

Dossier

Prévention et promotion de la santé

Politique sociale

Assurances sociales : modifications et réformes
en cours

Prévoyance

60 ans AVS

Sécurité sociale

CHSS 6/2008



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Sommaire Sécurité sociale CHSS 6/2008

Editorial	321
Chronique octobre/novembre 2008	322
Mosaïque	324

Dossier

Prévention et promotion de la santé

Renforcer les compétences de tous dans le domaine de la santé	325
Une nouvelle base légale pour la prévention et la promotion de la santé (S. von Greyerz, OFSP)	326
Renforcer la prévention et la promotion de la santé : les arguments économiques (M. Läubli-Loud, OFSP)	328
Prévention et promotion de la santé du point de vue des cantons (Th. Steffen, Département de la santé du canton de Bâle-Ville)	332
L'union fait la force (B. Meili, Ligue suisse contre le cancer)	335
Les pilotes de la santé (Ch. Romann, B. Weil, FMH)	338
Rôle du pharmacien dans la prévention (M. Mesnil, pharmaSuisse)	340
Programme national alcool 2008-2012 (P. Aemmer, D. Hess-Klein, A. Lévy, OFSP)	343
Programme national tabac 2008-2012 (P. Aemmer, Ch. Eggenberger, A. Lévy, OFSP)	347
Programme national alimentation et activité physique 2008-2012 (L. Bruggmann, OFSP)	351

Prévention des maladies non transmissibles : l'exemple des maladies psychiques (R. Ricka, OFSP)	354
Campagnes de prévention : des millions jetés par les fenêtres? (A. Kammer, OFSP)	357

Politique sociale

Assurances sociales : modifications et réformes en cours (R. Marolf, OFAS)	360
Résultats de la statistique des assurances sociales suisses 2008 (S. Schüpbach, St. Müller, OFAS)	366

Prévoyance

L'AVS a 60 ans – l'importance de cette assurance sociale (M. Kolly, St. Müller, S. Schüpbach, OFAS)	370
L'AVS a 60 ans – l'évolution de cette assurance sociale (F. Bag, St. Müller, S. Schüpbach, OFAS)	374
L'AVS a 60 ans – l'avenir de cette assurance sociale (M. Kolly, K. Schlupe, OFAS)	379

Assurance-invalidité

Réinsérer vaut mieux qu'exclure (C. Champion, OFAS)	383
---	-----

Parlement

Interventions parlementaires	386
Législation : les projets du Conseil fédéral	390

Informations pratiques

Calendrier (réunions, congrès, cours)	391
Statistiques des assurances sociales	392
Chiffres repères dans la prévoyance professionnelle	394
Livres	396
Sommaire 2008	397

Notre adresse Internet : www.ofas.admin.ch



Prévention et promotion de la santé en Suisse



Professeur Thomas Zeltner
Directeur de l'Office fédéral de la
Santé publique

Jusqu'à dernièrement, la politique de la santé s'intéressait surtout à la médecine curative et au financement du système de soins. Depuis quelques années, cependant, on observe tant au niveau national que cantonal des efforts pour renforcer la prévention et la promotion de la santé. Les principales causes de cette évolution sont les défis auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui: évolution démographique, multiplication des maladies chroniques, apparition ou réapparition de certaines maladies infectieuses...

La tendance au renforcement de la prévention des maladies et des accidents, ainsi qu'à la promotion de la santé, s'explique par une remise en question croissante des grandes prémisses de la politique de la santé:

- *ces dernières décennies, on prévoyait que l'allongement de la vie en bonne santé allait se poursuivre, mais, étant donné la forte augmentation des maladies chroniques comme les troubles cardiovasculaires, le diabète ou les troubles liés au stress, on craint à l'heure actuelle un renversement de cette tendance;*
- *vu l'évolution démographique et le développement des technologies médicales, améliorer l'efficacité risque fort de ne plus suffire pour freiner l'augmentation des coûts dans le système de santé.*

En Suisse, des acteurs étatiques et privés lancent, à l'échelon de la Confédération, des cantons et des communes, de nombreux programmes de prévention et de promotion de la santé, qu'ils réalisent avec beaucoup de conviction. Les années passées, les dépenses dans ces deux domaines représentaient 2% du total des dépenses de santé, sans

compter un marché entièrement financé par des fonds privés, qui propose d'autres offres telles que le wellness et l'alimentation saine.

Le système actuel de prévention et de promotion de la santé présente de nombreux points forts: l'efficacité prouvée des programmes fédéraux dans certains domaines comme la drogue, le VIH/sida et les vaccinations, les bons résultats dans la prévention des accidents et des maladies professionnelles, la promotion de l'exercice physique et la prophylaxie des caries. Citons également la création de la fondation Promotion Santé Suisse et l'excellent soutien que les partenaires externes apportent, sous forme de coopération et de mise en réseau, aux projets de prévention mis en place par la Confédération.

Mais le système actuel présente aussi une faiblesse: à l'exception de la lutte contre les maladies transmissibles et de la prévention des maladies professionnelles et des accidents, il n'est pas suffisamment ancré du point de vue conceptuel, organisationnel et juridique. Cette faiblesse structurelle fait que de nombreux domaines de la prévention et de la promotion de la santé manquent du financement, du pilotage et de la coordination appropriés, ainsi que de la transparence nécessaire quant aux offres et aux prestations.

C'est la raison pour laquelle le Département fédéral de l'intérieur a lancé durant l'été 2005 un processus de réflexion sur la nécessité d'une nouvelle réglementation en matière de prévention et de promotion de la santé. Le résultat de ce processus a été l'ouverture par le Conseil fédéral, fin juin 2008, de la consultation relative à l'avant-projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (loi sur la prévention).

Début juin 2008, le Conseil fédéral avait déjà adopté les programmes nationaux «Alcool», «Tabac» et «Alimentation et activité physique». Il a ainsi confirmé les priorités de la politique de prévention de la Confédération et défini les objectifs jusqu'en 2012. L'alimentation déséquilibrée et le manque d'exercice, la consommation d'alcool problématique et le tabagisme entraînent chaque année 20 milliards de francs de dépenses, un coût qui peut être réduit par des mesures préventives.

Investir dans la prévention et la promotion de la santé, et ainsi maintenir la population suisse en bonne santé, c'est aussi investir dans l'avenir économique et social de notre pays. C'est là un aspect auquel la politique de la santé devra être plus attentive à l'avenir.

Entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale sur les allocations familiales

La loi fédérale du 24 mars 2006 sur les allocations familiales (LAFam) entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2009. D'ici là, les régimes cantonaux d'allocations familiales seront adaptés en conséquence. Conformément à la nouvelle loi fédérale, les montants versés par mois et par enfant devront, dans tous les cantons, être au moins les suivants :

- 200 francs pour l'allocation pour enfant (enfants jusqu'à 16 ans) ;
- 250 francs pour l'allocation de formation professionnelle (jeunes en formation de 16 à 25 ans).

Les cantons sont libres de prévoir des montants plus élevés, ainsi que d'introduire des allocations de naissance ou d'adoption. Le champ d'application de la loi se limite aux salariés et aux personnes sans activité lucrative dont le revenu est modeste. Suivant les cantons, les indépendants aussi ont droit aux allocations familiales.

Tous les employeurs doivent être affiliés à une caisse de compensation pour allocations familiales (CAF) et verser des cotisations, mais c'est aux cantons de décider si les salariés et les indépendants en versent également. Le montant des cotisations est fixé par les CAF, dans les limites posées par les dispositions cantonales en matière de financement.

Les personnes travaillant dans l'agriculture continuent de toucher des allocations conformément à la loi fédérale du 20 juin 1952 sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA). Les montants des allocations pour enfant et des allocations de formation professionnelle correspondent à ceux définis par la LAFam, à ceci près qu'ils sont majorés de 20 francs en région de montagne. L'allocation de ménage destinée aux travailleurs agricoles, de 100 francs par mois, est maintenue.

Nous avons publié dans le n° 2/2008 plusieurs articles sur les divers aspects de la réglementation fédérale en matière d'allocations familiales et les différents points de vue sur son introduction.

Depuis lors, les Directives pour l'application de la LAFam ont été rédigées et publiées sur le site Internet de l'OFAS, où l'on trouvera encore d'autres informations sur les allocations familiales, régulièrement complétées et mises à jour, qui présentent notamment :

- les genres et les montants des allocations selon les lois fédérales et les dispositions d'exécution cantonales ;
- l'inventaire des questions les plus fréquentes ;
- le système suisse d'allocations familiales en général, ainsi que le régime applicable dans l'agriculture (LFA) ;
- les réglementations cantonales en la matière.

Des mémentos et des informations complémentaires sont disponibles à l'adresse www.ahv.ch.

Nouveau numéro AVS : l'introduction se passe bien

Depuis le 1^{er} juillet 2008, les organes d'exécution du 1^{er} pilier (l'AVS, l'AI et le régime des allocations pour perte de gain, APG) utilisent le nouveau nu-

méro AVS à 13 chiffres. La plupart des assurés le découvrent lorsqu'ils reçoivent leur nouveau certificat, au format carte de crédit. Plus de trois millions de cartes, c'est-à-dire plus de la moitié des certificats, ont déjà été envoyées. La grande majorité des assurés de-

vraient avoir reçu le leur d'ici la fin du premier trimestre 2009.

Prévoyance professionnelle : taux d'intérêt minimal abaissé à 2%

Le Conseil fédéral a décidé de faire passer le taux d'intérêt minimal de la prévoyance professionnelle de 2,75% à 2%. Le nouveau taux sera appliqué dès le 1^{er} janvier 2009. Cette adaptation répond à l'évolution défavorable des marchés financiers et à leur volatilité actuelle.

Adaptation à l'évolution des prix au 1^{er} janvier 2009 des rentes de survivants et d'invalidité de la prévoyance professionnelle

Au 1^{er} janvier 2009, les rentes de survivants et d'invalidité de la prévoyance professionnelle obligatoire en cours seront adaptées à l'évolution des prix. Le taux d'adaptation est de 4,5% pour les rentes qui ont pris naissance en 2005, de 2,9% pour celles qui ont pris naissance en 2004 et de 3,7% pour les rentes antérieures à 2004.

AI : la lutte contre la fraude s'étend à l'étranger

La lutte contre la fraude dans l'assurance-invalidité s'intensifie et ne se limite plus à la Suisse ; en cas de soupçons, des contrôles peuvent désormais être effectués aussi à l'étranger. Deux entreprises ayant l'expérience de la lutte contre les abus, de la surveillance et des recours réalisent actuellement des observations au Kosovo et en Thaïlande. Si cet essai pilote s'avère positif, la collaboration avec des partenaires spécialisés dans la lutte contre la fraude à l'assurance sera étendue à d'autres pays.

Michel Valterio prend sa retraite

Michel Valterio, directeur suppléant et chef du domaine des Affaires internationales quittera l'OFAS fin 2008. Il prend sa retraite après 18 années passées à l'OFAS. Dans le cadre de son activité professionnelle, il a notamment dirigé la commission fédérale des médicaments et représenté l'office auprès des commissions des finances. Il a également dirigé le domaine Planification et ressources ainsi que le groupe de travail sécurité sociale Confédération/cantons dans le cadre de la nouvelle péréquation financière avant de reprendre dès 2005 le domaine des Affaires internationales.



Michael Valterio
Directeur suppléant de
l'OFAS

Pendant votre période d'activité à l'OFAS, quels sont les changements dans la perception des assurances sociales qui vous ont interpellés ?

Il y a vingt ans, on parlait moins de solidarité intergénérationnelle. Actuellement, cette question est au centre des débats et comprend à mes yeux deux aspects importants : la garantie du financement à long terme et un aspect sociétal. Comment faire pour que la charge de la sécurité sociale reste équitable entre les générations et quelles seront les mesures à prendre pour fournir aux personnes très âgées les services personnalisés, et à forte demande de main-d'œuvre dont elles ont et auront besoin, dans une société où il y a de moins en moins de jeunes ? La question des solidarités intergénérationnelles ne se résume donc pas à une seule approche assurantielle.

Il y a une trentaine d'années, de nombreux experts pensaient que le système de capitalisation sur lequel se fonde la prévoyance professionnelle serait peu affecté par le vieillissement démographique et qu'il permettrait de compenser les faiblesses du système de la répartition (AVS). On se rend compte aujourd'hui que le vieillissement de la population affecte

également le financement des institutions de prévoyance. Cependant, notre prévoyance vieillesse basée sur le concept des trois piliers reste solide et permet la consolidation de chacun des piliers sans mettre les autres en péril. Comme par exemple l'affectation d'une part du produit de la TVA au financement de l'AVS et les mesures d'assainissement dans la prévoyance professionnelle.

Longtemps considérés comme une entorse au principe d'assurance et susceptibles de cloisonner les gens dans des trappes de la pauvreté, les systèmes à condition de ressources sont de moins en moins contestés. En regard des déficiences financières et de la diversité des besoins, l'assurance ne doit pas ou ne peut pas couvrir tous les besoins et elle doit être complétée par des prestations soumises à la clause du besoin, comme par exemple le modèle tessinois pour les familles. Cette tendance s'est également manifestée dans le cadre de la nouvelle Péréquation financière et la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons qui a permis d'ancrer les prestations complémentaires à l'AVS/AI dans la Constitution fédérale et leur a donné ainsi un statut définitif.

La question du financement a-t-elle pris plus d'importance au fil des ans ?

Le financement des assurances sociales a toujours eu une place importante, place qui s'est accentuée au fil des ans notamment au regard de l'évolution démographique et des marchés financiers, des déficits dans l'AI, de l'augmentation des primes dans l'assurance-maladie et des déficits publics. Dans ce contexte et plus qu'auparavant, une très bonne information est devenue indispensable pour assurer le succès des réformes : information sur la nécessité de garantir la pérennité des systèmes et information sur les « mérites » de la sécurité sociale. Car si certains choix difficiles doivent être faits pour assurer le finance-

ment de l'ensemble, c'est parce que notre système de sécurité sociale représente un atout majeur pour la sécurité de chacun et la cohésion sociale de notre pays.

Quelles sont les modifications dans la législation qui vous ont le plus marqué ?

Une couverture maladie pour tous grâce à l'entrée en vigueur de la LAMal le 1^{er} janvier 1996 et la mise sur pied en parallèle d'un système de réduction des primes pour les moins favorisés. Dans l'AVS, le partage des acquis entre époux lors de divorces pour l'AVS par l'introduction du splitting en 1997 et pour la LPP par l'entrée en vigueur du nouveau droit du divorce en 2000. Sans oublier l'application d'une réglementation uniforme en matière de sécurité sociale aux Etats membres de l'UE grâce à l'accord sur la libre circulation des personnes en vigueur depuis 2002.

Comment les délégations étrangères perçoivent-elles notre système de sécurité sociale ?

Je crois que les délégations étrangères perçoivent notre système de sécurité sociale comme un système complexe, mais qui repose sur des bases solides. Complexe par le nombre de lois fédérales qui le composent, solide en raison de ses bases de financement et du partage des responsabilités entre la Confédération et les cantons. A leurs yeux, il offre une large protection de base et est ouvert à l'initiative privée. Sur ce dernier point et pour de nombreuses délégations étrangères, notre système de prévoyance vieillesse, survivants et invalidité constitue une référence et le thème qu'elles souhaitent le plus souvent aborder.

Interview : Brigitte Dumas, collaboratrice spécialisée, service médias, OFAS.
Mél. brigitte.dumas@bsv.admin.ch

Adaptation des rentes de l'assurance militaire

Le Conseil fédéral a décidé d'adapter les rentes de l'assurance militaire (AM) à l'évolution des salaires et des prix au 1^{er} janvier 2009. Il satisfait ainsi aux obligations légales visant à faire coïncider l'adaptation des prestations de l'assurance militaire avec celle des rentes de l'AVS/AI.

Les rentes de l'assurance-accidents obligatoire seront adaptées au renchérissement

Le Conseil fédéral a décidé d'accorder aux bénéficiaires de rentes d'invalidité et de survivants de l'assurance-accidents obligatoire une allocation de renchérissement de 3,7% le 1^{er} janvier 2009. Ce faisant, il tient compte de l'adaptation à cette date des rentes de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS).

L'égalité progresse

L'égalité entre les femmes et les hommes a progressé au cours des vingt dernières années dans différents domaines: le nombre de femmes professionnellement actives est beaucoup plus élevé qu'autrefois, le niveau de formation des femmes se rapproche toujours plus de celui des hommes, et les femmes ont fait leur entrée dans un grand nombre d'organes politiques. Ces résultats sont tirés d'une brochure publiée en commun par l'Office fédéral de la statistique (OFS) et le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG), à l'occasion du 20^e anniversaire de ce dernier.

Les réserves pour fluctuations de valeurs avant la mise à l'épreuve

Après avoir accru notablement leurs réserves pour fluctuations de valeurs (2005: +85%; 2006: +25%) grâce à la bonne santé affichée par les marchés financiers durant ces deux années, les caisses de pensions ont dû réduire ces réserves de 2,5% en 2007 pour atteindre 51,4 milliards en fin d'exercice. Ce montant correspond à 8,5% du total du bilan, lequel a progressé de 23,3 milliards de francs par rapport à 2006 pour se monter à plus de 606 milliards (+4%). Tels sont les résultats provisoires de la statistique de la prévoyance professionnelle de l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour l'année 2007, établis sur la base d'un échantillon.

Encouragement précoce: la Suède pour modèle?

L'encouragement précoce: un concept exigé partout en Suisse, mais peu répandu et diversement compris. L'Initiative des villes: politique sociale entend l'encouragement précoce comme une contribution importante à l'égalité des chances. Tous les enfants, y compris et justement ceux qui se trouvent dans des conditions de départ difficiles, doivent avoir accès à des offres d'encouragement précoce si possible à l'échelle du pays et le plus tôt possible. Bien, mais quels sont les objectifs de l'encouragement précoce? Qui finance et qui pilote ces offres?

La spécialiste renommée Ursula Armbruster, du Ministère suédois de la formation et de la recherche, a présenté le système de l'encouragement précoce de son pays, système qui fait

office de modèle pour de nombreux Etats. Une loi nationale fixe les conditions-cadre valables pour les communes qui sont chargées de l'exécution. Par exemple, l'encouragement précoce doit couvrir les besoins et être accessible à tous les enfants dès la première année de vie; ou encore l'encouragement précoce doit appuyer par le jeu les processus de développement et d'apprentissage de l'enfant; l'encadrement, la pédagogie et l'assistance sont compris de manière globale; la formation du personnel doit répondre à des prescriptions. La Suède investit 5 milliards d'euros par année (1,5% du PIB) dans l'encouragement précoce.

«Comparée à d'autres pays, la Suisse est nettement à la traîne en matière d'encouragement précoce.» C'est le constat que fait la conseillère municipale bernoise Edith Olibet, laquelle a présenté une vue d'ensemble des activités en Suisse dans ce domaine. Des projets sont en cours à Lausanne, Saint-Gall et Berne, par exemple, mais aussi dans d'autres villes. Les subventions fédérales sont rares – par exemple dans le cadre du programme d'impulsion pour les structures d'accueil des enfants ou de la promotion de la santé.

L'Initiative des villes: politique sociale donne une haute priorité à l'encouragement précoce. Elle appelle à une offensive en matière d'éducation et d'intégration pour les enfants jusqu'à 5 ans – pour améliorer les perspectives d'avenir, notamment des enfants socialement défavorisés. L'Initiative des villes: politique sociale attend de la Confédération, des cantons et des communes qu'ils soutiennent ensemble cette démarche et mettent à disposition les moyens nécessaires. A titre d'investissement dans l'avenir.

Renforcer les compétences de tous dans le domaine de la santé



Photo : Christoph Wider

Santé = absence de maladie ? Non, une notion aussi complexe ne peut pas se réduire à une simple équation, incapable de rendre compte des multiples interactions déterminantes entre l'individu, la société, l'économie et l'Etat. Malgré les progrès de la médecine, notre santé est à l'heure actuelle compromise par de nouveaux risques et de nouveaux problèmes. Une conception moderne de sa promotion, tout comme de la prévention, doit se fonder sur l'homme et sur son environnement. C'est en prenant ses responsabilités et en faisant son possible pour l'entretenir que chacun aura les meilleures chances de rester en bonne santé.

Une nouvelle base légale pour la prévention et la promotion de la santé

Après des travaux préliminaires qui ont duré de 2005 à 2007, la consultation sur l'avant-projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (loi sur la prévention) a été menée de juin à octobre 2008. Par cette nouvelle base légale, le Conseil fédéral vise à renforcer durablement ces deux domaines, ainsi qu'à améliorer la coordination et l'efficacité des activités existantes.



Salome von Greyerz
Office fédéral de la santé publique

Importance de la prévention et de la promotion de la santé pour la politique de santé

Les mutations sociales du XX^e siècle ont profondément modifié l'éventail des maladies et des causes de décès. Depuis que les conditions sociales et d'hygiène ont évolué, et que des vaccins sont là pour empêcher certaines épidémies, les tableaux cliniques se sont fortement modifiés au sein de la population. Aujourd'hui, ce ne sont plus les maladies infectieuses mais les maladies cardiovasculaires et les cancers qui, outre les suicides et les accidents, représentent les principales causes de perte prématurée d'années de vie. Or, en raison du changement démographique, les effets de ces maladies sur l'état de santé de la population, mais aussi sur l'évolution des coûts de santé, vont continuer de s'intensifier.

Bon nombre de maladies peuvent être évitées, ou du moins retardées, par des conditions et un mode de vie sains. Il ne sera donc possible de maintenir l'état de santé de la population suisse, actuellement meilleur que la moyenne en comparaison internationale, qu'en renforçant les principes de prévention et de promotion de la

santé au niveau politique, et en les ancrant plus solidement non seulement dans le système et la politique de santé, mais aussi dans d'autres secteurs politiques tels que l'éducation, l'économie, le social et l'environnement.

Les investissements dans la prévention et la promotion de la santé améliorent l'état de santé et la qualité de vie des individus, et aident à renforcer les capacités fonctionnelles de la société ainsi qu'à préserver la capacité de travail de la population et la productivité de l'économie. Ils permettent, par voie de conséquence, de prévenir les décès prématurés et les mises à la retraite anticipée liées à la maladie, de limiter les pertes de production associées à la maladie dans les entreprises, de préserver l'autonomie des personnes âgées, et d'éviter, ou en tout cas de retarder, la dépendance aux soins. Renforcer la culture sanitaire de la population permet également une demande et une utilisation plus différenciées des prestations de santé, ce qui peut, à long terme, contribuer à freiner l'augmentation des coûts du système de santé.

Contexte

Après l'échec de la première proposition de loi fédérale sur la prévention, en 1984, la politique de la santé s'est principalement concentrée sur la médecine curative et sur le rancement du système de soins. En raison des nouveaux défis qui se posent à elle – évolution démographique, augmentation des maladies chroniques, apparition ou réapparition de maladies infectieuses –, on constate cependant depuis quelque temps, sur le plan national comme international, une volonté de renforcer la prévention et la promotion de la santé.

Le rapport établi par une commission spécialisée, mise sur pied en septembre 2005 par le Département fédéral de l'intérieur (DFI), parvient aux mêmes conclusions que les experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Organisation de coopération et de développement (OCDE) : en raison de la faiblesse structurelle dont souffre le domaine de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse, le renforcement de ces deux domaines ainsi que l'amélioration de la coordination et de l'efficacité des activités existantes ne peuvent passer que par l'adoption de nouvelles bases légales.

Le Conseil fédéral a suivi ces recommandations et, le 28 septembre 2007, il a chargé le DFI d'élaborer un avant-projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (loi sur la prévention, LPrév). Cette

loi vise plusieurs objectifs : amélioration du pilotage, de la coordination et de l'efficacité des différentes mesures ; suppression des lacunes dans la législation fédérale en matière de prévention et de détection précoce des maladies non transmissibles et psychiques très répandues ou potentiellement dangereuses ; adaptation des modalités de gestion des prélèvements pour la prévention aux directives du Conseil fédéral en matière de gouvernance d'entreprise, et simplification des structures organisationnelles au niveau de la Confédération.

Eléments centraux du projet

Prévention des maladies non transmissibles et psychiques : comme son objet englobe l'ensemble des maladies visées à l'art. 118, al. 2, let. b, de la Constitution fédérale, l'avant-projet de LPrév fournit à la Confédération la base légale qui lui manquait jusqu'à présent pour pouvoir prendre des mesures dans le domaine de la prévention et de la détection précoce des maladies non transmissibles et psychiques très répandues et potentiellement dangereuses. Cet avant-projet n'a aucune conséquence sur les réglementations actuellement en vigueur dans les domaines de la prévention des accidents, de la sécurité au travail et de la protection de la santé au travail.

Instruments de pilotage et de coordination : comme le paysage national de la prévention et de la promotion de la santé souffre d'un manque global de stratégie, l'avant-projet de loi sur la prévention prévoit deux nouveaux instruments de pilotage : les objectifs nationaux de prévention et de promotion de la santé (tous les huit ans) et la stratégie du Conseil fédéral pour la prévention et la promotion de la santé (tous les quatre ans). Cette dernière vise notamment les bases stratégiques pour les programmes nationaux, les objectifs stratégiques pour l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé, qui sera créé, ainsi que les bases stratégiques pour l'utilisation des recettes perçues sur les prélèvements pour la santé (environ 17 millions de francs provenant de la taxe pour la prévention du tabagisme et 18 millions du supplément de prime LAMal par année). Au niveau de la mise en œuvre, les procédures devront, à l'avenir également, être définies dans chaque domaine sous la forme de programmes nationaux de prévention, de détection précoce ou de promotion de la santé.

Répartition des tâches entre la Confédération et les cantons : la répartition fédérale des compétences veut que les cantons soient responsables de l'exécution des mesures de prévention et de promotion de la santé. Ils sont également tenus de créer les infrastructures nécessaires. La Confédération ne s'occupe que des domaines où il est judicieux et nécessaire d'avoir une démarche nationale concertée (programmes nationaux, informa-

tion et campagnes, collaboration internationale). Dans le même temps, la Confédération entend désormais apporter une meilleure assistance technique et méthodologique aux cantons et aux organisations de santé et de prévention privées (mesures de soutien, mesures d'encouragement dans les domaines de la recherche ainsi que de la formation et du perfectionnement).

Financement et utilisation des prélèvements pour la prévention : chaque niveau de l'Etat (Confédération ou cantons) est responsable du financement des tâches qui entrent dans son champ de compétence. Les recettes provenant des prélèvements pour la prévention (taxe pour la prévention du tabagisme et supplément de prime LAMal) doivent continuer d'être utilisées en priorité, outre pour financer des programmes nationaux, pour (co) financer les activités de prévention et de promotion de la santé. En outre, les conditions légales doivent être créées pour octroyer des aides financières aux organisations nationales.

Simplification et réorganisation des structures de prévention au niveau fédéral : l'Institut suisse pour la prévention et la promotion de la santé, qui sera créé sous le statut d'établissement de droit public de la Confédération, deviendra le partenaire central des cantons ainsi que des organisations privées de prévention et de santé. Son champ d'activité futur englobera le transfert de connaissances et la fourniture de mesures techniques et méthodologiques de soutien, ainsi que la conception et la réalisation de programmes nationaux et l'attribution de contributions à partir des recettes perçues sur les prélèvements pour la prévention.

La fondation de droit privé Promotion Santé Suisse, créée en vertu de l'art. 19 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, ainsi que le service de gestion de la taxe pour la prévention du tabagisme (fonds de prévention du tabagisme), seront intégrés dans l'Institut, de même que certaines tâches relevant à l'heure actuelle de l'OFSP.

Prochaines étapes

Depuis la clôture de la procédure de consultation, le 31 octobre 2008, l'OFSP examine et analyse les prises de position qui lui sont parvenues dans le but de permettre au Conseil fédéral de prendre une décision quant à la suite de la procédure au cours du premier trimestre 2009.

Informations complémentaires

Vous trouverez de plus amples informations sur le projet de loi, ainsi que sur le rapport de la commission spécialisée mentionnée dans le texte, à l'adresse : www.bag.admin.ch/pgf2010

Salome von Greyerz, Dr. pharm., MAE, NDS MiG, responsable du projet Prévention et promotion de la santé 2010, suppléante de la cheffe de la division Projets multisectoriels, Office fédéral de la santé publique. Mél. salome.vongreyerz@bag.admin.ch

Renforcer la prévention et la promotion de la santé : les arguments économiques

Avec l'avant-projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (loi sur la prévention) le Conseil fédéral entendait créer des bases solides pour l'organisation future de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse. Cependant, comme des interventions nationales dans les secteurs de prévention et promotion de la santé peuvent avoir des conséquences positives pour l'économie politique, les conséquences moins positives pour le secteur privé sont aussi possibles. Cet article met en évidence les arguments économiques pour soutenir une intervention étatique dans ce domaine important de la santé publique.



Marlène Läubli-Loud
Office fédérale de la santé publique

de garantir à chacun l'égalité devant l'accès à toutes les institutions et offres de qualité. La réduction des inégalités sociales dans le domaine de la santé qui en découle contribuera à assurer le maintien du principe de solidarité dans les assurances sociales (la LAMAL en particulier).

- *Garantie des systèmes de sécurité sociale*: La réduction de la charge de maladie, de l'invalidité et de la dépendance en soins contribue aussi à décharger le système de sécurité sociale (notamment l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité) et, par là-même, les finances publiques. Eu égard à l'évolution démographique, cet allègement est impératif afin de pouvoir garantir également aux générations à venir une prise en charge médicale excellente et financable (cf. plus bas tableau et graphiques).
- *Amélioration du développement économique*: En Suisse, le bon état de santé de la population contribue à préserver ses capacités et permet d'accroître la productivité (diminution du nombre d'absences pour raison de maladie) ainsi que de garantir la croissance économique en préservant les capacités des employés (âgés).
- *Intérêt public à ce que la population soit en bonne santé*: Il est dans l'intérêt public que la période de vie sans maladie et sans invalidité soit la plus longue possible. Un allongement de cette période améliore non seulement la qualité de vie des citoyens mais contribue également à diminuer le poids de la maladie, l'invalidité et la nécessité de recevoir des soins.

Soutenir les mesures efficaces – comment mesurer cette efficacité ?

Mais la décision de renforcer les mesures étatiques de la prévention et de la promotion de la santé ne peut pas être soutenue sans en savoir plus sur l'efficacité de ces mesures; *qu'est-ce qui marche, pour qui / quel groupe cible, pourquoi et à quel prix?* L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) s'engage depuis longtemps en faveur de mesures efficaces dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Aussi a-t-il lancé, ces deux dernières décennies, plusieurs programmes nationaux visant à changer les comportements à risque et à promouvoir un mode de vie sain. L'efficacité de ces actions ainsi que celles de la plupart des acteurs dans le domaine de la prévention et de la promotion de santé est vérifiée régulièrement par le biais d'évaluations. Or, les résultats de ces évaluations montrent que les me-

L'intervention étatique : est-elle nécessaire ?

La santé publique porte une responsabilité aussi bien morale que sociale en investissant dans des mesures qui servent à maintenir l'état de santé de la population et/ou à éviter sa dégradation. Même si on constate un développement important et constant du marché du bien-être, la plupart du temps, ce marché est financé par des fonds privés. Par contre, le financement des mesures de la prévention de la promotion de la santé et de la détection précoce dépend ordinairement des fonds étatiques. Une intervention étatique est non seulement souhaitable mais nécessaire pour les raisons suivantes :

- *Principe de l'égalité des chances* : Par analogie avec le principe ancré dans l'assurance-maladie, il convient

sures prises sont en général adéquates et efficaces. Et une analyse croisée de diverses de ces mêmes évaluations fait ressortir que les facteurs suivants jouent un rôle essentiel dans l'efficacité des mesures de prévention et de promotion de la santé :

- élaboration d'un paquet de mesures complet, s'adressant à la fois à la population dans son ensemble, à des groupes de personnes définies et à des individus déterminés ;
- intégration de campagnes médiatiques dans les programmes de prévention, les plans d'action et les stratégies de politique de santé ;
- prise en compte des différents milieux de vie (école, lieu de travail, etc.) et implication des différents partenaires ;
- utilisation de différents messages et stratégies en fonction du public visé (population générale, groupes à risque, individus) ;
- lancement d'actions visant à modifier les normes sociales (p.ex. à établir le fait de ne pas fumer comme nouvelle évidence sociale) et à orienter les individus vers un comportement préventif et un mode de vie salutogène ;
- introduction de mesures légales et d'instruments de pilotage spécifiques (p.ex. prélèvement d'impôts d'incitation, mesures de régulation du marché telles que restrictions de vente ou taxes, mais aussi incitations positives telles que subventions et contributions à des projets).

Conséquences de l'investissement pour l'économie en général

La santé, et surtout *la bonne santé* de la population, a une influence non négligeable sur la situation économique d'un pays. Conjointement avec la formation, l'état de santé stimule l'accumulation et la sollicitation du savoir, des capacités et des expériences (capital humain ou richesse humaine) d'une population. Grâce au progrès technique et au capital (privé et public), le capital humain fait actuellement partie intégrante des facteurs de croissance décisifs. Une amélioration de la santé de la population freine, d'une part, l'augmentation des dépenses en matière de santé et, d'autre part, accroît le potentiel de production des personnes en rallongeant l'espérance de vie en bonne santé et en optimisant les possibilités de participation à la place de travail. Cela

est souhaitable eu égard aux défis démographiques (« vieillissement de la population »). Par conséquent, l'on doit s'attendre, à long terme, à des conséquences sociales ou non sociales positives sur l'économie.

Coûts engendrés par les maladies et les accidents (données correspondant à l'année 2003 et exprimées en milliards de francs)¹

T1

Facteur de risque	Coûts sociaux totaux	Coûts directs (part des coûts de la santé)	Coûts indirects	Coûts immatériaux
Accidents et maladies professionnels	18,35	4,12 (8,2 %)	14,23	non chiffrés
Stress induit par le travail	16,80	2,30 (4,6 %)	3,10	11,40
Accidents de la route	13,30	3,80 (1,0 %)	0,46	9,00
Consommation de tabac	11,10	1,60 (3,2 %)	4,10	5,40
Troubles psychiques	8,30	2,90 (5,8 %)	5,50	non chiffrés
Abus d'alcool	7,10	0,85 (1,7 %)	1,60	4,70
Abus de drogues	4,10	1,35 (2,7 %)	2,30	0,42
Surpoids	2,85	1,20 à 1,70 (2,4 à 3,4 %)	1,14–1,65	non chiffrés

Des risques sanitaires élevés vont non seulement de pair avec des frais de traitement importants (coûts directs) mais engendrent également des coûts comme les arrêts de travail (coûts indirects) (cf. tableau T1).

La longue période de latence entre la prise de mesures et la constatation de leurs effets ainsi que les interactions complexes entre la prévention contextuelle (mesures sociales, structurelles, etc.) et la prévention comportementale rendent difficile de s'exprimer sur le potentiel de réduction des coûts à court terme induit par les mesures de prévention et de promotion de la santé.² Cependant, les scénarios mis au point par l'Administration fédérale des finances (AFF) pour le domaine de la santé permettent d'estimer l'influence de l'état de santé de la population sur l'évolution des coûts dans le système de la santé au cours des 50 prochaines années.³ Pour ce faire, on distingue trois scénarios :

- Scénario de référence : La population reste en bonne santé pendant la moitié de l'espérance de vie gagnée (extension partielle de la morbidité).

1 Source : OFSP, Etude comparative des coûts sociaux de principaux déterminants de morbidité et mortalité évitables en Suisse, Berne 2004.

2 Une série d'études économiques a été mandatée par l'OFSP pour déterminer « le retour sur investissement » dans les mesures de prévention. Pour ce faire, les études comparent tant les coûts directs que les coûts indirects avec les effets qu'elles ont sur la santé. Les résultats seront disponibles au début de 2009.

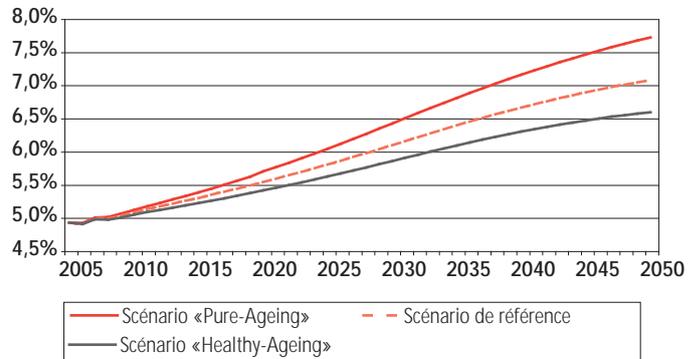
3 Administration fédérale des finances : Plan financier 2009 à 2011 de la législature, Berne, février 2008, p. 115 ss.

- Scénario «Pure-Ageing» : La hausse de l'espérance de vie va de pair avec une dégradation de l'état de santé de la population (extension de la morbidité).
- Scénario «Healthy-Ageing» : La population traverse les années d'espérance de vie supplémentaires dans un bon état de santé (diminution de la morbidité).

Comme le graphique G1 le montre, le scénario de référence met en exergue l'ensemble des dépenses de santé conditionnées en premier lieu par l'évolution démographique. Il souligne qu'elles passeraient de 52,76 milliards de francs actuellement (année de base 2005 ; correspond à une part de PIB de 11,4 %) à 220,89 milliards de francs en 2050 (part du PIB de 15,5%).⁴ Selon le scénario «Pure-Ageing», elles atteindraient même 232,07 milliards de francs (part du PIB de 16,3%). Toutefois, si l'on parvient à améliorer l'état de santé de la population la plus âgée grâce à la prévention, à la promotion de la santé et à la détection précoce (scénario «Healthy-Ageing»), les coûts auxquels on peut s'attendre en 2050 enregistreront une baisse et passeront ainsi à 13,30 milliards de francs (part du PIB de 14,6%).

Evolution des dépenses des pouvoirs publics en pour-cent du PIB entre 2005 et 2050⁶

G2

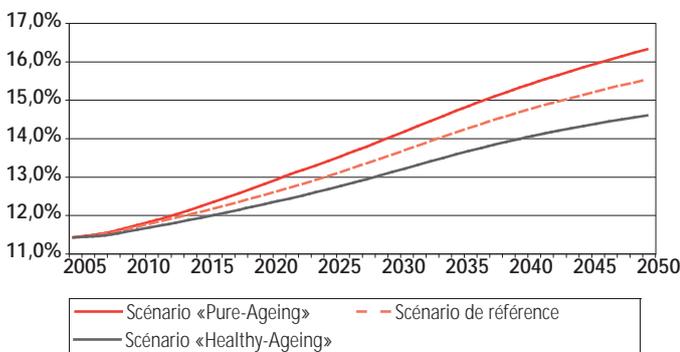


dans le scénario de référence. En plus, en renforçant la culture sanitaire de la population, la prévention et la promotion de la santé favorisent également une demande et une utilisation plus différenciées des prestations de santé, ce qui peut contribuer par ailleurs à freiner l'augmentation des coûts du système de santé – aspect non abordé dans les scénarios présentés.

En avril 2008, l'Observatoire suisse de la santé a publié une étude sur l'évolution des coûts des soins de longue durée qui arrive à la même conclusion que l'étude de l'AFF.⁷ Si, à l'avenir également, le moment où les personnes de 65+ ans nécessitent des soins reste celui que nous connaissons actuellement en dépit de l'accroissement de l'espérance de vie mais que, du fait même de cet accroissement de l'espérance de vie, elles sont tributaires de soins sur une plus longue durée, les coûts des soins de longue durée, qui se montent aujourd'hui à 73 milliards de francs (année de base 2005), passeront à 17,8 milliards de francs en 2030.⁸ En revanche, s'ils ont besoin de recevoir des soins plus tard qu'actuellement (baisse du recours aux soins), les coûts s'élèveront à 16,2 milliards de francs, ce qui représente une économie de 1,6 milliard de francs par année. Aux dires des auteurs de l'étude, ces résultats indiquent clairement quel rôle les mesures de prévention et de protection de la santé pourraient jouer dans l'atténuation de l'augmentation des coûts des soins de longue durée.

Evolution des dépenses totales dans le domaine de la santé exprimée en pour-cent du PIB entre 2005 et 2050⁵

G1



Etant donné qu'une grande partie des coûts est supportée par les finances publiques (contributions des cantons aux soins hospitaliers, contributions fédérales et cantonales à la réduction individuelle des primes), cette évolution a des conséquences considérables sur les charges financières supplémentaires auxquelles les collectivités publiques doivent s'attendre (cf. graphique G2). Comparé au scénario de référence, la part de PIB peut être diminuée de 0,5 point avec le scénario «Healthy-Ageing» (6,6% au lieu de 7,1% – en chiffres absolus, cette économie potentielle s'élève à 6,90 milliards de francs). C'est pourquoi l'étude de l'AFF arrive à la conclusion que des investissements dans la prévention et la promotion de la santé pourraient constituer une mesure efficace pour freiner l'évolution des coûts décrite

4 Dans ce contexte, il convient de préciser que les effets de l'offre et de la demande dans le domaine de la santé résultant de l'évolution générale des revenus dans le scénario de référence expliquent près de la moitié de la croissance réelle des dépenses de santé totales.

5 Source : Administration fédérale des finances.

6 Source : Administration fédérale des finances.

7 Observatoire suisse de la santé : Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse. Document de travail 34, Neuchâtel, avril 2008 – consultable sur www.obsan.admin.ch.

8 Une grande partie de l'augmentation des coûts qui, en raison de l'évolution démographique, dépend directement de la hausse du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, est inévitable.

Le défi économique

Augmenter l'investissement et donc les actions étatiques dans la prévention et la promotion de la santé peuvent entrer en conflit avec d'autres intérêts publics tels que la liberté économique. En effet, il a été démontré⁹ que les mesures structurelles prises en vue de limiter les principaux facteurs de risques tels que le tabagisme, une consommation problématique d'alcool ainsi qu'une mauvaise alimentation permettent de prévenir efficacement les maladies qui découlent de ces facteurs, et ce en maintenant l'efficacité des coûts. Grâce à ces mesures, la charge de maladie et, à long terme, les coûts en résultant peuvent diminuer. L'avant-projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (loi sur la prévention) prévoit une estimation prospective des éven-

tuels effets économiques, sociétaux et environnementaux des mesures aussi bien lors de l'élaboration des bases stratégiques pour les programmes nationaux que lors de la préparation des programmes en eux-mêmes. Les conflits d'intérêts pouvant surgir entre la protection sanitaire de la population et une éventuelle restriction de la liberté individuelle ou de la liberté d'entreprise doivent être abordés et examinés. Un dialogue politique doit donc être mené à large échelle pour garantir qu'aucun conflit n'éclate entre des prétentions publiques et privées. En revanche, l'Etat doit aussi avoir la possibilité de limiter les intérêts privés là où le bien de la santé publique est considéré comme primant les intérêts des branches économiques.

⁹ A l'échelle internationale, la banque de données CHOICE de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui a démarré en 1998 a permis de calculer la rentabilité d'un grand nombre de mesures de prévention et de promotion de la santé ; voir : www.who.int/choice.

Marlene Läubli-Loud, Dr. phil., cheffe évaluation et recherche, unité de direction Politique de la santé, OFSP
Mél. marlene.laeubli@bag.admin.ch

Prévention et promotion de la santé du point de vue des cantons

La santé est bien davantage que l'absence de maladie : pour les individus, elle comprend plusieurs dimensions touchant entre autres le psychisme, le corps et l'environnement social. La santé dépend en ce sens de la coopération des particuliers, de la société, de l'économie et de l'Etat. Aussi la prévention et la promotion de la santé doivent-elles s'attaquer aux interactions des individus et de leur environnement. Dans ces conditions, si l'on veut les renforcer, il importe tout particulièrement de les ancrer dans la loi et les institutions. Les cantons jouent à ce titre un rôle décisif, parce qu'ils ont la possibilité de réaliser des programmes aussi près que possible des lieux où vit la population.



Thomas Steffen
Département de la santé du canton
de Bâle-Ville

Les conditions de la santé

La santé revêt une grande importance pour les individus comme pour l'ensemble de la société. L'équilibre des relations de l'être humain avec son environnement est rendu de plus en plus fragile, en particulier par de nouvelles habitudes alimentaires, des changements sociaux et des mouvements migratoires. En dépit des progrès de la médecine, ces diverses évolutions entraînent de nouveaux risques pour la santé. En ce sens, celle-ci n'est pas un facteur isolé et indépendant, mais fait partie intégrante du système.

La population ne peut rester en bonne forme que si chacun se prend en main et veille à sa santé. Mais les autorités publiques peuvent y contribuer, en adoptant

des mesures appropriées dans les domaines de la prévention ainsi que de la promotion et de la protection de la santé, de concert avec diverses organisations privées. Toutes les mesures prises à cet effet se retrouvent sous la notion de santé publique, qui recouvre les divers efforts fournis au niveau des organisations pour reconnaître et éviter les problèmes de santé ou pour améliorer cette dernière. Une gestion moderne dans ce domaine n'est toutefois possible que si des organes de coordination et de pilotage sont chargés d'activer les processus aux niveaux local et national. Les cantons et les communes jouent là un rôle clé, puisque ce sont eux qui veillent à ce que l'approche théorique, conçue au niveau du pilotage, soit suivie d'un travail concret. Ce qu'entend montrer le présent article.

Pour une stratégie moderne de promotion de la santé

Les stratégies modernes de prévention et de promotion de la santé doivent se fonder sur une approche basée sur l'évolution à long terme des individus et de la société qui soit capable de piloter les actions déjà en cours. Et comme la santé est un système complexe, on y retrouve les mêmes instruments de pilotage qu'ailleurs.

Planifier et diriger ce domaine au profit de la population comprend dès lors les éléments suivants :

- la définition des objectifs,
- la planification,
- une mise en œuvre ciblée, associée à une analyse du processus et des résultats,
- un programme de communication et une coordination.

Tous ces éléments figurent dans les grands programmes internationaux et nationaux de promotion de la santé. Les objectifs pour le XXI^e siècle définis par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ainsi que les objectifs qui en sont issus pour la Suisse sont par conséquent une bonne base pour introduire et mettre en œuvre de manière ciblée des mesures de prévention et de promotion de la santé.

Aujourd'hui, les cantons de taille moyenne ou importante ont tous un service chargé spécialement de concrétiser les stratégies internationales et nationales. Les cantons, les communes et les villes jouent ainsi un rôle central dans l'application des programmes.

Un exemple : le canton de Bâle-Ville

Comme on l'a déjà dit, la prévention et la promotion de la santé doivent, si elles entendent satisfaire aux exi-

gences actuelles de gestion, être axées sur des processus, ce qui suppose des prescriptions appropriées (thèses directrices et objectifs) ainsi que les instruments de coordination et de pilotage qui s'ensuivent. C'est le seul moyen de diriger efficacement les programmes visant à améliorer la santé de la population.

Le service compétent du canton de Bâle-Ville s'emploie ainsi à renforcer la coordination nationale et internationale au moyen de sept thèses (voir encadré) reliant les efforts fournis aux niveaux de la région, de la Confédération et des organisations internationales et inscrivant le travail réalisé au niveau régional dans un contexte plus large.

Le programme phare *Poids corporel sain* que le canton de Bâle-Ville a lancé en 2007 est un bon exemple de cette méthode de travail.

L'élément déclencheur a été l'augmentation alarmante du nombre de personnes en surpoids ou souffrant d'anorexie, en particulier chez les enfants et les adolescents. Les statistiques du service pédiatrique du canton de Bâle-Ville le montrent à l'envi : 25% des écoliers pré-

sentent aujourd'hui une surcharge pondérale, alors que 10% étaient touchés par le phénomène en 1980.

Bâle-Ville a par conséquent lancé le programme cantonal *Poids corporel sain*, suivant en cela la stratégie de la Confédération et de la fondation Promotion Santé Suisse. Ce train de mesures, qui vise particulièrement les enfants et les jeunes, a pour but d'inciter la population à adopter une alimentation équilibrée et à pratiquer une activité physique quotidienne. Par exemple, le programme *Znüni-Box* a introduit des collations équilibrées dans toutes les classes enfantines et de l'école obligatoire. Quant au programme *Burzelbaum*, il a permis d'aménager les classes enfantines de manière à faciliter l'activité physique des enfants, tout en formant les enseignants en conséquence.

Comme le programme cantonal *Poids corporel sain* s'inscrit dans le cadre du programme national soutenu par Promotion Santé Suisse, la vingtaine de cantons impliqués peuvent développer ensemble leurs stratégies et leurs méthodes de travail. Ainsi, les deux Bâle ont exporté dans d'autres cantons leurs deux projets *Znüni-*

Prévention et promotion de la santé : les sept thèses du canton de Bâle-Ville

E1

1. Importance de la prévention et de la promotion de la santé

La prévention et la promotion de la santé sont essentielles au bien-être de la population. C'est pourquoi elles sont institutionnalisées dans le système de santé du canton de Bâle-Ville, au même titre que les traitements, la réadaptation et les soins.

2. Orientation de la prévention et de la promotion de la santé

Les mesures de prévention et de promotion de la santé sont sans cesse adaptées aux besoins et aux milieux de vie de la population (école, travail, famille, loisirs, etc.). Elles doivent viser les comportements et les relations des personnes en s'adressant à elles sous une forme attractive et positive.

3. Ancrage institutionnel et juridique

Toutes les activités de ce domaine nécessitent un ancrage institutionnel clair.

4. Hiérarchisation des projets via les objectifs de santé

Les mesures adoptées au niveau cantonal visent des objectifs clairs, en s'appuyant sur les connaissances acquises au ni-

veau national et international et en privilégiant une mise en œuvre proche du terrain.

5. Financement

Les mesures cantonales sont appropriées et bénéficient de plusieurs sources de financement, gage de pérennité.

6. Choix, planification et mise en œuvre

Les mesures de prévention et de promotion de la santé sont choisies et réalisées en fonction des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Elles impliquent l'utilisation systématique de méthodes propres à la gestion de projet et au management de la qualité.

7. Réseautage et coordination

La prévention et la promotion de la santé supposent un réseau fort et la coordination de l'ensemble des services impliqués, de manière à profiter des synergies et à rapprocher les mesures de leur public cible.

Les cantons tous unis derrière LPrév ? Oui, mais... !

E2

A la Maison des Cantons nouvellement créée, l'avant-projet de loi sur la prévention et la promotion de la santé (LPrév) est un objet de discussions intenses où les points de vue s'affrontent, se défont et (parfois) s'accordent...

La nouvelle loi réunit certes une majorité favorable auprès de la plupart des conférences intéressées, mais avec quelques bémols... Le point essentiellement litigieux concerne la part des deniers publics, ces derniers étant encore partiellement inconnus, qui devrait tomber directement dans l'escarcelle des cantons. Les points réservés concernent le rôle que les cantons auront à jouer au sein de l'Institut suisse de prévention, la manière dont la prévention secondaire sera intégrée dans la loi et le respect des principes de subsidiarité et d'équivalence fiscale.

Parallèlement, plusieurs autres questions restent ouvertes. Qui seront les acteurs principaux dans le domaine de la prévention ? Les politiques, les professionnels de la santé, les écoles, la société civile, ou plutôt tous ces acteurs unis autour des concepts « fourre-tout », à savoir collaboration, synergie, management du savoir ? Comment trouver un point d'équilibre entre une prévention salutogène (synonyme d'investissement pour l'avenir) et un mastodonte au relent moraliste voué à interdire et à restreindre ? Les réponses à ces questions ne sont ni faciles ni immédiates. Le pire que nous pouvons faire, c'est de ne pas essayer d'y répondre.

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux
de la santé

Box et Burzelbaum en faveur d'une alimentation saine et d'une activité physique plus importante dans les écoles enfantines. De même, les villes de Bâle, Berne et Zurich se sont alliées pour analyser le poids des enfants au moyen des données enregistrées par leurs services de médecine scolaire. Ce projet constitue une bonne base pour mieux analyser à l'avenir, sur le plan national, la surcharge pondérale chez les enfants et les jeunes. D'autres cantons se préparent déjà à participer à ce monitoring.

Perspective : projet de loi fédérale

Un projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé est actuellement en consultation. Il prévoit de régler entre autres les instruments de pilotage et de coordination utilisés pour une prévention et une promotion de la santé plus ciblées. D'après ce projet, les cantons seraient chargés d'assister la Confédération dans la définition des stratégies nationales tout en participant à l'élaboration du programme national et en portant la responsabilité de son application, comme c'est déjà le cas.

Le projet de loi reprend ainsi les principaux éléments d'une gestion de la santé adaptée à notre temps, ce qui est d'une importance capitale pour le travail qui reste à faire dans ce domaine. Il conserve également aux cantons le rôle clé qu'ils jouent déjà, à mi-chemin entre le développement des stratégies générales et leur mise en œuvre proche des populations concernées.

Thomas Steffen, Dr. med., MPH, chef de la division Prévention et promotion de la santé, secteur Services de santé, Département de la santé du canton de Bâle-Ville.
Mél. thomas.steffen@bs.ch

L'union fait la force

La promotion de la santé et la prévention n'en sont plus à leurs premiers pas. Les ligues de la santé sont les plus aptes à garantir que les nouvelles connaissances soient appliquées avec succès dans ce domaine. Mais pour pouvoir faire un usage approprié de ces deux approches et garantir une bonne santé à tous les habitants de notre pays, il faut un soutien politique plus fort, ainsi que des bases légales claires quant à la mission de l'Etat en la matière.



Bruno Meili
Ligue suisse contre le cancer

La prévention et la promotion de la santé sont aujourd'hui des éléments clés de toute organisation qui s'occupe de la santé. Mais il n'en a pas toujours été ainsi. Quand ces notions sont apparues – au début du XX^e siècle –, la sécurité sociale n'était pas encore organisée par l'Etat, mais reposait entièrement sur l'assistance privée. Maladie était synonyme de pauvreté. Les organisations fondées à cette époque se chargeaient donc surtout de recueillir des fonds et de les distribuer aux malades nécessiteux.

Avec le développement du système social suisse, les ONG ont changé. L'aide sociale, leur principale préoccupation à l'origine, subsiste, mais se décline maintenant sous forme de conseil aux malades et aux proches, ou de soutien financier en cas de besoin. Elles se sont chargées de nouvelles tâches, la **prévention** et la **promotion de la santé**. Le caractère des ligues de la santé a évolué en conséquence : d'assistantes sociales, elles sont devenues agents d'innovation. Les structures d'assistance, axées sur l'individu, se sont transformées en centres de compétence pour la promotion de la santé, visant l'ensemble de la population (ou du moins ses groupes à risque). Leur point de vue, lui aussi, s'est modifié : elles ne se fo-

calisent plus sur l'individu atteint d'une maladie particulière, mais s'adressent à la société dans son ensemble, avec ses risques multiples aux causes communes, contre lesquelles il s'agit désormais de lutter. Ce changement de paradigme était et reste la condition et l'occasion, pour les ligues et les organisations qui s'occupent de la santé, de travailler ensemble, et ce de diverses manières.

Faire front commun

Depuis quelques années, les ligues de la santé travaillent de plus en plus souvent ensemble, que ce soit pour réaliser des programmes ou des projets, ou pour défendre des revendications politiques. Les mesures et les méthodes étant les mêmes pour de nombreuses maladies, la promotion de la santé et la prévention ont beaucoup contribué à cette évolution.

Les ligues de la santé s'occupent aujourd'hui de tous les domaines à l'exception de la thérapie proprement dite : promotion de la recherche et de la santé, prévention, dépistage, conseil psychosocial, réadaptation, soins et traitements palliatifs.

Elles sont liées, tout d'abord, par des **contenus communs**.

Manger sainement et faire beaucoup d'exercice sont des principes valables pour la prévention de nombreuses pathologies chroniques ; par exemple, le constat selon lequel le tabagisme entraîne beaucoup de maladies graves – ou y contribue – est largement partagé. Toutes sont également confrontées à la multiplication de ces pathologies, à l'augmentation des taux de survie et à la hausse encore plus rapide du prix des médicaments correspondants. Il est d'autant plus nécessaire d'éviter ces maladies et de les dépister précocement, afin de pouvoir mieux les traiter. Il en résulte une importante communauté d'intérêts et d'actions.

Les ligues de la santé sont liées, ensuite, par un même **rapport à l'Etat**.

Le système suisse de santé s'offre le « luxe » du fédéralisme. Etant donné l'approche scientifique que nous employons pour lutter contre les maladies, il paraît très curieux que les mesures concrètes prises en Appenzell soient différentes de celles prises dans le Jura. Les problèmes de santé des personnes atteintes de cancer et des diabétiques sont les mêmes, qu'ils habitent Helsinki ou Athènes.

Ainsi, il y a chez nous des cantons qui ne s'intéressent pratiquement pas aux ONG (« vous êtes des privés, ce que vous faites ne nous regarde pas »), d'autres qui les considèrent comme des concurrentes, et d'autres enfin qui inscrivent dans leur législation relative à la santé leur volonté de jouer un rôle subsidiaire par rapport au secteur civil et qui le soutiennent en conséquence.

Cependant, du fait de notre conception de l'Etat, cette dernière variante constitue l'exception. Que ce soit au niveau cantonal

nal ou national, la collaboration entre organisations civiles et organes étatiques présente encore un fort potentiel de développement; celui-ci risque néanmoins de s'épuiser face aux défis culturels économiques croissants. On observe déjà quelques signes de cette évolution.

La stratégie nationale de prévention du tabagisme constitue un exemple d'étroite collaboration et, dans le projet de loi sur la prévention, la définition des stratégies est considérée comme une mission commune de la Confédération, des cantons et des ONG – ou du moins peut-elle être comprise ainsi.

Les organisations qui s'occupent de la santé ont une même volonté: exiger sans cesse la subsidiarité, la redéfinir en permanence. Ce n'est d'ailleurs qu'en unissant leurs forces qu'elles peuvent la faire aboutir.

Mais la définition de stratégies communes en matière de prévention montre aussi les limites de notre collaboration. Les ONG sont, par nature, financées en plus ou moins grande proportion par des particuliers. Du côté des recettes, elles sont donc en concurrence au sein d'un marché très convoité, ce qui explique la nécessité pour chacune de se démarquer quand il s'agit de trouver des fonds privés. Lorsqu'elles traitent de stratégie, ce désir peut donc très facilement déteindre sur les discussions.

Tout plaide en ce sens

La promotion de la santé est un **concept large**. Pour les ligues de la santé, elle ne s'arrête pas au moment où quelqu'un tombe malade, car à partir de là, il faut aussi soutenir son «reste» de santé. C'est en entretenant et en restaurant ses ressources qu'un malade sera capable de se réinsérer dans la vie sociale et économique, tout au moins partiellement, et de vivre, autant que faire se peut, avec sa souffrance.

Cette approche – la «salutogenèse» – distingue fondamentalement ce secteur de l'activité des ligues de la santé de toutes les autres activités, davantage axées sur la correction d'un défaut ou d'un manque.

Grâce aux progrès de la recherche, les chances de survie se sont améliorées ces dernières années pour beaucoup de pathologies graves, d'où une augmentation du nombre de malades chroniques. Parallèlement, la promotion de la santé gagne en importance, surtout pour les personnes déjà malades, à qui elle donne les moyens de conserver aussi longtemps que possible leurs ressources et leur qualité de vie.

Une autre raison explique cette importance croissante de la promotion de la santé et la prévention: la **recherche** a fait des progrès conséquents non seulement sur le plan de la thérapeutique, mais aussi sur celui de la prévention. Nous savons mieux, aujourd'hui, quels sont les domaines où il vaut le plus la peine d'investir nos moyens, et quelle est la meilleure façon de le faire.

Les critiques sont dépassées

Notre travail de prévention est souvent **critiqué**: ses effets, incertains, ne justifiaient pas les investissements qui y sont consacrés, et il empiéterait par son aspect éducatif sur la liberté de l'individu.

Notre travail de prévention n'est pourtant **pas moralisateur**. Il est l'œuvre de citoyens responsables, qui souhaitent disposer d'une information scientifique actuelle, indépendante de l'industrie, sur la façon d'éviter les maladies. Nous partons de l'idée que la santé est une valeur supérieure, généralement reconnue, mais que tous les groupes de la population n'y accordent pas la même importance et n'y ont pas également accès. Ce sont ces lacunes qui nous obligent à agir.

De plus, nous considérons que le problème de la santé publique est tel qu'il remet peu à peu en question les principes **d'intégration et de solidarité** sur lesquels est bâti notre système de santé. Pour maintenir cette solidarité entre bien-portants et malades, l'Etat est obligé d'encourager les comportements favorables à la santé, ou de décourager les comportements nocifs, voire de les empêcher totalement. Avec pour conséquence l'évitement de coûts (même si ce n'est pas également reconnu par tout le monde) qui doivent être supportés de manière solidaire, mais aussi la nécessité de sacrifices (par exemple, ne pas fumer n'importe où) de la part de ceux qui mettent cette solidarité à contribution.

Notre travail de prévention se justifie d'autant plus – comme l'ont clairement montré les recherches réalisées ces dernières années – que la prévention structurelle, même avec les moyens appropriés, est rarement aussi efficace que nos programmes traditionnels axés sur la modification des comportements.

Notre mission est donc **double**: premièrement, faire connaître les **comportements** sains par des programmes de toutes sortes et accroître la motivation dans ce sens (prévention comportementale); deuxièmement, exiger politiquement des **réglementations** étatiques (prévention structurelle), encourageant les comportements sains et empêchant les nocifs.

Les critères de réussite

Les reproches faits à la promotion de la santé et à la prévention – qui seraient un pur activisme sans efficacité, puisqu'il n'existerait pas de données scientifiques prouvant l'effet de nos mesures – sont dépassés. Les études menées ces dernières années ont toutefois montré que, pour être efficaces, ces programmes doivent satisfaire à certaines conditions:

- tous les participants (cantons, Confédération et ONG) visent les mêmes objectifs et emploient les mêmes méthodes;

- l'instance à laquelle revient le rôle dirigeant (Confédération) n'est pas contestée ;
- les derniers acquis de la science sont respectés et appliqués ;
- un monitoring est réalisé ;
- l'action est prévue pour une durée suffisamment longue.

Si l'une des conditions n'est pas respectée – ou, a fortiori, toutes –, le reproche mentionné plus haut est pertinent. Chaque franc est de l'argent gaspillé si les projets se multiplient anarchiquement dans tous les coins du pays. Les ligues de la santé d'envergure nationale ont là un rôle d'intégration capital à jouer ; elles représentent un potentiel important lorsqu'il faut définir une stratégie nationale à appliquer partout. A la fois très bien implantées localement par leurs tâches sociales traditionnelles et riches d'une perspective nationale, elles font le lien entre ces deux niveaux ainsi qu'entre le domaine social et celui de la santé. Par leurs contacts fréquents avec les patients et les centaines de milliers de donateurs privés et de bénévoles, elles sont étroitement liées à la population. Elles s'adaptent facilement grâce à la légèreté de leur organisation et elles travaillent de manière interdisciplinaire. Mais, en raison justement de ces avantages et de ces forces, elles ont une responsabilité non négligeable dans la mise en œuvre des stratégies nationales. Leur position souvent monopoliste dans leur domaine propre les oblige à utiliser les ressources avec soin et en toute conscience.

Nous avons doublement intérêt à ce que les conditions énoncées plus haut soient respectées : d'une part, pour atteindre les objectifs visés et, d'autre part, pour obtenir la reconnaissance de notre travail auprès du monde politique et du public, et qui plus est la conserver.

La loi, une étape décisive

Malheureusement, notre système de santé est ainsi conçu que les deux premières grandes conditions sont difficiles à remplir. Nous mettons tout notre espoir dans la loi sur la prévention qui, de ce point de vue, devrait nous permettre de faire un grand pas en avant.

La loi sur la prévention prévoit d'associer de nombreux acteurs à l'élaboration des **stratégies**. Ces dernières années, un processus décisionnel ouvert a déjà été appliqué pour certains projets menés sous la houlette de l'OFSP. Ce sont des débuts prometteurs, désormais légitimés et institutionnalisés par la nouvelle loi. On peut objecter qu'aucune loi n'est nécessaire pour cela, ce qui est peut-être juridiquement exact d'un point de vue for-

mel, mais ne constitue pas le critère de réussite. Ce qu'il faut, c'est que, s'agissant de la mise en œuvre, ce processus soit pris au sérieux, qu'il prenne de l'importance, et que le rôle dirigeant de la Confédération soit reconnu. Or, ce n'est possible qu'avec une base légale.

Un autre critère de réussite mentionné plus haut est la nécessité de fonder l'action sur des acquis scientifiques. Pour cela, il faut éviter que les groupes d'intérêt soient représentés au **conseil** de l'Institut suisse pour la promotion de la santé et la prévention. Cela donnera davantage d'influence aux spécialistes et aux gestionnaires et permettra ainsi, du moins au niveau d'un organe charnière, de décider de l'affectation des moyens sur la base des connaissances techniques. C'est ce que prévoit la loi.

Qu'il s'agisse de vendre une voiture ou d'influencer sur le comportement de la population en matière de santé, on ne peut réussir si l'on ne dispose pas de **données sur le résultat** de son action. On n'arrive pas au but si l'on tâtonne dans le noir. Ce qui va de soi pour la gestion de n'importe quelle entreprise doit être valable aussi pour la prévention et la promotion de la santé. Il faut un monitoring, surtout pour des processus qui, dans notre cas, peuvent durer jusqu'à 20 ou 30 ans. La loi, qui prévoit aussi un tel dispositif, remplace ainsi un patchwork empêchant toute action rationnelle.

De nombreuses maladies évoluent pendant plusieurs années avant que leur effet ne devienne visible ; c'est le cas avec l'amiante, dont les victimes ne sont tombées malades que 20 à 30 ans après avoir travaillé avec ce matériau. Il en va souvent de même dans l'autre sens : quiconque évite ou réduit les comportements à risque n'en récolte le fruit que bien plus tard. Réclamer de la prévention des résultats immédiats, c'est demander l'impossible – autre raison pour laquelle un monitoring complet est indispensable.

Mais pour nous, le principal intérêt de la nouvelle loi est qu'elle reconnaît comme mission de l'Etat les efforts que nous faisons pour éviter les maladies et pour renforcer les ressources. On ne va plus seulement tolérer, non, on va attendre de notre société qu'elle se protège des atteintes évitables à la santé. Nous avons besoin de cette reconnaissance politique, que nous attendons depuis des décennies et que nous voyons maintenant à notre portée. Nous avons contribué à ce succès – et nous le méritons.

Bruno Meili, directeur de la Ligue suisse contre le cancer, membre du comité de la Conférence nationale suisse des ligues de la santé (COLISA).

Mél. meili@swisscancer.ch

Les pilotes de la santé

La prévention et la promotion de la santé sont des éléments essentiels de la pratique médicale. Les médecins prennent leur responsabilité au sérieux et s'investissent dans ce domaine.



Christine Romann

Fédération des médecins suisses (FMS)



Barbara Weil

Le rôle premier d'un médecin de famille est de soigner : il surveille l'hypertension et l'hypercholestérolémie, bande les chevilles foulées, prescrit des médicaments contre la grippe et contre les troubles du sommeil ou de la digestion... bref, il « guérit » les maladies de ses patients. Voici l'image communément admise de la profession. Pourtant, rares sont les patients qui sortent d'un cabinet médical sans avoir reçu de conseil de leur médecin. Il peut s'agir de réponses à des questions comme : « Que faire pour que ma tension ne s'élève pas ? », « Avez-vous des suggestions concernant ma manière de manger et de boire ? », « Comment régler mes problèmes de sommeil ? » ; ou de recommandations telles que : « N'oubliez pas de faire un échauffement avant votre tournoi amateur. » Ces conseils constituent en réalité des mesures de prévention, même s'ils ne sont pas déclarés comme tels.

La prévention et la promotion de la santé pendant la consultation représentent des tâches importantes pour le médecin traitant. Il est un acteur privilégié dans ce domaine. En effet, plus du tiers de la population se rend régulièrement chez le médecin ; les personnes ayant un

moindre bagage scolaire consultant plus souvent que les personnes hautement formées. De plus, parmi les professions de la santé, les médecins bénéficient du plus grand taux de confiance de la population, quelle que soit l'activité professionnelle du patient. 58% de la population tient à pouvoir choisir librement son praticien. Enfin, les citoyens considèrent les médecins comme étant les professionnels les plus qualifiés pour répondre aux questions de santé.

Conseils compétents

Dans notre société moderne, femmes et hommes désirent être conseillés de manière compétente sur les questions de santé. Ils savent que leur comportement peut avoir une influence sur leur santé et prennent de bonnes résolutions. Mais ensuite, ils font presque toujours l'expérience que celui-ci est inéchi par d'autres facteurs sur lesquels ils n'ont pas prise. Ils souffrent par exemple de stress au travail ou de pauses-repas trop courtes qui favorisent la tendance au « fast food ». Sollicités par des publicités de tous genres, ils consomment de l'alcool ou des comprimés pour se détendre. Il faut plus que de la bonne volonté pour pouvoir changer de comportement ! Afin de pouvoir prendre leurs responsabilités face à leur propre santé, les patients souhaitent un conseil personnalisé provenant d'une source fiable... et les médecins sont souvent considérés comme tels. Les patients cherchent également des informations dans la presse ou sur Internet, mais ils accordent plus de confiance aux renseignements qu'ils reçoivent directement de leur médecin. Ce dernier peut les informer de façon compréhensible et leur permettre ainsi de développer un style de vie sain.

Coaching santé

Grâce au « coaching santé », les praticiens pourront jouer un rôle de pilotes dans le domaine de la santé. Des consultations individuelles centrées sur les comportements serviront à transmettre les messages des programmes de prévention et permettront aux patients de les appliquer. Le « coaching santé » lancé par le Collège de Médecine de Premier Recours (CMPR) s'occupe du patient à partir des comportements qui lui sont propres.

Le médecin de famille détermine en premier lieu avec le patient les priorités et les motivations lui permettant

de développer ensuite ses compétences et ses ressources en matière de santé. Le projet « coaching santé » a créé des méthodes par lesquelles le médecin peut aborder systématiquement les comportements des patients, les sensibiliser et les motiver, afin qu'ils posent leurs propres objectifs et puissent les atteindre. Le médecin les accompagne sur toute la durée de la démarche. Le « coaching santé » rend opérationnels pour la première fois les concepts modernes de promotion de la santé, tels que la compétence santé, l'autonomisation, la prise de décision partagée et l'entretien motivationnel.

En conséquence, les programmes de prévention nationale avec leurs affiches attirant l'attention sur les problèmes d'alcool, de poids ou les dangers de la fumée trouvent une résonance dans les conseils donnés lors

des consultations en cabinet médical, susceptibles de convaincre chacun qu'il doit changer de comportement... et qu'il en est capable.

Christine Romann, médecin, membre du comité central de la FMH, responsable du secteur Prévention et promotion de la santé, FMH.

Mél. christine.romann@bluewin.ch

Barbara Weil, cheffe de la division Prévention et promotion de la santé, FMH.

Mél. barbara.weil@fmh.ch

Rôle du pharmacien dans la prévention

Les pharmacies suisses font partie du système curatif, mais leur spectre d'activités touche également au maintien de la santé. Elles accueillent 300 000 personnes par jour, dont une partie ne souffre d'aucun symptôme. La pharmacie met à disposition de la population en permanence un membre des professions médicales et du personnel spécialisé. Ces caractéristiques, en plus de son rôle de police sanitaire, notamment de lutte contre les abus et l'usage inapproprié de médicaments, prédisposent la pharmacie à recevoir des autorités sanitaires fédérales et cantonales un mandat officiel en matière de prévention. Une autre caractéristique essentielle de la pharmacie est le contact avec des personnes qui se chargent de la santé de tiers, en particulier des mères de famille ou des personnes soignant un malade, handicapé ou personne âgée à domicile. Ce public-cible est un multiplicateur par excellence des informations de santé publique dans la population.



Marcel Mesnil
pharmaSuisse

La pharmacie et la prévention primaire

Actions en faveur de l'environnement

Pour ménager l'environnement, les pharmacies ont de tout temps récupéré les médicaments, ainsi que les thermomètres cassés contenant du mercure très toxique,

afin de les éliminer dans les règles de l'art. Récemment elles ont lancé une action de collecte et d'élimination de tous les instruments contenant ce métal lourd.

Prévention d'accidents

Une action conjointe avec l'OFSP a permis d'échanger les seringues usagées de toxicomanes contre des neuves. L'objectif était double: enrayer la propagation du HIV entre toxicomanes et éviter les accidents dus aux seringues éparpillées dans les parcs et jardins publics. La pharmacie a révélé sa compétence multiple dans cette action: elle a agi directement par l'échange des seringues, et indirectement en remettant des documents de sensibilisation jusqu'au cœur des scènes de la drogue en s'appuyant sur les patients-clients traités à la méthadone et motivés à sortir de leur dépendance. Ces personnes ont pris le rôle valorisant de multiplicateurs combattant la toxicomanie, autre résultat positif.

Citons dans ce registre aussi la mise à disposition d'emballages pour pharmacies de ménage ou pour médicaments quotidiens conçus de manière à ne pas pouvoir être ouverts par des mains d'enfants.

Prévention comportementale

Dès le départ de la vie, les pharmacies prodiguent des conseils actualisés en matière d'alimentation des nourrissons afin d'éviter à court terme des problèmes d'intolérance et les effets à long terme d'une surcharge alimentaire par exemple.

La mode exerçant une pression vers l'apparence corporelle longiligne peut être efficacement corrigée en pharmacie et les pires erreurs comportementales en bonne partie évitées. Pour ce type de problèmes, ce sont là aussi souvent des tierces personnes qui viennent s'informer en pharmacie, pour ensuite convaincre l'intéressé(e) à ne pas commettre de dégâts à sa santé.

D'inlassables explications sur le fonctionnement du transit intestinal ont permis d'éradiquer les mauvaises habitudes consistant à se nourrir d'aliments surrafraîchis, puis de recourir abusivement à des laxatifs. L'utilité de consommer des fibres alimentaires est entrée dans les mœurs.

Plusieurs campagnes en faveur de la consommation de fruits et légumes et du mouvement corporel ont été lancées avec succès, en collaboration avec la FRC ou avec des assureurs-maladie (campagne «Allez hop!» par exemple).

Course aux performances et refus de vieillir

Le stress professionnel augmente avec la rapidité des mutations de notre société. Outre la situation bien connue des sportifs, chaque personne active souhaite augmenter ses performances à un moment ou à un autre.

Proportionnellement à l'espérance de vie, on assiste à une exigence accrue de maintien de la qualité de vie avec l'âge.

Dans ces deux domaines, la pharmacie informe objectivement et porte la mission d'aider à distinguer entre publicité, voire charlatanerie, et ce qui est raisonnablement possible.

Prévention de maladies

L'engagement des pharmacies dans des campagnes de prévention de l'ostéoporose, de la parodontose et régulièrement du mélanome malin¹ ne sont que quelques exemples indiscutablement efficaces.

Les recommandations de prophylaxie actualisées en permanence, adaptées selon la destination des voyages, sont fournies par la plupart des pharmacies.

Un programme de gestion du dossier de vaccinations (viavac) est en phase pilote. Il permet aux utilisateurs de ce service d'avoir la vue d'ensemble sur leur protection immunitaire et de bénéficier de la surveillance et des conseils de leur pharmacien.

A l'avenir, moyennant formation et équipement requis, il sera utile d'étendre les possibilités de vaccination en pharmacie dans tous les domaines où le risque est connu et où un diagnostic médical préalable n'est pas nécessaire. L'excellente accessibilité de la pharmacie permettrait une meilleure couverture vaccinale de la population.

La pharmacie et la prévention secondaire

La plupart des maladies dégénératives et leurs facteurs de risque peuvent être diminués par des mesures simples, pour autant qu'elles soient prises précocement.

La pharmacie est le lieu de choix pour des campagnes de détection précoce, car en principe on ne va chez le médecin que si l'on suppose un problème. Les deux professions exercent donc ici en parfaite complémentarité, car si un risque est détecté à la pharmacie, le patient sera invité à consulter son médecin.

Les campagnes de détection (screening) doivent impérativement se dérouler sur la base de schémas validés du point de vue de leur rapport avantages/coûts et faire l'objet d'une large concertation préalable entre pharmaciens et médecins. Sinon les patients seront déroutés et l'échec est programmé.

Toutes les campagnes de screening conçues par PharmaSuisse avec différents partenaires ont respecté ces principes et ont été couronnées de succès. Citons ici les plus marquantes :

- détection précoce du diabète²
- estimation des facteurs de risque cardio-vasculaire³
- détection de la bronchite chronique obstructive⁴
- détection de saignements intestinaux (dépistage du cancer de l'intestin)⁵
- détection de l'insuffisance rénale (actuellement en phase pilote)⁶

La pharmacie et la prévention tertiaire

Le pharmacien est confronté, pour simplifier, surtout aux trois situations suivantes dès que le problème de santé est connu ou manifeste :

- a le patient/client a un problème de santé que le pharmacien peut diagnostiquer avec certitude et pour lequel il dispose des moyens de traitement nécessaires (exemple : maladies parasitaires identifiables sans investigations : poux, acariens, piqûres...).
- b Le patient/client a un problème en apparence mineur mais qui n'est pas diagnostiqué (exemple : rhume, toux, rougeur cutanée, troubles digestifs, nervosité, douleurs légères, fatigue...).
- c Le patient/client a un problème de santé diagnostiqué et reçoit son traitement médicamenteux en pharmacie sur ordonnance médicale.

La situation a) est du domaine curatif, à part les conseils et mesures destinées à éviter les rechutes, par exemple traiter tous les proches, cuire le linge, etc. Citons ici également l'engagement des pharmacies dans la lutte contre le tabagisme, activité à la fois curative et préventive.

1 Campagne «Cancer de la peau» 2007 et 2008 : Partenaires : Ligue Suisse contre le cancer, Soc. suisse de dermatologie et de vénéréologie ; 40 000 contacts / conseils en matière de risque.

2 Campagne 2003. Partenaires : Action D, OFSP, industrie. Env. 80 000 contacts en un seul mois. Méthode : mesure de glycémie et du BMI, questionnaire.

3 Campagne 2007. Partenaires : Hôpitaux universitaires Berne, Lausanne, Zurich. Env. 2000 personnes testées. Méthode : Mesure profil lipidique par Cholestech (Trigl., HDL, LDL, TC), glucose et BMI. Campagne 2008 : Partenaires : Schweiz. Herzstiftung, mêmes hôpitaux universitaires + HUG

4 Campagne 2005. Partenaires : Soc. suisse de pneumologie, Ligues pulmonaires, SGIM, SGAM. Env. 20 000 contacts en 5 semaines. Méthode : spirométrie.

5 Campagne 2006. Partenaires : Ligue Suisse contre le cancer, Soc. Suisse de gastroentérologie, SGIM, SGAM. Env. 40 000 tests en 4 semaines (printemps) et deux (automne). Méthode : détection du sang humain dans les selles, test immunologique (FOBT)

6 Pilote 2008. Partenaires : Soc. Suisse de néphrologie, Hôp. Cant. SG et CHUV. Env. 300 tests. Méthode : DSC 2000 micro-albuminurie (quotient de créatinine) et pression artérielle.

La **situation b)** pose un problème de prévention tertiaire, car il faut éviter toute aggravation, mais il ne serait pas rationnel d'exiger dans tous les cas une consultation médicale. Afin d'assurer une prise en charge optimale, l'avenir obligera à investir dans l'établissement de consensus validés pour un «co-gatekeeping» entre pharmaciens et médecins de premier recours, la relève chez ces derniers semblant compromise.

La **situation c)** inclut pour le pharmacien la gestion des risques réels et potentiels liés aux traitements médicamenteux eux-mêmes. Cette activité fait l'objet d'une extrême vigilance constante mais est paradoxalement le plus souvent silencieuse, car il faut absolument éviter de troubler la confiance du patient en son médecin ou en son traitement.

Il faut surveiller, informer et répéter les risques liés aux combinaisons inappropriées de plusieurs médicaments, ou de médicaments et d'aliments, voire de comportements. L'usage inadéquat des médicaments est la cause d'une forte proportion d'hospitalisations, extrêmement coûteuses, qui seraient donc évitables pour la plupart. Les mesures permettant d'encourager les patients à une meilleure adhérence à leurs traitements (plans thérapeutiques parfaitement clairs, usage de semaines remplies d'avance par la pharmacie, information et motivation au traitement) sont donc définitivement à classer dans la prévention tertiaire et promises à une efficacité impressionnante, puisque près de la moitié des médicaments prescrits et remboursés par les assureurs-maladie ne sont pas consommés.

Pour plusieurs types de maladies chroniques ou de facteurs de risque identifiés, les pharmacies peuvent fournir des supports d'informations ou des programmes d'aide pratique, par exemple dans le domaine de l'alimentation pour les diabétiques, comment bien vivre avec son asthme, avec son risque cardio-vasculaire, etc.

Conclusion

Les pharmaciens sont aux premières loges et impliqués dans tous les types de prévention. Il n'est donc pas imaginable de concevoir un programme de prévention sans impliquer dès le départ les pharmaciens et leurs équipes.

Avec leur société faitière pharmaSuisse, ils soutiennent l'introduction d'une nouvelle loi fédérale sur la prévention, afin de tendre tous ensemble vers un meilleur rapport efficacité/investissement dans la protection et le maintien de la santé, par une coordination de tous les efforts et une évaluation permanente de leur impact par un organe neutre reconnu.

Marcel Mesnil, Dr pharm., secrétaire général de la Société suisse des pharmaciens pharmaSuisse.
Mél. marcel.mesnil@pharmasuisse.org

Programme national alcool 2008-2012

L'alcool fait partie intégrante de notre culture et de nos traditions. Ce n'est pourtant pas un bien de consommation ordinaire: savoir gérer sa consommation d'alcool exige un réel apprentissage. La majorité de la population suisse y parvient. Il n'y en a pas moins des personnes qui boivent trop, trop souvent ou de façon non adaptée à la situation. Ces modes de consommation problématiques, avec leurs conséquences néfastes (atteintes à la santé, par exemple), sont à l'origine de l'un des problèmes médicosociaux majeurs en Suisse. Réduire ces conséquences est donc de l'intérêt de tous. C'est pourquoi, sur mandat du Conseil fédéral, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a élaboré, en collaboration étroite avec les principaux acteurs de ce domaine, le Programme national alcool 2008-2012, que le Conseil fédéral a approuvé le 18 juin 2008. Ses domaines d'action prioritaires sont la jeunesse, la violence, le sport et les accidents.

Au niveau fédéral, plusieurs of ces s'occupent de questions touchant à l'alcool. Il s'agit avant tout de l'OFSP (par exemple pour les dispositions concernant la remise d'alcool et la prévention) et de la Régie fédérale des alcools (notamment pour la taxation des spiritueux et la contribution à la prévention).

Les 26 cantons font partie des acteurs majeurs de la politique en matière d'alcool. Ils sont les principaux partenaires pour l'application de la législation fédérale et disposent de compétences étendues dans le domaine de la prévention structurelle, notamment par la détermination des heures d'ouverture des magasins, par la réglementation s'appliquant à la restauration et au commerce de détail, ou par l'édition de prescriptions concernant la publicité.

En 2005, le Conseil fédéral a chargé l'OFSP de faire le point sur la politique suisse en matière d'alcool. Se fondant sur ce mandat, l'OFSP a mis sur pied, conjointement avec les principaux acteurs du domaine, le Programme national alcool 2008-2012 (PNA), qui définit, pour la première fois de façon concertée, les objectifs et les axes stratégiques de cette politique.

Défis pour la prévention en matière d'alcool

La politique en matière d'alcool est confrontée à toute une série de défis :

- **Consommation d'alcool chez les adolescents:** elle demeure un défi majeur. Le phénomène des « ivresses ponctuelles », ou *binge drinking*, et celui de la consommation problématique chez les adolescents méritent une attention particulière.
- **Consommation d'alcool et alcoolisme chez les personnes âgées:** avec le vieillissement de la population, les modes de consommation des retraités prennent une importance accrue. Une observation attentive et une approche ciblée du problème seront de plus en plus nécessaires pour circonscrire les atteintes à la santé dues à ce type de consommation.
- **Propension accrue à la violence:** on ne peut plus ignorer l'influence de la consommation d'alcool sur la propension croissante à la violence. La politique en matière d'alcool devra être attentive à tout l'éventail de ses manifestations, de la violence domestique aux débordements survenant lors de manifestations sportives ou manifestations de masse, et prendre les mesures appropriées pour agir contre cette tendance.



Petra Aemmer David Hess-Klein Anne Lévy
Office fédéral de la santé publique

Coup d'œil rétrospectif

La politique suisse en matière d'alcool se caractérise par la multiplicité des acteurs: Confédération, cantons, communes, ONG et particuliers. Si un grand nombre d'activités de qualité sont accomplies dans certains domaines comme la prévention, la thérapie, la réduction des risques ou la réglementation du marché, on constate aussi certaines lacunes, par exemple dans la coordination stratégique des méthodes d'intervention ou dans l'application de la loi.

- **Accidents dus à l'alcool:** la consommation d'alcool est souvent à l'origine d'accidents et de blessures. Les accidents (de la route, du travail, du sport) sont les conséquences les plus visibles d'une consommation inadaptée à la situation, et des mesures appropriées doivent être prises pour y parer. Réduire encore le nombre d'accidents de la circulation dus à l'alcool reste un défi majeur.

Elaboration du programme national

Sur mandat du Conseil fédéral, le besoin d'action en matière de prévention de l'alcoolisme a été établi et le Programme national alcool 2008-2012 (PNA) a été élaboré dans le cadre d'un processus participatif incluant les principaux acteurs du domaine: y étaient associés les offices fédéraux chargés de questions liées à l'alcool, les cantons et les villes, diverses institutions de prévention et de recherche, les centres de consultation et les institutions thérapeutiques, différents groupes d'intérêts, ainsi que les milieux politiques et économiques importants.

Le PNA est fondé sur les postulats suivants, convictions à la base des buts et des stratégies formulés:

- La politique en matière d'alcool est organisée selon le principe de la politique basée sur les preuves (*evidence based policy*); les méthodes d'intervention efficaces appliquées par le passé, comprises au sens de bonnes pratiques, sont encouragées et développées avec détermination.
- La politique en matière d'alcool met prioritairement l'accent sur la réduction de la consommation problématique.
- La priorité revient à l'application des dispositions de protection de la jeunesse existantes et à la prévention.
- Les tâches relevant de la politique en matière d'alcool sont accomplies selon le principe de subsidiarité, les cantons jouant un rôle éminent dans la mise en œuvre. À l'avenir, les politiques menées par la Confédération, les cantons et les communes seront les composantes d'une politique cohérente en matière de dépendances.
- La politique en matière d'alcool vise davantage la réduction des conséquences négatives de la consommation pour les proches et pour la société. La violence, les accidents et le sport sont considérés comme des cibles majeures à cet égard.
- La politique en matière d'alcool ne se contente pas d'encourager des changements de comportement individuels et la mise en place de processus d'apprentissage collectifs (= prévention comportementale), elle met aussi un accent accru sur la prévention structurelle.

Vision, champs d'action et objectifs du programme

Le PNA est fondé sur une vision ainsi formulée: «Celles et ceux qui boivent de l'alcool le font de façon à ne nuire ni à eux-mêmes ni aux autres.» Pour que cette vision devienne réalité, il assigne à la politique en matière d'alcool sept objectifs prioritaires pour ces prochaines années:

- A. La société ainsi que les milieux politiques et économiques sont sensibilisés à la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents et soutiennent les mesures adéquates de protection de la jeunesse.
- B. La consommation problématique d'alcool (ivresse ponctuelle, consommation chronique ou consommation inadaptée à la situation) est en diminution.
- C. Le nombre de personnes dépendantes de l'alcool a baissé.
- D. Les conséquences négatives de la consommation d'alcool sur les proches et l'entourage ont considérablement diminué.
- E. Les conséquences négatives de la consommation d'alcool sur la vie sociale et sur l'économie sont réduites.
- F. Les acteurs publics et privés du domaine de l'alcool coordonnent leurs activités et contribuent ensemble au succès du PNA.
- G. La population connaît les effets négatifs de la consommation d'alcool et soutient les mesures appropriées prises pour les réduire.

Pour garantir le succès et atteindre ces objectifs prioritaires, le PNA situe l'action à mener pour la prévention de l'alcoolisme dans les dix champs d'action suivants, sur lesquels se concentrent aussi les orientations stratégiques:

1. Protection de la santé, promotion de la santé et dépistage précoce

Il faut promouvoir le dépistage précoce des situations à risque liées à l'alcool dans divers lieux de vie (école, travail, etc.). Les personnes de référence sont formées pour s'occuper de celles qui ont une consommation d'alcool préoccupante. Il faut lier la prévention de l'alcoolisme à la promotion de la santé et à la prévention des dépendances.

2. Thérapie et intégration sociale

Les personnes ayant une consommation d'alcool préoccupante et celles qui sont dépendantes de l'alcool bénéficient d'un traitement adéquat. Il convient de renforcer l'intégration sociale des personnes qui ont des problèmes liés à l'alcool, en faisant en sorte que les assurances sociales couvrent le traitement et le suivi adaptés.

3. Réduction des risques pour l'individu et pour la société

Les conséquences nuisibles de la consommation d'alcool (p.ex. accidents, propension accrue à la violence) sont limitées autant que possible : il s'agit de protéger aussi bien les personnes touchées que la population contre les effets secondaires indésirables. Les domaines visés en priorité sont la jeunesse, la violence, les accidents et le sport.

4. Réglementation du marché et protection de la jeunesse

Une réglementation différenciée du marché vise avant tout à réduire les ivresses ponctuelles, largement répandues, et à endiguer efficacement la consommation d'alcool par les enfants et les adolescents. Il s'agit en outre de promouvoir les boissons sans alcool de façon ciblée, en rendant leur image et leur prix plus attractifs.

5. Information et relations publiques

La population est sensibilisée à une consommation d'alcool raisonnable et peu problématique ; il s'agit d'accroître l'acceptation d'une prévention cohérente et des mesures correspondantes de la part de la société et des milieux politiques et économiques.

6. Collaboration institutionnelle

Il convient de renforcer la collaboration entre les acteurs de la prévention des problèmes liés à l'alcool, d'exploiter les synergies existantes de façon optimale et d'assurer le transfert de savoir-faire.

7. Recherche et statistique

Sur la base d'une stratégie de recherche, l'accent est mis sur la récolte régulière des données nécessaires à l'évaluation du PNA, sur leur analyse et sur la communication des résultats aux acteurs concernés. Les connaissances issues de la recherche sont intégrées à la mise en œuvre des mesures du PNA.

8. Application du droit, directives internationales

Le PNA met l'accent sur une application plus stricte des dispositions en vigueur touchant la protection de la jeunesse. De plus, la Suisse continue de participer activement au développement et à la mise en œuvre des normes internationales.

9. Ressources, financement

L'objectif est que les instances publiques (Confédération, cantons, communes) et privées (p.ex. les ONG) mettent à disposition des moyens suffisants pour une prévention efficace des problèmes liés à l'alcool, garantissent une utilisation efficace de ces moyens et accordent un poids approprié aux objectifs du PNA dans l'attribution des moyens disponibles.

10. Assurance qualité, formation initiale et formation continue

Font partie de ce champ d'action tous les efforts visant à assurer une professionnalisation et une efficacité de haut niveau dans le domaine de la prévention des problèmes liés à l'alcool, à évaluer à intervalles réguliers les méthodes d'intervention et à les adapter en permanence aux situations nouvelles.

Le PNA a pour double but de renforcer les compétences individuelles en matière de santé et de promouvoir la prévention structurelle. Des mesures ciblées de ce type, telles que la réglementation du marché et les dispositions légales en matière de circulation routière, ont fait la preuve de leur efficacité. Ce genre de mesures implique cependant la solidarité des personnes qui maîtrisent leur consommation d'alcool. La sensibilisation et les relations publiques sont donc aussi des champs d'action importants du PNA.

Mise en œuvre du programme

Le PNA est conçu comme un « plan directeur », autrement dit comme un plan général élaboré de façon participative à l'intention de plusieurs acteurs responsables. L'OFSP a surtout, pour la mise en œuvre, un rôle de coordination. Il est aussi responsable de l'information, de la récolte de données, de l'évaluation et de la formulation de recommandations. La coordination au niveau fédéral vise à soutenir les cantons dans leur politique en matière d'alcool.

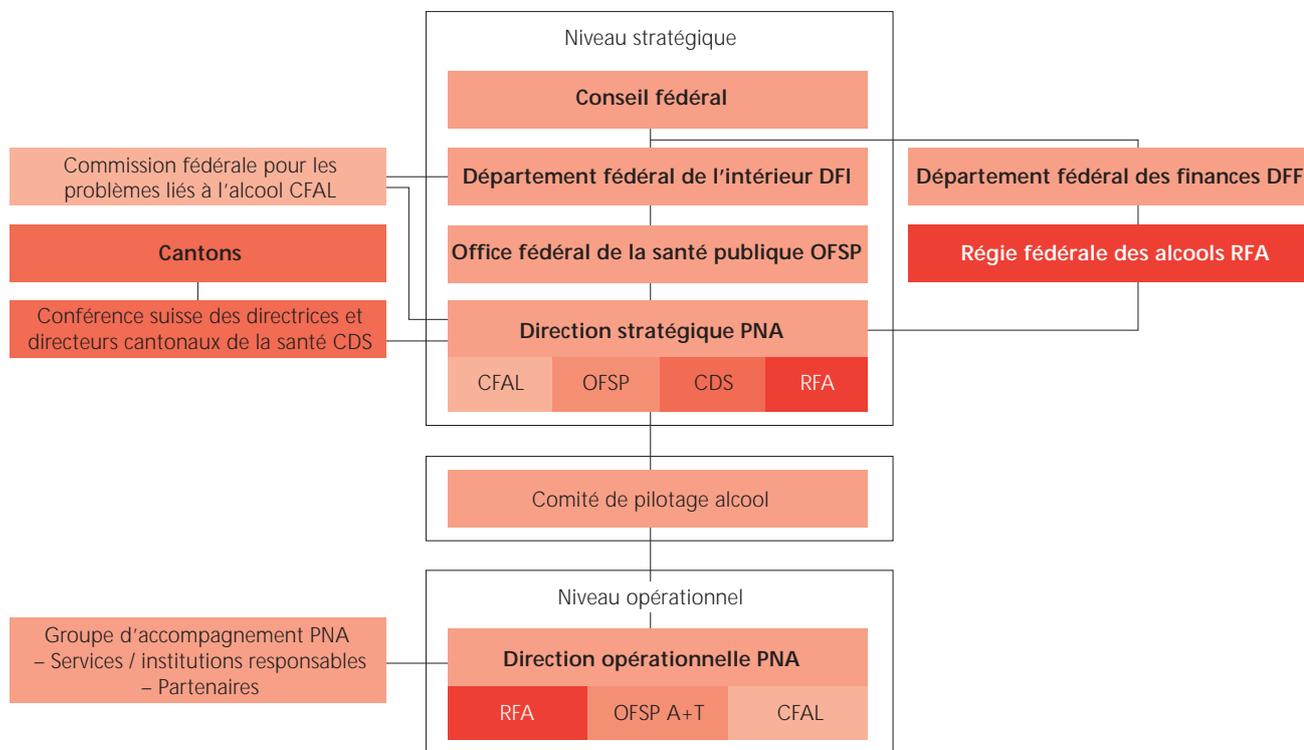
Un rapport coordonné servira de base à l'autoévaluation du programme et à une optimisation en continu de la mise en œuvre. Le PNA sera soumis à une évaluation externe à partir de 2011.

Le PNA prévoit, pour la mise en œuvre, l'organisation suivante (graphique G1) :

- La **direction stratégique PNA** est l'organe de pilotage du processus et elle supervise la direction opérationnelle PNA. Y sont représentés l'OFSP, qui en assume la présidence, la Régie fédérale des alcools, la Commission fédérale pour les questions liées à l'alcool et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.
- La **direction opérationnelle PNA (direction du programme)** exécute les mandats de la direction stratégique PNA, coordonne la mise en œuvre des mesures en collaboration étroite avec les services ou institutions responsables et fait office de plaque tournante pour tous les groupes d'interlocuteurs internes ou externes au programme.
- Les **services et institutions responsables** jouent un rôle central dans la mise en œuvre du PNA. Dans divers champs d'action, ils ont la compétence d'appli-

Organisation structurelle de la mise en œuvre du PNA 2008-2012

G1



Source : OFSP

quer les orientations stratégiques. Ils sont soutenus par la direction opérationnelle PNA et par leurs partenaires dans la planification et la mise en œuvre du PNA.

- Les **partenaires** sont associés à la mise en œuvre du programme par les services responsables.

Prochaines étapes

Le PNA sera précisé et réalisé par étapes de 2008 à 2012. Une application systématique des dispositions nationales et cantonales existantes constitue la première priorité. Leur efficacité doit cependant être vérifiée. Suivant les résultats de ce contrôle, les mesures existantes pourront, en seconde priorité, être adaptées. Des efforts s'imposent en outre dans le domaine de la communication accompagnant le PNA. Un monitoring systématique de l'écho donné par les médias aux questions liées à l'alcool a déjà démarré.

Pour suivre l'actualité et répondre aux besoins de prévention en matière de problèmes liés à l'alcool, il importe d'optimiser en continu la mise en œuvre du programme sur la base d'un rapport annuel. Le PNA sera en outre soumis à une évaluation externe à partir de

2011. Celle-ci permettra de dégager des recommandations pour les actions à mener au-delà de 2012.

Informations complémentaires

Le résumé et la version complète du PNA 2008-2012 sont disponibles sur le site www.alkohol.bag.admin.ch. La version papier du résumé (f, d, i, e) peut être commandée à l'adresse alkohol@bag.admin.ch.

Petra Aemmer, lic. ès lettres, collaboratrice scientifique, section Alcool et tabac, Office fédéral de la santé publique.
Mél. petra.aemmer@bag.admin.ch

David Hess-Klein, lic. ès lettres, directeur du Programme national alcool, section Alcool et tabac, Office fédéral de la santé publique.
Mél. david.hess-klein@bag.admin.ch

Anne Lévy, lic. ès sc.pol., dipl. VMI en management des associations à but non lucratif, responsable de la section Alcool et tabac, Office fédéral de la santé publique.
Mél. anne.levy@bag.admin.ch

Programme national tabac 2008-2012

La prévention du tabagisme marque des points en Suisse ces dernières années : depuis le milieu des années 90, le nombre de consommateurs de cigarettes baisse chaque année. Parallèlement, la prise de conscience des méfaits du tabac – et en particulier du tabagisme passif – au sein de la population augmente de façon notable. Les fumeurs eux-mêmes se montrent de plus en plus disposés à tenir compte des intérêts des non-fumeurs. Plus de la moitié d'entre eux souhaiteraient arrêter de fumer. La décision prise par le Conseil fédéral le 18 juin 2008 permet d'entamer la mise en œuvre du Programme national tabac 2008 à 2012, qu'il a approuvé, et de poursuivre les activités menées dans le domaine de la prévention du tabagisme. En Suisse, le nombre de décès et cas de maladie dus au tabagisme doit diminuer encore d'ici fin 2012.

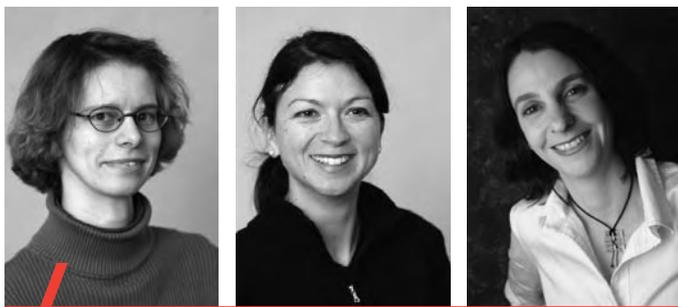
paradigme dans l'opinion publique : dans la vie en société, le fait de ne pas fumer va de plus en plus de soi. C'est là notamment un préalable essentiel à la protection contre le tabagisme passif.

Bon nombre de mesures préventives ont contribué à ces succès. Par des campagnes de grande ampleur (« Fumer, ça fait du mal... » ou « BRAVO », entre autres), le public a pu être informé de façon efficace. Des projets de coopération nationaux tels que « lieu de travail sans fumée », « Un sport sans fumée » ou « Expérience non-fumeur » ont permis de sensibiliser des groupes cibles spécifiques. La Confédération, par des mesures législatives (relèvement de l'impôt sur le tabac, renforcement des mises en garde, création du Fonds de prévention du tabagisme, FPT), a aménagé les conditions structurelles de cette prévention. En parallèle, un certain nombre de cantons ont fait davantage d'efforts pour offrir une protection contre le tabagisme passif ainsi que pour restreindre la publicité pour le tabac et l'accès aux produits du tabac (protection de la jeunesse). Ces mesures légales sont complétées par une multitude de projets, d'offres et de travaux de recherche émanant de divers acteurs aux niveaux national, cantonal, régional et local.

Le Programme national de prévention du tabagisme 2001-2008 (PNPT 2001-2008) a offert à la Confédération un cadre d'action étendu pour diverses activités. Il a notamment contribué dans une mesure importante au revirement de l'opinion publique concernant le tabagisme passif, ainsi qu'aux progrès législatifs accomplis.

En comparaison internationale, cependant, la Suisse a toujours un retard à rattraper. Une étude menée en 2005¹ a comparé les politiques de prévention du tabagisme dans une trentaine de pays européens. La Suisse y figurait dans le dernier tiers du classement (au 23^e rang) en ce qui concerne la mise en œuvre de mesures efficaces. Dans la nouvelle édition de l'étude, en 2007², elle a gagné quelques rangs, rejoignant le milieu du peloton (18^e rang). Elle a accompli des progrès au niveau des dépenses consacrées à la prévention du tabagisme (création du FPT), des mises en garde et des programmes de désaccoutumance. L'étude relève toutefois qu'il subsiste des lacunes en matière d'imposition des produits du tabac, de protection contre le tabagisme passif et de restrictions de la publicité.

Les champions en matière de prévention sont, toujours selon cette étude, la Grande-Bretagne, l'Irlande, l'Islande et la Norvège, alors que l'Autriche, le Luxembourg, la Grèce et l'Allemagne sont les lanternes rouges.



Petra Aemmer Christina Eggenberger Anne Lévy
Office fédéral de la santé publique

Coup d'œil rétrospectif

La prévention du tabagisme a obtenu de bons résultats en Suisse ces dernières années. La proportion de fumeurs parmi les 14 à 65 ans a pu être réduite d'un huitième de 2001 à 2007, celle des 14 à 19 ans d'un cinquième. Par ailleurs, on a assisté à un changement de

1 Joossens L., Raw M.: The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tobacco Control* 2006, 15: 247-253.

2 Joossens L., Raw M.: Progress in Tobacco Control in 30 European Countries, 2005 to 2007. Présenté à la 4^e Conférence européenne « Le tabac ou la santé », Bâle, 2007.

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) relèvent elles aussi le besoin de rattrapage de la Suisse dans le domaine de la prévention. «Lorsqu'elles adoptent des programmes spécifiques de prévention et de promotion de la santé, les autorités suisses devraient concentrer leurs efforts sur les problèmes particulièrement préoccupants pour la santé publique (comme la consommation de tabac et d'alcool)», écrit l'OCDE à propos du système de santé suisse.³

Défis à relever en matière de prévention du tabagisme

Pour les années à venir, la prévention du tabagisme est confrontée aux grands défis suivants :

- Une partie de la population et des décideurs continuent de sous-estimer la dangerosité des produits du tabac pour la santé de ceux qui les consomment et celle d'autrui (tabagisme passif).
- La facilité d'accès aux produits du tabac, qui bénéficie en outre d'une grande visibilité, favorise la consommation et l'acceptation sociale du tabagisme.
- Plus de la moitié des fumeurs souhaitent arrêter ; mais beaucoup ne parviennent pas à mettre leur projet à exécution à cause du fort potentiel de dépendance au tabac.
- Le tabagisme est responsable d'une grande part de la charge de morbidité. Il a donc un coût économique élevé, et le potentiel de réduction des dommages est important.
- Les produits du tabac vendus en Suisse restent insuffisamment réglementés.
- Les fumeurs ne mettent pas seulement en danger leur propre santé, mais aussi celle d'autrui (tabagisme passif). La consommation de tabac n'est pas qu'une affaire privée, elle interpelle la société entière.

Une stratégie efficace de prévention du tabagisme comporte ainsi plusieurs volets, dont l'action conjointe servira à dissuader de commencer à fumer, à faciliter le sevrage tabagique, à réglementer la production, la promotion et la vente des produits du tabac et à mettre en place un environnement sans fumée.

Elaboration du nouveau programme

Tenant compte des besoins actuels et du potentiel inexploité en Suisse en matière de prévention du tabagisme, ainsi que des résultats des recherches et de l'évaluation des programmes antérieurs, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a élaboré le Programme national tabac 2008-2012 (PNT 2008-2012) sur mandat du

Conseil fédéral et avec le concours de la Commission fédérale pour la prévention du tabagisme, de la Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé et d'autres partenaires actifs dans la prévention du tabagisme (Confédération, cantons et ONG). Le PNT 2008-2012 constitue le prolongement du PNPT 2001-2008 et définit la stratégie nationale de prévention du tabagisme jusqu'à la fin de 2012.

L'évaluation du PNPT 2001-2008⁴ a abouti à différentes conclusions, dont il a été tenu compte pour l'élaboration du PNT 2008-2012 :

- Continuité et durabilité : la prévention du tabagisme aura besoin, au cours des prochaines années, d'objectifs, d'une stratégie et d'un plan d'action clairs, sous la forme de programmes pluriannuels, pour lesquels les acteurs-clés auront voix au chapitre.
- Rôle de plaque tournante nationale : l'OFSP joue un rôle de leader dans la coordination et le soutien à la mise en œuvre des programmes de prévention du tabagisme et encourage la compréhension et la bonne entente entre les différents acteurs.
- Organisation du programme : l'adoption d'un modèle adéquat s'impose pour améliorer la conduite et la mise en œuvre du programme ; l'utilisation efficace des ressources, la collaboration des acteurs et la coordination avec les autres programmes de prévention de l'OFSP requièrent une attention spéciale.
- Nature des interventions : à l'avenir aussi, le succès de la prévention du tabagisme suppose d'agir simultanément sur différents plans. Les priorités sont au nombre de quatre domaines d'action : information et sensibilisation de l'opinion ; protection de la santé et réglementation du marché ; prévention comportementale ; coordination et collaboration.

Mission, domaines d'action et objectifs du programme

La mission que le PNT 2008-2012 assigne à la prévention du tabagisme est libellée ainsi : « Réduire le nombre des cas de maladie et des décès dus au tabagisme en Suisse ». Pour y parvenir, les objectifs prioritaires suivants devront être atteints d'ici fin 2012 :

- la proportion de fumeurs dans la population résidente en Suisse diminue de 20% et passe de 29% (en 2007) à environ 23% ;
- la proportion de fumeurs parmi les 14 à 19 ans diminue de 20% et passe de 24% (en 2007) à moins de 20% ;

3 OCDE, Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse. Paris, 2006 : 12.

4 Pour l'évaluation, voir www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02064/04268 (état : 22.9.2008).

- la proportion de personnes qui sont exposées à la fumée d'autrui (tabagisme passif) pendant sept heures ou plus par semaine diminue de 80% et passe de 27% (en 2006) à environ 5%.

Pour garantir le succès et atteindre ces objectifs prioritaires, le PNT 2008-2012 situe l'action à mener par la prévention du tabagisme dans les quatre domaines cités, sur lesquels se concentrent aussi les objectifs stratégiques :

Information et sensibilisation de l'opinion

1. Dans la vie en communauté, ne pas fumer va de soi.
2. La nocivité du tabac est mieux connue et la prévention du tabagisme est davantage acceptée par la population et les milieux politiques.

Protection de la santé et réglementation du marché

3. Dans le domaine du tabac, la Suisse adaptera son droit conformément aux résultats des négociations sur l'accord de santé avec l'UE.
4. La Suisse ratifie la Convention de l'OMS sur le tabac.
5. L'impôt sur le tabac est augmenté selon des critères d'efficacité contrôlés.
6. La protection contre le tabagisme passif est réglementée par une loi fédérale.
7. Les cantons poursuivent leurs efforts pour prévenir efficacement le tabagisme.

Prévention comportementale

8. Les jeunes qui ne fument pas sont encouragés à ne pas commencer.
9. Les fumeurs sont encouragés à arrêter la consommation de tabac.

Coordination et collaboration

10. Les acteurs de la prévention du tabagisme s'engagent ensemble pour mettre en œuvre le PNT 2008 à 2012 et pour développer la prévention du tabagisme en Suisse.
11. Les autorités et les institutions actives dans la prévention du tabagisme au niveau fédéral, cantonal et communal mettent en œuvre le PNT 2008-2012 en coordonnant leurs actions ; elles veillent à utiliser efficacement les ressources disponibles et à exploiter les synergies.

Le programme continue de miser à la fois sur la prévention comportementale, comme la sensibilisation (p.ex. campagne d'information) et le développement des compétences individuelles en matière de santé (dissuader de commencer à fumer, aider à arrêter), et sur le recours à des instruments efficaces de prévention structurelle, tels que la protection de la santé et la réglementation du

marché (p.ex. la prévention du tabagisme passif), les deux approches se complétant.

Mise en œuvre du programme

La mise en œuvre du PNT 2008-2012 est conçue comme un processus ouvert et transparent pour toutes les parties impliquées. L'OFSP y joue un rôle de coordinateur, en créant des conditions propices à la réalisation des objectifs stratégiques et en assurant les relais nécessaires entre les acteurs. Un rapport annuel servira de base à l'autoévaluation du programme et à une optimisation en continu de sa mise en œuvre. Le programme sera soumis à une évaluation externe à partir de 2011.

Une organisation à trois niveaux est prévue pour la mise en œuvre du PNT 2008-2012 (graphique G1) :

- **La direction stratégique PNT** est l'organe de coordination politico-stratégique pour la phase de mise en œuvre ; la direction opérationnelle PNT lui est subordonnée. Y sont représentés l'OFSP, qui en assume la présidence, la Commission fédérale pour la prévention du tabagisme, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, ainsi qu'une délégation des ONG actives dans la prévention du tabagisme. Un groupe de travail interdépartemental sur le tabac coordonne la prévention du tabagisme au niveau fédéral. Il réunit des représentants de l'OFSP, du Secrétariat d'Etat à l'économie et de l'Administration fédérale des douanes.
- **La direction opérationnelle PNT** est compétente pour les travaux de mise en œuvre. Elle soutient la coordination entre les acteurs concernés et assure l'échange d'informations.
- **Différents acteurs ou groupes d'acteurs** sont chargés de la mise en œuvre des mesures. Ils agissent sous leur propre responsabilité et s'efforcent de coordonner leurs actions avec le PNT 2008-2012 et les autres acteurs concernés. Si nécessaire, l'OFSP favorise la concertation et les échanges d'expérience.

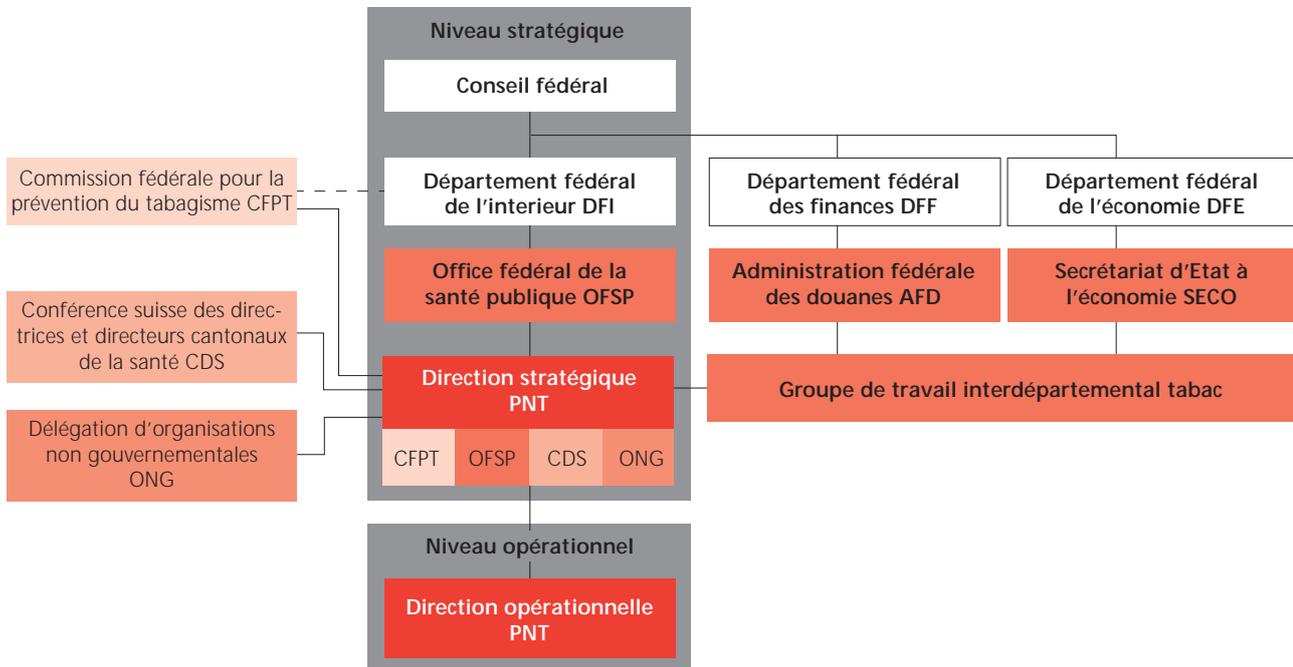
Le FPT est l'un des principaux acteurs dans le domaine de la prévention du tabagisme. Il n'est pas intégré dans l'organisation de la mise en œuvre du PNT 2008-2012, afin de lui conserver son indépendance, mais il s'appuiera sur le programme national pour allouer ses fonds.

Prochaines étapes

La mise en œuvre du PNT 2008-2012 aura lieu par étapes. Les mesures possibles seront classées par ordre de priorité selon leur urgence, leur interdépendance et d'autres facteurs généraux (acceptation, ressources, etc.). Les premières, indispensables pour mettre le pro-

Organisation structurelle de la mise en œuvre du PNT 2008-2012

G1



Source : OFSP

gramme sur pied, concernent la mise en place de l'organisation, notamment l'organigramme présenté ci-dessus. Les premières étapes de la mise en œuvre comportent également des mesures d'accompagnement importantes, par exemple pour la communication et le monitoring.

Si l'on veut suivre l'actualité et répondre aux besoins de prévention en matière de tabagisme, il importe d'optimiser en continu la mise en œuvre du programme sur la base d'un rapport annuel. Le PNT 2008-2012 sera soumis en outre à une évaluation externe à partir de 2011. Celle-ci, associée aux résultats du monitoring tabac, permettra de dégager des recommandations pratiques pour développer la prévention du tabagisme après 2012.

Informations complémentaires

Le résumé et la version complète du PNT 2008-2012 sont disponibles sur le site www.tabak.bag.admin.ch. La version papier du résumé (f, d, i, e) peut être commandée à l'adresse tabak@bag.admin.ch.

Petra Aemmer, lic. ès lettres, collaboratrice scientifique, section Alcool et tabac, Office fédéral de la santé publique.
Mél. petra.aemmer@bag.admin.ch

Christina Eggenberger, lic. ès sc. soc., directrice du Programme national tabac, section Alcool et tabac, Office fédéral de la santé publique.
Mél. christina.eggenberger@bag.admin.ch

Anne Lévy, lic. ès sc. pol., dipl. VMI en management des associations à but non lucratif, responsable de la section Alcool et tabac, Office fédéral de la santé publique.
Mél. anne.levy@bag.admin.ch

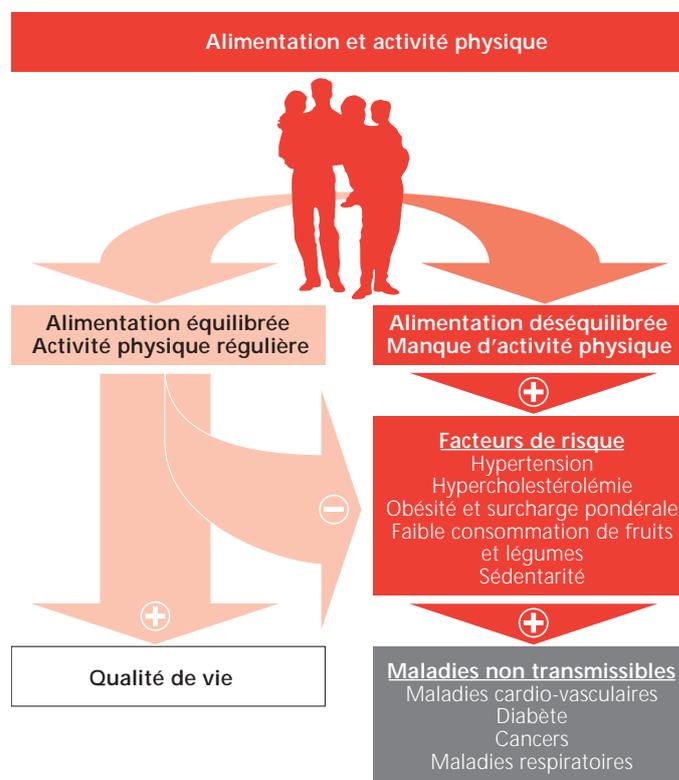
5 Sur le monitoring tabac, voir www.bag.admin.ch/tabak_praevention/00879/00891/01188 (état : 22.9.2008).

Programme national alimentation et activité physique 2008-2012

Respecter quatre règles élémentaires d'hygiène de vie permet d'augmenter l'espérance de vie : ne pas fumer, modérer sa consommation d'alcool, manger beaucoup de fruits et légumes et avoir une activité physique régulière. Selon les derniers résultats de l'étude EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition), ces règles ont pour conséquence d'abaisser le risque de mortalité. En les respectant scrupuleusement, on peut même allonger l'espérance de vie de 14 ans. Ce n'est que ces dernières années que les études scientifiques ont montré le rapport entre les facteurs de risque les plus importants pour les maladies non transmissibles et les habitudes alimentaires et physiques. Cependant, il est clair que ces deux domaines recèlent un énorme potentiel de prévention.

contre le surpoids et l'obésité, deux problèmes qui se sont nettement accentués ces dernières années en Europe, y compris en Suisse.

Influence de l'alimentation et de l'activité physique sur les maladies non transmissibles **G1**



Source : OFSP

Situation internationale

Une alimentation équilibrée et une activité sportive régulière n'ont pas seulement une grande influence sur l'espérance de vie, mais également sur la qualité de vie et la santé de chacun d'entre nous. Selon l'OMS, cinq des sept facteurs de risque les plus importants de contracter une maladie non transmissible sont liés, en Europe, à l'alimentation et à l'exercice : consommation insuffisante de fruits et de légumes, hypertension, hypercholestérolémie, surpoids et sédentarité, les deux facteurs de risque restants étant la consommation d'alcool et de tabac.

Une alimentation équilibrée et la pratique régulière d'une activité physique constituent la base de la lutte

Face à cette situation, l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) a adopté en mai 2004 la « Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ». Un des objectifs de cette stratégie est d'encourager un mode de vie favorisant l'alimentation équilibrée et l'activité physique régulière. Elle appelle les gouvernements à adapter la stratégie globale à leur situation particulière et à l'appliquer (AMS 2004). En novembre 2006, à Istanbul, la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité a adopté la « Charte européenne sur la lutte contre l'obésité ». La charte s'attache à promouvoir des modes de vie sains,



Liliane Bruggmann
Office fédéral de la santé publique

La **Plate-forme d'action nationale alimentation et activité physique** permet aux participants de proposer et de discuter des mesures volontaires conformes à l'esprit du programme. Elle sert également à exploiter au maximum les capacités des acteurs privés (p. ex. industrie alimentaire, commerce de détail), des organisations à but non lucratif et des associations de bénévoles. La plate-forme a pour objectif principal d'encourager l'engagement des acteurs privés par des activités publiques, par des bases légales adéquates et par un transfert de connaissances. Elle soutient également les activités des réseaux existants.

qui harmonisent les objectifs sanitaires avec les objectifs culturels et socioéconomiques et qui favorisent les choix favorables à la santé.

L'alimentation, l'activité physique et l'obésité représentent donc des thèmes importants également au niveau européen, où ils font l'objet de programmes de santé. Voici quelques exemples d'actions mises en place par la Commission européenne : le « Réseau pour l'alimentation et l'activité physique, la création de la « Plate-forme européenne d'action en matière d'alimentation, d'activité physique et de santé », la publication d'un livre vert intitulé « Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique : une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques », etc. Dans sa résolution « Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique » du 1^{er} février 2007, le Parlement européen demande que la lutte contre l'obésité et les autres maladies liées à l'alimentation soit prioritaire dans la politique de l'Union européenne et de ses Etats membres. Se basant sur cette résolution, la Commission européenne a publié en mai 2007 un livre blanc intitulé « Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité », qui appelle à renforcer les partenariats dans ce domaine.

L'expérience internationale, ainsi que tous les documents publiés, ont servi de base à l'élaboration du Programme national alimentation et activité physique 2008-2012.

Le Programme national alimentation et activité physique 2008-2012

En 2004, le Conseil fédéral a approuvé la résolution de l'AMS pour une « Stratégie mondiale pour l'alimen-

tation, l'exercice physique et la santé » et a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) de l'adapter au contexte suisse. L'Of ce fédéral de la santé publique (OFSP), en collaboration avec l'Of ce fédéral du sport (OFSP) et Promotion Santé Suisse, a élaboré le PNAAP 2008-2012. Des représentants des cantons, de l'économie, de l'Alliance des ONG, ainsi que de celui d'autres of ces fédéraux, d'universités et d'organisations non gouvernementales actifs dans les domaines de l'alimentation, de l'activité physique ou de la santé ont également contribué à sa conception.

Le PNAAP permet, conformément aux recommandations de l'OMS, une coopération multisectorielle et la coordination des domaines politiques différents que représentent la santé, le sport, l'agriculture, la formation, l'aménagement du territoire, la construction de routes, etc. Ce programme est le premier instrument de coordination central pour les domaines alimentation et activité physique. Il permettra d'harmoniser les procédures et les mesures de la Confédération, des cantons, de l'économie et des ONG, ce qui a d'ailleurs déjà été fait depuis longtemps pour d'autres domaines importants en politique de la santé, p. ex. pour le VIH/sida.

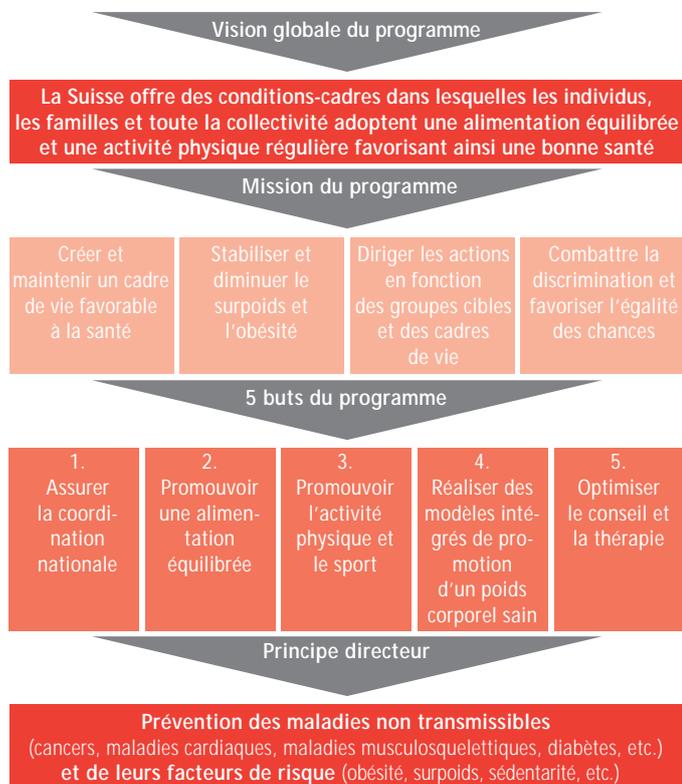
En tant que programme cadre, le PNAAP sert de ligne directrice au niveau national pour la prévention dans les domaines alimentation et activité physique, et permet d'impliquer les acteurs déterminants de façon pertinente. L'encouragement de la **responsabilité individuelle**, le soutien aux **mesures volontaires** et la garantie de la **sécurité alimentaire** en constituent les trois axes principaux.

Pour la réalisation du programme, les objectifs doivent être xés à long terme, car l'effet de mesures lancées pour modifier les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique n'est perceptible en général qu'après 15 à 20 ans.

Le PNAAP a pour vision d'offrir à la population des conditions favorisant la santé et la qualité de vie. Il doit motiver la population de manière positive pour qu'elle adopte des habitudes alimentaires saines et pratique une activité physique régulière, afin de lutter le plus efficacement possible contre le surpoids, l'obésité, les troubles alimentaires et les autres maladies non transmissibles liées à ces facteurs.

L'OFSP, l'OFSP, Promotion Santé Suisse et les cantons sont les acteurs principaux. Les trois premiers se partagent les cinq objectifs du projet, les cantons jouent un rôle prépondérant dans la planification et la mise en œuvre du programme. Les autres partenaires importants sont les représentants du milieu économique (en particulier l'industrie alimentaire et le commerce de détail), les communes, les organisations semi-étatiques, les organisations non gouvernementales et d'autres of ces fédéraux.

Illustration PNAAP (Programme national alimentation et activité physique 2008-2012) G2



Source : OFSP

Les tâches de Promotion Santé Suisse

Promotion Santé Suisse est responsable de la mise en œuvre des programmes d'action cantonaux (objectif 4). L'objectif est de freiner l'augmentation de la surcharge pondérale. Pour y parvenir, l'organisation encourage l'intégration dans la vie quotidienne de modèles favorisant un poids corporel sain (activité physique, alimentation, aspects psychiques et sociaux) et collabore étroitement avec les cantons. Dans le cadre de programmes d'actions partagés, elle développe avec chaque canton une stratégie d'intervention axée sur les besoins de ce dernier, ce qui lui permet d'utiliser ses ressources de manière optimale.

Les tâches de l'OFSP

L'OFSP est chargé de la promotion du sport (objectif 3). Pour ce faire, il élabore et encourage les pratiques du sport adaptées aux jeunes ; il permet à ces derniers de faire des expériences sportives et de participer à la mise

Le **système de monitoring alimentation et activité physique** est destiné à regrouper les données et les indicateurs de projets de monitoring, existants ou à venir en Suisse, dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique. Il s'agit aussi d'identifier des données et des indicateurs non encore recensés et de les utiliser. Ce «méta-monitorage» permettra de recourir aux données et aux indicateurs tant durant le programme national alimentation et activité physique (PNAAP) que lors de mesures de prévention futures (p.ex. recommandations en matière d'alimentation et d'activité physique).

en place d'activités. En n, il contribue au développement de la santé et à l'épanouissement des jeunes aux niveaux pédagogique, social et sanitaire.

A l'avenir, Jeunesse+Sport s'adressera non seulement aux enfants de 10 à 20 ans, mais également à ceux de 5 à 10 ans.

Les tâches de l'OFSP

L'OFSP assume la coordination nationale (objectif 1), la promotion d'une alimentation équilibrée (objectif 2) ainsi que l'optimisation des offres de conseil et de thérapie (objectif 5). Il se charge également de la promotion de l'activité physique quotidienne, qui fait partie de l'objectif 3. Pour mener à bien la coordination et l'évaluation au niveau national, l'OFSP a prévu deux instruments : la Plate-forme d'action nationale alimentation et activité physique, et un système de monitoring uniformisé.

Pour toute information complémentaire

www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/index.html?lang=fr

Liliane Bruggmann, lic.oec. HSG, cheffe de la section Nutrition et activité physique, OFSP.

Mél. liliane.bruggmann@bag.admin.ch

Prévention des maladies non transmissibles : l'exemple des maladies psychiques

L'idée selon laquelle la santé psychique constitue un aspect essentiel de la santé individuelle comme de la santé publique figurait déjà dans la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1948¹. Mais, dans de nombreux systèmes de santé, elle a été peu à peu abandonnée. En matière de santé psychique, les questions qui se posent ne sont pas seulement celles de la prévention, du traitement et de la réadaptation des malades, mais surtout celles de la lutte contre les tabous et de l'intégration sociale des personnes touchées.

Regula Rička

Office fédérale de la santé publique

Les maladies psychiques et les suicides peuvent, dans une large mesure, être évités par la prévention et la détection précoce. Mais pour pouvoir mobiliser ses facultés, maîtriser le quotidien, mener une vie productive et bien remplie et assumer ses responsabilités, l'individu a surtout besoin d'une santé psychique stable. Celle-ci constitue en outre un facteur essentiel pour la croissance économique et le plein emploi, la cohésion sociale et le développement durable.

Lourde charge

Les maladies psychiques sont très répandues dans tous les pays développés ; en Suisse, 20 à 25% de la population aurait reçu ce diagnostic. Selon l'OMS, les maladies neuropsychiatriques y sont – avec les maladies cardiovasculaires – les principaux facteurs qui empêchent de mener une vie normale, dépourvue de troubles. Par rapport au reste de la population, les personnes présentant des problèmes psychiques chroniques sont deux fois plus limitées dans leurs performances et trois fois plus dans leur capacité de travail. Le nombre de rentiers

AI a plus que doublé entre 1986 et 2005 ; le pourcentage de personnes qui touchent une rente AI en raison de maladies psychiques est passé dans le même laps de temps de 20 à 37% et, malgré une tendance à la baisse, le nombre de décès par suicide reste élevé.

Les maladies psychiques provoquent de grandes souffrances pour les personnes touchées et pour leur famille. Si elles ne sont pas traitées à temps, elles entraînent d'importants coûts de santé et, à plus long terme, constituent une lourde charge pour l'économie et pour le système social.

Investir davantage pour la santé psychique

Partout dans le monde, on sait aujourd'hui que la promotion de la santé psychique et la prévention des maladies psychiques doivent constituer des priorités pour la politique de la santé. Afin que les mesures prises soient efficaces, il faut faire participer, outre le domaine de la santé, d'autres domaines politiques comme l'éducation et la formation, l'économie et le social. La collaboration entre les organisations médicales et celles non médicales, ainsi qu'avec les organisations regroupant les patients et leurs proches, joue un rôle décisif en pratique. Les personnes qui ont souffert d'une telle maladie disposent d'une expérience précieuse ; il faut donc les impliquer activement dans la planification et la réalisation des actions. Enfin, les mesures ne peuvent être efficaces que si elles sont adaptées à l'âge et au sexe, ainsi qu'aux besoins des différentes cultures et couches sociales.

L'unanimité règne en ce qui concerne les mesures les plus efficaces et les principaux points à améliorer en Suisse.

Dépression et suicide

La dépression compte à l'heure actuelle parmi les problèmes de santé de loin les plus répandus. Non traitée, elle peut avoir des conséquences graves. Parmi les personnes atteintes d'une dépression grave ou d'une autre maladie psychique chronique, moins d'une sur deux bénéficie d'un traitement adéquat. Même si le sui-

¹ « La santé est un état de bien-être total physique, social et mental de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité. »

cide et les tentatives de suicide ne constituent pas à proprement parler une maladie et n'en sont pas toujours l'expression, ils sont souvent favorisés par des maladies psychiques (notamment la dépression, les psychoses – schizophrénie – et les toxicomanies). Mais toute difficulté dans l'enfance ou l'adolescence, de même que toute crise ultérieure, peut déclencher une crise suicidaire. Des phénomènes comme l'accentuation de l'isolement social, la pression sociale à l'égard de la réussite et les doutes existentiels engendrés par l'accélération des changements sociaux, ainsi que les crises économiques et financières, augmentent également la suicidalité. Dans ces cas, l'issue d'un comportement suicidaire dépend beaucoup de l'environnement immédiat : des vies peuvent être sauvées par l'absence de moyens de se donner la mort, par la possibilité de se tourner vers un réseau social solide ou vers des offres de soutien, ou encore par des interventions médicales. Il faut donc commencer par améliorer les offres de soutien sur place. Dans la plupart des cas, une fois la crise dépassée, le comportement suicidaire disparaît.

Pour détecter à temps et optimiser le traitement de la dépression et du suicide, de plus en plus de cantons font appel à un programme intitulé «Alliance contre la dépression». Ce programme, qui comprend des formations axées sur cette problématique, s'adresse aux médecins généralistes et aux autres professionnels en contact direct avec le public. Une campagne est organisée pour donner à celui-ci des informations sur la maladie et ses conséquences. Dans la région pilote, Nuremberg (D), les comportements suicidaires ont diminué d'un quart par rapport à la région témoin, dans laquelle il n'y avait aucune intervention ciblée. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) offre déjà son soutien aux cantons pour harmoniser l'introduction de ce programme. Par ailleurs, dans le cadre de la stratégie du Conseil fédéral «Migration et santé», l'OFSP met au point des informations sur la maladie à l'intention de la population migrante et, avec les organisations spécialisées, actualise le matériel pédagogique utilisé pour la formation continue.

Le lien entre le fait que des situations et des moyens létaux soient disponibles et le choix de la méthode employée pour le suicide est considéré comme prouvé. Mais les mesures qui seraient efficaces à ce niveau, telles que la sécurisation des ponts de grande hauteur ou la limitation de l'accès aux armes, ne sont pas du ressort du secteur de la santé.

Santé psychique des enfants et des adolescents

En Suisse, on n'est encore guère conscient de l'importance que revêt la santé psychique dans les phases pré-

Pour plus d'informations

Office fédéral de la santé publique : www.bag.admin.ch
 -> Alliance contre la dépression Observatoire suisse de la santé : www.obsan.ch -> santé psychique
 Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé : www.gdk-cds.ch -> politique de santé

Cantons :

AR : www.ar.ch/regierungsprogramm

BE : www.berner-buendnis-depression.ch

GE : www.etat.geneve.ch

LU : www.kantonsarzt.lu.ch

ZG : www.psychische-gesundheit-zug.ch

Organisation mondiale de la santé, région Europe : www.euro.who.int/mentalhealth

coces de la vie. Mais, au niveau international, le consensus règne : c'est dans l'enfance qu'est posée la base d'une santé psychique pour la vie. La moitié des maladies psychiques débutent dès l'âge de 14 ans, même si elles ne se manifestent que beaucoup plus tard. On en observe des signes chez 10 à 20% des adolescents, les groupes de population défavorisés étant les plus touchés. Il faut donc mettre en place déjà durant cette période de la vie une promotion globale de la santé, prenant en compte tous les aspects (relations, mode de vie, situation, valeurs et éthique). La création de liens stables dans la petite enfance représente un facteur de protection, garantissant à l'enfant qui grandit santé physique et santé psychique. Les mesures doivent donc viser le développement de stratégies de vie, aidant les jeunes à aborder les défis de la vie avec curiosité et à faire des expériences positives. En même temps, il faut mettre en place une détection attentive des maladies psychiques chez les enfants et les adolescents.

Santé psychique au travail

L'activité professionnelle a des effets positifs sur la santé physique et psychique, et joue en outre un rôle fondamental sur l'intégration sociale. Mais l'exigence accrue de rapidité et d'adaptabilité observée depuis quelques dizaines d'années a multiplié les pressions ; cet excès de sollicitations compromet avant tout la santé psychique. Pour protéger la santé des travailleurs, la première chose à faire est d'améliorer l'organisation du tra-

vail, de la culture d'entreprise et des méthodes de direction, sans oublier les mesures permettant de mieux concilier travail et vie familiale.

augmentent. L'encouragement d'une vie active jusque dans le grand âge doit devenir en Suisse un objectif majeur de la santé publique.

Santé psychique des personnes âgées

Avec la vieillesse, le soutien par la famille et les amis diminue, tandis que les maladies dégénératives comme la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence

Regula Ricka, Dr med., collaboratrice scientifique, OFSP.
Mél. regula.ricka@bag.admin.ch

Campagnes de prévention : des millions jetés par les fenêtres?

Alcool, tabac, sida, surcharge pondérale : pour protéger la santé du peuple suisse, la Confédération dépense chaque année des millions de francs dans de vastes campagnes de prévention et de promotion de la santé. Est-ce de l'argent jeté par les fenêtres ou, au contraire, un investissement nécessaire et payant dans la santé publique ? Les sciences de la communication et l'évaluation des campagnes passées le montrent : les campagnes de prévention sont essentielles et efficaces – à condition d'être préparées et réalisées par des professionnels.



Adrian Kammer
Office fédéral de la santé publique

L'individualisme est de plus en plus répandu dans notre société. Il en devient plus difficile de légitimer des interventions étatiques. Les valeurs libérales tendant à s'imposer, les comportements deviennent de plus en plus individualistes au nom de la liberté. Mais, de cette façon, l'individu a aussi sa part de responsabilité dans les problèmes sociaux et les dérives sociétales. Agir contre ces problèmes et ces dérives et les corriger est de moins en moins perçu comme une tâche de l'Etat, et donc on l'exige moins de lui. La piètre situation économique et l'insistance accrue avec laquelle les partis réclament des

économies pèsent aujourd'hui d'un poids supplémentaire : les mandats étatiques comme l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) se voient contraints de motiver de façon plus convaincante les campagnes qu'ils préparent et de prouver leur efficacité.

Plus de santé, moins de frais

Beaucoup de gens se demandent si c'est bien la mission de l'Etat que d'intervenir sur l'attitude des citoyens à l'égard de la santé et la valeur qu'ils lui accordent. La réponse est oui. La tâche de l'OFSP est d'accroître les compétences du citoyen en la matière et, par ce moyen, d'améliorer la qualité de vie et de faire baisser les coûts de la santé. Il est évident, en outre, qu'une économie saine a besoin de personnes en bonne santé. Or, comme l'attestent des comparaisons internationales, la Suisse recèle encore un important potentiel en matière de prévention. Selon Francesca Colombo, experte en santé à l'OCDE, les pays de l'OCDE consacrent en moyenne 2,7% de leurs coûts de santé à la prévention, contre seulement 2,1% pour la Suisse, soit près d'un quart de moins. Elle ajoute que la coordination nationale des efforts de prévention, ainsi que l'efficacité des programmes et des campagnes, pourraient être améliorées. Ces défauts devraient cependant être corrigés avec la nouvelle loi fédérale, en préparation, sur la promotion de la santé et la prévention.

Une efficacité confirmée par la science

A la question controversée de la rentabilité des campagnes de prévention, on peut répondre par un exemple simple et chiffré : l'OFSP a dépensé 2,5 millions de francs, en 2005, pour la campagne « LOVE LIFE STOP AIDS ». Il suffit que, cette année-là, la campagne ait permis d'éviter trois infections par le VIH pour qu'elle soit rentable, puisque les frais de traitement à vie d'une personne séropositive ou malade du sida se montent à 975 000 francs (39 000 francs par an pour une espérance de vie moyenne de 25 ans depuis la pose du diagnostic¹). Chaque franc ainsi dépensé est d'autant plus indispensable que la Suisse compte chaque année quelque 700 personnes séropositives de plus, d'où des frais de traitement à vie pour un coût total de 680 millions de francs.

L'OFSP n'en a pas moins commandé en 2005 à l'Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung de

1 Stoll M., Claes C., Schulte E., Graf von Schulenberg J., Schmidt R. Direct Costs for the Treatment of HIV-infection in a German Cohort after the Introduction of HAART. Disponible en ligne : www.dagnae.de/Gesundheitspol/Stoll/1.htm. European Journal of Medical Research 2002; 7: 463-471.

l'Université de Zurich (IPMZ) une étude sur l'efficacité des campagnes de prévention. Celle-ci, dirigée par le professeur Heinz Bonfadelli², établit cette efficacité sur la base d'une méta-analyse des bases théoriques actuelles dans le domaine des campagnes et sur les constats empiriques de la recherche évaluative. Bonfadelli tient que l'efficacité peut être accrue si l'on met à profit les acquis de la théorie de la communication pour la planification, la réalisation et l'évaluation. Pour ses campagnes, l'OFSP s'appuie toujours sur les dernières connaissances en la matière et s'inspire des réalités sociétales.

En règle générale, les campagnes de l'OFSP sont évaluées tous les deux ans par un institut externe neutre, qui les apprécie selon des critères tels que la perception, la compréhension, le souvenir gardé et l'acceptation. L'évaluation de l'efficacité des campagnes grand public lancées sur mandat de la Confédération est prévue par l'art.170 de la Constitution fédérale. On tient aussi compte des réactions des citoyens chaque fois qu'une suite est donnée à une campagne. Celles de l'OFSP sont toujours bien notées par les professionnels de la communication. Ainsi, «LOVE LIFE STOP AIDS» a remporté rien moins que quinze prix de marketing ou de publicité, nationaux ou internationaux, au cours des dernières années. Cette campagne a notamment décroché l'«Efficace», seule distinction de la branche publicitaire à récompenser, il vaut la peine de le relever, non la créativité et l'originalité, mais le rapport coût-efficacité. L'OFSP est souvent aussi cité en exemple pour la conception et la réalisation de campagnes par nombre d'ONG et d'associations à but non lucratif.

Sensibiliser, informer, motiver

Les campagnes grand public poursuivent différents buts. Elles doivent sensibiliser, informer et, enfin, susciter un changement d'attitude ou de comportement, ou au moins une large acceptation de modifications légales ou structurelles. Exemple actuel, la campagne sur le tabac: son objectif à long terme est que le fait de ne pas fumer soit vu comme allant de soi.

Pour obtenir l'effet souhaité, les messages à but préventif doivent être clairs et faciles à comprendre. Et là, l'humour est plus efficace que le dénigrement ou l'évocation de risques fatals. Il est important de ne pas condamner ni juger un comportement ou un groupe de personnes donné, les fumeurs par exemple.

L'effet des campagnes grand public augmente si elles s'intègrent dans un vaste train de mesures coordonnées, que ce soit un programme national de prévention, un plan d'action ou une stratégie de politique de la santé. En même temps qu'aux affiches et aux annonces, aux spots diffusés au cinéma et à la télévision, on recourt donc également, en général, à la diffusion de brochures,

à des offres de conseil et, de plus en plus souvent, aux nouveaux médias tels qu'Internet. La stratégie suivie comprend fréquemment aussi des mesures structurelles, comme les restrictions publicitaires dans le cas de l'alcool.

David contre Goliath

Pour qu'un message de prévention passe par se graver dans la mémoire du public, il faut de l'argent. Les campagnes doivent disposer d'un budget suffisant pour avoir la portée nécessaire. Comparées au budget publicitaire de ses puissants «adversaires», la branche du tabac par exemple, les dépenses que la santé publique consacre à la prévention paraissent terriblement modestes. Il est d'autant plus important de ne pas relâcher les efforts et de relancer sans cesse de petites contre-attaques au moyen de campagnes répétées et sympathiques. La statistique prouve que cette stratégie est gagnante: la proportion de fumeurs est passée de 33% en 2001 à 28% en 2008. On compte, cette année, 264 000 fumeurs de moins qu'en 2001. Ce succès est dû principalement au Programme national de prévention du tabagisme et à la campagne «La fumée en moins, la vie en plus» qui l'illustre. Les mesures de prévention n'ont de succès que si elles ont une grande portée et qu'elles sont bien acceptées par la population. La communication par les médias grand public représente pour cela l'instrument idéal.

250 000 personnes qui arrêtent de fumer, cela signifie moins de cas de maladie et d'invalidité dus au tabac, des économies massives pour la santé publique et, pour l'économie, nettement moins d'absences au travail.

Constance et persévérance

Les campagnes de prévention couronnées de succès se distinguent par leur constance et leur durée. Des grandes marques du commerce mondial comme McDonald's ou Coca-Cola sont à cet égard de bons exemples. Chaque gosse connaît aujourd'hui Coca-Cola, mais le géant du soda n'en relâche pas pour autant ses énormes efforts publicitaires. Il a acquis son degré de notoriété de rêve par des décennies de travail et l'a maintenu au sommet par une présence constante. Et ce qui est vrai pour les biens de consommation devrait l'être aussi pour la promotion de la santé. Les campagnes de pro-

2 Bonfadelli H., Friemel T. Konzeption und Einsatz von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Theoretische Modelle und empirische Befunde aus der kommunikationswissenschaftlichen Forschung, IPMZ – Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung, Universität Zürich, 2006. Disponible en ligne: www.bag.admin.ch/shop/00044/00183/index.html?lang=de

motion de la santé doivent avoir un impact durant des décennies et sur plusieurs générations. De brèves interventions de deux ou trois mois sont, dans le meilleur des cas, une goutte d'eau dans l'océan et, en fin de compte, de l'argent gaspillé. La campagne «LOVE LIFE STOP AIDS» montre tout l'effet que peut produire une présence médiatique constante : le nombre d'infections par le VIH a diminué pratiquement dès la première vague de la campagne, à la fin des années 1980. Mais elle montre aussi que les slogans ne marchent pas tout seuls. Ils doivent sans cesse être répétés, remis en scène de façon surprenante et redirigés avec précision sur les groupes cibles pour ne pas présenter de signes d'usure. Pour y arriver, il est capital de recourir aux instruments les plus appropriés et les plus efficaces selon l'état de la technique et les règles de l'art.

Les campagnes de prévention jettent-elles des millions par les fenêtres? Non! A condition d'être menées par des professionnels. Une campagne est bonne si elle

fait bouger les choses dans le groupe cible et qu'elle oriente l'ensemble de la population dans la direction visée. Le but premier et essentiel de toute campagne est de capter l'attention, le bien le plus recherché par tous les communicateurs dans le déluge d'informations actuel. Et les campagnes par trop inoffensives ne retiendront jamais cette attention. Le célèbre publicitaire David Ogilvy a formulé ainsi cette vérité: «You cannot bore somebody into buying your product», ce qui dans notre cas pourrait se traduire par: ce n'est pas en les ennuyant qu'on fait bouger les gens.

Adrian Kammer, directeur de campagne, OFSP.
Mél. adrian.kammer@bag.admin.ch

Assurances sociales : modifications et réformes en cours

Le présent article offre un aperçu des changements prévus pour 2009 et des projets de réformes dans les assurances sociales. (Informations de fin octobre 2008)



Rosmarie Marolf
Office fédéral des assurances sociales

1 Modifications au 1^{er} janvier 2009

1.1 Adaptation des rentes AVS/AI

Le montant de la rente minimale de vieillesse passera de 1105 à **1140** francs par mois et celui de la rente maximale de 2210 à **2280** francs. Quant aux montants annuels versés par les prestations complémentaires pour couvrir les besoins vitaux, ils seront révisés à **18 720** francs (18 140) pour une personne seule, à **28 080** francs (27 210) pour un couple et à **9 780** francs (9 480) pour un orphelin. Les montants des allocations pour impotent ont également été adaptés.

Les rentes AVS/AI sont adaptées tous les deux ans au renchérissement sur la base de l'indice mixte, qui correspond à la moyenne arithmétique de l'indice des prix et de celui des salaires. La dernière adaptation des rentes a eu lieu le 1^{er} janvier 2007. L'adaptation se fonde d'une part sur

l'augmentation de l'indice des prix qui s'élève à 2,0% (décembre 2006 à décembre 2007) et sur l'augmentation de l'indice des salaires qui s'élève à 1,6% (2006 à 2007), et d'autre part sur l'évolution de décembre 2007 à décembre 2008 de l'indice des prix estimée à 2,0% et de l'indice des salaires estimée à 1,9% (2007 à 2008). Calculé sur ces bases et en tenant compte d'un arrondissement du montant de la rente minimale aux 5 francs, l'indice mixte permet une hausse des prestations AVS/AI de 3,2%.

Le Conseil fédéral a également adapté le montant des cotisations minimales et le barème dégressif des cotisations AVS/AI/APG appliqué aux indépendants et aux personnes dont l'employeur n'est pas tenu de cotiser. La limite inférieure de ce barème s'élève désormais à **9 200** francs (8 900) et la limite supérieure à **54 800** francs (53 100). Les taux de cotisa-

tions demeurent inchangés, mais le montant de la cotisation minimale AVS/AI/APG passera de 445 à **460** francs par an, celui de la cotisation minimale dans l'AVS facultative de 740 à **764** francs et celui de l'AI facultative de 124 à **128** francs (cf. tableau ci-dessous).

L'adaptation des prestations AVS/AI engendre des dépenses supplémentaires d'environ 1319 millions de francs (1106 millions pour l'AVS et 213 millions pour l'AI), dont 297 millions à charge de la Confédération. La Confédération participe aux dépenses à hauteur de 19,55% pour l'AVS et de 37,7% pour l'AI. Depuis le 1^{er} janvier 2008, date de l'entrée en vigueur de la nouvelle péréquation financière, les cantons ne participent plus au financement des prestations individuelles AVS/AI (rentes et allocations pour impotent AVS/AI). Quant à la hausse des montants des prestations complémentaires à l'AVS/AI, elle engendrera pour la Confédération des frais supplémentaires de 2 millions de francs, alors que les dépenses des cantons ne varieront guère.

1.2 Adaptation des montants-limites dans la LPP

Le montant des rentes AVS/AI étant majoré de 3,2% à partir du 1^{er} janvier 2009, la déduction de coordination dans la prévoyance professionnelle est relevée pour tenir compte du renchérissement et elle passera de 23 205 à **23 940** francs. Le seuil d'entrée pour l'assurance obligatoire (salaire annuel minimal) s'élève à **20 520** francs (19 890). Les montants-limites servent essentiellement à fixer le seuil à partir duquel il y a assujettissement au régime obligatoire de la prévoyance professionnelle, ainsi que le montant du salaire assuré («salaire coordonné»). Pour

Aperçu des montants en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2009**T1**

Rentes et allocations pour impotent (mensuelles)		en francs
Rente de vieillesse minimale		1 140
Rente de vieillesse maximale		2 280
Rente de couple maximale (deux rentes)		3 420
Allocation pour impotent de l'AVS (en foyer ou à la maison)	impotence moyenne	570
	impotence grave	912
Allocation pour impotent de l'AI (en foyer)	impotence légère	228
	impotence moyenne	570
	impotence grave	912
Allocation pour impotent de l'AI (à la maison)	impotence légère	456
	impotence moyenne	1 140
	impotence grave	1 824
Supplément pour soins intenses destiné aux mineurs (AI) (à la maison)	au moins 4 heures	456
	au moins 6 heures	912
	au moins 8 heures	1 368

Montants et barème (annuels)

Cotisations minimales		
(AVS 382 francs, AI 64 francs, APG 14 francs)	AVS/AI/AOG	460
(AVS 764 francs, AI 128 francs)	AVS/AI facultative	892
AVS/AI/APG barème dégressif		
	limite inférieure	9 200
	limite supérieure	54 800

Montants des PC destinés à la couverture des besoins vitaux (annuels)

	personne seule	18 720
	couple	28 080
	orphelin	9 780

assurer une bonne coordination entre le premier et le deuxième pilier, l'entrée en vigueur de l'adaptation a été xée au 1^{er} janvier 2009 également.

Les déductions scales maximales autorisées dans le cadre de la prévoyance individuelle liée (pilier 3a) ont également été augmentées et passent à **6566** (6365) et à **32832** francs (31824).

1.3 Adaptation des rentes de survivants et d'invalidité de la prévoyance professionnelle

Dès le 1^{er} janvier 2009, les rentes de survivants et d'invalidité en cours sont adaptées comme suit :

Aux termes de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse,

Adaptations

Année de la première rente	Dernière adaptation	Adaptation au 1.1.2009
1985-2003	1.1.2007	3,7%
2004	1.1.2008	2,9%
2005	-	4,5%
2006-2008	-	0,0%

survivants et invalidité (LPP), les rentes de survivants et d'invalidité du régime obligatoire de la prévoyance professionnelle doivent être adaptées périodiquement à l'évolution de l'indice des prix à la consommation jusqu'à l'âge de la retraite ordinaire. L'Of ce fédéral des assu-

rances sociales est chargé de calculer et de communiquer le taux de cette adaptation. Selon la LPP, ces rentes de survivants et d'invalidité doivent être adaptées pour la première fois après trois ans. Ensuite, l'adaptation des rentes LPP doit avoir lieu en même temps que l'adaptation des rentes AVS, soit en règle générale tous les deux ans.

Dès le 1^{er} janvier 2009, les rentes de survivants et d'invalidité du régime obligatoire qui ont été versées pour la première fois au cours de l'année 2005 doivent être adaptées au renchérissement des trois dernières années. Le taux d'adaptation est calculé sur la base de l'indice des prix à la consommation, qui était de 104,0 en septembre 2008 (base décembre 2005 = 100) et de 99,5 en septembre 2005.

Pour les rentes versées depuis une date antérieure à 2005, l'adaptation est calculée sur la base de l'indice des prix à la consommation de septembre de l'année précédant la dernière adaptation et de septembre 2008. Les rentes qui ont été versées pour la première fois en 2006 ou plus tard ne sont pas adaptées.

Pour les rentes dont le montant dépasse le minimum légal prescrit, la compensation du renchérissement n'est pas obligatoire. Ces rentes, ainsi que les rentes de vieillesse LPP, sont adaptées à l'évolution des prix sur décision de l'organe paritaire de l'institution de prévoyance. Cette décision doit être commentée dans les comptes annuels ou le rapport annuel.

1.4 Prévoyance professionnelle : taux d'intérêt minimal abaissé à 2%

Selon la loi, lors de la xation du taux d'intérêt minimal, le Conseil fédéral doit tenir compte avant tout du rendement des obligations de la Confédération, ainsi que de celui des actions, des obligations et de l'immobilier. La valeur de référence prise pour xer le taux est, comme les années passées, la moyenne mobile à long terme des obligations à sept ans de la Confédération. Lorsque la dé-

cision a été prise, cette moyenne était d'environ 2,48%. Alors que des rendements positifs sont prévisibles pour les obligations et l'immobilier, des pertes importantes ont été enregistrées sur les cours des actions. Dans l'ensemble, les portefeuilles des institutions de prévoyance ont évolué négativement. Le Conseil fédéral est donc d'avis qu'il est justifié de retrancher 0,5 point de la moyenne mobile à long terme des obligations à sept ans de la Confédération, ce qui amènerait le **taux d'intérêt minimal à 2%**. Un taux plus bas n'est pas adéquat, car par le passé, même lorsque les marchés financiers connaissaient une forte croissance, le taux avait été fixé avec prudence. Les institutions de prévoyance ont ainsi pu constituer des réserves de liquidation qui leur permettent de faire face à l'actuelle évolution négative des marchés financiers.

L'abaissement du taux peut être qualifié d'incontournable vu la situation sur les marchés financiers. Rien qu'en 2008, à la date du 20 octobre, le Swiss Market Index (SMI) avait déjà perdu 26,7%. Quant à l'indice Pictet LPP 25, constitué à 25% d'actions et à 75% d'obligations et utilisé comme indice de référence pour les portefeuilles des caisses de pension, il avait perdu 9,62% au 20 octobre. En 2007 également, il avait présenté un rendement insatisfaisant de 0,94%. L'immobilier suisse, en revanche, s'est développé positivement en 2007, mais son pourcentage de 13% ne suffit pas à compenser les baisses. Il est donc à prévoir que les portefeuilles de la plupart des institutions de prévoyance auront évolué très négativement cette année.

Lors de sa séance, la Commission fédérale de la prévoyance professionnelle a elle aussi proposé à la majorité un taux minimal de 2%. Les taux proposés par les partenaires sociaux consultés allaient de 1,75% à 2,25%. Si les syndicats plaidaient en faveur du 2,25%, les autres organisations ne sont pas parvenues à se mettre d'accord.

La loi prévoit que le Conseil fédéral examine le taux d'intérêt minimal au moins tous les deux ans. Mais, selon l'évolution des marchés financiers, il pourrait déjà être obligé de procéder à un réexamen l'an prochain.

1.5 Prévoyance professionnelle: adaptation des dispositions sur les placements

Selon les nouvelles règles, l'organe suprême (normalement le conseil de fondation) de l'institution de prévoyance doit, encore plus que par le passé, appliquer le **principe de prudence** dans ses décisions relatives aux placements. Il a pour responsabilité d'organiser, de surveiller et de piloter la gestion de fortune en toute intelligibilité, ainsi que de définir dans un règlement les objectifs et les principes, l'organisation et la façon de procéder pour doter que la fortune soit placée de manière responsable, transparente et adaptée à la situation de la caisse de pension. Par ailleurs, la révision décidée par le Conseil fédéral réduit et simplifie le système des limites de placement. Celles-ci ne constitueront plus que des garde-fous: chaque institution de prévoyance devra agir avec prudence, répartir ses risques de manière appropriée et tenir compte de sa capacité de risque. Elle pourra aussi, sans justification particulière, investir une partie des fonds dans des placements diversifiés, en respectant le principe de prudence.

Ces prescriptions s'appliquent par analogie à l'épargne-titres dans le domaine du libre passage et du pilier 3a. Dans ce dernier, la révision autorise des investissements dans des obligations de débiteurs très solvables ou dans des produits avec préservation du capital. Les modifications d'ordonnance entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

1.6 Prévoyance professionnelle: améliorations pour les travailleurs atypiques

Suite au rapport de l'OFAS sur la prévoyance professionnelle des tra-

vailleurs atypiques publié le 2 avril 2008, le Conseil fédéral a décidé que les personnes qui effectuent plusieurs missions pour le même employeur seront aussi assurées au deuxième pilier lorsque les périodes de travail pour le même employeur se succèdent à trois mois ou moins d'intervalle.

Actuellement, les périodes de travail successives pour le même employeur ne sont pas additionnées. Pour pouvoir être assurés au deuxième pilier, la personne doit être engagée pour trois mois ou plus. Une interruption de quelques jours suffit pour faire repartir à zéro le décompte des trois mois. Seules les personnes employées par des agences d'intérim bénéficient d'un régime totalisant les différentes missions.

Cette modification d'ordonnance permettra à un plus grand nombre de travailleurs atypiques de bénéficier d'une couverture de prévoyance professionnelle. La nouvelle prestation entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

1.7 Adaptation des montants des allocations pour perte de gain et de maternité

Le montant maximal de l'allocation totale a été augmenté à 245 francs. La dernière adaptation de ce montant avait été faite lors de l'entrée en vigueur de la 6^e révision des APG en 1999. Depuis lors, l'indice des salaires a augmenté de 14,4%. Les montants des APG sont adaptés si l'indice des salaires augmente d'au moins 12% depuis la dernière adaptation. Le relèvement de l'allocation totale des APG coûtera 77 millions de francs: 61 millions de francs iront aux personnes en service et 16 millions seront consacrés aux allocations de maternité.

1.8 La nouvelle loi fédérale sur les allocations familiales entre en vigueur

La décision est prise: la nouvelle loi fédérale sur les allocations familiales (LAFam) entrera en vigueur le

1^{er} janvier 2009. Le montant minimal prescrit par la loi est de 200 francs par enfant et par mois pour les allocations pour enfant (jusqu'à 16 ans; jusqu'à 20 ans pour ceux qui sont incapables d'exercer une activité professionnelle) et de 250 francs pour les allocations dites de formation professionnelle (jeunes en formation de 16 à 25 ans). L'adaptation des montants minimaux au renchérissement est du ressort du Conseil fédéral. Les cantons peuvent prescrire des minima plus élevés, et aussi échelonner les montants en fonction de l'âge ou du nombre d'enfants. Mais ils ne peuvent modifier ni les limites d'âge ni la détermination des enfants ouvrant le droit aux prestations, car ces questions sont de la compétence exclusive de la Confédération et elles sont entièrement réglées dans la LAFam.

La loi fédérale du 20 juin 1952 sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA) subsiste en tant que loi spéciale. Elle n'est pas abolie par la LAFam, mais simplement adaptée.

1.9 Les primes d'assurance-maladie augmentent de 2,6% en moyenne en 2009

La moyenne nationale de la hausse des primes pour adultes est de 2,6%. Elle oscille entre -0,1% (dans le canton de Genève) et 6,7% (Obwald).

Huit cantons (GE, JU, NE, SH, TG, TI, VD, ZH) bénéficient d'une hausse inférieure à la moyenne, entre -0,1% et 2%. Treize cantons (AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, SO, SZ, VS, ZG) verront leurs primes s'élever de 2,8% à 4,7%. Dans les cinq cantons restants (LU, NW, OW, SG, UR), la hausse sera de 5,3% à 6,7%.

Il peut y avoir de grandes différences entre la prime la plus basse et la prime la plus élevée dans un même canton ou une même région de primes. Les assurés ont donc intérêt à comparer les primes individuelles et à prendre en considération leur si-

tuation personnelle: tranche d'âge, couverture accidents éventuelle, franchise de base ou à option, modèle HMO ou du médecin de famille ainsi que tout autre modèle d'assurance proposé.

1.10 Financement hospitalier: le Conseil fédéral décide des modifications d'ordonnances

Le Conseil fédéral a adopté les modifications d'ordonnances pour la mise en œuvre du financement hospitalier. Elles prévoient des adaptations relatives au relevé et à la publication des données, ainsi qu'à l'approbation de structures tarifaires uniformes. En outre, le Conseil fédéral, conformément à ses obligations légales, a édicté des critères pour la planification hospitalière. Il sera également nécessaire de modifier certaines ordonnances, puisque le séjour dans les maisons de naissance sera remboursé par l'assurance obligatoire des soins. Ces modifications entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

Pour des informations complémentaires au sujet de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents, veuillez consulter le site de l'Office fédéral de la santé publique: www.ofsp.admin.ch

2 Aperçu des réformes en cours

2.1 Financement des institutions de prévoyance de droit public: message du Conseil fédéral

Le projet proposé par le Conseil fédéral, qui prévoyait de rendre les institutions de prévoyance de droit public autonomes et de leur imposer un modèle de financement comportant un objectif de couverture différencié, avait reçu un accueil globalement positif dans le cadre de la procédure de consultation. Le message adopté par le Conseil fédéral correspond donc dans une large mesure au projet mis en consultation l'année passée. En prenant acte des résultats

de la consultation, le Conseil fédéral a toutefois décidé d'allonger à 40 ans le délai pour l'apport de tous les fonds, au lieu des 30 ans prévus initialement, afin de tenir compte du coût de l'opération. Le message contient les points suivants.

- Les institutions de prévoyance de collectivités de droit public (IPDP) doivent organiser leur système de financement de façon à être en possession de tous les fonds qui leur reviennent d'ici 40 ans, comme c'est déjà le cas des institutions de prévoyance de droit privé.
- Jusque-là, les institutions de prévoyance dont la couverture en capital n'était que partiel peuvent continuer à être gérées selon le principe appelé «objectif de couverture différencié», à condition qu'elles disposent d'une garantie de la collectivité publique et que leur plan de financement soit accepté par l'autorité de surveillance compétente.
- Une autonomie juridique, organisationnelle et financière des IPDP et de leurs autorités de surveillance est prévue. L'influence des collectivités publiques sur les IPDP est ainsi restreinte et le statut de l'organe suprême de l'IPDP est renforcé.
- Le Conseil fédéral élaborera à l'attention du Parlement un rapport périodique (tous les 10 ans) sur la situation financière des IPDP. Cette procédure permettra au Parlement de suivre l'évolution de la situation financière des IPDP en capitalisation partielle et, le cas échéant, de prendre les mesures nécessaires.
- Par ailleurs, les institutions de prévoyance de droit privé qui seront créées à partir de l'entrée en vigueur de la loi ne pourront l'être que sous la forme juridique d'une fondation, la forme juridique de la coopérative n'étant plus possible. Les institutions de prévoyance structurées sous forme de coopératives avant cette échéance pourront toutefois conserver cette

forme jusqu'à leur suppression ou leur transformation en une autre forme juridique.

L'entrée en vigueur des modifications de la loi est prévue pour le 1^{er} janvier 2010.

2.2 Assainissement de l'AI : les prochaines étapes

Grâce aux 4^e et 5^e révisions de l'AI, le nombre de nouvelles rentes AI a pu être diminué au point que le déficit annuel de l'AI n'augmente plus. Le **financement additionnel** devra ensuite permettre de régler de manière équilibrée la difficile question de l'assainissement de l'AI. **Deux séries de mesures** devraient permettre d'équilibrer durablement les comptes de l'assurance.

Déjà adopté par le Parlement, le **financement additionnel de l'AI doit encore être approuvé par le peuple et les cantons l'année prochaine**. Mais il n'apportera qu'un répit temporaire à l'assurance, en agissant du côté des recettes. Les mesures d'économie réalisées jusqu'à présent ont réduit les dépenses de l'AI d'un demi-milliard de francs par année, permettant ainsi de stopper l'augmentation continue du déficit. Pourtant, malgré les efforts d'économie, à mi-2008, la dette cumulée de l'AI atteignait les 12 milliards de francs. Les intérêts de la dette pour le premier semestre se montaient à 183 millions de francs, ce qui représente presque le montant des dépenses des mesures AI d'ordre professionnel, qui s'élève à 188 millions. **Le financement additionnel de l'AI est un besoin urgent, car la persistance d'un déficit implique un endettement croissant envers le fonds AVS/APG, ce qui risque de priver de liquidités l'AVS et le régime des allocations pour perte de gain (APG).**

D'ici à 2017, les mesures d'économie doivent être pleinement efficaces, afin que l'AI puisse alors se passer du supplément de TVA. C'est pourquoi le Conseil fédéral estime qu'il faut préparer la suite sans at-

tendre la décision du souverain sur le financement additionnel.

La 5^e révision de l'AI est entrée en vigueur début 2008. Se concentrant sur la rapidité de la détection des problèmes de santé, elle vise à ce que des mesures soient prises dans les meilleurs délais pour que les personnes touchées puissent rester sur le marché de l'emploi. Le système de **détection et d'intervention précoces** permet de réduire le nombre de nouvelles rentes.

Dans le but d'**assainir l'assurance-invalidité à long terme**, il importe également de **libérer les personnes au bénéfice d'une rente AI de leur dépendance à l'égard de l'assurance**. Chaque révision de rente, qui a lieu tous les trois à cinq ans, est l'occasion de saisir systématiquement toute opportunité permettant aux allocataires AI de reprendre une activité lucrative en bénéficiant des mesures de coaching et de réinsertion. Le principe de la 5^e révision, « la réadaptation avant la rente », doit donc être complété aussi vite que possible par un nouveau principe : « **la réadaptation des rentiers** ».

La seconde mesure réalisable à brève échéance pour assainir l'AI consiste en une **nouvelle réglementation du mécanisme de financement**. A l'heure actuelle, les contributions de la Confédération à l'AI sont définies en pourcentage des dépenses en cours : pour chaque franc que l'AI dépense, elle touche 38 centimes des pouvoirs publics. Pour l'assainissement de l'assurance, cela constitue un gros handicap, puisqu'en fin de compte un franc économisé n'allège la facture de l'AI que de 62 centimes. Autrement dit, pour résorber le déficit de l'AI, qui avoisine chaque année 1,5 milliard de francs, il faut économiser plus de 2,4 milliards. A l'avenir, la participation de la Confédération doit donc être découplée des dépenses de l'AI, de façon à ce que chaque franc économisé bénéficie directement à l'assurance.

Le Conseil fédéral entend ainsi continuer d'assainir cette importante

assurance sociale en prenant des mesures équilibrées.

2.3 Personnes avec un handicap : davantage d'autonomie et de responsabilité personnelle

Le projet pilote Budget d'assistance, d'une durée prévue de trois ans, est en cours depuis le 1^{er} janvier 2006 dans trois cantons pilotes (Bâle-Ville, Saint-Gall et Valais). Les personnes handicapées participant au projet perçoivent des moyens supplémentaires qui leur permettent d'engager des personnes pour les aider au quotidien. L'évaluation du projet a conclu que le modèle d'assistance testé était d'une grande utilité pour les personnes avec un handicap. Il a grandement favorisé **leur autonomie, leur responsabilité personnelle et leur intégration sociale**, tout en déchargeant leurs proches. Le fait que le besoin en aide à domicile était mieux couvert a permis d'éviter ou de retarder des entrées en institution et a favorisé des sorties de home. Néanmoins, l'espoir que ce modèle puisse être introduit sans incidence sur les coûts a été largement déçu.

Le projet pilote arrivant à son terme, il est temps d'adopter une réglementation définitive. La participation aux frais d'assistance prévue en reprendra de nombreux aspects positifs, mais ira moins loin. Ainsi, le groupe cible ne comprend que des assurés adultes responsables qui ont déjà une certaine marge d'autonomie et sont en mesure d'assumer la responsabilité personnelle liée à la nouvelle prestation. Ne pourront en outre être financées par ce moyen que les prestations d'assistance fournies par des personnes engagées directement à cette fin, mais non celles fournies par des membres de la famille ou par des organisations. La participation aux frais, octroyée en complément de l'allocation pour impotent de l'AI, sera d'un montant annuel moyen de 20000 francs par personne. A moyen terme, on évalue à 4000 le nombre d'assu-

rés qui recourront à la nouvelle prestation.

La participation aux frais d'assistance devrait coûter à l'AI quelque 85 millions de francs par an. Mais son introduction ne devrait pas provoquer une hausse des coûts de l'assurance. Pour cela, il faudra que les économies réalisées par les cantons, les communes et l'assurance-maladie – grâce aux sorties d'institution et aux entrées en home évitées, ainsi qu'au remplacement de prestations Spitex par celles que fourniront les assistants personnels – soient compensées au profit de l'AI, en partie du moins. C'est pourquoi le montant de l'allocation pour impotent sera réduit de moitié pour les personnes vivant dans un home. En contrepartie, les cantons augmenteront les prestations complémentaires servies aux bénéficiaires d'une allocation pour impotent ainsi que leurs subsides pour l'exploitation des homes. La part du surcoût restant à compenser sera au moyen d'économies réalisées à l'intérieur de l'assurance.

Le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur d'élaborer le projet de modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, destiné à être mis en consultation.

2.4 Politique suisse de l'enfance et de la jeunesse

Le Conseil fédéral a adopté le rapport «Pour une politique suisse de l'enfance et de la jeunesse» qui pose les bases de la politique future dans ce domaine. Le gouvernement y marque sa volonté de développer l'engagement de la Confédération en matière de protection des enfants et de promotion de la jeunesse de participation des jeunes à la vie politique, tout en respectant le cadre es-

sentiellement fédéraliste de la politique de l'enfance et de la jeunesse. Répondant aux nouveaux besoins découlant de l'évolution de la société, les mesures proposées visent à modifier le droit fédéral existant en matière de droits de l'enfant, de prévention de la maltraitance et de la violence envers les enfants ainsi que d'encouragement des activités de jeunesse.

2.5 Le Conseil fédéral a adopté le message concernant la révision de la loi sur l'assurance-accidents (LAA)

Le message s'articule en deux projets. Le premier adapte les prestations et l'application de l'assurance, y compris l'inscription dans la LAA de l'assurance-accidents des personnes au chômage, et le second traite de l'organisation des activités accessoires de la Suva.

Le message a été élaboré en reprenant les propositions figurant dans le projet mis en consultation. Mais contrairement à celui-ci, le taux minimum d'invalidité donnant droit à une rente est fixé à 10% et ne sera pas élevé à 20%. Par ailleurs, les modifications suivantes sont particulièrement importantes :

- les rentes d'invalidité sont réduites en fonction de l'année de l'accident pour les assurés ayant atteint l'âge de l'AVS, ce qui les place sur un pied d'égalité avec les autres salariés ;
- les tarifs médicaux de l'assurance-accidents sont harmonisés avec ceux de l'assurance-maladie ;
- les surveillances des assureurs LAA est renforcée et
- les administrations publiques auront la possibilité de choisir, tous les trois ans, entre la Suva et les autres assureurs.

L'introduction d'une limite de responsabilité en cas d'événement majeur constitue une importante nouveauté. Elle est fixée à deux milliards de francs pour la Suva comme pour les autres assureurs (donc au total quatre milliards de francs). Pour des prestations qui excéderaient cette limite, il est prévu que la Confédération intervienne. Cela ne devrait toutefois pas se produire, étant donné que la limite est déjà très élevée.

L'organisation de la Suva doit être améliorée et adaptée aux principes de la gouvernance d'entreprise. Un conseil de surveillance et un conseil d'administration dirigent désormais la Suva. Le premier compte vingt-cinq membres, le second sept. Le Conseil fédéral nomme pour les deux conseils des représentants des partenaires sociaux et de la Confédération.

Il propose que la Suva exerce les activités accessoires suivantes : la gestion de cliniques de réadaptation, le traitement de sinistres pour des tiers, le développement de produits de sécurité et la vente de ces produits en entreprise. La Suva pourrait aussi offrir du conseil et de la formation dans le domaine de la promotion de la santé en entreprise. En revanche, la Suva ne sera pas autorisée à pratiquer des assurances complémentaires selon la LAA.

Le Conseil national traitera le projet de révision en tant que premier conseil. Celui-ci devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Rosmarie Marolf, lic. phil., rédactrice en chef de « Sécurité sociale / CHSS »
Mél. rosmarie.marolf@bsv.admin.ch

Résultats de la statistique des assurances sociales suisses 2008

2006 a été une année de consolidation financière, caractérisée par un net accroissement des recettes dû à l'augmentation des cotisations et des rendements du capital. En même temps, les dépenses ont connu la hausse la plus faible depuis 1987 ; le résultat des comptes agrégés est ainsi devenu positif, passant à 20 milliards de francs.

rieur au taux de croissance moyen depuis 1987 (2,9%), et celui des dépenses a lui aussi été favorable: avec 1,0%, il est nettement inférieur au taux moyen (3,2%) depuis 1987.

Comment s'expliquent la faible augmentation des dépenses et la croissance réjouissante des recettes ?

Ce sont surtout la PP (5,9%) et l'AA (5,2%) qui ont contribué à la forte croissance des recettes. Si l'on se limite aux cotisations des assurés, la PP (74%) précède l'AMal (4,6%), tandis que la progression des cotisations a été nettement inférieure (3,4%) dans l'AVS et dans l'AI.

L'augmentation des dépenses, exceptionnellement faible (1,0%), s'explique par la réduction des dépenses de l'AC (-11,1%) et, pour la première fois, par le recul des dépenses de l'AI (-0,9%). Une aug-



Salome Schüpbach
Office fédéral des assurances sociales



Stefan Müller
Office fédéral des assurances sociales

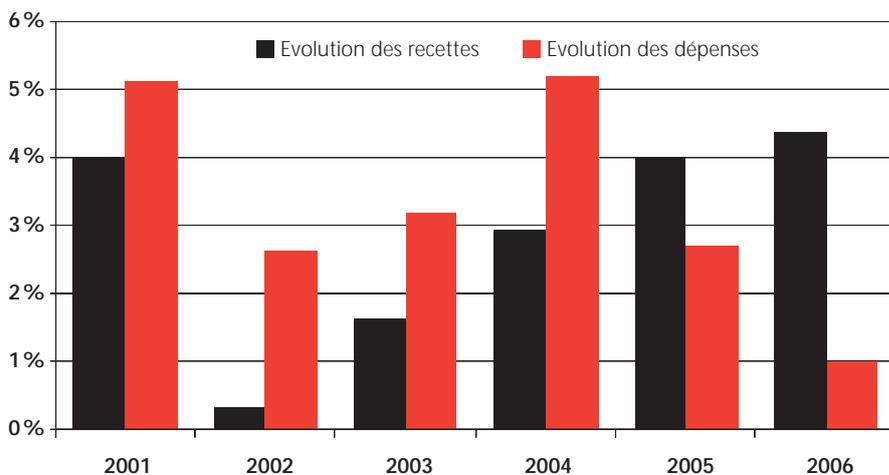
Principaux résultats

En 2006, les recettes des assurances sociales ont augmenté de 4,4%, alors que les dépenses n'ont crû que de 1,0%. Cette évolution contraste avec celle des années 2001-2004, au cours desquelles les dépenses avaient nettement plus augmenté que les recettes (graphique G1). Grâce à l'évolution financière favorable des assurances sociales et à la forte croissance du PIB, le taux de la charge sociale a diminué de 0,2 point et celui des prestations sociales même de 0,7 point.

Il ressort du compte global des assurances sociales (CGAS) 2006 – autrement dit des comptes cumulés de toutes les branches – que les recettes ont atteint 137,9 milliards de francs et les dépenses 118,2 milliards. Le taux de croissance des recettes (4,4%) a donc été nettement supé-

Evolution des recettes et des dépenses du compte global des assurances sociales*, 2001-2006, en pour-cent

G1



De 2001 à 2004, les dépenses ont beaucoup plus augmenté que les recettes. Il n'en a pas été de même en 2005 et 2006, où la croissance des recettes a été nettement plus forte que celle des dépenses. Un renversement de tendance semble ainsi se dessiner dans le financement des assurances sociales.

* Signifie dans tout le texte: selon les définitions du compte global des assurances sociales (CGAS). Les recettes n'incluent pas les variations de valeur du capital, et les dépenses ne comprennent pas la constitution de provisions et de réserves.

**Compte global des assurances sociales CGAS* 2006¹,
en millions de francs**

T1

	Recettes CGAS* 2006	Dépenses CGAS* 2006	Résultat des comptes CGAS* 2006 ²	Capital CGAS* 2006
AVS*	33 619	31 682	1 937	32 100
PC à l'AVS*	1 731	1 731	–	–
AI*	9 904	11 460	–1 556	–9 330
PC à l'AI*	1 349	1 349	–	–
PP*	53 734	36 081	17 652	604 400
AMal*	19 685	18 737	948	9 604
AA*	7 674	5 485	2 190	38 335
APG*	929	1 321	–391	2 541
AC*	4 888	5 942	–1 054	–3 729
AF*	5 009	4 980	29	...
Total AS*	137 914	118 159	19 755	673 920

1 Une partie des données relatives à l'exercice 2007 sont disponibles ; on les trouvera au paragraphe 4 ci-après.

2 Avant constitution de provisions et de réserves.

mentation aussi faible n'a été possible que parce que celle des deux grands systèmes de prévoyance vieillesse, l'AVS et la PP, a également été très basse (respectivement 1,1% et 1,3%).

Grâce à cette évolution financière favorable des assurances sociales et au fort taux de croissance du PIB, le taux de la charge sociale a diminué de 0,2 point et celui des prestations sociales de 0,7 point. La baisse du taux de prestations sociales observée en 2006 est ainsi la plus importante depuis le début des mesures, en 1948.

Dépenses des assurances sociales, par fonction, en 2006

Les données du compte global (CGAS) permettent de déterminer la structure des prestations sociales depuis 1987 en fonction des risques, c'est-à-dire pour toutes les institutions. Comme le montre le paragraphe ci-dessous, les parts respectives des différentes branches sont restées

étonnamment stables pendant vingt ans.

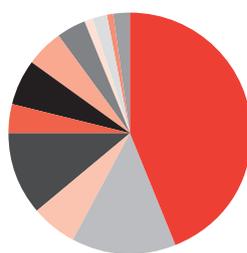
Les graphiques G2 et G3 illustrent la répartition des prestations des assurances sociales par fonction, conformément à la classification de

l'OCDE. Le CGAS permet ainsi de procéder à des comparaisons internationales. En 2006 comme pour la première année de la période considérée (1987), les prestations en espèces de la prévoyance vieillesse (AVS, PP et PC) sont de loin les dépenses les plus importantes, suivies par celles affectées à la santé (AMal, AI et AVS) et par celles versées en cas d'invalidité (AI, PP et PC). La principale augmentation (mesurée en points) concerne, pour la période 1987-2006, les prestations en espèces allouées pour l'invalidité (+3 points), pour le chômage (+2 points) et pour la santé (+2 points). Rapportées à leur importance initiale, les prestations en espèces de l'AC sont celles qui ont le plus augmenté, avant celles versées pour l'invalidité et celles versées pour la santé. Celles qui ont le plus diminué sont les APG versées aux personnes faisant du service.

Mais, à côté de cette variation quantitative, la structure extraordinairement stable des prestations sociales sur ces vingt années est surprenante. Sur les deux diagrammes ci-dessous, on voit que la taille des différentes parts est pratiquement identique.

Prestations des assurances sociales, par fonction, en 1987, en pour-cent des dépenses du compte global CGAS

G2

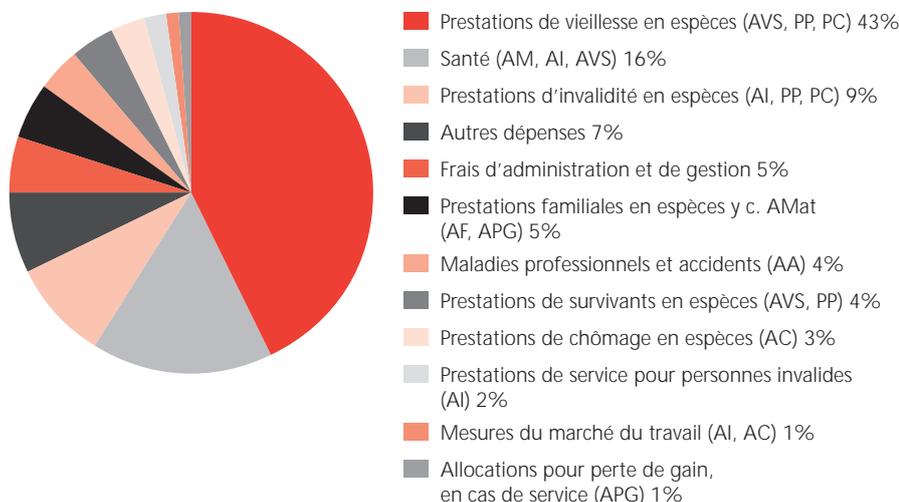


- Prestations de vieillesse en espèces (AVS, PP, PC) 44%
- Santé (AM, AI, AVS) 14%
- Prestations d'invalidité en espèces (AI, PP, PC) 6%
- Autres dépenses 11%
- Frais d'administration et de gestion 4%
- Prestations familiales en espèces y c. AMat (AF, APG) 6%
- Maladies professionnels et accidents (AA) 5%
- Prestations de survivants en espèces (AVS, PP) 4%
- Prestations de chômage en espèces (AC) 1%
- Prestations de service pour personnes invalides (AI) 2%
- Mesures du marché du travail (AI, AC) 1%
- Allocations pour perte de gain, en cas de service (APG) 2%

Les prestations en espèces de la prévoyance vieillesse (AVS, PP et PC) constituaient de loin la plus grosse part des prestations sociales déjà en 1987.

Prestations des assurances sociales, par fonction, en 2006, en pour-cent des dépenses du compte global CGAS

G3



En 2006 aussi, les prestations en espèces de la prévoyance vieillesse (AVS, PP et PC) étaient les plus importantes. Par rapport à 1987, c'est surtout la part des prestations en espèces allouées pour le chômage et pour l'invalidité qui a grossi.

Evolution du capital financier

De 2003 à 2006, le capital des assurances sociales a augmenté chaque année de 40 à 50 milliards de francs. La variation annuelle est toujours dominée par la prévoyance professionnelle. De 2000 à 2002, l'évolution de la Bourse avait déjà montré que les

événements boursiers conditionnent de manière décisive celle du capital.

Le capital des assurances sociales a augmenté en 2006 de 42,6 milliards de francs, atteignant un nouveau maximum (674 milliards). Après la chute de la Bourse en 2000-2002, le capital réuni de toutes les assurances sociales a renoué avec la croissance (avec un taux oscillant entre 6,8 et

9,7%) dans les années 2003-2006 (graphique G4).

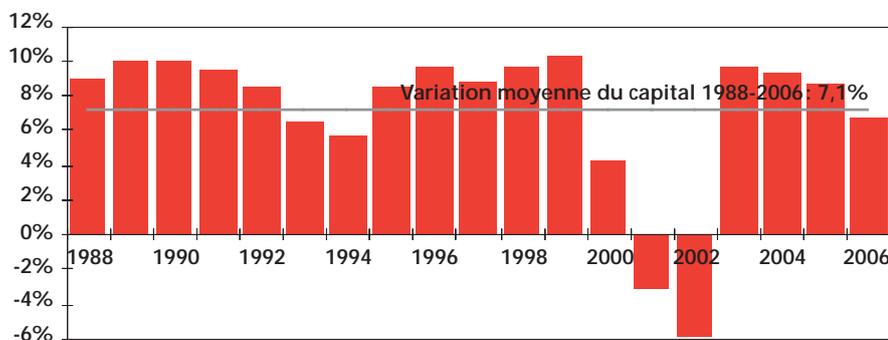
En 2006, ce sont la prévoyance professionnelle (39,0 milliards de francs), l'AA (2,7 milliards) et l'AVS (2,7 milliards) qui ont le plus contribué à faire croître le capital, tandis que celui-ci connaissait une baisse dans l'AI (-1,6 milliard de francs), l'AC (-1,1 milliard) et les APG (-0,3 milliard).

Si l'on considère les principales composantes de l'augmentation observée en 2006, on constate que les affaires d'assurance courantes ont amené 19,8 milliards de francs dans le compte global (montant du solde cumulé des comptes). Les augmentations de valeur des capitaux placés en Bourse (montant net) y ont quant à elles contribué pour 23,5 milliards. Simultanément, 2,3 milliards de provisions et de réserves ont été dissous, tandis que les autres variations se montaient à 1,6 milliard.

L'évolution de l'ensemble du capital des assurances sociales a subi de fortes variations ces dernières années (graphique G4), qui s'expliquent principalement, depuis 1995, par les événements boursiers. Sans eux, la fortune liée aux activités propres des assurances sociales connaîtrait une évolution assez régulière. L'essentiel des écarts d'une année à l'autre résulterait ainsi des variations du résultat des comptes de l'AC (qui dépend de la conjoncture) et de la PP (qui dépend de la variation de valeur du capital).

Taux de variation du capital financier des assurances sociales de 1988 à 2006, en pour-cent

G4



Le taux de variation du capital global reflète la chute de la Bourse de 2000 à 2002. La croissance du capital reprend depuis quatre ans. En 2006, cependant, le taux de croissance – 6,8% – est de nouveau inférieur, pour la première fois depuis 2003, à la moyenne de ces dernières années, soit 7,1%. Il faut s'attendre à une nouvelle cassure dans l'évolution du capital en 2007/2008.

Evolution récente et perspectives pour 2007/2008

L'année 2007, caractérisée par une conjoncture particulièrement favorable, aura une influence positive sur les assurances sociales du point de vue financier. Mais le début de l'année 2008 a été marqué par un léger ralentissement de la croissance économique suisse, tendance qui s'accroîtra sans doute encore d'ici la fin de l'année.

AVS, AI, PC, APG et AC : finances 2007¹ selon CGAS*, en millions de francs T2

	Recettes CGAS* 2007	Variation 2006-2007	Dépenses CGAS* 2007	Variation 2006-2007	Résultat des comptes CGAS* 2007 (avant cons- titution de provisions et réserves)	Capital CGAS* 2007
AVS*	35 447	5,4%	33 303	5,1%	2 144	40 637 ²
PC à l'AVS*	1 827	5,5%	1 827	5,5%	–	–
AI* ³	10 315	4,2%	11 905	3,9%	–1 590	–10 916
PC à l'AI*	1 419	5,2%	1 419	5,2%	–	–
APG*	980	5,5%	1 336	1,2%	–356	2 143
AC*	5 085	4,0%	5 064	–14,8%	22	–3 708

1 Pour l'année 2007, les résultats des assurances sociales centralisées (AVS, AI, PC, APG, AC) sont déjà disponibles. En revanche, les comptes des assurances sociales décentralisées (PP, AM, AA, AF) ne seront disponibles que l'année prochaine, raison pour laquelle il n'est pas encore possible d'établir le compte global 2007.

2 Ci-inclus la part de la Confédération de 7038 Mio francs issu de la vente de l'or de la BNS.

3 Dans le cadre du compte global des assurances sociales, les comptabilisations de la RPT de l'AI se répartissent à travers les années 2008 à 2011. De ce fait, elles ne figurent pas dans le compte de l'AI pour 2007.

Pour l'heure, les résultats financiers 2007 ne sont connus que pour l'AVS, l'AI, les PC, les APG et l'AC (voir tableau T2). Pour toutes ces assurances sociales, les recettes ont crû en 2007 plus fortement que les dépenses. La forte croissance des dépenses des APG en 2005 et 2006 s'explique par l'introduction de l'allocation de maternité. Le renversement de tendance observé déjà en 2005 dans l'AC se poursuivant (baisse des dépenses), le résultat des comptes de cette assurance est légèrement positif (22 millions de francs) en 2007, pour la première fois depuis 2002.

Il est probable que la conjoncture favorable en 2007 aura aussi, globalement, des effets positifs sur les résultats des assurances sociales décentralisées (PP, AMal, AA et AF). Mais l'économie suisse ne sera pas épargnée par les répercussions de la crise financière mondiale, qui n'en sont encore qu'à leurs débuts.

La « Statistique des assurances sociales suisses 2008 » donne des informations sur le compte global (CGAS), les budgets détaillés, les bénéficiaires, les prestations moyennes, les montants, etc., de toutes les assu-

Statistique de poche de l'OFAS: « Les assurances sociales suisses » 2008

Les principales informations sur les assurances sociales sont réunies sur un petit format. Vous trouverez pour chacune d'entre elles des indications générales, ainsi que des indications sur les finances, les prestations et les bénéficiaires. Ce tableau est complété par un compte consolidé de toutes les assurances sociales et par des données politico-économiques. www.ofas.admin.ch -> Documentation -> Faits et chiffres -> Statistiques

A commander auprès de l'OFCL, Diffusion publications, 3003 Berne, fax 031 325 50 58, mél. verkauf.zivil@bbl.admin.ch, numéro de commande : 318.001.08f.

rances sociales suisses. Vous pouvez vous la procurer gratuitement, au mieux en passant par le site Internet de l'OFAS.

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

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

L'AVS a 60 ans – l'importance de cette assurance sociale

L'AVS, sexagénaire cette année, est au cœur de la sécurité sociale suisse. D'un point de vue social et économique, elle joue un rôle stabilisateur. La rente AVS constitue en effet la principale source de revenu de 85% des ménages de rentiers.

loué pas moins de 31,5 milliards de francs en prestations sociales. Les montants versés par la prévoyance professionnelle et l'assurance-maladie sont nettement moins élevés (26,9 et de 17,7 milliards de francs en 2006). 30% du total des prestations sociales proviennent aujourd'hui de l'AVS (cf. graphique G1).

Une mise en relation avec le produit intérieur brut, analogue au calcul du taux des prestations sociales¹, met en évidence toute l'importance économique des prestations AVS. De 1948 à 1975, celles-ci ont été continuellement développées, à un rythme de plus en plus rapide². Les prestations AVS ont vu leur importance augmenter tout particulièrement en 1973 et en 1975 (1^{re} et 2^e étapes de la 8^e révision de l'AVS, avec



Michel Kolly
Office fédéral des assurances sociales



Stefan Müller



Salome Schüpbach

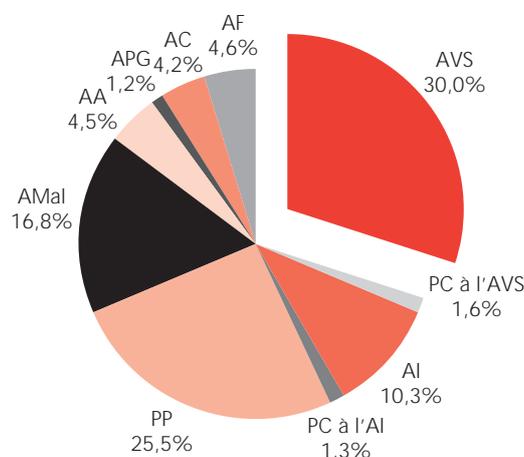
L'AVS – l'assurance sociale la plus importante

L'assurance-vieillesse et survivants (AVS) est la première assurance sociale de Suisse si l'on se réfère à la somme des prestations versées. En 2006, elle a alloué 31,5 milliards de francs, soit 30% du total des prestations sociales. En fêtant ses 60 ans cette année, l'AVS entre elle-même dans la décennie de la retraite. Les trois articles ci-dessous évoquent l'importance, le passé et l'avenir de l'AVS.

L'AVS est l'assurance sociale la plus importante de Suisse, depuis plus d'un demi-siècle. En 2006, elle a al-

- 1 Il ne s'agit pas là d'un véritable taux, puisque tous les sous-ensembles du numérateur ne se retrouvent pas dans le dénominateur. Les prestations AVS en tant que telles n'entrent pas dans le produit intérieur brut (PIB).
- 2 Stefan Müller, Entstehung und Entwicklung der AHV 1948-1978, Fribourg 1978.

Parts des prestations AVS dans l'ensemble des prestations, 2006 **G1**



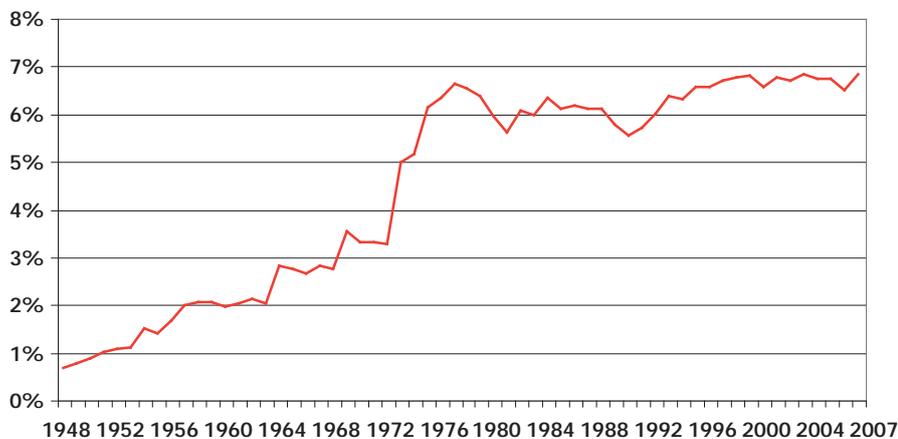
Le rôle économique de l'AVS

Si l'on prend pour référence la somme des prestations fournies,

En termes de prestations, l'AVS est la première assurance sociale de Suisse.
Source : OFAS, SAS 2008

Prestations de l'AVS en pour-cent du PIB, de 1948 à 2007

G2



Source : OFAS, SAS 2008

Si on la met en relation avec l'économie dans son ensemble, l'AVS est remarquablement stable : depuis le début des années 80, ses prestations exprimées en points de PIB ont passé de 5,9% à 6,8% seulement. Une partie de la hausse s'explique aussi par la dégradation du rapport démographique.

doublément du montant des rentes et un grand pas vers la couverture des besoins vitaux). Après 1975, la valeur de référence « prestations AVS/PIB » oscille entre 5,5% et 6,8%. Trois périodes peuvent donc être identifiées dans les 60 ans d'histoire de l'AVS : une phase de constitution (de 1948 à 1972), une phase de développement (de 1972 à 1975) et une phase de consolidation et de poursuite du développement (de 1976 à 2007, cf. graphique G2).

En 60 ans, l'AVS a permis de répartir une somme colossale entre les personnes actives et les retraités. Aux prix d'aujourd'hui, le montant total des prestations fournies durant toutes ces années s'élève à 967 milliards de francs. Fin 2008, la somme, corrigée de l'inflation, devrait avoir dépassé le seuil du billion de francs, soit 1000000000000 francs.

Les proportions indiquées expliquent pourquoi l'AVS joue un véritable rôle stabilisateur. Non seulement cette assurance remédie aux inégali-

tés économiques entre personnes actives et retraitées, mais encore elle lisse les inégalités dans le temps qui sont dues à la conjoncture et garantit aux acteurs une plus grande sécurité dans un processus de croissance irrégulier. Ainsi l'AVS est un facteur de stabilisation de l'économie suisse.

La tâche première de l'AVS est cependant de permettre aux retraités d'avoir suffisamment de revenus pour vivre. Cela, elle le fait pour chaque personne âgée. C'est ce que nous proposons d'analyser ici.

Les rentes AVS, sources de revenu des ménages

Une étude réalisée sur mandat de l'OFAS et basée sur les données sociales d'un certain nombre de cantons a permis d'en savoir plus sur les revenus des ménages de retraités. Dans l'étude, l'âge des couples correspond à l'âge du contribuable le plus important.

Le recours aux données sociales présente plusieurs avantages. Mais l'approche a aussi l'inconvénient de ne porter que sur la personne assujettie à l'impôt et pas sur le ménage en tant que tel. Lorsque les couples

ne sont pas mariés, il y a ainsi plusieurs sujets sociaux, ce qui est aussi le cas lorsque plusieurs générations vivent dans un même ménage. Cela dit, ce biais n'a guère d'importance dans une présentation d'ensemble de l'importance des rentes AVS pour les ménages.

Les rentes AVS, première source de revenu des ménages de rentiers

L'étude mentionnée montre que les rentes du 1^{er} pilier constituent la source de revenu la plus importante pour tous les groupes d'âge analysés. Dans l'ensemble, les prestations de ce pilier constituent 42% du revenu total du ménage (AVS 39% et PC 3% ; graphique G3). Plus le ménage – le sujet social – est âgé, plus la part des rentes AVS dans le revenu total est importante. Le phénomène n'est pas surprenant, dans la mesure où les rentiers les plus jeunes (de 65 à 69 ans) peuvent encore dans certains cas exercer une activité lucrative et où ils touchent de plus grands montants des caisses de pension (2^e pilier). Ce deuxième élément s'explique par le fait que la prévoyance professionnelle n'est devenue obligatoire qu'en 1985 (la durée de cotisation des rentiers plus âgés est donc incomplète) et que le libre passage n'a été introduit qu'en 1995. En revanche, le montant de la rente AVS moyenne varie peu selon la classe d'âge.

L'importance de la rente AVS varie beaucoup selon la situation financière des ménages

L'étude répartit les ménages de retraités en trois grands groupes, le critère de répartition étant le revenu médian d'équivalence³ de l'ensemble de la population.

a) Ménages de retraités présentant de faibles ressources financières =

3 Le revenu médian d'équivalence devrait permettre de partir, pour chaque ménage et quelle que soit sa taille, de la même situation financière ; différents facteurs de revalorisation interviennent dans son calcul pour tenir compte du nombre de personnes et de la composition du ménage (enfants, adultes).

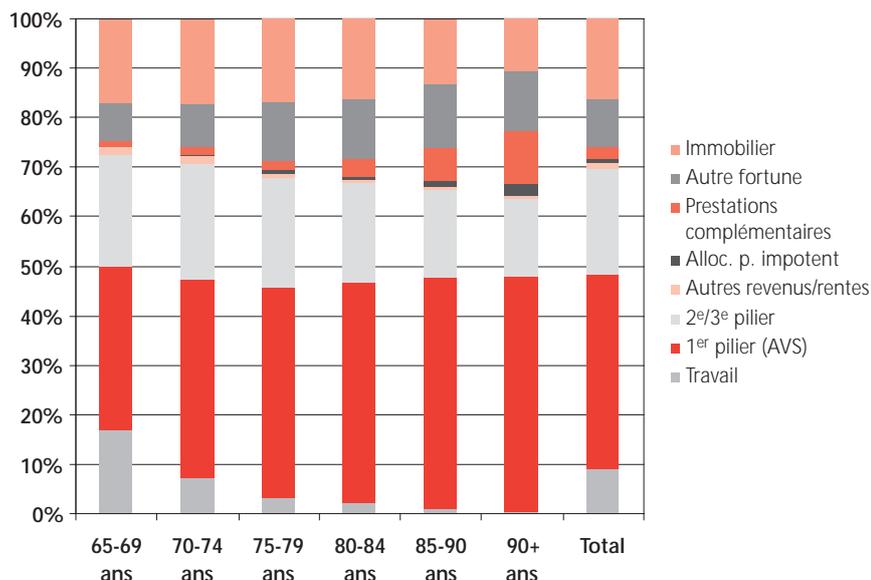
le revenu d'équivalence plus 5% de la fortune facilement négociable est inférieur à 60% de la médiane de la population totale.

b) Ménages de retraités présentant des ressources financières moyennes = le revenu d'équivalence plus 5% de la fortune facilement négociable se situe entre 60 et 180% de la médiane de la population totale.

c) Ménages de retraités présentant d'importantes ressources financières = le revenu d'équivalence plus 5% de la fortune facilement négociable est supérieur à 180% de la médiane de la population totale.

Revenu des ménages de rentiers par classe d'âge⁴

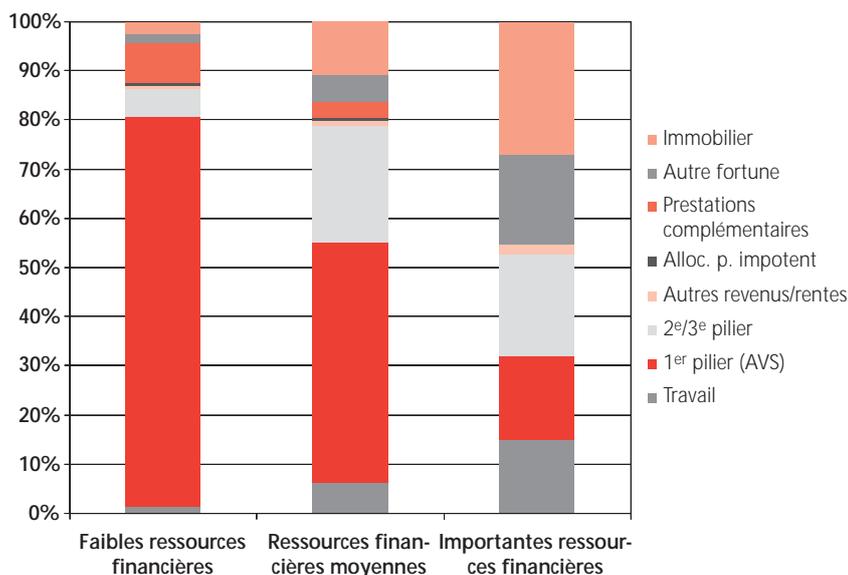
G3



Pour toutes les classes d'âge, les revenus du 1^{er} pilier constituent la principale source de revenu.

Structure des revenus des ménages de rentiers selon les ressources financières / la hauteur des revenus⁴

G4



Le 1^{er} pilier est la première source de revenus des ménages de rentiers ayant de faibles ressources, leur permettant de disposer de quoi vivre.

Au total, un petit 15% des ménages de rentiers ont de faibles ressources financières. C'est surtout pour eux que les prestations du 1^{er} pilier jouent un rôle primordial en assurant la couverture des besoins vitaux (AVS: 79%, PC: 8% du revenu du ménage, cf. graphique G4). Cette catégorie comprend par exemple des ménages de personnes seules qui reçoivent très peu de prestations du 2^e pilier parce qu'elles n'ont pas exercé d'activité lucrative ou ont peu travaillé (femmes), mais aussi des ménages dont les membres ont eu de petits salaires ou n'ont pas vraiment pu constituer un capital de prévoyance suffisant durant leur période active parce qu'ils étaient nés trop tôt (le régime obligatoire de la PP n'a été introduit qu'en 1985).

Bien qu'elles constituent, avec les prestations complémentaires, la principale source de revenu des ces ménages, les rentes AVS moyennes qui leur sont versées sont nettement plus basses que celles dont bénéficient les autres ménages. Le phénomène s'explique par le fait que les retraités des premiers ménages ont touché des salaires relativement bas et ne peuvent donc pas percevoir une rente maximale (les ménages comprenant des personnes soumises à des risques sociaux comme l'invalidité entrent eux aussi dans cette catégorie). Par ailleurs, ces ménages n'ont guère pu non plus faire de placements importants et ce sont le plus souvent des locataires, qui ne possèdent donc pas

4 Prof. P. Wanner / A. Gabadinho, La situation économique des actifs et des retraités, Université de Genève, Laboratoire de démographie et d'études familiales, 2008.

de logement et ne disposent pas non plus de cette source de revenus.

A l'autre extrémité de l'échelle se trouvent les ménages présentant d'importantes ressources financières (16% des ménages de rentiers). En moyenne, le montant des rentes qu'ils perçoivent du 1^{er} pilier n'est pas beaucoup plus élevé que celui des rentes versées aux ménages du milieu de l'échelle, mais ils disposent de revenus nettement supérieurs en raison de leur fortune. Le 1^{er} pilier ne constitue que la quatrième source de revenus des ménages ayant d'importantes ressources, alors que c'est la première source de revenus pour les autres ménages.

Les revenus du 1^{er} pilier constituent la première source de revenus pour 85% des ménages de rentiers.

Dans le cas des ménages disposant de faibles ressources, les revenus de 1^{er} pilier jouent un rôle prépondérant, puisqu'ils constituent plus de 80% du revenu total. Mais ce sont en général ces mêmes ménages qui perçoivent les rentes AVS les moins élevées.

Les revenus du 1^{er} pilier devraient jouer un rôle un peu différent ces prochaines années, parce que de plus en plus de retraités peuvent faire état d'une durée de cotisation complète au 2^e pilier. Par ailleurs, à la suite de la 1^{re} révision de la LPP, la limite de revenu rendant le 2^e pilier obligatoire a été abaissée. Le changement auquel on pouvait s'attendre est perceptible aujourd'hui déjà, puisque les revenus du 2^e pilier jouent un rôle plus important pour

les ménages de rentiers plus jeunes (graphique G3).

Michel Kolly, lic. rer. pol., secteur Statistiques, division Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS.

Mél. michel.kolly@bsv.admin.ch

Stefan Müller, Dr. rer. pol., secteur Statistiques, division Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS.

Mél. stefan.mueller@bsv.admin.ch

Salome Schüpbach, lic. rer. pol., secteur Statistiques, division Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS.

Mél. salome.schuepbach@bsv.admin.ch

L'AVS a 60 ans – l'évolution de cette assurance sociale

Il est rare que des instruments politiques de l'Etat se développent sur des décennies et conservent, dans leur essence, bon nombre des caractéristiques qui furent déterminantes au moment de leur création. Or c'est le cas de l'AVS, thème de prédilection de générations de politiciens et solide support d'une collectivité pour qui la solidarité a encore un sens. Le présent article fournit un bref aperçu de l'évolution de la loi sur l'AVS, du financement de celle-ci, des prestations et de leurs bénéficiaires.

par des cotisations paritaires de 4% au total. On compte alors 280 528 bénéficiaires de rentes pour 2,1 millions de cotisants; la rente mensuelle minimale s'élève à 40 francs et la rente maximale à 125 francs.

Edification: de 1951 à 1973

La 1^{re} révision de l'AVS entre en vigueur le 1^{er} janvier 1951; elle n'apporte pas de modifications fondamentales. Très vite, en réaction à la situation insatisfaisante des rentiers (niveau très bas des rentes, absence d'adaptation au renchérissement), une 2^e révision de l'AVS est nécessaire. Effective à partir du 1^{er} janvier 1954, celle-ci amène un premier changement structurel important: les retraités actifs sont exonérés de l'obligation de cotiser (jusqu'en 1979; ensuite, pour des raisons financières, l'obligation de cotiser sera restaurée, mais assortie d'une franchise).

En 1956, la 3^e révision de l'AVS introduit la mesure suivante: les personnes qui avaient atteint l'âge de la retraite en 1948 et qui n'avaient donc pu cotiser à l'AVS touchent dorénavant la rente transitoire sans qu'il soit tenu compte de leur revenu ou de leur fortune.

Avec la 4^e révision de l'AVS, le 1^{er} janvier 1957, l'âge de la retraite des femmes exerçant une activité lucrative et ayant un droit autonome à une rente est abaissé de 65 à 63 ans. Ce changement se fonde sur l'argument selon lequel les femmes, malgré une espérance de vie supérieure à celle des hommes, sont désavantagées par rapport à ces derniers sur le plan physiologique. La 4^e révision de l'AVS comprend par ailleurs un nouveau relèvement des rentes ordinaires, qui étaient souvent insuffisantes.

En 1960, l'assurance-invalidité fédérale (AI) entre en vigueur. Cal-



Fatos Bag

Office fédéral des assurances sociales



Stefan Müller



Salome Schüpbach

Développement du cadre légal

Au cours des 60 dernières années, le paysage social, économique et politique a subi de profondes mutations qui ont dicté le rythme de l'**édification**, de l'**extension** et de la **consolidation** de l'AVS au travers de 10 révisions et de 16 modifications de loi.

Nous passons ci-après en revue les principaux jalons de l'AVS, de l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS), en 1948, à sa 10^e révision, actuellement en vigueur.

Le principe d'une assurance-vieillesse légale est déjà inscrit dans

la Constitution en 1925, mais il faudra encore attendre 23 ans jusqu'à ce que l'idée de la sécurité sociale s'impose et qu'une assurance-vieillesse et survivants générale entre en force. La LAVS est finalement adoptée par le peuple le 6 juillet 1947, à une large majorité (79,3%). A compter de son entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 1948, tous les travailleurs sont obligatoirement soumis à l'AVS, l'âge de la retraite est fixé à 65 ans pour les femmes comme pour les hommes (une rente pour couple est octroyée lorsque l'homme atteint l'âge de la retraite et que la femme a 60 ans au moins) et l'assurance est financée

quée sur l'AVS pour ce qui est du système des rentes (taux de rente, calcul des rentes), la loi fédérale sur l'AI entraîne des modifications de la LAVS (révision à des fins d'adaptation) afin d'éviter un cumul des prestations de l'AVS et de l'AI et de garantir un passage en douceur de la rente d'invalidité à la rente de vieillesse au moment de la retraite.

Après une **5^e révision** (1^{er} juillet 1961) qui n'amène pas de modification structurelle notable, l'entrée en force de la **6^e révision de l'AVS**, le 1^{er} janvier 1964, introduit un deuxième abaissement – de 63 à 62 ans – de l'âge de la retraite des femmes non mariées. En outre, une rente complémentaire pour l'épouse et une rente pour enfant sont ancrées dans la loi.

Le 1^{er} janvier 1966 marque l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC). Cette loi garantit, en cas de besoin, des prestations complémentaires aux personnes âgées, veuves ou invalides déjà au bénéfice d'une rente AVS ou AI.

Dans le cadre de la **7^e révision de l'AVS**, en vigueur à partir du 1^{er} janvier 1969, le taux de cotisation est relevé pour la première fois, de 4,0% à 5,2%, tandis qu'un taux de cotisation réduit est accordé aux indépendants (4,6%). Dès lors, le versement de la rente peut être ajourné jusqu'à cinq ans, et les personnes à la retraite qui remplissent les conditions requises ont droit à une allocation pour impotent.

Le 3 décembre 1972, le système des trois piliers est inscrit dans la Constitution. Selon le nouveau texte fondamental, le 1^{er} pilier doit permettre de couvrir, dans une mesure appropriée, les besoins vitaux des personnes âgées, des survivants et des invalides.

Extension: de 1973 à 1979

La **8^e révision de l'AVS** marque le passage de l'assurance de base à une assurance couvrant les besoins vi-

taux. Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1973, la première étape de cette révision constitue, en termes de montants, l'extension la plus importante jamais réalisée dans le cadre d'une révision de l'AVS. Pour la première fois, une attention particulière est accordée au statut des femmes: elle se traduit, entre autres, par le droit autonome de la femme mariée au versement séparé de la moitié de la rente pour couple et par l'amélioration des droits de la femme divorcée. La rente de vieillesse pour couple est, quant à elle, réduite et passe de 160% à 150% de la rente simple, et le taux de cotisation des salariés est une nouvelle fois relevé pour passer de 5,2% à 7,8%.

Avec la seconde étape de la **8^e révision** (1^{er} janvier 1975), les rentes sont de nouveau augmentées pour atteindre – corrigées du renchérissement – plus ou moins le même niveau qu'aujourd'hui. Dans la même année, le taux de cotisation des salariés passe de 7,8% au taux toujours en vigueur actuellement, soit 8,4%.

Consolidation: de 1979 à aujourd'hui

La **9^e révision de l'AVS**, qui prend effet le 1^{er} janvier 1979, vise à rétablir le budget de l'AVS et à mettre en œuvre une solution durable pour l'adaptation des rentes à l'évolution économique. C'est à cette occasion que l'indice mixte (moyenne arithmétique de l'indice des salaires et de l'indice des prix) est adopté pour l'adaptation périodique des rentes. La **9^e révision**, au contraire des révisions précédentes, n'a pas pour priorité d'étendre l'AVS, mais de la consolider.

L'obligation de cotiser des personnes ayant atteint l'âge de la retraite et exerçant une activité lucrative est réactivée; elle est toutefois assortie d'une franchise égale à une fois et demie la rente mensuelle minimale.

La **10^e révision de l'AVS** est mise en place en deux étapes. La première entraîne, dès le 1^{er} janvier 1993, une correction de la formule de rente en vue d'améliorer les prestations oc-

troyées aux catégories de revenus moyennes. La seconde (1^{er} janvier 1997) apporte d'autres modifications importantes et, notamment, la concrétisation de plusieurs revendications en faveur des femmes: droit autonome à la rente pour l'épouse; mêmes droits pour les deux époux en termes de rente pendant la durée du mariage grâce au «splitting»; bonifications pour tâches éducatives et pour tâches d'assistance.

Cette révision entraîne aussi un relèvement progressif de l'âge de la retraite des femmes de 62 à 64 ans (63 ans en 2001 et 64 ans en 2005). Les autres mesures sont l'introduction de la rente de veuf, la suppression de la rente complémentaire pour l'épouse, l'anticipation du versement de la rente et l'élargissement des prestations par l'octroi d'une allocation pour impotent aux bénéficiaires d'une rente de vieillesse présentant une impotence moyenne ou grave.

Le degré d'extension atteint avec la **10^e révision de l'AVS** correspond à celui d'aujourd'hui.

En 2004, la **11^e révision** ne franchit pas le cap des urnes. Elle visait le relèvement de l'âge de la retraite des femmes à 65 ans, une hausse de la TVA d'un point en faveur de l'AVS afin de garantir son financement à moyen et à long termes et la modification des rentes de survivants (augmentation de la rente d'orphelin et restriction de la rente de veuve; allocation unique en lieu et place de la rente de veuve pour les femmes sans enfants). Cet échec est avant tout motivé par le refus du Parlement de mettre en place des mesures en faveur d'un âge de la retraite flexible, par le relèvement de l'âge de la retraite des femmes et par les conditions limitant le droit à la rente de veuve.

En 2005 déjà, le Conseil fédéral soumet au Parlement deux messages relatifs à une deuxième version de la **11^e révision de l'AVS**. Les points principaux en sont le relèvement de l'âge de la retraite des femmes à 65 ans, l'assouplissement des règles d'anticipation et d'ajournement de la rente

avec réduction actuarielle et un nouveau modèle de retraite anticipée pour les personnes vivant dans des conditions économiques modestes (prestations de préretraite). Au printemps 2008, le Conseil national approuve une mouture de 11^e révision de l'AVS qui, si elle repousse l'âge de la retraite des femmes, n'allège pas les conditions de la retraite anticipée. Le dossier a été transmis au Conseil des Etats, dont la décision est attendue dans le courant de l'automne 2008. Les discussions autour d'une 12^e révision de l'AVS – remaniement structurel global en vue de consolider les bases financières de l'AVS pour l'avenir – sont déjà en cours.

Evolution des finances de l'AVS

Depuis 1948, les recettes de l'AVS ont toujours – ou presque – été supérieures aux dépenses (exceptions: 1975-1979, 1996-1999, 2002). Les plus fortes croissances du capital ont été enregistrées en 1974, 1991 et 2006/

2007. En 2007, la réserve de capital de l'AVS dépasse pour la première fois les 40 milliards de francs (avec la contribution de la Confédération de 7038 millions de francs provenant de la vente de l'or de la BNS en 2007), ce qui correspond de nouveau, pour la deuxième fois depuis 1994 (après 2006), au principe selon lequel la réserve de capital ne doit pas être inférieure aux dépenses annuelles (L'AVS, art. 107, al. 3) (voir graphique G1).

Cotisations paritaires à l'AVS et contributions des pouvoirs publics

Au cours de ses 60 ans d'existence, l'AVS a été financée à hauteur de 556 milliards de francs par les salariés et les employeurs, les indépendants et les personnes sans activité lucrative. Le taux de cotisation pour les salariés et les employeurs est de 8,4% depuis 1975; celui applicable aux indépendants s'élève à 7,8% depuis 1979, un taux de cotisation réduit

étant accordé aux indépendants dont le revenu est modeste.

En 2007, les recettes de l'AVS ont été constituées à hauteur de 71,3% par les cotisations des assurés et des employeurs, et de 26,0% par les contributions des pouvoirs publics (Confédération, TVA, impôt sur les maisons de jeu et cantons). En 30 ans, la part cotisée par les assurés et les employeurs s'est nettement réduite puisqu'elle atteignait encore 80,6% en 1977. Ce changement est dû au maintien depuis 1975 du niveau de cotisation des salariés ainsi qu'au relèvement des contributions des pouvoirs publics et des autres sources de financement de l'AVS:

- relèvement de la part de la Confédération à 19,55% en 2008 (9,0% en 1976),
- relèvement du taux de TVA d'un point en 1999 et
- introduction en 2000 d'un impôt sur les maisons de jeu compris entre 40 et 80% du produit brut des jeux (voir graphique G2).

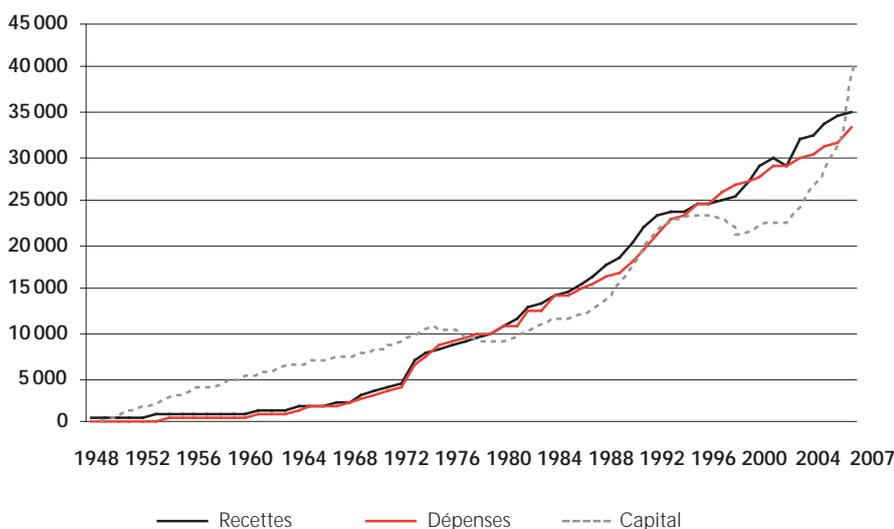
Depuis 1973, les contributions affectées provenant de l'impôt sur le tabac et l'alcool ne suffisent plus à couvrir les contributions fédérales à l'AVS. Pour financer sa participation, la Confédération doit donc puiser dans ses ressources générales; entre 1979 et 1998, sa contribution par capitaux a fortement augmenté. La spirale a pu être stoppée après le relèvement des taux de TVA en faveur de l'AVS, en 1999.

Rentes AVS

Grâce au relèvement des rentes de 82% en 1973 et de 25% supplémentaires en 1975 à l'occasion de la 8^e révision de l'AVS, celle-ci passe du statut d'assurance de base à celui d'assurance-vieillesse couvrant les besoins vitaux. Depuis 1979, l'indice mixte instauré dans le cadre de la 9^e révision de l'AVS permet d'adapter les rentes AVS tous les deux ans à l'évolution des

Finances de l'AVS de 1948 à 2007, en millions de francs

G1

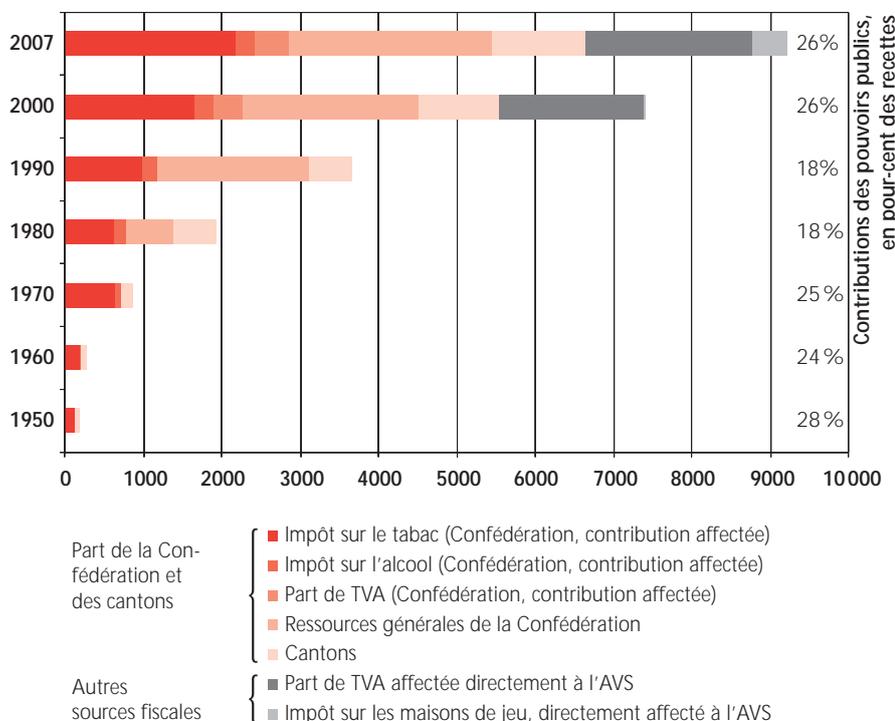


Depuis 1994, le principe selon lequel la réserve de capital ne doit pas être inférieure aux dépenses annuelles a été respecté uniquement en 2006 et en 2007.

Source: OFAS, Statistique des assurances sociales suisses 2008

Contributions des pouvoirs publics à l'AVS de 1950 à 2007, en millions de francs

G2

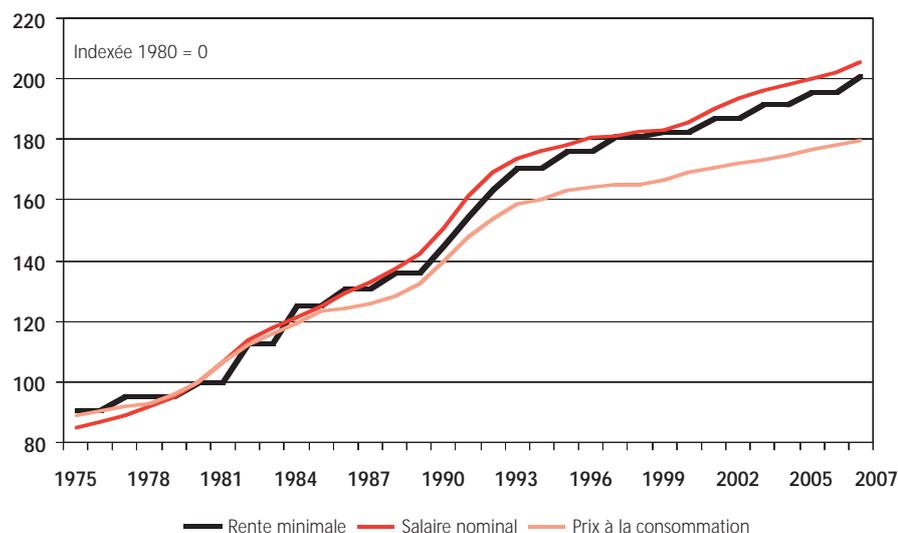


Depuis 1999, une part de la TVA et, depuis 2000, un impôt sur les maisons de jeu sont prélevés pour contribuer au financement de l'AVS.

Source : OFAS, Statistique des assurances sociales suisses 2008

Rente minimale moyenne, indice des salaires et indice suisse des prix à la consommation (IPC) de 1975 à 2007

G3



Depuis 1975, les rentes AVS sont adaptées tous les deux ans à l'évolution des salaires et des prix sur la base de l'indice mixte.

Source : OFAS, Statistique des assurances sociales suisses 2008

salaires et des prix (voir graphique G3).

Depuis 1992, l'indice de rente de vieillesse minimale s'est maintenu dans la fourchette salaires-prix. Il peut arriver qu'il se situe temporairement en dehors de cette fourchette, car les adaptations selon l'indice mixte s'effectuent avec un certain décalage temporel et sur la base d'estimations.

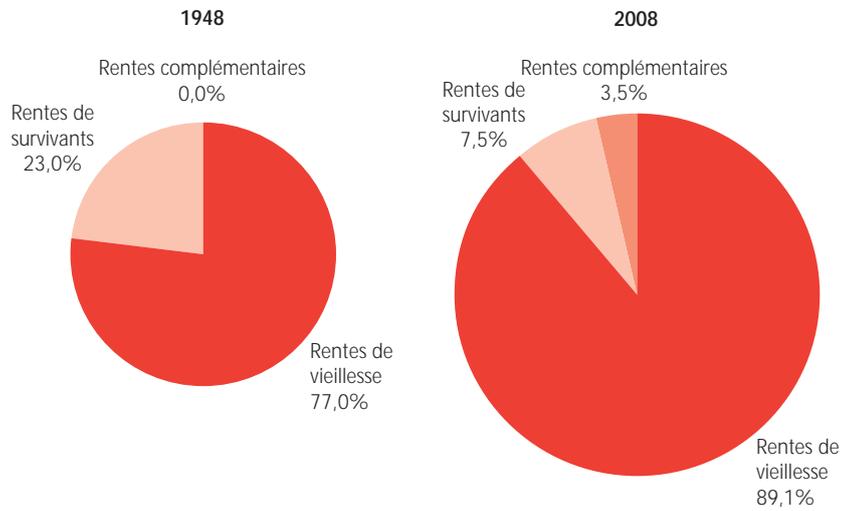
La phase d'extension a pris fin au milieu des années 70. Depuis lors, les adaptations suivent l'évolution de la société. Ainsi, dans le cadre de la 10^e révision de l'AVS (1^{re} étape en 1993, 2^e étape en 1997), les rentes pour couple sont supprimées et remplacées par des rentes individuelles, l'âge de la retraite des femmes est relevé et la rente de veuf est introduite.

Bénéficiaires de rentes

Les rentes de vieillesse constituent – et de loin – la proportion la plus importante des rentes AVS, en 2008 comme en 1948 (voir graphique G4). En janvier 2008, 1 814 596 personnes touchent une rente de vieillesse, 151 831 personnes une rente de survivant et 71 022 personnes une rente complémentaire. Ainsi, 89,1% des rentes AVS versées sont des rentes de vieillesse, 7,5% sont des rentes de survivant et 3,5% des rentes complémentaires. Si la part des rentes complémentaires est si basse, c'est notamment parce que la 10^e révision de l'AVS a supprimé la rente complémentaire pour l'épouse.

Depuis de nombreuses années, le début du versement de la rente et l'âge limite donnant droit à la retraite sont à l'ordre du jour sous des angles divers. A titre d'exemple, l'argument de l'égalité de traitement a entraîné le relèvement de l'âge de la retraite des femmes à 63 ans en 2001 et à 64 ans en 2005, et des considérations de politique du marché du travail ou de politique sociale alimentent le débat autour du versement anticipé de la

Bénéficiaires de rentes en 1948 et en 2008



Aujourd'hui, neuf rentes AVS sur dix sont des rentes de vieillesse.
Source : OFAS, Statistique des assurances sociales suisses 2008

G4 **rente de vieillesse.** En bref, l'âge de la retraite est devenu un sujet de discussion politique très général.

Fatos Bag, lic. ès sc. pol., OFAS, division Mathématiques, analyses et statistiques, secteur Recherche et évaluation.
Mél. fatos.bag@bsv.admin.ch

Stefan Müller, Dr ès sc. pol., OFAS, division Mathématiques, analyses et statistiques, secteur Statistiques.
Mél. stefan.mueller@bsv.admin.ch

Salome Schüpbach, lic. ès sc. pol., OFAS, division Mathématiques, analyses et statistiques, secteur Statistiques.
Mél. salome.schuepbach@bsv.admin.ch

L'AVS à 60 ans – l'avenir de cette assurance sociale

Pour une assurance sociale financée par répartition comme l'assurance-vieillesse, les perspectives dépendent fortement de la situation économique (nombre d'actifs et évolution des salaires, productivité) et des données démographiques (personnes à la retraite et espérance de vie). Nous tentons dans le présent article de combiner l'évolution démographique passée à celle qui nous attend et d'en estimer les répercussions sur le nombre de cotisants actifs.¹ Dans un second temps, nous évaluons les perspectives financières de l'AVS jusqu'en 2025 en fonction des scénarios existants et de la situation économique (évolution des salaires et des prix). Tous les cas de figure montrent que le résultat de répartition de cette assurance deviendra négatif durant la prochaine décennie et qu'une intervention d'ordre politique est nécessaire.



Michel Kolly
Office fédéral des assurances sociales



Kurt Schluep
Office fédéral des assurances sociales

L'accroissement de l'espérance de vie, mais surtout l'évolution actuelle de la structure d'âge, ont pour conséquence un vieillissement accéléré de la population (même si une discrète augmentation du nombre des naissances semble se dessiner). Le nombre de personnes à la retraite augmentera de plus en plus vite durant les prochaines décennies.

Deux indicateurs permettent d'illustrer au mieux cette évolution: le rapport de dépendance des personnes âgées, qui est le nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de 20 à 64 ans, et le rapport de dépendance des jeunes, c'est-à-dire le nombre de jeunes de moins de 20 ans dans la population active (20-64 ans).

Ces indicateurs ont connu ces dernières années une évolution défavorable pour le lancement de l'AVS (cf. graphique G1). En 2050, le rapport sera de 100 personnes âgées de 20 à 64 ans pour 50 retraités (65 ans et plus) alors que, juste après la création de l'AVS, il était de 100 personnes de 20-64 ans pour 16 retraités.

D'ici 2050, le rapport de dépendance deviendra défavorable pour les finances de l'AVS.

Trois facteurs jouent un rôle dans cette évolution:

- Natalité:** depuis la création de l'AVS au siècle passé, l'indicateur conjoncturel de fécondité² a fortement diminué. On ne peut pas encore dire si la légère « embellie » observée ces trois ou quatre dernières années va se maintenir.
- Mortalité:** toujours depuis la création de l'AVS, l'espérance de vie à la naissance est passée de 66,1 à 79,4 ans pour les hommes et de 70,6 à 84,2 ans pour les femmes. Rien que ces dix dernières années, elle a augmenté de 3,1 ans pour

Evolution démographique et économique: toujours plus de personnes âgées?

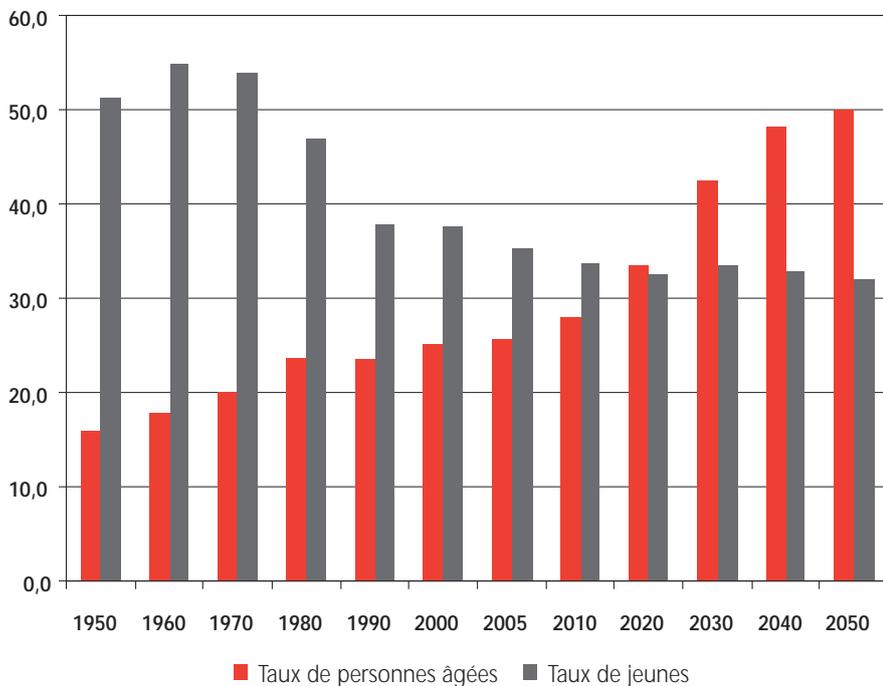
La structure d'âge de la population résidente en Suisse a considérablement changé ces 50 dernières années et, selon les scénarios démographiques établis par l'Office fédéral de la statistique, elle changera encore beaucoup au cours du prochain demi-siècle.

¹ Les données relatives aux scénarios démographiques indiqués au chapitre 4a se rapportent dans ce paragraphe uniquement au scénario moyen de l'OFS (A-00-2005) tandis que, au chapitre « Perspectives financières », les modélisations prennent également en compte ceux des autres scénarios (« haut » et « bas ») avec les variantes. Voir « Scénarios de l'évolution de la population en Suisse de 2005 à 2050 » (OFS, 2006).

² Nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeureraient inchangés (nombre moyen d'enfants par femme).

Evolution de la structure de la population 1950-2050
(Taux de jeunes et de personnes âgées)

G1



Taux de jeunes : Nombre de personnes de 0 à 19 ans sur 100 personnes de 20 à 64 ans
Taux de personnes âgées : Nombre de personnes de 65 ans et plus sur 100 personnes de 20 à 64 ans

les hommes et de 2,1 ans pour les femmes. Cette tendance se poursuivra dans l'avenir.

c) **Migration**: de forts mouvements migratoires, avec une immigration supérieure à la moyenne, auront une influence positive sur le rapport de dépendance des personnes âgées.

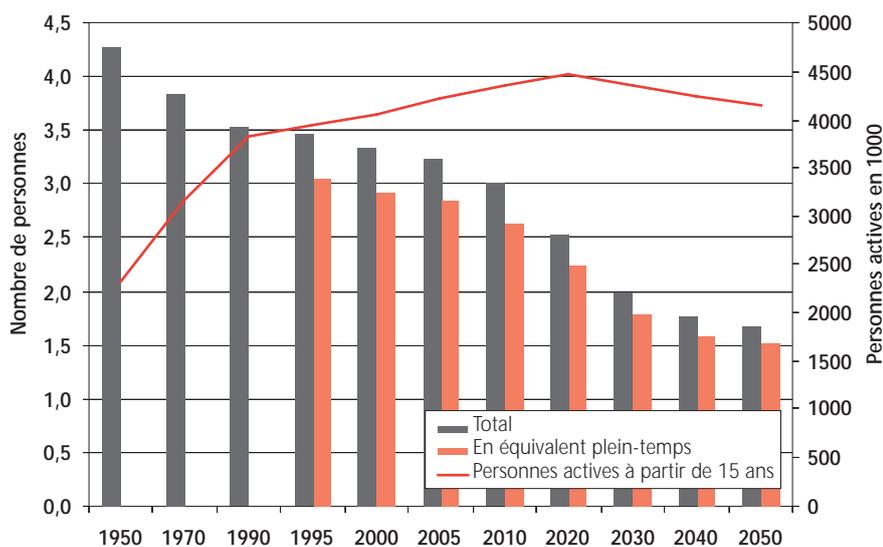
Mais il est extrêmement difficile d'estimer leur ampleur, car des prévisions exactes sur la situation économique et politique sont impossibles. Il faut remarquer par ailleurs que toutes les personnes qui auront travaillé en Suisse à un moment ou à un autre auront droit par la suite à une rente de vieillesse.

Le nombre d'actifs continuera à augmenter à moyen terme pour rediminuer ensuite.

Face à cette augmentation continue du nombre de bénéficiaires de rentes de vieillesse, comment la structure et le nombre des cotisants vont-ils évoluer? Les personnes avec une activité lucrative représentent le groupe le plus important des cotisants. Concernant les actifs, on peut supposer que le changement structurel – l'évolution vers des postes plus qualifiés et donc mieux payés – va se maintenir, tendance qui a des effets positifs pour les recettes de l'AVS. Les estimations du nombre d'actifs, qui reposent sur les scénarios de l'OFS, prennent en compte, outre la structure de la population, l'évolution à venir du taux d'activité (cf. graphique G2) : ces quinze dernières années, celui des hommes a légèrement diminué, tandis que celui des femmes a crû massivement. Partant de l'hypothèse que ce taux ne pourra plus guère augmenter pour les premiers – à moins que l'on relève l'âge de la retraite – et que le rythme de l'augmentation va ralentir pour les secondes, il est probable que le nombre d'actifs diminuera régulièrement à partir de 2020. De puissants mouvements migratoires comme ceux observés ces dernières années retar-

Nombre d'actifs (20-64 ans) par personne de 65 ans et plus, 1950-2050

G2



Sources : OFS, Statistique des personnes actives, Scénario activité (Scénario A-00-2005), 1950-1990, OFAS, calculs propres

deraient bien sûr l'inversion de la courbe.

Étant donné le mécanisme sur lequel elle repose – la répartition –, l'AVS a besoin que le rapport entre cotisants et rentiers ne se détériore pas trop longtemps; en d'autres termes, il ne faut pas qu'il y ait de moins en moins de personnes actives qui cotisent pour une personne à la retraite. Malgré la détérioration de ce rapport et la nette amélioration des prestations dans le cadre des diverses révisions de l'AVS, on a réussi jusqu'ici à ne pas vider le compte de capital de l'assurance. Les résultats des comptes n'ont été négatifs que durant les années 70 et 90, marquées par la faible croissance du PIB, et ils ont été améliorés ces dix dernières années grâce au relèvement de la TVA (1999) et de l'âge de la retraite des femmes à 64 ans. En outre, la forte croissance observée depuis 2005 (meilleure productivité) a des répercussions visibles sur la situation financière de l'AVS.

En 1950, pour une personne de plus de 65 ans, il y avait encore 4,3 actifs âgés de 20 à 64 ans, alors qu'en 2000, il n'y en avait plus que 3,3 (cf. graphique G2). L'hypothèse retenue dans les scénarios actuels parle de 1,7 actif pour un rentier (65 ans et plus) en 2050.³ Quelles perspectives financières entraîne pour l'AVS cette évolution de la démographie et du nombre d'actifs?

Perspectives financières de l'AVS

Dans un système d'assurance sociale par répartition, les recettes courantes, produits des intérêts non compris, doivent couvrir les dépenses courantes. La différence entre recettes (sans les intérêts) et dépenses est appelée «résultat de répartition». Pour évaluer les perspectives

financières de l'AVS, on effectue des calculs prospectifs au moyen de simulations portant sur les flux entrants et sortants qui ont un impact sur l'assurance.

Les dépenses sont constituées à 97,5% de prestations de rentes, le reste comprenant essentiellement les allocations pour impotent, les moyens auxiliaires, les subventions aux institutions et les frais d'administration et de gestion. L'évolution de la somme des rentes dépend du nombre de bénéficiaires et de l'indice mixte qui conditionne le montant de la rente minimale, ledit indice mixte résultant lui-même de la moyenne entre l'indice suisse des salaires (ISS) et l'indice suisse des prix à la consommation (IPC).

Les principales recettes sont les cotisations versées par les assurés et les employeurs, la participation des pouvoirs publics et les produits de la TVA, auxquelles s'ajoutent les produits de l'impôt sur les maisons de jeu et ceux des actions récursives. Les cotisations salariales évoluent parallèlement au nombre de cotisants et au montant moyen des cotisations AVS. Depuis 2008, la contribution des pouvoirs publics, entièrement à la charge de la Confédération, représente 19,55% du total des dépenses. En outre, depuis 1999, un pourcentage de la TVA est affecté au financement de l'AVS; sur cette somme, 83% vont directement à l'AVS et 17% à la Confédération. Les produits du Fonds AVS constituent une dernière source de recettes, bien qu'ils servent avant tout à maintenir le niveau de celui-ci.

Comme l'évolution de la situation financière de l'AVS dépend de l'évolution démographique et économique, il n'est pas possible de prédire exactement l'avenir des finances de l'assurance. Il est préférable de présenter une fourchette de scénarios assez large, de façon à prendre en compte les éventuelles fluctuations de la conjoncture et la variabilité de l'évolution démographique, surtout en ce qui concerne les phénomènes

migratoires. Les scénarios ne peuvent évidemment pas intégrer les brusques changements de conjoncture, pas plus que les grands chocs migratoires.

Les estimations relatives à l'évolution de la population sont tirées des trois grands scénarios établis par l'Office fédéral de la statistique.⁴ Ces scénarios sont fonction des hypothèses relatives à l'évolution future des salaires et des prix. On peut en déduire qu'une augmentation nette de la population (scénario haut, B-00-2005) s'accompagnera d'une croissance assez importante des salaires réels; que, inversement, la croissance des salaires réels sera faible dans le scénario bas; en outre, logiquement, que le scénario moyen (A-00-2005) sera associé à une augmentation moyenne des salaires réels.

Pour calculer les recettes amenées par les cotisations, on se fonde sur les registres des comptes individuels de l'AVS les plus récents, qui indiquent les effectifs en fonction de l'âge, de l'année de naissance, de la nationalité et du sexe, que l'on peut déterminer comme le taux de cotisants dans la population totale; on multiplie ces effectifs par les cotisations moyennes et les taux de cotisation correspondants, et on additionne les différents résultats obtenus.

De la même manière, on calcule le total annuel des prestations de rentes versées à partir des effectifs retenus pour les différents scénarios, répartis par état civil et par sexe conformément aux registres des rentes les plus récents et multipliés par les rentes moyennes correspondantes.

En outre, pour chaque année, on ajuste les calculs projectifs aux résultats des comptes de l'année précédente.

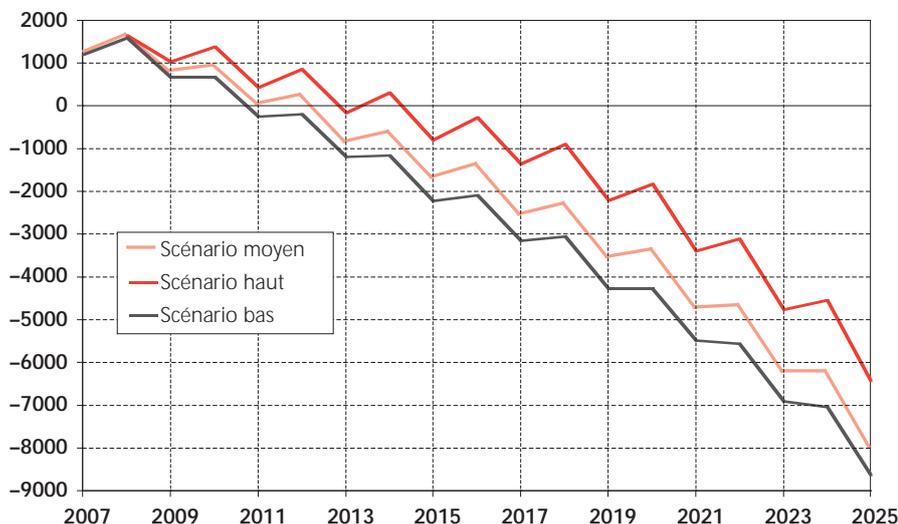
En 2007, le résultat de répartition de l'AVS était de 34 512 millions de francs pour les recettes sans les intérêts et de 33 303 millions pour les dépenses, soit un solde positif de 1209 millions. Les dépenses de l'AVS ont ainsi été financées par les recettes. En l'absence de modification légale,

³ Le nombre des cotisants par retraité est légèrement plus élevé (3,7 en 2007).

⁴ Voir note 1.

Résultat de répartition de l'AVS selon le scénario avec maintien du régime légal en vigueur, aux prix de 2008

G3



Source : calculs de l'OFAS

les dépenses atteindront en 2020, dans le scénario moyen, 45,8 milliards de francs et les recettes (sans les produits des placements) 42,5 milliards, d'où un résultat de répartition négatif de 3,3 milliards. Il faut donc s'attendre à une lacune de - nancement de 3,3 milliards de francs. Le graphique G3 montre l'évolution

des résultats de répartition dans les trois scénarios jusqu'en 2025.

Dans le scénario moyen, le résultat de répartition sera négatif en 2013; dans le « haut », il restera positif jusqu'en 2014 tandis que, dans le « bas », il sera négatif dès 2011. Par conséquent, le nancement n'est assuré à moyen ou long terme dans

aucun des trois scénarios. Même avec une croissance économique favorable, il sera insuffisant dans un proche avenir et le phénomène s'aggravera chaque année davantage.

Il ne faut pas se laisser illusionner par la bonne situation financière dont jouit actuellement l'AVS: des mesures politiques sont indispensables si l'on veut combler la lacune de nancement que l'évolution démographique amènera tôt ou tard.⁵

Michel Kolly, lic. rer. pol., secteur Statistiques de la division Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS.
Mél. michel.kolly@bsv.admin.ch

Kurt Schluep, Dipl. Math. ETH, secteur Mathématiques de la division Mathématiques, analyses et statistiques, OFAS.
Mél. kurt.schluep@bsv.admin.ch

⁵ A cause de la crise financière et ses conséquences, de nouvelles estimations (voulues par la rédaction) indiquent que, à court terme, le résultat de répartition devrait plutôt suivre le scénario bas. Il faudra compter dès 2011 déjà sur un résultat de répartition négatif.

Réinsérer vaut mieux qu'exclure

Le 4^e Forum international sur la gestion du handicap, ou Disability Management, a eu lieu à Berlin du 22 au 24 septembre 2008. Une importante délégation suisse y a participé. Les échanges réalisés ont permis de constater que, en comparaison internationale, la 5^e révision de l'AI est sur la bonne voie. Le rôle des employeurs en matière de gestion du handicap reste toutefois à préciser. Enfin, le vieillissement démographique des sociétés occidentales et ses potentielles conséquences sur la réinsertion de personnes handicapées, est une préoccupation majeure des différents experts.



Céline Champion
Office fédéral des assurances sociales

Quels sont les défis auxquels doivent faire face les entreprises afin de maintenir la capacité au travail de leurs employés qui ont subi une maladie ou un accident? Des experts du monde entier ont poursuivi la réflexion à l'occasion du 4^e Forum international sur la gestion du handicap (International Forum on Disability Management, IFDM, www.ifdm2008.de), qui a eu lieu à Berlin du 22 au 24 septembre 2008.

Plus de 120 conférenciers se sont exprimés devant 600 représentants issus des groupes d'employeurs, des experts des institutions d'Etat, des chercheurs et des fournisseurs de services de réadaptation. Ils leur ont présenté les dernières avancées concernant les différentes manières

dont les employés peuvent reprendre leur vie professionnelle à la suite d'un accident ou d'une maladie. Du côté suisse, une délégation constituée de collaborateurs de l'Office fédéral des assurances sociales, des directeurs d'offices AI, de la Suva et de représentants des hautes écoles supérieures ont participé à ces colloques.

L'AI, en comparaison internationale, est sur la bonne voie

«Avec l'entrée en vigueur de la 5^e révision AI, l'assurance-invalidité (AI), est, en comparaison internationale, sur la bonne voie.» C'est l'une

des constatations majeures à laquelle sont arrivées, en fin de forum, les directeurs d'office AI Andreas Dummermuth et Martin Kalbermatten, des cantons de Schwyz respectivement du Valais.

Ainsi, les instruments d'intervention précoce qui visent à soutenir l'employeur par des formations ou des adaptations au poste du travail, afin de permettre à la personne concernée de continuer à occuper son poste, semblent correspondre aux expériences réalisées à l'étranger.

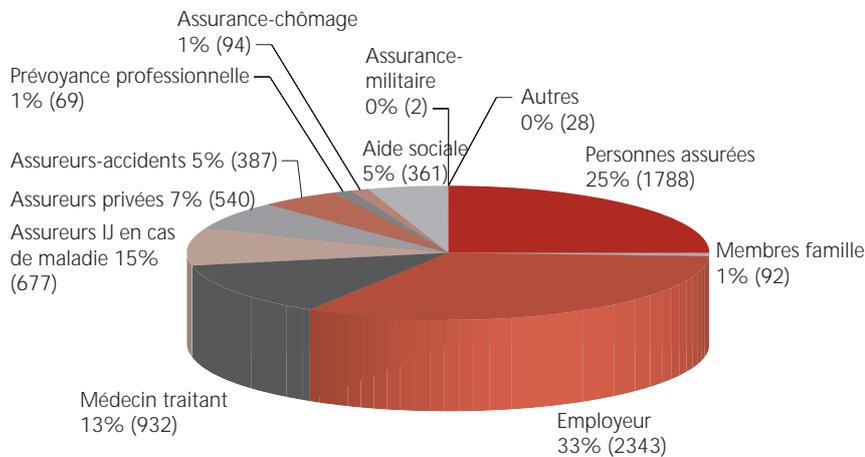
Ce symposium a mis l'accent sur le rôle et les responsabilités des employeurs en matière de gestion du handicap. Or dans le cadre de la 5^e révision de l'AI, les employeurs ont précisément la possibilité de signaler des personnes au service de détection précoce. Les dernières statistiques montrent qu'ils sont le groupe majoritaire à utiliser cette possibilité (voir graphique G1). Mais le fait de pouvoir signaler une personne concernée à un office AI ne doit pas pour autant «désresponsabiliser» les employeurs, met en garde Andreas Dummermuth. En d'autres termes, l'engagement des entreprises en matière de gestion du handicap reste important, malgré le soutien de l'office AI.

Défi pour les PME en matière de gestion du handicap

Si la gestion du handicap sous ses formes les plus courantes (prévention, gestion des absences, suivi et soutien en cas de maladie) est déjà relativement bien implantée au sein des grandes entreprises suisses, elle reste un défi pour les petites et moyennes entreprises (PME), majoritaires à hauteur de 99,7% en Suisse.

Annnonce détection précoce selon origine (état 30.9.2008)

G1



Source : OFAS

Martin Kalbermatten verrait ainsi volontiers les offices AI assumer un rôle plus actif dans le soutien aux PME en matière de gestion du handicap. De même Vinzenz Baur, directeur de l'office AI du canton d'Argovie, estime qu'il serait judicieux, à l'instar de l'Allemagne, de mettre davantage d'informations, de documentation et d'autres supports à disposition des PME en matière de gestion du handicap. En matière de responsabilité des employeurs, il dit avoir principalement retenu l'idée suivante: ceux-ci devraient démontrer qu'ils ont tout mis en œuvre en matière de gestion du handicap avant d'arriver, par exemple, à un licenciement. Les employés pourraient aussi être contraints à justifier les moyens déployés de leur côté pour éviter, par exemple, une dégradation de leur état de santé.

Développement démographique

Un thème récurrent lors du forum fut le vieillissement démographique comme justificatif à la mise en œuvre systématique de la gestion du handicap. Stefan Ritler, président de la Conférence des Offices AI, ne s'est d'ailleurs pas privé de susciter, à l'occasion de sa présentation plé-

nière traitant de la génération des baby-boomers, des sourires à ce sujet en faisant référence au groupe de rock britannique Jethro Tull: «Too old to rock'n'roll: Too young to die!» Faute de statistiques, il est difficile de se convaincre des propos des différents orateurs. Deux éléments sont cependant sûrs: d'une part, davantage de personnes, en Occident du

moins, deviennent de plus en plus âgées. D'autre part, avec l'âge augmente le risque d'invalidité.

Est-il pour autant trivial d'affirmer que ces changements démographiques présentent davantage d'opportunités pour les personnes handicapées de se réinsérer sur le marché de l'emploi? Les chiffres de l'Office fédéral de la statistique mettent en évidence que le marché du travail comble ses places vacantes surtout par l'immigration de personnes, en général, hautement qualifiées. Une immigration qui, d'ailleurs, n'a cessé d'augmenter durant ces dernières années. D'où l'importance pour les personnes handicapées de se former, avec le soutien de l'AI, à ne pas rester au maximum concurrentiel sur le marché du travail.

Déficit de mesures de réinsertion pour handicaps psychiques

Grande absente de ce forum: la problématique de la réinsertion de

Qu'est-ce qu'on entend par gestion du handicap?

La gestion du handicap est conçue comme un modèle ayant un impact à tous les niveaux opérationnels. C'est la stratégie appliquée par une entreprise lorsque ses collaborateurs sont atteints dans leur santé, qui détermine aussi la prévention effectuée dans ce domaine.

La gestion du handicap comprend tous les processus et toutes les mesures visant à

- empêcher les maladies et les accidents (prévention),
- reconnaître très tôt les risques pour la santé (en règle générale grâce à une gestion systématique des absences) et
- favoriser la réinsertion des salariés atteints dans leur santé ou victimes d'accidents.

La gestion du handicap doit permettre d'une part d'économiser des coûts (pertes de production consécutives à des absences, primes d'assurance, frais de recrutement, etc.) et, d'autre part, de prévenir une perte de savoir-faire en réduisant le nombre de départs.

personnes souffrant de troubles psychiques. Il s'agit pourtant du groupe cible dont le nombre de cas croît le plus rapidement au sein des bénéficiaires de rentes AI en Suisse comme dans le reste des pays de l'OCDE. L'accent a été mis sur les personnes accidentées nécessitant avant tout une réhabilitation physique. Cela provient certainement du fait que cette année, l'IFDM a été organisé par l'assurance sociale allemande contre les accidents, en collaboration avec le ministère allemand du travail et des affaires sociales. Dans ce

contexte, Regina Knöpfel, conseillère en entreprises et directrice de Knöpfel Life Consulting AG, a constaté que la communauté internationale était généralement consciente des difficultés en matière de gestion du handicap, et que des esquisses visant à résoudre les problèmes étaient souvent présentées. Néanmoins, peu de solutions concrètes ont pu être mises en avant. Cela est dû selon elle « entre autre », au fait que seules de rares évaluations ont été réalisées sur les effets de la gestion du handicap.

De l'avis des participants au forum berlinois, il est donc à espérer que d'ici septembre 2010, et la prochaine réunion du genre à Los Angeles, les professionnels des différents pays pourront présenter des solutions de réadaptation et de services pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

Céline Champion, lic. phil. I, MPA,
suppl. cheffe secteur Développement,
Domaine AI, OFAS.
Mél. celine.champion@bsv.admin.ch

Interventions parlementaires

L'OFAS met à disposition **une vue d'ensemble des objets** pendants au Parlement et au Conseil fédéral, **concernant l'enfance, la jeunesse, la vieillesse, les familles et les générations**. Lien: www.bsv.admin.ch/themen/zulagen/00062/index.html?lang=fr

Assurance-invalidité

08.3304 – Interpellation Büttiker Rolf, 10.6.2008: Commission consultative pour l'approbation des stratégies cantonales d'encouragement des personnes handicapées

Le conseiller au Etats Rolf Büttiker (PRD, SO) a déposé l'interpellation suivante:

« Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches (RPT) le 1^{er} janvier 2008, le nancement des institutions encourageant l'intégration des invalides est du ressort des cantons. A n de rassurer les personnes handicapées qui craignaient des réductions des prestations, l'article 112b de la Constitution fédérale a été complété d'une disposition transitoire en vertu de laquelle les cantons doivent soumettre pour approbation leurs stratégies en faveur des personnes handicapées au Conseil fédéral. En vertu de la législation d'exécution (art. 10 al. 3 LIPPI), le Conseil fédéral doit être conseillé par une commission composée de personnes représentant la Confédération, les cantons, les personnes handicapées et les institutions.

1. Le Conseil fédéral est-il aussi d'avis que tous les milieux mentionnés dans la loi doivent être représentés de manière équilibrée au sein de la commission ?

2. Est-il prêt à désigner bientôt cette commission, a n qu'elle dispose d'assez de temps pour examiner les stratégies déposées par les cantons ?

3. Partage-t-il l'inquiétude des personnes handicapées et des institutions qui craignent que le Conseil fédéral juge les stratégies cantonales sur la base de critères qui n'auraient pas fait l'objet d'une concertation ?

Développement

Avant la votation relative à la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), le Conseil fédéral et le Parlement ont pris en considération les craintes des personnes handicapées et ont inscrit différentes garanties tant dans la Constitution fédérale (art. 112b et disposition transitoire à l'art. 197 ch. 4) que dans la législation d'exécution. En vertu de ces garanties, le pouvoir constituant a décidé que les cantons auraient à assumer les prestations actuelles de l'assurance-invalidité jusqu'à ce qu'ils disposent – au plus tôt à partir du 1^{er} janvier 2011 – d'une stratégie en faveur des personnes handicapées approuvée par le Conseil fédéral. Sur la base de l'article 112b de la Constitution fédérale, le Parlement a édicté une loi fédérale (loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides; LIPPI) réglant la procédure d'approbation des stratégies. En vertu de cette loi, le Conseil fédéral doit être conseillé par une commission composée de représentants de la Confédération, des cantons, des personnes handicapées et des institutions. Force est de constater aujourd'hui que la RPT est certes entrée en vigueur, mais qu'aucune mesure n'a à ce jour été prise pour régler la composition et les tâches de la commission visée à l'article 10 alinéa 3 LIPPI. Malgré différentes interventions de la communauté d'intérêt Mise en œuvre

RPT, au sein de laquelle sont représentées les principales institutions et organisations pour personnes handicapées, la création de cette commission se fait attendre. Cette situation ne fait qu'accroître le scepticisme des personnes handicapées: celles-ci ont le sentiment que l'examen approfondi des stratégies cantonales, une procédure qui prend beaucoup de temps, n'est pas une priorité. Elles se demandent aussi, au vu de la composition de la commission, si leurs revendications seront prises en compte conformément aux intentions du législateur. En inscrivant la disposition transitoire dans la Constitution fédérale et en la concrétisant dans la LIPPI, le législateur a clairement exprimé son intention de prendre au sérieux les milieux concernés (personnes handicapées et institutions pour personnes handicapées) lors de l'élaboration de la législation cantonale, et de leur donner l'opportunité d'examiner en détail les stratégies qui seront particulièrement déterminantes pour l'avenir des personnes gravement handicapées dans notre pays. Plus la création de la commission (détermination des tâches et composition) sera reportée, moins il sera possible de donner suite à la volonté du Parlement.

Réponse du Conseil fédéral du 27.8.2008

1. Le Conseil fédéral est lui aussi d'avis qu'il faut veiller à ce que les milieux nommés dans l'article 10 alinéa 3 LIPPI soient représentés de manière équilibrée dans la commission. C'est pourquoi il a prévu que celle-ci, présidée par un représentant de la Confédération, soit constituée de treize personnes selon la clé de répartition suivante: Confédération, 3 personnes; cantons, 6 personnes; institutions, 2 personnes; invalides, 2 personnes.

2. Conformément à l'article 197 alinéa 4 de la Constitution fédérale, dès l'entrée en vigueur de la RPT, les cantons doivent assumer les prestations de l'assurance-invali-

dité en matière d'institutions, d'ateliers et de homes jusqu'à ce qu'ils disposent de leur propre stratégie en faveur des invalides – stratégie comportant aussi l'octroi de contributions cantonales aux frais de construction et d'exploitation d'institutions accueillant des résidents hors canton –, mais au minimum pendant trois ans, soit jusqu'au 31 décembre 2010. S'appuyant sur cette disposition transitoire, la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales a émis l'idée qu'il fallait coordonner l'élaboration des plans stratégiques cantonaux et que les cantons pourraient soumettre ceux-ci à l'approbation de la commission et du Conseil fédéral d'ici la fin de 2009. Compte tenu de cette planification, le Conseil fédéral s'emploie à mettre sur pied la commission spécialisée cette année encore. Il en a chargé le Département fédéral de l'intérieur, qui consultera préalablement les milieux concernés. Cela ménagera assez de temps à la commission pour qu'elle se dote d'un règlement interne avant la fin de 2009 et fixe la procédure et les critères en fonction desquels examiner les stratégies cantonales sur les plans formel et matériel.

3. Le législateur a prévu que les institutions et organisations représentant les personnes handicapées seront consultées lors de la procédure d'élaboration des plans cantonaux (art.10 al.1 LIPPI); il a également listé les éléments à faire figurer dans ceux-ci (al.2). Considérant l'implication précoce des organisations représentant les handicapés au niveau des cantons, la précision des prescriptions fédérales concernant les plans, la volonté des cantons de coordonner leurs projets et la période à laquelle ils devraient probablement les déposer, le Conseil fédéral estime que la commission aura suffisamment de temps pour élaborer des critères d'examen formel et

matériel et pour évaluer ensuite les stratégies cantonales, comme le prévoyait déjà le message (FF 2005 5819).»

08.1062 – Question Bortoluzzi Toni, 13.6.2008 :

AI. Dépenses excessives engendrées par les personnes affectées de troubles psychiques

Le conseiller national Toni Bortoluzzi (UDC, ZH) a déposé la question suivante :

«Le nombre de personnes bénéficiant d'une rente d'invalidité pour des troubles psychiques ne cesse d'augmenter. Dans ce contexte, je demande au Conseil fédéral de répondre aux questions suivantes :

1. Comment les dépenses pour les personnes bénéficiant d'une rente d'invalidité pour des troubles psychiques ont-elles évolué au cours des vingt dernières années (nombre de malades et dépenses par année) ?
2. A combien s'élèvent les dépenses de l'AI et de l'AOS pour le traitement et la prise en charge de ces personnes depuis l'entrée en vigueur de la LAMal (nombre de malades et dépenses par année) ?
3. Combien de personnes souffrant de troubles psychiques n'ont plus droit à une rente de l'AI (nombre effectif, part par rapport au nombre total de personnes étant toujours au bénéfice d'une rente d'invalidité pour troubles psychiques) ?
4. Combien de personnes souffrant de troubles psychiques bénéficient chaque année de traitements stationnaires (par tranche d'âge) ? Quel est le taux de guérison (nombre de personnes guéries n'ayant plus droit à une rente de l'AI) ?

Réponse du Conseil fédéral du 27.8.2008

1. Le nombre de personnes souffrant de troubles psychiques et bénéficiant de prestations de l'AI est passé de 59 000 en 1992 à

153 000 en 2007 (nous ne disposons pas de chiffres fiables antérieurs à 1992). Il s'agit aujourd'hui du plus grand groupe de bénéficiaires de prestations. Durant la même période, les dépenses de l'AI (en mesures de réadaptation, rentes et allocations pour impotent) pour ce groupe de personnes sont passées de 0,7 milliard à 2,7 milliards de francs (avec une augmentation de 17%). La part de bénéficiaires de rentes AI souffrant de troubles psychiques est passée de 23% (1992) à 36% (2007), le coût relatif des rentes de 24% (1992) à 39% (2007). La progression des dépenses pour les rentes de personnes atteintes de troubles psychiques n'a pas dépassé les 5% au cours des trois dernières années.

2. Les mesures médicales de l'AI en faveur de la réadaptation de personnes atteintes de troubles psychiques ont coûté environ 14 millions de francs pour l'année 2007, contre 7 millions pour l'année 1992. Depuis l'entrée en vigueur de la 5^e révision de l'AI, le 1^{er} janvier 2008, l'AI ne prend en charge les mesures médicales que pour les assurés de moins de 20 ans. En ce qui concerne l'AOS, les coûts occasionnés par les traitements médicaux de personnes souffrant de troubles psychiques étaient de 0,9 milliard de francs en 2003 (nous ne disposons pas de chiffres fiables antérieurs à 2003). En 2007, ils étaient de 1,2 milliard. Ces chiffres contiennent, dans le domaine hospitalier, les traitements en cliniques psychiatriques et dans le domaine ambulatoire les prestations de psychiatres et de psychothérapeutes et les médicaments directement prescrits par le médecin. Ils représentent environ 6% des coûts totaux.

3. Les résultats de l'AI en matière de réadaptation sont restés stables au cours des dernières années. Les mesures d'ordre professionnel se sont révélées payantes pour 72%

des personnes qui en ont bénéficié. En ce qui concerne les personnes souffrant de troubles psychiques, l'efficacité des mesures d'ordre professionnel est de 56%. Ce pourcentage devrait nettement s'améliorer grâce aux nouveaux instruments de la 5^e révision de l'AI mis sur pied spécialement pour les personnes souffrant de handicap psychique.

4. Selon la Statistique médicale des hôpitaux de l'OFS pour la période de 2002 à 2006 (les données de plus de 99% des établissements sont disponibles pour chaque année à partir de 2002), 74 286 personnes souffrant de troubles psychiques ont suivi un traitement hospitalier en 2002; 10% d'entre elles ont quitté l'hôpital guéries. En 2006, 81 652 personnes ont suivi un traitement hospitalier; 9% d'entre elles ont pu se remettre. Le groupe des 20 à 50 ans présente non seulement le plus grand nombre de malades, mais encore le plus faible taux de guérison.»

**08.3662 – Motion Humbel Näf Ruth, 3.10.08:
Appareils acoustiques. Renforcer la concurrence et introduire des forfaits**

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

«Le Conseil fédéral est chargé de renforcer la concurrence entre les fournisseurs de prestations des appareils acoustiques, en prenant notamment les mesures suivantes:

- engagement immédiat de négociations avec la branche des appareils acoustiques pour obtenir rapidement des rabais sur les prix des appareils et les tarifs pratiqués;
- introduction de simples forfaits pour l'acquisition d'appareils acoustiques, avec des dispositions spéciales pour les cas d'extrême gravité, conformément à la recommandation émise par le Contrôle fédéral des finances dans son rapport de juillet 2007.

Développement

Les coûts d'acquisition des appareils acoustiques ont doublé entre 1995 et 2005, la demande ayant elle-même augmenté de 75%; cette hausse s'élève en moyenne à 4% par cas.

Au lieu de se lancer dans des appels d'offres juridiquement contestables, avec une procédure d'adjudication coûteuse, il est plus judicieux d'entamer immédiatement des négociations avec les fabricants d'appareils acoustiques. Ceux-ci semblent en effet disposés à accorder une baisse de 10 à 15% sur les prix et les tarifs, soit une réduction allant jusqu'à 30% sur l'ensemble des coûts engendrés par les appareils (environ 26 millions de francs d'économies). A moyen terme, il faudra élaborer une nouvelle réglementation axée sur la concurrence pour l'ensemble de la branche. Le modèle de tarification à trois niveaux, avec expertise complète, appliqué depuis 1999 n'a pas atteint ses objectifs, mais contribué au contraire à augmenter les coûts.

En 2005, le Parlement a adopté deux motions visant à renforcer la concurrence. Dans son rapport de juillet 2007, le Contrôle fédéral des finances a recommandé pour sa part au Conseil fédéral d'introduire des forfaits permettant l'acquisition de modèles «simples et adéquats» (art. 21, al. 3, de la loi sur l'assurance-invalidité). Le consommateur qui souhaiterait acheter un appareil plus onéreux devrait s'acquitter lui-même de la différence. Pour protéger les assurés, l'Office fédéral des assurances sociales devrait non seulement verser le montant de ces forfaits, mais aussi définir les critères techniques auxquels les appareils devraient répondre et les adapter régulièrement. Ce système de forfaits correspondrait grosso modo à celui appliqué pour l'achat de lunettes dans la LPP, qui permet uniquement l'acquisition de lunettes simples. Afin d'éviter que les malentendants ne subissent une baisse intolérable de leurs prestations, il faudra prévoir des disposi-

tions spéciales réglant les cas d'extrême gravité. Ainsi, l'assuré pourrait faire valoir une demande spéciale auprès d'un médecin-expert de l'AI, dont la décision serait contrôlée par les services médicaux régionaux.»

Prévoyance

**08.3723 – Motion Thorens Goumaz Adèle, 3.10.08:
Stratégie de durabilité pour les caisses de pension**

La conseillère nationale Adèle Thorens Goumaz (PES, VD) a déposé la motion suivante:

«L'ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité est modifiée de manière à ce que les caisses de pension soient tenues, d'une part, de déterminer dans quelle mesure elles souscrivent à une stratégie de durabilité (exigences environnementales, sociales et de gouvernance d'entreprise) dans le cadre de leur politique d'investissement et, d'autre part, de rendre cette stratégie publique.

Développement

La crise financière a montré les dangers des investissements axés sur un profit maximal et immédiat dans un environnement peu transparent et incertain. L'effondrement de ce système est l'occasion de réfléchir aux responsabilités des investisseurs. Déjà bien avant la crise, de nouveaux fonds ont été créés, répondant à des exigences ESG (environnementales, sociales et de gouvernance d'entreprise). Leurs résultats sont aujourd'hui comparables à ceux des produits «traditionnels». En termes de durabilité, ils leur sont même supérieurs.

Ces investissements responsables devraient interpeller particulièrement les caisses de pension. De fait, leurs objectifs sont par nature orientés sur la pérennité. Les résultats auxquels elles sont tenues ne doivent pas les contraindre à prendre des risques abusifs. Au contraire, elles doi-

vent se diriger vers une stratégie d'investissements à long terme et durable. Certaines d'entre elles en ont d'ailleurs fait leur ligne directrice avec grand succès.

La présente initiative demande que les caisses de pension soient tenues de déterminer dans quelle mesure elles souscrivent à une stratégie de durabilité dans le cadre de leur politique d'investissement et de rendre cette stratégie publique. Il ne s'agit pas de contraindre l'ensemble des caisses de pension à souscrire aux mêmes principes d'investissement responsables, mais de leur demander de se positionner dans ce domaine et, si elles disposent d'une stratégie de durabilité, de la formuler et de la faire connaître. Une telle mesure permettrait d'instaurer une meilleure transparence. Les assurés ont plus que jamais le droit d'être informés sur la manière dont leur argent est investi et sur la stratégie d'investissement adoptée par leur caisse. Les caisses de pension qui n'ont jamais ré-échi en termes de durabilité seront en outre amenées à se poser au moins la question. Quant à celles qui ont d'ores et déjà élaboré une réflexion sur leurs responsabilités en tant qu'investisseur, elles pourront mettre leur engagement en valeur.»

Politique du troisième âge

08.3615 – Motion Leutenegger Oberholzer Susanne, 2.10.08 : Politique du troisième âge. Enquête sur les personnes se trouvant dans la seconde moitié de leur vie

La conseillère nationale Susanne Leutenegger Oberholzer (PSS, BL) a déposé la motion suivante :

«Le Conseil fédéral est chargé d'examiner la possibilité de réaliser en Suisse, à intervalles réguliers, une enquête sur les personnes se trouvant dans la seconde moitié de leur vie. L'établissement de rapports réguliers sur la situation de ces personnes constituerait un outil stratégique important pour la politique du troisième âge. Ces rapports renseigneraient sur l'état d'esprit des personnes âgées, sur leur capacité à rester active, sur leurs conditions de vie et sur leur réseau social; ils fourniraient aussi des éléments permettant de mesurer les progrès accomplis.

Développement

En réponse au postulat «Politique en faveur des personnes âgées. Définir une stratégie» (Leutenegger Oberholzer; 03.3541), le Conseil fédéral a présenté le 29 août 2007 un rapport très complet. Il y manque toutefois une vision stratégique. Cela est dû notamment au fait que la Suisse ne dispose pas de données concernant les personnes entrées dans la seconde moitié de leur vie, données nécessaires à la définition d'orientations stratégiques dans la politique du troisième âge. Il existe une enquête suisse sur les enfants et les jeunes qui documente les changements dans ces générations. Or, les changements sociaux qu'entraîne l'augmentation de la longévité constituent un enjeu d'égale importance. Dans ce domaine également, l'action politique a besoin de bases de décision solides. Dans plusieurs pays, ces éléments de décision sont fournis par les enquêtes sur les personnes se trouvant dans la seconde moitié de leur vie. Ces enquêtes sont recommandées en particulier par les nouvelles lignes

directrices pour la mise en œuvre du plan d'action destiné à adapter la société à un monde vieillissant qui a été lancé lors de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement tenue à Madrid en 2002. Le but est de disposer de données afin de permettre la prise en compte du vieillissement dans tous les domaines politiques (mainstreaming). La question du vieillissement cesse alors d'être considérée isolément pour s'inscrire dans une approche globale.

L'enquête sur le vieillissement réalisée en Allemagne («Deutsche Alterssurvey», DEAS), pour ne citer que cet exemple, comprend une enquête transversale et une enquête longitudinale représentatives menées au niveau fédéral sur les personnes se trouvant dans la seconde moitié de leur vie (personnes de 40 ans et plus). Elle a pour but de fournir des microdonnées qui sont utilisées à la fois dans la recherche en sciences sociales et comportementales et dans l'établissement des rapports de politique sociale. Les données recueillies lors de l'enquête offrent donc des éléments de décision importants pour l'action politique. La première enquête a été réalisée en 1996 et la deuxième en 2002; la troisième sera réalisée avant fin 2008. Les personnes couvertes par l'enquête sont interrogées sur leur situation de vie, sur leur statut professionnel ou sur leur vie de retraité, sur leur participation à la vie sociale, sur les activités qu'elles ont après avoir quitté la vie professionnelle, sur leur condition financière, sur leur situation en matière de logement, sur leur vie sociale et sur leur santé, leur bien-être et leurs objectifs de vie.»

Législation : les projets du Conseil fédéral (état au 30 novembre 2008)

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		
LAMal – Projet 1B Liberté de contracter	26.5.04	FF 2004, 4055	CSSS-CE 21/22.6.04 30.5.06, 8.1, 15.2, 15.10, 9.11.07 18.2.08 (1 ^{re} partie) 18.3, 5.6.08 (2 ^e partie), 14.4, 13.5, 27.6, 26.8, 28.10, 24.11.08 (1 ^{re} partie)	CE 6.12.07 (2 ^e partie prolong. de la clause du besoin pour les médecins) 27.5, 5.6.08 (2 ^e partie)	CSSS-CN 30.6.04, 18.1, 2.6.08 (2 ^e partie)	5.3, 4.6.08 (2 ^e partie)	13.6.08 (2 ^e partie)	14.6.08 (2 ^e partie)
LAMal – Projet 1D Participation aux coûts	26.5.04	FF 2004, 4121	CSSS-CE 21/22.6, 23/24.8.04	CE 21.9.04	CSSS-CN 30.6.04			
LAMal – Projet 2B Managed Care	15.9.04	FF 2004, 5257	CSSS-CE 18/19.10.04 30.5, 21/23.8, 12/13.9, 16/17.10, 13.11.06 2 ^e partie médicaments: 4.3.08 9.1, 15.2, 26.3, 3.5, 13.9.07 8.1, 15.4, 27.8.08 (2 ^e partie, médicaments, diff.)	CE 5.12.06 (1 ^{re} partie sans médicaments), 13.6.07, 4.3, 17.9.08 (2 ^e partie médicaments) 4.3.08 (2 ^e partie, diff.)	CSSS-CN 25.10.07, 13.7, 24.4, 18.9.08 (2 ^e partie médicaments)	CN 4.12.07 (2 ^e partie médicaments) 4.6, 18.9.08 (2 ^e partie, diff.)	1.10.08 (2 ^e partie refus par le CN)	
Révision AI Financement additionnel	22.6.05	FF 2005, 4377	CSSS-CN 26.1.07 17/18.1.08	CN 20.3.07 18/19.3, 11.6.08	CSSS-CE 3.7, 27/28.8, 12, 15, 16.10, 9.11.07	CE 18.12.07, 27.5, 4/5.6, 12.6.08 (diff.)	13.6.08	
11^e révision de l'AVS. Mesures relatives aux prestations	21.12.05	FF 2006, 1917	CSSS-CN 5.5.06, 25.1, 22.2.07 sous-com. 16.11.07, 17/18.1.08	CN 18.3.08	CSSS-CE 29.10.08			
11^e révision de l'AVS. Introd. d'une prestation de préretraite	21.12.05	FF 2006, 2019	CSSS-CN 5.5.06, 25.1, 22.2.07 sous-com. 16.11.07, 17/18.1.08	CN 18.3.08	CSSS-CE 29.10.08			
IP Oui aux médecines complémentaires	30.8.06	FF 2006, 7191	CSSS-CN 23.11.06, 25.1.07, 24.4, 8.9.08	CN 18/19.9, 19.12.07, 17.9.08	CSSS-CE 16.10, 9.11.07 13.5, 26.6.08	CE 13.12.07		Retiré. Contre-proposition directe. Plébiscite au plus tard le 30.11.2009
LAA Révision	30.5.08	FF 2008, 4877	CSSS-CN 20.6, 9.9, 16.10, 6/7.11.08					

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

Calendrier

Réunions, congrès, cours

Date	Manifestation	Lieu	Renseignements et inscriptions
5.1.2009-23.3.2009 (12 lundis)	Enjeux de société et prospective (cf. présentation CHSS 5/08)	IDHEAP, Chavannes-Renens	IDHEAP Prof. Giuliano Bonoli Route de la Maladière 21 1022 Chavannes-près-Renens Tél. 021 557 40 90 www.idheap.ch/ps giuliano.bonoli@idheap.unil.ch
15/16.1.2009	La question de l'« abus » dans l'économie, la politique et la société. Réalités, fictions et réponses sociopolitiques	Université de Fribourg	Département « Travail social et politiques sociales » Université de Fribourg Route des Bonnesfontaines 11 1700 Fribourg Tél. 026 300 77 80 tsps@unifr.ch
22/23.1.2009	CURAVIVA Suisse, Congrès pour personnes âgées « Le personnel – ressource précieuse du futur »	Centre des congrès de Bâle	CURAVIVA Suisse Domaine spécialisé personnes âgées Zieglerstrasse 53 3000 Berne 14 Tél. 031 385 33 45 www.congress.curaviva.ch e.hirsbrunner@curaviva.ch
28.1.2009	L'économie du « prendre soin ». Quand la réflexion économique se met au service de l'intervention sociale et sanitaire (cf. présentation ci-après)	Ecole d'Etudes Sociales et Pédagogiques Lausanne	Ecole d'Etudes Sociales et Pédagogiques Chemin des Abeilles 14 1010 Lausanne Tél. 021 651 62 00 www.eesp.ch
30.1.2009	Forum Caritas 2009. La société du travail : quel avenir en Suisse? (cf. présentation ci-après)	Kultur-Casino, Berne	Caritas Suisse Secteur communication Löwenstrasse 3 case postale 6002 Lucerne Tél. 041 419 22 22 www.caritas.ch info@caritas.ch
23/24.4.2009	Assurances sociales en bref	Haute école de travail social, Genève	FDRH à l'att. de Marie-Pierre Gottardi Hospice Général Rte de Veyrier 85 1234 Veyrier Tél. 022 388 95 00 www.ies-geneve.ch
5/6.3.2009	Dignité humaine et handicap	Centre de Formation continue, Fribourg	Université de Fribourg Service de la formation continue Rue de Rome 6 1700 Fribourg Tél. 026 300 73 47 www.unifr.ch/formcont/fr/ formcont@unifr.ch

L'économie du « prendre soin ». Quand la réflexion économique se met au service de l'intervention sociale et sanitaire

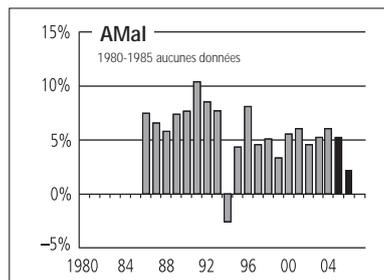
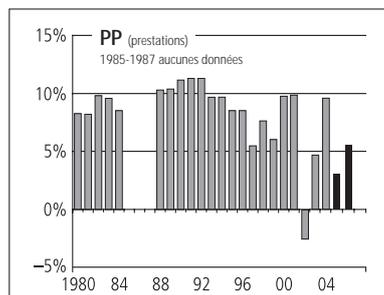
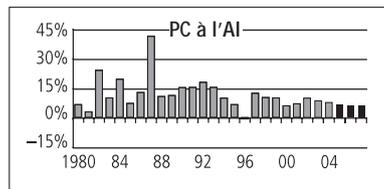
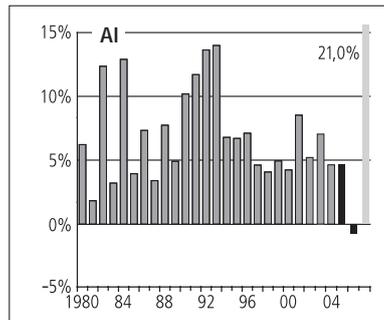
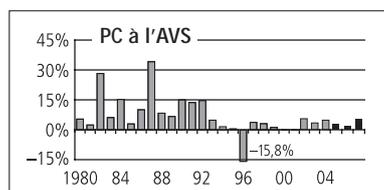
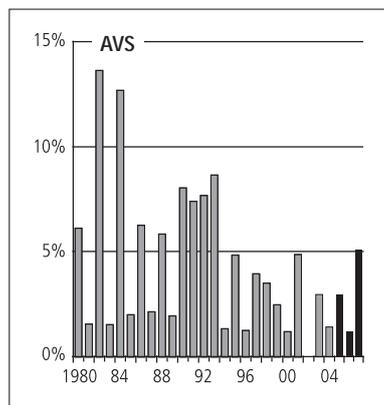
Une approche de l'économie marque profondément les pratiques des professionnels du social et de la santé. Orientée sur l'efficacité et la rentabilité, cette conception domine sans partage la pensée économique contemporaine. Visant à optimiser la productivité du travail, elle est le résultat de deux cents ans d'expérience dans le domaine de la production industrielle de biens matériels. Mais, qu'en est-il des secteurs de l'aide sociale et de la santé ?

L'économie du « prendre soin » – on parle au plan international d'économie du « care », utilisant ainsi le terme anglais de connotation un peu différente – est une manière autre de penser l'économie. Elle s'attache précisément à identifier les spécificités du travail dans les domaines de l'action sociale ou de l'intervention soignante et, plus généralement, dans le secteur des services à la personne. Elle s'applique aussi à saisir l'impact sur le niveau de vie de la population des services à la personne non rémunérés. Elle contribue ainsi à une réflexion qui, menée dans une perspective de genre, se veut de teneur ouvertement émancipatrice avec pour objectif, d'une part, d'identifier les besoins de soutien et d'attention d'une collectivité et, d'autre part, de définir les conditions économiques de leur satisfaction.

Forum Caritas 2009. La société du travail : quel avenir en Suisse ?

Dans notre société, revenu, contacts, sécurité sociale et identité personnelle sont étroitement liés au travail salarié. Celui qui est au chômage, n'en fait pas partie. Le Forum de Caritas pose la question de savoir si cette relation étroite entre intégration sociale et travail salarié sera encore défendable à l'avenir et s'interroge pour savoir ce qui devrait se passer avec les personnes qui ont perdu leur place dans notre société.

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AVS		1990	2000	2005	2006	2007	Modification en %
							TM¹
Recettes	mio fr.	20 355	28 792	33 712	34 390	34 801	1,2%
	dont contrib. ass./empl.	16 029	20 482	23 271	24 072	25 274	5,0%
	dont contrib. pouv. publics ²	3 666	7 417	8 596	8 815	9 230	4,7%
Dépenses		18 328	27 722	31 327	31 682	33 303	5,1%
	dont prestations sociales	18 269	27 627	31 178	31 541	33 152	5,1%
Résultats des comptes		2 027	1 070	2 385	2 708	1 499	-44,7%
Capital		18 157	22 720	29 393	32 100	40 637 ²	26,6% ²
Bénéficiaires de rentes AVS ³	Personnes	1 225 388	1 515 954	1 684 745	1 701 070	1 755 827	3,2%
Bénéf. rentes veuves/veufs	Personnes	74 651	79 715	96 297	104 120	107 539	3,3%
Cotisants AVS, AI, APG		3 773 000	3 904 000	4 081 000	4 113 000	4 150 000	0,9%

PC à l'AVS		1990	2000	2005	2006	2007	TM ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	1 124	1 441	1 695	1 731	1 827	5,5%
	dont contrib. Confédération	260	318	388	382	403	5,4%
	dont contrib. cantons	864	1 123	1 308	1 349	1 424	5,6%
Bénéficiaires (personnes, av. 1997 cas)		120 684	140 842	152 503	156 540	158 717	1,4%

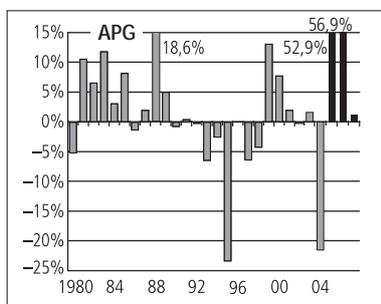
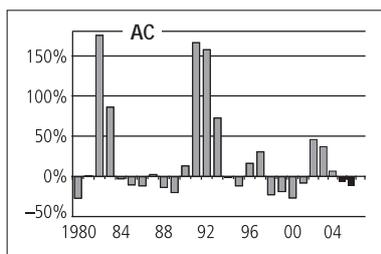
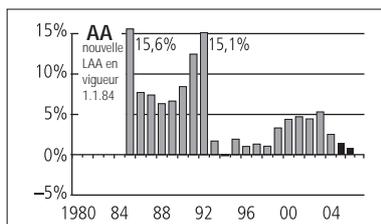
AI		1990	2000	2005	2006	2007 ³	TM ^{1,3}
Recettes	mio fr.	4 412	7 897	9 823	9 904	11 786	19,0%
	dont contrib. ass./empl.	2 307	3 437	3 905	4 039	4 243	5,0%
	dont contrib. pouv. publics	2 067	4 359	5 781	5 730	7 423	29,6%
Dépenses		4 133	8 718	11 561	11 460	13 867	21,0%
	dont rentes	2 376	5 126	6 750	6 542	6 708	2,5%
Résultats des comptes		278	-820	-1 738	-1 556	-2 081	33,7%
Capital		6	-2 306	-7 774	-9 330	-11 411	22,3%
Bénéficiaires de rentes AI ³	Personnes	164 329	235 529	289 834	298 684	295 278	-1,1%

PC à l'AI		1990	2000	2005	2006	2007	TM ¹
Dépenses (= recettes)	mio fr.	309	847	1 286	1 349	1 419	5,2%
	dont contrib. Confédération	69	182	288	291	306	5,2%
	dont contrib. cantons	241	665	999	1 058	1 113	5,2%
Bénéficiaires (personnes, av. 1997 cas)		30 695	61 817	92 001	96 281	97 915	1,7%

PP / 2^e pilier		1990	2000	2005	2006	2007	TM ¹
Recettes	mio fr.	32 882	46 051	50 731	53 734	...	5,9%
	dont contrib. salariés	7 704	10 294	13 004	13 488	...	3,7%
	dont contrib. empl.	13 156	15 548	19 094	19 908	...	4,3%
	dont produit du capital	10 977	16 552	14 745	15 081	...	2,3%
Dépenses		15 727	31 605	33 279	36 081	...	1,3%
	dont prestations sociales	8 737	20 236	25 357	26 895	...	6,1%
Capital		207 200	475 000	545 300	604 400	...	6,9%
Bénéficiaires de rentes	Bénéf.	508 000	748 124	871 282	896 026	...	2,8%

AMal Assurance obligatoire des soins		1990	2000	2005	2006	2007	TM ¹
Recettes	mio fr.	8 869	13 944	18 907	19 685	...	4,1%
	dont primes (à encaisser)	6 954	13 442	18 554	19 384	...	4,5%
Dépenses		8 417	14 056	18 375	18 737	...	2,0%
	dont prestations	8 204	15 478	20 383	20 653	...	1,3%
	dont participation aux frais	-801	-2 288	-2 998	-3 042	...	1,5%
Résultats des comptes		451	-113	532	948	...	78,3%
Capital		...	7 122	8 499	9 604	...	13,0%
Réduction de primes		332	2 545	3 202	3 309	...	3,3%

Modification des dépenses en pour-cent depuis 1980



AA tous les assureurs	1990	2000	2005	2006	2007	TM ¹
Recettes	4 181	5 993	7 297	7 674	...	5,2%
dont contrib. des assurés	3 341	4 671	5 842	6 009	...	2,9%
Dépenses	3 043	4 547	5 444	5 485	...	0,7%
dont prestations directes avec rench.	2 743	3 886	4 680	4 725	...	0,9%
Résultats des comptes	1 139	1 446	1 853	2 190	...	18,2%
Capital	11 195	27 483	35 884	38 335	...	7,7%

AC Source: SECO	1990	2000	2005	2006	2007	TM ¹	
Recettes	776	6 450	4 805	4 888	5 085	4,0%	
dont contrib. sal./empl.	648	6 184	4 346	4 487	4 668	4,0%	
dont subventions	-	225	449	390	402	3,1%	
Dépenses	492	3 514	6 683	5 942	5 064	-14,8%	
Résultats des comptes	284	2 935	-1 878	-1 054	22	-102,0%	
Capital	2 924	-3 157	-2 675	-3 729	-3 708	-0,6%	
Bénéficiaires ⁴	Total	58 503	207 074	322 640	299 282	261 341	-12,7%

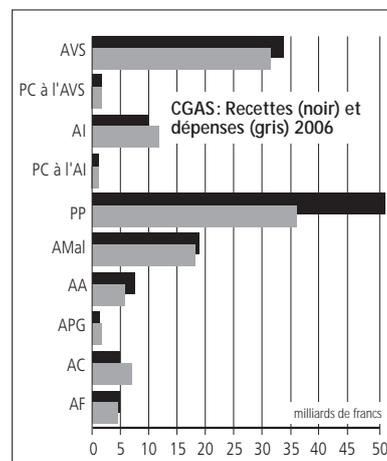
APG	1990	2000	2005	2006	2007	TM ¹
Recettes	1 060	872	1 024	999	939	-6,0%
dont cotisations	958	734	835	864	907	5,1%
Dépenses	885	680	842	1 321	1 336	1,2%
Résultats des comptes	175	192	182	-321	-397	23,6%
Capital	2 657	3 455	2 862	2 541	2 143	-15,6%

AF	1990	2000	2005	2006	2007	TM ¹
Recettes estimées	3 049	4 517	4 945	5 009	...	1,3%
dont agric. (Confédération)	112	139	125	120	...	-3,8%

Compte global des assurances sociales (CGAS*) 2006

Branches des assurances sociales	Recettes mio fr.	TM 2005/2006	Dépenses mio fr.	TM 2005/2006	Résultats des comptes mio fr.	Capital mio fr.
AVS (CGAS)	33 619	3,5%	31 682	1,1%	1 937	32 100
PC à l'AVS (CGAS)	1 731	2,1%	1 731	2,1%	-	-
AI (CGAS)	9 904	0,8%	11 460	-0,9%	-1 556	-9 330
PC à l'AI (CGAS)	1 349	4,9%	1 349	4,9%	-	-
PP (CGAS) (estimation)	53 734	5,9%	36 081	1,3%	17 652	604 400
AMal (CGAS)	19 685	4,1%	18 737	2,0%	948	9 604
AA (CGAS)	7 674	5,2%	5 485	0,7%	2 190	38 335
APG (CGAS)	929	3,6%	1 321	56,9%	-391	2 541
AC (CGAS)	4 888	1,7%	5 942	-11,1%	-1 054	-3 729
AF (CGAS) (estimation)	5 009	1,3%	4 980	2,0%	29	...
Total consolidé (CGAS)	137 914	4,4%	118 159	1,0%	19 755	673 920

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



Indicateurs d'ordre économique

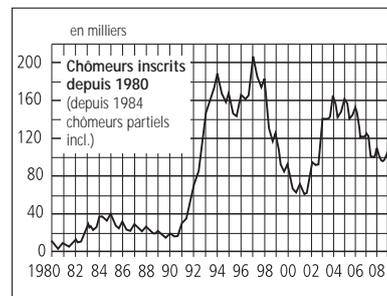
	2000	2002	2003	2004	2005	2006
Taux de la charge sociale ⁵ (indicateur selon CGAS)	26,1%	26,9%	27,2%	27,1%	27,4%	27,2%
Taux des prestations sociales ⁶ (indicateur selon CGAS)	19,6%	20,8%	21,8%	22,0%	22,2%	21,5%

Chômeurs(-ses)

	ø 2005	ø 2006	ø 2007	sept. 08	oct. 08	nov. 08
Chômeurs complets ou partiels	148 537	131 532	109 189	95 980	100 471	107 652

Démographie

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Rapport dépendance <20 ans ⁷	37,6%	33,5%	31,3%	32,1%	32,1%	31,7%
Rapport dépendance des personnes âgées ⁷	25,0%	28,0%	33,5%	42,6%	48,9%	50,9%



1 Taux de modification annuel le plus récent = TM.
 2 Y compris transfert de la part de la Confédération à la vente de l'or de la BNS (7038 millions de francs) en 2007.
 3 Valeur non comparable avec l'année précédente en raison de la RPT.
 4 Le nombre de chômeurs se trouve à la fin du tableau.
 5 Rapport en pour-cent des recettes des assurances sociales au produit intérieur brut.
 6 Rapport en pour-cent des prestations des assurances sociales au produit intérieur brut.

7 Rapport entre les personnes âgées de 0 à 19 ans et les personnes actives. Rapport entre les rentiers et les personnes actives. Personnes actives: de 20 ans jusqu'à l'âge de la retraite (H 65 / F 65).

Source: Statistique des assurances sociales suisses 2008 de l'OFAS; seco, OFS. Informations: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Chiffres repères dans la prévoyance professionnelle

MARIE-CLAUDE SOMMER, secteur Mathématiques, division Mathématiques, analyses et statistiques, Office fédéral des assurances sociales

Catégories en francs ou en pour-cent	2008		2009	
	Age de la retraite LPP: 65 (hommes nés en 1943) 64 (femmes nées en 1944) 65 (hommes nés en 1944) 64 (femmes nées en 1945)			
1. Rente de vieillesse annuelle de l'AVS				
minimale		13 260		13 680
maximale		26 520		27 360
2. Salaire annuel des actifs				
Seuil d'entrée; salaire minimal		19 890		20 520
Déduction de coordination		23 205		23 940
Salaire maximal formateur de rente LPP		79 560		82 080
Salaire coordonné minimal		3 315		3 420
Salaire coordonné maximal		56 355		58 140
3. Avoir de vieillesse (AV)				
Taux d'intérêt minimal LPP		2,75 %		2,0 %
AV min. à l'âge de la retraite LPP	15 277	15 808	15 845	16 560
en % du salaire coordonné	461 %	477 %	463,3 %	484,2 %
AV max. à l'âge de la retraite LPP	246 794	255 289	256 484	267 982
en % du salaire coordonné	438 %	453 %	441,1 %	460,9 %
4. Rentes annuelles de vieillesse et expectatives de survivants resp. du rentier et de la rentière				
Taux de conversion en rente à l'âge de la retraite LPP	7,05 %	7,10 %	7,05 %	7,00 %
Rente min. à l'âge de la retraite LPP	1 077	1 122	1 117	1 159
– en % du salaire coordonné	32,5 %	33,9 %	32,7 %	33,9 %
Rente min. expectative de veuve, de veuf	646	673	670	695
Rente min. expectative d'orphelin	215	224	223	232
Rente max. à l'âge de la retraite LPP	17 399	18 126	18 082	18 759
– en % du salaire coordonné	30,9 %	32,2 %	31,1 %	32,3 %
Rente max. expectative de veuve, de veuf	10 439	10 875	10 849	11 255
Rente max. expectative d'orphelin	3 480	3 625	3 616	3 752
5. Versement en espèces des prestations				
Montant-limite de l'AV pour le versement en espèces	18 800	18 600	19 400	19 500
6. Adaptation au renchérissement des rentes de risque LPP avant la retraite				
pour la première fois après une durée de 3 ans		3,0 %		4,5 %
après une durée supplémentaire de 2 ans		–		3,7 %
après une durée supplémentaire de 1 an		–		2,9 %
7. Cotisations au Fonds de garantie				
au titre de subsides pour structure d'âge défavorable		0,07 %		0,07 %
au titre de prestations pour insolvabilité et d'autres prestations		0,02 %		0,02 %
Limite du salaire maximale pour la garantie des prestations		119 340		123 120
8. Prévoyance professionnelle obligatoire des personnes au chômage				
Salaire journalier minimal		76,40		78,80
Déduction de coordination journalière		89,10		91,95
Salaire journalier maximal		305,55		315,20
Salaire journalier assuré (coordonné) minimal		12,75		13,15
Salaire journalier assuré (coordonné) maximal		216,40		223,25
9. Montants-limites non imposables du pilier 3a des actifs				
Montant-limite supérieur du pilier 3a, si affiliation au 2 ^e pilier		6 365		6 566
Montant-limite supérieur du pilier 3a, sans affiliation au 2 ^e pilier		31 824		32 832

Chiffres repères dans la prévoyance professionnelle

Les données annuelles dès 1985 sont disponibles sur le site Internet de l'OFAS
www.bsv.admin.ch/themen/vorsorge/00039/index.html?lang=fr

Breve explication des chiffres repères

	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 au salaire minimal annuel 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. Dès le 1.1.2005, le seuil d'entrée correspond aux $\frac{3}{4}$ de la rente AVS maximale, la déduction de coordination aux $\frac{7}{8}$, le salaire coordonné minimal au $\frac{1}{8}$ et le salaire coordonné maximal aux $\frac{17}{8}$ de la rente AVS maximale.	2 LPP 7 al. 1 et 2 LPP 8 al. 1 LPP 8 al. 2 LPP 46 LPP
3. L'avoir de vieillesse comprend les bonifications de vieillesse accumulées durant la période d'affiliation 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, de 2,5 % en 2005 à 2007, de 2,75 % en 2008, de 2 % dès 2009).	15 LPP 16 LPP 12 OPP2 13 al. 1 LPP 62a OPP2
4. 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 resp. maximale: droit aux prestations qu'a une personne assurée sans interruption depuis 1985, pour un salaire coordonné toujours minimal resp. toujours maximal. La rente de veuve resp. de veuf s'élève à 60 % et la rente d'enfant à 20 % de la rente de vieillesse. Les prestations risque sont calculées sur la base de l'avoir de vieillesse acquis et projeté jusqu'à l'âge de retraite.	14 LPP 62c OPP2 et dispo. transitoires let. a 18, 19, 21, 22 LPP 18, 20, 21, 22 LPP
5. 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 resp. inférieure à 6 % pour la rente de veuve et de veuf et à 2 % pour la rente d'orphelin. Dès 2005, l'assuré peut demander le quart de son avoir de vieillesse LPP sous forme de capital.	37 al. 3 LPP 37 al. 2 LPP
6. Les rentes de risque, à savoir les rentes de survivants et les rentes d'invalidité, sont obligatoirement adaptées au renchérissement jusqu'à 64 ans pour les femmes resp. 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 al.1 LPP
7. 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 (www.sfbvg.ch).	14, 18 OFG 15 OFG 16 OFG 56 al. 1c, 2 LPP
8. Dès le 1.1.1997, 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. 3 LPP 40a OACI
9. 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

Livres

Droit

Thomas Gächter, Thomas Geiser, Jacques-André Schneider: **LPP et LFLP**. Commentaire Stämp i, Edition 1, 2008, Editions Stämp i SA, Wöl istrasse 1, 3001 Berne. Tél. 031 300 66 66, www.staemp-iverlag.com, verlag@staemp-i.com, prix encore inconnu. ISBN: 978-3-7272-2545-1.

Loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité et loi fédérale du 17 décembre 1993 sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, loi sur le libre passage.

Vincent Brulhart: **Droit des assurances privées**. Série: Précis de droit Staemp i. Edition: 1. 2008, Editions Stämp i SA, Wöl istrasse 1, 3001 Berne. Tél. 031 300 66 66, www.staemp-iverlag.com, verlag@staemp-i.com. 520 p., env. 135 francs. ISBN: 978-3-7272-2354-9.

Les assurances privées sont souscrites au travers d'un contrat qui relève du droit privé, à savoir pour l'essentiel de la loi sur le contrat d'assurance (LCA) et du Code des obligations. Le présent précis examine le régime juridique des différentes assurances privées, en mettant l'accent sur les plus courantes (assurances de choses, assurances de la responsabilité civile, indemnités en cas de perte de gain, assurances vie, etc.); il fait certains liens avec le droit de la responsabilité et des assurances sociales. Les dommages dus aux forces de la nature sont désormais fréquents;

le système d'indemnisation suisse, qui relève à la fois du droit public et privé, fait l'objet d'un chapitre à part. Par ailleurs, l'ouvrage aborde certaines questions relatives à la surveillance étatique de l'activité des assureurs privés; il comprend un volet de droit international privé, un bref historique de l'assurance ainsi qu'une courte présentation du mécanisme de compensation des risques. Il se voudrait une introduction à celui qui débute dans ces matières et tend à proposer une piste de réflexion au praticien qui poursuit une recherche plus approfondie.

Gabriela Riemer-Kafka: **Expertises en médecine des assurances**. Edition 1, 2008, Editions Stämp i SA, Wöl istrasse 1, 3001 Berne. Tél. 031 300 66 66, www.staemp-iverlag.com, verlag@staemp-i.com. 64 p., env. 28 francs. ISBN: 978-3-7272-9654-3.

L'expertise en médecine des assurances est un moyen de preuve demandé, pour des questions litigieuses, par les assurances, les tribunaux ou les assurés eux-mêmes. Pour pouvoir prendre rapidement la décision qui convient, il faut que l'expertise soit de bonne qualité et convaincante. Il importe donc de définir les critères de forme et de contenu qu'elle doit remplir. Le présent guide se distingue par le fait que médecins et juristes ont traité ensemble les questions liées à la rédaction d'une expertise, afin de favoriser la compréhension réciproque et de jeter un pont entre deux disciplines ayant chacune sa propre manière de penser. Il traite des thèmes tels que la fonction et les modalités de l'expertise, la mission de l'expert, ainsi que

des notions essentielles, qui sont analysées sous leur double aspect juridique et médical. Ce guide est destiné avant tout aux médecins experts, ainsi qu'aux juges, avocats, juristes des assurances et collaborateurs spécialisés qui auront à les apprécier.

Egalité

Dominique Méda: **Le temps des femmes**. 2008, Editions Flammarion, 87, quai Panhard et Levassor, FR-75 647 Paris cedex 13. www.editions-flammarion.com. 7 euros. EAN: 9782081212985.

Il y a presque dix ans, Dominique Méda faisait le constat suivant: les femmes françaises travaillent de plus en plus, mais les institutions, les mentalités ne se sont pas encore adaptées à cette nouvelle réalité sociale. Qu'en est-il aujourd'hui? Le « temps des femmes » est-il en train d'advenir? Pour la sociologue, le constat est, hélas, préoccupant. Les inégalités professionnelles entre hommes et femmes ont cessé de se réduire, l'écart des salaires reste significatif (près de 25%), le temps partiel – qu'il soit choisi ou subi – concerne majoritairement les femmes, lesquelles, par ailleurs, accèdent toujours aussi peu aux postes de responsabilité. Pourquoi cette piètre performance de la France? Comment expliquer cette résistance à des changements que d'autres pays – nos voisins nordiques par exemple – ont menés avec succès? Que faire pour relancer une dynamique qui paraît d'autant plus grippée qu'elle ne relève pas de « l'urgence » sociale? Dominique Méda en appelle à une véritable révolution mentale: il faut inciter les hommes à s'impliquer davantage dans la prise en charge des enfants, déspecialiser les rôles – notamment pour les tâches ménagères –, et reconnaître que certaines activités, jugées peu productives comme tout ce qui touche au care, au soin d'autrui, sont une richesse pour notre pays. Cette révolution est à notre portée.

Sommaire 2008 de «Sécurité sociale» CHSS

Allocation pour pertes de gains / Maternité	N°/page	
Allocations pour pertes de gains en cas de maternité – premier aperçu	5/304	
Assurance-invalidité et questions liées au handicap		
Assurance-invalidité: dépister les fraudes	1/3	
Le projet pilote « Budget d'assistance » pour personnes handicapées est évalué	1/3	
Evaluation du projet pilote « Budget d'assistance »	1/50	
Prestations non conformes aux objectifs de l'assurance-invalidité	1/53	
Détection et intervention précoces par l'AI: une brochure destinée aux employeurs	2/74	
AI: baisse du nombre de nouvelles rentes et premiers effets de la 5 ^e révision.	2/74	
Assurance-invalidité: études sur les services médicaux régionaux et sur l'évolution de la jurisprudence. . .	2/74	
Protection des données dans la procédure d'instruction de l'AI: nouvelle base légale	2/122	
6 ^e révision de l'AI. Elaborer un message avant la n 2008 (motion 07.3840)	2/126	
Location de service et handicap: l'offre s'étoffe .	3/134	
La collaboration interinstitutionnelle prend un caractère plus contraignant	3/135	
Assurance-invalidité: appel à des projets pilotes favorisant la réadaptation	3/135	
Chances et risques de la procédure accélérée . . .	3/147	
Davantage collaborer, a n d'éviter l'effet carrousel: les premières expériences MAMAC sont prometteuses.	3/152	
Evaluation du placement dans l'assurance-invalidité	3/157	
Handicapés psychiques: quelle insertion sur le marché du travail?	3/162	
Simplification de la procédure et introduction de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral.	3/167	
Bénéfices de la BNS pour la création d'un fonds AI (motion 08.3174)	3/186	
Assurance-invalidité: succès du placement	4/195	
La gestion du handicap dans l'entreprise, une approche nouvelle en Suisse	4/228	
Ralentissement de la croissance des prestations complémentaires à l'AI.	4/233	
Mise en œuvre de la 5 ^e révision de l'AI au sein de l'administration fédérale (motion 08.3374)	4/246	
Acquisition d'appareils acoustiques. La concurrence remplace la gestion publique (interpellation 08.3385)	4/246	
La gestion du handicap est rentable.	5/254	
Personnes avec un handicap: davantage d'autonomie et de responsabilité personnelle. . .	5/254	
AI: les prochaines étapes de l'assainissement. . .	5/254	
La réforme de l'AI tient son cap	5/255	
Réduction des prix des appareils auditifs pour l'AI et les personnes malentendantes	5/255	
Statistique de l'AI 2008: moins de dépenses au titre des rentes	5/280	
Remboursement des frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance par les prestations complémentaires.	5/284	
Assurance-invalidité: effets de la jurisprudence et de la pratique des tribunaux	5/289	
AI: la lutte contre la fraude s'étend à l'étranger. .	6/322	
Réinsérer vaut mieux qu'exclure	6/383	
Commission consultative pour l'approbation des stratégies cantonales d'encouragement des personnes handicapées (interpellation 08.3304)	6/386	
AI: Dépenses excessives engendrées par les personnes affectées de troubles psychiques (question 08.1062).	6/387	
Appareils acoustiques. Renforcer la concurrence et introduire des forfaits (motion 08.3662)	6/388	
Assurance-maladie / Santé publique		
Enquête sur le coût des soins	1/57	
Pourquoi les coûts de la santé varient-ils tant selon les cantons?	1/60	
Carte d'assuré idoine (motion 07.3703)	1/65	
Journée nationale Aide et soins à domicile, le 3 mai 2008	2/75	
Les coûts des soins de longue durée vont plus que doubler d'ici à 2030 en Suisse	3/136	
Chiffres-clés des hôpitaux suisses: nouvelle publication dans les statistiques de l'assurance-maladie	3/174	
Réduction des primes: entre souhaits et contraintes financières	3/178	
Interdiction des téléphones portables pour les enfants (motion 08.3224)	3/184	
Médecine antivieillesse (postulat 08.3161) . .	3/185	
Loi sur la prévention: le Conseil fédéral ouvre la procédure de consultation.	4/196	
D'ici 2030, le manque de médecins pourrait compromettre les soins médicaux ambulatoires en Suisse.	4/196	
Statistique des coûts et des prestations	4/239	
La population suisse se sent en bonne santé. . . .	5/256	

Révision de la loi fédérale sur l'assurance-accidents.	5/308	Flexicurité : le point d'équilibre entre sécurité sociale et flexibilité du marché de l'emploi	3/135
Prévention et promotion de la santé		Egalité	
Prévention et promotion de la santé en Suisse ...	6/321	Les femmes sur le marché du travail en Suisse : temps partiel et retrait temporaire pour raisons familiales ..	1/4
Renforcer les compétences de tous dans le domaine de la santé	6/325	L'égalité progresse	6/324
Une nouvelle base légale pour la prévention et la promotion de la santé	6/326	Famille, Générations et Société	
Renforcer la prévention et la promotion de la santé : les arguments économiques	6/328	Tous différents – tous égaux : des jeunes de tout le pays ont monté 130 projets pour la diversité, les droits de l'homme et la participation	1/3
Prévention et promotion de la santé du point de vue des cantons	6/332	Coalition pour une politique suisse efficace de l'enfance et de la jeunesse	1/4
L'union fait la force	6/335	Pour la diversité vivante et l'égalité des chances ..	1/48
Les pilotes de la santé	6/338	Violence au sein de la famille. Protection des enfants et des jeunes (postulat 07.3725).....	1/67
Rôle du pharmacien dans la prévention	6/340	Prix Jeunesse (motion 07.3874)	2/126
Programme national alcool 2008-2012	6/343	Prévention de la violence chez les jeunes (motion 07.3894)	2/127
Programme national tabac 2008-2012	6/347	Améliorer la situation des familles monoparentales (postulat 07.3877)	3/181
Programme national alimentation et activité physique 2008-2012	6/351	Qualité et bonnes conditions d'embauche dans le domaine de l'accueil de jour (motion 08.3011)...	3/182
Prévention des maladies non transmissibles : l'exemple des maladies psychiques	6/354	Dégrèvement fiscal pour les frais de garde des enfants par des tiers (motion 08.3166).....	3/182
Campagne de prévention : des millions jetés par les fenêtres ?	6/357	Déduction fiscale pour la garde des enfants (interpellation 08.3210)	3/183
Assurance-vieillesse et survivants		Petite enfance et prévention centrée sur la famille (motion 08.3189)	3/187
Entrée en vigueur de la Convention de sécurité sociale entre la Suisse et l'Australie.	1/3	Directives pour l'application de la loi sur les allocations familiales	4/194
Résultat annuel de l'AVS positif; contribution modeste des placements.	2/74	Premier partenariat public-privé pour un programme national de protection de l'enfance ..	4/194
Les comptes 2007 de l'AVS, de l'AI et des APG ..	2/111	Première suisse et nombre de places d'accueil doublé dans le canton de Neuchâtel: projet de loi mis en consultation.	4/196
Les cotisations des personnes sans activité lucrative à l'AVS, à l'AI et aux APG	2/116	Violences conjugales: consultations pour les auteur(e)s – un rapport de la Confédération renseigne sur la situation	4/196
Réforme de la prévoyance vieillesse en Europe, quels modèles pour la Suisse ?	5/254	Familles – Education – Formation	4/243
Adaptation des rentes AVS/AI et des montants-limites dans la prévoyance professionnelle	5/255	Conditions d'autorisation régissant l'ouverture de crèches. Conséquences (interpellation 08.3395) ..	4/247
Les réformes des retraites dans les pays de l'OCDE: des exemples pour la Suisse ?	5/294	Possibilité pour les cantons d'introduire et de lancer un congé-paternité par le régime des APG (initiative parlementaire 08.430)	4/247
Plus de deux millions de bénéficiaires de rentes AVS en janvier 2008.	5/299	Rapport sur la politique suisse de l'enfance et de la jeunesse.	5/254
Nouveau numéro AVS: l'introduction se passe bien.	6/322	Conférence des ministres de la jeunesse à Kiev ..	5/254
L'AVS à 60 ans – l'importance de cette assurance sociale	6/370	Les contacts entre les générations sont vivement débattus, alors qu'ils sont quasi inexistantes	5/256
L'AVS à 60 ans – l'évolution de cette assurance sociale	6/374	Entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale sur les allocations familiales	6/322
L'AVS à 60 ans – l'avenir de cette assurance sociale	6/379	Encouragement précoce: la Suède pour modèle ?	6/324
Chômage / Marché du travail			
Les femmes sur le marché du travail en Suisse : temps partiel et retrait temporaire pour raisons familiales ..	1/4		
Flexicurité : importance pour la Suisse	1/39		
Travail au noir (motion 07.3885)	2/127		

Nouvelle loi sur les allocations familiales		
Allocations familiales: la nouvelle loi entre en vigueur sous peu	2/73	
Allocations familiales : la nouvelle donne	2/76	
Allocations familiales : dès l'an prochain, les mêmes règles s'appliqueront dans toute la Suisse	2/77	
Adaptation des législations cantonales à la nouvelle loi fédérale	2/83	
Loi fédérale sur les allocations familiales dans l'agriculture (LFA)	2/87	
Un enfant, une allocation	2/91	
Statistique sur les allocations familiales	2/94	
Mise en œuvre de la loi sur les allocations familiales: le point de vue des caisses cantonales de compensation	2/96	
LAfam: l'avis des caisses de compensation professionnelles	2/98	
Adapter la loi vaudoise sur les allocations familiales à la LAfam	2/100	
LAfam: le point de vue des employeurs	2/103	
LAfam: l'avis des salariés	2/105	
Politique suisse de l'enfance et de la jeunesse		
Actualisation de la politique suisse de l'enfance et de la jeunesse	5/253	
Politique de l'enfance et de la jeunesse : quelle ligne suit la Confédération ?	5/257	
Stratégie pour une politique suisse de l'enfance et de la jeunesse	5/258	
Tout vient à point pour qui sait attendre – vraiment ?	5/262	
Une première évaluation par la Commission fédérale pour l'Enfance et la jeunesse	5/266	
Stratégie nationale en matière de politique de l'enfance et de la jeunesse : les connaissances sont trop peu mises en pratique	5/270	
Une première pierre à l'édifice – des mesures pratiques doivent suivre !	5/272	
Il en faut plus pour que la politique de l'enfance et de la jeunesse devienne efficace !	5/277	
International		
Entrée en vigueur de la Convention de sécurité sociale entre la Suisse et l'Australie	1/3	
Océanie: une sécurité sociale aux antipodes du système suisse	4/236	
Conférence des ministres de la jeunesse à Kiev	5/254	
Pauvreté		
Coordination intersystémique du minimum vital (question 07.1096)	1/65	
Taux de pauvreté en 2006: au même niveau qu'en 2000	2/75	
Situations de vie et précarité	2/107	
La situation économique des retraités se rapproche de celle des actifs, le risque de pauvreté se déplace	3/135	
Personnel		
Rolf Camenzind nommé chef de la communication à l'OFAS	1/3	
Michel Valterio prend sa retraite	6/323	
Politique sociale		
Flexicurité : importance pour la Suisse	1/39	
Jeunes femmes à l'aide sociale	1/44	
Situations de vie et précarité	2/107	
La situation économique des actifs et des retraités	3/133	
La situation économique des retraités se rapproche de celle des actifs, le risque de pauvreté se déplace	3/135	
Flexicurité: le point d'équilibre entre sécurité sociale et flexibilité du marché de l'emploi	3/135	
Le taux d'aide sociale s'est stabilisé	3/136	
La situation économique des retraités: nouvelles données, nouvelles priorités	3/137	
L'Europe en point de mire	3/142	
Aide sociale 2007: moins de cas, durée d'assistance plus longue	4/196	
Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (interpellation 08.3358)	4/246	
Réforme de la prévoyance vieillesse en Europe, quels modèles pour la Suisse ?	5/254	
Les réformes des retraites dans les pays de l'OCDE: des exemples pour la Suisse ?	5/294	
Approche économique des questions sociales		
Les questions sociales sont aussi des questions économiques	4/193	
Politique sociale : les économistes s'invitent au débat	4/197	
Les vertus d'une approche économique des questions sociales	4/198	
Le principe du pollueur payeur en politique sociale: perspectives et applications	4/201	
Sens et non-sens de l'épargne forcée	4/207	
Bons de garde: chances et limites du placement des personnes	4/212	
Le revenu de participation: un instrument efficace de lutte contre la pauvreté ?	4/218	
Prestations sociales nettes: un mode de calcul lourd de conséquences	4/223	
Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (PC)		
Ralentissement de la croissance des prestations complémentaires à l'AI	4/233	
Prestations complémentaires pour les familles à bas revenu	5/256	

Prévoyance professionnelle

Prévoyance professionnelle: situation financière des institutions de prévoyance en 2006	1/3
Financement des institutions de prévoyance de droit public: résultats de la consultation	2/74
Rapport sur la prévoyance professionnelle des travailleurs atypiques	3/134
Prévoyance professionnelle: amélioration pour les travailleurs atypiques	4/195
Financement des institutions de prévoyance de corporations de droit public: message du Conseil fédéral	5/255
Prévoyance professionnelle: adaptation des dispositions sur les placements	5/255
Adaptation des rentes AVS/AI et des montants-limites dans la prévoyance professionnelle	5/255
Prévoyance professionnelle: taux d'intérêt minimal abaissé à 2%	6/322
Adaptation à l'évolution des prix au 1 ^{er} janvier 2009 des rentes de survivants et d'invalidité de la prévoyance professionnelle	6/322
Les réserves pour fluctuations de valeurs avant la mise à l'épreuve	6/324
Stratégie de durabilité pour les caisses de pension (motion 08.3723)	6/388
Chiffres repères dans la prévoyance professionnelle	6/394

Sécurité sociale / assurances sociales

Réforme du droit des assurances sociales: état des lieux après la session d'hiver de 2007	1/2
Droit des assurances sociales: réformes en cours. Situation après la session de printemps 2008	3/134
Droit des assurances sociales: réformes en cours. Situation après la session d'été 2008	4/194
Assurances sociales: le rapport annuel fait peau neuve	4/195
Assurances sociales: modifications et réformes en cours	6/360
Résultats de la statistique des assurances sociales suisses 2008	6/366

Varia

2,0% de renchérissement à la fin 2007	1/4
Annuaire statistique de la Suisse 2008	2/75
Progression des salaires nominaux de 1,6%: la plus forte hausse depuis cinq ans	3/136
Projets électroniques du DFI	3/136
Le renchérissement annuel atteint 2,3%	3/136
La légère progression des naissances se confirme	4/196
La durée de la formation continue de s'allonger dans les pays de l'OCDE	5/256
Adaptation des rentes de l'assurance militaire	6/324

Les rentes de l'assurance-accidents obligatoire seront adaptées au renchérissement. 6/324

Vieillesse / travailleurs âgés

Création d'un organe indépendant de recours pour les personnes âgées (UBA)	1/4
Politique du troisième âge. Enquête sur les personnes se trouvant dans la seconde moitié de leur vie (motion 08.3615)	6/389

Politique de la vieillesse en Suisse

Quelle politique de la vieillesse dans une société pour tous les âges?	1/1
Un grand chantier, l'insertion sociale des personnes âgées	1/5
Autonomie, participation, qualité de vie – des objectifs qui valent aussi pour la politique de la vieillesse	1/6
Madrid, Berlin, León: la rhétorique onusienne au secours des Etats?	1/10
Une société pour tous les âges	1/12
La chance d'une image nouvelle et positive de la vieillesse	1/14
La prévention chez les personnes âgées	1/16
Proposer son soutien et être reconnu	1/21
Promouvoir la solidarité	1/23
Les seniors et la société de l'information: réduire la fracture numérique	1/25
De nouveaux modèles d'habitat pour une société vieillissante?	1/30
La politique suisse de la vieillesse vue par le Conseil suisse des aînés	1/34

Rubriques

Interventions parlementaires	1/65, 2/126, 3/181, 4/246, 5/313, 6/386
Législation: les projets du Conseil fédéral	1/68, 2/128, 3/188, 4/248, 5/316, 6/390
Calendrier (Réunion, cours, congrès)	1/69, 2/129, 3/189, 4/249 ; 5/317, 6/391
Statistiques des assurances sociales	1/70, 2/130, 3/190, 4/250 ; 5/318, 6/392
Livres	
– Démographie	
– Droit	1/72, 3/192, 4/252, 6/396
– Egalité	1/72 ; 5/320, 6/396
– Enfance /Jeunesse	2/132
– Généralités	1/72, 5/320
– Handicap	1/72, 2/132, 6/396
– Marché du travail	
– Politique sociale	3/192, 4/252 ; 5/320
– Santé publique	2/132, 4/252
– Vieillesse	3/192



Nouvelles publications

	Source N° de commande Langues, prix
Rapport d'activité 2007, Surveillance Prévoyance professionnelle (ABV)	f ¹ gratuit
Statistiques de la sécurité sociale. Statistique de l'AI 2008	318.124.08 d/f ² 13 francs

¹ Office fédéral des assurances sociales, Efingerstrasse 20, 3003 Berne, www.ofas.admin.ch

² OFCL, Diffusion publications. 3003 Berne. Fax 031 325 50 58. Mél. verkauf.zivil@bbl.admin.ch;
Internet : www.bbl.admin.ch/bundespublikationen/f

Sécurité sociale (CHSS)

La revue, lancée en 1993, paraît 6 fois par an. Chaque numéro contient un dossier sur un thème d'actualité. Les dossiers publiés dès 2006 :

- N° 1/06 Prévoyance professionnelle – quo vadis?
- N° 2/06 La 11^e révision de l'AVS^{bis}
- N° 3/06 Accueil extrafamilial des enfants: programme d'impulsion
- N° 4/06 LAMal – dix ans après
- N° 5/06 Quand les autorités interviennent dans la vie familiale
- N° 6/06 Le placement d'enfants en Suisse
- N° 1/07 Sécurité sociale et marché du travail
- N° 2/07 Assurances sociales et solidarité
- N° 3/07 Plan directeur de recherche 2008-2011 «Sécurité sociale»
- N° 4/07 Droits de l'enfant
- N° 5/07 Nouvelle péréquation financière
- N° 6/07 Application de la 5^e révision de l'AI
- N° 1/08 Politique de la vieillesse en Suisse
- N° 2/08 Nouvelle loi sur les allocations familiales
- N° 3/08 Pas de dossier
- N° 4/08 Approche économique des questions sociales
- N° 5/08 Politique suisse de l'enfance et de la jeunesse
- N° 6/08 Prévention et promotion de la santé

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, fax 031 322 78 41, mél. info@bsv.admin.ch**

Impressum

Editeur	Office fédéral des assurances sociales (OFAS)	Traduction	Service linguistique de l'OFAS
Rédaction	Rosmarie Marolf Mél. rosmarie.marolf@bsv.admin.ch Téléphone 031 322 91 43 Sabrina Gasser, administration Mél. sabrina.gasser@bsv.admin.ch Téléphone 031 325 93 13 La rédaction ne partage pas forcément les opinions des auteurs extérieurs à l'OFAS.	Copyright	Reproduction autorisée avec l'accord de la rédaction
Commission de rédaction	Adelaide Bigovic-Balzardi, Susanna Bühler, Bernadette Deplazes, Stefan Müller, Andrea Nagel	Tirage	Version allemande: 5100 ex. Version française: 1800 ex.
Abonnements et informations	OFCL 3003 Berne Téléfax 031 325 50 58 www.ofas.admin.ch Mél. verkauf.zivil@bbl.admin.ch	Prix	Abonnement annuel (6 numéros) Suisse: 53 francs (TVA incluse) Etranger: 58 francs Prix du numéro: 9 francs
		Diffusion	OFCL, Diffusion publications 3003 Berne
		Impression	Cavelti AG, Druck und Media Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2689 318.998.6/08f