDAI = Centre d'observation médicale de l'AI

Scénarios pour la durée moyenne de la procédure qui va du dépôt de la demande de mesures d'ordre professionnel ou d'une rente AI à la mise en œuvre de la décision 5

	Valeur minimale (en jours)	Valeur moyenne (en jours)	Valeur maximale (en jours)
Mesures d'ordre professionnel			
Procédure d'examen minimale (expertise médicale et rapport de l'employeur uniquement)	85	102	127
Procédure nécessitant une audition de l'assuré/enquête sur place	183	196	207
Procédure nécessitant une expertise du COPAI	205	228	276
Rejet de la demande			
+ avis préliminaire	+ 21	+ 29	+ 33
Rente AI			
Procédure d'examen minimale (expertise médicale et rapport de l'employeur uniquement)	166	198	226
Procédure nécessitant une audition de l'assuré/enquête sur place	273	292	335
Procédure nécessitant une expertise du COPAI	281	324	346
Procédure nécessitant une expertise du COMAI	406	507	674
Rejet de la demande			
+ avis préliminaire	+ 33	+ 34	+ 34
Exemple: Selon les indications fournies par les offices AI, le processus de décision concernant les mesures d'ordre professionnel, incluant une expertise du COPAI, nécessite entre 205 et 276 jours.			
Remarque: ces données portent sur des procédures antérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA.			

- **médecin:** le médecin traitant de l'assuré établit une expertise ou un rapport décrivant l'atteinte à la santé du patient et leurs répercussions sur la capacité de travail de ce dernier;
- **employeur:** l'employeur remplit un questionnaire portant sur la situation professionnelle de l'assuré;
- **assuré:** si nécessaire, l'office AI peut récolter certaines informations complémentaires auprès de l'assuré;
- **office AI:** si nécessaire, l'office AI peut procéder à des clarifications

internes supplémentaires (d'ordre médical et/ou professionnel);

- **COMAI/COPAI:** l'office AI peut également avoir recours à l'expertise des centres d'observation de l'AI pour des examens complexes d'ordre professionnel (COPAI ou centre d'observation professionnel) ou médical (COMAI ou centre d'observation médicale);
- **autres intervenants:** services sociaux, par exemple. Lorsque les informations réunies sont suffisantes pour juger du bien-fondé de la demande, l'office AI rend sa décision (acceptation ou rejet de la demande).

2.3 Droit à une rente AI

L'examen du droit à une rente passe, comme pour les mesures d'ordre professionnel, par la collecte de certains documents (notamment l'expertise médicale et le rapport de l'employeur). Là aussi, des expertises médicales ou professionnelles approfondies peuvent être effectuées, si nécessaire. Pour les femmes au foyer, les indépendants et les personnes travaillant à temps partiel, des vérifications complémentaires (enquêtes) sont effectuées sur place. Une fois récoltées toutes les données nécessaires à la prise d'une décision, on procède à l'évaluation de l'invalidité ou du degré d'invalidité de l'assuré afin de déterminer le montant de la rente. Avant l'entrée en vigueur de la LPGA (cas ici décrit), les personnes ayant droit à une rente complète recevaient le montant convenu directement après la décision d'octroi, alors que celles qui avaient droit à une demi-rente ou à un quart de rente ainsi que celles dont la demande était refusée recevaient d'abord un avis préliminaire et devaient se soumettre à une audition avant que soit prononcée la décision définitive.

2.4 Durée moyenne du traitement des demandes

Dans le cadre de l'étude menée par Hans-Peter Mürger (1997), quatre offices AI ont estimé la durée de traitement moyenne nécessaire pour les activités citées aux points 2.1 à 2.3. Leurs déclarations ont été reportées, de manière simplifiée, dans le tableau ci-dessus (**fig. 5**). Les valeurs minimales correspondent à la durée moyenne la plus courte estimée par les offices AI concernés (appréciation optimiste), les valeurs maximales à la durée moyenne la plus longue (appréciation pessimiste).

La durée de l'ensemble de la procédure, qui va du dépôt de la demande auprès de l'office AI à la mise en œuvre de la décision, varie considérablement. La vérification du bien-fondé de la demande et plus particulièrement l'obtention des différents rapports et expertises peuvent notamment prendre beaucoup de temps.

3. Éléments pouvant influencer sur la durée de la procédure

La complexité des examens à entreprendre pour se prononcer sur l'octroi des prestations constitue l'une des principales raisons expliquant la durée de la procédure. Les offices AI procèdent à un contrôle approfondi des conditions d'octroi et dépendent également pour ce faire des rapports ou expertises de services internes et externes. Un nombre considérable d'interfaces peuvent ainsi entrer en ligne de compte dans l'évaluation d'un cas.

Hormis la complexité des clarifications nécessaires, diverses faiblesses dans l'exécution peuvent ralentir la procédure. On peut citer par exemple :

- Si les demandes sont incomplètes, il faut obtenir les informations manquantes auprès des institutions concernées. Si les délais de réponse fixés aux assurés, aux médecins ou aux employeurs ne sont pas respectés, la procédure en est ralentie d'autant.
- L'afflux de nouveaux dossiers peut soumettre les offices AI et les services externes tels que le COPAI et le COMAI à une surcharge de travail et ralentir la prise de décision.

Fin 2002, on comptait, pour l'ensemble de la Suisse, 54 050 premières demandes AI en suspens. Selon les statistiques, 45 % de ces dossiers étaient en cours dans les offices AI, la plus grande part étant cependant répartis dans des services externes (**fig. 6**).

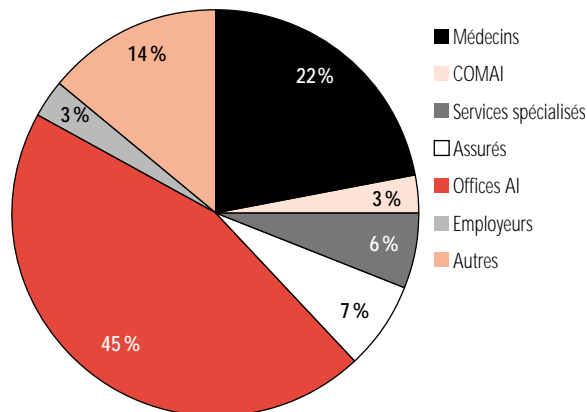
4. Mesures introduites en vue d'accélérer la procédure

La 4^e révision de l'AI, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2004, prévoit entre autres les mesures d'optimisation suivantes :

- La mise en place de services médicaux régionaux (SMR) : ces services sont chargés de soutenir les offices AI dans l'examen des dossiers médicaux. Ils remplaceront les médecins actuellement employés dans les offices. Le système des SMR devrait être en vigueur dans l'ensemble de la Suisse au plus tard le 1^{er} janvier 2005.
- Politique d'information : la LAI prévoit une politique plus active sur le plan de l'information du public, en particulier de groupes-cibles tels que les médecins, les assurés, les employeurs, etc. De 2004 à 2006, la politique d'information se concentrera tout particulièrement sur les médecins. Une meilleure information des acteurs participant à l'exécution de la LAI devrait

«Répartition géographique» des demandes en suspens

6



contribuer à une hausse de la qualité de leurs prestations et à l'accélération de la procédure.

- Collaboration interinstitutionnelle : un renforcement de la coordination entre les institutions participant au processus de réinsertion (services sociaux, services d'orientation professionnelle, offices AI, offices régionaux de placement [ORP], services de logistique des mesures relatives au marché du travail [MMT]) devrait permettre d'améliorer les interfaces, de simplifier les procédures administratives, de mieux répondre aux besoins des assurés, de favoriser une réinsertion rapide et durable des assurés dans le marché du travail et de prévenir l'exclusion sociale ou professionnelle de certaines personnes ou groupes de personnes.
- Une amélioration constante de l'analyse des activités des offices AI devrait assurer une plus grande transparence. Il convient notamment de faire une analyse comparative des principales tâches des différents offices AI sur les plans qualitatif et quantitatif. L'introduction d'un benchmarking entre offices devrait les inciter à une amélioration constante de leurs prestations. Une première analyse de la durée de la procédure, par type de prestations et office AI, sera possible dès 2004.

Véronique Merckx, dipl. écon. et fin., lic. sc. pol., et Maria-Rosa Ventrice, économiste d'entreprise HE, contr. dipl. SIB, collaboratrices du secteur Questions fondamentales, domaine d'activité Assurance-invalidité, OFAS ;
e-mails : maria-rosa.ventrice@bsv.admin.ch,
veronique.merckx@bsv.admin.ch

L'assurance-invalidité en bref

Le but de l'assurance

L'assurance-invalidité (AI) a principalement pour but de prévenir, d'atténuer ou de réparer les conséquences économiques d'une atteinte à la santé par des mesures de réadaptation appropriées et de compenser les conséquences économiques restantes par une rente pour couvrir de manière adéquate le minimum vital.

La notion d'invalidité

L'invalidité est une notion économique. Le handicap entrant en ligne de compte pour l'AI doit résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé doit entraîner une incapacité de gain totale ou partielle de longue durée ou permanente. L'assurance fournit des prestations s'il existe un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain totale ou partielle.

Les personnes assurées

L'AI fait partie du premier pilier de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité. C'est donc une assurance populaire qui a été introduite en 1960. Cette assurance couvre toutes les personnes domiciliées ou exerçant une activité lucrative en Suisse.

Les prestations

Les prestations individuelles

Les prestations individuelles de l'assurance-invalidité englobent trois types de prestations ayant des fonctions différentes, en partie complémentaires.

1. Les mesures de réadaptation

Les différentes mesures de réadaptation de l'AI visent à permettre aux personnes handicapées d'exercer ou de continuer à exercer une activité lucrative ou bien d'accomplir ou de continuer à accomplir leurs travaux habituels. Il peut s'agir de mesures médicales, de mesures d'ordre professionnel, de mesures scolaires ou de moyens auxiliaires.

2. Les rentes

L'AI alloue une rente si la personne assurée, en dépit de mesures de réadaptation, ne peut pas ou ne peut que partiellement exercer une activité lucrative. Selon son taux d'invalidité, calculé sur la base de sa capacité de gain restante, la personne assurée perçoit une rente partielle ou une rente entière. La perte de gain doit s'élever à 40% au moins. La rente est calculée en fonction de la période durant laquelle la personne était assurée et du montant de son revenu moyen.

3. Les allocations en cas d'impotence

L'AI octroie une allocation pour impotent si la personne assurée adulte ne peut pas accomplir les actes ordinaires de la vie ou ne peut les accomplir que dans une mesure limitée.

Les prestations collectives

Les prestations collectives de l'assurance-invalidité comprennent avant tout les subventions pour la construction et pour l'exploitation de homes et d'ateliers pour personnes invalides et les subventions aux organisations de l'aide privée aux handicapés.

L'application décentralisée de l'assurance

Les décisions sur les rentes AI sont prises dans les cantons. Les cantons, qui participent à concurrence de 12,5% à la couverture des dépenses, décident de l'organisation concrète de leur office AI, de l'engagement du personnel et de la formation de ce dernier. L'office AI cantonal a pour tâche, en se fondant sur les prescriptions légales, les directives de la Confédération et la jurisprudence, de vérifier les indications fournies dans les demandes ou de faire procéder à l'instruction de ces dernières et de prendre les décisions.

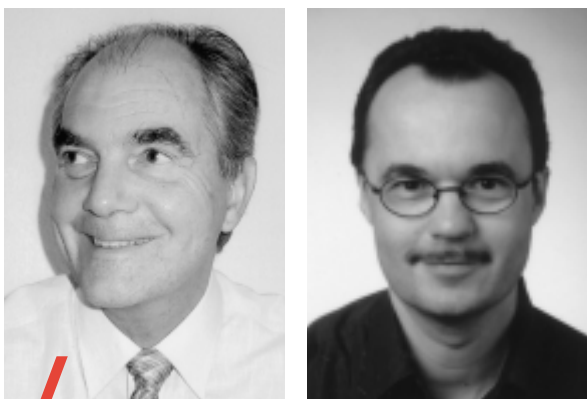
La Confédération en tant qu'autorité de surveillance

La Confédération par l'entremise de l'OFAS édicte, dans le cadre de la loi et de la jurisprudence, des directives sur les éléments à prendre en considération pour une décision. L'OFAS définit également l'étendue des frais d'application des offices AI et veille à ce qu'une formation professionnelle soit proposée. Il examine en outre si les offices AI respectent les directives matérielles.

Durée de la procédure dans l'AI

Deux situations représentatives

Pour rendre plus transparents les processus qui se déroulent au sein d'un office AI à la suite du dépôt d'une demande de prestations, nous présentons ci-après deux situations représentatives des problèmes posés par les procédures longues. La première concerne un cas de rente et la seconde une requête multiple (mesure médicale, moyen auxiliaire, formation scolaire spéciale et formation professionnelle initiale).



Alain Porchet et Claude Matossi

Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud

A travers les deux exemples que nous avons choisis, nous mettons en évidence la réalité du travail quotidien des offices AI. Il ne s'agit pas d'une amplification journalistique, mais bien d'une représentation des diverses actions, démarches et exigences indispensables à l'instruction sérieuse des affaires. Un examen approfondi des aspects médicaux, économiques et professionnels implique une analyse de fond de la part des divers spécialistes œuvrant au sein des OAI. Ces derniers ne sont pas seuls: l'assurance-invalidité fait appel à de nombreuses ressources extérieures à ses organes d'exécution. Cela signifie un allongement des délais de traitement dont nous ne sommes pas directement responsables, ces partenaires extérieurs étant eux-mêmes, hélas, souvent confrontés à une charge importante. Nous pensons en particulier aux experts médicaux.

Exemple A: demande de rente

En janvier 2000, une personne âgée de plus de 50 ans dépose une demande de rente AI. Cette assurée, qui a

une formation de secrétaire, souffre d'importants problèmes visuels (cataracte et glaucome). En conséquence de ces affections, elle considère qu'elle n'est plus capable d'exercer son métier.

La tâche première de l'Office AI consiste à demander les renseignements médicaux nécessaires ainsi que toute information utile relative aux activités professionnelles antérieures de l'intéressée. Il s'agit de la phase initiale de l'instruction.

Après quelques semaines, les premières données médicales parviennent à l'OAI. Celles-ci ne sont pas suffisantes aux yeux du Service médical AI et les renseignements complémentaires, nécessaires à l'appréciation du cas, sont longs à obtenir. Il en est de même pour les aspects professionnels. En effet, l'employeur pour le compte duquel M^{me} X a travaillé pendant plus de 20 ans est décédé. Sa disparition, en 1998, a entraîné la perte de l'emploi précité. Plusieurs courriers sont nécessaires pour obtenir les indications indispensables sur le plan professionnel (nature du poste, salaire, prestations d'assurance, etc.).

Au total, l'ensemble des renseignements utiles à l'appréciation du cas sont réunis au bout de **6 mois** environ.

Après cette première phase d'instruction, le dossier est transmis au Service médical de l'OAI qui, surchargé, ne peut examiner la situation que 5 mois plus tard. Ce service considère que les problèmes de vue ne sont pas de nature – dans ce cas particulier – à limiter la capacité de gain, comme le prouvent les 20 ans d'activité de l'intéressée. En outre, aucune aggravation de l'état de santé n'a été objectivée depuis l'arrêt du travail, intervenu pour des raisons non médicales (décès de l'employeur).

En conséquence, une décision de refus est établie – **12 mois** après le dépôt de la demande.

M^{me} X dépose un recours auprès du Tribunal cantonal des assurances. La Haute cour cantonale, après **9 mois**, rejette ledit recours. A ce stade, **21 mois** se sont écoulés depuis la première intervention de M^{me} X auprès de l'office AI.

L'assurée entame une procédure auprès du Tribunal fédéral des assurances qui, après **10 mois**, statue sur le renvoi de la cause à l'OAI. Ce dernier a la charge de compléter l'instruction du dossier, notamment en évaluant avec précision les activités encore accessibles à cette assurée, compte tenu de ses limitations. En outre, l'OAI doit également se prononcer sur l'aspect économique des revenus qu'elle pourrait réaliser. La réponse à ces questions implique un complément d'instruction médicale nécessitant six nouveaux mois de procédure.

En conséquence, **37 mois** se sont écoulés depuis le dépôt de la demande.

Partant des considérations du Tribunal fédéral des assurances, le Service de réadaptation de l'OAI se livre à un examen approfondi de la situation et confirme, après **2 mois**, que l'assurée conserve une capacité de gain prépondérante, ne lui ouvrant pas droit à une rente.

Une décision s'ensuit dans le mois. Cela signifie que **39 mois** ont passé avant que l'on aboutisse à un refus de prestations.

Exemple B: demande de mesure médicale, moyen auxiliaire, formation scolaire spéciale et formation professionnelle initiale

En provenance d'un pays étranger, une jeune fille présentant une myopathie qui ne lui permet plus de se mouvoir sans fauteuil roulant arrive en Suisse, accompagnée de ses parents, en 1998. Elle est âgée de 15 ans.

Après une année de séjour et sur conseil d'une association d'aide aux invalides, une demande AI est déposée, relativement à quatre prestations différentes: mesures médicales, moyens auxiliaires (notamment octroi d'un nouveau fauteuil roulant), mesure de scolarité spéciale et mesure de formation professionnelle initiale.

Selon la procédure habituelle, l'Office AI débute l'instruction du dossier. Pour cette situation particulière, il s'agit, dans un premier temps, de clarifier le statut légal de la personne afin de déterminer si les conditions générales d'assurance sont remplies. Dans un deuxième temps, des renseignements médicaux complets sont demandés, ce qui n'est pas facile pour une personne venant de l'étranger. Une expertise médicale est donc nécessaire pour fixer les données relatives à la survenance de l'invalidité.

Cette phase initiale de constitution du dossier représente **10 mois** de travail. A ce terme, le dossier est soumis au Service médical, puis au Service juridique de l'OAI qui doit se prononcer, pour chacune des prestations requises, sur la question suivante:

«L'assurée a-t-elle résidé en Suisse de manière ininterrompue pendant une année au moins, immédiatement avant que la mesure considérée ait été objectivement indiquée pour la première fois?»

Si, pour certaines prestations, l'analyse peut être rapide, il n'en est pas de même pour le droit aux mesures scolaires spéciales. En effet, la question est de savoir si, dans le cadre de la maladie évolutive de l'intéressée, des mesures de scolarité spéciale étaient déjà indiquées moins d'un an après son arrivée sur territoire suisse. Finalement, après examen par le Service médical et le Service juridique, une décision de refus est signifiée pour les mesures de scolarité spéciale; par contre, les mesures d'orientation professionnelle et de formation

professionnelle initiale sont accordées, cela après **16 mois**.

Un psychologue – conseiller en orientation du service de réadaptation de l'OAI – reçoit l'intéressée quelques semaines plus tard. Elle se présente à l'OAI accompagnée de ses parents, d'une traductrice (les parents ne comprennent pas le français) et d'une personne de l'association d'aide aux invalides. Au terme de ce premier entretien, le conseiller de l'OAI propose une série de tests qui permettront de mettre en évidence les aptitudes, les intérêts et les limitations de la jeune fille. Cette évaluation met en évidence de bonnes capacités de raisonnement, un intérêt pour le domaine commercial mais aussi d'importantes lacunes en français, ainsi qu'une grande lenteur d'exécution des tâches, liée à l'affection (myopathie) dont elle souffre. Ce constat est réalisé **20 mois** après la date du dépôt de la demande. En conséquence de ces observations, d'une part il est décidé de proposer des cours de français (non pris en charge par l'AI, puisqu'ils sont sans lien avec les problèmes de santé, d'où une recherche de financement via l'association d'aide aux invalides); d'autre part, un stage d'observation professionnelle est organisé dans un centre de formation AI, stage qui se réalise concrètement dès qu'elle atteint un certain niveau en français. C'est donc 6 mois plus tard que ce stage peut avoir lieu (**26 mois** après la date du dépôt de la demande). L'AI finance entièrement cette démarche (cours, encadrement, logement, en accord avec la décision citée précédemment). Au terme de cette mesure, un bilan est effectué au centre de formation en présence de toutes les parties concernées. Malheureusement, malgré ses bonnes capacités de raisonnement, cette jeune fille présente des limitations physiques trop importantes ne lui permettant pas de répondre aux exigences du monde du travail. En conséquence, seul un emploi protégé (dans le domaine du bureau) lui est possible. A ce stade, **29 mois** se sont écoulés.

Un travail délicat et important est à la charge du conseiller de l'OAI: expliquer à l'intéressée et à sa famille la situation et mettre en place une occupation adaptée.

L'examen du droit à la rente est donc effectué après réunion des éléments nécessaires à cette appréciation. Une décision de rente est établie après **34 mois**.

A noter qu'en cours de procédure, l'Office AI a examiné le droit à une allocation d'impotence, non sollicitée au dépôt de la demande, mais qui s'est avérée indiquée en cours d'examen du dossier.

Commentaire

L'incapacité de travail telle que définie par le médecin et l'invalidité au sens de l'AI représentent deux mondes

que nous avons tenté de vous faire découvrir à travers ces exemples. Pour l'AI, la relation de causalité entre l'atteinte à la santé et ses effets économiques, devant être démontrée en préalable, justifie la complexité et l'allongement des délais de traitement évoqué plus haut.

En conclusion, nous pensons avoir démontré qu'un office AI ne peut se prononcer sérieusement sur une requête de prestations dans un délai de un ou deux mois (sauf quelques exceptions). Cela dit, une préoccupation

constante des organes AI est d'accélérer les processus d'instruction par diverses mesures internes; mais, hélas, nous n'avons que peu de moyens d'action sur la partie externe.

Alain Porchet, directeur de l'Office AI du canton de Vaud, Vevey; e-mail: Alain_Porchet@vd.ocai.ch; Claude Matossi, psychologue, conseiller en orientation professionnelle, Office AI Vaud; e-mail: claude_matossi@vd.ocai.ch

Comment remédier aux effets pernicioseux de la lenteur de la procédure dans l'AI?

L'AI essuie aujourd'hui le feu croisé de la critique. Le problème est toutefois perçu de manière très différente selon le point de vue et la position politique: d'aucuns s'offusquent du durcissement des critères d'appréciation observé ces dernières années, alors que d'autres estiment que l'explosion des coûts n'est pas supportable et réclament des mesures susceptibles d'y remédier. Cependant, tous sont unanimes à penser que la durée moyenne de la procédure en vigueur n'est ni dans l'intérêt de l'assurance ni dans celui des assurés. Nous proposons ci-après un exposé de la situation et une analyse de ses répercussions selon le point de vue des personnes touchées par l'invalidité. Quelques réflexions sur les solutions envisageables pour améliorer cette situation sont ensuite ébauchées.



Georges Pestalozzi
DOK

Un exemple tiré de la pratique

M. D., âgé de 53 ans, a travaillé dans plusieurs entreprises en qualité de gypcier-peintre. Depuis quelques années, il souffre, dans les épaules et le dos, de douleurs rhumatismales de type dégénératif qui réduisent de plus en plus son rendement. Après une nouvelle poussée de douleurs, le médecin de M. D. se décide finalement à déclarer son patient inapte au travail. La réintégration dans l'entreprise tentée trois mois plus tard se solde par un échec après quelques semaines seulement. M. D. est à nouveau déclaré inapte au travail et touche désormais une indemnité journalière de l'assurance collective de son employeur.

Etant donné que ni les séances de physiothérapie prescrites par le médecin de famille ni un traitement médicamenteux destiné à soulager les douleurs n'ont amené une amélioration notable de la situation, le médecin recommande à son patient de déposer à l'AI une demande en vue d'une reconversion professionnelle. M. D. s'exécute sans délai (dix mois se sont écoulés depuis le début de son incapacité de travail). L'office AI vérifie en premier lieu que les conditions d'assurance sont réunies avant de demander un rapport au médecin traitant et à l'employeur. Le médecin évalue toujours à 100% l'incapacité de travail de M. D. dans son métier de gypcier-peintre, mais estime qu'une activité moins lourde serait envisageable avec certaines restrictions dans une autre profession (éventuellement à temps partiel), raison pour laquelle la possibilité d'un reclassement devrait être examinée. L'office AI décide alors de demander une expertise à la clinique universitaire.

L'expertise est livrée tardivement en raison des longs délais d'attente à la clinique universitaire. Elle confirme dans une large mesure l'appréciation du médecin de famille et estime à 80 % la capacité de travail dans une activité adaptée à l'état de l'assuré. Elle précise simultanément qu'une évolution dépressive sévère s'est amorcée dans l'intervalle. L'office AI ordonne alors (20 mois après le début de l'incapacité de travail) une expertise psychiatrique complémentaire. Celle-ci, livrée après quatre mois d'attente de plus, confirme la présence d'une évolution dépressive de gravité moyenne. On pourrait toutefois toujours attendre raisonnablement de l'assuré qu'il exerce une activité légère à 50%.

L'office AI adresse alors l'assuré à son service de réinsertion professionnelle, qui doit le soutenir dans le cadre de sa recherche d'emploi et définir les éventuelles autres mesures d'ordre professionnel à prendre. Dans l'intervalle, M. D. a été licencié, son droit à des indemnités journalières est épuisé et, faute de toucher un revenu, il a dû demander à sa commune un soutien dans le cadre de l'aide sociale; son couple pâtit aussi de cette situation financière. Compte tenu des conditions du marché du travail, les recherches d'emploi n'ont aucune chance d'aboutir pour cet homme atteint à plusieurs niveaux et le conseiller en orientation professionnelle estime qu'un reclassement n'est pas non plus promis au succès. Trente et un mois après le début de l'incapacité de travail, l'office AI établit que l'assuré n'a plus droit à d'autres mesures d'ordre professionnel; le degré d'invalidité est évalué à 58 % et la caisse de compensation reçoit l'ordre de verser une demi-rente avec effet rétroactif. Cette décision est communiquée à M. D. après un délai supplémentaire de quatre mois. Ce dernier va maintenant demander des prestations complémentaires. C'est au plus tôt au moment où cette demande aura été acceptée que M. D. ne sera plus dépendant de l'aide sociale.

L'exemple ci-dessus n'est pas du tout exceptionnel. Dans de nombreux cas, les investigations durent bien plus longtemps et la décision de verser une rente n'est prise qu'après quatre, cinq, voire six ans, surtout lorsque la situation médicale évolue continuellement ou que des investigations complémentaires doivent être demandées suite à des oppositions.

Répercussions

Les spécialistes s'accordent à penser qu'il est nettement plus difficile de réintégrer dans la vie active une personne qui a quitté son emploi depuis plus de douze mois que si elle avait cessé de travailler pendant seulement trois ou six mois. Cet effet est encore plus marqué pour les personnes d'un certain âge. Les chances d'une réinsertion professionnelle réussie sont en général fai-

bles lorsque les services d'orientation professionnelle et de placement ne sont, comme dans l'exemple ci-dessus, mobilisés qu'après 24 mois. La croyance en ses propres capacités de se réinsérer avec succès même dans un secteur d'activité étranger à sa profession, l'initiative personnelle et la motivation, qui revêtent une importance décisive pour une reconversion réussie, ainsi que la flexibilité et la capacité d'adaptation, pâtiennent fortement d'une absence prolongée du monde du travail. Il faut également tenir compte d'une autre interaction: la personne qui estime ne plus avoir aucune perspective en raison d'une incapacité de travail prolongée développe souvent des symptômes dépressifs qui contribuent à restreindre davantage encore les possibilités.

Les chances d'une réinsertion réussie sont en général faibles lorsque les services d'orientation professionnelle et de placement ne sont mobilisés qu'après 24 mois.

La lenteur souvent excessive de la procédure dans l'AI, ajoutée au fait que les personnes atteintes dans leur santé présentent en général trop tardivement une demande pour bénéficier des mesures proposées par l'AI, a une première conséquence: elle réduit les chances de réinsertion professionnelle et, ce faisant, nuit à l'AI en tant qu'assurance. En effet, l'expérience a montré que celui qui n'a plus sa place dans le monde du travail touchera tôt ou tard une rente d'invalidité entière et coûtera donc bien plus cher à l'assurance.

La lenteur de la procédure a une seconde conséquence: même les assurés qui touchent une indemnité journalière entière (tel est loin d'être le cas pour tout le monde dans notre système, puisque ce n'est pas obligatoire!) risquent dans une plus forte proportion de devenir dépendants de l'aide sociale. Pour de nombreuses personnes concernées, la prétendue couverture d'assurance contre l'invalidité se révèle donc souvent un leurre, du moins temporairement. Il est compréhensible qu'elles réagissent avec amertume si elles ont versé des cotisations à l'assurance pendant de nombreuses années et se retrouvent sans ressources lorsque survient un cas d'assurance. Elles ressentent souvent le recours à l'aide sociale comme profondément dégradant. Dans certains cas, les organisations de l'aide privée aux handicapés tentent certes d'empêcher une telle démarche en ver-

sant des contributions ou en avançant de l'argent, mais elles ne sont plus en mesure de satisfaire le nombre toujours plus important de demandes de ce genre. Le fait que les personnes devenues invalides dépendent de l'aide sociale pendant une certaine phase de la procédure d'instruction de la demande est aujourd'hui déjà presque considéré comme une issue fatidique, normale et inévitable. Or cet «effet secondaire» n'a certainement pas été voulu par le législateur.

Quelles sont donc les causes exactes des inconvénients évoqués et quelles mesures pourraient contribuer à améliorer la situation? Je me permets de reprendre ci-après certains points choisis, sans perdre de vue que le sujet est complexe et que la situation actuelle résulte de la conjonction de nombreux facteurs sur lesquels on n'a guère de prise.

Quel est le bon moment pour déposer une demande de prestations à l'AI?

Lorsque des personnes sont confrontées à une atteinte durable à leur santé, la question est de savoir quand déposer une demande de prestations à l'AI. Si des mesures d'ordre professionnel semblent d'emblée vouées à l'échec en raison de la lourdeur du handicap ou de l'âge avancé de la personne et que seule une rente entre en considération, on conseille dans la pratique de déposer une demande peu avant l'expiration du délai d'attente d'un an. En revanche, lorsque des mesures d'ordre professionnel semblent au moins envisageables (ce qui est le cas la plupart du temps), il faut impérativement présenter une demande plus tôt.

Déterminer le bon moment n'est toutefois pas simple: les services sociaux de l'aide aux handicapés rapportent régulièrement qu'ils ont incité leurs clients à présenter une demande, mais que celle-ci a été rejetée par l'office AI qui la jugeait «prématurée» (en précisant que la personne assurée pouvait déposer une nouvelle demande à l'expiration du délai d'attente d'un an); il arrive également que la procédure soit suspendue. Une telle pratique rend difficile une réinsertion dans le délai voulu. Même si nous pouvons, dans une certaine mesure, comprendre qu'il n'est pas encore certain après quatre ou cinq mois qu'une véritable invalidité se déclarera dans le cas d'une évolution incertaine de l'état de santé, les demandes de ce genre devraient être acceptées et traitées selon le principe «en cas de doute, viser la réadaptation». Cela d'autant plus que, durant la première phase du traitement de la demande, la discussion ne porte pas sur des prestations en espèces, mais en priorité sur les services d'orientation professionnelle et de placement.

Déposer une demande précocement n'est donc utile que si l'office AI accepte de telles demandes et les

traite matériellement. Si tel est le cas, il faut ensuite se demander comment inciter les personnes concernées à présenter une demande suffisamment tôt. Bon nombre d'entre elles espèrent (trop) longtemps pouvoir reprendre un jour leur métier; tant qu'elles se fixent sur cette idée, elles rejettent la possibilité d'un recyclage professionnel. Les médecins traitants jouent un rôle important à cet égard: ils doivent renseigner leurs patients par une information réaliste sur la nécessité de prendre à temps des mesures d'ordre professionnel et de déposer précocement une demande de prestations à l'AI. Cet aspect devrait constituer un élément central du projet en gestation pour une meilleure information des médecins.

Les employeurs (et certaines assurances collectives d'indemnités journalières) doivent également être amenés, par le biais de campagnes d'information, à inciter les assurés à présenter précocement une demande à l'AI dans le but de faciliter une reconversion professionnelle rapide. Ils se laisseront d'autant plus facilement convaincre de la nécessité d'une telle démarche s'ils ont personnellement acquis la conviction, sur la base d'expériences positives, que les offices AI et leurs conseillers en orientation professionnelle contribuent efficacement à la réinsertion des personnes handicapées. Pour atteindre cet objectif, il faut tisser des relations de confiance à long terme dans tous les cantons.

Comment accélérer les procédures d'évaluation médicale?

Comme l'exemple ci-dessus l'illustre, la durée extrêmement longue de la procédure dans l'AI est principalement imputable aux investigations médicales. Tant que ces rapports ne seront pas délivrés plus rapidement, le malaise perdurera pour les assurés concernés. A cet égard, l'OFAS place de grands espoirs dans les nouveaux services médicaux régionaux, qui devraient être en mesure d'apprécier plus rapidement la situation médicale et contribueraient ainsi à réduire la nécessité d'ordonner des expertises médicales externes.

Reste à savoir si cet objectif pourra être atteint. Il ne peut l'être que si certaines conditions sont satisfaites: tout d'abord, que les services médicaux régionaux disposent d'un effectif suffisant de personnel médical qualifié au moment de démarrer leur activité pour que les dossiers ne s'accumulent pas à ces nouveaux postes aussi (ce qui se traduirait par de nouveaux retards); ensuite, que ces services soient en mesure de fournir des appréciations convaincantes, relativement bien acceptées par les assurés et par leurs médecins traitants; enfin, qu'ils ne considèrent pas que leur tâche consiste en première ligne à rejeter le plus grand nombre possible de demandes d'assurés. C'est seulement dans ce cas que

la nécessité d'ordonner des expertises externes pourra être réduite.

C'est là une impérieuse nécessité. Du point de vue des personnes concernées, il est totalement inacceptable qu'on leur communique par exemple que l'expertise d'un COMAI a été ordonnée, mais qu'elles ne reçoivent pas de convocation par la suite et que si elles en demandent la raison, on leur réponde que le délai d'attente est actuellement de deux ans. Parallèlement à la mise sur pied des services médicaux régionaux, l'administration devrait donc impérativement s'efforcer d'augmenter encore le nombre des centres d'expertise pluridisciplinaires ou commettre plus souvent des ex-

La raison pour laquelle un nombre aussi élevé d'expertises sont effectuées aujourd'hui réside dans le fait que les appréciations des médecins traitants et celles des médecins-conseils de l'AI divergent de plus en plus.

perts privés. Une expertise devrait en principe être livrée dans les trois mois suivant l'attribution du mandat.

La raison pour laquelle un nombre aussi élevé de cas litigieux doivent aujourd'hui faire l'objet d'une expertise ne réside pas essentiellement, à notre avis, dans le recours plus fréquent à un avocat, mais s'explique avant tout par le fait que les appréciations des médecins traitants et celles des médecins-conseils de l'AI concernant ce que l'on peut raisonnablement attendre d'une personne atteinte dans sa santé divergent de plus en plus. Il est possible que le projet d'une information complète des médecins comble en partie cette faille, mais rien n'est moins sûr. Tant que les évaluations médicales continueront de diverger autant, il faudra régulièrement demander des expertises. C'est pourquoi les capacités nécessaires pour ce faire doivent être disponibles.

Faut-il procéder plus tôt à une évaluation professionnelle?

Avant la 3^e révision de l'AI, la pratique voulant que les assurés prennent directement contact avec les conseillers en orientation professionnelle des anciens offices régionaux de l'AI et bénéficient de conseils et d'une aide d'ordre professionnel dans un cadre infor-

mel s'était généralisée dans divers cantons. La procédure est devenue plus formelle avec la nouvelle organisation. Des mesures d'ordre professionnel comme l'orientation professionnelle et l'aide à la recherche d'emplois ne peuvent être décidées que lorsque la personne concernée a déposé une demande, que les conditions en matière d'assurance ont été vérifiées et que l'invalidité a été reconnue au terme d'une procédure d'évaluation médicale approfondie; comme nous l'avons déjà exposé, il est alors souvent trop tard pour une réadaptation professionnelle efficace.

A notre avis, il convient donc de considérer sérieusement l'opportunité de remettre en place un accès plus direct à l'orientation professionnelle. Dans les cas pour lesquels des évaluations professionnelles et des mesures d'aide seront vraisemblablement nécessaires, il faudrait par exemple que les assurés puissent recourir aux services des conseillers en orientation professionnelle de l'AI immédiatement après avoir déposé une demande et parallèlement aux investigations médicales, et ce aussi longtemps que l'AI ne fournit pas de véritables prestations en espèces et en nature. En d'autres termes, les conseillers en orientation professionnelle pourraient fournir personnellement des prestations d'aide, s'entretenir de la situation avec l'employeur, discuter, conseiller et arranger des mesures, mais non pas ordonner des séjours d'observation ou autoriser des reclassements. Cette manière de faire permettrait d'accélérer considérablement les processus. Le risque d'accorder des mesures d'ordre professionnel dans des cas où l'instruction de la demande montrerait par la suite qu'il n'existe pas d'invalidité à proprement parler devrait céder le pas à l'intérêt d'une réintégration rapide dans la vie active.

Les ressources en personnel sont-elles suffisantes?

A notre avis, lorsqu'un dossier reste aujourd'hui en attente dans un office AI et que ce n'est pas en raison d'expertises externes, cela n'est que rarement dû à une organisation déficiente ou même à un comportement dicté par un esprit de chicane, mais bien davantage au fait que les ressources en personnel des offices AI sont (trop) justes pour traiter le nombre toujours plus important de demandes. Cette constatation est particulièrement vraie pour le domaine de l'orientation professionnelle et de la recherche d'emplois. Un nombre croissant d'assurés s'adressent aux services de conseil des organisations de l'aide privée aux handicapés, en faisant valoir qu'ils ont mis beaucoup de temps pour obtenir un rendez-vous avec le conseiller en orientation professionnelle de l'AI, que ce dernier leur a alors paru surchargé de travail et qu'il n'a pas pu s'occuper sérieusement de

leur requête. De telles expériences ne sont pas rares. S'il est possible que des sollicitations pressantes contribuent parfois à accélérer le cours des choses, le manque de capacités ne continue pas moins à se faire sentir.

Le Parlement ayant heureusement élargi le cahier des charges des offices AI dans le domaine de la recherche d'emplois à l'occasion de la 4^e révision de l'AI, il reste aujourd'hui à espérer que les ressources humaines nécessaires à un service de placement actif puissent être mises à disposition et que les dossiers en attente ne recommencent pas à s'accumuler dans ce secteur. Si de telles tendances devaient se dessiner, il faudrait rapidement les contrecarrer.

Une meilleure coordination risque-t-elle d'entraîner des retards supplémentaires?

Comme nous l'avons déjà exposé, la procédure dans l'AI est en général beaucoup trop longue aujourd'hui déjà. Or, l'amélioration de la coordination entre les assurances sociales exigée par la LPGA et les dispositions d'exécution y afférentes menace de provoquer de nouveaux retards. Si l'office AI décide d'allouer une rente, il est désormais tenu de notifier sa décision à l'institution de prévoyance professionnelle concernée lorsque la décision est susceptible d'avoir une influence sur l'obligation de fournir des prestations de cette dernière.

Même si un assuré accepte la décision de l'office AI après des années d'investigation, cela ne signifie donc pas encore forcément que la procédure est arrivée à son terme, car la caisse de pension peut alors faire opposition de son côté si elle n'est pas d'accord avec l'appréciation de l'office AI et exiger des investigations supplémentaires.

Jusqu'à maintenant, les services de conseil des organisations d'aide aux handicapés n'ont heureusement pas encore été confrontés trop souvent à de telles oppositions. Il semble que les institutions de prévoyance professionnelle admettent généralement les décisions des offices AI. Il n'est cependant pas certain qu'il en reste ainsi à l'avenir. Selon comment la situation évolue, il faudra se demander sérieusement si la coordination (fondamentalement bienvenue) entre les assurances sociales justifie vraiment une prolongation supplémentaire de la procédure et, par voie de conséquence, le dépôt par les personnes handicapées de requêtes encore plus nombreuses auprès des services d'assistance publics ou privés.

Georges Pestalozzi-Seger, secrétaire adjoint de la Conférence des organisations faitières de l'aide privée aux personnes handicapées (DOK), Service juridique pour les personnes handicapées, Berne; e-mail: rechtsdienst.be@saeb.ch

Les faiblesses de la procédure

Deux lois fédérales ont considérablement alourdi la procédure applicable dans l'AI: il s'agit de la loi sur la protection des données (LPD) et de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). Partant, les offices AI requièrent davantage de personnel pour faire leur travail et le champ d'activité des avocats s'est élargi.



Markus Gamper
Office AI du canton de Berne

Un exemple qui pourrait être vrai

Autorisation donnée à l'office AI de collecter des informations

Monsieur A.B., représenté par son avocate, présente une demande de prestations de l'AI. L'office AI a besoin d'une autorisation de l'assuré l'habilitant à procéder aux investigations nécessaires (instruction du cas).

Art. 28, al. 3, LPGA: Le requérant est tenu d'autoriser dans des cas particuliers toutes les personnes et institutions, notamment les employeurs, les médecins, les assurances et les organes officiels à fournir des renseignements, pour autant que ceux-ci soient nécessaires pour établir le droit aux prestations. Ces personnes et institutions sont tenues de donner les renseignements requis.

L'avocate refuse de donner cette autorisation à l'office AI. Elle demande que chaque investigation soit précédée d'une demande d'autorisation; elle exige en plus d'être informée du contenu de l'investigation projetée. Elle refuse de donner une autorisation valable pour l'ensemble de l'instruction du cas. Sur ce, l'office AI rend une décision de non-entrée en matière. L'avocate fait opposition auprès de l'organe de surveillance de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et auprès de l'office AI, puis, ses recours ayant été refusés, auprès du tribunal administratif.

L'office AI du canton de Berne fait quelque 200 000 démarches de demandes de renseignements par an. Si, pour chacune de ces demandes, il devait requérir une autorisation, cela doublerait au bas mot son travail administratif, mais aussi la durée de la procédure.

Demande d'expertise

Etant donné que les avis médicaux de divers spécialistes débouchent sur des conclusions divergentes, une expertise pluridisciplinaire au sein d'un COMAI (Centre d'observation médicale) s'impose.

Art. 44 LPGA: Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

L'avocate exige de connaître les noms des médecins qui examineront l'assuré. Comme on ne sait pas encore à cette date-là qui procédera à ces examens, l'office AI lui transmet la liste de tous les médecins entrant en ligne de compte. L'office AI ne peut finalement donner le mandat d'expertise qu'après avoir levé plusieurs objections non pertinentes.

Art. 51 ATSG: ¹Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49, al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée.

²L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue.

L'office AI donne un mandat informel au centre d'observation de commencer l'expertise. L'avocate exige qu'une décision susceptible d'opposition soit rendue. Lorsqu'elle est en possession de la décision, elle fait opposition auprès du tribunal administratif au motif que la situation médicale a déjà été suffisamment éclaircie.

Le droit de recours et le droit de consulter le dossier

Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a, dans son arrêt du 19 novembre 1999 (Pratique VSI 6/2000, p. 327), soit avant l'entrée en vigueur de la LPGA, favorisé la simplicité et la rapidité dans la procédure de l'AI. En effet, il n'a autorisé ce type d'interventions que dans le cadre de la procédure d'audition et non durant la procédure d'instruction. Aux termes de cet arrêt, l'assuré ne peut formuler des requêtes et des objections sur le projet de règlement de son cas que durant la procédure d'audition. L'assuré est certes habilité à s'opposer à une expertise lorsque celle-ci est ordonnée, mais les offices AI ne sont pas forcés d'en tenir compte (cons. 3b et c). De plus, les instructions données par l'office AI à l'occasion de l'examen du bien-fondé de la demande ne font pas l'objet d'une décision (renversement de jurisprudence).

Art. 47 LPGA: Ont le droit de consulter le dossier, dans la mesure où les intérêts privés prépondérants sont sauvegardés: a. l'assuré, pour les données qui le concernent;

Art. 8, al. 2, LPD: Le maître du fichier doit [lui] communiquer [à la personne concernée] a. toutes les données la concernant qui sont contenues dans le fichier;

– le but et éventuellement la base juridique du traitement...

Ces dispositions confèrent donc à la personne concernée non seulement le droit de consulter le dossier, mais aussi le droit à la communication de données au sens de la LPD. Ce dernier peut être invoqué en tout temps, qu'une procédure administrative soit en cours ou non et sans que la personne doive fournir la preuve de son intérêt.

A plusieurs reprises au cours de la procédure d'instruction, l'avocate a fait valoir le droit de consulter le dossier, exigeant à chaque étape de l'instruction une copie des pièces qui y avaient été portées, y compris de celles à caractère interne, ni consolidées, ni visées. L'office AI ayant refusé d'obtempérer, elle a formé recours.

Il est évident que si la procédure se déroule de cette manière, l'office AI s'expose à un risque accru d'erreurs de procédure et de retards. Les collaborateurs chargés de tels cas travaillent particulièrement minutieusement, examinant chaque détail avec la plus grande attention.

Art. 56, al. 2, LPGA: La procédure devant une autorité fédérale est régie par la loi fédérale sur la procédure administrative, sauf lorsqu'il s'agit de prestations, créances et injonctions relevant du droit des assurances sociales.

L'avocate forme recours auprès du tribunal cantonal administratif pour retard injustifié ou déni de justice.

L'office AI rejette la demande de prestations AI. L'avocate interjette recours contre cette décision.

Art. 10, al. 4, OPGA: L'opposition écrite doit être signée par l'opposant ou par son représentant légal. En cas d'opposition orale, l'assureur consigne l'opposition dans un procès-verbal signé par l'opposant ou son représentant légal.

L'avocate demande de pouvoir compléter son opposition par oral. Un collaborateur de l'office AI rédige le procès-verbal en question à la main. L'avocate refuse de signer au motif que cette écriture ne serait pas très lisible. Elle demande qu'on lui fasse parvenir un procès-verbal dactylographié.

Les avocats? De simples représentants

L'exemple ci-dessus n'est pas entièrement inventé. Il démontre que si l'on épuise systématiquement toutes les voies de droit, il est possible de retarder la décision de l'office AI au point de rendre toute réadaptation difficile, voire impossible, ce qui, par conséquent, place la question de la rente au premier plan. En plus, le résultat matériel des investigations disparaît derrière les querelles de forme: il se peut même que l'évaluation du cas perde en objectivité, soit que les collaborateurs très for-

tement mis à contribution se découragent et finissent par clore le dossier dans le sens où on le leur demande ou, au contraire, qu'ils s'acharnent sur ce cas. Tous les avocats spécialisés n'optent pas pour cette voie, mais ils sont de plus en plus nombreux à agir ainsi. Pourtant, il ne faut pas perdre de vue que la décision de l'AI a des implications financières importantes, notamment sur la partie obligatoire de la prévoyance professionnelle mais éventuellement aussi sur des assurances, certaines personnes ayant contracté à titre privé une assurance supplémentaire contre le risque d'invalidité.

On constate par ailleurs que, jusqu'ici, les avocats se concevaient comme des serviteurs de la jurisprudence. Leur tâche consistait à veiller à ce que leur client soit traité avec équité dans le respect de la loi applicable, alors qu'aujourd'hui, la perception du droit est diamétralement opposée: le rôle de l'avocat consiste à faire obtenir à son client ce à quoi celui-là pense avoir droit, sans prendre aucunement garde au but poursuivi par ladite loi. L'avocat passe donc au rang de simple représentant d'une des parties, affirmant tout et son contraire avec une grande aisance tactique et espérant ainsi répondre aux exigences de son client. Quant aux organes de gestion de l'AI, ils ne sont plus considérés comme des partenaires avec lesquels on recherche une application correcte de la loi, mais comme des adversaires que l'on essaye de feinter. On peut douter qu'un avocat satisfasse ainsi aux principes éthiques de sa profession. Selon les exigences formulées par son client, un représentant qui se respecte devrait soit refuser ce mandat d'emblée, soit renoncer en cours de procédure s'il entend se comporter conformément à la loi et aux usages de sa profession. Mais vu la situation de concurrence qui caractérise le marché, une telle attitude est peu probable, notamment parce qu'il serait quasi impossible de prouver l'illégalité d'un comportement, ou qu'une attitude est non conforme aux règles éthiques de la profession.

De la procédure d'audition à la procédure d'opposition

La procédure d'audition appliquée jusqu'ici par l'AI a cédé le pas à une nouvelle procédure dite d'opposition décrite aux art. 42 et 52, LPGA.

On réussissait autrefois à diviser par deux le nombre des recours grâce à la procédure d'audition qui permettait à un assuré non satisfait par une décision de donner son avis à l'administration en toute simplicité avant la notification. La procédure était proche des usagers, elle permettait souvent un contact direct entre les collaborateurs au fait du dossier et la personne assurée.

La procédure d'opposition introduite dans un souci d'uniformité par la LPGA ne présente plus ces avan-

tages. Elle se situe sur un plan strictement juridique, éloigne l'administration de ses utilisateurs, coûte bien plus cher et exige l'engagement de juristes. Un facteur s'ajoute encore à ces inconvénients: c'est l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances (TFA) 116 V 248, consid. 1a, par lequel le Tribunal conclut que sont déterminantes pour l'appréciation du cas les circonstances au moment de la décision sur opposition, et non celles qui existaient au moment où la décision a initialement été rendue. En effet, il s'est avéré que le délai généralement admis de deux mois pour la liquidation ne peut pas être tenu, ne serait-ce qu'à cause du temps que prend la consultation des autres assurances. On voit bien qu'entre le moment où la décision a été notifiée et celui où le recours a été tranché, la situation peut avoir évolué de sorte qu'il faille reprendre l'instruction du cas à zéro.

Certes, nous avons donné une image très négative des nouvelles règles de procédure. Il semble cependant que,

de leur côté, certains milieux qui donnent le ton aient eux aussi une image très négative des collaborateurs chargés de l'application de l'AI. Cette noirceur du trait n'apparaît pas dans les réponses de quelque mille assurés dont plus de 92 % ont déclaré – indépendamment de toute décision de l'AI – être satisfaits, voire très satisfaits du travail ou des prestations fournies par l'office AI du canton de Berne.

Quant aux 8 % de mécontents, ils se plaignaient tous et avec raison de la durée tout à fait excessive de la procédure et de son absence de transparence.

Markus Gamper, lic. en sciences politiques, directeur de l'office AI du canton de Berne; e-mail: ivb_bern@swissonline.ch

Objectifs de gestion et analyse comparative

De nouveaux instruments de gestion pour maîtriser la durée de la procédure

L'OFAS ne reste pas les bras croisés face à la longueur des délais de traitement des demandes AI. Des groupes de travail composés de représentants des offices AI, de l'OFAS et des informaticiens ont élaboré des objectifs de gestion et une analyse comparative. Ces deux instruments sont une aide précieuse pour les organes de direction et de surveillance dans l'exécution de leurs lourdes tâches: ils doivent favoriser une gestion judicieuse des ressources et, partant, la réduction de la durée de la procédure.



Adelaide Bigovic Balzardi
Domaine Assurance-invalidité OFAS

Les objectifs de gestion, un instrument des plus utiles

En 1999, un groupe interdisciplinaire (OFAS, offices AI) a élaboré la première génération des objectifs de gestion pour les offices AI. Ces objectifs devaient servir ensuite de base, avec une enveloppe budgétaire, à un contrat de prestations signé entre les offices AI et l'OFAS. A cet effet, il fallait que les procédures au sein des offices AI soient plus ou moins normalisées. C'est pour cette raison que des débats ont eu lieu en 2001 sur d'autres objectifs de gestion (qualitatifs) dans différents projets partiels.¹ Ces objectifs devaient être quantifiables et saisissables sur un système informatique. Leur réalisation devait être mesurable et ils ne devaient pas créer de fausses incitations.² Le débat a aussi porté sur la possibilité d'assortir les contrats de prestations prévus d'un système de bonification ou de bonification/pénalisation. Durant les travaux, il a toutefois été décidé de ne pas donner aux consignes en matière de procédure et d'organisation interne des offices le caractère d'objectifs de gestion, mais de n'utiliser ce type d'instrument que pour définir les directives concernant la durée

1 Examen des objectifs de gestion actuels, enquêtes sur place, mesures d'ordre professionnel, mise en œuvre informatique.

2 Nous serions en présence d'une fausse incitation, par exemple, si un objectif était formulé de façon à ce que les «cas faciles» soient traités rapidement mais que les «cas difficiles» soient «congelés en douce» et sans conséquence aucune, de sorte qu'ils ne seraient théoriquement jamais liquidés.

de la procédure. Conséquence de cette décision, les objectifs de gestion réduits à l'aspect quantitatif ne pouvaient pas être liés à un système de bonification ou de bonification/pénalisation sans nuire à l'«exactitude des décisions quant au fond», un aspect qualitatif. La seconde génération d'objectifs de gestion³ pour les offices AI améliore la transparence de la procédure d'enquête – une nécessité pressante – et permet une analyse détaillée du potentiel d'amélioration. Les nouveaux objectifs de gestion sont des instruments de gestion à la hauteur de cette tâche et dignes de notre époque.

Les conditions de l'utilité et de la cohérence des analyses

La saisie et l'analyse informatiques des données rendent indispensable une programmation uniforme pour les 26 offices AI cantonaux et l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger. A cet effet, les différentes solutions informatiques des offices AI ont été regroupées en trois pools créés pour répondre aux besoins des caisses de compensation. Eu égard à la complexité de l'affaire, l'on a particulièrement veillé à l'uniformité de la programmation des grandeurs qui définissent chaque objectif de gestion. Il s'agissait d'une tâche exigeante et laborieuse mais indispensable, puisqu'elle est la seule façon de garantir que tous les offices seront mesurés à la même aune et que l'on comparera le comparable. Pour mesurer un processus, tant son point de départ que son terme doivent être clairs et pouvoir être saisis et programmables sans confusion possible. En outre, ils doivent exclure toute manipulation (postérieure).

Dans le cas qui nous occupe, le point de départ est la réception datée de la demande de l'assuré (ou d'une facture). La date ne peut pas être manipulée puisqu'elle est fixée de l'extérieur. Le terme est le moment où un prononcé, une communication ou une décision quitte l'office AI. Cette date n'est pas non plus manipulable, car elle «sort» de l'office. Les deux dates sont saisies sur le système informatique, la grandeur mesurée étant l'intervalle les séparant.

Pour l'instant, seules les premières demandes satisfont à ces exigences. Pour une autre demande – c'est-à-dire une demande portant sur une autre prestation de l'AI – la date de dépôt n'est plus si claire, car le besoin d'une autre prestation se concrétise à un moment quelconque de la procédure d'enquête. Par ailleurs, il est surtout important pour les personnes qui demandent pour la première fois une prestation de l'assurance d'être informées le plus tôt possible de la situation de leur requête. Pour cette raison, tant les objectifs de gestion que l'analyse comparative ne s'appliquent pour l'instant qu'aux premières demandes de prestations de l'AI.

Objectif de gestion 1: La personne assurée est informée de la réception de sa demande et de la procédure

M^{me} A. (45 ans) n'entend pas très bien et a besoin d'un appareil auditif. Le 12 mars 2002, elle dépose auprès de l'office AI de son canton de domicile une «demande de prestations AI pour adultes». Le 20 mars 2002, l'office AI en question accuse réception par écrit de la demande et l'informe que les enquêtes nécessaires seront effectuées. Il lui indique aussi les prochaines démarches qu'elle devra accomplir ainsi que les bases légales qui régissent la procédure. Dans ce cas, l'office AI en question a atteint l'objectif convenu entre l'OFAS et les offices AI relatif à la confirmation de la réception. L'on mesure en l'occurrence l'intervalle entre la réception de la demande par l'office et l'envoi de la communication à l'assuré. L'objectif prescrit que la réception de la demande doit être confirmée, dans 97,5 % des cas, dans un délai de 20 jours civils à compter de la réception. Toutefois, si le silence radio s'installe après l'envoi correct de cette confirmation, la situation ne sera satisfaisante ni pour M^{me} A. ni pour l'office AI. Il faut donc aussi mesurer l'intervalle séparant deux contacts pour les premières demandes. Selon l'objectif, un contact écrit avec l'assuré doit avoir lieu tous les 180 jours civils dans 90 % des cas au moins.

Formulation des objectifs de gestion

Pour tous les objectifs formulés, il fallait déterminer des critères de contrôle indiquant dans quelle mesure l'objectif serait atteint. Outre l'objectif en soi (que voulons-nous atteindre?), il fallait donc formuler les indicateurs (que faut-il mesurer?) et le moment où l'objectif est considéré atteint (norme minimale: quantité ou qualité recherchée). Les objectifs doivent satisfaire aux exigences suivantes: ils doivent être clairs, compréhensibles, applicables, cohérents, structurés, exigeants mais réalisables et ils ne doivent pas prescrire de solutions. Si les objectifs de gestion convenus entre l'OFAS et les offices AI satisfont à ces critères, la procédure doit pouvoir se dérouler dans un laps de temps raisonnable. Par ailleurs, ils tiennent informés des progrès de l'instruction de la demande tant la personne assurée que l'autorité de surveillance et l'office AI en question et mettent à jour les vices retardant la procédure.

Objectif de gestion 2: Les premières demandes sont traitées de manière rapide et efficace

La personne qui demande une prestation de l'AI aimerait être fixée le plus vite possible sur la décision que l'AI prendra. Elle jugera notamment le travail de l'office AI à l'aune du laps de temps qui s'écoulera jusqu'à la décision. Comme les articles précédents l'expliquent (cf. article Porchet/Matossi en p.323), les cas AI sont des dossiers complexes qui doivent être étudiés un par

³ Valables dès le 1^{er} janvier 2003 ou, pour l'objectif 7, dès le 1^{er} janvier 2004.

un. Pour fixer les normes minimales, il faut tenir compte de ce fait et fixer un intervalle approprié entre le dépôt de la demande et la première décision.⁴ Pour cette raison, les normes minimales pour cet objectif indiquent qu'une première décision doit être prise dans un délai d'un an pour 75 % des demandes et de deux ans au plus pour 92 % des demandes. Par ailleurs, l'on a tenu compte, pour formuler cet objectif, du critère «exigeant mais réalisable» en réduisant provisoirement à 75 % la norme fixée à l'origine à 80 % pour que les offices AI moins rapides puissent également l'atteindre. Nous estimons qu'il s'agit là de la meilleure incitation à accélérer la procédure, plutôt que de demander aux offices AI déjà rapides de se montrer encore plus rapides. Les graphiques 1 et 2 à la page 318 (cf. article Ventrice/Merckx) montrent que cet objectif est réalisable, même si certains offices AI doivent encore réaliser quelques efforts.

Objectif de gestion 4 : L'examen de l'opportunité d'une mesure d'ordre professionnel a lieu dans le cadre d'une procédure définie et transparente

M. K. (25 ans) est boulanger diplômé. En raison d'une conjonctivite allergique et d'asthme bronchique, il doit abandonner la profession qu'il a apprise. Il dépose une demande de prestation à l'office AI de son canton de domicile. Cet office vérifie si les conditions d'assurance sont remplies, demande la documentation médicale et les documents économiques et se procure, si besoin est, les autres documents nécessaires. Le dossier ainsi constitué est présenté au service médical régional (SMR).⁵ Ce service vérifie si nous sommes en présence d'une invalidité au sens de l'article 8 LPGa et détermine la capacité de réadaptation de M. K. L'office AI constate que M. K. est invalide et qu'il peut être mis au bénéfice d'une mesure de réadaptation. Il a ainsi droit aux mesures d'ordre professionnel visées à l'article 17 LAI. L'office donne ensuite mandat au département Orientation professionnelle d'étudier une mesure d'ordre professionnel pour M. K. Il s'agit en l'occurrence d'un mandat interne qui est certes saisi sur le système informatique, mais qui n'intéresse pas nécessairement la personne assurée. En revanche, la date du premier entretien avec le conseiller professionnel ou la conseillère professionnelle qui s'occupe du dossier est importante pour la personne assurée. En conséquence, cette date est aussi saisie sur le système informatique de l'office: dans 95 % des cas, elle doit intervenir dans les quatre mois qui suivent le moment où le mandat est donné. Reprenons l'exemple hypothétique de M. K.: après quelques entretiens avec la conseillère, l'un et l'autre constatent que M. K. peut suivre une formation de cuisinier. La conseillère dépose alors une demande de reclassement. Si aucune mesure d'ordre professionnel n'entraîne en ligne de compte, la conseillère aurait en

revanche rédigé un rapport final (sur l'examen des mesures d'ordre professionnel). La demande ou le rapport final sont saisis sur le système informatique et n'entraînent aucune conséquence immédiate pour M. K. En revanche, l'office AI a atteint son objectif de gestion si une demande est déposée ou un rapport final rédigé dans un délai de neuf mois dans 80 % des cas au moins. Cet objectif mesure tant le laps de temps entre le mandat octroyé au conseiller professionnel et le premier entretien que l'intervalle séparant le mandat de la demande de mesures d'ordre professionnel⁶. De la sorte, l'on évite qu'une phase d'examen trop longue mette en danger la réadaptation. Signalons ici que la norme des neuf mois (270 jours civils) ne s'applique pas à la mesure d'ordre professionnel en soi (reclassement, p.ex.) mais uniquement à l'examen des mesures pertinentes (la formation de cuisinier dans notre exemple. Nous aurions aussi pu envisager le reclassement en grutier.)

Objectif de gestion 6 : L'office AI effectue le placement de manière transparente

Supposons que M. K. ait achevé avec succès son reclassement en cuisinier et qu'il ait droit au service de placement. A l'instar de la procédure d'examen des mesures d'ordre professionnel, l'office AI saisit sur son système informatique le mandat de placement. M. K. n'est pas non plus informé de ce mandat. Toutefois, les efforts réalisés⁷ doivent être attestés dans le système au plus tard quatre mois (120 jours civils) après l'octroi du mandat. En outre, l'objectif définit les dates des communications saisies sur le système et portant sur les mesures prises en matière de placement: après la première inscription, une note écrite doit être établie tous les 180 jours civils au minimum. Grâce à une amélioration de la transparence et aux statistiques des activités des offices AI en matière de placement, l'AI pourra à l'avenir réfuter les reproches latents (formulés aussi par le monde politique) affirmant que le placement est négligé après l'achèvement du reclassement.

Sur quels aspects l'OFAS et les offices AI ont-ils conclu des objectifs de gestion ?

La première génération et la première phase d'élaboration des objectifs de gestion actuels comprenaient

- 4 L'on entend par décision les actes suivants: pour les mesures individuelles et les prestations en nature (octroyées de façon autonome par les offices AI), une décision ou une communication (y compris un refus): pour les rentes ou les allocations pour impotents (octroyées non par l'office AI directement mais par la caisse de compensation), la communication du prononcé à la caisse de compensation.
- 5 Si l'office AI en question n'appartient pas encore à un SMR, c'est le service médical de l'office AI qui est compétent.
- 6 Ou le rapport final, si aucune mesure d'ordre professionnel n'entre en ligne de compte.
- 7 Ils comprennent les activités suivantes: définir le profil du poste et de la personne assurée, en déduire le profil des postes possibles, bilan et accord sur les mesures concrètes, aide à la préparation du dossier de candidature, etc.

tant des objectifs quantitatifs que des objectifs qualitatifs ou comportant des éléments qualitatifs (succès des mesures de réadaptation, taux de rentes, déroulement de la procédure jusqu'à l'étude des mesures d'ordre professionnel). Toutefois, l'OFAS et les offices AI ont décidé récemment de se limiter aux objectifs directement quantifiables ayant des indicateurs clairs.⁸ Les contrôles de gestion (annuels à partir de 2006) porteront sur les aspects qualitatifs du travail des offices AI. Comme nous l'avons expliqué au début de cet article, il est possible de lier les objectifs de gestion à un système de bonification – ou de bonification/pénalisation – si et seulement si l'on pondère de façon égale l'aspect quantitatif et l'aspect qualitatif des enquêtes menées par les offices AI. Or, puisque l'évaluation de l'aspect qualitatif ne passe pas par les objectifs de gestion mais par les contrôles de gestion et que ces derniers ne sont pas liés aux objectifs de gestion, ces objectifs ne peuvent pas être rattachés à un système de bonification ou de bonification/pénalisation. En conséquence, les offices AI qui n'atteignent pas les objectifs de gestion ne sont

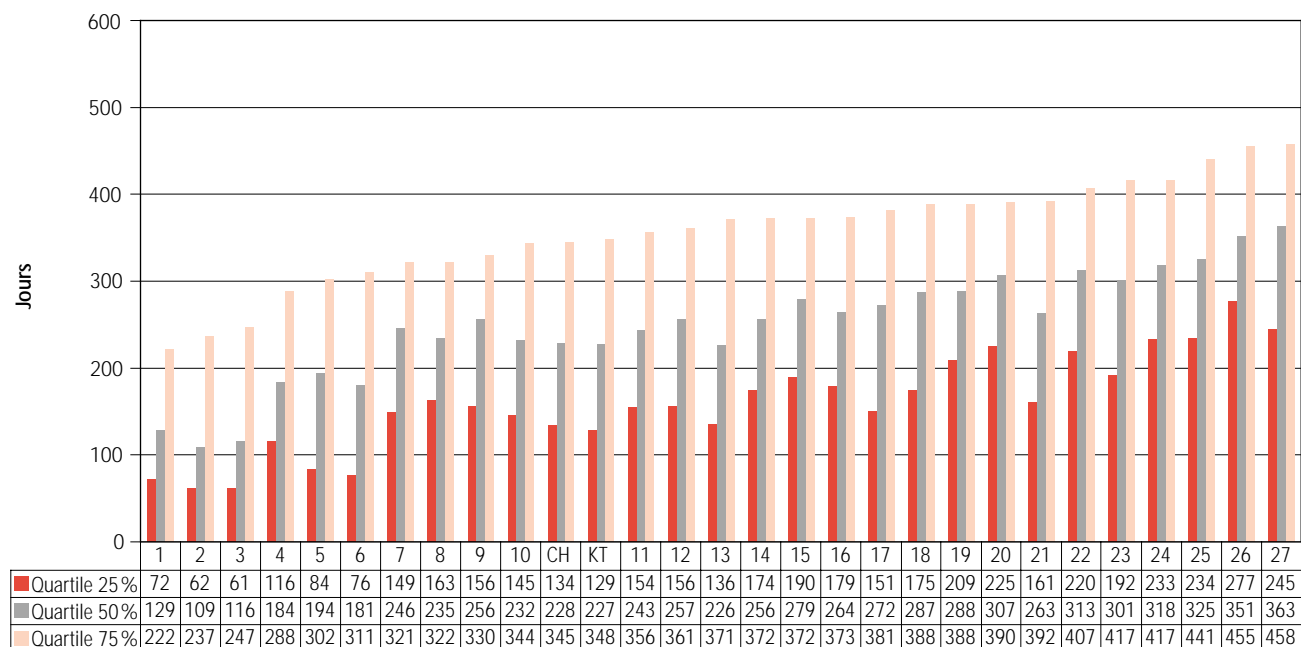
menacés d'aucune sanction financière. Une telle application des objectifs de gestion en fait un instrument de gestion «doux» qui permet avant tout à l'OFAS et aux offices AI d'identifier les domaines «lacunaires» et de chercher des solutions par le dialogue.

L'analyse comparative, un instrument de gestion interne

Lors de l'élaboration des objectifs de gestion des offices AI 2002 ss, les grands offices AI notamment ont souhaité l'établissement de statistiques leur permettant d'avoir des renseignements relativement détaillés sur la durée des enquêtes en fonction du genre de prestations AI. Les directeurs d'office AI à l'origine de cette initiative en attendaient des données utiles leur permettant de mieux organiser les processus au sein de leur office et de mieux gérer le personnel. S'étant montré réceptif à cette idée, l'OFAS a créé les statistiques sur la gestion des affaires dans l'AI ou analyse comparative. Cette analyse permet à chaque office AI de comparer sa rapidité à celle des autres offices. Pour l'essentiel, il s'agit de détecter les domaines où la procédure est excessivement longue. Ces analyses systématiques ont lieu chaque année et portent sur les grandeurs suivantes:

⁸ En plus des quatre objectifs présentés, l'OFAS et les offices AI en ont trois autres sur les sujets suivants : traitement des factures, enquêtes sur place et diminution du nombre des cas en suspens.

Première décision «rente» pour les premières demandes 2001



CH = tous les offices; KT = offices AI cantonaux sans l'office AI pour les assurés résidant à l'étranger

Explication: L'office AI portant ici le n°1 prend 75 % de ses décisions portant sur des rentes dans les 222 jours. Trois quarts des personnes assurées attendant une première décision «rente» reçoivent celle-ci au plus tard après 222 jours. L'office AI portant ici le n°27 prend 75 % de ses décisions portant sur des rentes dans un délai de 458 jours. Une personne assurée attendant une première décision «rente» doit patienter deux fois plus longtemps si elle est à l'office n°27 que si elle est à l'office n°1.

premières décisions⁹ / mesures individuelles¹⁰ / prestations en espèces¹¹ et refus. A partir de 2004, les directeurs des offices AI recevront, pour chacune de ces catégories, un graphique, un tableau avec les chiffres absolus¹² et le classement¹³. L'exemple anonymisé dans le graphique ci-contre porte sur les premières demandes de 2001 liquidées à la fin 2002 et pas sur toutes les premières demandes de 2001!¹⁴

A eux seuls, ces chiffres n'expliquent toutefois pas les différences et ne montrent pas aux responsables la façon dont ils pourraient modifier la situation. C'est là qu'intervient l'analyse qualitative. L'on entend par là l'interprétation scientifique des chiffres, d'autres analyses qualitatives¹⁵ et, surtout, l'échange d'expériences entre les offices AI de taille comparable. L'on ne saurait surestimer l'importance de cet échange qui permet de mettre en œuvre des changements et de remettre en chantier des démarches d'apprentissage. Les offices AI cherchent les raisons qui expliquent les différences de durée de l'enquête pour la même prestation. Comment, toujours dans notre exemple, l'office AI n°1 est-il parvenu à une décision dans un délai de 222 jours dans 75 % des cas tandis qu'il a fallu à l'office n°27 deux fois plus de temps?¹⁶ Quels enseignements peut en tirer l'office AI n°27? L'analyse des causes entraînera un examen attentif des structures et des processus pour que l'office AI n°27 puisse tirer parti – afin d'optimiser sa structure et son organisation – des principes d'organisation du premier de classe. Il va sans dire que l'analyse de l'évolution à long terme n'est possible que si l'analyse comparative s'institutionnalise. Pour cette raison, l'OFAS publiera chaque année les analyses, les graphiques et les tableaux dans le rapport d'évaluation des activités des offices AI.

Objectifs de gestion et analyse comparative: l'apport de l'OFAS à la réduction de la durée de la procédure

L'OFAS ne peut pas intervenir directement dans l'organisation interne des offices. Il doit laisser le soin au directeur ou à la directrice de chaque office de choisir l'organisation et les processus permettant de garantir que des décisions correctes quant au fond seront prises dans un délai raisonnable. Il incombe toutefois à l'autorité de surveillance de veiller à l'unité de doctrine des décisions et à garantir un délai approximativement comparable pour l'ensemble de la Suisse. Pour déterminer ce délai approximatif, l'autorité de surveillance ne se fonde ni sur l'office AI le plus rapide ni sur le plus lent. Lors de la formulation des objectifs de gestion – instrument de gestion tant pour l'OFAS que pour les responsables des offices AI – les normes ont été fixées en vertu de l'expérience de ces dernières années (cf. aussi l'article de Ventrice/Merckx en p.318) et après un échange animé avec les offices AI. L'analyse comparative qualitative entend encourager ceux-ci à «appren-

dre des meilleurs». La comparaison systématique avec les autres processus peut et doit permettre d'améliorer le rendement. Rapporté à la durée de la procédure, il s'agit de réduire celle-ci – la qualité des décisions quant au fond restant égale – en améliorant les processus et en affectant de façon judicieuse le personnel. Les premiers résultats positifs devraient être visibles dans les analyses comparatives d'ici deux à trois ans.

Adelaide Bigovic Balzardi, licenciée en lettres, domaine d'activité Assurance-invalidité, service Projets et tâches spéciales, OFAS;
e-mail: adelaide.bigovic@bsv.admin.ch

9 Termes de la comparaison: nombre de jours, à compter du dépôt de la demande, nécessaires à la prise de décision pour 25 %, 50 % ou 75 % des premières demandes, la décision étant entendue comme une décision proprement dite, une communication (mesure individuelle), la communication du prononcé à la caisse de compensation (rente ou allocation pour impotent) ou le refus de la demande.

10 Termes de la comparaison: nombre de jours, à compter du dépôt de la demande, nécessaires à la prise de décision pour 25 %, 50 % ou 75 % des premières demandes dans les domaines des mesures médicales, des mesures d'ordre professionnel, du service de placement, des moyens auxiliaires et de l'aide en capital.

11 Termes de la comparaison: nombre de jours, à compter du dépôt de la demande, nécessaires à la prise de décision pour 25 %, 50 % ou 75 % des premières demandes dans les domaines de la rente et de l'allocation pour impotent.

12 Nombre des premières demandes de prestations de l'AI, nombre des cas avec la prestation en question (en chiffres absolus et en pourcentage), quartiles (comme sur le graphique), rang par quartile, somme des rangs et classement.

13 Il s'agit d'un classement qui tient compte de l'analyse de tous les objectifs de gestion.

14 Il n'est possible d'apprécier toutes les demandes d'une année que lorsqu'elles ont toutes été liquidées, jusqu'à la dernière. A titre d'explication: les demandes déposées en décembre 2001 et dont la «durée moyenne usuelle» d'examen est supérieure à 365 jours ne peuvent pas être liquidées à la fin décembre 2002.

15 Les rapports sur l'examen de la gestion matérielle, p.ex.

16 Bien entendu, cette comparaison directe n'est valable que si les deux offices AI ont une taille comparable.

Nouvel aiguillage de l'AI: une nécessité

L'explosion des rentes¹ pourrait avoir été favorisée dans une large mesure par la longueur de la procédure AI et par son orientation exclusivement médicale. Une procédure axée sur la détection précoce et la prévention permettrait de contrecarrer cette tendance.



Erwin Murer et Basile Cardinaux

Université de Fribourg

La question essentielle réside dans le pourquoi de cette «explosion des rentes». De la réponse dépend la stratégie à adopter: faut-il prendre des contre-mesures et dans quelle direction doivent-elles tendre?

Causes: de nombreuses tentatives d'explication

Aussi bien les ouvrages de référence spécialisés (peu nombreux) que les déclarations publiées de politiciens², lobbyistes et autres faiseurs d'opinion avancent de multiples explications possibles.³

1 Dépenses pour les rentes en 1980: 1,374 mia de fr.; 2001: 5,601 mia de fr.; augmentation des dépenses pour les rentes en 2002: 390 mio de fr.; voir OFAS, Statistiques de la sécurité sociale, dans CHSS 3/2003, p. 174, ainsi que OFAS, Statistique de l'AI, p. 31.

2 Pour des raisons de simplification, nous utiliserons partout le masculin générique.

3 Par exemple la dureté du monde du travail qui rend (psychiquement) malade, le comportement irresponsable des employeurs, l'absence d'emplois simples, la forte densité médicale, la simulation et l'escroquerie, le mobbing sur le lieu de travail, un manque de qualité dans les actes des médecins et des avocats, la bureaucratie des offices AI.

4 Elle repose essentiellement sur l'étude de la littérature spécialisée ainsi que sur des entretiens avec des médecins de famille et des médecins-conseils des caisses-maladie, des psychiatres, des professionnels de la réadaptation, des employeurs, des collaborateurs des assureurs maladie, accidents et invalidité, ainsi que des avocats de personnes lésées.

Ce qui frappe en général, c'est que celles-ci ne mentionnent fréquemment qu'une seule cause («le monde du travail rend malade»), qu'elles sont souvent *exagérées* («il n'y a plus d'emplois simples»), qu'elles s'appuient avec sans-gêne sur des éléments *terriblement simplificateurs* («les étrangers, ces faux invalides»), qu'elles ne tiennent compte que de *l'aspect financier* et que, du *point de vue humain*, la primauté de la réadaptation sur la rente n'est guère mise en évidence. De même, il est intéressant de souligner *ce dont on ne parle pas*: p. ex. de l'obligation de réduire le dommage et du devoir, ou plutôt de la *capacité*, de réadaptation des personnes assurées; ou de ce que l'on peut demander à l'assuré, dans le cadre de ce qui est raisonnablement exigible, de supporter sans indemnisation des indispositions, y compris des douleurs légères.

Une explication possible

Il est certes plus facile de critiquer les différentes tentatives d'explication que d'en trouver de meilleures. L'analyse que nous présentons ici est également entachée d'incertitudes.⁴ La seule chose dont nous sommes plus ou moins sûrs, c'est que l'explosion des rentes est due à de *multiples causes*, et qu'il est par conséquent vain de vouloir la ramener à une seule et unique raison.

Théoriquement, il existe trois réponses possibles à la forte augmentation du nombre de rentes.

Théoriquement, il est possible de donner trois réponses à la question des causes de l'augmentation du nombre de rentes. *Premièrement*: cet accroissement reflète une augmentation objective des accidents et maladies invalidantes, en raison du relèvement de l'âge moyen de la population ou par suite d'une définition beaucoup plus large de la maladie. *Deuxièmement*: cet accroissement est l'expression d'un «besoin de rattrapage» parce que ce n'est que maintenant que l'on peut diagnostiquer, grâce à des méthodes modernes, certaines maladies ou suites d'accidents. Cet argument est parfois

utilisé par les avocats. *Troisièmement*: l'augmentation est imputable à des motifs étrangers à l'invalidité, parce que ne relevant pas de problèmes de santé.⁵

Différents indices permettent de penser que ces facteurs jouent tous trois un rôle, mais que les raisons étrangères à l'invalidité occupent clairement une place prédominante. Pour fonder cette hypothèse, nous partons de la thèse suivante: bien que la «situation de départ» qui conduit la personne assurée à consulter un médecin représente très souvent un mélange de problèmes de santé et d'autres problèmes qui n'ont rien à voir avec la santé, toute la procédure AI ne tient aujourd'hui compte que de l'aspect médical⁶.

A notre avis, cette procédure constitue le véritable «péché originel» qui pèse sur la situation actuelle. Ce sont les cas d'assurance dont la cause n'est pas clairement établie qui poussent les chiffres des rentes vers le haut⁷, et cela est dû essentiellement au fait que la situation de départ – à caractère mixte – qui déclenche la procédure fait l'objet d'un diagnostic purement médical, qui ne tient pas compte des éléments *non* médicaux. Cela conduit à l'*échelonnement de la procédure en plusieurs étapes*: tout d'abord, on recherche pendant des mois une cause médicale que l'on n'arrive pas à trouver ou dont le diagnostic reste vague. Ce n'est qu'à la fin de

sous l'angle de l'atteinte à la santé et que des mesures sur le lieu de travail sont l'instrument le plus efficace pour éviter que les travailleurs se mettent «au vert».

- *Deuxièmement*, l'annonce à l'AI est retardée dans une mesure qui confine à l'absurde. En moyenne, elle a lieu plus de 12 mois après les premières visites médicales.⁹ Cela ne peut pas être mis uniquement à charge du corps médical. La responsabilité incombe au législateur qui ne prévoit pas une clarification *parallèle* des facteurs médicaux et non médicaux et qui confie exclusivement aux mains des assurés, de leurs médecins et aussi, d'une manière croissante, de leurs avocats, la conduite de la procédure.

L'orientation exclusivement médicale de cette procédure entraîne l'établissement d'un deuxième et d'un troisième *certificats d'incapacité de travail* qui, eux aussi, ne tiennent compte que de l'aspect médical et sont donc lacunaires. Le médecin n'est au fond pas en mesure d'établir de tels certificats, puisqu'il n'a pas le pouvoir de clarifier les facteurs non médicaux. La confiance aveugle et en réalité forcée dans les certificats d'incapacité de travail est inversement proportionnelle à leur qualité réelle.

Pour le législateur des années 50 du siècle passé, les atteintes à la santé physique et mentale¹⁰ étaient pratiquement les seules existantes. Il ne connaissait guère les troubles psychiques. L'échelonnement de la procédure – tout d'abord la clarification médicale et la guérison, ensuite la réadaptation et pour finir, le cas échéant, la mise au bénéfice d'une rente – ne posait donc guère de problème. Avec l'apparition massive de cas d'assurance dont la cause n'est pas clairement établie, la situation s'est radicalement modifiée: la procédure par étapes successives pousse à la multiplication des rentes. La *conception que l'on a de l'AI* s'est également modifiée en conséquence: presque tous les acteurs impliqués ne

L'annonce à l'AI est retardée dans une mesure qui confine à l'absurde.

ce processus, sans jamais avoir clarifié sérieusement les causes non médicales également à l'origine de la procédure, et encore moins s'y être attaqué, qu'a lieu l'annonce à l'AI. L'approche médicale a ainsi la priorité absolue. On ne tient pas compte de ce que le fait même de rechercher la cause médicale «rend malade», parce que pendant ce temps les assurés sont tenus à l'écart de la vie professionnelle, ce qui est un véritable poison pour la réinsertion.⁸

Ce mauvais aiguillage entraîne *deux conséquences très lourdes*:

- *Premièrement*, l'employeur n'a guère le choix, avec les moyens qui sont à sa disposition, de *maintenir l'assuré à son poste de travail*, ce qui constituerait la prévention la plus efficace. Il existe des contre-exemples impressionnants d'entreprises qui cherchent, par une gestion intelligente des absences, à sortir les travailleurs des «rails médicaux» et à les maintenir sur leur lieu de travail. De telles expériences confirment la thèse selon laquelle la situation de départ ne doit pas, en règle générale, être considérée uniquement

5 L'invalidité (art. 8 LPGA, art. 4 LAI) suppose une atteinte à la santé. Des causes sont étrangères à l'invalidité lorsqu'elles n'ont rien à voir avec des atteintes à la santé: difficultés culturelles d'adaptation et de langue, problèmes familiaux, problèmes sur le lieu de travail, chômage, etc.

6 Procédure au sens informel du terme, qui s'enclenche avec la première visite du médecin: il ne s'agit pas encore de la procédure en matière d'assurances sociales, contentieuse ou non contentieuse, au sens de la LPGA et des lois spéciales.

7 Il s'agit essentiellement de maladies psychiques ainsi que de maladies des os et des articulations, du type «troubles somatoformes», y compris les maux de dos. Ces cas occupent une place prédominante dans les «maladies» qui, en 2002, ont été responsables de 78 % des dépenses totales de l'AI (dont 34 % de maladies psychiques, à l'exclusion des troubles somatoformes). Les 22 % restants sont imputables aux accidents (10 %) et aux infirmités congénitales (12 %). Voir OFAS, Statistique de l'AI, p. 18.

8 Association internationale de la sécurité sociale, Reprendre le travail: Quand? Pourquoi? Comment? Nouvelle étude sur l'incapacité et la réinsertion professionnelles: résultats et recommandations. Synthèse, Genève 2002, p. 16.

9 Selon une étude interne de l'office AI du canton de Berne, les cas sont annoncés en moyenne une année et demie après la première visite chez le médecin.

10 Par troubles mentaux, il faut entendre un développement intellectuel insuffisant qui découle d'atteintes congénitales ou acquises; FF 2001 3107.

la considèrent plus aujourd'hui comme la spécialiste «en début de chaîne» d'une réinsertion rapide mais comme une assurance de rentes qui prend la relève en fin de processus, avant l'aide sociale.

Il va de soi que de nombreux autres facteurs, parfois interdépendants, contribuent à renforcer le «problème des rentes». ¹¹ Cependant, la durée et l'orientation exclusivement médicale de la procédure ou de l'examen de la capacité de travail pourraient bien en être les raisons majeures. ¹²

Il convient de veiller à ce que la clarification des facteurs non médicaux ait une importance égale à celle des facteurs médicaux.

Solutions possibles

Les solutions éventuelles découlent logiquement de l'analyse des causes. En premier lieu, il convient de veiller à ce que la clarification des facteurs non médicaux de la situation de départ – à caractère mixte – ait une importance égale à celle des facteurs médicaux. Plus on évalue rapidement la capacité de travail de la personne concernée, mieux elle sera à même de conserver son poste de travail ou de réussir sa réinsertion professionnelle. ¹³ Il incombe en premier lieu aux travailleurs et aux employeurs de veiller au maintien des places de travail. Une gestion intelligente des absences peut avoir énormément d'impact. ¹⁴ L'employeur ne devrait pas y être contraint, mais il faut réfléchir à la manière de rendre attractives pour lui des interventions dans ce domaine.

Du côté de l'AI, une procédure axée sur la détection précoce et la prévention est concevable: les assurés qui,

dans un délai de soixante jours, ont été plus de trente jours dans l'incapacité de travailler, qui ne reçoivent pas de prestations de l'assurance-accidents ¹⁵ et qui ne sont pas empêchés de travailler pour cause de maternité, doivent s'annoncer auprès d'un office de détection précoce et de prévention de l'AI (DPAI), à créer, afin d'examiner leur capacité de travail. Celui qui leur fournit des prestations – l'employeur ou l'assureur d'indemnités journalières (selon la LAMal ou la LCA) – demande aux assurés de s'annoncer. L'office DPAI informe le fournisseur de prestations de l'annonce. Si celle-ci n'a pas lieu dans un certain délai, le fournisseur de prestations peut les réduire ou les suspendre. Il en va de même si l'assuré s'oppose ou se soustrait à l'évaluation de sa situation par l'office DPAI. Celui-ci procède à l'aide d'examen interdisciplinaires. Il examine donc également si des facteurs non médicaux compromettent la capacité de travail de l'assuré.

Si l'office DPAI arrive à la conclusion que l'assuré est apte à travailler, il le communique au fournisseur de prestations. Parallèlement, il peut aider l'assuré à conserver son emploi ou à en chercher un autre qui soit approprié. Il assume en outre une tâche de coordination et, le cas échéant, renvoie l'assuré à d'autres assureurs. Il le met également en rapport avec des services privés ou publics qui peuvent l'assister dans la résolution de ses problèmes non médicaux.

Si l'office DPAI constate que l'assuré est dans l'incapacité de travailler, le fournisseur de prestations en est également informé. Selon le cas, l'office DPAI demande à l'assuré de s'annoncer auprès de l'office AI compétent pour recevoir des prestations AI «ordinaires».

Une telle procédure permettrait-elle de casser véritablement la dynamique de multiplication des rentes AI? La question reste naturellement ouverte. Mais l'analyse des causes à laquelle nous avons procédé au début de cet article montre clairement l'importance d'interventions précoces. Le champ d'application de l'AI s'en trouverait élargi; elle obtiendrait enfin l'importance qui lui a été attribuée à l'origine: être moins un office de paiement des rentes qu'une spécialiste de la réinsertion. Les professionnels de la réadaptation de l'AI pourraient prouver quels résultats il est possible d'atteindre lorsqu'ils prennent des mesures à temps.

Si les milieux politiques donnent à l'AI la chance d'intervenir précocement, que l'AI la saisisse, car c'est sa dernière chance. Faute de quoi des mesures drastiques seront inévitables, notamment en ce qui concerne la définition du champ d'application de l'AI (exclusion de certaines atteintes à la santé). L'enjeu est donc de taille.

¹¹ Par exemple qualité insuffisante des actes des acteurs concernés (médecins et avocats), caractère lacunaire des connaissances juridiques, sous-dotation des offices AI, pertinence insuffisante de la jurisprudence (critères trop vagues de décision d'attribution des rentes; demandes de nouvelles expertises médicales qui retardent la procédure alors que de nombreux examens ont déjà eu lieu et que de nouveaux n'apporteront selon toute vraisemblance rien de plus), un droit de recours trop étendu, d'autant plus que son exercice n'est lié à aucun risque financier.

¹² Murer, Die UV- und IV-rechtliche Auseinandersetzung mit reaktiven psychischen Störungen: eine Zwischenbilanz, dans: Murer (Hrsg.), Freiburger Sozialrechtstag 2002 – Psychische Störungen und die Sozialversicherung, Berne 2002, p. 1 ss.

¹³ cf. Moeri, Incapacité de travail, invalidité et prévention: le rôle du médecin, dans: Darioli (éd.), L'invalidité en souffrance, Genève 1999, p. 79 ss ou NZZ des 21/22 juin 2003, n° 141, p. 13.

¹⁴ Voir ci-dessus.

¹⁵ Les assurés LAA sont très rapidement annoncés à l'assurance-accidents et une procédure formelle leur est ainsi applicable.

Erwin Murer est professeur de droit du travail et des assurances sociales à l'Université de Fribourg; Basile Cardinaux est assistant diplômé à la chaire de E. Murer; e-mail: erwin.murer@unifr.ch, basile.cardinaux@unifr.ch.

La 11^e révision de l'AVS est sous toit

Lors de la dernière session de la législature 1999–2003, les Chambres fédérales ont adopté la 11^e révision de la loi sur l'AVS.¹ Ce texte présente des différences fondamentales avec le projet soumis par le Conseil fédéral en 2000. Il est probable que les électeurs auront à se prononcer sur cette révision l'an prochain, puisque la récolte de signatures en vue d'un référendum est en cours. Voici un bref aperçu de la situation.

Domaine Prévoyance vieillesse et survivants de l'OFAS

Historique

Les travaux préparatoires de la 11^e révision de l'AVS commencèrent peu après l'entrée en vigueur de la 10^e révision. En août 1998, le Conseil fédéral donna le coup d'envoi des débats en publiant ses projets pour la révision (CHSS 5/1998 p. 240). Les deux buts principaux étaient alors les suivants:

- consolider les bases de financement de l'AVS à moyen terme;
- introduire un dispositif de retraite à la carte assorti de mesures sociales.

Ces mêmes objectifs sous-tendaient le projet présenté par le Conseil fédéral dans son message du 2 février 2000 (CHSS 1/2000 p. 5). Lors de sa session spéciale de mai 2001, le Conseil national adopta ledit projet sans y apporter de modification majeure (CHSS 3/2001 p. 137). Toutefois, le résultat du vote final – 62 oui contre 60 non et 63 abstentions – montra clairement que la solution adoptée était loin de faire l'unanimité. En effet, la gauche avait requis un crédit de 800 millions de francs pour atténuer les réductions de rentes en cas de retraite anticipée. Il fallut la voix prépondérante du président du Conseil pour que soit votée, d'entente avec le Conseil fédéral, la variante la moins chère, à savoir un crédit de 400 millions. Nul

n'imaginait alors que, deux ans plus tard, cette solution serait réduite à une simple disposition transitoire en faveur des femmes.

Points principaux

- A partir de 2009, âge de la retraite à 65 ans pour les femmes comme pour les hommes.
- Allègement de la réduction de la rente anticipée uniquement pour les femmes de la génération transitoire.
- Suppression de la rente de veuve pour les femmes sans enfants.
- Augmentation de la rente d'orphelin et réduction de la rente de veuve/veuf.
- Adaptation des rentes tous les trois ans au lieu de tous les deux ans.
- Economies: 927 millions de francs.

Age de la retraite

Dès 2009, l'âge ordinaire de la retraite des femmes sera fixé à 65 ans, comme c'est déjà le cas pour les hommes. La 10^e révision de l'AVS prévoit un relèvement de l'âge de la retraite des femmes de 63 à 64 ans en 2005. Le passage à 65 ans permettra d'économiser 445 millions de francs.

L'âge ordinaire de la retraite AVS des femmes est également déterminant dans le cadre de la prévoyance professionnelle pour la rente LPP.

Anticipation de la rente

Hommes et femmes peuvent demander une demi-rente anticipée dès l'âge de 59 ans et une rente entière dès 62 ans.

En cas de retraite anticipée, les rentes sont réduites à vie selon des règles actuarielles. Une réduction plus faible est prévue pour les femmes de la génération transitoire, à savoir les femmes nées entre 1948 et 1952. Pour celles-ci, la réduction se monte à 3,4% seulement si elles se retirent de la vie active à 64 ans au lieu de 65 ans. Les deuxième et troisième années d'anticipation de la rente ne bénéficient pas de ce privilège (taux de réduction intégral).

Rente de veuve

La rente de veuve est supprimée progressivement pour les femmes sans enfants. Les rentes en cours ne sont toutefois pas touchées par cette mesure.

1 Le texte de la loi révisée est publié dans la feuille fédérale (FF 2003 p. 6073).

2 Arrêté fédéral sur le financement de l'AVS/AI par le biais d'un relèvement de la taxe sur la valeur ajoutée, 3 octobre 2003 (FF 2003 6033).

3 Le poste «Rentes de veuve/veuf» (250 millions) comprend la suppression de la rente de veuve pour les femmes sans enfants, l'abaissement de la rente de veuve et le relèvement de la rente d'orphelin.

4 Les cotisations versées à l'âge de la retraite peuvent désormais influencer sur le montant de la rente, à moins que l'assuré n'ait déjà fait valoir son droit à la rente maximale avant son arrivée à l'âge de la retraite. Cette mesure devrait générer des dépenses supplémentaires de l'ordre de 120 millions de francs.

Une disposition spéciale s'applique aux veuves sans enfants qui, au moment du décès de leur mari, ont au moins 45 ans et ont été mariées au moins cinq ans. Cette catégorie de veuves touche une indemnité unique égale à une rente annuelle.

Par ailleurs, six ans après l'entrée en vigueur de la 11^e révision, la rente de veuve sera progressivement ramenée de 80 à 60%.

Autre nouveauté: une personne divorcée ne peut prétendre à une rente de veuve ou de veuf que si elle a perçu une contribution d'entretien en vertu du jugement de divorce.

Rente d'orphelin

En contrepartie de l'abaissement de la rente de veuve, la rente d'orphelin passera progressivement de 40 à 60% à compter de la sixième année suivant l'entrée en vigueur de la 11^e révision de l'AVS.

Adaptation au renchérissement

Les rentes AVS ne sont plus adaptées tous les deux ans, mais tous les trois ans à l'évolution des prix et des salaires, à moins que le renchérissement du coût de la vie ne dépasse 4%. L'adaptation continue de se faire sur la base de l'indice mixte (moitié indice des prix, moitié indice des salaires). Lorsqu'il est prévisible que le fonds de compensation de l'AVS sera inférieur à 70% des dépenses d'une année, l'adaptation ne pourra être effective que si le peuple et les cantons approuvent une augmentation du taux de TVA en faveur

de l'AVS. Au cas où cette condition ne serait pas remplie, le Conseil fédéral propose de n'adapter les rentes qu'à l'évolution des prix.

Cotisations des assurés

Les cotisations salariales demeurent globalement inchangées. Par contre, la franchise mensuelle de 1400 francs, sur laquelle les retraités qui continuent de travailler ne devaient pas verser de cotisations à l'AVS, est supprimée.

Arrêté en matière de financement

Un arrêté fédéral² modifiant la Constitution crée les bases pour relever le taux de TVA de 1 point au maximum en faveur de l'AVS et de 0,8 point en faveur de l'AI. La hausse au profit de l'AVS devrait être nécessaire autour de 2010. L'arrêté fédéral est soumis au référendum obligatoire et passera probablement en votation en même temps que la 11^e révision de l'AVS.

Cet arrêté en matière de financement permet de régler sans équivoque la question longuement controversée de la part aux recettes supplémentaires de la TVA créditée à la Confédération. Pour l'AVS, cette part est au maximum égale au pourcentage de sa participation aux dépenses de ladite assurance (actuellement: 17%). Dans le cadre de l'AI, la part de la Confédération correspond au maximum à 15% du produit des recettes supplémentaires de la TVA en faveur de cette assurance.

Bilan financier de la 11^e révision

La 11^e révision de l'AVS permet de réaliser des économies à hauteur de 927 millions de francs dont voici le détail:

Economies sur les prestations

Relèvement de l'âge de la retraite des femmes	445
Rentes de veuve/de veuf ³	250
Modification du rythme d'adaptation des rentes	150

Dépenses supplémentaires

Prise en compte des cotisations à l'âge de la retraite ⁴	120
---	-----

Recettes supplémentaires

Suppression de la franchise pour les retraités	202
--	-----

Total des économies **927**

Les coûts générés par les mesures destinées à atténuer les réductions de rentes en cas de retraite anticipée des femmes ne sont pas mentionnés dans le bilan ci-dessus, lesdites mesures étant limitées dans le temps et ne s'appliquant qu'aux femmes nées entre 1948 et 1952.

Référendum en vue

Si même l'objectif du Conseil fédéral – introduire un dispositif de retraite à la carte assorti de mesures sociales – n'a pas été réalisé, il n'est pas étonnant que la gauche lance un référendum. Le Parti socialiste, le Parti écologiste et les syndicats ont commencé la récolte des signatures nécessaires, et le souverain devra probablement pouvoir se prononcer sur la révision de la loi en mai 2004.

Les Chambres adoptent la première révision de la LPP

Après de longs travaux préparatoires et des délibérations parfois fort animées, le Conseil national et le Conseil des Etats ont donné leur bénédiction le 3 octobre 2003 à la première révision de la LPP. Certains aspects importants (taux de conversion et salaire assuré, notamment) sont le fruit de négociations serrées qui ont abouti à un compromis accepté désormais par tous les partis. Cependant, la première révision de la LPP ne clôt pas le débat sur la prévoyance professionnelle : la Confédération remet d'ores et déjà certaines questions fondamentales sur le métier.



Beatrix Schönholzer Diot
Domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS

Les députés ont rajouté à cette révision différents aspects que le Conseil fédéral, souhaitant en premier lieu consolider le système et non pas le revoir de fond en comble, n'avait pas inclus. Toutefois, de nombreuses institutions de prévoyance ont concrétisé il y a longtemps déjà dans leurs règlements certaines nouveautés de la loi (rente de veuf, quart de rente d'invalidité, transparence, etc.), tandis que d'autres devront procéder à de vastes aménagements dans certains domaines.

Principaux aspects de la révision¹

Abaissement du seuil d'accès à 18 990 francs (auparavant 25 320 francs) avec un salaire assuré minimal de 3165 francs

Tous les travailleurs percevant d'un employeur un salaire annuel

d'au moins 18 990 francs seront obligatoirement assurés auprès de la prévoyance professionnelle. Cette mesure touche quelque 100 000 nouveaux assurés, pour l'essentiel des femmes. Pour les salaires annuels compris entre 18 990 et 25 320 francs, le salaire assuré minimal est de 3165 francs.

Abaissement de la déduction de coordination à 22 155 francs (auparavant 25 320 francs)

La part de salaire assurée qui sert de base au calcul des cotisations (salaire coordonné) est relevée pour tous les assurés obligatoirement assujettis. Cette mesure permet d'accumuler un avoir de vieillesse supplémentaire jusqu'à l'âge de la retraite, de sorte que les rentes annuelles se modifient aussi peu que possible par rapport aux montants actuels, en dépit de l'abaissement du taux de conversion (cf. ci-dessous).

Abaissement du taux de conversion

A l'âge de la retraite, l'avoir de vieillesse épargné est transformé en rente annuelle. Le taux appliqué pour ce faire (taux de conversion) doit être choisi de sorte que cet avoir et les revenus qu'il permet encore d'obtenir financent les rentes jusqu'au décès de l'assuré. Depuis l'entrée en vigueur de la LPP, le taux de conversion est de 7,2%. Puisque l'espérance de vie moyenne des rentiers a augmenté depuis cette date² et qu'il faut donc verser en moyenne davantage de rentes annuelles à chaque rentier, le taux de conversion est abaissé. L'importance de l'abaissement et la durée de la période transitoire ont fait l'objet d'intenses débats sous la coupole fédérale, les parlementaires s'étant notamment souciés de la façon de garantir simultanément le montant des rentes annuelles (voir l'abaissement de la déduction de coordination ci-dessus). Finalement, ils ont choisi un taux de conversion de 6,8% et une période de transition de 10 ans.

A partir de 2011, le Conseil fédéral devra élaborer tous les dix ans un rapport sur le taux de conversion. Peu avant la fin des délibérations, les parlementaires ont chargé le Conseil fédéral, par une motion³, de réexaminer encore une fois attentivement le cal-

1 Textes complets: Feuille fédérale: www.admin.ch/ch/ff/ff, texte de la 1^{re} révision de la LPP: 2003, n° 40, 6095; texte de la 11^e révision de l'AVS: 2003, n° 40, 6073.

2 D'autres données biométriques se sont aussi modifiées (comme le nombre des survivants et leur âge), mais elles ont moins d'effets financiers sur les institutions de prévoyance.

3 Motion de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (Mo 03.3438) «Renforcer la confiance dans la prévoyance professionnelle».

4 Le taux d'intérêt minimal défini par la loi ne s'applique qu'à l'avoir de vieillesse obligatoirement constitué en vertu de la loi. L'institution de prévoyance n'est pas tenue d'appliquer ce taux au domaine surobligatoire.

cul du taux de conversion, et notamment les bases de ce calcul, immédiatement après la 1^{re} révision de la LPP.

Examen et adaptation réguliers du taux d'intérêt minimal

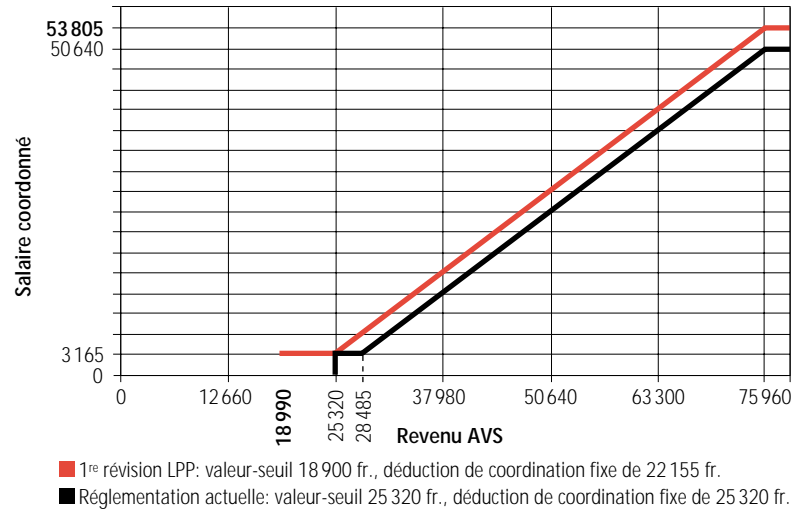
Les institutions de prévoyance doivent calculer un intérêt, prescrit par la loi, sur l'avoir de vieillesse de chaque assuré⁴ (taux d'intérêt minimal LPP). De 1985 à la fin 2002, ce taux d'intérêt était de 4%. La première réduction entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 a suscité un vaste débat qui a invité les Chambres à en définir avec précision la procédure. A l'avenir, ce taux d'intérêt minimal sera revu tous les deux ans et dépendra bien davantage des rendements réels.

Nouveautés en matière de prestations

- *Rente de veuf*: des prestations seront aussi servies aux veufs, aux mêmes conditions qu'aux veuves (puisque'il n'y a pas, dans la LPP, sauf en cas de divorce, de répartition de l'avoir entre les époux – contrairement à l'AVS –, il ne faut pas abolir la rente du conjoint survivant).
- *Prestations pour survivants du domaine surobligatoire*: la LPP définit désormais les personnes pour lesquelles les règlements *peuvent* prévoir le versement de prestations au décès d'un assuré. Il s'agit en particulier des concubins survivants, pour autant que les partenaires aient, immédiatement avant le décès de l'assuré, formé une communauté de vie pendant au moins cinq ans ou que le partenaire survivant doive prendre en charge des enfants communs. Dans ce cas, le règlement peut prévoir des prestations en faveur du partenaire survivant, même si l'assuré décédé ne subvenait pas d'une manière déterminante aux besoins de celui-ci.
- *Rentes d'invalidité*: les rentes d'invalidité LPP sont désormais soumises au système progressif intro-

Nouvelle réglementation sur la déduction de coordination

1



duit par la révision de l'AI: quarts de rente, demi-rentes, trois-quarts de rente et rentes entières. En outre, les personnes qui, au moment d'entamer la vie active, sont déjà invalides à un degré compris entre 20% et 40% peuvent recevoir une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle si leur invalidité s'aggrave postérieurement alors qu'elles sont assurées auprès d'une caisse de pension (auparavant, les personnes dont la capacité de travailler était réduite d'au moins 20% avant leur admission dans une caisse de pension ne recevaient pas de rentes d'invalidité LPP si leur invalidité s'aggravait).

- *Prise en charge provisoire des prestations*: s'il est clair qu'un assuré a droit à une prestation d'invalidité ou de survivants mais que les caisses de pension concernées ne se mettent pas d'accord sur l'institution débitrice, c'est la caisse auprès de laquelle la personne était assurée en dernier qui doit avancer les prestations.
- *Versement d'un capital*: au lieu de percevoir l'ensemble de la prestation de vieillesse sous forme de rente, les assurés ont le droit d'en toucher un quart sous forme de capital. En cas de retrait anticipé par-

tiel, par exemple si l'assuré touche avant la retraite la moitié de la prestation de vieillesse, le quart est calculé sur ce retrait partiel. Les institutions de prévoyance peuvent continuer à prévoir dans leurs règlements un versement en capital supérieur au quart, versement qui peut même équivaloir à la totalité de la prestation.

Abolition de la limitation actuelle des possibilités de rachat et introduction de nouvelles limites

La limitation actuelle des possibilités de rachat – trop compliquée selon certains – est abolie. Cette disposition limitait la somme que l'assuré peut verser à titre facultatif à sa caisse de pension pour combler les lacunes de prévoyance. C'est le cas, par exemple, de l'assuré qui passe à une caisse dont la couverture est plus étendue ou de l'indépendant qui change de statut et qui n'avait pas de prévoyance professionnelle. Désormais, c'est le salaire annuel maximal pour lequel une personne peut être assurée conformément au règlement de l'institution de prévoyance qui est limité: 759 600 francs (= 10 x le montant limite de la LPP). En outre, des restrictions sont instaurées pour éviter les abus les plus fréquents (retrait en capital peu

de temps après le rachat, remboursement des versements anticipés au sens de l'encouragement de la propriété du logement, p.ex.).

Transparence et parité

Le débat provoqué par la modification du taux d'intérêt minimal a montré, une fois de plus, que les décisions dont les assurés ne peuvent pas vérifier le bien-fondé parce qu'ils ne disposent pas des informations nécessaires suscitent insécurité et méfiance. Ainsi, les assurés d'institutions de prévoyance qui étaient informés correctement et depuis longtemps de leur situation financière et qui recevaient des décisions claires ont manifesté bien moins de méfiance, car ils étaient mieux à même de savoir dans quelle mesure les bénéfices réalisés sur les placements de la fortune de leur institution de prévoyance avaient été utilisés à leur avantage. Ce débat a aussi été l'occasion, pour de nombreux salariés, de s'intéresser pour la première fois aux bases de leur prévoyance professionnelle et il n'est pas resté sans effet sur la 1^{re} révision de la LPP, puisque celle-ci introduit finalement dans l'information des assurés, ainsi que des représentants des salariés et des employeurs, des améliorations bien plus substantielles que ce qui avait été prévu à l'origine. Ces prescriptions légales s'appliquent désormais à toutes les institutions de prévoyance.

Le système suisse de la prévoyance professionnelle est bâti sur le partenariat social, c'est-à-dire sur la coopération des travailleurs et des employeurs. Les représentants des uns et des autres composent l'organe paritaire qui doit assumer des compétences exécutives dans l'institution de prévoyance. La révision veut appliquer davantage ce principe également aux grandes fondations collectives, constituées principalement par les compagnies d'assurances. Les membres de l'organe paritaire doivent, d'une part, disposer de davantage d'informations et, d'autre part, pouvoir suivre la formation de base

et la formation continue dont ils ont besoin pour pouvoir se faire une idée correcte de la situation et de l'évolution de leur institution de prévoyance et, ainsi, prendre les décisions qui s'imposent. Les assurés, eux aussi, doivent avoir un meilleur accès à l'information. Ces règles de transparence s'appliquent à toutes les institutions de prévoyance, peu importe qu'elles gèrent elles-mêmes leur fortune, qu'elles en confient la gestion à des tiers ou qu'elles gèrent l'ensemble de la prévoyance par le biais de contrats d'assurance.

Age de la retraite

Les modifications de lois relatives à la prévoyance professionnelle qui concernent l'âge de la retraite ont été incluses dans la 11^e révision de l'AVS pour éviter que l'âge de la retraite des femmes soit modifié différemment dans l'AVS et dans la prévoyance professionnelle. Les règles de la 10^e révision de l'AVS (relèvement à 64 ans de l'âge de la retraite des femmes à l'horizon 2005) et de la 11^e révision (harmonisation de l'âge de la retraite des femmes et des hommes à 65 ans dès 2009) s'appliquent ainsi à la prévoyance professionnelle. A partir de l'entrée en vigueur de la 11^e révision de l'AVS, la prestation de vieillesse complète ou la demi-rente pourra être demandée à partir de 59 ans ou ajournée jusqu'à 70 ans, les prestations étant diminuées ou augmentées en conséquence. Si la 11^e révision de l'AVS n'entre pas en vigueur en même temps que la 1^{re} révision de la LPP, il faudra faire usage d'une solution spéciale pour prolonger les dispositions de la 10^e révision de l'AVS applicables à l'âge de la retraite des femmes, puisque la solution transitoire actuelle⁵ ne vaut que jusqu'au 31 décembre 2004.

Autres nouveautés

Le législateur tire parti de la 1^{re} révision de la LPP pour simplifier certaines procédures (affiliation d'office, échéance des cotisations, etc.), uniformiser les voies de recours et

définir expressément dans la loi les principes de base de la prévoyance professionnelle (adéquation, collectivité, etc.).

Entrée en vigueur

Le délai référendaire arrive à échéance le 22 janvier 2004. Puisque, au moment de clore le présent numéro, aucun parti ou organisation n'a annoncé son intention de demander un référendum, la 1^{re} révision de la LPP entrera probablement en vigueur le 1^{er} janvier 2005. Il est possible que le Conseil fédéral mette en vigueur plus tôt (durant le 1^{er} trimestre 2004) les règles de transparence et de parité.

Poursuite des travaux

Outre les ordonnances d'exécution, nécessaires à l'application des nouvelles dispositions légales, il faudra aborder différentes questions requérant de longs travaux préparatoires auxquelles la révision n'apporte pas de réponse. Mentionnons notamment les nouvelles règles applicables à la forme juridique des institutions de prévoyance (en particulier des fondations collectives)⁶, les questions ayant trait aux prestations d'invalidité⁷ et les bases de calcul du taux de conversion⁸.

Beatrix Schönholzer Diot, licenciée en droit, domaine Prévoyance vieillesse et survivants, service Questions juridiques prévoyance professionnelle, OFAS;
e-mail: beatrix.schoenholzer@bsv.admin.ch

5 Loi fédérale du 23 mars 2001 sur la continuation de l'assurance des travailleuses dans la prévoyance professionnelle.

6 Motion de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (motion 02.3007) «Fondations collectives. Nouvelle réglementation».

7 Postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (postulat 02.3006) «LPP. Besoin de réglementation en cas d'invalidité».

8 Cf. note 2.

Devenir indépendant: un prix et des risques

L'OFAS a organisé au printemps 2003 un workshop sur le thème du passage d'une activité professionnelle salariée à une activité professionnelle indépendante. Le but de cette journée était essentiellement de recueillir des avis représentatifs et diversifiés sur ce sujet, en relation avec la possibilité de financer le démarrage d'une activité indépendante au moyen du capital du 2^e pilier.



Robert Wirz

Domaine Prévoyance vieillesse et survivants, OFAS

Plus de 20 participants ont pu échanger leurs points de vue sur les multiples aspects de la transition du statut de salarié à celui d'indépendant, sur la base de quatre exposés qui ont constitué des catalyseurs de la réflexion et des débats. Les éclairages donnés par les représentants de l'économie, par ceux des assurances sociales et par des spécialistes de la gestion et du conseil ont conduit à dégager plusieurs éléments-clés qui se sont révélés indissociables. Ils ont amené l'OFAS à proposer de donner une suite concrète à cette journée.

Travaux préliminaires

Un groupe de travail constitué au sein de l'OFAS a été chargé d'établir un état des lieux et d'organiser le workshop. Un des éléments de la situation de départ était l'ambiguïté de la procédure actuelle. Son aboutissement favorable constitue dans la pratique la clé de l'accès au capital de libre passage du 2^e pilier. Les institutions de prévoyance se fondent sur les décisions des caisses de compensation AVS pour «libérer» les capitaux du 2^e pilier en cas de passage à une activité indépendante.¹ L'ambiguïté est due au fait que la reconnaissance dépend de l'obtention de revenus d'une activité indépendante et donnant lieu à paiement de cotisations, alors que les demandes précèdent l'obtention de tels revenus lorsque l'objectif est de financer le démarrage de l'activité indépendante.

Le groupe de travail a également examiné deux autres aspects fondamentaux de la transition entre activi-

té salariée et activité indépendante: la fréquence des investissements de tout ou partie du capital de libre passage dans la nouvelle activité, et les risques inhérents à de tels investissements.

Sur le premier point, il est apparu que la fréquence des cas d'utilisation des capitaux du 2^e pilier en cas de démarrage d'une activité indépendante et que le volume des capitaux ainsi investis ne font pas actuellement l'objet d'une statistique spécifique. Ni la statistique bisannuelle des caisses de pensions, ni les registres de l'AVS, ni les données fiscales ne permettent d'apporter une réponse simple et directe à cette question.

En ce qui concerne le deuxième point, l'existence de risques élevés est communément admise. Mais la fréquence des risques réalisés (échec du projet, perte du capital de libre passage investi, incapacité à reconstituer le potentiel de prévoyance) n'est pas connue. Les données régulièrement publiées par la société Creditreform² permettent cependant d'étayer la thèse selon laquelle la création d'entreprises comporte une fréquence importante d'échecs, et de constater que c'est le plus souvent au cours de ses cinq premières années d'existence qu'une société parvient à assurer son développement ou au contraire disparaît.

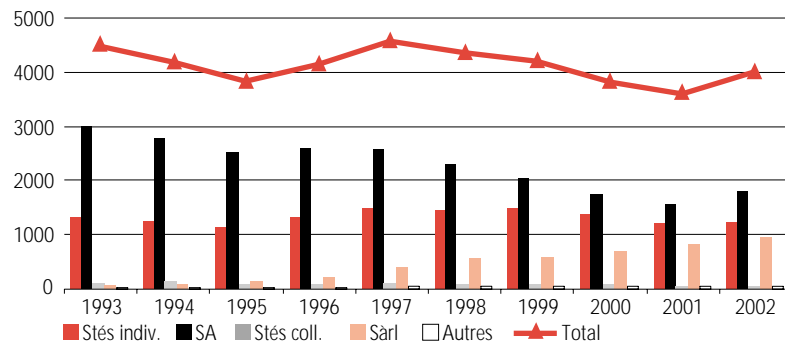
Le **graphique 1** montre que les sociétés individuelles et les Sàrl contribuent dans une mesure significative au total des faillites. Or, ces deux dernières formes de sociétés sont les plus fréquemment adoptées lors du démarrage d'une activité indépendante, notamment en raison de l'absence d'exigence en matière de capital ou d'une exigence faible (Fr. 20 000.– pour la Sàrl).

L'évolution en 2003 traduit une nette aggravation de la situation:

1 Aux termes de l'article 5, al. 1 LFLP (loi fédérale sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle, RS 831.42), «L'assuré peut exiger le paiement en espèces de la prestation de sortie
a. lorsqu'il quitte la Suisse;
b. lorsqu'il s'établit à son compte et qu'il n'est plus soumis à la prévoyance professionnelle obligatoire». (...)

2 Les communiqués de presse et les statistiques correspondantes sont accessibles sur le site de Creditreform à l'adresse www.creditreform.ch.

Evolution des faillites selon la forme juridique (1993–2002) 1



Source: données publiées par Creditreform

avec un total de 17 336 radiations pour 23 049 nouvelles inscriptions de janvier à fin septembre, la croissance nette s'établit à 6013, en recul de 11,8% par rapport à la même période de l'année dernière.

Pour ce qui est de l'ancienneté, le fait qu'une période de cinq ans constitue un cap déterminant peut être illustré par le **graphique 2**. Il montre que l'échéance d'une année constitue un socle relativement constant, alors que la courbe des cas de faillites de sociétés qui totalisent cinq ans ou moins d'ancienneté présente la double caractéristique de prédominer sur toute la période observée et d'afficher les variations les plus fortes. Les sociétés individuelles sont parmi les plus concernées par les faillites qui interviennent avant le cap des 5 ans d'ancienneté.

Dans l'optique d'une appréciation des risques en relation avec l'utilisation des capitaux du 2^e pilier, l'image mise en évidence par les données ci-dessus demeure imprécise. En premier lieu parce les données en question sont fondées sur les variations enregistrées par le RC. L'inscription audit registre n'étant pas obligatoire dans le cas de la société individuelle, les données ci-dessus ne comptabilisent pas l'intégralité des indépendants concernés. En second lieu parce qu'il n'est pas possible de distinguer les cas dans lesquels les capitaux de libre passage ont été investis.

Une autre question essentielle reste également ouverte: admettre l'hypothèse de risques élevés conduit à poser logiquement le problème des conséquences des échecs sur le revenu disponible à l'âge de la retraite. Là encore, des données chiffrées manquent pour évaluer la mesure dans laquelle l'investissement à perte du capital de prévoyance se traduit in fine par un revenu insuffisant à l'âge de la retraite, voire par le déclenchement du droit aux prestations complémentaires à l'AVS ou même, dans les cas les plus extrêmes, à l'intervention de l'aide sociale, et par conséquent à un transfert de charge à la collectivité.

Les travaux préliminaires montrent à l'évidence que les dimensions multiples du problème posent des questions auxquelles il n'est possible de donner que des réponses partielles et imprécises. Il est par consé-

quent nécessaire de rechercher d'autres solutions ou de développer les instruments disponibles pour pouvoir mieux mesurer les enjeux.

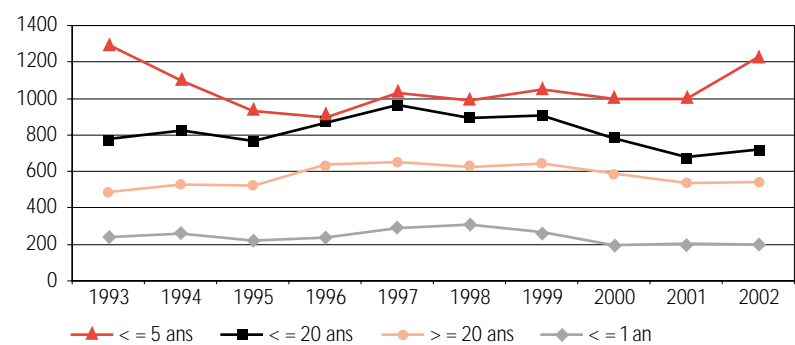
Procédure: vrai ou faux problème?

Les problèmes posés par la procédure actuelle ont été évoqués dans trois des quatre exposés qui ont rythmé la journée. Les arguments et propositions présentés permettent de dégager les principales tendances suivantes:

Une importance relative

Si l'existence de difficultés dues à la procédure actuelle ne saurait être niée, il convient d'en relativiser l'importance. D'abord parce que le taux d'aboutissements favorables des demandes de reconnaissance est de l'ordre de 95%. Ensuite parce que le contexte de démarrage d'une activité indépendante ou de création d'une entreprise ne peut se réduire au seul aspect procédural. La procédure de reconnaissance n'est qu'une des 20 préoccupations manifestées par les créateurs d'entreprises selon des contacts pris sur ce point par l'USAM auprès de ses membres. Un constat en outre confirmé par le seco, dans la mesure où les avis recueillis par la TaskForce PME³ montrent que les préoccupations prioritaires – en dehors de la question des délais qui est une constante – vont aux problèmes de financement, de marketing et d'information. Sur ce

Evolution des faillites selon l'ancienneté (1993–2002) 2



Source: données publiées par Creditreform

dernier point, les efforts tendant à rendre les informations plus accessibles aux créateurs d'entreprises se traduisent par la création de portails d'information conçus sur le principe du «guichet unique». Une autre finalité de ce type de démarche est la compression des délais nécessaires à l'acquisition des informations et à l'identification des instances et partenaires susceptibles d'être concernés par un projet.

Difficultés spécifiques

L'importance relative des problèmes procéduraux ne doit cependant pas masquer l'existence de difficultés spécifiques engendrées par le mécanisme actuel. Les exposés en ont mis essentiellement trois en évidence:

- Plutôt que la reconnaissance du statut d'indépendant au sens strict du terme, c'est la coordination entre les différentes législations concernées qui suscite des difficultés. Tel est notamment le cas d'interprétations parfois divergentes du statut d'indépendant entre droit fiscal et droit des assurances sociales⁴ (cf. *condensé de l'exposé de M. M. Taddei, USAM*).
- Le décalage temporel entre besoin de financement au titre du démar-

rage d'une activité et reconnaissance du statut d'indépendant sur la base de l'activité exercée expose les caisses de compensation de l'AVS à la pression des demandeurs et à leur mécontentement en cas de non-aboutissement (cf. *condensé de l'exposé de M. R. Gygax, CC du canton de Berne*). Une solution originale pourrait résider dans une double modification du mécanisme:

- Premièrement, remettre en synchronisation la demande et le critère d'acceptation en substituant au critère actuel du revenu de l'activité indépendante celui de l'intention documentée de démarrer un projet.
- Deuxièmement, diminuer le risque en instituant la perception du capital en deux étapes (20% au démarrage, le solde après un délai de deux ans qui permettrait de s'assurer de la viabilité économique du projet).
- Une étude réalisée sur les effets de loi sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle (cf. *condensé de l'exposé de M. B. Sterchi, Ernst & Young*)⁵ souligne que selon la pratique des autorités fiscales, la reconnaissance du statut d'indépendant et la libération du capital du 2^e pilier conduisent à l'imposition de l'entier dudit capital. L'imposition de l'intégralité du capital constitue une incitation à utiliser ce dernier en totalité, alors qu'il serait préférable de favoriser une utilisation partielle en instaurant une imposition de la seule partie effectivement perçue. L'aménagement d'un délai d'attente et une meilleure information à donner aux intéressés quant aux risques figurent également au nombre des recommandations émises.

Ces différentes analyses et propositions ont alimenté une très large discussion. Une première appréciation générale a porté sur le fait que l'évocation des difficultés procédurales et la recherche de solutions

dans le sens d'une meilleure efficacité conduisent inévitablement à évoquer les risques encourus. L'exemple d'une expérience concrète a apporté des enseignements supplémentaires sur ce point.

Vision concrète d'un démarrage

Un des exposés⁶, fondé sur l'expérience du passage d'une activité salariée à une activité indépendante sous la forme de la création d'une micro-entreprise du secteur des services, a mis en évidence le rôle-clé que joue une préparation approfondie dans la conception d'un projet. A telle enseigne que l'anticipation des problèmes à résoudre, en particulier au plan financier tant en ce qui concerne l'investissement initial que les revenus et charges ultérieurs, constitue un moyen efficace de minimiser les risques.⁷ On peut retenir de cette expérience les principaux éléments suivants:

Franchise sans difficulté majeure, l'étape de la reconnaissance du statut d'indépendant n'a constitué qu'un élément secondaire dans le cadre plus large d'un montage complet du projet. L'expérience montre qu'une préparation approfondie constitue un facteur de succès. En l'espèce, la préparation a porté en particulier sur

- l'évaluation de l'investissement initial nécessaire en outils informatiques;
- l'établissement d'un budget pour les informations, appuis et conseils à solliciter;
- l'évaluation des charges financières liées au marketing et à la publicité nécessaires à l'acquisition de la clientèle initiale;
- le choix de la forme juridique appropriée et les inscriptions correspondantes;
- la détermination de la part du capital du 2^e pilier à investir dans le démarrage en prenant en considération les besoins futurs en matière de retraite et de protection sociale.

La phase de démarrage a également démontré la nécessité de s'en-

3 Cf. TaskForce PME, www.infopme.ch.

4 Cf. Motion 99.3004 du 26.1.1999 de la Commission de l'économie et des redevances du Conseil national (CER-CN) concernant le «Traitement uniforme et cohérent en droit fiscal et des assurances sociales» et Rapport du Conseil fédéral du 14.11.2001 (FF 2002 1078).

5 Cf. également «Effet positif de la loi sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle», B. Sterchi (Ernst & Young), in *Sécurité sociale* N°4/2003, pp. 205ss. Le texte intégral du rapport de recherche (n° 16/03) a été publié par l'OFAS sous le titre «Analyse des effets de la loi fédérale sur le libre passage (LFLP)» dans la série «Aspects de la sécurité sociale», réf. 318.010 / 03f

6 «Selbstständig werden aus der Sicht einer Unternehmerin», par Mme N. Meyer-Fankhauser, représentante de la présidente de l'association KMU Frauen Schweiz. L'intéressée a renoncé à établir un condensé de son exposé, nous laissant le soin d'en rappeler les éléments-clés.

7 Cf. également «Die neuen Selbstständigen – Forschungsbericht», Rolf Meyer, tiré à part 2000-01r (Fachhochschule Solothurn-Nordwestschweiz), p. 41 ss.

tourer de compétences et de conseils, qui peuvent toutefois générer des charges financières importantes. C'est l'une des raisons qui ont conduit l'intéressée à fonder le réseau NEFU («Netzwerk für Ein-frau-Unternehmen»), qui compte quelque 15 000 membres et favorise l'échange d'informations et le transfert de savoir-faire. Dans le cadre d'une collaboration avec la HES de Soleure, le NEFU a contribué à une étude consacrée aux femmes dans leur rôle d'entrepreneurs⁸ et est impliqué dans d'autres projets de recherche.

Reste que si le bilan de l'expérience s'avère positif, l'intéressée constate qu'une planification financière sérieuse doit intégrer l'aspect de la protection sociale et notamment l'anticipation du niveau de la future retraite. Ce qui suppose la mise en place d'une prévoyance personnelle dans laquelle le retour à la prévoyance du capital prélevé au départ est une première étape. D'où la recommandation de renoncer dans la mesure du possible à utiliser le capital de libre passage disponible.

Eléments-clés des discussions et débats

L'ampleur des risques liés au démarrage d'une activité indépendante et à la création d'une entreprise a nettement marqué les prises de position qui ont suivi les exposés présentés. Il est néanmoins clairement ressorti des avis exprimés que la conscience des risques ne devait pas se traduire par l'adoption d'une position purement restrictive. Bien qu'apparemment antinomiques, les principaux acquis peuvent se résumer par la double affirmation selon laquelle

- les capitaux de libre passage ressortissent du domaine des assurances sociales et non du capital-risque. En ce sens, leur finalité est de générer un revenu suffisant à l'âge de la retraite et non de faire l'objet d'investissements directs en capital-risque;

- il ne saurait être question de modifier l'état actuel des dispositions légales et réglementaires dans le sens d'une fermeture totale qui empêcherait l'initiative personnelle et le développement de projets viables, voire potentiellement créateurs d'emplois.

Ces deux pôles contradictoires ont donné lieu à des propositions en partie opposées, susceptibles de conduire à des manières très différentes de réaménager (ou non) la procédure actuelle:

- Une variante consisterait à renoncer à l'actuelle possibilité d'investir le capital du 2^e pilier dans le démarrage d'une activité indépendante, et à supprimer du même coup la relation avec la reconnaissance du statut d'indépendant par les instances de l'AVS. Cette variante a été explicitée dans le vif des discussions, associée à l'objectif de rendre la procédure plus légère et plus rapide. Elle a recueilli peu d'écho dans la mesure où la faculté d'investir dans un bon projet disparaîtrait simultanément.
- Une autre solution consisterait à maintenir le statu quo. Elle a été exprimée en relation avec le très faible taux actuel de non-aboutissement des demandes, les échecs constituant ainsi l'arbre qui cache la forêt. L'inaction n'a pas recueilli beaucoup plus d'écho que la variante ci-dessus. Elle laisse en effet sans réponse les différents aspects du problème évoqués dans les exposés et discussions.
- Les propositions tendant à instaurer une libération en étapes des capitaux du 2^e pilier ont recueilli l'attention la plus élevée. Elles présentent en effet l'avantage de laisser ouverte la porte à l'investissement direct dans un projet, mais en réduisant les risques par la limitation de l'investissement initial possible et en soumettant l'apport supplémentaire de capital de prévoyance à un délai. Un délai d'attente dans un cas, un délai de

probation (viabilité économique du projet) dans l'autre.

Si ces dernières propositions ont suscité le plus grand intérêt, il apparaît à l'évidence que leur mise en place nécessiterait des modifications de plusieurs textes légaux et réglementaires. Au-delà de l'aspect juridique, d'autres questions appellent des réponses dès la conception de dispositions nouvelles. Elles portent en particulier sur les critères d'application et les instances concernées:

- Dans l'hypothèse d'un fractionnement en deux parts de la libération du capital de libre passage affecté au financement d'un projet d'activité indépendante, quel critère devrait déterminer la part de financement initial? Pourrait-on appliquer un critère uniforme sans compromettre dès le départ les chances d'aboutissement d'un projet, ou sans compromettre le maintien d'un revenu suffisant à l'âge de la retraite?⁹
- Si un fractionnement de la libération du capital de libre passage était introduit en association avec une évaluation des projets après un délai déterminé, quel délai faudrait-il prévoir et quelles instances seraient à même de confirmer ou infirmer la viabilité des projets, sachant que ni les instances de l'AVS, ni les institutions de prévoyance ne sont a priori en mesure de remplir ce rôle?

Il ne s'agit là que de deux exemples d'interrogations concrètes qui montrent que le workshop a rempli

8 «Frauen-Power unter der Lupe», Rolf Meyer et Najib Haribi, Discussion Paper 2000-04 (Fachhochschule Solothurn-Nordwestschweiz).

9 L'évolution de la carrière professionnelle et le mécanisme des bonifications en fonction de l'âge propre au 2^e pilier font que le capital accumulé à l'âge de 50 ans par exemple peut être un multiple du capital accumulé à l'âge de 30 ans. L'application d'un pourcentage fixe aurait par conséquent des conséquences très différentes en comparaison de l'application d'un montant plafonné en chiffres absolus.

10 Les appels d'offre pour les travaux de recherche mis au concours par l'OFAS peuvent être consultés jusqu'à l'expiration du délai pour la remise des offres sur la page www.bsv.admin.ch/forschung/ausschreibungen/ff/index.htm.

sa mission de catalyseur et suscité des propositions qui méritent une réflexion plus approfondie. Les participants ont par conséquent largement souscrit à la proposition émise au nom de l'OFAS par M. J. Brechbühl, sous-directeur: réaliser une étude approfondie destinée notamment à combler l'actuel manque d'informations sur le sujet.

Prolongement au workshop

Le lancement d'un projet de recherche a été programmé et le mandat correspondant a été défini en tenant compte dans une large mesure des résultats du workshop. Le délai imparti pour présenter les offres¹⁰ est

échu récemment et la réalisation du projet est prévue durant la période allant du 15 décembre 2003 au 30 novembre 2004.

L'étude à réaliser a pour objectif de quantifier la fréquence des cas de transition et, à l'intérieur de cet ensemble, de quantifier les cas dans lesquels les capitaux de libre passage ont été utilisés et le volume du capital ainsi investi. Une seconde dimension de cette étude réside dans la quantification des réussites et des échecs, et dans l'analyse des répercussions sur le revenu disponible à l'âge de la retraite. Enfin, le mandat prévoit également la formulation de propositions visant d'éventuelles

modifications à apporter aux procédures et à la coordination entre les législations applicables. Avec pour finalité de minimiser les risques et de maximiser les chances de succès en cas d'utilisation du capital de libre passage;

Le workshop du 1^{er} avril 2003 trouve ainsi un prolongement indispensable à l'appréciation de la situation actuelle et de l'opportunité de modifier les mécanismes en vigueur. C'est dire que le sujet n'est pas clos et qu'il y aura lieu d'y revenir...

Robert Wirz, lic. ès sc. pol., secteur Haute surveillance et financement PP, OFAS;
e-mail: robert.wirz@ofas.admin.ch

La reconnaissance du statut d'indépendant dans les arts et métiers: état des lieux et perspectives



Marco Taddei
Vice-directeur USAM

Pour l'Union suisse des arts et métiers (USAM), l'association faitière des PME suisses, la reconnaissance du statut d'indépendant par la caisse de compensation AVS mérite avant tout d'être examinée sous l'angle de la création d'entreprise. La reconnaissance du statut d'indépendant est en effet un des nombreux obstacles à franchir dans le passage du statut de travailleur salarié à celui de travailleur indépendant. Processus qui aboutit généralement à la créa-

tion d'une entreprise. On peut dès lors légitimement s'interroger si la reconnaissance du statut d'indépendant ne constitue pas un frein à la création d'entreprise et, par ricochet, à la liberté d'entreprendre. Ce d'autant plus qu'une enquête menée par le seco en 2000 montrait que *«l'AVS est le problème auquel acheminent les créateurs d'entreprise. Un tiers d'entre eux avouent avoir eu beaucoup de problèmes pour se faire reconnaître comme indépendants»*.

A en croire certains experts et si l'on examine les interventions parlementaires déposées ces dernières années, il semblerait que deux entraves majeures freinent le passage du statut de travailleur salarié à celui de travailleur indépendant. Premier obstacle: la définition des personnes exerçant une activité lucrative indépendante serait par trop contraignante. Deuxième problème: le traitement des activités dépendantes et indépendantes en droit fiscal et en droit des assurances sociales manqueraient de cohérence et d'uniformité.

Afin de favoriser la création d'entreprises, doit-on élargir la définition des personnes exerçant une activité lucrative indépendante? Aux dires des responsables des caisses de pension des arts et métiers, il s'agit là d'une fausse bonne mesure. D'abord, parce que la définition existante, qui repose sur des critères tels que la prise de risque de l'entrepreneur, est tout à fait satisfaisante et conforme à la réalité. Ensuite, parce que dans les arts et métiers la reconnaissance du statut d'indépendant connaît un taux de refus infime.

Il en va autrement du manque de cohérence entre le droit fiscal et le droit des assurances sociales. C'est ici que le bât blesse véritablement. Il est tout à fait inacceptable que des administrations différentes, tout en appliquant la même définition d'indépendant, arrivent à des conclusions opposées. L'esprit d'entreprise ne doit pas être brimé par des dysfonctionnements administratifs. Du coup, l'USAM réclame une meilleure coordination entre le droit fiscal et le droit des assurances sociales.

La loi sur le libre passage et le financement d'une activité indépendante



Beat Sterchi

Ernst & Young Advisory Service, Berne

Condensé de l'exposé

1. Le paiement en espèces selon la LFLP

La loi sur le libre passage entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1995 accorde aux assurés le droit de demander le paiement en espèces de leur avoir de libre passage lorsqu'ils quittent définitivement la Suisse, lorsqu'ils s'établissent à leur compte ou lorsque le montant de la prestation de sortie est inférieur au montant annuel de leurs cotisations (art. 5 LFLP). Si les assurés sont mariés, le paiement en espèces ne peut intervenir qu'avec le consentement de leurs conjoints.

2. Evolution des paiements en espèces

L'étude réalisée par Ernst & Young sur les effets de la loi sur le libre passage en interrogeant des institutions de prévoyance a montré que depuis 1995, le nombre de paiements en espèces accordés à des personnes devenues indépendantes avait augmenté. En ce qui concerne les paiements en espèces aux personnes quittant définitivement la Suisse, le nombre de demandes tend plutôt à baisser.

L'enquête a aussi montré que pour traiter les demandes de paiements en espèces, les institutions de prévoyance s'appuyaient surtout sur les annonces ou les attestations des caisses de compensation.

3. Chances et risques liés aux paiements en espèces

Pour l'assuré qui s'interroge sur l'opportunité de se mettre à son compte, le paiement en espèces peut constituer une incitation supplémentaire à franchir le pas. Mais le danger existe que le paiement supplémentaire ne soit utilisé pour résoudre à court terme des problèmes financiers qui se posent lorsque la personne n'a plus d'activité lucrative.

Sur le fond, la possibilité d'un paiement en espèces ne contrevient pas à l'objectif de la loi sur le libre passage, qui est de garantir le transfert du capital de prévoyance en cas de changement d'emploi. Il convient cependant d'observer que le paiement en espèces peut entraîner une diminution drastique des prestations de vieillesse et de risque. Cette diminution peut s'avérer d'autant plus problématique que les prestations du 1^{er} pilier sont très souvent insuffisantes pour couvrir les besoins fondamentaux des assurés. Ces effets sont toutefois atténués par le fait que les assurés ont la possibilité de s'affilier à nouveau à une institution de prévoyance en opérant des rachats.

4. Protection contre les abus

L'enquête d'Ernst & Young auprès des institutions de prévoyance a montré que les abus liés à des paiements en espèces étaient rares. Les institutions de prévoyance ont peu de moyens pour empêcher l'obtention abusive de paiements en es-

pèces. Il est en particulier difficile de prouver qu'une personne ne s'est pas réellement mise à son compte. Il est dès lors très important que les institutions de prévoyance fournissent une information appropriée sur les dangers encourus et sur la réduction ou la perte du droit aux prestations.

5. Pratique des autorités fiscales

La pratique des autorités fiscales a, elle aussi, des effets indirects: les paiements en espèces partiels ne sont pas autorisés et l'impôt est systématiquement prélevé sur l'ensemble de l'avoir de prévoyance (exception: versement anticipé au titre de l'encouragement à la propriété du logement). Cette pratique est réglée dans la circulaire n° 22 émise le 4 mai 1995 par l'Administration fédérale des finances (division principale de l'impôt fédéral direct) à l'attention des autorités cantonales chargées de la perception de l'IFD.

6. Améliorations possibles

Les améliorations suivantes pourraient être introduites dans la législation et dans la pratique concernant les paiements en espèces:

- a Attestation obligatoire en cas de paiements en espèces;
- b Possibilité de paiement en espèces partiel lorsqu'une personne se met à son compte;
- c Modification de la pratique des autorités fiscales dans le sens d'une renonciation à une compensation fiscale intégrale en cas de paiement partiel;
- d Introduction d'un délai d'attente en cas de paiement en espèces;
- e Amélioration de l'information donnée par les institutions de prévoyance aux demandeurs sur les risques et les conséquences liées à la perte du droit aux prestations en cas de paiement en espèces.

Capital de départ pour PME : comment concilier prise de risques et prévoyance ?



Robert Gyga

chef de la Division Cotisations et allocations de la Caisse de compensation du canton de Berne

Il appartient aux caisses de compensation AVS d'examiner si une personne, indépendante ou salariée, est tenue de verser des cotisations au titre de l'AVS, de l'AI, des APG et de l'AC. Cet examen joue un rôle

de le versement de ses fonds du 2^e pilier. Ces procédures s'inscrivent dans un contexte économique influencé par de nombreux paramètres (fig. 1).

Un problème se pose: pour qu'une activité lucrative indépendante puisse être reconnue, il faut préalablement que cette activité soit exercée. La simple intention d'exercer une activité indépendante n'est pas déterminante pour l'AVS. D'où de nombreux conflits.

La figure 2 décrit la procédure actuelle. Le fait que certaines personnes salariées – des «passagers clandestins» en quelque sorte – cherchent à obtenir le versement des fonds de leur 2^e pilier à d'autres fins que devenir indépendant pose un sérieux problème. Ce genre d'abus fait peser une charge sur les caisses de compensation et nuit aux vrais indépendants qui doivent parfois de ce fait se soumettre à des procédures de vérification inutiles.

Pour résoudre le problème, il faudrait que les fonds du 2^e pilier soient versés dès qu'une personne a l'intention de se mettre

que la plupart d'entre eux cessent leur activité dans les cinq ans. Un sur cinq le fait même avant l'échéance de deux ans.

Afin de garantir un minimum de prévoyance, seule une petite partie des fonds du 2^e pilier devraient être versés lorsqu'une personne a l'intention de se mettre à son compte (fig. 4).

Le solde pourrait être versé après un délai d'attente de deux ans. A ce moment-là, il n'est pas difficile de prouver qu'une véritable activité indépendante est exercée. Les problèmes des caisses de pension comme ceux des caisses de compensation AVS seraient alors plus faciles à résoudre (fig. 5).

Beaucoup opposeront à cette solution l'objection selon laquelle il est toujours possible de faire état de l'intention de devenir indépendant, sans pour autant exercer par la suite une activité indépendante. Cette objection pourrait être levée facilement en accompagnant la déclaration d'intention de documents ad hoc; la procédure administrative serait assez simple (fig. 6).



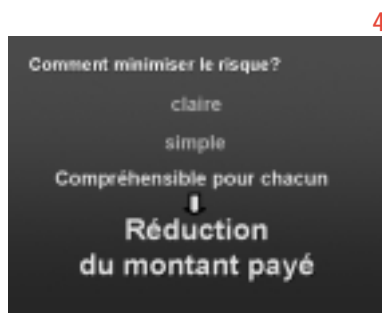
très important, car il permet de déterminer si la personne est salariée et bénéficie d'une bonne protection sociale, ou si elle est indépendante et ne bénéficie que d'une protection très limitée. Les personnes salariées paient par ailleurs au moins deux fois plus de cotisations sociales que les personnes indépendantes. Lorsqu'une personne cesse d'exercer une activité salariée et devient indépendante, elle peut aussi deman-

à son compte, et non après qu'elle a commencé à exercer une activité indépendante (fig. 3).

Cette manière de faire permettrait de résoudre les problèmes des caisses de compensation et des vrais indépendants. Mais elle fragiliserait encore plus la prévoyance.

De plus, tous les indépendants ne réussissent pas dans leurs entreprises. On sait bien

L'application de ces principes permettrait de mettre à disposition des PME de manière non bureaucratique les fonds du 2^e pilier tout en assurant largement le maintien de la prévoyance. De plus, la procédure serait efficace et simple à appliquer pour les caisses de pension et les caisses de compensation.



6

Conditions	Besoin de	Délai
Réalisation du contrat de travail	Confirmation de congé	4 à 6 jours
Annonce auprès de la caisse de comp.	Confirmation de l'annonce	4 à 6 jours
Demande d'un numéro de TVA	Confirmation de l'annonce	4 à 6 jours
	Total	4 à 6 jours ou 1 à 2 semaines de travail

La création d'un guichet unique devrait permettre de raccourcir encore le délai nécessaire.

Assurance-maladie : questions d'actualité

Depuis plus de trois ans, le sort de la 2^e révision partielle de la LAMal est entre les mains des Chambres fédérales. Après qu'elle a failli échouer lors de la session d'hiver 2002, le Conseil des Etats a trouvé des issues viables sur la base des travaux préparatoires intensifs de sa commission. Certes, il n'a plus été possible de mener la révision à terme durant la période législative qui vient de s'achever, mais on a bon espoir d'y parvenir au cours de la session d'hiver 2003. L'exposé qui suit, de la plume du président de la Confédération Pascal Couchepin¹, propose une brève analyse de la situation actuelle et des principaux éléments de la révision.

Appréciation générale

Quelques remarques de caractère général pour commencer :

1. Notre système de santé bénéficie d'un haut degré de satisfaction dans la population. Il y a deux raisons à cela. Premièrement, il garantit à tous les assurés, où qu'ils demeurent, l'accès à des soins médicaux rapides et de très bonne qualité. Nous jouons en quelque sorte dans la ligue des champions et les patients nous en sont reconnaissants. Deuxièmement, il offre un réseau très dense de fournisseurs de prestations (médecins, hôpitaux, pharmacies, etc.).

2. Notre système d'assurance-maladie est sain sur le plan financier. Les coûts sont couverts par les primes de l'année en cours. Pour la sécurité financière à moyen terme, les assureurs doivent disposer de réserves minimales. C'est le cas de la plupart d'entre eux. Ainsi, le système suisse ne connaît pas de déficit comme en France. Cela n'empêche pas qu'il y ait parfois une panne. Il peut arriver que certains assureurs ne soient plus capables de faire face à leurs obligations légales. Dans ce cas, le DFI doit retirer l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie obligatoire. C'est ce que nous avons

fait la semaine dernière avec un assureur (Accorda).

3. Si le système est financièrement sain, il faut reconnaître qu'il est cher en comparaison internationale. Nous consacrons environ 11% du PNB à notre système de santé. C'est presque autant qu'aux Etats-Unis. Mais il y a une différence : le système ne laisse personne de côté, ce qui n'est pas forcément le cas outre-Atlantique. Notre système de santé est solidaire et social. Que cela reste ainsi est une de mes priorités.

4. L'accroissement des dépenses de santé à la charge de l'assurance-maladie obligatoire est inquiétant. Nous voulons freiner cette hausse. Si nous ne faisons rien, l'insatisfaction risque de croître jusqu'à ouvrir la porte à des solutions extrêmes que nous ne voulons pas. Nous n'en sommes pas encore là. Faut-il rappeler ici que les Suisses dépensent globalement à peu près la même chose pour manger à l'extérieur que pour l'assurance-maladie ?

5. Nous devons également rappeler que si les coûts augmentent, c'est aussi parce que le progrès technique dans le domaine de la médecine de pointe renchérit les traitements. L'augmentation de l'espérance de vie est également à prendre

en compte. Nous vieillissons et nous vieillissons toujours en meilleure santé. C'est une perspective plutôt réjouissante pour chacun d'entre nous. Mais cela continuera d'engendrer des coûts élevés à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Ces coûts devront être financés soit au détriment d'autres secteurs, soit en produisant davantage de richesses, probablement par les deux à la fois.

Avant de passer aux points essentiels de la 2^e révision de la LAMal qui tend à responsabiliser par différentes mesures les acteurs de la santé, permettez-moi encore quelques remarques.

Analyse du système actuel

Le problème de l'assurance-maladie sociale est moins celui de son financement que la tentation constante de tous ses acteurs de tirer le plus grand profit possible du système :

- les fournisseurs de prestations s'efforcent d'obtenir les revenus les plus élevés possible ;
- les assureurs recherchent l'effectif d'assurés présentant le moins de risques ;
- les assurés demandent une prise en charge aussi étendue que possible de leurs besoins personnels en matière de traitement médical par l'assurance-maladie.

Or, le but de l'assurance-maladie n'est pas de préserver des privilèges ou des intérêts. Son objectif est de

¹ L'allocution «LAMal : questions actuelles» a été tenue le 9 septembre 2003 à l'occasion de la journée organisée à Lucerne par l'Institut de science et de pratique du droit de l'Université de Saint-Gall sur le thème «La 2^e révision de la LAMal et le financement des prestations de soins». Les propos de M. Couchepin ont été mis à jour et tiennent compte de la dernière phase de la 2^e révision jusqu'à fin octobre 2003.

financer des soins de qualité au meilleur coût possible. La politique de la santé doit être fondée sur la solidarité, l'efficacité, la responsabilité et le bon sens.

La LAMal contient précisément une série de mesures qui doivent responsabiliser les acteurs de la santé :

- S'agissant des **fournisseurs de prestations**, elle impose d'offrir à tous les assurés des soins médicaux de qualité. Pour ce faire, ils reçoivent une rémunération qu'ils ont en principe négociée avec les assureurs. A cet égard, je suis convaincu que le nouveau tarif médical TARMED entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2004 dans l'assurance-maladie obligatoire. Cette structure tarifaire uniforme, valable au niveau suisse, permettra une meilleure comparaison en matière de coûts et une plus grande transparence. Cela devrait avoir des conséquences favorables sur l'évolution future des coûts.
- Quant aux **assureurs**, la LAMal les oblige à accepter toute personne tenue de s'assurer et à prendre en charge les prestations obligatoires. Les assureurs devraient aussi offrir à leurs assurés certaines formes particulières d'assurances qui vont dans le sens d'une meilleure maîtrise des coûts.
- Pour ce qui est des **assurés**, la LAMal leur offre le libre choix de l'assureur et les incite par différents moyens, comme la participation aux coûts, à recourir aux prestations de manière responsable et mesurée. Pour maintenir cette incitation à l'égard des assurés, le Conseil fédéral a décidé d'adapter au 1^{er} janvier 2004 le montant de la franchise minimale et le montant maximal annuel de la quote-part pour tenir compte du renchérissement. La franchise minimale passera de 230 à 300 francs. La franchise annuelle totale passera de 600 à 700 francs. Pour faciliter la comparaison des primes, la Confédération a défini au 1^{er} janvier 2004 des régions de primes unifor-

mes et contraignantes pour tous les assureurs.

A côté de ces réformes d'ordre technique, la législation sur l'assurance-maladie fait l'objet depuis plusieurs années d'une révision qui touche des questions plus fondamentales.

2^e révision partielle de la LAMal

Cette révision a pour but de responsabiliser davantage les différents acteurs de la santé.

Les points essentiels de la révision sont :

Levée de l'obligation de contracter

Les assureurs ne devront conclure des conventions tarifaires qu'avec le nombre minimal de fournisseurs de prestations déterminé par les cantons dans chaque catégorie. Ils auront ainsi la possibilité d'exercer une influence sur les fournisseurs de prestations qui déterminent le volume des prestations devant être obligatoirement remboursées.

Financement des hôpitaux axé sur les prestations

Seules les prestations fournies pendant un séjour à l'hôpital seront remboursées. Ainsi les assureurs-maladie et les cantons auront un intérêt direct au prix de la prestation, ce qui entraînera une meilleure gestion des coûts. Les prestations seront financées pour moitié par les assureurs et pour moitié par les cantons.

Encouragement de modèles et de réseaux d'assurance particuliers

Jusqu'ici seuls des modèles d'assurances locaux, qui permettaient d'offrir aux assurés des soins répondant à des critères économiques, étaient proposés. Selon la région, les assurés intéressés n'avaient donc aucune possibilité de choisir un modèle d'assurance particulier.

Avec la révision partielle de la LAMal, les assureurs auront l'obligation

de proposer des modèles d'assurance de ce genre dans toute la Suisse. Il y aura une plus grande diversité et ces modèles seront plus attrayants pour les assurés. Pour les fournisseurs de prestations, il s'agit de modèles de rémunération qui leur laissent une responsabilité budgétaire (par exemple des forfaits par cas).

Carte d'assuré

Elle vise à simplifier les procédures administratives pour les assureurs. Les assureurs doivent parfois faire des recherches pour savoir à qui adresser la facture en cas de remboursement, car les noms sont mal orthographiés ou incomplets, ce qui entraîne des frais administratifs considérables. La solution la plus simple est l'introduction d'une carte d'assuré obligatoire qui permettra d'attribuer à chaque assuré un numéro valable dans toute la Suisse. Ultérieurement, ce système pourrait déboucher sur une carte de santé contenant une série de données médicales.

Subventions pour la réduction de primes

Elles seront mieux ciblées en fonction des groupes de bénéficiaires. Le système du financement de l'assurance-maladie au moyen des primes par tête et l'aide aux catégories défavorisées par les subventions pour la réduction des primes ont fait leurs preuves. Toutefois, ces subventions sont insuffisamment ciblées. La 2^e révision partielle de la LAMal vise une attribution plus sélective.

Deux mesures ont été prises par les Chambres fédérales :

- Les personnes à revenus moyens pourront également bénéficier de ces subventions à condition que la charge des primes dépasse un certain pourcentage de leur revenu.
- Davantage de familles avec enfants pourront être déchargées des primes de l'assurance-maladie : la prime sera réduite de 50% dès le deuxième enfant et de 100% pour les enfants suivants.

La décision appartiendra-t-elle au peuple?

Les dernières divergences entre le Conseil national et le Conseil des Etats devraient être réglées cette année encore. L'un des points à décider au cours de la session de décembre est de savoir si une nouvelle réglementation des soins de longue durée doit être incluse déjà dans la 2^e révision. La Commission d'examen préalable du Conseil des Etats propose au plénum de ne résoudre cette question que dans le cadre d'une prochaine révision de la LAMal. La 2^e révision partielle pourra probablement entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2005. Il est à cet égard un fait préoccupant: le corps médical, avant même que le projet ait été adopté, a annoncé sa détermination à lancer un référendum. Je suis néanmoins convaincu que le Conseil fédé-

ral et le Parlement ont de bonnes chances de convaincre le peuple que le projet repose sur des fondements solides.

En effet, qui pourrait sérieusement s'opposer à ce que:

- *les fournisseurs de prestations* soient indemnisés en fonction de leurs prestations (financement des hôpitaux axé sur les prestations) ou qu'ils doivent acquérir des qualifications spéciales pour que les prestations qu'ils fournissent soient remboursées par un assureur (levée de l'obligation de contracter)?
- *les assureurs* se concentrent davantage sur la gestion des coûts de la santé de leurs assurés que sur la sélection des risques et les soutiennent mieux dans le choix des fournisseurs de prestations et du traitement le plus approprié (encouragement des réseaux)?

- *les assurés* assument davantage de responsabilités dans un système financé par la société dans son ensemble?

Que se passerait-il en cas d'acceptation d'un référendum?

Le processus de réformes serait considérablement ralenti, voire bloqué. Et je doute sérieusement que le statu quo ou l'immobilisme contribue à freiner l'augmentation des coûts.

La révision en cours est un pas de plus dans la bonne direction. Elle nous permettra de poser les jalons de la 3^e révision de la LAMal dont les travaux préparatoires ont déjà commencé. Un point essentiel de cette troisième révision sera le financement des soins de longue durée dans le contexte de l'évolution démographique.

Flux intercantonaux de patients dans le domaine hospitalier

Le renforcement de la coordination intercantonale dans le domaine des soins médicaux hospitaliers est une revendication formulée à intervalles réguliers dans le débat autour de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Etant donné que notre système de santé est principalement organisé au niveau cantonal, il paraît évident que les biens de santé échangés entre les cantons doivent être quantifiés. C'est pourquoi la planification hospitalière – d'une part en tant qu'instrument destiné à garantir une couverture sanitaire répondant aux besoins et, d'autre part, en tant qu'élément de maîtrise des coûts – doit tenir compte des flux intercantonaux de patients.



Daniel Zahnd
Secteur Statistique 2, OFAS

Il existe depuis peu de nouvelles bases de données qui peuvent, lors de l'élaboration d'une planification hospitalière quantitative, servir de point de départ pour analyser les flux de patients. Il s'agit de la statistique médicale et de la statistique des hôpitaux. Nous nous proposons de mettre en lumière, à titre d'exemple, des aspects choisis des mouvements de patients entre les différents cantons.

L'ampleur des flux intercantonaux de patients

Deux études réalisées dans le cadre de l'analyse des effets de la LAMal ont recherché les causes des différences de coûts entre les cantons. Bien que ces enquêtes aient livré de nombreux renseignements instructifs, un aspect de la problématique n'a pas été pris en compte, à savoir le fait qu'un important échange de biens médicaux a lieu entre les différents cantons. Si l'on rapporte ce fait au domaine des soins hospitaliers, cela signifie que des patients se font soigner hors de leur canton de domicile. De précédentes études avaient déjà montré

qu'environ un séjour sur six dans un hôpital suisse était le fait d'un habitant ou d'une habitante d'un autre canton. Il est également connu que le volume des transferts intercantonaux de patients est relativement important par rapport aux transferts en provenance de l'étranger.¹

Des informations détaillées sur le nombre des traitements hospitaliers et semi-hospitaliers extracantonaux dans les hôpitaux suisses sont disponibles depuis l'introduction de la statistique des hôpitaux OFS en 1997 et de la statistique médicale OFS en 1998. Avant ces dates, l'ancienne statistique VESKA collectait déjà des données à ce sujet; la provenance des patients n'était toutefois pas saisie explicitement, mais de manière générale comme «extracantonale». La nouvelle méthode de collecte des données permet d'établir des matrices d'import-export par canton, avec des vues d'ensemble précises des bilans intercantonaux de patients. L'Office fédéral de la statistique (OFS) établit ces matrices dans le cadre des tableaux standard de la statistique des hôpitaux, qui ont été publiés pour la dernière fois pour l'année 2001.² A défaut de bases de données adéquates, il n'existait auparavant à ce sujet que des chiffres prélevés par sondages. Ces données ont montré que le pourcentage des traitements hors du canton était de 14,3% en 1994. La proportion d'environ 25% de séjours extracantonaux dans des hôpitaux privés était plus importante que dans les hôpitaux publics, qui traitaient en moyenne 11,5% de cas extracantonaux.

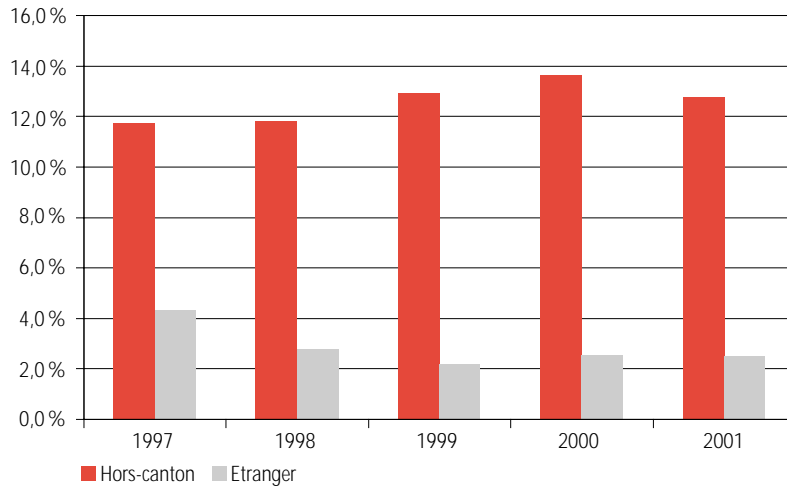
Environ neuf ans plus tard, la situation se présente de manière similaire, comme l'illustre la série chronologique de 1997 à 2001 du taux des patients extracantonaux et des

1 Luca Crivelli, Jason Hauser, Peter Zweifel (1997): Prestations hospitalières hors du canton de domicile. Une évaluation de l'art. 41.3 LAMal du point de vue économique.

2 www.health-stat.admin.ch

Pourcentage des patients provenant d'un autre canton ou de l'étranger, de 1997 à 2001

1



Source : Statistique des hôpitaux OFS

étrangers (**figure 1**). En 2001, le pourcentage des personnes provenant d'un autre canton traitées dans les hôpitaux suisses se montait à 12,8%. En outre, 2,5% des patients soignés chaque année sont domiciliés à l'étranger.

Eu égard à la relative brièveté de la série chronologique, il est difficile de dégager une tendance. Il faut en outre préciser que les données concernant l'année 1997 ne sont pas totalement fiables, car cette année est la première pour laquelle une statistique des hôpitaux a été établie.

Quelles sont les affections traitées hors du canton ?

Si l'on examine les diagnostics et les traitements les plus souvent effectués hors du canton, il s'agit en première ligne de séjours de rééducation (**tableau 2**). Parmi les autres domaines importants, citons les traitements médicaux relativement spécialisés, comme les séjours pour cause de maux de dos ou de maladies cardiaques nécessitant des traitements complexes, par exemple les pontages coronariens (CABG) ou la dilatation des coronaires

(PTCA). Le traitement des articulations, en particulier les opérations du genou et la pose de prothèses de la hanche, comptent aussi parmi les motifs les plus fréquents d'un traitement hors du canton. Les naissances figurent également au nombre des principaux séjours hospitaliers hors du canton, ce qui est surprenant si l'on considère que cette prestation fait partie des soins médicaux de base d'un système de santé. Les accidents – indication classique d'un traitement hors du canton – ne jouent en revanche qu'un rôle secondaire.

Dans le cadre de cette analyse, les données de la statistique médicale 2001 ont été traitées selon la classification CCS (Clinical Classification System) habituellement utilisée aux Etats-Unis. Comme on le constate souvent lors de telles analyses, les 15 premiers groupes (sur 260 au total) englobent déjà 39,7% de l'ensemble des journées de soins passées hors du canton. Une grande partie des prestations est donc fournie dans un petit nombre de domaines de prestations «à chiffre d'affaires élevé».

Le pourcentage des assurés bénéficiant d'une couverture complémentaire par rapport au total des cas traités hors du canton est plus élevé

que parmi les patients soignés dans leur canton. Il se montait à 32% en 2001, contre 23,5% de tous les patients hébergés en division privée et semi-privée.

Analyse des mouvements intercantonaux de patients

Les mouvements nets entre les cantons sont présentés sous forme graphique dans la **figure 3** (données 2001). L'épaisseur des traits de liaison symbolise l'ampleur des mouvements de patients. Les patients domiciliés à l'étranger qui se font soigner en Suisse apparaissent également dans le graphique, mais le point de départ des flèches ne doit pas être interprété au sens géographique.

Un important échange de patients a lieu dans l'est du pays sur l'axe Argovie, Zurich, St-Gall avec les cantons frontaliers de Thurgovie et Appenzell, pour une part importante également Schwyz. Les cantons de Suisse centrale, Obwald, Nidwald et Uri, se regroupent autour du canton de Lucerne. Un important échange de patients a également lieu entre les deux demi-cantons de Bâle.

Dans l'ouest du Plateau, le canton de Berne représente un centre important. Des soins sont fournis ici pour les cantons de Soleure, Fribourg, Neuchâtel et en partie également Lucerne. Le canton de Fribourg «exporte» des cas aussi bien dans le canton de Berne que dans le canton de Vaud.

La Suisse romande se regroupe autour des cantons de Genève et de Vaud, qui mettent simultanément une partie de leurs capacités à la disposition des patients étrangers. Ces deux centres se chargent également d'une part importante des soins médicaux des cantons de Fribourg, Valais et Neuchâtel. Le Tessin pourvoit en grande partie lui-même à ses besoins.

Une autre possibilité consiste à analyser les cas extracantonaux par

Les causes les plus fréquentes de séjours hospitaliers hors du canton

2

Journées de soins en %	Cas	Durée	Diagnostics	Traitements les plus fréquents
9,48 %	7 784	24,5	Rééducation et mise en place de prothèses	Exercices de physiothérapie, manipulations thérapeutiques et autres thérapies manuelles
5,62 %	7 175	15,8	Spondylite, atteintes discales et autres problèmes du dos	Laminectomie, excision ou destruction d'un disque intervertébral
2,91 %	6 596	8,9	Pas de précisions	Autres techniques physiques, rééducation et orthophonie
1,96 %	5 919	6,7	Cardiopathies artérioscléreuseuses et autres affections cardiaques	Cathétérisme cardiaque diagnostique, artériographie coronaire / pontages coronariens (CABG) / angioplastie coronaire percutanée transluminale (PTCA)
1,04 %	5 239	4,0	Affections articulaires et luxations	Ménissectomie du genou / arthroscopie
1,47 %	4 984	5,9	Nouveau-nés en bonne santé	Autres mesures diagnostiques (entretien, examen, consultation)
2,68 %	4 475	12,0	Autres codes non classés ailleurs	Exercices de physiothérapie, manipulations thérapeutiques et autres techniques manuelles
3,06 %	4 470	13,8	Ostéoarthrite	Prothèse de hanche totale ou partielle / arthroplastie du genou
1,33 %	4 418	6,0	Grossesse et/ou accouchements normaux	Autres mesures d'aide à l'accouchement
1,94 %	3 822	10,2	Autres maladies des tissus conjonctifs	Autres opérations des muscles et des tendons
0,40 %	3 005	2,7	Cataracte	Opérations de la cataracte et opérations du cristallin
0,49 %	2 837	3,4	Varices des membres inférieurs	Ligature et stripping de veines variqueuses des membres inférieurs
4,95 %	2 554	39,0	Troubles de l'humeur	Examens et thérapies psychologiques et psychiatriques
1,11 %	2 524	8,8	Autres affections du système nerveux	Décompression de nerfs périphériques
1,23 %	2 365	10,5	Fractures des membres inférieurs	Réduction de fractures ou de déplacements osseux des membres inférieurs (sauf hanche et fémur)
39,70 %	68 167			

Source: Statistique médicale OFS (2001)

service médical (**figure 4**). Comme l'a révélé l'analyse par type d'affection, la rééducation constitue ici également le principal motif de séjours hospitaliers extracantonaux.

Les séjours dans les services de soins intensifs figurent en deuxième position. Il s'agit principalement de séjours en relation avec des affections cardiaques et cérébro-vasculaires aiguës, mais aussi de cas d'accidents et de blessures graves.

Dans le domaine de la pédiatrie, les nouveau-nés représentent la plus grande partie des cas; ce groupe englobe également les prématurés, les

enfants de faible poids de naissance ainsi que les cas d'anomalies congénitales. Les autres causes de séjours extracantonaux en pédiatrie sont les maladies infectieuses de l'intestin et les problèmes d'amygdales. Les motifs des séjours extracantonaux dans le domaine de la radiologie médicale sont les radiothérapies en cas de maladies cancéreuses.

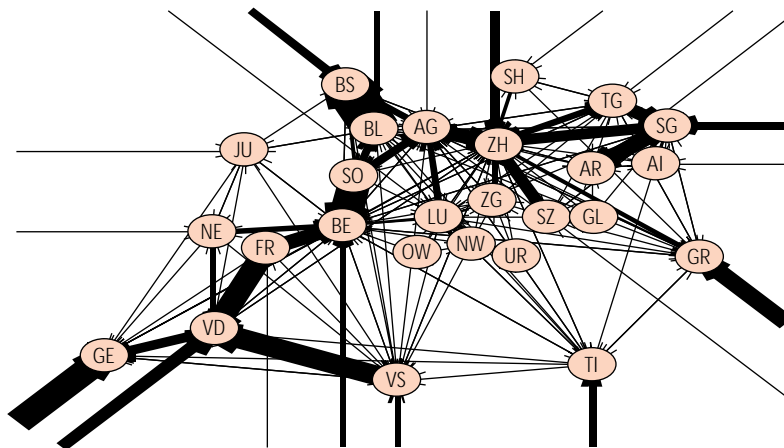
Le volume des échanges de cas est inférieur à la moyenne dans la gériatrie et la psychiatrie. En règle générale, les cas relevant de ces domaines impliquent toutefois de nombreuses journées de soins et un coût par cas

relativement élevé du fait de la longueur des séjours.

Utilisation des bases de données disponibles

Les analyses quantitatives réalisées dans le domaine médical sont complexes, à l'image du domaine à analyser. En outre, la structure fédéraliste du système suisse de la santé ne favorise pas la coordination des efforts déployés pour introduire des mesures de compression des coûts. Le fait qu'environ un séjour sur six

Représentation des mouvements de patients à partir de plus de 150 cas 3



Source : Statistique des hôpitaux OFS (2001)

dans un hôpital suisse a lieu hors du canton de domicile montre toutefois que les mouvements de patients doivent être pris en compte lors de la planification hospitalière. Les anciennes méthodes de planification des cantons ne sont pas adéquates si l'on considère la complexité de la matière; elles s'appuient sur des densités de lits prédéfinies ou estimées, sans que les données diagnostiques concernant la demande de prestations hospitalières soient prises en compte.

Grâce à la statistique médicale des hôpitaux, on dispose désormais d'un outil permettant de dresser un tableau de l'utilisation par la population des soins de santé en milieu hospitalier, ainsi que des prestations fournies par les hôpitaux.

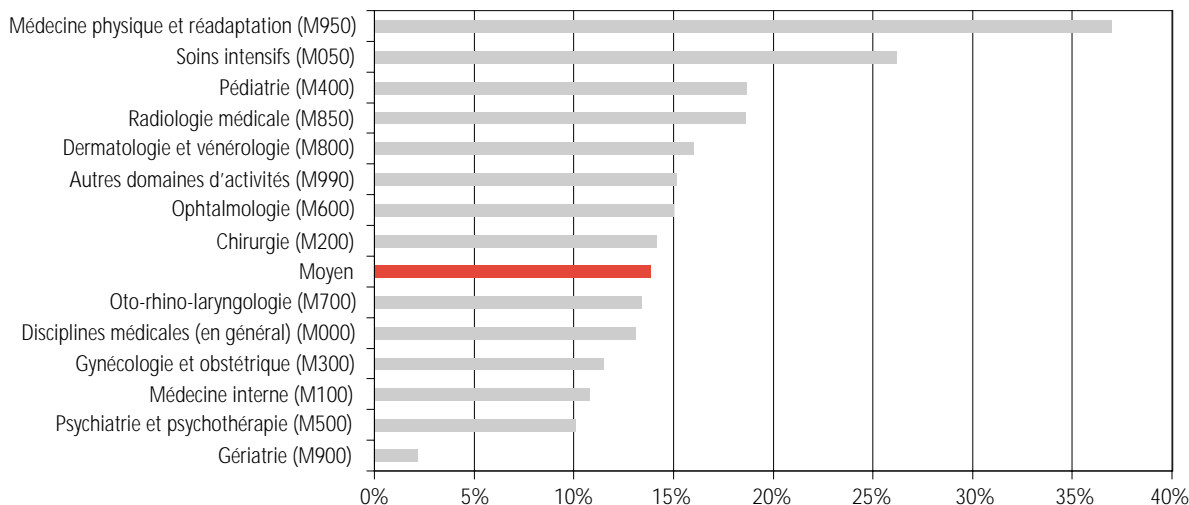
La description de la couverture sanitaire pourra ainsi être optimisée à l'avenir et les tâches comme la planification des besoins, l'évaluation des surcapacités et les données chiffrées pour la conclusion de contrats de prestations ne devront plus être

quantifiées à partir de données non spécifiques concernant le nombre de lits, mais pourront être mises en relation avec les pathologies traitées.

Enfin, les discussions concernant la coordination intercantonale des soins médicaux pourront s'appuyer sur une base plus objective et le recours à des modèles adéquats permettra aussi de formuler à l'avenir des prévisions concernant les besoins.

Daniel Zahnd, docteur en sciences sociales, centre de compétences Analyses fondamentales, secteur Statistique 2, OFAS; e-mail : daniel.zahnd@bsv.admin.ch

Pourcentage des traitements extracantonaux par spécialité 4



Source : Statistique médicale OFS (2001)

Sans papiers, mais pas sans droits

Le séjour des migrants sans autorisation valable n'est pris officiellement en considération en Suisse que depuis quelques années. Afin de mettre en lumière les conditions-cadres du séjour sans autorisation et les circonstances des processus d'immigration illégale, l'OFAS a chargé le Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population de dresser, en théorie et en pratique, un état des lieux de la situation des sans-papiers dans notre pays, en tenant compte notamment des dispositions du droit social. Les principaux résultats de ce rapport¹ sont résumés dans l'article qui suit.



Denise Efonayi-Mäder et Christin Achermann
Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population

Le séjour sans autorisation, un problème social

On ne parle officiellement en Suisse du séjour des migrants sans autorisation valable que depuis quelques années. La population prend peu à peu conscience qu'il s'agit là d'un problème social dont l'importance concerne la société tout entière. Cela tient peut-être au fait que le séjour sans autorisation est souvent considéré comme illicite

ou comme étant de la faute de la personne concernée. Aussi les adultes en tout cas ne peuvent-ils guère compter sur la compréhension de la population locale.

Jusque dans les années 1980, le marché du travail absorbait à moyen terme quasiment tous les immigrés, même si des migrants – des hommes surtout – et des membres de la famille des saisonniers ont de tout temps séjourné en Suisse sans droit de séjour. Les limitations accrues d'admission en matière d'immigration et d'asile ont eu pour conséquence de diversifier dans l'intervalle les motivations des migrants, leur profil et leur origine. On observe cette tendance à l'échelle européenne, étant donné qu'un

nombre toujours croissant de personnes, ne voyant aucune perspective de vie dans leur pays d'origine, saisissent la «chance» de se bâtir une nouvelle existence en exil. Cette évolution est favorisée par les exigences de marchés du travail globalisés, qui sont intéressés par une main-d'œuvre flexible, peu tatillonne en ce qui concerne les conditions d'engagement.

En Suisse aussi, beaucoup de femmes, d'hommes et d'enfants vivent aujourd'hui sans autorisation de séjour. On les appelle les sans-papiers. Selon les estimations récentes, qui s'appuient sur un sondage effectué auprès d'environ 1000 employeurs, entre 70 000 et 180 000 personnes actives seraient à l'heure actuelle sans permis de séjour (Piguet & Losa 2002). Bien que la majorité d'entre elles évitent dans la mesure du possible tout contact avec les autorités, tant les œuvres d'entraide et les organisations de migrants que les instances cantonales, les écoles, les services de santé et les tribunaux sont invités à trouver des solutions réalistes pour aborder cette problématique.

Dans les débats que suscite ce défi, deux positions de fond s'affrontent souvent avec différentes nuances. L'une défend la primauté des règlements d'immigration, qui subordonne les considérations de droit de séjour et de droit social à une poursuite constante conséquente des infractions au droit des étrangers. L'autre prend note de la présence illégale en tant que réalité et place les normes des droits de l'homme et des droits sociaux au-dessus des impératifs des règlements nationaux d'admission. Les deux points de vue se reflètent dans l'ordre juridique existant et conduisent à des conflits d'objectifs que les divers acteurs

¹ Christin Achermann et Denise Efonayi-Mäder, *Leben ohne Bewilligung in der Schweiz: Auswirkungen auf den sozialen Schutz (Vivre sans autorisation en Suisse: effets sur la protection sociale)*. Ce rapport est publié (en allemand) dans la série *Aspects de la sécurité sociale de l'OFAS*.

abordent de façon différente dans le cadre de leur marge d'action. Cette situation crée des incertitudes et des désaccords dans la collaboration entre divers services publics et privés et peut aboutir à un «chaos dans le fouillis des compétences» (Anderson 2003) qui empêchent d'agir de façon judicieuse.

Les conditions de vie des personnes sans droit de séjour font, en Suisse aussi, l'objet d'études scientifiques toujours plus nombreuses (notamment Valli 2003, Stienen 2001). Mais les aspects du droit social et le rôle des autorités n'ont jamais été analysés à ce jour de façon globale.

Qui sont les sans-papiers?

Il va de soi qu'il n'existe pas de données absolument fiables sur le nombre et les caractéristiques des migrants sans autorisation de séjour. Des comparaisons entre les constatations des spécialistes et les statistiques fragmentaires fournissent néanmoins des indications sur le profil des personnes concernées. Elles proviennent en majorité d'Amérique du Sud (des femmes surtout), des Etats de l'ex-Yougoslavie, de l'Europe de l'Est, de la Turquie ou de certains pays d'Afrique et d'Asie. Leur âge se situe le plus souvent entre 20 et 40 ans. La proportion des femmes est supérieure à la moyenne, surtout dans les grandes villes, mais des familles et des hommes vivant seuls séjournent aussi en

tique (nettoyage, garde des enfants, soins, etc.), entreprises de nettoyage, restauration, construction, agriculture, industrie du sexe. Leurs salaires sont nettement inférieurs à la moyenne nationale.

Comme le confirment des résultats analogues tirés d'autres études européennes (Alaluf 2003), la présence des sans-papiers résulte manifestement de la segmentation des marchés du travail, d'une pression croissante à la rationalisation dans toutes les branches, ainsi que d'une demande accrue d'aides ménagères. Enfin, la limitation des possibilités régulières d'immigration et une politique de l'asile devenue plus restrictive que par le passé jouent aussi un rôle. Bien qu'une partie des personnes soient entrées en Suisse sans droit de séjour comme touristes ou – plus rarement – sans autorisation, d'autres étaient au bénéfice, avant leur présence illégale, d'un permis de séjour qu'elles ont ensuite perdu pour différents motifs ou n'ont pas pu prolonger. Mais il est certain que les personnes sans autorisation de séjour ne constituent pas un groupe homogène, leurs conditions de vie et leur situation juridique concrètes divergeant sensiblement.

Dans le quotidien, beaucoup de personnes concernées ont à faire face à des conditions de logement et de travail précaires et difficiles et, si elles tombent malades, à des problèmes pour ce qui est des soins médicaux. La scolarisation des enfants en âge scolaire fonctionne relativement bien en Suisse. Par contre, la

sans-papiers l'insécurité du séjour et le manque (fréquent) de perspective d'obtenir une autorisation – que ce soit dans le cadre d'une régularisation collective ou du règlement de cas individuels.

Sans papiers ne veut pas dire sans droits

Outre les dispositions spécifiques de l'ordre juridique suisse, les droits de l'homme codifiés au niveau international s'appliquent à tous les êtres humains, et ce indépendamment de leur statut de séjour dans un Etat donné (Kälin 2000, Hostettler 2002). Les sans-papiers peuvent donc aussi invoquer les droits découlant de la Convention européenne des droits de l'homme, ainsi que les dispositions des Pactes de l'ONU relatifs aux droits de l'homme économiques et civils, pour autant que lesdites dispositions ne soient pas explicitement limitées aux citoyens ou aux migrants avec autorisation. Il en va de même pour les droits fondamentaux inscrits dans la Constitution fédérale. A cet égard, le droit d'obtenir de l'aide de l'Etat dans des situations de détresse (art. 12) indépendamment du statut sur le plan du droit des étrangers revêt une importance particulière pour la protection sociale.

En principe, le droit du travail, ainsi que la plupart des dispositions relevant des assurances sociales valent aussi pour les actifs sans papiers (AVS, 2^e pilier, assurance-accidents, allocations familiales). A l'exception de l'assurance-chômage, ils ont, en principe, le droit de bénéficier des prestations de ces assurances ou éventuellement du remboursement des cotisations AVS versées, lorsqu'ils quittent la Suisse.

Les personnes sans autorisation de séjour ont aussi droit aux prestations médicales de base, elles sont soumises à l'assurance-maladie obligatoire et peuvent avoir droit à des réductions de prime en fonction des réglementations cantonales.

De nombreux sans-papiers sont relativement bien formés.

Suisse sans permis. De nombreux sans-papiers sont relativement bien formés. La majeure partie d'entre eux travaille notamment dans les branches suivantes: travail domes-

formation postobligatoire des jeunes soulève, en particulier, des difficultés importantes. Nul besoin d'insister encore sur la préoccupation permanente que représentent pour les

En dépit d'une situation claire sur le plan juridique, la mise en œuvre et l'organisation concrètes des dispositions relevant du droit social sont d'une extrême complexité et d'un grand flou envers les personnes sans statut de séjour. Cela tient au fait que de nombreux règlements de droit social et du droit du travail ont beau s'appliquer, ils ne peuvent toutefois être invoqués en pratique. En outre, les jugements rendus par les instances judiciaires et administratives ne permettent pas une interprétation cohérente de la jurisprudence. Il en découle une grande marge d'action d'appréciation laissée aux autorités dans le traitement des per-

du séjour sans autorisation. Il s'appuie sur un réseau d'entraide composé d'ONG et de personnes s'engageant à titre individuel, de même qu'occasionnellement sur l'assistance discrète, quand ce n'est pas en cachette, de travailleurs sociaux, de thérapeutes et autres aides qualifiés. Des procédures administratives spécifiques sont loin d'être établies – ni en ce qui concerne l'assurance-maladie, ni en matière de déductions sociales ou d'impôts à la source. On part manifestement du principe qu'un contact avec les services officiels se solderait dans la plupart des cas par des mesures prises à l'encontre des personnes concernées par

des déductions sociales et fiscales est répandue, abstraction faite de l'activité déployée dans des ménages privés, pour laquelle aucune déduction n'est faite. Il est effectivement possible de faire valoir des droits dans le domaine des assurances sociales. Le Tribunal genevois des Prud'hommes n'annonce pas à l'Office de la population les sans-papiers qui intentent une action; ils et ceux qui sont connus des autorités, peuvent obtenir un délai de départ pour la durée de la procédure judiciaire.

Malgré des difficultés pratiques occasionnelles, tous les sans-papiers ont la possibilité de s'affilier à une caisse-maladie sans risquer de dénonciation. Cependant, en raison de bas salaires, les sans-papiers adultes ne sont pour la plupart pas en mesure de contracter une assurance-maladie. Par contre, presque tous les enfants en bas âge et les jeunes en âge de scolarité sont assurés, l'inscription dans une école ou dans une crèche tenant lieu d'attestation de domicile. Le canton soutient en outre une prise en charge ambulatoire à l'Hôpital universitaire qui offre aux sans-papiers des soins médicaux de base.

A Genève, le service social cantonal prend en charge dans certains cas les sans-papiers nécessitant une aide qui sont connus des autorités cantonales. Les standards de prestations sont plus bas, comme ceux en vigueur pour les demandeurs d'asile. Genève dispose en plus d'un éventail relativement large de structures d'aide d'urgence facilement accessibles aux sans-papiers et soutenues par le canton.

Ce bref survol montre que l'approche d'objectifs tiraillés entre les impératifs du contrôle de l'immigration, d'une part, et l'octroi de droits sociaux, de l'autre, est marquée, en pratique, de l'empreinte d'un contexte régional, culturel et politique. Alors qu'aucune politique coordonnée ne se dessine à ce jour dans le canton de Zurich, le traitement des sans-papiers fait l'objet dans le can-

Le droit du travail et la plupart des dispositions en matière d'assurance sociale valent en principe aussi pour les actifs sans droit de séjour.

sonnes sans statut de séjour, dont les exemples de cas analysés sont un reflet frappant.

Disparités cantonales considérables

Comme le montrent les analyses faites dans le cadre de l'étude, des tentatives pour coordonner la politique à l'égard des sans-papiers n'ont lieu dans le canton de Zurich que dans le domaine de l'instruction. La fréquentation obligatoire de l'école par des enfants sans papiers fonctionne en gros sans problème et sans que des informations soient transmises au bureau des migrations (police des étrangers). En ville de Zurich, les enfants ont la possibilité de suivre l'école obligatoire, mais aussi d'être accueillis dans les garderies et les jardins d'enfants.

Pour le reste, la pratique se caractérise dans le **canton de Zurich** par un traitement largement «privatisé»

la police des étrangers (expulsion). D'après nos informations, seule l'allocation de prestations de l'assurance-accidents ne présente pas de problème. Dans le canton de Zurich, les sans-papiers ne peuvent bénéficier de l'aide sociale qu'à titre exceptionnel, ce qui ne va pas sans conséquences du côté de la police des étrangers. Les offres d'aide à la survie sont peu connues et le soutien est censé être apporté essentiellement dans le cadre privé.

La situation dans le **canton de Genève** est toute différente: le traitement administratif des sans-papiers fait depuis plusieurs années l'objet d'un débat public ou du moins associe les autorités. On peut donc dire sans exagérer que le canton a joué un rôle de précurseur dans ce domaine au plan national. Les professionnels interrogés sont largement d'accord sur le fait que l'activité professionnelle exercée sans autorisation relevant du droit des étrangers – appelée travail au gris – et soumise à

ton de Genève de différents accords entre les autorités, la police, les syndicats et les œuvres d'entraide. Quelques hypothèses sur les raisons de ces disparités cantonales sont formulées dans l'étude.

Perspectives internationales...

Des contrastes encore plus prononcés qu'en Suisse apparaissent au niveau international. Ainsi, certains Etats ont fait face, au cours de ces dernières décennies, au phénomène de l'illégalité grâce à des campagnes collectives de régularisation. D'autres peinent à reconnaître cette réalité, ce qui conduit au mieux à une privatisation de l'approche des problèmes existants et au pire à sa criminalisation. Deux tendances au moins semblent se dégager, qui traversent tous les contextes nationaux. Alors que les migrants établis ont pu dans une large mesure renforcer leurs droits sociaux dans les Etats européens, de nombreuses restrictions et réglementations spéciales frappant les demandeurs d'asile et les personnes vivant dans des conditions précaires de séjour ont été introduites, ce qui a parfois favorisé des processus de passage à l'illégalité d'immigration illégale. Même si ces mesures n'ont pas été prises exclusivement dans le dessein – avoué ou implicite – de limiter l'immigration, elles en avaient partiellement l'intention.

Parallèlement, il ne faut pas perdre de vue le fait que, souvent, les personnes sans autorisation de séjour sont venues, dans de nombreux Etats européens, remplacer toujours plus les cohortes de migrants du passé dans les places les moins attrayantes du marché du travail. L'emploi de sans-papiers est assez souvent compris comme un élément de flexibilisation bienvenu

dans des marchés du travail réglementés, de sorte que l'on peut parler d'une tolérance répressive. Dans ce sens, ce sont en premier lieu les changements structurels du marché du travail qui ont conduit à un accroissement des rapports de travail sans autorisation. Des coûts de transport à la baisse ou les réseaux sociaux soutiennent, à cet égard, la tendance. Il est intéressant de noter qu'on observe cette évolution à l'échelle européenne, indépendamment de la politique « officielle » à l'égard des sans-papiers ou de l'absence d'une telle politique.

... et défis futurs

Les questions posées par la présence de personnes séjournant illégalement gagneront indéniablement en importance dans les années à venir. Les réglementations nationales ne peuvent gérer l'immigration que de manière limitée dans un monde toujours plus fortement en réseau. Les personnes qui se voient interdire une immigration légale continueront à s'installer dans l'illégalité tantôt volontairement, tantôt forcées par la situation. Une politique adéquate ne peut ignorer la réalité économique et sociale du séjour illégal, même si les données et les instruments font défaut pour l'appréhender de façon convenable. A cet égard, il faut mettre à contribution autant les connaissances apportées par la recherche fondamentale que les expériences pratiques et les évaluations des milieux politiques existantes.

A plus long terme, on ne pourra faire l'économie – en Suisse comme ailleurs – d'un débat public sur l'approche que la société entend adopter à l'égard des sans-papiers. En particulier, l'opposition des biens juridiques entre des considérations relevant de la politique envers les

étrangers et l'application des droits fondamentaux et sociaux à toutes les personnes, indépendamment de leur statut de séjour, soulève des questions de fond auxquelles il convient de s'atteler ouvertement et sur le long terme. Il s'agit de trouver des réponses à la question de savoir si limiter les droits sociaux des personnes séjournant illégalement est un instrument pertinent de gestion de l'immigration ou si le respect des droits fondamentaux n'est pas dans l'intérêt de la société tout entière, puisqu'il contribue à éviter les polarisations sociales et une criminalisation des personnes concernées et à freiner éventuellement la demande de mains-d'œuvre jouissant de droits limités.

Bibliographie

- Anderson, Philip (2003). ...Dass Sie uns nicht vergessen... – *Menschen in der Illegalität in München*. München: Landeshauptstadt München, Sozialreferat für interkulturelle Zusammenarbeit.
- Alaluf, Mateo (2003). «La régularisation des travailleurs clandestins en Belgique». Bruxelles: Université libre de Bruxelles.
- Hostettler, Nicole (2002). *Die Sans-Papiers in der Schweiz: Norm und soziale Wirklichkeit*. Bâle: [s.n.].
- Kälin, Walter (2000). *Grundrechte im Kulturkonflikt: Freiheit und Gleichheit in der Einwanderungsgesellschaft*. Zurich: NZZ Verlag.
- Piguet, Etienne et Stefano Losa (2002). *Travailleurs de l'ombre? Demande de main-d'œuvre du domaine de l'asile et ampleur de l'emploi non déclaré en Suisse*. Zurich: Seismo.
- Stienen, Angela (2001). «Die Sicht von Migrantinnen.» *Tsantsa* 6: 111–121.
- Valli, Marcelo (2003). *Les migrants sans permis de séjour à Lausanne: Rapport rédigé à la demande de la Municipalité de Lausanne*. Lausanne.

Denise Eflonayl et Christin Achermann,
Forum suisse pour l'étude des migrations
et de la population;
e-mail: denise.eflonayl@unine.ch

Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches

La réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) est en bonne voie. En effet, le Parlement a adopté les bases constitutionnelles nécessaires à la nouvelle répartition des tâches et du financement ainsi que la loi fédérale sur la péréquation financière et la compensation des charges le 3 octobre 2003.



Michel Valterio
Directeur suppléant de l'OFAS

En matière d'assurances sociales, le Parlement a accepté les propositions du Conseil fédéral tout en les renforçant par des dispositions qui garantissent le financement lors d'un transfert des tâches de la Confédération aux cantons, cela pour la période de transition. Ces dispositions favorisent une continuité des prestations offertes tout en permettant un transfert progressif des tâches aux cantons. Dans le domaine social, les grands traits de la RPT sont les suivants:

Prestations individuelles de l'AVS et de l'AI

Actuellement, la Confédération et les cantons versent une contribution au financement de l'AVS et de l'AI. Avec la RPT, seule la Confédération contribuera au financement des prestations individuelles AVS/AI

(mesures de réadaptation, rentes et allocations pour impotent – art. 112, al. 3, nouv. Cst.). De leur côté, les cantons seront entièrement libérés du financement de l'AVS et de l'AI. Les compétences en matière de réglementation et de financement seront ainsi regroupées, ce qui facilitera une application uniforme du droit. Si la nouvelle répartition des tâches et du financement n'aura aucune répercussion sur l'organisation de l'AVS, la nouvelle compétence exclusive de la Confédération de régler l'application des prestations individuelles devra être inscrite dans la loi sur l'assurance-invalidité.

Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

Etant donné que l'objectif fixé par la Constitution, soit la couverture appropriée des besoins vitaux par la

prévoyance vieillesse, survivants et invalidité, ne peut être systématiquement atteint, le droit aux prestations complémentaires (PC) ne figure plus dans une disposition transitoire mais est inscrit dans la Constitution (art. 112a, nouv. Cst.). Le caractère de la nouvelle loi sur les prestations complémentaires (LPC) changera également: alors que l'ancienne était une loi de subvention, la nouvelle loi définit une tâche commune de la Confédération et des cantons. La couverture des besoins vitaux sera une tâche assumée principalement au niveau national et financée à raison de $\frac{2}{3}$ par la Confédération et $\frac{1}{3}$ par les cantons. Le montant des frais de séjour dans un home qui dépasse le montant garanti par la couverture des besoins vitaux sera pris en charge par les cantons. Si le calcul de la PC annuelle sera réglé d'une manière exhaustive par la loi, les cantons disposeront d'une marge d'appréciation pour fixer le montant des dépenses personnelles, des taxes maximales des homes et de la fortune de leurs pensionnaires. Les frais résultant d'une maladie ou d'une infirmité seront remboursés par les cantons au moins à hauteur des montants fixés par la loi.

Formation scolaire spéciale

Avec la RPT, les cantons assument l'entière responsabilité de la formation scolaire spéciale. En effet, le principe selon lequel les cantons doivent assurer une formation spéciale suffisante à tous les enfants et adolescents handicapés jusqu'à l'âge de 20 ans révolus est inscrit dans la Constitution (art. 62, al. 3, nouv. Cst.). Cette disposition garantit à tous les enfants et adolescents handicapés un droit individuel à une for-

mation scolaire spéciale, afin de les encourager et de les former d'une manière optimale. Dans ce domaine, une loi-cadre fédérale n'est pas nécessaire étant donné qu'elle ne se justifie pas non plus dans les autres domaines de l'instruction publique qui se fondent sur la même base constitutionnelle. En outre, une intervention de la Confédération irait à l'encontre de la souveraineté des cantons en matière d'instruction publique. La reprise de la formation scolaire spéciale par les cantons est assurée par une disposition transitoire. Celle-ci prévoit que les cantons doivent reprendre les prestations assurées jusqu'ici par l'AI en faveur des écoles spécialisées (y compris la pédagogie curative préscolaire) jusqu'à ce qu'ils disposent de modèles approuvés au plan cantonal, mais cela pour une période d'au moins trois ans (art. 197, ch. 2, Cst.).

Homes et ateliers pour handicapés

La Confédération continuera à encourager l'intégration des invalides par des prestations en espèces et en nature alors que les cantons prendront en charge les subventions à la construction et l'exploitation d'institutions visant à procurer un logement ou un travail aux personnes handicapées. Les objectifs, les principes et les critères d'intégration devront cependant être fixés dans une loi fédérale (art. 112b, nouv. Cst.). A cet effet, la Confédération adoptera une loi-cadre fixant des standards

minimaux, la procédure à suivre par les cantons, ainsi que les voies de droit. Une commission spécialisée composée de représentants de la Confédération, des cantons, des institutions et d'organisations de personnes handicapées examinera les stratégies cantonales qui devront être approuvées par le Conseil fédéral. Le transfert des tâches aux cantons est réglé par une disposition transitoire qui prévoit le versement par les cantons de prestations équivalentes à celles allouées par l'AI jusqu'à ce qu'ils aient adapté leurs lois à la nouvelle répartition des tâches, mais au moins pour une période de trois ans (art. 197, ch. 3, Cst.).

Aide aux personnes âgées et handicapées

La Confédération continuera de soutenir les efforts déployés à l'échelon national par les institutions d'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées. L'aide et les soins à domicile en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées incomberont aux cantons (art. 112c, nouv. Cst.). L'accomplissement de ces tâches par les cantons est garanti par une disposition transitoire qui stipule que les subventions versées actuellement par l'AVS doivent être prises en charge par les cantons jusqu'à ce qu'ils aient établi une réglementation détaillée dans ce domaine (art. 197, ch. 5, Cst.). Les législations cantonales devront donc être adaptées en conséquence.

Suite...

La phase I de la RPT est achevée. Dans le domaine social, les dispositions transitoires adoptées par le Parlement garantissent aux assurés, institutions et organisations concernés, pour la période de transition, un financement des prestations allouées jusque-là. Les lois fédérales en cours d'élaboration permettront de garantir des standards minimaux notamment dans les domaines des prestations complémentaires et des institutions pour personnes handicapées. Des adaptations législatives devront également intervenir dans des domaines de la RPT qui n'exigeaient pas de modifications constitutionnelles tels que la réduction des primes dans l'assurance-maladie et le financement des organismes formant des spécialistes dans le domaine social.

La modification des dispositions constitutionnelles nécessaires à l'entrée en vigueur de la RPT étant soumise au référendum obligatoire, une votation populaire est prévue pour le deuxième semestre 2004.

La procédure de consultation portant sur la phase II de la RPT (modifications législatives) devrait avoir lieu avant les vacances d'été 2004, les travaux parlementaires en 2005–2006 et l'entrée en vigueur de la RPT (phase I et II) en 2007.

Michel Valterio, directeur suppléant, OFAS;
e-mail: michel.valterio@bsv.admin.ch

Assurances sociales : ce qui change en 2004

Les principales nouveautés dans le domaine des prestations résultent de l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la 4^e révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité. Autre changement important du point de vue économique, la réduction de la cotisation à l'assurance-chômage. Malheureusement, les augmentations de cotisations que les assurés et leurs employeurs devront supporter dans de nombreuses institutions de prévoyance professionnelle risquent de réduire à néant le bénéfice de cette réduction. Dans la prévoyance professionnelle, le taux d'intérêt minimal est de plus réduit à 2,25%. Tour d'horizon.



René A. Meier
Rédacteur de «Sécurité sociale», OFAS

AVS

Perception anticipée de la rente de vieillesse

La 10^e révision de l'AVS a introduit la possibilité de toucher sa rente de vieillesse un ou deux ans avant l'âge ordinaire de la retraite. Comme simultanément l'âge de la retraite des femmes a été relevé de deux ans, en deux temps (à 63 ans depuis le 1^{er} janvier 2001 et à 64 ans à partir du 1^{er} janvier 2005), le législateur a réduit de moitié pour les femmes le taux de réduction actuariel normal durant une période de transition allant jusqu'en 2009. En 2004, les possibilités de perception anticipée seront par conséquent les suivantes:

- pour les hommes: à partir de 64 ans (année de naissance 1940) avec une réduction de la rente de 6,8%, ou à partir de 63 ans (année de naissance 1941) avec une réduction de 13,6% ;

- pour les femmes: anticipation de deux ans, soit à l'âge de 62 ans (année de naissance 1942), avec une réduction de 6,8%.

Une anticipation d'un an pour les femmes nées en 1942 ne sera possible qu'en 2005, car alors l'âge de la retraite sera de 64 ans.

Allocation pour impotent de l'AVS

L'allocation pour impotent de l'AVS n'est pas directement touchée par les modifications que la 4^e révision de l'AI apporte à l'allocation pour impotent de l'AI. Son montant n'est pas doublé comme il l'est dans l'AI. Mais les bénéficiaires d'une allocation pour impotent de l'AI qui atteignent l'âge AVS après le 1^{er} janvier 2004 continuent, cet âge atteint, de toucher le montant alloué jusque-là par l'AI.

AI

4^e révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; FF 2003 2429)¹

Les Chambres fédérales ont adopté la 4^e révision de l'AI le 21 mars 2003. Cette révision vise une conso-

Taux de cotisation AVS/AI/APG/AC, état au 1^{er} janvier 2004

	AVS	AI	APG	AC	Total
Salariés	4,2 %	0,7 %	0,15 %	1,0 % pour les revenus jusqu'à 106 800 fr.	6,05 %
Employeur	4,2 %	0,7 %	0,15 %	1,0 % pour les revenus jusqu'à 106 800 fr.	6,05 %
Indépendants	7,8 %*	1,4 %*	0,3 %*	–	9,5 %
Non-actifs	de 353 à 8400 fr.**	de 59 à 1400 fr.**	de 13 à 300 fr.**	–	de 425 à 10 100 fr.**

¹ Voir aussi le mémento «Information sur la 4^e révision AI», disponible sur le site Internet www.avs-ai.info

* Pour les revenus inférieurs à 50700 fr., le taux de cotisation diminue suivant le barème dégressif.

** Selon la situation sociale.

lisation financière à moyen et à long termes, ainsi qu'une amélioration des structures et de la procédure. Outre des mesures d'économies, la révision apporte encore une uniformisation et, dans certains cas, un relèvement de l'allocation pour impotent. Le Conseil fédéral a édicté le 21 mai 2003 les dispositions d'application de la 4^e révision de l'AI (RO 2003 3859). Les principaux éléments de la révision sont les suivants :

- **Regroupement de trois types de prestations sous le nom d'allocation pour impotent et augmentation des montants:** L'ancienne allocation pour impotent, les contributions aux frais de soins spéciaux pour mineurs impotents et les contributions aux frais de soins à domicile sont regroupées sous l'appellation allocation pour impotent. Le montant de cette dernière est doublé pour les personnes qui ne vivent pas dans un home, afin de leur permettre de rester aussi longtemps que possible autonomes à domicile. Il est désormais le suivant :

	à la maison	dans un home
– en cas d'impotence de faible degré	422 fr.	211 fr.
– en cas d'impotence de degré moyen	1055 fr.	528 fr.
– en cas d'impotence grave	1688 fr.	844 fr.

Une fois atteint l'âge AVS, l'AVS verse une allocation pour impotent d'un montant égal à celui alloué jusque-là par l'AI.

- **Relèvement du montant maximal du remboursement de frais de maladie et d'invalidité non couverts par les PC:** Les personnes impotentes vivant seules à la maison auront désormais droit à une indemnité pour frais de soins et d'assistance jusqu'à un montant maximal de 90 000 francs par an en cas d'impotence grave et jusqu'à 60 000 francs en cas d'impotence moyenne.
- **Nouveau système d'indemnités journalières:** Le système des indemnités journalières de l'AI, qui

suivait jusqu'ici le modèle du régime des allocations pour perte de gain, se rapprochera désormais de celui appliqué dans l'assurance-accidents obligatoire. Tous les assurés recevront la même indemnité de base de 80 % du dernier revenu obtenu, indépendamment de leur sexe et de leur état civil. Les assurés avec enfants recevront de plus des allocations pour enfant.

- **Création de trois quarts de rente:** L'échelonnement des rentes est perfectionné. Les personnes invalides auront droit à un quart de rente pour un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 %, à une demi-rente pour un taux compris entre 50 et 59 %, à trois quarts de rente pour un taux compris entre 60 et 69 % et à une rente entière pour un taux compris entre 70 et 100 %. Les rentes entières en cours (versées à partir d'un taux d'invalidité de 66 %) de personnes qui ont atteint leur 50^e année le 31 décembre 2003 continueront d'être versées après l'introduction de la 4^e révision de l'AI. Les rentes entières d'assurés plus jeunes avec un taux d'invalidité compris entre 66 et 69,9 % seront, quant à elles, converties en trois quarts de rente dans le courant de l'année. Pour leur part, les actuels bénéficiaires d'une demi-rente avec un taux d'invalidité compris entre 60 et 66 % toucheront désormais trois quarts de rente.
- **Aide au placement:** Les assurés auront désormais clairement droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver.
- **Suppression des rentes pour cas pénibles:** L'AI accordait jusqu'ici des rentes dites pour cas pénibles aux personnes avec un taux d'invalidité de 40 à 50 % dont le revenu ne dépassait pas la limite prévue par le régime des PC. A partir du 1^{er} janvier 2004, ces rentes sont remplacées par le droit aux prestations complémentaires.

- **Suppression des rentes complémentaires:** La rente complémentaire que les personnes invalides mariées touchaient pour leur conjoint (pour autant qu'elles aient exercé une activité lucrative avant leur incapacité de travail) est supprimée, comme cela a été le cas par étapes dans l'AVS après la 10^e révision. Les rentes complémentaires accordées selon l'ancien droit continueront d'être versées si les conditions en vigueur jusqu'ici sont remplies.
- **Renforcement de la surveillance exercée par la Confédération:** Moyennant en particulier l'introduction de services médicaux régionaux (SMR), sous la surveillance de l'OFAS, et de contrôles de la gestion des offices AI effectués annuellement par l'OFAS.

Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

Avec la 4^e révision de l'AI, les allocations pour impotent ont été étendues (voir plus haut). Les personnes gravement handicapées vivant à la maison et qui ne parviennent pas à couvrir leurs frais de soins et d'assistance au moyen de l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA reçoivent par le système des PC un complément de prestations jusqu'à un montant maximal de 90 000 francs par an; pour une impotence de degré moyen, le montant maximal est de 60 000 francs.

Allocations pour perte de gain

Aucune innovation.

Prévoyance professionnelle

Adaptation du taux d'intérêt minimal (OPP 2, RO 2003 3523)

Après la baisse de 4 à 3,25 % du taux d'intérêt servi sur les avoirs de

vieillesse LPP, décidée au début de 2003, le Conseil fédéral a résolu, le 10 septembre 2003, de baisser encore ce taux à 2,25 % pour le 1^{er} janvier 2004, en tenant compte du fait que la situation des marchés financiers reste peu sûre et que nombre d'institutions de prévoyance ont toujours un taux de couverture insuffisant.

Adaptation des rentes LPP de survivants et d'invalidité au renchérissement

Le 1^{er} janvier 2004, les rentes de survivants et d'invalidité en cours depuis trois ans dans le cadre du 2^e pilier obligatoire seront pour la première fois adaptées à l'évolution des prix. Pour ces rentes, qui ont commencé d'être versées dans le courant de l'an 2000, le taux d'adaptation est de 1,7%. Si le taux utilisé pour calculer la rente est supérieur au taux minimal prévu par la loi, l'adaptation au renchérissement n'est pas obligatoire.

Les autres rentes de survivants et d'invalidité ne seront pas adaptées, celles du 1^{er} pilier ne l'étant pas non plus.

Les rentes de vieillesse LPP ne doivent être adaptées au renchérissement que si les possibilités financières de l'institution de prévoyance le permettent. La décision appartient à l'organe paritaire de l'institution.

Augmentations de cotisations

Aucune modification de loi dans le domaine des cotisations de la prévoyance professionnelle n'entre en vigueur au début de 2004. Mais de nombreuses institutions de prévoyance se voient contraintes de prélever des cotisations d'assainissement afin de résorber un découvert. De plus, les cotisations de risque ont parfois dû être considérablement augmentées en raison du fort accroissement du risque d'invalidité. Selon les spécialistes, les suppléments de cotisations prélevés en vue de garantir la prévoyance profes-

sionnelle représenteront environ 1 % des salaires.

Assurance-maladie

L'adaptation des primes de l'assurance-maladie obligatoire est cette fois accompagnée de diverses mesures qui font qu'il est particulièrement difficile d'en donner une vue d'ensemble. Ces mesures ont pour conséquence que, selon le domicile, l'assureur et le type d'assurance, l'augmentation peut varier entre 1 et 40%. Il n'est cependant pas possible d'en dire ici davantage sur les nouvelles primes (pour plus de détails, voir le site Internet de l'OFAS www.ofas.admin.ch ou celui de www.comparis.ch).

Nous pouvons néanmoins mentionner brièvement les mesures entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2004 qui influenceront sur le niveau des primes:

a. Fixation de régions de primes uniformes

Jusqu'ici les assureurs-maladie procédaient eux-mêmes au découpage des cantons en zones tarifaires (régions de primes). Ce découpage en régions a été uniformisé par l'OFAS; tous les assureurs doivent s'y tenir. L'OFAS donne suite ainsi à un mandat du Parlement. Conséquence: dans les cantons comportant plusieurs régions de primes, il se peut que des assurés de régions à primes avantageuses doivent être transférés vers des régions à primes élevées et vice-versa. Globalement, la nouvelle répartition ne change rien au volume des primes. Pour certains assurés, elle peut cependant se traduire par une hausse importante de leurs primes.

b. Augmentation de la franchise ordinaire

Par voie d'ordonnance, le Conseil fédéral a décidé de relever la franchise ordinaire obligatoire pour adultes de 230 à 300 francs ainsi que

la quote-part maximale de 600 à 700 francs (chez les enfants, elle passe de 300 à 350 francs). Il en résulte un léger allègement des primes, qui est de l'ordre de 1 % environ.

c. Réduction des rabais sur les primes dans les franchises à option

Le Conseil fédéral a en outre réduit les rabais sur les primes dans les franchises à option. Cela s'est traduit par une hausse de primes supplémentaire, surtout pour les assurés ayant opté pour une franchise élevée qui, jusqu'à présent, ont profité des rabais maximaux sur leurs primes. Dans l'ensemble, près de la moitié des assurés sont concernés par cette mesure, tandis que les assurés ayant opté pour la franchise de base obligatoire verront ainsi leurs primes légèrement diminuer.

Les modifications citées sous b et c sont contenues, parmi d'autres, dans l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), modification du 6 juin 2003 (RO 2003 3249; voir aussi le communiqué de presse du 6 juin 2003 sous www.ofas.admin.ch).

Arrêté fédéral du 3 octobre 2003 sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie (FF 2003 6297)

Etant donné que la 2^e révision partielle de la LAMal ne peut entrer en vigueur comme prévu début 2004, le législateur a dû garantir au moyen de cet arrêté que les subsides fédéraux accordés aux cantons pour la réduction des primes continuent d'être versés. Leur montant atteindra 2349 millions de francs en 2004 et sera augmenté ensuite de 1,5% par année.

Assurance-accidents obligatoire

La loi sur l'assurance-accidents (LAA) oblige les assureurs à adapter toutes les rentes au renchérissement, donc également celles qui ont commencé d'être versées avant

l'entrée en vigueur de la loi. Cette compensation du renchérissement est financée par les intérêts des placements de capitaux. Devant l'insuffisance des produits du capital, la CNA (Suva) se trouve aujourd'hui dans l'obligation de prélever un supplément de prime selon l'art. 92 LAA. Considérant la situation économique tendue, son conseil d'administration a décidé un supplément de 7% de la prime nette pour l'assurance des accidents professionnels et non professionnels. Il sera prélevé à partir du 1^{er} janvier 2004, pour une durée limitée à deux ans. Les assureurs LAA privés ne voient pas la nécessité de prélever un tel supplément pour l'instant. En effet, contrairement à la CNA, ils n'ont pas à financer de rentes datant d'avant 1984. (Pour plus de détails: www.suva.ch.)

Assurance militaire

Aucune innovation.

Assurance-chômage

Dans une deuxième étape de la mise en œuvre de la 3^e révision de l'AC, le taux de cotisation est ramené de 2,5 à 2% et la cotisation est supprimée pour la part de salaire qui dépasse 106 800 francs.

Allocations familiales / protection de la famille

Les montants des allocations familiales réglés au niveau cantonal devraient être réadaptés dans certains cantons au début de 2004. La publication de l'OFAS «Pratique VSI» donne un aperçu à ce sujet dans son

numéro 1/2004 (consultable dès la mi-janvier 2004 sur le site Internet www.ofas.admin.ch, Questions familiales/Actualité).

D'autre part, le Conseil fédéral a relevé de 5 francs par mois les allocations familiales dans l'agriculture, qui relèvent du droit fédéral. Ces allocations ne sont versées qu'aux familles de paysans de condition modeste et au personnel agricole. Leur montant est désormais de 170 francs (175 francs à partir du troisième enfant) pour les régions de plaine et de 190 francs (195 francs à partir du troisième enfant) pour les régions de montagne.

Ont droit à ces allocations les petits paysans dont le revenu annuel net n'excède pas 30 000 francs. Ce plafond est relevé de 5000 francs par enfant. Les petits paysans dont le revenu dépasse cette limite de 7000 francs au maximum ont droit à une partie des allocations.

Faites relier vos cahiers de la «Sécurité sociale»!

L'Atelier du livre, à Berne, s'est engagé à relier la CHSS à des conditions avantageuses :
reliure en toile rouge, titre dorsal en caractères noirs. Prix (TVA, frais d'emballage et de port non compris) :

- | | | | |
|---|------------------|---|------------------|
| • Volume (double) 2002/2003
inclus travail de reliure | 28 francs | • Volume 1993–2001
(simple ou double) par volume relié | 29 fr. 50 |
| • Volume (simple) 2002, 2003
inclus travail de reliure | 25 fr. 50 | • Couverture sans reliure
(simple ou double) | 15 fr. 50 |

La série au complet des années désirées doit être adressée à l'Atelier du livre jusqu'à la fin février 2004.

Commandez à l'aide d'une copie de ce talon.

Vous recevez les cahiers des années suivantes

1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003

Je désire

Reliure volume double pour les années Reliure volume simple pour les années

Je commande

Couverture pour les années

Adresse

Nom/Prénom

Rue

NPA/Lieu

Date/Signature

A adresser à : Atelier du livre, Dorngasse 12, 3007 Berne, téléphone 031 371 44 44

AVS

03.3470. Motion Studer, 24.9.2003: Flexibilisation des rentes AVS

Le conseiller national Heiner Studer (PEV, AG) a déposé la motion suivante:

«Le Conseil fédéral est chargé de mettre un accent particulier sur la flexibilisation des rentes lors de la prochaine révision de l'AVS, en tenant compte des personnes disposant de faibles revenus.

Le Conseil fédéral doit également examiner la possibilité de percevoir la rente AVS après un certain nombre d'années de cotisations.» (3 cosignataires)

Dans sa réponse du 19 novembre, le Conseil fédéral rappelle que sa proposition de retraite anticipée à composante sociale présentée avec son projet de la 11^e révision avait été rejetée par le Parlement. Il déclare vouloir à nouveau examiner, dans le cadre de la 12^e révision de l'AVS, des modèles de retraite anticipée privilégiant en particulier les personnes qui exercent un travail pénible. De même que seront également étudiées des mesures permettant aux personnes qui le souhaitent de rester plus longtemps dans la vie active. Son analyse devra englober un modèle de préretraite basée sur une certaine durée de cotisations. Le Conseil fédéral propose de transformer la motion en postulat.

03.3508. Recommandation Stähelin, 1.10.2003: AVS. Encourager l'ajournement de la rente

Le conseiller national Stähelin (PDC, TG) a déposé la recommandation suivante:

«Le Conseil fédéral est prié d'encourager l'ajournement de la rente dans la perspective de la 12^e révision de l'AVS, notamment:

- en éliminant les entraves administratives, plus particulièrement en supprimant l'obligation faite à l'assuré de présenter, à l'âge légal de la retraite ordinaire, une demande de rente pourvue d'une

déclaration d'ajournement (art. 55^{quater}, al. 1, RAVS);

- en octroyant un supplément dès six mois de rente ajournée;
- en informant adéquatement le public des possibilités et des avantages financiers de l'ajournement de la rente AVS dans le cadre du système des trois piliers.

Le Conseil fédéral est prié de proposer d'autres incitations positives pour les assurés afin de promouvoir la flexibilité de la retraite vers le haut.» (14 cosignataires)

Le Conseil fédéral est prêt à accepter la recommandation.

Sécurité sociale

03.3446. Interpellation du Groupe PRD, 16.9.2003: Avenir des retraites. Admettre la réalité

Le Groupe radical-démocratique a déposé l'interpellation suivante:

«Divers dossiers de politique sociale comme la 11^e révision de l'AVS, la 1^{re} révision de la LPP et la 2^e révision de la LAMal vont trouver leur épilogue au cours de cette session d'automne. Si ces révisions représentent certes une première ébauche, à court et à moyen terme, des réformes urgentes qui s'imposent dans les assurances sociales, elles n'en restent pas moins, aux yeux du groupe radical-démocratique, bien en deçà des mesures qu'il faudrait mettre en œuvre pour faire face aux problèmes liés à l'évolution démographique. Dans sa motion 03.3224, le groupe radical-démocratique avait demandé au Conseil fédéral d'établir son programme de législature en mettant en lumière les défis et les problèmes soulevés par l'évolution démographique et de proposer des solutions pour y remédier. D'ici 2010, les dépenses des assurances sociales augmenteront, selon les prévisions, de quelque 22 milliards de francs et en 2025, il faudra avoir trouvé 29 milliards supplémentaires pour en assurer le financement. A ce jour, la question du fi-

nancement du découvert prévisible (4,4 milliards de francs d'ici 2010 et 13,3 milliards de francs d'ici 2025) n'a pas encore été résolue. La session de cet été n'a pas permis de tenir un débat sur l'état des assurances sociales, comme l'avait demandé le groupe radical-démocratique avec insistance. Il est plus que temps aujourd'hui que nous nous penchions sur notre politique sociale et notre politique de solidarité entre les générations, pour mettre en place les conditions propres à garantir à long terme l'existence de nos assurances sociales sans menacer la solidarité entre les générations.

Vu ce qui précède, le Conseil fédéral est prié de répondre aux questions suivantes:

1. Est-il d'avis, comme le PRD, qu'il faut de toute urgence élaborer des mesures de réforme concrètes en vue de la sauvegarde à long terme de la protection sociale en général et des différentes branches de l'assurance sociale en particulier, et pense-t-il, lui aussi, que les problèmes liés à l'évolution démographique ne peuvent pas être négligés plus longtemps?
2. Quelles seraient les conséquences notamment financières et fiscales pour la population suisse si aucune nouvelle mesure de réforme efficace n'était introduite dans les différentes branches de l'assurance sociale (AVS, AI, LPP, LAMal) après l'entrée en vigueur des révisions en cours? De quel ordre de grandeur serait alors la charge supplémentaire pour les différentes générations ou les différents groupes d'âge?
3. A quel rythme le Conseil fédéral prévoit-il d'actualiser désormais le tableau d'ensemble du besoin financier supplémentaire des assurances sociales, ce qui permettrait d'évaluer en permanence le besoin de réforme en fonction des chiffres de la croissance démographique et économique et d'adapter en conséquence l'échéancier des mesures à prendre?

4. Est-il d'avis, comme le PRD, qu'il faut dûment sensibiliser la population aux problèmes en suspens concernant la sauvegarde à long terme de notre protection sociale et l'informer en détail sur les scénarios d'avenir les plus plausibles?
5. Quelles sont les réformes qu'il entend lancer en priorité dans les différentes branches de l'assurance sociale pour garantir à long terme le financement de la protection sociale, en prenant en considération les demandes des groupes concernés (salariés, employeurs, bénéficiaires de rentes)?
6. Le Département fédéral de l'intérieur a déjà présenté certaines réformes possibles, notamment pour l'AVS (augmentation progressive, étalée dans le temps, de l'âge réglementaire de la retraite, recettes de la taxe sur la valeur ajoutée, adaptation du niveau de prestation pour les rentes en cours). Quelles conséquences économiques (effets sur le marché de l'emploi, pouvoir d'achat, croissance économique, etc.) le Conseil fédéral pense-t-il que ces mesures vont entraîner?
7. Est-il d'avis, comme le PRD, qu'il faut s'en tenir au système des trois piliers dans le cadre d'un train de réformes pour la prévoyance vieillesse, étant donné que ce principe s'est avéré très efficace, surtout en comparaison de la situation dans d'autres pays? Par quelles mesures entend-il renforcer le troisième pilier?
8. Est-il également d'avis qu'en sus des mesures à prendre dans le domaine des assurances sociales, il conviendrait d'instituer une politique générale de la croissance et d'en faire une priorité nationale afin d'assurer l'avenir de nos œuvres sociales? A cette fin, quelles mesures concrètes entend-il introduire dans le prochain programme de législation?
9. Pense-t-il aussi que, lors de toute future réforme des œuvres sociales, il faudra s'assurer en premier

lieu de sa compatibilité avec la croissance? Comment pense-t-il s'assurer de cela?

10. Comment pense-t-il s'assurer que les éventuelles dépenses supplémentaires des œuvres sociales ne seront pas financées au détriment de la prospérité économique?»

La réponse du Conseil fédéral du 19.11.2003

«1. Le système de sécurité sociale revêt une fonction capitale dans l'économie et dans la société. Afin de remplir sa tâche pour les générations futures également, la sécurité sociale doit se développer en s'orientant vers les exigences à long terme. L'évolution démographique joue un rôle important dans ce contexte.

Le vieillissement croissant de la population a une incidence de plus en plus marquée sur la situation financière de l'AVS. Durant les dernières décennies, l'espérance de vie a augmenté en moyenne d'une année tous les dix ans. L'espérance de vie moyenne d'un homme de 65 ans a passé de 77,9 ans en 1960 à 81,8 ans en 2000. Pendant la même période, l'espérance de vie des femmes a passé de 80,2 ans à 85,7 ans. Parallèlement, on a assisté à un recul du taux de natalité. Si on comptait 2,5 enfants en moyenne par femme en 1965, ce chiffre est de 1,5 à l'heure actuelle.

Du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, phénomène positif en soi, et de l'accroissement du nombre de personnes à la retraite par rapport à celui des actifs, l'AVS est confrontée à long terme à de grands problèmes financiers. Alors qu'en 1960, on comptait 4,8 actifs par personne à la retraite, cette proportion ne sera plus que de 2,2 en 2040. Il s'ensuit qu'un nombre toujours plus bas d'actifs doivent assumer les dépenses de l'AVS, qui ont tendance à augmenter.

L'impact de l'évolution démographique est accentué par l'évolution

économique défavorable des dernières années. D'un autre côté, l'évolution démographique représentera à son tour un danger pour la croissance économique lorsque, après 2015, en raison du vieillissement de la population, plusieurs milliers de travailleurs feront défaut chaque année sur le marché du travail. Les recettes obtenues par le mode de financement actuel ne parviendront plus à couvrir intégralement le surplus de dépenses relatives aux rentes de vieillesse, imputable à cette évolution. Pour financer les coûts supplémentaires liés à la démographie, le Conseil fédéral a proposé, dans le cadre de la 11^e révision de l'AVS, de relever la TVA de 1,5 point en faveur de l'AVS. En fonction des décisions définitives du Parlement sur la 11^e révision de l'AVS, un point pourrait suffire à assurer le financement de l'AVS jusqu'en 2015 environ. Mais des études réalisées montrent que les besoins financiers supplémentaires continueront d'augmenter après 2015 et que, finalement, l'équivalent de 5,3 points de TVA sera nécessaire pour garantir le financement de l'AVS jusqu'en 2040.

Le Conseil fédéral estime qu'un relèvement aussi important de la TVA pour le seul financement de l'AVS ne saurait entrer en ligne de compte. Il partage l'avis du PRD selon lequel des réformes doivent être entreprises sans tarder et mettra donc en consultation, en 2004 déjà, des propositions de 12^e révision de l'AVS et de 5^e révision de l'AI.

2. Les besoins supplémentaires de toutes les assurances sociales (AVS/AI/APG/PC/LPP/AA/AMal/allocations familiales/AC), sans adaptation des prestations, sont estimés à 22 milliards de francs en 2010 et à 29 milliards de francs additionnels en 2025 (scénario moyen, aux prix actuels). La croissance économique couvrira ces montants à concurrence de 12 milliards de francs en 2010 et de 13 milliards de francs en 2025. Les montants restants de 10 milliards et de 16 milliards de francs

devraient être couverts par d'autres recettes (impôts, prélèvements sur les salaires).

La charge pesant sur les différents groupes d'âge sera différente selon la source de financement. Signalons en outre qu'il faut prendre en considération non seulement la situation actuelle, mais aussi celle qui prévaut tout au long de la vie et tenir compte aussi bien de l'aspect du financement que de celui des prestations. Le programme de recherche sur l'avenir à long terme de la prévoyance vieillesse a analysé dans cette large perspective l'effet de répartition intergénérationnelle de différentes mesures de financement et modifications de prestations dans l'AVS. Le financement par la TVA fait peser une charge moins lourde sur les jeunes générations que d'autres types de financement, non seulement parce que la génération des rentiers contribue ainsi elle aussi au financement, mais aussi parce que l'augmentation requise des prélèvements sur les salaires est plus faible, ce qui (en termes relatifs) diminue les coûts du travail et accroît les investissements et la productivité (voir le rapport de synthèse du programme de recherche, p. 25 ss). Par ailleurs, une TVA élevée alourdit aussi la charge pesant sur l'économie, ce qui freinera la croissance économique. Dans l'AVS notamment, toutes les options doivent donc être examinées en ce qui concerne la couverture des besoins financiers. Un relèvement de l'âge de la retraite fait également partie de ces options.

Le relèvement de l'âge de la retraite permettrait de couvrir environ un tiers des besoins supplémentaires de l'AVS survenant jusqu'en 2025. Il permettrait également de contrecarrer le recul de la population active induit par la démographie, ce qui favoriserait la croissance économique. Le relèvement de l'âge de la retraite comporte toutefois aussi certains risques. Premièrement, en raison de leur état de santé, toutes les personnes exerçant une activité lucrative

ne peuvent pas continuer de travailler au-delà de l'âge de 65 ans. Le relèvement de l'âge de la retraite demande donc également des possibilités de retraite flexible assorties de mesures sociales. Deuxièmement, un relèvement de l'âge de la retraite n'a de sens que s'il existe effectivement une demande de travailleurs d'un certain âge sur le marché de l'emploi. Le recul de la population active pour des raisons démographiques permet d'affirmer que cette demande augmentera au cours des années à venir. Mais ce n'est possible que si les conditions de travail sont adaptées en conséquence. L'OCDE, dans une étude qui vient de paraître, intitulée «Vieillesse et politique de l'emploi/Ageing and Employment Policies» a formulé des recommandations («Résumé et principales recommandations/Executive Summary and Recommendations») portant sur une meilleure prise en compte des personnes d'un certain âge sur le marché de l'emploi suisse. Le Conseil fédéral tiendra compte de ces recommandations dans ses considérations sur la 12^e révision de l'AVS.

Les répartitions intergénérationnelles devront être examinées avec beaucoup d'attention, dans la prévoyance professionnelle notamment. S'il faut éviter en principe des répartitions, contraires au système, des actifs actuels vers les bénéficiaires de prestations, le taux de conversion doit tenir compte à la fois de l'évolution de l'espérance de vie et de l'évolution à long terme des placements (taux d'intérêt technique). L'évolution de l'espérance de vie et les attentes quant à l'évolution des taux d'intérêt à long terme rendent probable un nouvel abaissement du taux de conversion à moyen terme. Un relèvement de l'âge de la retraite pourrait donc contribuer de manière déterminante à maintenir le niveau des rentes dans la prévoyance professionnelle.

3. Le tableau d'ensemble des futurs besoins supplémentaires des as-

surances sociales constitue incontestablement une base de décision importante pour le Parlement. Les grands défis sont connus. Pour tirer les bonnes conclusions, les actualisations s'imposent en général lorsque les conditions-cadres essentielles ont changé, qu'il s'agisse des scénarios pour l'évolution démographique ou économique ou de modifications importantes des assurances sociales elles-mêmes. Il est en outre indiqué d'exposer, dans les messages concernant les révisions dans le domaine des assurances sociales, les perspectives de développement telles qu'elles se présentent le moment venu.

C'est pourquoi le Conseil fédéral a accepté le postulat Beerli 02.3172 qui demandait une actualisation de l'aperçu général des besoins financiers accrus des assurances sociales et chargeait le DFI d'effectuer cette actualisation immédiatement. Dans son rapport du 17 mai 2002 sur l'aperçu général actualisé des besoins financiers supplémentaires des assurances sociales jusqu'en 2025, le DFI a mis en évidence les besoins de financement à long terme et envisagé une 12^e révision de l'AVS. Le Conseil des Etats a transmis le postulat Beerli le 18 juin 2002. Le Conseil fédéral considère que l'aperçu général actualisé du 17 mai 2002 a rempli le mandat.

Les perspectives de financement seront actualisées lors des travaux préparatoires concernant la 12^e révision de l'AVS et la 5^e révision de l'AI, qui ont déjà commencé. Ces bases seront disponibles au début de 2004.

4. Les discussions au sujet des révisions en cours ou récemment terminées dans le domaine des 1^{er} et 2^e piliers et les réactions provoquées ne serait-ce que par la question de l'âge de la retraite ont montré clairement que les questions qui se posent actuellement à propos de la garantie à long terme des assurances sociales ne peuvent être résolues que si toute la population apporte également son soutien. Mais pour ce faire, elle doit

être sensibilisée aux problèmes qui se posent.

Précisément dans l'AVS, où les calculs doivent porter sur de longues périodes, il est important de prévoir dès maintenant des mesures qui, comme le relèvement de l'âge de la retraite, ne seront réalisées que dans dix ou vingt ans. Les personnes concernées doivent être préparées aux modifications futures longtemps à l'avance. C'est la seule manière d'éviter que des décisions du législateur ne viennent bousculer leur plan de vie. De telles décisions ne peuvent donc être prises qu'au vu de la situation actuelle du marché de l'emploi. C'est seulement si les mesures requises sont prises aujourd'hui qu'elles peuvent être assorties de dispositions transitoires généreuses. Si l'on ne prend pas connaissance aujourd'hui des problèmes qui se poseront à l'avenir, on risquera, dans quelques années, de devoir appliquer des mesures radicales à brève échéance.

5. L'évolution prévisible a montré que les mesures de consolidation prévues par les révisions actuelles (4^e révision de l'AI, 11^e révision de l'AVS, 1^{re} révision de la LPP) ne sont pas suffisantes. C'est pourquoi le Conseil fédéral a déjà entamé les travaux préparatoires pour la 12^e révision de l'AVS et pour la 5^e révision de l'AI, dans le but de mettre en consultation ces deux projets dans le courant de 2004.

6. L'étude des répercussions d'une augmentation des recettes en faveur de l'AVS, d'un relèvement de l'âge de la retraite et d'une modification du rythme d'adaptation des rentes à l'évolution économique faisait partie du mandat que le Conseil fédéral avait confié au groupe de travail interdépartemental qui a dirigé le programme de recherche sur l'avenir à long terme de la prévoyance vieillesse (IDA-ForAlt). Dans son rapport de synthèse, le groupe de travail conclut que, s'agissant des mesures de financement, la TVA constitue globalement la mesure la

plus performante d'un point de vue économique. Un relèvement de l'âge de la retraite réduirait les besoins financiers supplémentaires de l'AVS d'environ un tiers jusqu'en 2025. Si la conjoncture est favorable, la durée de la vie active se prolongera, ce qui réduira la pénurie de main-d'œuvre. Les possibilités que les entreprises offrent à leurs collaborateurs plus âgés et les solutions financières à la disposition de ceux-ci pour prendre leur retraite joueront ici un rôle déterminant (voir aussi la réponse à la question 2).

Une adaptation des rentes sur la base de l'indice des prix plutôt que sur celle de l'indice mixte réduirait le besoin de financement d'environ un tiers jusqu'en 2025 et d'environ la moitié jusqu'en 2040. Une indexation basée uniquement sur les prix entraînerait – sur toute la durée de vie – une amélioration relative de la situation des jeunes générations. Un abaissement modéré du niveau des prestations aurait en outre des effets positifs sur l'économie, car il est permis de supposer que les assurés, dans la perspective de prestations plus faibles à l'âge de la retraite, miseront davantage sur l'exercice d'une activité lucrative et sur l'épargne. Par ailleurs, si les prestations de l'AVS/AI ne permettent pas de couvrir les besoins vitaux, il continue d'être possible de recourir aux prestations complémentaires.

7. La structure à trois piliers de notre prévoyance vieillesse, survivants et invalidité a fait ses preuves. Elle est considérée à l'étranger comme un modèle et même copiée dans le cadre de réformes en cours. Les 1^{er} et 2^e piliers sont des éléments importants de ce système. C'est pourquoi le développement de l'AVS, de l'AI et de la prévoyance professionnelle s'inscrit dans le système des trois piliers, qu'il ne remet pas en question. Le Conseil fédéral entend maintenir également le troisième pilier sous sa forme actuelle. Il estime pour l'heure que des mesures supplémen-

taires pour renforcer le troisième pilier ne sont pas nécessaires.

8. Le Conseil fédéral estime, à l'instar du PRD, que pour garantir l'avenir des assurances sociales, une politique de la croissance est nécessaire. C'est pourquoi il proposera dans son rapport sur le programme de la législature 2003–2007 des mesures allant dans ce sens.

Le 29 janvier 2003 déjà, le Conseil fédéral a pris la décision de principe selon laquelle, au cours de la prochaine période législative, sa politique devait viser avant tout à garantir la prospérité ainsi qu'à relever les défis démographiques et à maintenir la position de la Suisse dans le monde. Le 9 mai dernier, il a adopté des directives stratégiques concernant ces trois domaines clés. Le programme de législature est encore en chantier. Des entretiens auront lieu avec les gouvernements cantonaux le 28 novembre prochain, et leurs résultats devront aussi être pris en compte. Conformément aux dispositions de la loi sur le Parlement, le Conseil fédéral présentera au Parlement, au début de la nouvelle législature, le rapport sur le programme de la législature 2003–2007. Il indiquera alors quelles mesures concrètes il envisage de prendre lors de la prochaine législature pour favoriser la croissance. Le Conseil fédéral renvoie par ailleurs à sa réponse du 27 août 2003 à l'interpellation Schneider (03.3420).

9. Pour le Conseil fédéral, il est très important que les réformes des assurances sociales ne compromettent pas la croissance. Il examinera à ce propos différentes mesures envisageables, notamment les propositions qui ont été faites jusqu'ici par le Département fédéral de l'intérieur. L'une de ces mesures consiste par exemple, dans l'AVS, en une adaptation, par étapes, de l'âge de la retraite de référence à l'évolution démographique (accompagnée de possibilités de flexibilisation), qui pourrait permettre de répondre au défi que constitue la diminution pro-

blématique du nombre de personnes actives à laquelle on peut s'attendre. Dans l'AI, il s'agit surtout de mesures permettant d'atténuer l'augmentation du nombre de nouvelles rentes et d'uniformiser les pratiques cantonales en matière d'octroi de rentes. Le Conseil fédéral optera pour telle ou telle mesure particulière en tenant compte de la situation globale et en se fondant sur des bases de décision solides. Il le fera dans le cadre des décisions de principe sur la 12^e révision de l'AVS qui seront vraisemblablement prises au milieu de l'année 2004 (la date dépendra du référendum et d'une éventuelle votation populaire sur la 11^e révision de l'AVS), et au début de l'année 2004, pour ce qui est de la 5^e révision de l'AI.

10. Si, pour garantir l'avenir de l'AVS et de l'AI, une augmentation des recettes s'impose, les charges pesant sur les ménages privés doivent être maintenues à un niveau aussi bas que possible et des options telles qu'une adaptation de l'âge de la retraite ou une indexation des rentes en cours sur la base de l'indice du renchérissement plutôt que de l'indice mixte doivent être examinées de plus près. Lorsqu'il s'agira de choisir la ou les sources de financement à mettre à contribution pour couvrir les besoins supplémentaires restants, un objectif sera capital: freiner le moins possible la croissance.»

Handicap

03.1111. Question ordinaire

Guisan, 30.9.2003: Rentes AI pour raisons psychiatriques

Le conseiller national Yves Guisan (PRD, VD) a déposé la question suivante:

«L'augmentation drastique du nombre de rentes octroyées pour des raisons psychiatriques défraye la chronique. Il y a effectivement lieu de craindre qu'une bonne partie de ces prestations ne soient qu'insuffisamment justifiées, les cas de ma-

ladies psychiatriques de nature psychotiques avérées, les troubles caractériels et du comportement graves et bien documentés ainsi que les situations de déficiences mentales diverses étant bien entendu exceptés. Il en résulte une polémique délétère qui demande à être clarifiée.

1. Il s'agit en particulier de savoir dans quelle mesure l'AI n'est pas invoquée dans toute une série de décompensations réactionnelles aux causes diverses, mais de nature manifestement réversibles, pour se substituer à l'assurance chômage. La chronicisation des troubles devient alors une stratégie pour l'obtention des prestations.

2. Il y a lieu également de mettre en évidence dans quelle mesure les appréciations du médecin traitant et ipso facto celles du malade (par définition subjective) qu'il relaie ne l'emportent pas sur celles de l'Office cantonal malgré les nouvelles équipes d'experts mises en place.

3. Comment faire la distinction entre l'incapacité de travail et le refus de vouloir travailler rationalisé par le biais d'une maladie psychiatrique (J'ai la «dépression» selon la formule populaire)? Quels sont les critères mis en place pour prendre des décisions équitables dans ce contexte particulièrement difficile où la limite entre la compassion sociale légitime et l'abus est particulièrement difficile à tracer?

4. Quels sont les critères pour mettre un terme à l'octroi de prestations déjà accordées dans ces circonstances d'affections en principe réversibles, a fortiori si les personnes intéressées n'ont pas retrouvé du travail?»

La réponse du Conseil fédéral du 19.11.2003

«L'augmentation du nombre de rentes octroyées pour des raisons psychiatriques est un phénomène préoccupant. Le Conseil fédéral a

l'intention de s'attaquer à ce problème et de soumettre des propositions dans le cadre de la 5^e révision de l'AI qui sera mise en consultation en 2004.

1. Les décompensations réactionnelles à diverses causes telles que divorce, restructuration dans l'entreprise, problèmes d'acculturation, sont des facteurs réversibles qui n'ont rien à voir avec l'invalidité. S'ils ne sont pas accompagnés de troubles psychiques dûment répertoriés et reconnus comme étant invalidants, ces facteurs ne peuvent fonder le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Des études ont également démontré que la relation entre le chômage et la possibilité d'obtenir une prestation de l'AI ne pouvait à elle seule justifier la hausse de la probabilité de devenir invalide que l'on a constatée.

Dans la mesure où la chronicisation des troubles ne relève pas de la psychiatrie, le temps écoulé pendant l'instruction d'une demande peut être à tout le moins un facteur susceptible d'aggraver les conséquences invalidantes d'une santé psychique défaillante. Le Conseil fédéral en est conscient et envisage toutes les solutions qui permettraient d'abrèger autant que faire se peut le laps de temps qui s'écoule entre le dépôt de la demande et la mise en œuvre des mesures visant à réadapter la personne concernée. Une réflexion allant dans ce sens sera menée dans le cadre de la 5^e révision de l'AI.

2. Les prestations de l'AI sont accordées ou refusées sur la base de rapports établis par le médecin traitant. Les décisions s'appuient en outre sur les rapports de spécialistes surtout lorsque la composante psychiatrique est susceptible de jouer un rôle dans l'appréciation finale. La mise en place dès 2005 de services médicaux régionaux (SMR) constituera une garantie supplémentaire, puisque ceux-ci pourront non seulement apprécier le bien-fondé des expertises médicales mais aussi procéder à un examen de la personne as-

surée et rendre un rapport quant à sa capacité de travail. Quatre services médicaux régionaux, SMR Léman, SMR Mittelland, SMR Suisse-Est et SMR Suisse-Sud, opérationnels à titre d'essai depuis le début de l'année 2001, sont chargés d'évaluer le caractère objectif des appréciations médicales figurant dans les dossiers qui leur sont soumis et, le cas échéant, de corriger ou de faire corriger sur le plan médical le manque d'objectivité qu'ils auraient pu constater.

3. Les services médicaux régionaux susmentionnés examineront avec attention les expertises psychiatriques et jugeront si l'expert ne donne pas, dans son appréciation globale sur l'incapacité de travail, une place trop importante à des facteurs qui seraient étrangers à l'invalidité. En psychiatrie, il n'est pas toujours aisé de faire la distinction entre un trouble psychique, à l'ori-

gine mineur, voire anodin, et l'influence sur l'état de santé psychique de toute une série de facteurs sociaux défavorables, mais que la plupart des gens peuvent apparemment surmonter. Une des tâches dévolues aux services médicaux régionaux de l'AI sera de sensibiliser les psychiatres. Suite aux souhaits exprimés durant la phase parlementaire de la 4^e révision, un concept d'évaluation commun à tous les offices AI sera élaboré dans le but d'uniformiser les pratiques de l'AI. Un autre objectif de ce concept sera d'amener les médecins à faire la distinction entre les facteurs relevant de l'AI de ceux qui n'ont rien à voir avec celle-ci.

4. Les critères permettant de mettre un terme au versement de prestations sont définis dans la loi et font l'objet d'une abondante jurisprudence du Tribunal fédéral. Le système issu de la LAI exige que, lorsque toutes les conditions à l'octroi d'une

rente sont remplies, un pronostic quant à la durée de l'incapacité de gain soit établi au moment de prendre la décision. Si l'on peut présumer que cette incapacité de gain persistera pendant une durée indéterminée, une rente de durée illimitée – sous réserve d'une réévaluation ultérieure – doit être accordée conformément à la loi et à la jurisprudence.

Une rente accordée pour une durée illimitée ne peut être révisée, c'est-à-dire supprimée ou diminuée, qu'à des conditions strictes. Il faut pour ce faire que l'on constate une amélioration notable de l'état de santé ou la reprise d'une activité lucrative ayant toutes deux une incidence sur le degré d'invalidité.

Les propositions relatives à la 5^e révision de l'AI tiendront en outre compte de toutes les mesures permettant de faciliter la révision des rentes accordées aux personnes dans la force de l'âge.»

Législation : les projets du Conseil fédéral (état au 5 décembre 2003)

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	Plénum	Commission	Plénum		
11^e révision AVS	2.2.00	FF 2000, 1771		CN 9.5.01		CE 27/28.11.02		
– Elimination des divergences			CSSS-CN 24.1, 20.2, 12.3, 2.5, 4.7.03	CN 4.3, 6.5.03 17.9, 25.9.03	CSSS-CE 5.3.03 19/21.5.03	CE 10.3.03 4.6, 25.9.03	3.10.03 (FF 2003, 6033, 6073)	Délai référendaire 22.1.04
1^{re} révision LPP	1.3.00	FF 2000, 2495		CN 16.4.02		CE 28.11.02		
– Elimination des divergences			CSSS-CN ...20.2., 28.3., 2.5, 3.7.03 Sous-commission ... 7.1, 6.2, 18.3.03	CN 6.5, 11.6, 25.9.03	CSSS-CE 19/21.5, 17.6, 19.8.03	CE 4.6, 16.9.03	3.10.03 (FF 2003, 6095)	Délai référendaire 22.1.04
2^e révision partielle de la LAMal	18.9.00	FF 2001, 693		CE 4.10, 29.11.01		CN 13.12.02 rejetée		
– 2^e lecture			CSSS-CE ...18.8, 17.11.03	CE 13/20.3, 16.9, 4.12.03	CSSS-CN 2/8.5, 19.5, 5 + 18.9.03	CN 17/18.6, 17.9, 8.12.03	Hiver 03 (planifié)	
4^e révision de l'AI	28.2.01	FF 2001, 3045		CN 5.3, 12.3.03		CE 27/28.11.02, 10.3.03	21.3.03 (FF 2003, 2429)	1.1.04 (RO 2003, 3837, 3859)
Train de mesures fiscales 2001 (imposition des familles)	28.2.01	FF 2001, 2837		CN 26.9.01 2.12.02 8.5.03		CE 3.10.02 17.3, 3.6.03	20.6.03 (FF 2003, 4042)	Aboutissement du référendum (FF 2003, 6669)
Péréquation financière. Réforme	14.11.01	FF 2002, 2155	Com. spec. CE ...21.5, 28.5, 14.8, 5.9.02, 24.6, 20.8.03	CE 1/2.10.02 1.10.03	Com. spec. CN 21.10, 21.11.02, 13, 14, 27/28.1, 27.2, 25.3.03	CN 13 + 19.6, 29.9.03	3.10.03 (F 2003, 6035, 6245)	Décision populaire ...04
LF contre le travail au noir	16.1.02	FF 2002, 3438	CER-CN ...28.10, 18.11.02, 31.3/1.4.03 Sous-com. 8.5, 2 + 23.6, 8.9, 26.11.03					
Convention avec les Philippines	13.11.02	FF 2003, 65	CSSS-CE 17.2.03	CE 10.3.03	CSSS-CN 7.7.03	CN 25.9.03		
LF sur le partenariat enregistré entre personnes du même sexe	29.11.02	FF 2003, 1276	CAJ-CN 23.6, 25.8.03	CN 2/3.12.03				
Révision de la LAPG	26.2.03	FF 2003, 2595	CPS-CE 27.3.03 CSSS-CE 7.4, 19.5.03	CE 12.6.03 Rejet pour raison de forme*	CSSS-CN 3.7.03 CPS-CN 19.8.03	CN 17.9.03 Rejet pour raison de forme*		
AMal: subsides fédéraux pour les années 2004–2007	28.5.03	FF 2003, 3893	CSSS-CN 7.7.03	CN 17.9.03	CSSS-CE 18.8.03	CE 16.9.03	17.9.03 (FF 2003, 6295)	
Utilisation de l'or de la BNS + Initiative «Bénéfice de la Banque nationale pour l'AVS»	20.8.03	FF 2003, 5597	CER-CN 4.11.03	CN Printemps 04 (planifié)				
Mesures destinées à résorber les découverts dans la PP	19.9.03	FF 2003, 5835	CSSS-CE 21.10.03	CE 4.12.03	CSSS-CN 30.10.03	CN Printemps 04		

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 / CPS = Commission de la politique de sécurité.

* Les modifications des APG seront intégrées dans la nouvelle «Loi fédérale sur les allocations pour perte de gain en cas de service et de maternité, LAPG». Le délai référendaire court jusqu'au 22 janvier 2004 (FF 2003, 6051).

Calendrier

Réunions, congrès, cours

Date	Manifestation	Lieu	Renseignements et inscription
22.1.04	6 ^e journée Forum Santé-Gesundheit «Crise du système suisse de santé: entre liberté et solidarité?» (cf. note)	Interlaken	Sanofi-Synthelabo SA Managed Care Case postale 361 1217 Meyrin 1 Fax 022 783 93 56 forumsante@sanofi-synthelebo.com
23.1.04	Forum 2004 «Y a-t-il une solidarité entre les générations? Le défi démographique» (cf. CHSS 5/2003 p. 309)	Berne, Kultur-Casino	Caritas Suisse Secteur Communication Löwenstrasse 3 6002 Lucerne Tél. 041 419 22 22 Fax 041 419 24 24 info@caritas.ch www.caritas.ch
29/30.1.04	6 ^e Conférence nationale sur la promotion de la santé «Pratiques démocratiques et promotion de la santé – comment influencer les politiques publiques»	Lugano	Promotion Santé Suisse Avenue de la Gare 52 Case postale 670 1001 Lausanne Tél. 021 345 15 15 Fax 021 345 15 45 www.promotionsante.ch office@promotionsante.ch
5/6.2.04	Cours de perfectionnement ARPIH «Initiation à l'évaluation des aptitudes professionnelles» (cf. CHSS 5/2003 p. 309)	Fribourg, CIS	ARPIH Fondation Les Oliviers Le Mont-sur-Lausanne Tél. 021 653 86 22 Fax 021/653 86 33
2.4.04	Journée ARTIAS «Les Assises du social»	Fribourg	Secrétariat des Assises Service de l'action sociale Fribourg Tél. 026 305 29 92
17.6.04	Journée Procap «4 ^e révision de l'AI: quelles nouveautés?» (cf. note)	Yverdon-les-Bains	Procap C. Corbaz Rue de Flore 30, c.p. 2500 Bienne 3 Tél. 032 322 84 86 Fax 032 323 82 94 c.corbaz@procap.ch
18.9.04	Journée AGILE / DOK «Egalité – nous la concrétisons!» (cf. note)	Lausanne	Procap C. Corbaz Rue de Flore 30, c.p. 2500 Bienne 3 Tél. 032 322 84 86 Fax 032 323 82 94 c.corbaz@procap.ch

Les nouveautés de la 4^e révision de l'AI

La 4^e révision de l'AI entre en vigueur le 1^{er} janvier 2004. Procap, avec l'un de ses avocats, propose de découvrir ce qui change pour la personne avec un handicap, et d'en savoir plus sur les allocations d'assistance, les trois quarts de rente, les services médicaux régionaux ainsi que sur les changements dans le domaine des mesures professionnelles.

Loi sur l'égalité des personnes handicapées

L'art. 8, al. 2, de la Constitution fédérale protège déjà les personnes handicapées contre les discriminations. De plus, le 1^{er} janvier 2004, la nouvelle loi sur l'égalité des personnes handicapées (LHand) entre en vigueur. Quelles possibilités donnent ces deux instruments? Quelles améliorations amènent-ils? Comment faire pour que les droits soient respectés? Comment procéder exactement? Quand choisir la voie judiciaire, quand préférer d'autres démarches?

Public-cible: les collaborateurs et collaboratrices bénévoles, les employés d'organisations du handicap ainsi que les personnes handicapées.

Forum Santé-Gesundheit

La Constitution fédérale interdit explicitement la discrimination. En matière de santé, cela signifie universalité et égalité dans l'accès au système de soins. Des mesures telles que le moratoire sur l'ouverture de cabinets médicaux ou la suppression de l'obligation de contracter comportent-elles un danger pour ces principes?

Cette année encore, Forum Santé-Gesundheit est au centre de l'actualité. Comment définir les concepts de solidarité, liberté et responsabilité en matière de santé, aborder les questions du nécessaire et de l'utile? Le catalogue des prestations doit-il être minimal ou maximal? Faut-il préserver l'Etat social ou accroître le libéralisme en matière de santé, en favorisant la concurrence? Où trouver les financements pour cette solidarité?

Livres

Handicaps

Eva Schmidt, Joe A. Manser. **Rues – Chemins – Places. Directives «Voies piétonnes adaptées aux handicapés».** Centre suisse pour la construction adaptée aux handicapés, Kernstrasse 57, 8004 Zurich. Tél. 01 299 97 97, fax 01 299 97 98, info@construction-adaptee.ch, www.construction-adaptee.ch. Abonnements de bienfaiteur de Fr. 200.–, 50.– ou 20.–.

C'est depuis 1981 – année consacrée aux handicapés par l'ONU – que le Centre suisse soutient la construction adaptée aux handicapés en Suisse. Ses nouvelles directives sont fondées sur les connaissances scientifiques les plus récentes et contiennent des recommandations détaillées sur l'aménagement des rues, des chemins et des places, pour qu'ils soient utilisables par tous. Les publications et les services de consultation cantonaux seront d'une aide précieuse lorsque la loi sur les handicapés exigera la réalisation systématique de la construction sans barrière, à partir de 2004.

Politique sociale

Jean-Pierre Fragnière. **Les relations entre les générations. Petit glossaire.** Editions Réalités sociales, case postale 1273, 1001 Lausanne. Fax 021 907 99 64; commandes en ligne: librairie@albert-le-grand.ch. 2003, 152 pp., Fr. 23.–, ISBN 2-88146-127-1.

Le glossaire rassemble plus de 320 termes qui devraient permettre de cerner les principales dimensions de la question des âges et des générations.

Le projet de ce glossaire est triple:

- indiquer les termes qui entrent dans l'établissement d'un diagnostic sur les situations nouvelles, en particulier en ce qui concerne les mouvements des populations, leur structure, leurs modes de vie et les échanges entre les générations;

- réunir des mots qui expriment les étapes de tout parcours de vie dans leurs aspects subjectifs et objectifs;

- évoquer les concepts qui se révéleront utiles pour les actions de planification des politiques susceptibles de promouvoir la qualité des relations entre les générations, en particulier en renforçant les solidarités.

Prévoyance vieillesse

Centre d'information AVS/AI. **Tout sur l'AVS.** 5^e édition entièrement remaniée. Editions Sauerländer, Ausserfeldstrasse 9, 5036 Oberentfelden. Tél. 062 836 86 86, fax 062 836 86 20, verlag@sauerlaender.ch, www.sauerlaender.ch. 2003, 96 pp., Fr. 24.–, ISBN 3-0345-0012-2.

La nouvelle édition tient compte des modifications essentielles des assurances sociales découlant des accords bilatéraux entre la Suisse et la Communauté européenne. Elle donne aussi des réponses aux questions que se posent les plus jeunes comme les plus âgés au sujet du régime de l'assurance sociale vieillesse et survivants, par exemple: Qui est assuré à l'AVS? Qui doit payer des cotisations à l'AVS et pendant combien de temps? Quel sera mon montant de cotisations lorsque je serai à la retraite anticipée? Doit-on payer des cotisations pour la femme de ménage? Ajourner sa rente, est-ce rentable? A quel moment ai-je droit aux prestations complémentaires?

Santé publique

La santé psychique en Suisse – monitoring. Edition Obsan, Neuchâtel 2003. Disponible auprès de Obsan-Versand c/o GEWA, Tannholzstrasse 14, 3052 Zollikofen, obsan.versand@gewa.ch.

La santé psychique et la qualité de vie de la population suisse sont de plus en plus affectées par la mutation sociale accélérée de la société moderne. Cela a mené en l'espace de quelques années à une augmentation considérable des traitements

psychiatriques. La présente publication offre un aperçu des études réalisées actuellement en Suisse.

Annuaire de l'assurance-maladie suisse 2003. Commande auprès de santésuisse, Römerstrasse 20, 4500 Soleure. Fax 032 625 42 70, info@santesuisse.ch, www.santesuisse.ch. Fr. 29.–. La partie administrative contient entre autres les chiffres concernant l'assurance-maladie sociale suisse, la liste de santésuisse, des autorités fédérales et des commissions et les institutions affiliées. La partie législative contient les lois et ordonnances y afférentes.

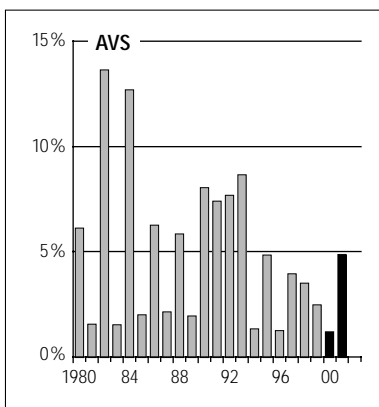
Antoine Bailly, Martin Bernhardt et Mauro Gabella. **Pour une santé de qualité en Suisse.** Paris: Economica, 2003. Bibliothèque CDSP, rue du Bugnon 21, 1005 Lausanne. Téléphone 021 314 73 90, fax 021 314 74 04, Cdsp@hospvd.ch, ISBN/ISSN 2717845879.

La Suisse, comme tous les pays occidentaux, s'inquiète de l'évolution de son système de santé. Quelles politiques prévoir pour qu'il reste de qualité, accessible à tous et qu'il soit plus efficient? Par une analyse détaillée du fonctionnement du système sanitaire, cet ouvrage propose des solutions pour son financement et son bon fonctionnement. Ainsi contribue-t-il au débat pour la préservation d'une filière santé de qualité et durable.

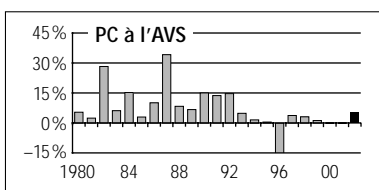
Jean-Claude Henrard et Joël Ankri. **Viellissement, grand âge et santé publique. Pour sortir la vieillesse du ghetto de l'assistance dans laquelle la société industrielle l'a enfermée.** Editions de l'Ecole nationale de la santé publique ENSP, F-Rennes. 2003, 24 euros, 277 pp., ISBN/ISSN 2859528229.

Cet ouvrage concerne la santé publique dans le domaine du vieillissement et de la vieillesse. Une première partie porte sur la santé de la population âgée et plus particulièrement du grand âge: la sénescence et les maladies, les déterminants de la morbidité, les différents facteurs de risque, l'impact de la prévention, des soins curatifs et de réadaptation, la dépendance des personnes âgées. La deuxième partie se penche sur les aspects et les déterminants sociaux de la santé au grand âge. La troisième partie rappelle les différentes étapes menées en matières de politiques publiques d'action sociale et médico-sociale vieillesse, les obstacles rencontrés et les enjeux de santé publique soulevés par le grand âge.

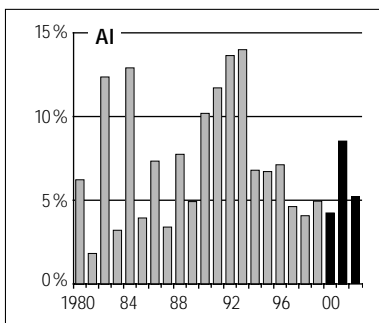
Modification des dépenses en % depuis 1980



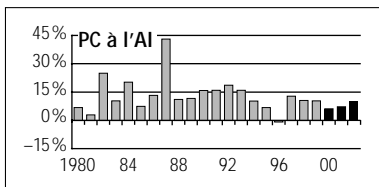
AVS		1980	1990	2000	2001	2002	Modification en % TM ¹
Recettes	mio fr.	10 896	20 355	28 792	29 620	28 903	-2,4%
	dont contrib. ass./empl.	8 629	16 029	20 482	21 601	21 958	1,7%
	dont contrib. pouv. publics ²	1 931	3 666	7 417	7 750	7 717	-0,4%
Dépenses		10 726	18 328	27 722	29 081	29 095	0,0%
	dont prestations sociales	10 677	18 269	27 627	28 980	29 001	0,1%
Solde		170	2 027	1 070	538	-191	-135,5%
Etat compte de capital		9 691	18 157	22 720	23 259	23 067	-0,8%
Bénéf. rentes simples	Personnes	577 095	678 526	993 644	1 547 515 ³	1 547 930	0,0%
Bénéf. rentes couples	Couples	226 454	273 431	261 155	-	-	-
Bénéf. rentes veuves/veufs	Personnes	69 336	74 651	79 715	81 592	87 806	7,6%
Cotisants AVS, AI, APG		3 254 000	3 773 000	3 906 000



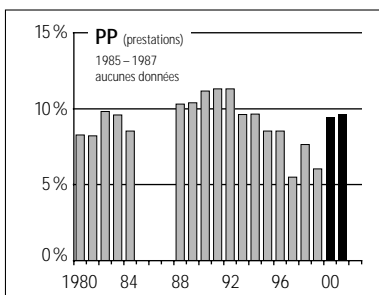
PC à l'AVS		1980	1990	2000	2001	2002	TM ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	343	1 124	1 441	1 442	1 525	5,7%
	dont contrib. Confédération	177	260	318	317	343	8,0%
	dont contrib. cantons	165	864	1 123	1 125	1 182	5,1%
Bénéficiaires (personnes, av. 1997 cas)		96 106	120 684	140 842	140 043	143 398	2,4%



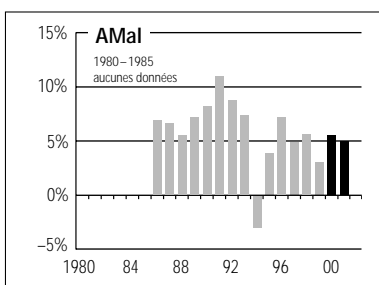
AI		1980	1990	2000	2001	2002	TM ¹
Recettes	mio fr.	2 111	4 412	7 897	8 458	8 775	3,7%
	dont contrib. salariés/empl.	1 035	2 307	3 437	3 624	3 682	1,6%
	dont contrib. pouv. publics	1 076	2 067	4 359	4 733	4 982	5,3%
Dépenses		2 152	4 133	8 718	9 465	9 964	5,3%
	dont rentes	1 374	2 376	5 126	5 601	5 991	7,0%
Solde		- 40	278	- 820	-1 008	-1 189	18,1%
Etat compte de capital		- 356	6	-2 306	-3 313	-4 503	35,9%
Bénéf. rentes simples	Personnes	105 812	141 989	221 899	241 952	258 536	6,9%
Bénéf. rentes couples	Couples	8 755	11 170	6 815	-	-	-



PC à l'AI		1980	1990	2000	2001	2002	TM ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	72	309	847	909	1 003	10,4%
	dont contrib. Confédération	38	69	182	195	220	12,7%
	dont contrib. cantons	34	241	665	714	783	9,8%
Bénéficiaires (personnes, av. 1997 cas)		18 891	30 695	61 817	67 800	73 555	8,5%

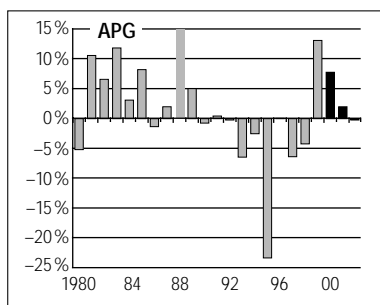
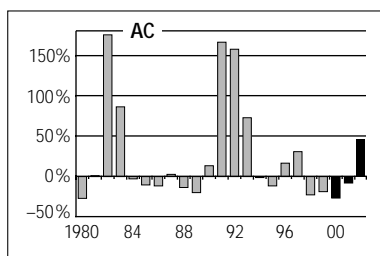
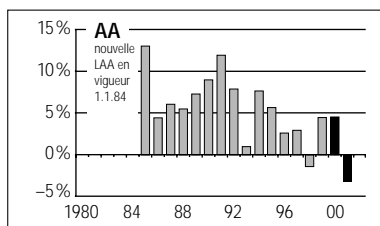


PP / 2^e pilier		1980	1990	2000	2001	2002	TM ¹
Recettes	mio fr.	13 231	33 740	50 511	53 600	...	6,1%
	dont contrib. sal.	3 528	7 704	10 294	11 300	...	9,8%
	dont contrib. empl.	6 146	13 156	15 548	17 400	...	11,9%
	dont produit du capital	3 557	10 977	16 552	14 700	...	-11,2%
Dépenses		...	15 727	33 069	36 000	...	8,9%
	dont prestations sociales	3 458	8 737	20 236	22 200	...	9,7%
Capital		81 964	207 200	475 000	455 000	...	-4,2%
Bénéficiaires de rentes	Bénéf.	326 000	508 000	748 124	785 000	...	4,9%



AMal Assurance obligatoire		1980	1990	2000	2001	2002	TM ¹
Recettes	mio fr.	...	8 630	13 898	14 138	...	1,7%
	dont primes	...	6 954	13 442	13 997	...	4,1%
	dont réduction de primes	...	332	2 533	2 672	...	5,5%
Dépenses		...	8 370	14 204	14 928	...	5,1%
	dont prestations	...	8 204	15 478	16 386	...	5,9%
	dont participation aux frais	...	-801	-2 288	-2 400	...	4,9%
Solde comptable		...	260	-306	-790	...	158,1%
Réserves		...	-	2 832	2 102	...	-25,8%
Effectifs des assurés au 31.12		6 206 832	6 874 241	7 268 111	7 321 287	...	0,7%

Modification des dépenses en % depuis 1980



AA tous les assureurs		1980	1990	2000	2001	2002	TM ¹
Recettes	mio fr.	...	4 210	6 645	6 218	...	-6,4%
	dont contrib. des assurés	...	3 341	4 671	4 880	...	4,5%
Dépenses		...	4 135	6 523	6 251	...	-4,2%
	dont prestations directes sans rench.	...	2 743	3 886	4 058	...	4,4%
Solde comptable		...	75	122	-33	...	-127,0%
Capital de couverture		...	11 172	22 287	23 326	...	4,7%

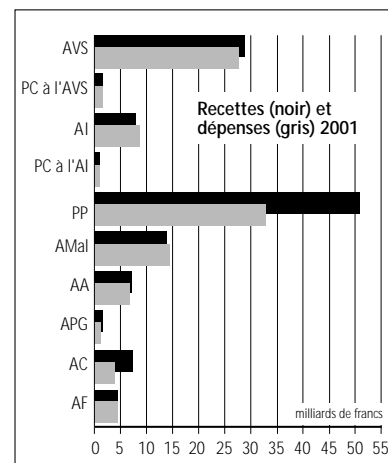
AC Source: seco		1980	1990	2000	2001	2002	TM ¹
Recettes	mio fr.	474	786	6 646	6 852	6 969	1,7%
	dont contrib. sal./empl.	429	648	6 184	6 548	6 746	3,0%
	dont subventions	-	-	225	202	169	-16,4%
Dépenses		153	502	3 711	3 415	4 966	45,4%
Solde comptable		320	284	2 935	3 437	2 004	-41,7%
Fonds de compensation		1 592	2 924	-3 157	279	2 283	717,1%
Bénéficiaires ⁴	Total	...	58 503	207 074	194 559	248 527	27,7%

APG		1980	1990	2000	2001	2002	TM ¹
Recettes	mio fr.	648	1 060	872	813	662	-18,6%
	dont cotisations	619	958	734	774	787	1,6%
Dépenses		482	885	680	694	692	-0,3%
Solde comptable		166	175	192	120	-30	-125,1%
Fonds de compensation		904	2 657	3 455	3 575	3 545	-0,8%

AF		1980	1990	2000	2001	2002	TM ¹
Recettes estimées	mio fr.	...	3 115	4 331	4 433	...	2,4%
	dont agric. (Confédération)	69	112	139	135	...	-2,7%

Compte global des assurances sociales en 2001

Branches des assurances sociales	Recettes mio fr.	TM 2000/2001	Dépenses mio fr.	TM 2000/2001	Solde ⁵ mio fr.	Réserve mio fr.
AVS	29 620	2,9%	29 081	4,9%	538	23 259
PC à l'AVS	1 442	0,1%	1 442	0,1%	-	-
AI	8 458	7,1%	9 465	8,6%	-1 008	-3 313
PC à l'AI	909	7,3%	909	7,3%	-	-
PP ³ (estimation)	53 600	6,1%	36 000	8,9%	-20 000	455 000
AMal	14 138	1,7%	14 928	5,1%	-790	2 103
AA	6 218	-6,4%	6 251	-4,2%	-33	23 326
APG	813	-6,7%	694	2,0%	120	3 575
AC	6 852	3,1%	3 415	-8,0%	3 437	279
AF (estimation)	4 433	2,4%	4 462	2,4%	-29	...
Total consolidé⁵	126 198	3,8%	106 363	5,4%	-17 765	504 228



Indicateurs d'ordre économique

comp. CHSS 6/2000, p. 313-315

	1970	1980	1990	1999	2000	2001
Taux de la charge sociale ⁶	13,5%	19,6%	21,4%	26,4%	26,0%	26,3%
Taux des prestations sociales ⁷	8,5%	13,2%	14,1%	20,6%	20,1%	20,8%

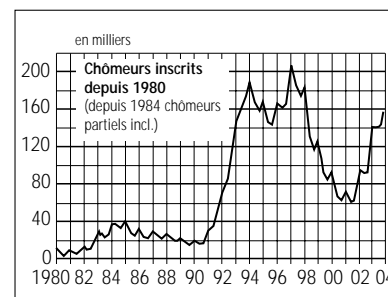
Chômeurs(euses)

	ø 2000	ø 2001	ø 2002	sept. 03	oct. 03	nov. 03
Chômeurs complets ou partiels	71 987	67 197	100 504	146 688	151 259	156 598

Démographie

Scénario A-2000, depuis 2010 tendance de l'OFAS

	2000	2002	2010	2020	2030	2040
Rapport dépendance <20 ans ⁸	37,6%	36,8%	34,0%	32,0%	35,6%	37,1%
Rapport dépendance des personnes âgées ⁸	25,0%	25,2%	28,2%	33,1%	40,8%	43,9%



1 Taux de modification annuel le plus récent = TM.
 2 Inklus TVA (depuis 1999) et impôt sur les bénéfices des maisons de jeu (depuis 2000).
 3 10^e révision AVS: transfert des rentes pour couples.
 4 Le nombre de chômeurs se trouve à la fin du tableau.
 5 Solde PP corrigé des différences statistiques.
 6 Rapport en % des recettes des assurances sociales au produit intérieur brut.
 7 Rapport en % des prestations des assurances sociales au produit intérieur brut.

8 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 65).

Source: Statistique des assurances sociales suisses 2002 de l'OFAS; seco, OFS.
 Informations: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Chiffres repères dans la prévoyance professionnelle

MARIE-CLAUDE SOMMER

Secteur Mathématique, Centre de compétence, Office fédéral des assurances sociales, Berne

Catégories en francs ou en pour-cent	Age de retraite : (cf. explication point 3)	2001	2003		2004	
		62/65	62/65	63 pour les femmes	62/65	63 pour les femmes
1. Rente de vieillesse de l'AVS						
minimale		12 360	12 660		12 660	
maximale		24 720	25 320		25 320	
2. Salaire						
Déduction de coordination (valeur seuil)		24 720	25 320		25 320	
Salaire annuel AVS maximal formateur de rente		74 160	75 960		75 960	
Salaire coordonné minimal		3 090	3 165		3 165	
Salaire coordonné maximal		49 440	50 640		50 640	
3. Avoir de vieillesse (AV)						
Taux minimal LPP		4 %	3,25 %		2,25 %	
AV min.	à l'âge de 62/65 resp. 63 ans pour les femmes	10 010	11 658	11 782	12 361	12 490
	à l'âge de 62/65 resp. 63 ans avec les BCU (cf. 4)	20 020	23 316	23 564	24 722	24 980
	en % du salaire coordonné	647,9	736,7	744,5	781,1	789,3
AV max.	à l'âge de 62/65 resp. 63 ans	160 106	186 410	188 392	197 686	199 719
	en % du salaire coordonné	323,8	368,1	372,0	390,4	394,4
4. Bonifications complémentaires uniques pour la génération d'entrée (BCU)						
Limite inf. du salaire pour les bonifications compl. uniques		9 960	10 200		10 200	
– Montant min. de l'AV à 62/65 resp. 63 ans correspondant		32 298	37 614	38 010	39 876	40 296
Limite sup. du salaire pour les bonifications compl. uniques		19 920	20 400		20 400	
– Montant max. de l'AV à 62/65 resp. 63 ans correspondant		64 596	75 228	76 020	79 752	80 592
5. Rentes de vieillesse et expectatives de survivants						
Taux de conversion de la rente à l'âge de 62/65		7,2 %	7,2 %		7,2 %	
Rente annuelle min. à l'âge de 62/65 resp. 63 ans		1 441	1 679	1 697*	1 780	1 799*
– en % du salaire coordonné		46,6	53,0	53,06	56,2	56,8
Rente min. expectative de veuve		865	1 007		1 068	
Rente min. expectative d'orphelin		288	336		356	
Rente annuelle max. à l'âge de 62/65 resp. 63 ans		11 528	13 422	13 564*	14 233	14 380*
– en % du salaire coordonné		23,3	26,5	26,79	28,1	28,4
Rente max. expectative de veuve		6 917	8 053		8 540	
Rente max. expectative d'orphelin		2 306	2 684		2 847	
6. Versement en espèces des prestations						
Montant limite de l'AV pour le versement en espèces		17 100	17 500		17 500	
7. Adaptation au renchérissement						
pour la première fois après une durée de 3 ans		2,7 %	2,6 %		1,7 %	
après une durée supplémentaire de 2 ans		2,7 %	1,2 %		—	
après une durée supplémentaire de 1 an		1,4 %	0,5 %		—	
8. Cotisations au Fonds de garantie						
au titre de subsides pour structure d'âge défavorable		0,05 %	0,06 %		0,06 %	
au titre de prestations pour insolvabilité et d'autres prestations		0,03 %	0,04 %		0,04 %	
Limite du salaire maximale pour la garantie des prestations		111 240	113 940		113 940	
9. Prévoyance professionnelle obligatoire des personnes au chômage						
Salaire journalier minimal		94,90	97,25		97,25	
Salaire journalier maximal		284,80	291,70		291,70	
Salaire journalier assuré (coordonné) minimal		11,90	12,15		12,15	
Salaire journalier assuré (coordonné) maximal		189,90	194,45		194,45	
10. Montant limite non imposable du pilier 3a						
Montant limite supérieur du pilier 3a, si affiliation au 2 ^e pilier		5 933	6 077		6 077	
Montant limite supérieur du pilier 3a, sans affiliation au 2 ^e pilier		29 664	30 384		30 384	

Explication des chiffres repères

Les données annuelles dès 1985 peuvent être obtenues

par e-mail: marie-claude.sommer@bsv.admin.ch ou par tél. au 031 322 90 52

	art.
1. La rente AVS minimale correspond à la moitié de la rente AVS maximale.	34 LAVS 34 al. 3 LAVS
2. Les salariés auxquels un même employeur verse un salaire annuel supérieur à la déduction de coordination sont soumis à l'assurance obligatoire pour les risques de décès et d'invalidité dès le 1 ^{er} janvier qui suit leur 17 ^e anniversaire et pour la vieillesse dès le 1 ^{er} janvier qui suit leur 24 ^e anniversaire. La déduction de coordination correspond à la rente AVS maximale. Le salaire coordonné minimal correspond à 1/6 de la déduction de coordination.	2, 7, 8 LPP 8 al. 1 LPP 8 al. 1 LPP 8 al. 2 LPP
3. L'avoir de vieillesse comprend les bonifications de vieillesse accumulées durant la période d'appartenance à la caisse de pension et celui versé par les institutions précédentes, avec les intérêts (taux d'intérêt minimal de 4 % de 1985 à 2002, de 3,25 % en 2003, de 2,25 % en 2004). Dès 2002, la première valeur est celle des femmes qui atteignent l'âge de retraite de 62 ans ou des hommes qui atteignent 65 ans (âges de retraite légale dans la LPP). La deuxième valeur est celle des femmes qui atteignent l'âge de retraite de 63 ans, âge possible de retraite dès le 1.1.2001 (loi fédérale relative à la continuation de l'assurance des travailleuses dans la PP du 23.3.2001, abrégée ici LC).	15 LPP 12 OPP2 21 al.1 OPP2 13 al.1 LPP 1 LC
4. Selon l'article 11, 2 ^e alinéa des dispositions transitoires complétant la Constitution fédérale, le législateur est tenu de prévoir des mesures particulières pour la génération d'entrée de la prévoyance professionnelle (personnes qui ont plus de 25 ans et qui n'ont pas atteint l'âge de la retraite au 1.1.1985). On peut se référer à la brochure «Bonifications complémentaires uniques pour la génération d'entrée» qui paraît chaque année.	31, 32, 33 LPP 21 al. 2 OPP2 Brochure BCU 21 al. 1 OPP2 Brochure BCU
5. La rente de vieillesse est calculée en pour-cent de l'avoir de vieillesse (taux de conversion) que l'assuré a acquis à l'âge de la retraite. Rente de vieillesse LPP minimale: droit aux prestations qu'a une personne assurée sans interruption depuis 1985, pour un salaire coordonné toujours minimal. Rente de vieillesse LPP maximale: droit aux prestations qu'a une personne assurée sans interruption depuis 1985, pour un salaire coordonné toujours maximal (*valeur inférieure qui doit être dépassée, puisque le taux de conversion doit être adapté en conséquence selon l'art. 13 al. 2 LPP pour les femmes qui poursuivent leur activité lucrative jusqu'à 63 ans. Au décès d'un pensionné, la rente de veuve s'élève à 60% et la rente d'enfant à 20 % de la rente de vieillesse. Les prestations risque pour les femmes continuent d'être calculées sur la base de l'avoir de vieillesse acquis et projeté jusqu'à l'âge de retraite de 62 ans.	14 LPP 17 OPP2 14 LPP 18, 19, 21, 22 LPP 18, 20, 21, 22 LPP 2 al. 2 LC 18, 19, 21, 22 LPP 18, 20, 21, 22 LPP
6. A la place d'une rente, l'institution de prévoyance peut verser une prestation en capital lorsque la rente de vieillesse ou d'invalidité est inférieure à 10 % de la rente de vieillesse minimale de l'AVS ou inférieure à 6 % pour la rente de veuve et à 2 % pour la rente d'orphelin.	37 al. 2 LPP
7. Les rentes de risque, à savoir les rentes de survivants et les rentes d'invalidité, sont obligatoirement adaptées au renchérissement jusqu'à 62 ans pour les femmes ou 65 pour les hommes. Ces rentes sont adaptées à l'évolution des prix pour la première fois après une durée de 3 ans, au début de l'année civile suivante. Les adaptations suivantes sont effectuées à la même date que celles des rentes de l'AVS.	36 LPP
8. Le fonds de garantie assume entre autres la tâche suivante: il garantit, jusqu'à une limite maximale de salaire, les prestations réglementaires qui vont au-delà des prestations légales et qui sont dues par des institutions de prévoyance devenues insolubles.	14, 18 OFG 15 OFG 16 OFG 56 al. 1c, 2 LPP
9. Les bénéficiaires d'indemnités journalières de l'assurance chômage sont soumis à l'assurance obligatoire de la PP en ce qui concerne les risques de décès et d'invalidité. Les montants limites prévus aux articles 2, 7 et 8 LPP doivent être convertis en montants journaliers. Ils s'obtiennent en divisant les montants limites annuels par 260,4.	2 al. 1bis LPP
10. Montants maximaux selon l'ordonnance sur les déductions admises fiscalement pour des cotisations versées à des formes reconnues de prévoyance: contrat de prévoyance liée conclu avec les établissements d'assurances et convention de prévoyance liée conclue avec les fondations bancaires.	7 al. 1 OPP3

Sommaire 2003 de «Sécurité sociale» (CHSS)

Assurance-accidents	
Mieux coordonner la prévention	4/227
Augmentation temporaire de la prime nette CNA . . .	5/254
Assurance-chômage	
Entrée en vigueur de l'AC	3/112
Prolongation de la durée de l'indemnisation en cas de réduction de l'horaire de travail	3/112
Aperçu de la 3 ^e révision LACI	3/165
Allocations pour perte de gain	
Révision de la LAPG: message du Conseil fédéral . . .	2/58
– Débats au Parlement	3/110, 5/252
Résultats des comptes 2002 des allocations pour perte de gain	2/69
Assurance-invalidité	
Année européenne des personnes handicapées – leur situation en Suisse	
Le handicap, une différence comme les autres (éditorial)	1/2
Différentes formes d'inégalités subies par les personnes handicapées	1/8
La LHand mettra-t-elle fin à la discrimination des personnes handicapées?	1/12
2003, Année européenne des personnes handicapées . .	1/15
Le statut juridique des handicapés dans les pays limitrophes de la Suisse et aux Etats-Unis.	1/18
Pourquoi la loi sur l'égalité n'est-elle pas suffisante? . .	1/22
Points de vue de deux parlementaires engagés:	
– Marc F. Suter, conseiller national PRD, BE.	1/24
– Pierre Triponez, conseiller national PRD, BE.	1/26
Entrée en vigueur de la LHand au 1.1.2004.	4/180, 6/315
4 ^e révision de l'AI	
Débats au Conseil des Etats	1/3
La dernière ligne droite (aperçu)	1/28
Le Parlement adopte la 4 ^e révision de l'AI	2/60
Modification de l'ordonnance	3/112
Nouveaux modèles d'allocation pour impotent dans l'AI: projets-pilotes	5/282
La procédure dans l'assurance-invalidité est-elle trop longue? L'assurance-invalidité sous la poussée d'intérêts divergents (éditorial)	6/313
Assurance-invalidité: durée de la procédure.	6/318
Deux situations représentatives	6/323
Comment remédier aux effets pernecieux de la lenteur de la procédure dans l'AI.	6/325
Les faiblesses de la procédure.	6/330
Objectifs de gestion et analyse comparative: de nouveaux instruments de gestion.	6/332
Nouvel aiguillage de l'AI: une nécessité	6/337
Varia	
Financement de l'AVS et de l'AI	2/58
Résultats des comptes 2002 de l'AVS, de l'AI et des APG.	2/69
Nouveaux contrats de prestations avec les Centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI).	2/79
Handicap et invalidité psychiques en hausse: éléments d'explication d'un phénomène	3/142
Nouveaux modèles d'allocation pour impotent dans l'AI: projets-pilotes	5/282
Un fonds AI séparé	6/314
Assurance-maladie/santé publique	
Coûts, primes, tarifs	
TARMED pour l'AA, l'AM et l'AI à partir du 1.5.2003.	1/5
Oui à la loi fédérale sur le financement des coûts hospitaliers.	2/58
Initiative-santé: Des primes déterminées en fonction du revenu, de la fortune et des charges familiales? . . 2/82, 3/111	
Les médicaments sont-ils vraiment plus chers en Suisse qu'ailleurs.	2/85
Les systèmes incitatifs font baisser les frais de maladie Augmentation de la participation aux frais des assurés . . 3/152	
Evolution des coûts dans l'assurance-maladie et fixation des primes 2004.	5/285
Besoins de soins et financement: quelle évolution future?	5/292
Tarif des analyses et communautés de laboratoire. . . .	5/296
Changements d'assureurs-maladie 2003/2004	6/316
2 ^e révision de la LAMal	
Débats au Conseil national	1/4
Débats au Conseil des Etats	2/59
En deuxième lecture au Conseil national.	3/111, 4/179
Elimination des divergences.	5/251, 6/314
Réduction des primes	
Décision du Conseil fédéral sur les subsides 2004–2007 .	3/112
Débats au Parlement	4/180, 5/251
Statistiques	
Statistique de l'assurance-maladie 2001.	3/154, 4/223
Statistique Spitex 2001	3/158
Statistique de l'assurance-maladie: résultats provisoires 2002.	5/289
Flux intercantonaux de patients dans le domaine hospitalier	6/355
Varia	
Clause du besoin: adaptation des nombres limites.	1/4
Santé: non à un démantèlement	1/6
Pas de caisse-maladie unique	2/60
Modifications de l'OAMal.	3/110
Rejet de l'Initiative-santé.	3/111
Le Guide Santé destiné aux patients et aux assurés ne peut pas être réalisé pour l'instant.	3/149
Satisfaction des Suisses à l'égard des soins de santé et des primes AMal.	4/219
Mieux coordonner la prévention	4/227
Assurance-maladie: questions d'actualité	6/352
Flux intercantonaux de patients dans le domaine hospitalier	6/355

Assurance-vieillesse et survivants

11^e révision de l'AVS
 Débats au Conseil des Etats 1/3, 4/178
 Elimination des divergences au sein
 de la CSSS-CN 1/3, 2/58, 4/178
 Elimination des divergences et vote final 3/110, 5/253
 Référendum 6/315
 La 11^e révision de l'AVS est sous toit 6/340

Financement/comptes d'exploitation

Financement de l'AVS et de l'AI 2/58
 Impôt sur le tabac 2/58
 Fumer un joint pour l'AVS? 2/60
 Résultats des comptes 2002 de l'AVS, de l'AI
 et des APG 2/69
 Pas d'or de la Banque nationale pour l'AVS . . . 5/251, 6/314

**L'avenir à long terme de la prévoyance vieillesse commence
 aujourd'hui**

Assurer le financement de l'AVS et de la prévoyance
 professionnelle (éditorial) 3/109
 Les grandes lignes du programme de recherche
 sur l'avenir à long terme de la prévoyance vieillesse . . 3/115
 Analyse des déterminants individuels et institutionnels
 du départ anticipé à la retraite 3/118
 Déterminants individuels et institutionnels de l'âge
 de la retraite 3/121
 Simulation prospective de la couverture de retraite
 à l'horizon 2040 3/125
 Evolution des besoins de financement de l'AVS 3/128
 Analyse des sources de financement de l'AVS –
 résultats d'un modèle à générations imbriquées 3/132
 Résultats d'un modèle économique à moyen
 et long termes pour la Suisse 3/135

Varia

Commission fédérale AVS/AI 1/54
 10^e révision de l'AVS: bilan 2/73

International

Bientôt des primes par tête dans l'assurance-maladie
 allemande? 1/44
 Approbation de la convention avec les Philippines . . . 2/58

Accords bilatéraux CH-UE: premier bilan

Un premier bilan positif (éditorial) 5/249
 Une année après 5/256
 Accord sur la libre circulation des personnes:
 premières expériences 5/258
 Le défi de l'introduction des nouvelles règles
 d'assujettissement 5/260
 Coordination internationale en matière d'assurance-
 maladie 5/264
 Formules européennes électroniques 5/268
 Application dans le domaine de l'assurance-chômage . 5/270
 Application dans le domaine de l'assurance-maladie
 dans le canton de Genève 5/272
 Expériences d'une caisse de compensation 5/275
 Procédure d'adaptation de l'annexe II 5/276
 Elargissement de l'UE à dix nouveaux Etats:
 conséquences pour la Suisse 5/278

Personnel

Bienvenue au chef du DFI Pascal Couchepin 1/1
 Départ de M. Otto Piller 1/5
 M. Michel Valterio, dirige l'OFAS par intérim 2/60

Interview à l'occasion du départ du directeur
 de l'OFAS Otto Piller 2/62
 Nomination du nouveau directeur de l'OFAS
 et nouvelle répartition des tâches au sein du DFI 5/250

Politique sociale

Aide aux victimes: augmentation de la demande 1/6
 Couverture du minimum vital et fédéralisme
 (résultats d'une étude) 2/87
 – Prise de position de la CSIAS 2/94
 – Prise de position de la CDAS 2/95
 Programme d'allégement
 budgétaire 2003 3/111, 4/180, 5/252, 6/315
 La politique migratoire suisse et les assurances
 sociales 3/161
 Réforme de la péréquation financière et
 de la répartition des tâches entre la Confédération
 et les cantons (RPF) 4/178, 5/253, 6/363
 Train de mesures fiscales 2001 2/59, 3/111, 4/179
 – Référendum des cantons et votation populaire 5/253
 Loi fédérale sur le partenariat enregistré des couples
 homosexuels 5/251
 Effets de la normalisation médicale sur la situation
 des personnes vivant avec le VIH/SIDA 5/301
 Promotion de l'égalité entre femmes et hommes 6/314
 Sans papiers, mais pas sans droits 6/359

La pauvreté – une réalité en Suisse aussi

Pauvreté: prévenir vaut mieux que guérir (éditorial) . 4/177
 La pauvreté – une réalité en Suisse 4/181
 Stratégie pour éviter la pauvreté en Suisse 4/182
 Plan national de lutte contre la pauvreté en Suisse:
 des enseignements européens 4/186
 Pour un soutien ciblé aux familles à faible revenu . . . 4/189
 Les pauvres vivent moins longtemps 4/192
 Le problème de la mesure statistique des phénomènes
 sociaux: les bas salaires en question 4/194
 Thèses et opinions
 – UPS: Combattre la pauvreté par la formation
 et le travail 4/197
 – USS: La pauvreté en Suisse et comment
 l'éradiquer – propositions concrètes 4/199
 – CSIAS: Lutte contre la pauvreté et aide sociale . . . 4/201
 – CDAS: Le combat des cantons contre la pauvreté . 4/203

Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

Le non-recours aux prestations complémentaires
 à l'AVS 1/30
 Les PC en 2002: Beaucoup de jeunes invalides
 et de personnes âgées 4/215

Prévoyance professionnelle

1^{re} révision de la LPP
 Débats au Conseil des Etats 1/3, 4/178
 Elimination des divergences 2/60, 3/110, 4/178, 5/252
 Les Chambres adoptent la 1^{re} révision de la LPP 6/342

Consolider la prévoyance professionnelle

Garantir et développer la prévoyance professionnelle . 2/67
 Abaissement du taux d'intérêt minimal
 à 2,25 % 3/112, 5/281
 Mesures destinées à résorber les découverts:
 procédure de consultation 3/139
 Message du Conseil fédéral concernant les mesures
 d'assainissement 5/279
 Examen préliminaire au sein des commissions 6/314

Analyse des effets de la LFLP et de la LEPL
Effets positifs de la LFLP dans la prévoyance
professionnelle 4/205
Analyse des effets de l'encouragement
à la propriété du logement 4/208
Commentaire de l'OFAS 4/212

Varia

Commission fédérale LPP 1/5
Deux commissions d'experts pour l'examen
de certains problèmes du système de la PP 4/180
Réexamen du taux de conversion 5/253
Une prévoyance vieillesse davantage axée
sur la durabilité 6/314
Chiffres repères dans la PP 6/380

Questions familiales

Accueil extrafamilial des enfants
200 millions pour des crèches 1/3
Présentation du programme d'impulsion
de la Confédération 1/33
Le programme d'impulsion de la Confédération
a bien démarré 4/180

Assurance-maternité

L'initiative Triponez devant le Conseil national 1/4
Débats au sein de la CSSS-CE 1/4, 3/110
Débats au Conseil des Etats 4/178
Elimination des divergences 4/178, 5/252

Réforme de l'imposition des couples et des familles

Elimination des divergences 2/59, 3/111
Vote positif, référendum 4/178, 5/252, 6/314

Varia

Allocations familiales cantonales au 1^{er} janvier 2003 . . . 1/35
Campagne contre la violence envers les enfants 1/40
Initiatives pour des allocations pour enfants
uniformes 3/110

Sécurité sociale / assurances sociales

La sécurité sociale à l'aune du développement durable 1/36
Consolider la sécurité sociale et favoriser les liens
intergénérationnels (éditorial) 2/57
Mondialisation et Etat social 4/232
Statistique des assurances sociales 2003 4/236

Devenir indépendant: un prix et des risques 6/345
Assurances sociales: ce qui change en 2004 6/365

Vieillesse

Promouvoir de nouvelles formes d'habitation
pour les aînés 1/42
Améliorer les perspectives d'emploi des travailleurs
âgés 5/254
Une organisation récompensée pour la qualité
de ses logements pour aînés 5/254

Varia

Le domaine M+A de l'OFAS sera-t-il intégré
à l'OFSP? 259
Les Suisses toujours plus préoccupés par l'économie . . 2/61
Croissance démographique grâce à l'immigration 2/61
Deux portails Internet pour le social en Suisse 2/97
Vitrine du Parlement: nouveau pavillon d'accueil . . . 3/113

Rubriques

Interventions

parlementaires 1/48, 2/100, 3/166, 4/240, 5/304, 6/369
Législation: les projets
du Conseil fédéral 1/52, 2/104, 3/172, 4/244, 5/308, 6/375
Calendrier (réunions, congrès,
cours) 1/53, 2/105, 3/173, 4/245, 5/309, 6/376
Liens Internet 1/56, 2/108, 3/176, 4/248, 5/312, 6/377

Livres

– Assurance-invalidité / handicap 3/176, 4/248, 6/377
– Chômage 5/312
– Droit 1/56
– Généralités 2/108, 3/176, 5/312
– International 3/176, 4/248, 5/312
– Politique sociale / International 1/56, 6/377
– Prévoyance VSI 3/176, 4/248, 6/377
– Questions familiales 2/108,
– Santé publique 1/56, 2/108, 4/248, 5/312, 6/377
– Social 2/108, 3/176
– Statistique 3/176
Statistiques des assurances
sociales 1/54, 2/106, 3/174, 4/246, 5/310, 6/378