

Assurances sociales au Parlement

Dossier préparé par: Sandra Spagnol, collaboratrice juridique à l'ARTIAS

Septembre 2010

Avertissement: Le contenu des «dossiers du mois» de l'ARTIAS n'engage que leurs auteur-es

RESUME

Cinq assurances sociales sont en cours de révision au niveau fédéral: l'assurance-chômage, l'assurance-invalidité, l'assurance-maladie, l'assurance-accident, et l'AVS. Ces cinq révisions ont en commun l'objectif d'assainissement financier.

Mises bout à bout, ces cinq révisions offrent un panorama saisissant des transferts de coûts prévisibles, sur les personnes, et sur les finances cantonales et communales. Mais elles laissent également apparaître les diminutions de prestations envisagées.

RIASSUNTO

Cinque assicurazioni sociali sono in fase di revisione a livello federale: l'assicurazione contro la disoccupazione, l'assicurazione per l'invalidità, l'assicurazione malattia, l'assicurazione infortuni e l'AVS. Queste cinque revisioni hanno in comune l'obiettivo di risanamento finanziario.

Offrono un panorama impressionante dei trasferimenti di costi prevedibili, sulle persone e sulle finanze cantonali e comunali. Ma lasciano anche apparire le diminuzioni di prestazioni previste.

Assurance-vieillesse et survivants **11^e révision – 2^e mouture**

Contexte

Le 1^{er} projet de 11^e révision de l'AVS a été en votation populaire le 16 mai 2004 par environ 2/3 tiers des électrices et électeurs ainsi que par tous les cantons.

Le Conseil fédéral a présenté une 2^e mouture – plus modeste que la première! -, qui est divisée en deux messages, dont l'un concerne les mesures relatives aux prestations, actuellement en discussion devant le Parlement.

Situation actuelle

Déjà deux navettes entre les deux Chambres fédérales, et des divergences importantes subsistent, en particulier s'agissant de la retraite anticipée.

État actuel des délibérations après le plénum de juin dernier au Conseil des États:

- **Elévation de l'âge légal de la retraite des femmes à 65 ans.** Les économies escomptées sont de 800 millions de francs environ par année.
- En contrepartie, 400 millions de francs – sur les 800 millions de francs économisés – seraient alloués à **favoriser la retraite anticipée.** Ainsi, il est prévu de concentrer l'aide débloquée sur les revenus compris entre 41'000 et 61'500 francs/an. Entre ces deux limites, la réduction appliquée par année d'anticipation évoluerait progressivement entre 1,7% et 6,8% de la rente. Au-delà de 61'500 francs de revenu annuel, la réduction actuarielle actuelle de 6,8% serait pleinement appliquée. Quant aux rentes versées sur les revenus inférieurs à 41'000 francs annuels, elles continueraient à être complétées par les prestations complémentaires, mais évidemment de manière plus importante. Cette solution ne serait appliquée que durant dix ans. Ensuite, c'est la réduction actuarielle usuelle qui retrouverait application. Il faut noter que le Conseil national est, lui, favorable à la retraite anticipée, mais sans compensation financière.
- **Suppression de l'adaptation périodique des rentes au renchérissement.** L'adaptation des rentes à l'évolution des salaires et des prix sera désormais fonction du niveau du Fonds de compensation de l'AVS. Elle continuera d'avoir lieu tous les deux ans si le taux de couverture du Fonds est supérieur à 70%. A défaut, les rentes ne seraient adaptées qu'au moment où le renchérissement survenu depuis la dernière adaptation aurait atteint 4 pourcents; voire même, si le niveau du Fonds devait tomber en dessous de 45%, l'adaptation des rentes serait suspendue.

A fin juin dernier, la CSSS-N s'est ralliée au projet du Conseil des Etats, mais de justesse (9 voix contre 8 et 8 abstentions). Les partis de droite ne veulent pas allouer 400 millions de francs à la retraite anticipée, et les partis de gauche ont brandi la menace du référendum.

Assurance-invalidité 6^e révision – révision 6b

Le Conseil fédéral propose d'assainir l'AI en trois étapes.

1^{re} étape

La 1^{re} étape a débuté avec la 5^e révision, entrée en vigueur en 2008, et qui doit entraîner sur le long terme une réduction des dépenses d'environ 500 millions de francs, selon le Conseil fédéral.

Dans le même temps, la 5^e révision a introduit une nouvelle philosophie: «*La réadaptation prime la rente*», qui se concrétise par une détection précoce d'abord, puis, le cas échéant, par une intervention précoce. Cette philosophie se poursuit, voire est renforcée dans la 6^e révision, avec une inscription ad hoc dans la loi.

2^e étape

Le Parlement a accepté un plan de financement additionnel qui prévoit notamment un relèvement temporaire du taux de TVA (du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2017). Cette mesure – acceptée par le peuple et les cantons en septembre 2009 – devrait rapporter, selon le message du Conseil fédéral, des recettes supplémentaires d'un montant d'environ 1,1 milliard de francs par an. Elle constitue la 2^e étape du plan d'assainissement.

3^e étape

Toutefois, à partir de 2018, à l'échéance de la période de financement additionnel, le déficit annuel avoisinera à nouveau 900 millions de francs par an. D'où la 6^e révision, qui constitue la 3^e et dernière étape du plan d'assainissement de l'AI.

Cette révision est prévue en deux temps. Selon le message du Conseil fédéral, le premier volet de mesures (révision 6a), permettra de réduire de moitié le déficit attendu pour 2018. Quant au second volet (révision 6b) -actuellement en consultation- il vise un assainissement durable de l'assurance, à savoir, d'une part, un équilibre des comptes et, d'autre part, un désendettement.

Le Conseil fédéral estime que, compte tenu des investissements dans la réadaptation, ces mesures permettront d'améliorer le résultat des comptes d'environ 600 millions de francs pour l'année 2018. De 2019 à 2028, les comptes de l'AI seront allégés d'environ 800 millions de francs par an.

Principales mesures de la révision 6b

→ **Introduction d'un système de rentes linéaires en vue de favoriser la réadaptation et de supprimer les effets de seuil:** selon le Conseil fédéral, l'échelonnement actuel des rentes (quart de rente, demi-rente, trois quarts de rente et rente entière) fait qu'en cas de succès de la réadaptation, il est fréquent que la

réduction de la rente soit plus importante que l'augmentation du revenu du travail, de sorte que, au final, l'assuré-e dispose de moins d'argent.

Pour les nouvelles rentes, le Conseil fédéral propose ainsi la mise en place d'un système de rentes linéaires afin d'encourager les assuré-e-s à reprendre un emploi ou augmenter leur taux d'activité. Ainsi, à chaque taux d'invalidité correspondra un niveau de rente spécifique, ce qui supprimera les effets de seuil.

Le nouvel échelonnement des rentes prévoit que:

Point de départ: taux d'invalidité de 40% = droit à une rente de 25%. La rente augmente ensuite de 1,25 point pour chaque point supplémentaire de taux d'invalidité. Exemples:

⇒ Taux d'invalidité de 56%, la quotité de la rente est de 45% (25% + [16 x 1,25%]);

⇒ Taux d'invalidité de 76%, la quotité est de 70% (25 % + [36 x 1,25 %]).

Quotité de la rente dans le système actuel et le nouveau:

Taux d'invalidité en %	Quotité de la rente, en %		Taux d'invalidité en %	Quotité de la rente, en %		Taux d'invalidité en %	Quotité de la rente, en %		
	actuel	nouveau		actuel	nouveau		actuel	nouveau, sans revenu	nouveau, avec revenu
40	25.00	25.00	60	75.00	50.00	80	100.0	100.00	75.00*
41	25.00	26.25	61	75.00	51.25	81	100.0	100.00	76.25*
42	25.00	27.50	62	75.00	52.50	82	100.0	100.00	77.50*
43	25.00	28.75	63	75.00	53.75	83	100.0	100.00	78.75*
44	25.00	30.00	64	75.00	55.00	84	100.0	100.00	80.00*
45	25.00	31.25	65	75.00	56.25	85	100.0	100.00	81.25*
46	25.00	32.50	66	75.00	57.50	86	100.0	100.00	82.50*
47	25.00	33.75	67	75.00	58.75	87	100.0	100.00	83.75*
48	25.00	35.00	68	75.00	60.00	88	100.0	100.00	85.00*
49	25.00	36.25	69	75.00	61.25	89	100.0	100.00	86.25*
50	50.00	37.50	70	100.0	62.50	90	100.0	100.00	87.50*
51	50.00	38.75	71	100.0	63.75	91	100.0	100.00	88.75*
52	50.00	40.00	72	100.0	65.00	92	100.0	100.00	90.00*
53	50.00	41.25	73	100.0	66.25	93	100.0	100.00	91.25*
54	50.00	42.50	74	100.0	67.50	94	100.0	100.00	92.50*
55	50.00	43.75	75	100.0	68.75	95	100.0	100.00	93.75*
56	50.00	45.00	76	100.0	70.00	96	100.0	100.00	95.00*
57	50.00	46.25	77	100.0	71.25	97	100.0	100.00	96.25*
58	50.00	47.50	78	100.0	72.50	98	100.0	100.00	97.50*
59	50.00	48.75	79	100.0	73.75	99	100.0	100.00	98.75*
						100	100.0	100.00	100.00

Le tableau ci-dessus – tiré du rapport du Conseil fédéral – montre que, comparativement au système actuel:

- 5% des rentes seront plus élevées: pour un taux d'invalidité inférieur à 50%;
- 50% des rentes resteront au même niveau: rentes entières pour un taux d'invalidité de 100% et pour un taux compris entre 80 et 99% lorsqu'aucun revenu effectif n'est perçu;
- 39% des rentes seront plus basses: pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 79%.

Au surplus, la rente entière ne sera octroyée qu'à partir d'un taux d'invalidité de 80% (70% aujourd'hui).

Enfin, la révision prévoit une garantie des droits acquis pour les bénéficiaires de rentes de 55 ans et plus.

Adaptation des rentes en cours:

Les rentes en cours qui correspondent à un taux d'invalidité d'au moins 50% - soit, pour l'essentiel, celles qui accuseront une baisse selon la révision prévue! – seront adaptées dans les trois ans après l'entrée en vigueur de la modification de la LAI. Sur les quelque 300'000 rentes en question, moins d'un quart seraient concernées (67'000).

Economie annuelle: env. 400 millions de francs entre 2019 et 2028.

→ **Renforcement de la réadaptation, surtout pour les personnes souffrant de maladies psychiques**, qui représentent la frange la plus importante - 40% des bénéficiaires de l'AI.

Motif invoqué: malgré le net recul du nombre de nouvelles rentes enregistré grâce aux 4e et 5e révisions de l'AI (- 49% depuis 2003), les personnes handicapées psychiques restent les principales bénéficiaires d'une rente de l'AI (40%). Le nombre de cas relevant du code 646 (qui rassemble différentes affections, parfois concomitantes, comme les troubles dépressifs et affectifs, les troubles de la personnalité et les troubles somatoformes douloureux) a décuplé entre 1986 et 2006, pour atteindre les 50'000. Or, jusqu'ici, peu de mesures de réinsertion ont été prises, en raison principalement de l'absence de moyens spécifiques à ce type d'assuré-e.

Outre le renforcement de la réadaptation, l'objectif avoué est aussi d'étendre le versement de rentes partielles, les personnes souffrant de troubles psychiques bénéficiant dans leur grande majorité de rentes entières.

Enfin, le projet prévoit un changement majeur dans le droit à la rente: dans l'optique de favoriser la réadaptation, l'assuré-e n'aura droit à une rente AI que si,

outre les conditions déjà existantes, son aptitude à la réadaptation ne peut plus être améliorée et qu'aucune mesure d'intervention précoce ou de réadaptation n'est mise en œuvre (art. 28a bis P-LAI).

→ **Prévention et maintien sur le marché du travail: améliorer l'implication des employeurs.**

Les offices AI se voient confier la mission de soutenir à titre préventif les employeurs qui en expriment le besoin (art. 57 al. 1 P-LAI). L'instrument appelé «*Conseils et suivi axés sur la réadaptation*» (art. 7c bis P-LAI) permettra de fournir des prestations à la demande d'un employeur sans qu'une détection précoce ou l'ouverture d'une procédure AI ne soient aussitôt nécessaires.

En contrepartie, l'employeur sera prié, pendant l'exécution des mesures (conseils et suivi, intervention précoce et autres mesures de réadaptation en entreprise), de ne pas licencier l'employé-e concerné-e sans consultation préalable de l'AI (art. 7c al. 2 P-LAI).

L'idée sous-jacente est d'éviter autant que faire se peut, grâce à une intervention précoce, l'ouverture d'une demande AI.

Economie annuelle attendue de ces deux mesures: env. 100 millions de francs.

→ **Réduction de la rente pour enfants:** le projet prévoit de réduire le montant de la rente de 40% à 30% de la rente invalidité.

Motif invoqué: il s'agit d'adapter le montant de la rente au pourcentage effectif des frais supplémentaires engendrés par les enfants, selon les normes OCDE et CSIAS.

Economie annuelle: env. 200 millions de francs.

→ **Mécanisme d'intervention pour garantir l'équilibre financier à long terme:** comme pour l'AVS, le Conseil fédéral propose d'introduire un mécanisme d'intervention dans la loi. Deux variantes sont mises en discussion. Elles ont en commun que le mécanisme s'enclenchera dès que le niveau du Fonds AI tombera sous le seuil de 40% des dépenses annuelles de l'assurance. Dans ce cas, le Conseil fédéral devra soumettre au Parlement des modifications législatives afin que ce dernier puisse adopter les mesures qui lui paraissent nécessaires.

Dans la 1^{re} variante, le Conseil fédéral sera autorisé, durant ce laps de temps, à augmenter les cotisations de 0,2% au maximum. Dans la seconde, le Conseil fédéral ne relèvera pas le taux, sauf si, à la fin de l'année comptable, le niveau des avoirs du Fonds AI devait tomber en-deçà de 30%. Dans ce cas, il relèvera les cotisations de 0,3% et, simultanément, les rentes seront réduites de 5%.

Modifications dans la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)

Le projet prévoit que tout assureur sera autorisé à suspendre l'octroi de prestations s'il soupçonne que les prestations sont indûment perçues ou lorsqu'il présume que leur restitution risque d'être impossible (art. 52a P-LPGA).

Conséquences attendues, selon le Conseil fédéral

→ Pour les cantons et les communes:

En raison de la diminution des rentes pour les personnes d'une partie des bénéficiaires, il faut s'attendre à une hausse des prestations complémentaires. En 2009, 37% des bénéficiaires de rentes AI, soit 104'000 personnes, ont reçu des PC pour un total de 1,7 milliard de francs.

La hausse prévisible pour les cantons est de l'ordre de 30 millions de francs par an en moyenne, entre 2019 et 2028.

→ Pour la Prévoyance professionnelle:

Pour que le système de rentes linéaires AI puisse déployer ses effets, un système linéaire sera aussi mis en place pour les nouvelles rentes du 2^e pilier.

Assurance-chômage (LACI) 4^e révision

Situation actuelle

Loi adoptée le 19 mars 2010 par le Conseil National et le Conseil des Etats.

Un référendum a été lancé. Il a abouti, et la votation populaire aura lieu le 26 septembre prochain.

But de la révision

Restaurer l'équilibre financier et amortir les dettes cumulées, considérant que le système de financement de l'assurance-chômage a été basé sur un taux de chômage moyen trop bas.

Pour l'essentiel, la révision de la LACI prévoit un compromis entre une réduction de dépenses s'élevant à 622 millions de francs et une hausse des recettes se montant à 646 millions de francs.

Au niveau des recettes

- **Le taux de cotisations passera de 2% à 2,2% du salaire annuel déterminant jusqu'à une limite de 126'000 francs.**
- Dans le but d'amortir les dettes cumulées par la LACI, introduction temporaire – jusqu'à ce que les dettes soient amorties - d'une **cotisation de solidarité** de 1% sur le salaire non assuré, soit les tranches comprises entre 126'000 francs et 315'000 francs.

Motif invoqué: la LACI impose au Conseil fédéral de prendre des mesures dès lors que les dettes de l'assurance-chômage atteignent 2,5% de la somme des salaires soumis à cotisation. Cette limite a été atteinte en avril 2010. Si la révision devait être refusée en votation populaire le 26 septembre prochain, le Conseil fédéral a d'ores et déjà annoncé qu'il serait nécessaire d'augmenter le taux de cotisations à 2,5%.

Au niveau des économies

- **Introduction d'un lien entre les périodes de cotisations et d'indemnisation.**

Un an de cotisations garantira un an d'indemnités journalières - au lieu d'un an et demi.

Une personne qui paie des cotisations pendant un an et demi est assurée pendant un an et demi.

Les assuré-e-s de plus de 55 ans, ainsi que les personnes au bénéfice d'une rente AI devront payer des cotisations durant deux ans - 18 mois de cotisations actuellement - afin de prétendre à une indemnité sur deux ans.

La durée d'indemnisation des personnes libérées de l'obligation de cotiser (cf. art. 14 LACI: personnes qui n'ont pas payé de cotisations mais qui sont tout de même assurées, notamment les personnes en formation, maladie, accident) sera réduite et passera de 12 à 4 mois.

Economie de 189 millions de francs par année.

→ **Limitation de la durée d'indemnisation à 200 indemnités journalières pour les jeunes de moins de 25 ans sans obligation d'entretien.**

Motif invoqué: les jeunes sont en règle générale réinsérés sur le marché du travail dans les six mois - soit nettement plus rapidement que tous les autres groupes d'âge.

Economie: 46 millions de francs par année

→ **Les programmes d'emploi temporaire financés par les collectivités publiques ne pourront plus être utilisés à des fins d'acquisition de nouvelles périodes de cotisation.**

Motif invoqué: en principe, le droit à l'indemnité de chômage ne doit résulter que de l'exercice d'une activité salariée normale.

Economie: 90 millions de francs par année

→ **Gain intermédiaire: les indemnités compensatoires ne serviront plus au calcul de l'indemnité.**

Lorsqu'une personne au chômage accepte un emploi dont le revenu (gain intermédiaire) est inférieur à l'indemnité de chômage, l'assurance-chômage complète le gain intermédiaire par des indemnités compensatoires durant 12 mois et relève ainsi le revenu. Ces indemnités compensatoires sont actuellement considérées comme un salaire et prises en compte lors du futur calcul de l'indemnité. Tel ne sera plus le cas.

Motif invoqué: la disposition actuelle va à l'encontre du principe d'assurance voulant que, en règle générale, seules les prestations soumises à cotisations soient assurées. Pour cette raison, les indemnités compensatoires ne serviront plus, par la suite, au calcul de l'indemnité. Mais elles continueront de permettre en revanche l'acquisition d'un revenu plus élevé, ainsi que l'acquisition de nouvelles périodes de cotisations.

Economie: 79 millions de francs par année

- **Délai d'attente de 120 jours** pour toutes les personnes au terme de leur scolarité obligatoire et celles venant d'obtenir un diplôme de fin d'études.

Economie: 75 millions de francs par année

- **Délai d'attente supplémentaire pour les personnes sans obligation d'entretien.**

Le délai d'attente (5 jours actuellement) sera prolongé à 10, 15 ou 20 jours en fonction du gain assuré.

Motif invoqué: selon la situation financière et familiale des personnes qui tombent au chômage, on peut raisonnablement attendre d'elles qu'elles assument financièrement le premier mois de leur chômage.

Economie: 43 millions de francs par année

- **Suppression des indemnités journalières dites de crise** pour les régions ayant un taux de chômage élevé (120 indemnités journalières supplémentaires).

Motif invoqué: cette prolongation de la durée d'indemnisation n'a guère eu d'effets positifs par le passé sur la réinsertion des demandeurs d'emploi. Elle permet certes de différer les arrivées en fin de droits, mais rarement de les empêcher.

Economie: 30 millions de francs par année

Etude de la CDAS (conférence des chef-fes de département des affaires sociales) quant aux conséquences de la révision de la LACI sur les cantons et les communes (L'étude a pris comme hypothèse de travail le taux de chômage de l'année 2007).

L'étude montre que les mesures adoptées par les Chambres fédérales engendrent trois types de conséquences qui, parfois, se combinent:

- réduction de la durée de perception;
- réduction du montant des indemnités journalières;
- report direct des coûts sur les cantons et les communes.

En d'autres termes, l'analyse établie par la CDAS montre que:

- Pour les cantons et les communes, il y a lieu de s'attendre à des charges supplémentaires notables, l'essentiel de celles-ci prenant la forme d'une hausse des coûts de l'aide sociale. Ainsi, la charge supplémentaire au titre de l'aide sociale est estimée à long terme et au bas mot à une hausse comprise entre 4 et 5% de la totalité de ses coûts annuels. En chiffres absolus, la révision de la LACI entraînera

des coûts pour les cantons et les communes oscillant entre 127 et 155 millions de francs selon l'analyse révisée.

- Une partie des économies réalisées dans le cadre de la LACI seront supportées par les assuré-e-s eux-mêmes, dans la mesure où l'on peut s'attendre à ce que partie de ces personnes ne s'annoncent pas à l'aide sociale.

En particulier, et selon l'étude de la CDAS, il y a lieu de craindre que les mesures concernant les programmes d'emploi temporaire, le gain intermédiaire, la prolongation du délai d'attente et la durée de l'indemnisation créent des charges supplémentaires pour l'aide sociale. La diminution des contributions fédérales pour les mesures relatives au marché du travail destinées aux personnes non assurées (de 80% à 50%) constitue, elle, un pur transfert de coûts de la Confédération aux cantons. De même que la suppression de l'assurance du revenu réalisé dans le cadre d'un programme d'emploi temporaire.

Etude du SECO

En juin dernier, le SECO a publié une étude analogue et estime, lui, à quelque 100 millions de francs les répercussions de la LACI sur les cantons, les communes et l'aide sociale. Il est notamment d'avis que la loi révisée encouragera la réinsertion rapide.

De leur côté, l'**Initiative des villes: Politique sociale et la CSIAS** ont manifesté leur opposition à la révision de loi en raison principalement des nombreuses restrictions de prestations qui, estiment-elles, devront d'une manière ou d'une autre être délivrées. Et, en la circonstance, qui seraient principalement assumées par l'aide sociale, soit par les cantons et les communes.

Dans une interview récente, la secrétaire générale de la CSIAS, Dorothee Guggisberg, a estimé que les cantons de Genève, Neuchâtel, Vaud et Bâle-Ville, où le taux de sans-emploi est élevé, seront particulièrement touchés.

Assurance-maladie **3^e révision partielle - Managed care**

Définitions

Est défini comme réseau de soins intégrés (RSI) ou Managed Care (MC) un regroupement de fournisseurs de prestations médicales qui garantissent aux assurés une prise en charge sur l'entier de la chaîne des soins. Le réseau doit en outre garantir une qualité des soins et assumer une responsabilité budgétaire.

L'assureur peut quant à lui prévoir une durée contractuelle d'au moins trois ans pour ce modèle d'assurance.

L'assuré-e devrait pouvoir changer de caisse – mais pas de forme d'assurance – avant le délai prévu si les conditions d'assurance ont fortement changé ou si sa prime augmente davantage que la moyenne cantonale. Il pourrait changer d'assureur et de forme d'assurance contre paiement d'une taxe de sortie fixée dans le contrat.

Historique

La LAMal, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1996, a institué les bases légales des formes particulières d'assurance. En vertu de l'art. 41 al. 4, l'assuré-e peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses. Dans ce cas, l'assureur est autorisé à réduire les primes des assurés qui optent pour un tel modèle (art. 62 al. 1, LAMal).

Ce que prévoit la 3^e révision partielle

Pour l'essentiel:

→ **La notion de MC est désormais définie dans la loi** – art. 41c P-LAMal. Ces réseaux doivent donc être considérés comme des formes particulières d'assurance reposant sur un contrat conclu entre, d'une part, un ou plusieurs assureurs et, d'autre part, un groupe de fournisseurs de prestations. Avec une coresponsabilité financière obligatoire entre les deux parties. En outre, les RSI peuvent prévoir des prestations médicales en sus du catalogue de base.

Nvl art. 41c:

Actuellement, la plupart des fournisseurs de prestations du domaine ambulatoire sont rémunérés à la prestation. Leur revenu dépend donc du volume des prestations fournies. De ce fait, la tentation est grande de fournir plus de prestations que nécessaire. Le projet prévoit par conséquent que les fournisseurs de prestations regroupés dans un réseau de soins intégré assument, dans les

limites fixées par le contrat, la responsabilité financière des soins médicaux prodigués aux assurés dont ils s'occupent (responsabilité budgétaire). Dans les réseaux de ce type, les prestations sont en principe rétribuées par «capitation», mais d'autres formes de rétribution, telles qu'un tarif horaire ou même un tarif à la prestation pour des prestations particulières, ne sont pas exclues. Cette dernière forme est indiquée surtout pour des prestations dont il ne serait pas raisonnable de faire supporter l'ensemble des coûts par le réseau (p. ex. dans le domaine de la transplantation). Si les réseaux de soins intégrés devaient supporter l'intégralité du risque économique, ils joueraient le rôle d'assureurs. Le risque est la base même de l'assurance, sa motivation économique et sa caractéristique juridique. De plus, le risque serait grand que, s'ils participaient financièrement à des coûts qu'ils sont tenus de réduire eux-mêmes, les membres du réseau ne fournissent qu'un minimum de prestations.

La capitation, du latin per capita («par tête»), correspond à un forfait préétabli que l'assureur-maladie verse périodiquement (en général annuellement), par personne assurée rattachée au réseau et pour l'ensemble des prestations, au fournisseur de prestations ou à un groupe de prestataires réunis en un réseau de soins intégré. Ce montant est versé, que la personne assurée recoure ou non à des prestations. Cette forme de rétribution vise à freiner la hausse des coûts de la santé. Elle permet aux assureurs de mieux contrôler l'importance du traitement de leurs assurés et surtout les coûts qui en résultent. La proportion dans laquelle le fournisseur de prestations participe aussi au risque financier l'incite de son côté à travailler aussi efficacement que possible et en particulier à éviter les mesures inutiles ou coûteuses. La rétribution par capitation entraîne aussi un changement fondamental de la relation entre fournisseur de prestations et patient. Aujourd'hui, en général, le patient consulte le médecin lorsqu'il est déjà malade. Dans cette situation, le corps médical est confiné dans un rôle réactif. Avec le système de rémunération prévu, le fournisseur de prestations membre d'un réseau de soins intégré acquiert un rôle proactif; il a un intérêt matériel à ce que son patient reste en bonne santé et donc à privilégier la prévention par rapport à la guérison. La responsabilité budgétaire doit se rapporter à toutes les prestations de l'assurance obligatoire des soins. Les modèles d'approvisionnement intégré prévoient un système d'approvisionnement uniforme et complet pour toute la chaîne de traitement. Le but est de rendre tous les acteurs de cette chaîne de traitement médical responsables financièrement. En cas de séjour hospitalier, les réglementations relatives à la prises en charge des coûts selon les art. 41 et 49 LAMal s'appliquent.

État des délibérations

Conseil des Etats (5.12.2006):

Sur le principe, il s'est accordé à reconnaître la nécessité d'une collaboration entre tous les intervenant-e-s.

Conseil national (16.06.2010):

- Il a convenu que les art. 41 let. b et let. c P-LAMal confirmaient respectivement l'existence de formes alternatives (contrats «*simples*» avec les médecins de famille, sans coresponsabilité financière, télémédecine et modèles de listes); et, pour l'art. 41c, celle de MC.
- Il a également convenu – avec le Conseil des Etats et le Conseil fédéral – que les caisses-maladies pouvaient exiger des contrats jusqu'à trois ans.
- Il a admis la «*baisse*» de la quote-part à 10% pour les assuré-e-s choisissant la forme du MC, contre 20% dans l'assurance obligatoire des soins – conformément au nouvel art. 64 P-LAMal -, ainsi qu'à leur inscription dans la loi.
- Dans la foulée, il a approuvé que la participation financière à charge des assuré-e-s – de 700 francs actuellement par année – soit de 500 francs pour celles et ceux en MC et de 1000 francs pour celles et ceux en AOS.
- Enfin, et au chapitre des mesures transitoires, le Conseil national a été d'avis que les assureurs avaient l'obligation d'offrir un RSI dans chacune des régions du pays dans un délai de trois ans après l'entrée en vigueur de la révision de la LAMal.

Prochaines échéances

La CSSS-E (commission sécurité sociale et santé publique du Conseil des Etats) a reporté sa décision en septembre (sa prise de position était initialement prévue pour août). Elle doit trancher la délicate question des incitations financières, ainsi que celle ayant trait à l'obligation pour les assureurs d'offrir un RSI dans chacune des régions du pays.

Décembre 2010: plénum (Conseil des Etats) – qui, vraisemblablement, se ralliera au Conseil national. Le cas échéant, les organisations de patient-e-s et les syndicats pourraient lancer un référendum. Lors des débats en juin au Conseil national, les représentant-e-s de la gauche ont rappelé que les RSI étaient quasiment inexistantes en Suisse romande. Les Romand-e-s n'auraient d'autre choix, dans un premier temps du moins, que de rester dans l'AOS, et verraient ainsi leur quote-part passer à 20% et leur participation financière annuelle augmenter à 1'000 francs.

Prise de position de la FMH:

Elle soutient le projet de MC. Notamment parce qu'elle espère ainsi éviter le débat sur la liberté de contracter.

Prise de position des Médecins de famille Suisse – association qui regroupe les médecins généralistes, les internistes et les pédiatres:

Elle soutient également le projet de MC. En tout cas, les médecins alémaniques. Le point Tarmed y étant plus bas qu'en Suisse romande, ils estiment que le MC leur conférera une plus grande marge de manœuvre, un plus large pouvoir

qu'actuellement. Au surplus, l'expérience faite jusqu'ici par les médecins ayant intégré un tel réseau s'avère positive, en tout cas financièrement parlant.

En outre, les Médecins de famille Suisse estiment que les soins intégrés présentent un certain attrait pour les malades chroniques.

Prise de position de santéuisse:

L'organisation soutient elle aussi le projet de MC, estimant que les modèles de soins intégrés conviennent tout particulièrement pour garantir des soins médicaux économiques et de première qualité.

Nouvelle loi sur le régime du financement des soins:

Au chapitre des reports qui guettent les assuré-e-s mais aussi les cantons, il convient de rappeler que le Parlement fédéral a adopté, en juin 2008, la nouvelle loi relative au financement des soins, qui a trait à la prise en charge des soins de longue durée envers les personnes dépendantes.

Cette nouvelle loi – dont l'entrée en vigueur est prévue au début de l'an prochain – aura des conséquences financières non négligeables sur les personnes dépendantes, qui seront tenues de verser une contribution. Mais les conséquences se feront aussi sentir sur les finances des cantons, qui seront appelés à intervenir tant dans les soins de transition (soins qui font suite à une affection aiguë) que dans le financement de la part imputable aux personnes assurées qui ne peuvent assumer de telles charges – via les prestations complémentaires.

Assurance-accidents Révision

Contexte

La loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1984. Elle a instauré l'assurance obligatoire pour les accidents professionnels, les maladies professionnelles et les accidents non professionnels pour tous les travailleurs et travailleuses occupés en Suisse.

Motifs de révision

Le Conseil fédéral a décidé en décembre 2006 de procéder à une révision complète de l'actuelle loi sur l'assurance-accidents. La LAA, qui n'a subi que des modifications ponctuelles depuis son entrée en vigueur, doit être adaptée aux exigences d'une assurance sociale moderne d'une part. La révision doit d'autre part permettre de réduire certains cas de «*surindemnisation*».

Principales modifications proposées par le Conseil fédéral

→ Régler la question de la surindemnisation:

Le Conseil fédéral entend modifier le système actuel, qui permet le versement de la rente d'invalidité au sens de la LAA jusqu'au décès en complément, le cas échéant, de la rente AI ou AVS. En cas de concours de droit avec une rente de l'AI ou de l'AVS, la rente de l'assurance-accidents est certes réduite si, additionnées, les deux rentes sont supérieures à 90% du gain assuré.

En dépit de ce plafonnement, le Conseil fédéral estime que l'assuré-e qui devient invalide au sens de la LAA quelques années avant la retraite pourrait se trouver dans une situation financière bien meilleure que celui ou celle qui, à l'âge de la retraite, ne bénéficiera que des rentes AVS et LPP.

Pour éviter cette conséquence, le Conseil fédéral propose une réduction de la rente LAA, frappant surtout les personnes assurées ayant subi un accident alors qu'elles étaient déjà âgées. Et, pour ce faire, entend réduire les rentes d'invalidité en fonction de l'année de l'accident pour les assuré-e-s atteignant l'âge de l'AVS, mais au maximum de 50% :

Art. 20 P-LAA:

2ter Lorsque l'assuré atteint l'âge ordinaire de la retraite selon l'AVS, la rente d'invalidité visée à l'al. 1 et la rente complémentaire visée à l'al. 2, allocations de renchérissement comprises, sont réduites, en dérogation à l'art. 69 LPGA, de 2,5 points de pourcentage pour chaque année entière comprise entre le jour où il a eu 25 ans et le jour où l'accident est survenu, mais au maximum de moitié.

Le problème avec le projet de nouvel article est que le Conseil fédéral «*oublie*» toutefois l'objectif poursuivi, c'est-à-dire éviter la surindemnisation, moyennant la fixation d'un plafonnement...

- Le Conseil fédéral propose de **réduire le gain assuré** en modifiant la fourchette actuelle permettant de déterminer le cercle des travailleurs et travailleuses obligatoirement assurés pour l'intégralité de leur salaire. Actuellement, le gain assuré est de 126'000 francs et couvre entièrement le salaire de 92 à 96% des assuré-e-s. Mais le Conseil fédéral propose réduire la fourchette à 90% au moins et à 95% au plus. De la sorte, le montant maximum du gain assuré ne serait plus que de l'ordre de 100'000 francs.

Etat des délibérations

La révision de la LAA a été répartie en deux projets. Le premier contient les modifications relatives à l'étendue des prestations, ainsi que le financement et l'organisation de l'assurance-accidents. Le deuxième projet règle l'organisation de la Suva et ses activités accessoires - le Conseil national a reporté son examen.

Contrairement à l'avis émis par Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N), le Conseil national a décidé, le 11 juin 2009, d'entrer en matière sur le premier projet. Puis il l'a renvoyé à la CSSS-N.

Lors de ses séances des 9 et 29 octobre 2009, puis en janvier de cette année, la CSSS-N a de nouveau débattu du projet. Lequel sera probablement discuté en séance plénière lors de la session d'automne.

Principales décisions prises à ce jour par la CSSS-N

- La Commission a décidé de réduire davantage que le Conseil fédéral le **gain maximal assuré**. Ainsi propose-t-elle que seuls 85 à 90% des travailleurs assurés soient couverts pour le gain intégral.
- En outre, et dès lors que la LACI aligne le montant maximal du gain assuré sur celui défini dans la LAA pour le calcul des indemnités, la CSSS-N préconise de les dissocier. Cela afin d'éviter que la baisse des recettes provenant des primes n'aggrave davantage la situation financière de l'assurance-chômage.
- La CSSS-N propose en outre de fixer à 20%, contre 10% actuellement, le **degré d'invalidité** donnant droit à une rente.
- S'agissant de la **surindemnisation** en cas de rente AI ou AVS cumulée avec une rente invalidité LAA, la CSSS-N propose ici aussi d'aller plus loin que le Conseil fédéral. Alors que ce dernier propose que lorsque l'assuré-e a atteint l'âge de la retraite, les rentes soient réduites de 2,5 points de pourcentage par année, mais au maximum de moitié, la Commission demande, elle, de supprimer le plafond de 50%.

→ En outre, le Conseil fédéral veut introduire **une base légale en matière de surveillance** permettant à l'ensemble des assureurs sociaux d'établir des moyens de preuve – notamment via des vidéocassettes. Il propose ainsi d'introduire **dans la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA)** une disposition ainsi libellée:

«La personne qui requiert ou qui bénéficie d'une prestation d'assurance peut faire l'objet d'une observation à son insu si:

- a. l'assureur a des soupçons reposant sur des faits déterminés que cette personne à obtenu ou tente d'obtenir illégalement des prestations, et si*
- b. les mesures prises jusqu'alors dans le cadre de l'instruction n'ont pas abouti ou les recherches n'auraient aucune chance d'aboutir ou seraient excessivement difficiles.*

L'ouverture de l'observation est inscrite au dossier avec indication des faits motivant les soupçons».

Pour certains spécialistes de la LAA, la nouvelle disposition doit plutôt être considérée comme une amélioration. En effet, sachant que la jurisprudence du Tribunal fédéral autorise d'ores et déjà des surveillances au moyen de vidéos, l'inscription d'une disposition ad hoc dans la loi *«permet l'information – après coup certes, mais tout de même – de la personne observée»*. Au surplus, le même article précise que l'observation ne peut être menée que sur le domaine public.

Conséquences financières, selon le projet du Conseil fédéral

→ Pour l'assurance-accidents:

La réduction de la rente d'invalidité à l'âge ordinaire de la retraite selon l'AVS en fonction de l'âge au moment de l'accident (réduction linéaire de 50% lorsque l'accident est survenu entre 25 et 45 ans, art. 20 al. 2ter P-LAA) aurait, sur la base des chiffres de 2007, réduit les dépenses d'environ 113 millions de francs pour la CNA et de 55 millions de francs pour les assureurs privés. Cela correspond respectivement à 3,5% et 4% du volume des primes nettes.

→ Pour l'assurance-chômage:

Comme le montant maximal du gain assuré dans l'assurance-accidents obligatoire vaut également pour le calcul des cotisations et des prestations de l'assurance-chômage (art. 3 al. 2 et art. 23 al. 1 LACI), cette dernière continuera de calculer ses cotisations et ses prestations d'après le montant maximal du gain assuré dans l'assurance-accidents obligatoire. La réduction du gain assuré se répercutera forcément sur ses recettes et ses dépenses.

→ Pour le 2^e pilier:

Etant donné que les rentes maximales en cas d'accidents seront moins élevées après l'abaissement du quantile déterminant pour fixer le gain maximal assuré, le 2e pilier devra plus souvent compléter les rentes. Le surcoût qui en résultera pour

la Prévoyance professionnelle n'est toutefois pas exactement chiffrable, selon le Conseil fédéral.

→ **Pour la Confédération et les cantons:**

L'assurance-accidents est financée par les primes des travailleurs et des travailleuses, ainsi que des employeurs. Les modifications proposées n'ont pas de conséquence directe pour la Confédération, qui n'est concernée que dans sa fonction d'employeur; idem pour les cantons.