

# Systeme de santé suisse 2015–2017

**Willy Oggier**  
(Editeur)

Survol de la situation actuelle

5<sup>ème</sup> édition entièrement révisée

Ermöglicht durch



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie suisses  
Gli assicuratori malattia svizzeri



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG



Oggier (Ed.)  
**Systeme de santé suisse 2015 – 2017**

Editions Hogrefe  
**Collection Santé**

*Comité scientifique consultatif:*

Ansgar Gerhardus, Bremen

Klaus Hurrelmann, Berlin

Petra Kolip, Bielefeld

Milo Puhan, Zürich

Doris Schaeffer, Bielefeld





Willy Oggier  
(Editeur)

# Systeme de santé suisse 2015 – 2017

Survol de la situation actuelle

5<sup>eme</sup>  dition entièrement révisée

Hogrefe Verlag

  2016 by Hogrefe Verlag, Bern

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielf tigt und an Dritte weitergegeben werden.

Aus: Oggier (Ed.), Systeme de santé suisse 2015–2017, 5 me edition.

Dieses Buch ist auch in Deutsch erhältlich:  
«Gesundheitswesen Schweiz 2015 – 2017»  
ISBN 978-3-456-85441-0

Avertissement: Ce livre est la traduction d'un texte original en allemand. Si des divergences devaient apparaître entre la version allemande et la version française, elles seraient fortuites. L'original en allemand fait foi.

Traduction: Jacqueline Staub

Lectorat: Dr. Klaus Reinhardt  
Production: Daniel Berger  
Rédaction: Joseph Oggier, Zürich  
Couverture: Claude Borer, Basel  
Préresse: Kösel Media GmbH, Krugzell  
Impression et reliure: Hubert & Co., Göttingen  
Printed in Germany

Le présent ouvrage, y compris l'ensemble de ses éléments constitutifs, est protégé par le droit d'auteur. Toute exploitation sortant des limites étroites dudit droit est réputée illicite et punissable, sauf accord de l'éditeur. La présente disposition s'applique notamment aux reproductions, traductions, microcopies ainsi qu'au stockage et au traitement sur des systèmes électroniques.

La reproduction dans le présent ouvrage de noms d'usage, de noms commerciaux ou d'appellations d'origine contrôlée ne confère aucunement le droit, même en l'absence de signe distinctif particulier, de supposer que lesdits noms au sens de la législation sur la protection des marques devraient être considérés comme librement exploitables et qu'ils peuvent par conséquent être utilisés par tout un chacun.



Suggestions et correspondance à:

Hogrefe AG  
Lectorat Médecine/Santé  
Länggass-Strasse 76  
CH-3000 Bern 9  
Tel.: 0041 (0)31 300 4500  
verlag@hogrefe.ch  
www.hogrefe.ch

5<sup>ème</sup> édition ent. rev. 2016  
© 2004 / 2007 / 2010 / 2016 by Hogrefe Verlag, Bern  
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95552-0)  
ISBN 978-3-456-85552-3

# Table des matières

Préface de santésuisse .....	9
Introduction de l'éditeur .....	11
Aide et soins à domicile ( <i>Rahel Gmür et Philip Steiner</i> ) .....	13
Assurance-accidents ( <i>Felix Weber</i> ) .....	27
Assurance d'indemnités journalières ( <i>Willy Oggier</i> ) .....	37
Assurance-invalidité ( <i>Stefan Kühne</i> ) .....	43
Assurance-maladie ( <i>Peter Indra, Reto Januth et Stephan Cueni</i> ) .....	51
Assurance militaire ( <i>Stefan A. Dettwiler</i> ) .....	77
Assurances sociales ( <i>Hans Zeltner</i> ) .....	85
Assureurs-maladie ( <i>Verena Nold</i> ) .....	93
Comparaisons internationales ( <i>Willy Oggier</i> ) .....	105
Coopération internationale ( <i>Tania Dussey-Cavassini, Delphine Sordat Fornerod, Ljubiša Stojanović</i> ) .....	117
Coûts et financement ( <i>Willy Oggier</i> ) .....	129
Cybersanté (eHealth) ( <i>Adrian Schmid</i> ) .....	137
Etablissements médicaux-sociaux et services médicalisés ( <i>Hansueli Möhle</i> ) .....	149
Hôpitaux ( <i>Stefan Berger, Martin Bienlein, David Schürch et Bernhard Wegmüller</i> ) .....	167
Industrie pharmaceutique ( <i>Heiner Sandmeier et Samuel Enderli</i> ) .....	189
Ligues de la santé et groupes d'entraide ( <i>Erich Tschirky, Sebastian Gibis</i> ) .....	199
Médecine Complémentaire ( <i>Hans-Ulrich Albonico et Hans-Peter Studer</i> ) .....	211
Médecine dentaire ( <i>Alexander Weber et Simon Gassmann</i> ) .....	225
Médecins ( <i>Esther Kraft, Gabriela Lang, Anne-Sylvie Thiébaud, Barbara Linder, Sven Bradke, Christoph Hänggeli et Jürg Schlup</i> ) .....	235
Médicaments ( <i>Andreas Schiesser</i> ) .....	251
Pharmacies et drogueries ( <i>Fabian Vaucher et Stephanie Rohrer</i> ) .....	279

Politique de la santé ( <i>Christian Rüefli, Margreet Duetz, Michael Jordi et Stefan Spycher</i> ) . . . . .	299
Professions de la santé ( <i>Peter C. Meyer et Beat Sottas</i> ) . . . . .	319
Professions thérapeutiques ( <i>Omega E. Huber et Peter C. Meyer</i> ) . . . . .	329
Promotion de la santé et Prévention des maladies et leurs acteurs ( <i>Philippe Chastonay, Ursula Zybach et Thomas Mattig</i> ) . . . . .	337
Psychiatrie et psychothérapie ( <i>Paul Camenzind et Isabelle Sturny</i> ) . . . . .	353
Qualité et promotion de la qualité ( <i>Christoph Bosshard et Thomas Straubhaar</i> ) . . . . .	369
Réadaptation ( <i>Stefan Bachmann</i> ) . . . . .	383
Représentation des patients ( <i>Barbara Züst et Mirjam Baumgartner</i> ) . . . . .	395
Santé et espérance de vie ( <i>Christoph Junker</i> ) . . . . .	405
Soins dispensés par des proches ( <i>Andrea Zumbrunn et Lucy Bayer-Oglesby</i> ) . . . . .	419
Soins et soins infirmiers ( <i>Lucien Portenier, Alexander Bischoff, René Schwendimann, Anne-Rose Barth et Rebecca Spirig, révision 2014 Pierre Théraulaz</i> ) . . . . .	427
Soins intégrés en Suisse ( <i>Peter Berchtold et Kurt Kaspar</i> ) . . . . .	443
Tarifs et négociations tarifaires ( <i>Markus Caminada, Marcel Reinhard, Pierre-François Cuénoud, Beatrix Meyer, Petra Ingenpass, Bettina Holzer, Ernst Gähler, Tiziano Liniger et Daniel Wiedmer</i> ) . . . . .	457
Technologie médicale ( <i>Fabian Stadler</i> ) . . . . .	477
Travail et santé ( <i>Ulrich Schwaninger, Ralph Krieger et Maggie Graf</i> ) . . . . .	487
A propos de l'éditeur . . . . .	501
Index des termes de la santé . . . . .	503

*Pour Annina Lola*





# Préface de santésuisse

Le système de santé suisse ne cesse de se développer au sein de nos structures fédéralistes et démocratiques. Il ne s'écoule guère une année sans que le peuple n'ait à se prononcer sur des adaptations par la voie de la démocratie directe. Cette participation aux évolutions de la politique sanitaire a l'avantage que les réformes ne sont pas mises en œuvre de manière précipitée. Les décisions sont prises après mûre réflexion et en pesant le pour et le contre. Mais c'est aussi ce même mode de fonctionnement politique qui entrave la mise en œuvre de réformes d'envergure. Les personnes confrontées au système de santé n'ont aucune peine à identifier les possibilités d'optimisation, par exemple au niveau des nombreuses interfaces ou échelons de compétence différents. Le système de santé suisse n'en reste pas moins de très grande qualité. Il convient de pérenniser cette excellence par des améliorations permanentes sans jamais perdre de vue la viabilité financière.

Les nombreuses petites et grandes réformes soumises à la vox populi soulèvent aussi la question de savoir si les électrices et les électeurs sont suffisamment bien informés pour prendre des décisions qui engagent l'avenir du système de santé. Il serait exagéré de demander aux Suissesses et aux Suisses d'en connaître tous les détails. Cependant, force est de constater que

même les connaissances les plus élémentaires font souvent défaut. On peut en revanche attendre des acteurs de la santé qu'ils disposent de connaissances approfondies, ce qui n'est pas une tâche facile. En effet, la spécialisation croissante et l'acquisition continue de nouvelles connaissances ne laissent guère de temps pour s'intéresser à d'autres questions que celles relevant de son propre domaine de compétence. Il est donc indispensable de pouvoir proposer une vue d'ensemble transparente du système de santé suisse. C'est justement l'objectif visé par l'ouvrage de référence «Système de santé suisse» depuis sa première publication en 2001.

Cet ouvrage unique, car réellement exhaustif, est à présent disponible dans sa cinquième version remaniée. L'économiste de la santé Willy Oggier a une nouvelle fois relevé le défi et mis à jour cet ouvrage de référence sur notre système de santé avec le soutien de nombreux auteurs. Ce livre vient combler une lacune dans le domaine éditorial. santésuisse en soutient la publication en association avec le projet «Politique nationale suisse de la santé» et la FMH. Il peut ainsi être proposé à un prix abordable afin que des cercles plus larges de la population et des personnes en formation puissent également se le procurer.

Verena Nold, directrice de santésuisse



# Introduction de l'éditeur

Le système de santé suisse est en constante mutation, ce qui ne va pas sans compliquer la mise à jour de vues d'ensemble. Il est toujours difficile de savoir quel est le meilleur moment pour boucler une nouvelle édition. Cela a aussi été le cas pour cette cinquième édition de l'ouvrage de référence «Système de santé suisse». Mais les difficultés ont également été d'un autre ordre: d'une part, le co-éditeur de longue date, Gerhard Kocher, a décidé pour des questions liées à son âge – ce qui est évidemment compréhensible – de ne plus participer, ni comme éditeur ni comme auteur, à cette nouvelle édition. D'autre part, la baisse croissante des moyens financiers dont disposent les associations du système de santé suisse s'est également fait ressentir. En raison de ces ressources amoindries, il a notamment fallu renoncer à une réédition complète, entre autres pour limiter les frais de traduction. Nous nous sommes donc efforcés de mettre à jour la quatrième édition et d'intégrer de nouvelles perspectives, par exemple avec le nouveau chapitre sur la politique de la santé. D'autres chapitres ont en revanche été supprimés, soit faute d'auteurs disponibles, soit pour les rai-

sons précitées. J'espère néanmoins que vous aurez du plaisir à découvrir cette nouvelle édition, qu'elle vous donnera la vue d'ensemble espérée ou vous aidera à vous familiariser avec le système de santé suisse.

Cet ouvrage n'aurait pas vu le jour sans l'important soutien financier réitéré de SantéSuisse et de l'Office fédéral de la santé publique ainsi que de la FMH, le nouveau partenaire du projet. Je remercie donc tout particulièrement ces trois organisations. Je souhaite aussi adresser mes remerciements aux auteurs pour leurs articles et leurs suggestions ainsi qu'aux traductrices, Mmes Françoise Rüfenacht et Jacqueline Staub, et enfin à M. Klaus Reinhardt des éditions Huber. Pour finir, je remercie également mon frère, Joseph Oggier, pour les travaux de conception graphique et qui a veillé, en dépit des formats les plus divers des articles livrés par les auteurs, à réaliser une mise en page finale à la hauteur de cet ouvrage.

Willy Oggier,  
Docteur oec. HSG, économiste de la santé,  
Küsnacht ZH



# Aide et soins à domicile

Rahel Gmür et Philip Steiner\*

## 1. Services d'aide et de soins à domicile

Le terme Spitex (abréviation de «**spita**externe Hilfe und Pflege») est utilisé depuis longtemps en Suisse alémanique et correspond en français à «l'aide et aux soins à domicile». Le **tableau 1** indique les prestations et les services complémentaires proposés. Les prestations clés sont proposées par toutes les organisations d'aide et de soins à but non lucratif et en partie par des prestataires privés. [1] La gamme des services complémentaires proposés peut varier d'une organisation à l'autre.

Grâce aux prestations d'aide et de soins, les personnes concernées peuvent continuer à vivre plus longtemps dans leur environnement familial en dépit de restrictions physiques et/ou psychiques. Bien qu'une large majorité de la population exprime le souhait de rester à domicile et que son état de santé soit uniformément élevé partout en Suisse, le taux de soins – y compris le recours aux prestations d'aide et de soins à domicile – varie beaucoup d'un canton à l'autre. Dans les cantons où la proportion de résidents des homes est faible, on fait davantage appel aux prestations d'aide et de soins à domicile. Cela concerne principalement les cantons de Suisse occidentale, le Nord de la Suisse et le canton des Grisons. On constate dans ces cantons que la multiplication des postes d'aide et de soins à domicile va de pair avec un nombre restreint de lits dans les services de soins. [2] Dans le canton de Genève par exemple, on compte 22 postes d'aide et de soins à domicile

**Tableau 1:** Les prestations d'aide et de soins à domicile

### Prestations centrales:

Soins infirmiers:

- Evaluation et conseil
- Soins thérapeutiques
- Soins de base
- Soutien pour les tâches domestiques et accompagnement social (PAD)

### Prestations complémentaires:

- Service de repas à domicile<sup>1</sup>
- Service de transport
- Location de moyens auxiliaires
- Conseil en diététique et pour les diabétiques
- Conseil parental
- Repas de midi en groupe/Home de jour
- Encadrement/accompagnement de mourants et de leurs proches
- Coiffure/pédicure à domicile
- Centrale de secours

etc.

<sup>1</sup> Le service de repas à domicile est géré par les organisations en partie sous forme de prestation centrale, en partie sous forme de prestation complémentaire et en partie simplement sous forme de prestation intermédiaire.

\* Rahel Gmür, MBA Nonprofit-Management, Présidente de l'organisation d'aide et de soins à domicile de Berne; rahel.gmuere@spitex-bern.ch; Philip Steiner, lic. oec HSG, Gérant des Services d'aide et de soins à domicile de Berne. philip.steiner@spitex-bern.ch.

pour 1000 habitants à l'âge de la retraite. La moyenne dans toute la Suisse est légèrement supérieure à 11 postes d'aide et de soins à domicile pour 1000 habitants à l'âge de la retraite. [3]

Les services d'aide et de soins à domicile constituent une alternative au séjour dans un home ou dans un hôpital tant que les soins en milieu hospitalier ne sont pas indispensables. Les patients peuvent généralement décider eux-mêmes s'ils veulent se faire traiter ou soigner en milieu hospitalier ou de manière ambulatoire. Les prestations d'aide et de soins à domicile leur offrent la possibilité de réintégrer plus tôt leur domicile après une hospitalisation. L'un des buts déclarés de la politique de santé reste toujours de maintenir toutes les personnes victimes d'atteintes à la santé, indépendamment de leur âge, aussi longtemps que possible dans leur environnement familial. Cet objectif a été énoncé afin de garantir la qualité de vie et la dignité des personnes concernées. La conformité des prestations proposées, l'intégration des proches dans le processus des soins et l'étroite collaboration avec les médecins de famille constituent des facteurs bénéfiques qui caractérisent l'aide et les soins à domicile.

## 2. Organisation

En Suisse, les services d'aide et de soins à domicile sont en grande partie organisés au sein de deux associations. L'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD; [www.spitex.ch](http://www.spitex.ch)) fondée en 1996 est l'association

faitière des organisations d'aide et de soins à domicile à but non lucratif. Elle rassemble les 26 associations cantonales d'aide et de soins à domicile. A ces associations cantonales sont rattachées presque toutes les 617 organisations locales d'aide et de soins à domicile à but non lucratif. [4] Parallèlement, il existe depuis 2005 l'organisation nationale des fournisseurs privés de services d'aide et de soins à domicile, «l'Association Spitex privée Suisse» (ASPS; [www.spitexpriveesuisse.ch](http://www.spitexpriveesuisse.ch)) qui regroupait env. 140 membres fin 2013. Les organisations d'aide et de soins à domicile sont libres de s'organiser comme elles l'entendent. La plupart des 617 organisations d'aide et de soins à domicile à but non lucratif sont des associations de droit privé. Le nombre croissant d'entreprises privées à but lucratif qui fournissent des prestations d'aide et de soins à domicile est organisé sous forme de sociétés anonymes ou de sociétés à responsabilité limitée (cf. point 9).

## 3. Clientèle et volumes des prestations

### 3.1 Evolutions

Le nombre des heures réalisées a continué d'augmenter comme dans la période 2000–2007 (tableau 2). [3] En 2007, 12,3 millions d'heures d'aide et de soins étaient effectuées, en 2012 ce chiffre était déjà passé à 17,5 millions d'heures. Le nombre de clients a augmenté dans la même

**Tableau 2:** Comparaison des fournisseurs de prestations (clients, heures, organisations et personnel) 2012

2012	Clients (sans redondances)	Heures OPAS-Soins	Heures PAD	Nombre d'organisations	Personnel (EPT)	Recettes en millions CHF
Organisations à but non lucratif	218396	9 142 901	4 425 041	618	14 809	1615
Prestataires privés	20318	1 737 234	1 194 845	272	2239	190
Soignants libéraux	19010	488 290	6168	632	366	43
<b>Total</b>	<b>257 724</b>	<b>11 368 425</b>	<b>5 626 054</b>	<b>1522</b>	<b>17 415</b>	<b>1848</b>

période de 204 699 à 257 724 clients. Ceci représente, comparé à 2007, une augmentation de 6 % du nombre de clients et de 8 % par an du nombre d'heures de prestations. Les heures facturées sont consacrées à 65 % à des soins et à 35 % à des tâches ménagères et d'accompagnement social. Ces chiffres confirment la tendance observée au cours de la dernière décennie d'une augmentation des prestations de soins par rapport aux tâches ménagères et d'accompagnement social. En 2000, le rapport entre heures de soins et heures d'aide ménagère et d'accompagnement social était encore de 46 % à 54 %. Dans ce domaine également, la répartition des prestations varie énormément d'un canton à l'autre.

La hausse des prestations de soin réalisées par les services d'aide et de soins à domicile résulte d'une part de l'augmentation de la demande suite à la croissance de la population et à l'évolution démographique correspondante et d'autre part à l'introduction des forfaits par cas dans les hôpitaux. Les progrès de la médecine permettent par ailleurs d'effectuer de nombreux traitements à domicile de façon ambulatoire. Dans les prochaines années, il faut s'attendre à ce que cette évolution conduise à une augmentation supplémentaire de la demande pour des prestations d'aide et de soins à domicile. La spécialisation des prestations d'aide et de soins à domicile (par exemple soins oncologiques et palliatifs à domicile) ainsi que le développement des capacités de suivi ambulatoire des malades psychiques constituent des facteurs qui viennent encore accroître la demande.

Près de 80 % de l'ensemble des clients sont à l'âge de la retraite. 83 % des prestations d'aide et de soins à domicile sont fournies à des personnes de cette tranche d'âge. 57 % des heures de soins décomptées le sont à des personnes de 80 ans et plus. Ces chiffres permettent de conclure que le système d'aide et de soins à domicile est fortement touché par le vieillissement démographique. [4]

Dans toutes les tranches d'âge, la part des femmes nécessitant des prestations d'aide et de soins à domicile est plus importante que celle des hommes. Au total, 66 % des clients sont des femmes et seulement 34 % des hommes. Cela

s'explique d'une part par l'espérance de vie plus élevée des femmes et d'autre part par le fait que celles-ci assurent les soins de leurs époux, qui par conséquent ont moins besoin d'une aide extérieure.

### 3.2

#### Satisfaction de la clientèle bénéficiant des soins à domicile

Depuis 2009, la société de conseil et de recherche bernoise empiricon AG réalise des enquêtes d'opinion dans le canton de Berne pour différentes organisations d'aide et de soins à domicile à but non lucratif de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile. L'objectif principal est de mesurer la satisfaction et la fidélisation de la clientèle au moyen d'un questionnaire écrit. Au cours des dernières années, empiricon a réalisé des enquêtes comparables également auprès des organisations d'aide et de soins à domicile à but non lucratif de la ville de Zurich et du canton de Zoug.

Les retours de ces enquêtes oscillent entre 37 et 48 %, ce qui constitue un niveau élevé (pour les sondages auprès de la clientèle), et permet de conclure à une image positive solide sur la satisfaction de la clientèle. Les valeurs de ces enquêtes s'établissent généralement à un niveau très élevé. Composé de trois facteurs : satisfaction globale, réalisation des attentes et disposition à recommander, «l'indice de satisfaction clientèle» central a atteint 87 points ou plus (sur 100) à chaque enquête. Les autres thèmes – identifiés comme moteurs de la satisfaction clientèle – comme par exemple l'engagement et la motivation des collaborateurs, l'échange d'informations ou l'image des services d'aide et de soins à domicile enregistrent presque toujours de bons ou de très bons résultats. Les valeurs sont remarquablement élevées non seulement quel que soit le thème sondé, mais également quelle que soit l'organisation participante et le groupe caractéristique (sexe, tranche d'âge etc.). Elles restent également constantes sur la durée de sorte qu'on peut parler d'une satisfaction clientèle stable pour les organisations d'aide et de soins à domicile faisant l'objet de l'enquête.



### 3.3

#### Démences et troubles psychiatriques chez les bénéficiaires des soins à domicile

L'augmentation des cas de démence est l'un des plus grands défis auxquels est confronté le système de santé. [5] Comme plus des trois quarts des clients bénéficiant des soins à domicile sont à l'âge de la retraite, la démence avec les comorbidités associées fait partie des principaux défis auxquels les institutions d'aide et de soins à domicile seront également confrontées au cours des années à venir. [6]

Les problèmes psychiatriques chez les jeunes actifs sont un autre domaine qui prend une importance croissante dans le système de santé. En raison de la prise de conscience croissante de la société pour les maladies psychiques et mentales (dépression, troubles anxieux, psychoses et pathologies addictives), ces troubles sont plus fréquemment détectés et traités plus tôt qu'il y a quelques années encore. Les besoins de prestations d'aide et les soins à domicile augmentent chez les malades psychiques plus jeunes et la demande va continuer à croître. Une enquête nationale de l'Observatoire suisse de la santé Obsan, basée sur des données 2012 de l'Office fédéral de la statistique relatives à la santé mentale en Suisse, parle d'une situation relativement stable globalement. [7] En dépit de cette analyse, on va assister à une augmentation de la demande ainsi que des attentes en matière de services ambulatoires de soins aux personnes présentant des troubles psychiatriques. Cette hausse s'explique par la tendance observable dans beaucoup de cantons à la réduction des offres de soins hospitaliers pour les personnes chez lesquelles un trouble psychique a été diagnostiqué et à leur transfert dans le domaine ambulatoire.

Or, ces troubles sont rarement la raison explicite de la demande de prestations d'aide et de soins ambulatoires. Pour cette raison, les «soins psychiatriques de base» (c.-à-d. les soins de base prodigués aux personnes atteintes de maladies psychiques) ne sont toujours pas enregistrés systématiquement dans cette catégorie et leur volume reste certainement largement sous-estimé. En conséquence, la société et la politique

ne mesurent pas encore suffisamment l'importance des soins et de la prise en charge psychiatriques dans les prestations d'aide et de soins à domicile.

L'organisation de patients «Pro Mente Sana» et d'autres acteurs ont réussi à franchir une étape clé pour les soins psychiatriques ambulatoires. Ils ont contribué à la réglementation au sein d'une ordonnance des prestations psychiatriques ambulatoires fournies dans le cadre de l'aide et des soins à domicile. [8] Le jugement valant jurisprudence rendu le 18 mars 2005 par le Tribunal fédéral des assurances (TFA) avait ouvert la voie à cette réglementation. Il énonçait que les caisses-maladie devront prendre en charge le coût des soins psychiatriques ambulatoires au titre de l'assurance de base.

### 4.

#### Personnel

Les services d'aide et de soins à domicile emploient majoritairement des femmes travaillant à temps partiel. En 2012, quelques 41 034 personnes se partageaient 17 415 postes à temps plein. En 2007, 27 945 personnes représentant 11 960 postes à temps plein travaillaient dans le domaine des soins et de l'aide à domicile. Le taux d'occupation moyen reste relativement constant à 43 %. Il est le plus élevé chez les soignants libéraux avec 57 %, suivi par le personnel des institutions d'aide et de soins à domicile à but non lucratif avec 45 % et les salariés des services d'aide et de soins à domicile privés avec 32 %. [9] Le tableau 2 présente un récapitulatif du nombre de clients, des prestations en heures, des organisations actives, du personnel ainsi que des recettes réalisées. Près de 13 % des salariés dans le domaine ambulatoire sont des migrants et des personnes issues de l'immigration. Sur les quelque 41 034 personnes travaillant dans l'aide et les soins ambulatoires, 89 % (36 602 personnes) travaillent dans le domaine des soins et de la prise en charge des clients, 11 % (4 432 personnes) à la direction et à l'administration des organisations.

La répartition des employés des services d'aide et de soins à domicile en fonction de leur niveau

**Tableau 3:** Composition du personnel des fournisseurs de prestations ambulatoires 2012

Tous types de fournisseurs de prestations ambulatoires (but non lucratif, privés et soignants libéraux)	Personnes	%	Taux d'occupation
	<b>41 034</b>	<b>100,0%</b>	<b>42%</b>
Infirmier/ère Hautes écoles spécialisées (HES)	270	0,7%	45%
Infirmier/ère formation professionnelle supérieure	11 572	28,2%	47%
Infirmier/ère formation postsecondaire	874	2,1%	40%
Formation professionnelle initiale (soins et socio-éducatif)	9096	22,2%	47%
Travail social ou thérapeutique (HES et formation supérieure)	554	1,4%	53%
Autres formations (de type commercial)	3044	7,4%	52%
Cours de base, stagiaires et sans formation spécifique	15 624	38,1%	35%

de qualification ainsi que du degré moyen d'occupation du personnel figurent dans le tableau 3. Pour 2012, la classification selon le niveau de formation est la suivante: 34% du personnel d'aide et de soins à domicile possèdent une formation supérieure (aide-soignant diplômé ES ou HES, DN II etc.), 26% une formation professionnelle de base (p.ex. assistant/e en soin et santé communautaire/infirmier/e ou aide familiale), 9% d'une autre formation le plus souvent commerciale, et 31% ne possèdent aucune formation spécifique, assistent à des cours de soins et de prise en charge ou réalisent des stages.

En raison de l'obligation de soins et de l'étendue des offres de prestations de nombreuses organisations d'aide et de soins à domicile à but non lucratif, leurs besoins en personnel qualifié de niveau tertiaire sont plus grands que ceux des organisations privées. Ils représentent environ 37% du personnel employé dans les soins et la prise en charge à domicile. Même si les possibilités de comparaison sont restreintes, on constate une légère hausse du personnel diplômé en soins par rapport aux années précédentes pour tous les types de fournisseurs de prestations. Cette augmentation du personnel plus qualifié constitue un facteur de hausse des coûts de personnel d'aide et de soins à domicile dans la période considérée.

## 5. Coûts

### 5.1

#### Données sur la situation réelle

En 2012, 1,85 milliard de francs a été dépensé au titre des prestations d'aide et de soins à domicile, alors que ce montant s'élevait encore à 1,2 milliard de francs en 2007. En comparaison avec la hausse moyenne de 4% par an du nombre de clients dans la même période, on observe ainsi une augmentation moyenne de 6% par an du nombre d'heures de prestations et de 7% par an des coûts moyens (tableau 4). Entre 2007 et 2012, la part des dépenses d'aide et de soins dans les dépenses totales du système de santé suisse est passée de 2,2% à 2,7%. Si l'on tient compte de l'évolution démographique pendant cette période et de l'accroissement des situations de soins et de prise en charge complexes nécessitant une meilleure qualification du personnel soignant dans les services ambulatoires, l'augmentation des coûts doit être considérée inférieure à la moyenne.

Replacés dans leur contexte, les coûts des services d'aide et de soins à domicile sont relativement faibles par rapport aux dépenses totales du système de santé et représentent p. ex. seulement un vingtième ou 5% des coûts correspondants dans les établissements hospitaliers.

Tableau 4: Evolution quantitative de l'aide et des soins à domicile, 2000 à 2012

Année	Nombre de clients	Heures OPAS	Coûts totaux	% des coûts totaux
2000	199 124	4 907 022	841,5	2,0 %
2001	195 923	5 285 922	901,3	2,0 %
2002	196 240	5 676 088	976,9	2,1 %
2003	195 721	5 932 897	1031,2	2,1 %
2004	196 694	6 294 355	1068,2	2,1 %
2005	195 217	6 647 723	1098,9	2,1 %
2006	200 334	7 066 104	1140,6	2,2 %
2007	204 699	7 501 000	1212,4	2,2 %
2008	210 840	7 842 965	1274,7	2,2 %
2009	214 443	8 191 951	1370,7	2,2 %
2010	245 636	10 312 682	1585,0	2,5 %
2011	251 137	10 511 899	1733,6	2,7 %
2012	257 724	11 368 425	1847,9	2,7 %
Croissance moyenne 2000–2012	2,4 %	7,9 %	7,4 %	3,0 %

Source: Office fédéral de la statistique, Statistique de l'aide et des soins à domicile – Résultats 2012, novembre 2013

## 5.2 Prévisions à l'horizon 2030

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a mandaté une étude visant à déterminer l'évolution des coûts des soins de longue durée jusque 2030. [10] Le scénario de base table pour l'année 2030 sur des dépenses de soins de longue durée de 17,8 milliards de francs. Ce pronostic est supérieur de 2,5 milliards de francs à celui de la première étude datant de 2001. La différence provient notamment de l'espérance de vie des plus de 65 ans pour laquelle les prévisions ont été revues à la hausse. Globalement, les résultats permettent de parvenir aux conclusions suivantes en termes de politique de santé suisse:

- Premièrement, la demande de soins et de prise en charge de longue durée va continuer à augmenter dans les prochaines décennies en raison du développement démographique et du progrès médical et technique. Les réper-

cussions du vieillissement sur les coûts sont en partie inévitables; l'Obsan part ainsi de l'hypothèse d'un doublement des coûts des soins de longue durée d'ici 2030.

- Deuxièmement, de meilleures offres de prévention et des mesures efficaces de préservation de l'indépendance des 65 ans et plus ne peuvent endiguer que très faiblement l'augmentation future des coûts.
- Troisièmement, l'extension ciblée des services d'aide et de soins à domicile et la promotion des modèles de soins interprofessionnels peut limiter la hausse des coûts dans les structures existantes, sans toutefois la stopper complètement.

L'Observatoire suisse de la santé parvient ainsi à la conclusion que la hausse des dépenses pour les soins et la prise en charge de longue durée pourrait être largement freinée par des changements structurels, comme la multiplication des prestations de soins prodiguées par les services

d'aide et de soins à domicile et non plus par les homes médicalisés. [11]

Un scénario alternatif envisage l'apparition dans le domaine de la santé de «centres de soins interdisciplinaires» qui compléteront les prestations des différents fournisseurs, comme les médecins de famille, hôpitaux, homes, organisations d'aide et de soins à domicile, cliniques de réadaptation, améliorant ainsi la qualité des soins et de la prise en charge et parallèlement l'efficacité économique grâce à une étroite coopération.

## 6. Financement

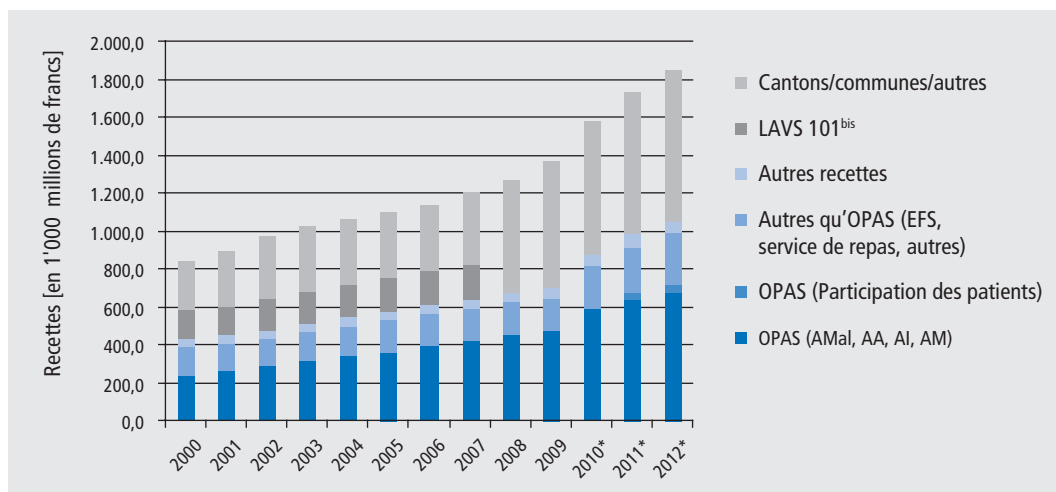
### 6.1 Aperçu général

En 2012, les coûts totaux de l'aide et des soins à domicile ont représenté près de 1,85 milliards de francs. Dans ce montant étaient compris tous les coûts de l'aide et des soins à domicile, tous fournisseurs confondus – c'est-à-dire institutions à but non lucratif, prestataires privés et soignants libéraux. Cette somme regroupait les coûts des prestations OPAS (pour la définition de ce terme cf. le chapitre consacré à l'Assurance-maladie dans le présent ouvrage), les prestations d'aide

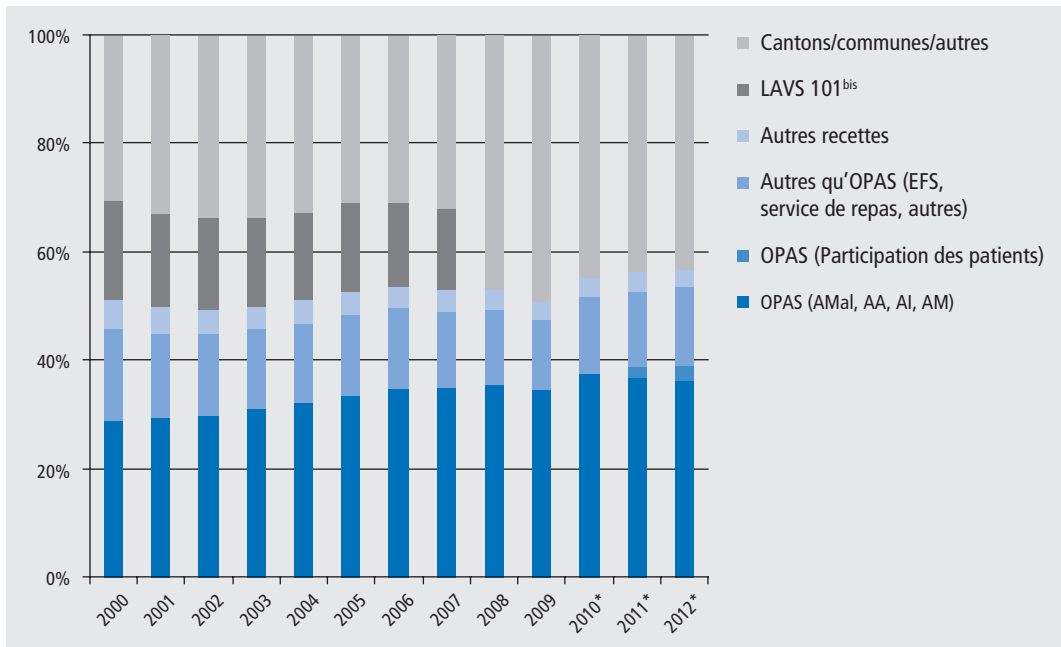
domestique et d'assistance sociale et diverses prestations complémentaires (comme p.ex. les services de repas, de transport et de conseil). Les coûts de 1,85 milliards se répartissent pour env. 45 % sur les cantons ou les communes, pour env. 38 % sur les assureurs-maladie et pour env. 17 % sur les clients (p.ex. à travers les franchises et/ou les quotes-parts financées par les patients) (cf. tableau 4 et graphiques 1 et 2).

### 6.2 Financement par les cantons et les communes

En 2012, les pouvoirs publics ont participé pour un montant total de 796 millions de francs au financement des prestations d'aide et de soins à domicile. Depuis 2007, les contributions des communes ont augmenté de près de 161 millions de francs, celles des cantons de 248 millions de francs. La participation des pouvoirs publics (Confédération, cantons, communes) a toutefois diminué de 46,9 % en 2007 à 43,1 % en 2012. Cette baisse s'explique particulièrement par la suppression des subventions de la caisse AVS aux organisations d'aide et de soins à domicile (selon l'art. 101<sup>bis</sup> LAVS) en 2007 suite à la Réforme de la péréquation financière entre la Confédération et les cantons.



Graphique 1: Evolution des recettes selon les répondants des coûts 2000–2012 en francs



Graphique 2: Evolution des recettes selon les répondants des coûts 2000 – 2012, en pourcentage

Les caisses ne prennent pas en charge les prestations ménagères et les prestations de soins qui ne figurent pas dans la liste de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Ces prestations restent à la charge des clientes et clients pour peu qu'une assurance complémentaire ne les prenne pas en charge. Les tarifs de ces prestations sont fixés par les organisations d'aide et de soins à domicile en concertation avec les communes/cantons. Ils sont généralement calculés en fonction du revenu imposable des clientes et clients (auquel on ajoute un pourcentage en fonction des biens). On constate une application très hétérogène des tarifs en fonction des régions. Face au manque de moyens financiers, les cantons et communes ont de moins en moins tendance à participer au financement des prestations d'aide ménagère et d'assistance sociale.

### 6.3

#### Financement par les assureurs-maladie

Les prestations d'aide et de soins à domicile ont été inscrites dans le catalogue de prestations de la LAMal en 1995 et doivent par conséquent être prises en charge par les caisses. En 2010, le nouveau régime de financement des soins est par ailleurs entré en vigueur, entraînant une redistribution des modalités de financement. Il a coïncidé avec la négociation de la convention tarifaire nationale entre l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASSASD), l'Association Spitex Privée Suisse (ASPS) et les assureurs-maladie. L'assurance de base obligatoire prend en charge les prestations d'aide et de soins à domicile sur prescription médicale conformément à l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS): évaluation des besoins et conseils, soins médicaux ainsi que soins de base (OPAS, 7 et s.).

Le montant de l'indemnisation des caisses-maladie valable aujourd'hui dépend des tarifs fixés par le Conseil fédéral. Ces tarifs sont

valables aussi bien pour les associations d'aide et de soins à domicile à but non lucratif que pour les institutions privées et les soignants libéraux. Le tarif horaire pour l'évaluation des besoins et les conseils est de 79,80 francs, celui pour les soins médicaux de 65,50 francs et pour les soins de base de 54,60 francs. Ces tarifs-cadre ne couvrent que quelque 45 % des coûts réels engendrés par l'organisation et la fourniture de prestations de soins et d'assistance. Les «coûts restants» de 55 % sont pris en charge selon des modèles de couverture qui varient beaucoup d'une région à l'autre.

En 2012, les coûts des prestations d'aide et de soins à domicile représentaient près de 2,6 % des dépenses totales des assureurs-maladie dans l'assurance de base, ce qui équivaut à 75 francs par an et par habitant. [12] Sur les quelque 26 milliards de francs dépensés au total dans l'assurance de base, 673 millions sont consacrés aux prestations d'aide et de soins à domicile.

#### 6.4

### Conclusion – le financement de l'aide et des soins à domicile subit une énorme pression

Ces dernières années, la hausse de la demande de prestations de soins et de prise en charge ambulatoires a fait augmenter les coûts correspondants (1996 : 1,2 % ; 2001 : 1,6 % ; 2005 : 1,9 % ; 2012 : 2,6 %).

En 2012, les recettes totales des services d'aide et de soins à domicile se sont élevées à 1,85 milliard de francs, soit une augmentation de près de 625 millions de francs par rapport à 2007 ou l'équivalent d'une hausse annuelle de 7 %. Proportionnellement à l'augmentation de la demande, à la complexité croissante des situations de soins et de prise en charge et à la décharge des établissements de soins aigus et de longue durée, cette hausse est également inférieure à la moyenne. Globalement, la part des assureurs-maladie dans le financement des coûts totaux de l'aide et des soins ambulatoires est restée relativement constante. L'augmentation la plus sensible, mais qui reste cependant au-dessous de la moyenne, est enregistrée par les frais pris en

charge par les cantons, communes et patients (par la voie de la participation introduite un peu partout en 2011). La nouvelle réglementation du financement des soins et la pression générale exercée sur les pouvoirs publics pour faire davantage d'économies dans le système de santé va amplifier la nécessité pour tous les prestataires de services d'aide et des soins à domicile d'adopter une orientation plus économique et d'agir avec davantage de rigueur dans tous les domaines. Cette approche est susceptible d'entraîner des conflits d'objectifs qui ne sont pas toujours résolus dans l'intérêt et à la satisfaction des clients. Face à ces défis auxquels la politique de santé et la société sont confrontées, il semble souhaitable de reconnaître la valeur d'un approvisionnement en soins ambulatoires et d'une prévention des maladies solides à l'échelle du pays et de soutenir les acteurs-clés comme les médecins de famille et les services d'aide et de soins à domicile.

#### 6.5

### RPT : suppression des subventions de la Confédération – financement par les cantons

Avec la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), les cantons sont compétents depuis 2008 en matière de financement des organisations d'aide et de soins à domicile. Les subventions de la Confédération provenant de la caisse AVS (conformément à l'art. 101<sup>bis</sup> LAVS) sont supprimées et les contributions de la Confédération ne sont plus allouées qu'aux organisations agissant au plan national. Il n'existe donc plus de fondement constitutionnel pour l'octroi de subventions aux services d'aide et de soins à domicile locaux et régionaux. Les contributions de la Confédération (2007 : 180,6 millions de francs) représentaient par le passé 15 % environ des recettes inscrites au budget des organisations de base d'aide et de soins à domicile.

Les cantons sont tenus de compenser les subventions AVS supprimées et de garantir un financement cantonal au profit des organisations

locales d'aide et de soins à domicile. Les modèles de soutien peuvent être choisis librement, par exemple conventions de prestations, prise en charge du déficit, subvention d'une partie des salaires, montant en francs par heure facturée, forfait par habitant ou aide à la personne non liée au revenu.

## 7. Détermination des besoins et garantie de la qualité avec RAI-Home-Care Suisse

Conformément aux articles 7 et 8 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), il convient avant chaque nouvelle intervention d'aide à domicile de procéder à une évaluation prospective des besoins. Pour cette raison, l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile a développé, pour le compte des associations cantonales d'aide et de soins à domicile, un outil unique d'évaluation des besoins appelé RAI-Home-Care (RAI = Resident Assessment Instrument, ci-après dénommé: RAI-HC). Cet instrument d'évaluation des besoins a récemment fait son entrée dans la convention administrative en tant que mesure obligatoire. Dans la pratique, le logiciel RAI-HC sous licence est constamment utilisé par une proportion croissante d'organisations d'aide et de soins à domicile (à but non lucratif et privées) en tant qu'instrument d'évaluation des besoins. [13]

Il offre l'avantage d'être clairement structuré, de permettre la saisie par ordinateur, d'utiliser un langage uniformisé et de prendre en charge l'assurance-qualité. On peut se réjouir de constater que les fournisseurs de prestations ont pris l'habitude ces dernières années d'intégrer automatiquement les informations de l'évaluation des besoins dans ces systèmes centralisés en utilisant les instruments électroniques de planification, de saisie des prestations et d'administration largement répandus dans le domaine de l'aide et des soins à domicile. Grâce à la réduction des opérations administratives, cette intégration progressive des systèmes va de pair non seulement avec une augmentation de l'efficacité mais

également avec une amélioration de la qualité, de la cohérence et de la disponibilité des données.

## 8. Processus de concentration des organisations d'aide et de soins à domicile à but non lucratif

Avec les exigences croissantes formulées vis-à-vis de l'offre de prestations et face à la pression progressive de réduction des coûts (en maintenant la qualité constante) et de rationalisation du travail, un processus de concentration s'est engagé dès le passage au nouveau millénaire et n'est pas encore bouclé. Dans le sillage de ce développement, le nombre des organisations d'aide et de soins à domicile à but non lucratif se réduit constamment. Alors qu'en 2000, 787 organisations d'aide et de soins à domicile d'utilité publique étaient encore en activité, ce nombre est passé à 617 en 2012. [14] Ce processus de consolidation doit contribuer à supprimer les redondances induites par les structures d'organisation existantes jusqu'à présent et à diminuer les coûts d'infrastructure (par exemple bureaux et véhicules communs) voire à fusionner les services centraux (finances, administration des clients, informatiques, ressources humaines, logistique, etc.) pour faire des économies et pouvoir améliorer la qualité tout comme le professionnalisme des prestations. Si la centralisation des activités administratives s'accompagne parallèlement d'une décentralisation des sites d'intervention à proximité de la clientèle, la satisfaction des bénéficiaires et la motivation du personnel auront des répercussions positives sur l'efficacité et se trouveront renforcées. Ce processus devrait constituer la meilleure garantie d'une qualité élevée dans les soins et l'assistance et permettre par ailleurs de consacrer une part des revenus générés au développement du personnel, à l'extension et au renforcement de l'offre dans des secteurs spéciaux et à des innovations dont toute la branche pourra tirer parti.

## 9. Prestataires privés d'aide et de soins à domicile

Dans la plupart des cantons, les organisations d'aide et de soins à domicile d'utilité publique côtoient aujourd'hui des fournisseurs privés de prestations d'aide et de soins ambulatoires. Il s'agit non seulement de personnel soignant libéral, mais aussi d'organisations d'aide et de soins à domicile à but lucratif qui fournissent des prestations de soins et d'assistance prises en charge par les caisses, mais également des prestations complémentaires non répertoriées sur les listes des caisses. Ils sont pareillement soumis aux barèmes de tarif des assureurs-maladie. Tandis que le remboursement des prestations prises en charge par les caisses ne fait pas de différence entre les institutions à but non lucratif et les prestataires privés, le financement des coûts restants varie encore beaucoup d'un canton ou d'une commune à l'autre. A défaut d'uniformisation, certains cantons/communes ne font pas de différence dans le financement des coûts restants entre les organisations à but non lucratif et les fournisseurs de prestations privés tandis que d'autres ne prennent pas en charge les services fournis par les prestataires privés ou les remboursent seulement de façon marginale. Des différences se manifestent également au niveau des offres sans véritable justification médicale et pour lesquelles les tarifs sont librement négociables. Dans ce domaine, les organisations privées facturent le plus souvent des tarifs fixes tandis que les organisations d'aide et de soins à domicile publique prennent en compte les revenus et le patrimoine des clients dans la fixation des prix.

Fréquemment, on assiste aussi à des interventions plus ou moins concertées des organisations d'aide et de soins à domicile privées et publiques et de soignants libéraux. Cette forme d'interactivité dans l'aide et les soins à domicile est conforme à la réalité et connaît un engouement croissant. De plus en plus souvent, les clients bénéficient à la fois de l'intervention d'organisations d'aide et de soins à domicile, de l'assistance de leurs proches ou bien de l'aide de soignants migrants. [15]

## 10. Perspectives d'avenir des organisations d'aide et de soins à domicile

La population souhaite en grande partie pouvoir mener, même à un âge avancé, une vie aussi indépendante que possible sans limitations majeures de leur état de santé physique et psychique. De nos jours, les personnes âgées sont plus longtemps actives, mieux éduquées, mieux loties financièrement grâce à la prospérité croissante et à la solidité des systèmes de sécurité sociale (AVS, AI, LPP), et par conséquent plus indépendantes qu'autrefois.

Les «ménages multigénérationnels» sont devenus plus rares, même en zone rurale, et de nouvelles formes de cohabitation (familles recomposées, personnes vivant seules) se multiplient. Ceci ne tient pas tant au fait que les enfants sont moins capables ou disposés à s'occuper de leurs parents ou à les prendre chez eux, qu'au fait que les personnes âgées attachent plus de valeur à leur indépendance et à leur responsabilité personnelle. Les personnes restant chez elles jusqu'à un âge avancé, conservent leur indépendance et leur autonomie, et par conséquent une certaine qualité de vie. Rester habiter sous leur propre toit constitue toujours l'une des préoccupations majeures des personnes âgées. Dans un sondage mené au niveau européen, près de 90 % des personnes interrogées se sont ainsi prononcées en faveur d'un système sanitaire et social permettant aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible sous leur propre toit. [16]

La politique de la santé vise également pour des raisons humaines et économiques à ce que les personnes âgées vivent seules chez elles aussi longtemps que possible. Les services d'aide et de soins à domicile contribuent en l'occurrence à la préservation de l'indépendance sociale des personnes âgées. Parallèlement, la durée des séjours hospitaliers et la demande de places dans des établissements médicalisés, qui représentent un coût élevé, peuvent être réduites. Comme le montre le moniteur de la santé gfs 2009 d'Interpharma, l'extension des prestations d'aide



et de soins à domicile correspond à un besoin réel de la population en âge de voter. A la question de savoir comment les moyens financiers devraient être répartis dans le système de santé à l'avenir, 34 % des personnes interrogées se sont prononcées en faveur de l'octroi de moyens supplémentaires à l'aide et aux soins à domicile. Ceux-ci se classent ainsi en deuxième position derrière les hôpitaux publics (37 % des personnes interrogées étaient favorables à davantage de moyens financiers dans ce domaine). [17]

Au niveau politique, l'idée selon laquelle le plus grand potentiel d'évolution pour des soins médicaux et des soins aux personnes âgées conformes aux besoins et peu onéreux réside dans les soins ambulatoires fait son chemin. Le principe de la primauté des soins ambulatoires sur les soins hospitaliers est un facteur déterminant dans le débat sur la politique de santé dans de nombreux cantons. De même, la prévention est de plus en plus considérée comme une nécessité par les assureurs-maladie et les pouvoirs publics. D'autre part, les progrès de la médecine et de la technologie permettent d'effectuer de nombreux traitements à domicile de façon ambulatoire. Les séjours à l'hôpital sont de plus en plus courts avec l'introduction des forfaits par cas si bien que les organisations d'aide et de soins à domicile sont confrontées à une demande croissante de prestations de soins plus complexes. Cette tendance nécessite de la part des services d'aide et de soins à domicile davantage de personnel spécialement formé en vue de prodiguer avec la qualité requise des soins sophistiqués à domicile en médecine oncologique, palliative, pédiatrique, psychiatrique et mentale. La demande de prestations d'aide et de soins à domicile continue d'augmenter. L'offre de prestations doit être réorientée en tenant compte du progrès médical et technique ainsi que de l'évolution de l'effectif de patients.

Pour anticiper la complexité croissante et les restrictions économiques, il faudra impérativement mettre en place de nouveaux modèles de prestations, comme les formes de collaboration interprofessionnelles et interinstitutionnelles.

Afin de pouvoir disposer à long terme de

suffisamment de personnel qualifié pour l'aide et les soins à domicile, il est crucial de renforcer l'engagement dans la formation de base et continue. Les formes plus traditionnelles, telles que les maisons de retraite, sont complétées par des formes d'assistance et d'habitat plus personnalisées. Les services d'aide et de soins à domicile peuvent proposer en la matière des prestations appropriées, que ce soit dans le domaine des soins ou dans celui de l'assistance.

Le nombre croissant de migrants et de concitoyens issus de l'immigration aura lui aussi une influence sur les organisations d'aide et de soins à domicile. Cette population va croître de 46 000 personnes actuellement à 154 000 personnes d'ici 2025, selon les prévisions. Les liens familiaux des migrants sont souvent rompus après leur départ du pays de sorte qu'un encadrement spécifique, tenant compte de la sensibilité culturelle et religieuse, est souhaité dans de nombreuses situations.

Pour les années à venir, un facteur clé du succès des services d'aide et de soins à domicile résidera dans la transversalité des soins au sein de la chaîne de traitement et d'assistance. La focalisation des soins sur le patient dans le secteur ambulatoire et hospitalier doit continuer à se développer pour répondre aux différentes situations de santé et de vie des futurs patients.

La réorientation des services d'aide et de soins à domicile va entraîner des modifications structurelles pour qu'à l'avenir les besoins de prestations en constante évolution puissent encore être couverts. La planification, le recrutement et la promotion du personnel devront constituer des thèmes prioritaires. Les efforts pour accroître l'attractivité des services d'aide et de soins comme employeur nécessiteront la réévaluation des moyens consacrés aux salaires et à la motivation.

## Remarques

- [1] Délimitation entre les services d'aide et de soins à domicile à but non lucratif et les fournisseurs de prestations privés: les institutions d'aide et de soins à domicile à but non lucratif sont compétentes pour une région au sein de laquelle elles sont soumises à une obligation de service, c.-à-d. qu'elles doivent

- intervenir indépendamment de la durée et de la complexité des soins, du temps de trajet ou des facteurs socio-économiques des clients. Les fournisseurs de prestations privés sont libres d'accepter ou de refuser un mandat de prestations et peuvent choisir librement leurs clients ainsi que la région dans laquelle ils interviennent.
- [2] Office fédéral de la statistique (2012): Statistiques de l'aide et des soins à domicile, indicateurs de l'aide et des soins à domicile. Kaufmann, S. (2008). Entscheidend sind unterschiedliche kantonale Pflegestrategien, dans: Schauplatz Spitex, 4, 8.
- [3] Statistiques de l'aide et des soins à domicile (1998 et s.). Berne: Office fédéral des assurances sociales. L'OFAS recense les prestations des services d'aide et de soins à domicile d'utilité publique depuis 1997. A compter de 2007, ce recensement sera réalisé par l'Office fédéral de la statistique. A partir de 2011, les données statistiques incluent également les chiffres des fournisseurs privés et des soignants libéraux.
- [4] Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (2007). Rapport sur l'étude BASS «Spitex Umfeld-, Markt- und Konkurrenzanalyse».
- [5] Association Alzheimer Suisse (2012). Projections sur la base de l'évolution démographique pour des taux de prévalence inchangés en 2030.
- [6] Abderhalden C., Lüthi R., Mazzola R. et Wolff S. (2003). Häufigkeit, Art und Schweregrad psychiatrischer Probleme bei Spitex-KlientInnen in den Kantonen Zürich und St. Gallen.
- [7] Observatoire suisse de la santé (Obsan, 2012). Monitoring 2012 – La santé psychique en Suisse, Rapport 52.
- [8] Observatoire suisse de la santé (Obsan) (2008). La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008.
- [9] Office fédéral de la statistique (2012). Statistique de l'aide et des soins à domicile, caractéristiques des fournisseurs de prestations 2012 – Personnel, clientèle, heures, novembre 2013.
- [10] Observatoire suisse de la santé (Obsan) (2008). Les coûts des soins de longue durée et de la dépendance en Suisse à l'horizon 2030.
- [11] Observatoire suisse de la santé (Obsan, 2008). La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008.
- [12] Statistique des assurés de santé suisse (2013). SASIS SA Statistique des factureurs 2013 selon la date de décompte.
- [13] Q-Sys AG (2014). Rai Home Care Suisse.
- [14] Office fédéral de la statistique (2012). Statistique de l'aide et des soins à domicile, indicateurs des fournisseurs de prestations 2012 – Evolution des organisations; novembre 2013.
- [15] Observatoire suisse de la santé (Obsan, 2013). Migration de personnel soignant – arrangements transnationaux dans le domaine de la prise en charge à domicile.
- [16] Organisation mondiale de la santé Europe (2008). Les soins à domicile en Europe 2008.
- [17] Interpharma – Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche (2009). Moniteur de la santé gfs.

## Bibliographie

- Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (1998). Spitex im Trend – Trends für Spitex. Editions Hans Huber, Berne.
- Eschmann P., Kocher G. et Spescha E. (1996). Ambulante Krankenpflege – Spitex-Handbuch. Editions Hans Huber, Berne.
- Interdisziplinäres Spitex Bildungszentrum ISB (1998). Qualitätsmanagement in der Spitex (Grundlagen und Einführung). Zurich.
- Magazine «Aide et Soins à Domicile» qui a succédé à la revue «Schauplatz Spitex».
- Perrig-Chiello P., Höpflinger F. et Schnegg B. (2010). SwissAgeCare – Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Deutschschweiz. Berne.
- Schauplatz Spitex: Magazine des services cantonaux d'aide et de soins à domicile d'Argovie, Appenzell Rhodes extérieures, Berne, Glaris, Grisons, Lucerne, Schaffhouse, St.-Gall, Thurgovie et Zurich.
- www.spitex.ch: site Internet de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile.



# Assurance-accidents

Felix Weber\*

## 1. Bases légales

L'assurance-accidents obligatoire est une assurance qui couvre les salariés. Elle leur offre une protection contre les conséquences économiques des accidents et des maladies professionnelles. Fondée sur l'article 117 de la Constitution fédérale, la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) [1] régit les principes de base tels que champ d'application (personnes visées, début et fin de l'assurance et territorialité), prestations, financement et organisation. Le mandat fixé par la loi prévoit non seulement l'indemnisation en cas d'accidents et de maladies professionnelles, mais également leur prévention. La définition des termes légaux, la procédure et la coordination avec les autres assurances sociales sont réglementées dans la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). Plusieurs ordonnances concrétisent les dispositions légales. [2]

L'assurance-accidents est venue remplacer la responsabilité des employeurs en cas d'atteintes à la santé (responsabilité civile des employeurs selon la loi sur les fabriques). Ses dispositions s'inspirent fortement du droit de la responsabilité civile et diffèrent fondamentalement de l'assurance-maladie sociale.

## 2. Champ d'application et durée de l'assurance

Sont obligatoirement assurées toutes les personnes salariées travaillant en Suisse, y compris les apprentis et les stagiaires. Les chômeurs pouvant prétendre à des indemnités de l'assurance-chômage sont également assurés. Les indépendants et les membres de leur famille qui travaillent avec eux peuvent s'assurer à titre facultatif. Toute personne travaillant au moins huit heures par semaine chez un employeur bénéficie d'une protection contre les accidents professionnels et non professionnels. La couverture selon la LAA concerne actuellement 50 % de la population.

Les salariés à temps partiel travaillant moins de huit heures par semaine ne sont assurés selon la LAA que pour les accidents et maladies professionnels. Les accidents non professionnels sont couverts par l'assurance-maladie sociale, qui prend en charge les frais médicaux. Il en va de même pour les personnes qui ne sont pas obligatoirement affiliées à l'assurance-accidents (par exemple femmes au foyer, étudiants, écoliers, retraités). La protection accordée par l'assurance est cependant très différente (tableau 1).

L'assurance-accidents produit ses effets dès le jour où le salarié commence le travail et cesse de

\* Felix Weber, licencié en économie, membre de la Direction de la Suva, responsable du département prestations d'assurance et réadaptation, Lucerne, avec la collaboration de Beat Widmer, licencié en droit, assistant de la Direction.

Tableau 1: Comparaison entre assurance-accidents obligatoire et subsidiaire

	Assurance-accidents selon la LAA	Assurance-accidents selon la LAMal
Preneur d'assurance	Entreprise ou personne assurée à titre facultatif	Personne privée
Type de prime	Prime déterminée en fonction du salaire	Prime par tête
Déclaration des sinistres	Entreprise assurée, év. victime de l'accident	Personne assurée
Limitation contractuelle du choix du médecin et de l'hôpital possible	Non (seule la division commune est assurée)	Selon le contrat
Octroi de subventions publiques	Non	Oui
Principe de l'obligation en matière de prestations	Principe de causalité (les causes sont assurées)	Principe de finalité (les besoins sont assurés)
Principe et modalités d'indemnisation	Principe des prestations matérielles ou en nature (tiers payant)	En général principe du remboursement des frais (tiers garant)
Forme d'indemnisation	Indemnisation de prestations à l'acte dans le domaine ambulatoire, forfaits dans le domaine hospitalier (journaliers ou par cas)	Différentes formes d'indemnisation
Indemnité journalière	Oui (délai de carence de 3 jours)	<b>En fonction du contrat. En principe, pas d'indemnités journalières à moins qu'un assuré ait conclu une telle assurance. Dans le domaine de la LAMal, seuls des montants journaliers assez faibles peuvent être assurés.</b>
Prise en charge des frais de reclassement professionnel	Non	Non
Rentes d'invalidité	Oui	Non
Rentes de survivant	Oui	Non
Indemnité pour atteinte à l'intégrité	Oui	Non
Franchises	Non	Oui
Participation	Non	Oui

les produire à l'expiration du 30<sup>ème</sup> jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire. L'assurance peut être prolongée par convention spéciale pendant 180 jours au plus.

A la différence des assureurs-maladie auprès desquels les particuliers s'assurent directement, les entreprises ou employeurs sont les partenaires d'assurance dans le domaine LAA. Quelques 550 000 entreprises représentant plus de

4,3 millions de salariés sont assurées en Suisse conformément à la LAA.

### 3. Risques assurés

La protection couvre les accidents (professionnels et non professionnels) et les maladies professionnelles.

Par *accident* on entend toute atteinte domageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale ou qui entraîne la mort. Certaines atteintes à l'intégrité corporelle sont assimilées à des accidents même lorsqu'il n'y a pas de cause extraordinaire (il s'agit de lésions corporelles assimilées à un accident, p. ex. ruptures des ligaments et lésions des tendons).

Sont réputées *maladies professionnelles* les maladies ayant été causées de manière prépondérante – c'est-à-dire au moins à 50 % – par des substances nocives sur le lieu de travail ou par certains travaux. Les substances nocives et maladies professionnelles sont énumérées de façon exhaustive dans une liste. D'autres maladies peuvent être reconnues par le biais d'une clause générale légale comme maladies professionnelles s'il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante – c'est-à-dire au moins à 75 % – par l'exercice de l'activité professionnelle.

L'assurance-accidents repose sur le principe de causalité. L'assureur n'est responsable que si un rapport de cause à effet peut être établi entre l'événement et l'affection sur la base d'une évaluation fiable, pertinente et fondée sur des connaissances médicales reconnues.

En 2013, 800 000 sinistres ont été enregistrés (tableau 2). Parmi les accidents reconnus figurent chaque année quelques milliers de lésions corporelles assimilées à un accident; il s'agit le plus souvent de lésions de ligaments, de fissures du ménisque et d'élongations musculaires. Tous les ans, plus de 3000 cas sont reconnus au titre de maladies professionnelles. Les maladies du sys-

tème respiratoire, de la peau, de l'appareil locomoteur et les pertes auditives liées au bruit sont les plus fréquentes.

Au cours des vingt dernières années, le nombre annuel des accidents professionnels a diminué alors que celui des accidents non professionnels a augmenté. Aujourd'hui, on recense presque deux accidents non professionnels pour un accident professionnel. Les sinistres couverts par l'assurance-accidents des chômeurs (AAC) représentent environ 2 % du nombre total d'accidents. Plus de la moitié des cas signalés sont des cas mineurs («cas bagatelle»), la blessure n'impliquant aucune incapacité de travail ou une incapacité de travail inférieure à trois jours, et ne donnent donc pas droit au versement d'indemnités journalières. Environ un cas sur deux cents entraîne une invalidité.

## 4. Prestations d'assurance

Les prestations d'assurance se composent des prestations pour soins et du remboursement de frais (médicaux) ainsi que des prestations en espèces. Les frais médicaux représentent environ 40 % et les prestations en espèces 60 % des coûts totaux de l'assurance (tableau 3).

### 4.1 Prestations pour soins et remboursements de frais

- Les prestations pour soins comprennent le traitement ambulatoire (dispensé par le médecin, le dentiste ou le personnel soignant), les

**Tableau 2:** Nombre de cas relevant de la LAA de 1984 à 2013 en milliers

	1984	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013
AAP	305	332	367	299	274	257	267	269
AANP	354	403	447	441	438	455	497	517
AAC	–	–	–	–	10	19	18	15
Total	659	735	814	740	722	731	782	800

AAP: assurance contre les accidents professionnels; AANP: assurance contre les accidents non professionnels; AAC: assurance-accidents des chômeurs (depuis 1996)

**Tableau 3:** Prestations d'assurance (en millions de francs) dans le domaine LAA pour les années 2002 et 2012

Année	2002	2012	Variation
Frais de traitement	1146,5	1620,6	41,4 %
Indemnités journalières	1521,6	1746,1	14,8 %
Rentes d'invalidité	1180,2	514,7	-56,4 %
Rentes de survivant	199,6	149,8	-25,0 %
Indemnités pour atteinte à l'intégrité, allocations pour impotent et indemnités pour changement d'occupation, rachats, indemnisations	139,6	129,7	-7,1 %
Total	4187,5	4160,9	-0,6 %

médicaments, les frais d'hospitalisation en division commune ainsi que les cures. Le libre choix du médecin, du dentiste, du chiropraticien, de la pharmacie et de l'hôpital (division commune) est garanti.

- Sont pris en charge les frais de voyage, de transport et de sauvetage ainsi que de mise à disposition de moyens auxiliaires.
- L'assuré a droit à un traitement médical approprié des lésions résultant d'un accident ou d'une maladie professionnelle sans limitation dans la durée ni dans le montant.
- L'assureur rembourse directement les frais médicaux au fournisseur de prestations (tiers payant) sur la base de conventions tarifaires (p. ex. TARMED). L'assurance-accidents ne connaît aucune participation financière à la charge de l'assuré (quote-part ou franchise).

#### 4.2

##### Prestations en espèces

- Les prestations en espèces sont calculées d'après le gain assuré. Un salaire de 126 000 francs au maximum peut être assuré. [3]
- *Indemnités journalières*: la condition nécessaire au versement d'une indemnité journalière est une incapacité de travail attestée par un médecin. On entend par incapacité de travail l'incapacité totale ou partielle, due à une atteinte à la santé physique ou mentale, d'effectuer un travail que l'on peut raisonnablement attendre de la personne en question dans son ancienne profession ou son ancien

domaine de responsabilités. Lorsque l'incapacité de travail est totale, l'indemnité journalière représente 80 % du gain assuré. Le gain assuré correspond au salaire perçu avant l'accident. Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail ou dès qu'une rente d'invalidité est versée.

- *Rentes d'invalidité*: la définition et le calcul de l'invalidité sont réglementés de façon identique dans l'assurance-accidents et dans l'assurance-invalidité. Est réputée invalide la personne dont la capacité de gain subit vraisemblablement, de façon partielle ou totale, une atteinte permanente ou de longue durée. Le taux d'invalidité est évalué sur la base d'une comparaison de revenus. Le revenu que l'assuré peut encore percevoir par l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible en présence d'une situation équilibrée sur le marché du travail à l'issue d'un traitement médical raisonnablement exigible et d'éventuelles mesures de réadaptation est comparé au revenu que l'assuré pourrait percevoir s'il n'avait pas été frappé d'invalidité. C'est la capacité d'exercer une activité lucrative qui est déterminante et non l'atteinte à la santé proprement dite. Le droit à la rente prend naissance à partir d'un taux d'invalidité de 10 %. En cas d'invalidité totale, la rente s'élève à 80 % du gain assuré. Elle est calculée sur la base du revenu perçu dans l'année précédant l'accident. Si un droit à la rente au

titre de l'AVS ou de l'AI existe également, l'assurance-accidents verse une rente complémentaire. Celle-ci est calculée de façon à ne pas excéder, conjointement à la rente AVS ou AI, 90 % du gain assuré.

- *Rentes de survivant*: en cas de décès, les survivants peuvent prétendre aux rentes suivantes: veuves et veufs 40 % du gain assuré; orphelins de père et de mère 25 %; orphelins de père ou de mère 15 %. Ces rentes additionnées ne peuvent dépasser 70 % du gain assuré. Les conjoints divorcés ayant droit à une pension alimentaire peuvent tout au plus toucher 20 % du gain assuré.
- *Indemnité pour atteinte à l'intégrité*: au même titre que la réparation, elle constitue une compensation pour le dommage immatériel. Il s'agit d'une prestation d'assurance égalitaire, parce qu'elle est déterminée selon les mêmes critères pour tous les intéressés. Elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte morphologique ou fonctionnelle à l'intégrité (par exemple: perte de la main 40 %, perte de l'ouïe sur une oreille 15 %, tétraplégie 100 %). Le gain annuel maximal légal au moment de l'accident sert de base de calcul.
- *Allocation pour impotent*: peut y prétendre quiconque a durablement besoin de l'aide d'un tiers pour accomplir les gestes et activités du quotidien.
- *Indemnités transitoires*: elles compensent une perte de gain passagère lorsque l'assuré doit changer de métier pour des raisons médicales.
- Les prestations en espèces peuvent être réduites ou refusées dans l'assurance des accidents professionnels et non professionnels si l'assuré a provoqué l'accident en se blessant intentionnellement ou en commettant un crime ou un délit. Dans le cas des accidents non professionnels, elles peuvent être également réduites lorsque l'accident résulte d'une négligence grave de la personne assurée ou lorsque des risques extraordinaires ont été pris voire des entreprises téméraires menées. Les prestations sont réduites dans moins de deux cas sur 1000, la moitié pour non-respect des règles de circulation.

Les formes de traitement dépassant les prestations prévues par la loi (p. ex. division privée) ou les charges salariales dépassant le plafond maximal assuré peuvent être couvertes si nécessaire par des assurances complémentaires LAA.

## 5. Financement/Primes

En 2012, 4161 millions de francs ont été dépensés pour le domaine complet de la LAA.

L'assurance-accidents sociale est financée par des primes, des produits issus de placements de capitaux et des recettes provenant des recours exercés contre les tiers responsables. Les assureurs ne perçoivent aucune subvention. En 2012, les primes nettes représentaient pour l'ensemble du domaine LAA (Suva et assureurs désignés à l'art. 68 LAA) 1677 millions de francs pour l'assurance des accidents professionnels et 3046 millions de francs pour l'assurance des accidents non professionnels.

Le taux de prime net indique la prime nette en pourcentage du salaire assuré. La prime nette moyenne pour l'assurance des accidents professionnels et non professionnels s'élevait en 2012, par salarié à temps plein, à 105 francs par mois. Il existe toutefois, compte tenu des situations de risque différentes, d'importantes différences spécifiques aux branches: le taux de prime net moyen varie dans une fourchette de 0,9 % à quelque 8,6 % (tarif des primes Suva pour 2013). Il existe également, au sein d'une même branche, des différences de primes notables entre les entreprises en fonction de la situation de risque respective et de l'évolution des sinistres.

L'employeur prend en charge les primes de l'assurance des accidents professionnels. Celles de l'assurance des accidents non professionnels sont supportées par les employés. Des conventions divergentes en faveur des salariés sont autorisées.

Les rendements des placements de capitaux varient selon la situation sur les marchés correspondants. Les recettes provenant des recours représentent, dans l'assurance des accidents non



professionnels, quelque 10 %, et, dans l'assurance des accidents professionnels, quelque 3 %.

Un système de répartition s'applique aux prestations de soins et aux indemnités journalières ; en d'autres termes, les prestations fournies chaque année doivent être couvertes par les recettes encaissées la même année, et il faut constituer des provisions pour les cas non encore réglés. Le système de répartition des capitaux de couverture s'applique aux prestations de longue durée (rentes). Lors de la fixation de la rente, des provisions doivent donc être constituées de façon à pouvoir financer les futurs versements de la rente.

## 6. Assureurs

L'assurance-accidents obligatoire relève non seulement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva), mais également d'autres assureurs autorisés (institutions privées d'assurance, caisses-maladie et caisses publiques d'assurance-accidents ; «répondants multiples») [4] (tableau 4). La caisse supplétive – sous la forme d'une fondation créée par les assureurs désignés à l'art. 68 LAA – alloue les prestations légales d'assurance aux travailleurs victimes d'un accident que la Suva n'a pas la compétence d'assurer et qui n'ont pas été assurés par leur employeur.

La loi énumère les entreprises et administrations qui font partie du domaine d'activité de la Suva. Il s'agit en majeure partie des entreprises

de l'industrie, du commerce industriel, de certaines catégories d'artisans et de l'administration fédérale. La Suva gère donc de façon prépondérante des entreprises du secteur économique secondaire. Les autres entreprises telles que les banques, restaurants et hôtels et autres entreprises du secteur des services ainsi que l'agriculture relèvent de la compétence des autres assureurs. Elles peuvent choisir librement leur assureur parmi ceux qui sont autorisés.

La Suva [5] – une entreprise autonome de droit public – est le plus grand assureur-accidents suisse avec une part de marché de plus de la moitié des salariés assurés. A la suite à la tertiarisation de l'économie (mutation du secteur industriel vers le secteur des services), elle perd en moyenne 0,4% de part de marché par an. Parmi les activités-clés de la Suva figurent, hormis l'assurance, la prévention (sécurité au travail et durant les loisirs) et la réadaptation. Le conseil d'administration s'appuie sur une large représentation des partenaires sociaux : 16 représentants des salariés et des employeurs ainsi que 8 représentants de la Confédération. La Suva a son siège à Lucerne. Ses relations de proximité avec la clientèle sont garanties grâce à son réseau d'agences, au nombre de 18, présentes sur l'ensemble du territoire national.

En moyenne, la Suva présente, par comparaison avec les assureurs privés, des frais administratifs inférieurs. Son statut d'entreprise à but non lucratif lui confère l'avantage de ne pas avoir à verser de dividendes, ni à payer d'intérêts sur ses capitaux propres. Elle peut ainsi répartir la totalité de ses recettes excédentaires

Tableau 4: Tableau récapitulatif des assureurs LAA 2012

	Nombre d'assureurs	Assurés employés à plein temps	Assurés sans emploi	Coûts en millions de francs
Suva	1	1 943 000	178 000	2868,8
Organismes d'assurance privés	23	1 844 000	–	1218,7
Caisses-maladie (avec branche LAA)	4	48 000	–	42,0
Caisses d'assurance-accidents publiques	2	39 000	–	29,0
Caisse supplétive	1	–	–	2,4

sur les entreprises et les assurés sous forme de réductions de primes. Le domaine d'activité qui lui est dévolu lui permet aussi de renoncer à des mesures d'acquisition.

## 7. Prévention

L'un des autres objectifs poursuivis par la LAA est la prévention des accidents et des maladies professionnelles.

Les employeurs sont tenus de prendre toutes les mesures de *prévention des accidents et maladies professionnels* dont la nécessité a été démontrée par l'expérience, qui sont applicables selon l'état d'avancement de la technique et adéquates compte tenu de la situation donnée. Les salariés doivent apporter leur soutien à l'employeur dans le cadre de la mise en œuvre des prescriptions relatives à la prévention des accidents. La Suva, les deux inspections fédérales du travail, les offices cantonaux d'inspection du travail ainsi que les centres d'inspection spécialisés surveillent l'exécution des prescriptions sur la sécurité du travail. La coordination des organes d'exécution et de leurs activités est assurée par la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST [6]). La prévention des accidents et maladies professionnels est financée au moyen d'un supplément de 6,5 % sur les primes nettes de l'assurance des accidents professionnels et grâce au rendement des capitaux. En 2012, les recettes des majorations de prime ont totalisé 111 millions de francs.

Les assureurs ont confié la promotion de la *prévention des accidents non professionnels* au Bureau suisse de prévention des accidents (bpa [7]). Les activités du bpa et les éventuels efforts des assureurs entrepris dans cette direction sont financés par un supplément sur les primes nettes de l'assurance des accidents non professionnels. Celui-ci s'élève actuellement à 0,75 %. En 2012, les recettes des suppléments de prime ont totalisé quelque 19 millions de francs.

## 8. Gestion du suivi dans le domaine LAA

Les expériences recueillies dans le domaine LAA ont montré qu'au-delà du diagnostic médical, ce sont la structure de la personnalité des victimes ainsi que l'environnement professionnel et social qui déterminent l'issue d'un accident. Afin de venir en aide aux accidentés présentant des problèmes complexes, les assureurs ont élaboré plusieurs programmes de gestion de cas (case management) en vue d'optimiser la réinsertion. Identifier précocement les accidentés dans des situations complexes est essentiel en vue de mettre en place aussi rapidement que possible un accompagnement holistique. Les case managers – des collaborateurs des assurances possédant une formation spécialisée de haute qualité et d'excellentes compétences sociales, disposent de suffisamment de temps pour conseiller et encadrer attentivement les accidentés – contribuent à éviter des destins tragiques. Pour que la gestion de cas réussisse, il faut instituer un rapport de confiance avec la personne touchée et sa famille, son médecin traitant et son employeur. Par conséquent, le case management implique une gestion globalisée de réseaux.

La Suva [8] a démontré que le case management peut être un facteur de réussite. Depuis 2003 et le lancement de son suivi des accidentés en situation complexe axé sur la sauvegarde du poste de travail et la réinsertion dans la vie professionnelle, elle est non seulement parvenue à améliorer la satisfaction des clients concernés, mais également à réduire de plus de la moitié le nombre de nouvelles rentes ainsi que leurs coûts en dix ans. L'environnement conjoncturel favorable ainsi que l'évolution de la jurisprudence devraient également avoir contribué à ce succès. Si les clients en profitent au final, puisque leur prime est réduite, ce sont en premier lieu les accidentés concernés qui y gagnent, ainsi que leurs employeurs.

## 9. Chiffres-clés 2012

Le tableau 5 contient des chiffres-clés.

Tableau 5: Chiffres-clés

Nombre d'assureurs	31
Entreprises assurées	546 337
Salariés à temps plein (assurés) en milliers	3874
Sommes des salaires soumis aux primes dans l'AAP en milliards de francs	277,0
Primes nettes en millions de francs	4866,2
Nouveaux cas enregistrés	790 619
• Accidents professionnels	269 608
• Accidents non professionnels	507 004
• Accidents des demandeurs d'emploi	14 007
Rentes d'invalidité fixées	1890
Cas de décès reconnus	594
Indemnités pour atteinte à l'intégrité et autres prestations en capital	4801
Total des coûts courants des cas en millions de francs	4160,9
• Frais de traitement en millions de francs	1620,6
• Indemnités journalières en millions de francs	1746,1
• Capitaux de couverture des rentes en millions de francs	688,2
• Autres coûts en millions de francs	106,0

Source: Statistique des accidents LAA 2014, publiée par le groupe de coordination des statistiques de l'assurance-accidents LAA (CSAA) [9]

## 10. Révision de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA)

Jugeant que la LAA – entrée en vigueur en 1984 – avait globalement fait ses preuves, mais qu'elle devait, sur certains points, être adaptée aux expériences, aux évolutions et aux modifications des conditions-cadres juridiques, le Conseil fédéral, dans son message du 30 mai

2008, a proposé différentes adaptations dans le domaine du droit aux prestations, du financement et de l'organisation de la Suva. Au printemps 2011, le Parlement a rejeté la révision, et invité le Conseil fédéral à la limiter à l'essentiel.

En concertation avec les partenaires sociaux et les assureurs, le Conseil fédéral a défini les adaptations requises dans un message additionnel. [10] Une limite a été notamment introduite pour les grands sinistres, et les surindemnités seront évitées pour les rentes d'invalidité versées à vie. Il a été, par ailleurs, proposé d'inscrire dans la loi l'assurance-accidents pour les chômeurs, et de réglementer de façon plus précise l'organisation et les activités accessoires de la Suva.

### Remarques

- [1] Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) du 20 mars 1981 (RS 832.20), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1984. Auparavant, l'assurance-accidents et l'assurance-maladie étaient réglementées dans une même loi (Loi fédérale en cas de maladie et d'accidents, LAMA).
- [2] Les bases légales sont énumérées en fin de chapitre.
- [3] Etat depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (article 22 al. 1 OLAA).
- [4] L'Office fédéral de la santé publique publie chaque année une liste des assureurs autorisés ([www.bag.admin.ch/themen/versicherung/00321/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/versicherung/00321/index.html?lang=fr)).
- [5] [www.suva.ch](http://www.suva.ch).
- [6] [www.cfst.ch](http://www.cfst.ch).
- [7] [www.bpa.ch](http://www.bpa.ch).
- [8] Cf. [www.suva.ch/ncm](http://www.suva.ch/ncm).
- [9] [www.bag.admin.ch/themen/versicherung/00321/02413/04163/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/versicherung/00321/02413/04163/index.html?lang=fr)
- [10] <http://www.bag.admin.ch/themen/versicherung/00321/02413/04163/index.html?lang=fr> La consultation relative au message additionnel a lieu actuellement [juillet 2014].

### Bases légales

- Constitution fédérale (Cst.) du 18 avril 1999, art. 117 (RS 101).
- Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) du 20 mars 1981 (RS 832.20).
- Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000 (RS 830.1).
- Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) du 20 décembre 1982 (RS 832.202).

- Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA) du 11 septembre 2002 (RS 830.11).
- Ordonnance sur la prévention des accidents et maladies professionnelles (OPA) du 19 décembre 1983 (RS 832.30).
- Ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents (OMAA) du 18 octobre 1984 (RS 832.205.15).
- Ordonnance sur les statistiques de l'assurance-accidents (OSAA) du 15 août 1994 (RS 431.835).
- Ordonnance sur l'assurance-accidents des personnes au chômage du 24 janvier 1996 (RS 837.171).

## Bibliographie/Liens

- Ghelew A., Ramelet O. et Ritter J.-B. (1992). Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents (LAA) Lusanne.
- Maurer A. (1989). Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2<sup>ème</sup> édition non remaniée. Editions Stämpfli, Berne.
- Maurer A. (1989). Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, volume II, Editions Stämpfli, Berne.
- Rumo-Jungo A. (2012). Bundesgesetz über die Unfallversicherung, dans: Murer E. et Stauffer H.-U. (Ed.). Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4<sup>e</sup> édition. Zurich/Bâle/Genève.
- Schaffhauser U. (2007). Unfall – was tun? Leistung, Haftpflicht, Versicherung. Beobachter-Ratgeber.
- Suva (septembre 2008). Guide Suva de l'assurance contre les accidents, 10<sup>e</sup> édition.
- [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch): site Internet de l'Office fédéral de la santé publique avec des informations sur l'assurance-accidents.
- [www.ekas.ch](http://www.ekas.ch): site Internet de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail.
- [www.suva.ch](http://www.suva.ch): site Internet de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva).
- [www.svv.ch](http://www.svv.ch): site Internet de l'Association suisse d'assurances avec des informations sur l'assurance-accidents.
- [www.unfallstatistik.ch](http://www.unfallstatistik.ch): site Internet du groupe de coordination des statistiques de l'assurance-accidents.
- [www.zmt.ch](http://www.zmt.ch): site Internet du Service central des tarifs médicaux LAA.



# Assurance d'indemnités journalières

Willy Oggier\*

Ce n'est que relativement tard que le corps médical a pris conscience des souffrances des simples ouvriers, charpentiers, tanneurs et mineurs. Dès l'Antiquité égyptienne, on avait connaissance des maladies professionnelles comme la pneumoconiose des tailleurs de pierre. Hippocrate lui-même (460–377 av. J.-C.) soulignait qu'il fallait porter une grande attention pendant l'anamnèse aux éventuelles influences professionnelles. A cette époque, le travail était surtout l'affaire des esclaves et des classes inférieures. Le rapport entre certaines maladies et la profession ou l'activité a été longtemps méconnu des médecins – qui appartenaient traditionnellement à la classe des bourgeois instruits. [1]

## 1. Coûts consécutifs des maladies et accidents

La santé, et au premier chef la bonne santé de la population, a jusqu'à aujourd'hui une influence considérable sur la situation économique d'un pays. Des risques sanitaires aggravés entraînent non seulement un accroissement des coûts de traitement (coûts directs), mais également des coûts consécutifs (coûts indirects), notamment par l'absentéisme au travail (tableau 1).

## 2. Couverture d'assurance en cas de maladie

En cas d'incapacité de travail ou de gain passagère ou durable survenue à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'assurance d'indemnités journalières permet de combler la perte de salaire (tableau 2).

Ce qui est vrai à propos de l'invalidité l'est également en ce qui concerne l'incapacité de gain à court terme. Dans le droit suisse, les personnes qui subissent un accident jouissent d'une bien meilleure couverture d'assurance que celles dont la perte de salaire a été causée par une maladie. Cela tient au fait que les entreprises sont dans l'obligation d'assurer leurs employés contre les accidents professionnels et non professionnels si ceux-ci sont occupés chez eux à raison d'au moins huit heures par semaine. En l'occurrence, l'assurance-accidents est généralement tenue de prendre en charge 80 % du salaire (voir également à ce sujet les explications données au chapitre «Assurance-accidents» du présent ouvrage).

La situation est différente en ce qui concerne la maladie: en Suisse, la loi ne prévoit guère de garanties pour le salarié en cas de maladie. Lorsqu'un employé souffre d'une longue maladie et qu'il ne peut plus travailler, l'employeur ne doit lui payer la totalité de son salaire que pour une

\* Willy Oggier, Dr. oec. HSG, économiste de la santé, Küsnacht, Canton de Zurich. E-mail: gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch

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

Facteur de risque	Coûts sociaux totaux	Coûts directs (part des coûts de la santé)	Coûts indirects	Coûts immatériaux
Accidents du travail et maladies professionnelles	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 – 1,70 (2,4 – 3,4%)	1,14 – 1,65	non chiffrés

Source: Office fédéral de la santé publique (Ed.), Etude comparative des coûts sociaux des principaux déterminants de morbidité et mortalité évitables en Suisse, Berne, 2004, cité d'après: Sécurité sociale, n° 6/2008.

**Tableau 2:** Couverture d'assurance en cas de maladie

Situation initiale	Malade avec certificat de travail de courte durée	Incapacité de travail pour longue maladie	Incapacité de travail définitive pour cause de maladie (réinsertion impossible)
<b>Salaire</b>	Obligation de maintien du salaire en fonction de l'ancienneté, la première année de service 3 semaines, ensuite selon le contrat ou une échelle (celle de Bâle, Berne ou Zurich). Echelle de Zurich: 4–12 mois: 3 semaines 2 <sup>ème</sup> année: 8 semaines 3 <sup>ème</sup> année: 9 semaines 4 <sup>ème</sup> année: 10 semaines Par année supplémentaire, 1 semaine de plus	<b>Avec assurance d'indemnités-journalières:</b> Assurance d'indemnités journalières individuelle ou collective: indemnités journalières (en remplacement du salaire) pendant 720 jours dans une période de 900 jours.  <b>Sans assurance d'indemnités journalières:</b> Pas d'indemnités journalières et après cessation de l'obligation de maintien du salaire, aucun salaire	<b>Avec assurance d'indemnités-journalières:</b> D'abord indemnités journalières, ensuite rente de l'AI  <b>Sans assurance d'indemnités journalières:</b> Rente de l'AI au plus tôt après un an
<b>Résultat</b>	Le salarié continue à percevoir provisoirement son salaire.	Les salariés ne possédant aucune assurance d'indemnités journalières s'exposent à une perte de salaire en cas de longue maladie. <b>Lacune d'assurance</b>	Rente de l'AI se substituant au salaire et aux indemnités journalières Rente complète entre 1105 et 2210 francs Degré d'invalidité: 40–49%: ¼ rente 50–59%: ½ rente 60–69%: ¾ rente dès 70%: rente complète

Source: Tages-Anzeiger, n° 209, 10 septembre 2007.

courte durée. C'est pourquoi de nombreux employés sont confrontés à des lacunes de couverture d'assurance en cas de maladie assez longue.

Cette lacune d'assurance est d'autant plus difficile à gérer pour les personnes concernées par une perte de gain que la réinsertion professionnelle est impossible à peu près dix fois plus souvent à la suite d'une maladie grave que d'un accident.

### 3. Durée de maintien du salaire

Si un salarié ne peut plus travailler pour cause de maladie, l'entreprise n'est tenue de lui verser la totalité de son salaire (100 pour cent) que pendant un temps limité défini par la durée du rapport de travail conformément à la loi sur le travail (art. 324a CO). La durée pendant laquelle l'employeur doit continuer à verser le salaire en cas de maladie dépend entre autres du nombre d'années de service. Durant la première année de service, après la période d'essai, le salaire n'est plus versé au bout de trois semaines de maladie conformément à la législation (tableau 2).

### 4. Assurance d'indemnités journalières facultative selon la LAMal

Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, les assureurs sont dans l'obligation de proposer une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie (art. 67 s. LAMal). La conclusion d'une telle assurance est en revanche facultative pour les assurés. Toute personne domiciliée ou travaillant en Suisse et âgée de 15 ans révolus, mais n'ayant pas encore atteint l'âge de 65 ans, peut souscrire une telle assurance. Le libre choix de l'assureur est en outre garanti. Tous les assurés d'un même assureur bénéficient, en ce qui concerne la durée et le montant de l'indemnité journalière, des mêmes conditions. Les assurances doivent être gérées de façon à éviter a priori toute surindemnisation.

Le législateur a néanmoins négligé de définir un plancher pour les indemnités journalières de maladie. C'est pourquoi les assureurs proposent en général une indemnité journalière obligatoire de 30 francs maximum, ce qui correspond à un

Tableau 3: Primes, prestations, effectif des assurés et des assureurs à partir de 2002

Année	Primes dues en millions de francs	Primes dues par assuré(e) en francs [3]	Prestations en millions de francs	Prestations par assuré(e) en francs [3]	Effectif des assurés [3]	Effectif des assureurs
2002	371,1	219	329,1	193	495 344	93
2003	357,1	231	309,9	197	439 082	92
2004	356,6	238	277,9	191	384 858	93
2005	342,3	203	251,1	158	409 989	82
2006	318,1	203	220,6	149	376 229	81
2007	302,3	192	207,7	139	342 047	81
2008	281,0	186	198,3	127	314 150	82
2009	267,7	176	197,2	135	285 967	74
2010	248,8	187	191,6	146	245 656	78
2011	239,8	188	188,2	128	217 513	62
2012	252,7	163	188,3	120	223 571	59

Source: Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2012, Office fédéral de la santé publique



revenu mensuel inférieur à 1000 francs. Les principaux chiffres relatifs à l'évolution de l'assurance d'indemnités journalières facultative selon la LAMal figurent dans les tableaux 3 et 4. [2]

## 5. Assurance d'indemnités journalières selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA)

En complément ou alternativement, des indemnités journalières en cas de maladie selon le droit des assurances privées sont proposées (loi sur le contrat d'assurance, LCA). Par accord écrit dans des contrats individuels, conventions collectives ou contrats-types de travail, il est possible de déroger aux dispositions légales de maintien du salaire en cas d'incapacité de travail, à condition d'accorder au salarié des prestations au moins équivalentes (art. 324a al. 4 CO). Dans la plupart des cas, il s'agit en l'occurrence d'une assurance d'indemnités journalières conclue par l'employeur. Comme pour les autres assurances complémentaires, les assureurs peuvent, dans le cas des indemnités journalières en cas de maladie, refuser l'admission d'un proposant sans en indiquer les motifs ou émettre des réserves en rapport avec des maladies existantes.

Dans la mesure où ces assurances fournissent généralement des prestations allant au-delà de l'obligation de maintien du salaire de l'employeur, la contribution du salarié au règlement des primes est en l'occurrence autorisée. En outre, le montant du salaire qui continue à être versé peut être ramené de 100% à un niveau inférieur. En cas de litige, le juge apprécie dans chaque cas si la solution d'assurance collective d'indemnités journalières retenue correspond pour le salarié au moins à l'obligation légale de maintien du salaire. Si tel n'est pas le cas, l'employeur doit cependant satisfaire à son obligation de maintien du salaire.

Toujours est-il qu'il ne faut pas sous-estimer l'importance de tels contrats. Cela s'explique principalement par le fait que les employeurs et les syndicats ont parfois conclu des assurances collectives d'indemnités journalières en cas de

**Tableau 4:** Recettes, dépenses et résultat en francs suisses à partir de 2002

Année	Total des recettes	Total des dépenses d'assurance et d'exploitation	Résultat du compte d'exploitation
2002	372 184 863	361 726 442	10 458 421
2003	364 678 826	338 730 046	25 948 780
2004	363 267 823	315 178 869	48 088 954
2005	347 836 053	299 546 559	48 289 494
2006	318 876 961	268 580 126	50 296 835
2007	303 789 910	263 420 171	40 369 739
2008	271 278 805	245 016 340	26 262 466
2009	277 148 197	250 833 616	26 314 581
2010	251 294 287	234 293 637	17 000 650
2011	243 823 251	229 950 932	13 872 319
2012	267 604 829	255 111 673	12 493 156

Source: Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2012, Office fédéral de la santé publique

maladie pour le personnel dans le cadre de conventions collectives de travail. En cas de maladie, celles-ci garantissent en général, au-delà du minimum légal, 80% du salaire pendant 720 jours (dans une période de 900 jours). Le plus souvent, les primes sont financées à parts égales par l'employeur et l'employé.

Dans le cadre du droit des assurances privées, les personnes sans activité lucrative qui s'occupent de leur propre foyer ont également la possibilité de conclure auprès de certains assureurs une assurance d'indemnités journalières de femme ou d'homme au foyer.

La personne qui perd son emploi ou qui démissionne peut passer de l'assurance collective dans l'assurance individuelle. La hausse de prime qui en découle est contrebalancée pour l'assuré par le fait que l'assurance doit être obligatoirement maintenue sans nouvelles réserves. Il se peut toutefois qu'en dépit du transfert dans l'assurance individuelle, la couverture d'assurance soit perdue. Les conditions générales d'assurance de l'assureur individuel sont en l'occurrence déterminantes. Elles peuvent par exemple prévoir

qu'en cas de passage de l'assurance collective dans l'assurance individuelle, les prestations déjà perçues seront imputées ou que l'assurance d'indemnités journalières s'éteindra à l'épuisement du droit à bénéficier de ces prestations. Dans ce dernier cas, la perte de la couverture d'assurance est automatique, même sans résiliation par l'assurance.

L'assurance d'indemnités journalières conclue dans le cadre de conventions collectives de travail n'est pas obligatoire. Ce sont surtout les petites entreprises qui s'abstiennent de conclure une protection d'assurance de ce type sur une base facultative pour leur personnel. Par ailleurs, certains indices montrent également que les entreprises n'utilisent pas le potentiel d'épargne que représente l'assurance d'indemnités journa-

lières en cas de maladie (voir à ce propos les informations parues par exemple dans *vz news* 77 d'août 2011).

Des données détaillées concernant le nombre d'assurances d'indemnités journalières selon le droit des assurances privées ne sont pas disponibles. Rien d'étonnant à cela, puisqu'il s'agit d'une branche dans laquelle les différents assureurs se livrent une concurrence plutôt vive.

## Remarques

- [1] *ÄrzteWoche*, n° 27, 3 juillet 2008.
- [2] Office fédéral de la santé publique (Ed.) (2014). *Statistiques de l'assurance-maladie obligatoire 2012*. Berne, p. 117 et s., état des données 5.7.2013.
- [3] Effectif des assurés au 31.12. Assurance individuelle uniquement.



# Assurance-invalidité

Stefan Kühne\*

## 1. Objectif et finalité de l'assurance-invalidité

L'objectif principal de l'assurance-invalidité (AI) est de prévenir, de réduire ou d'éliminer les conséquences économiques d'une atteinte à la santé par le biais de mesures de réadaptation appropriées, ainsi que d'en compenser les effets économiques permanents dans le cadre d'une couverture adéquate des besoins vitaux au moyen d'une rente. [1]

L'assurance-invalidité fait partie intégrante du premier pilier de la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité et couvre toutes les personnes domiciliées ou exerçant une activité lucrative en Suisse.

## 2. La notion d'invalidité

La notion d'invalidité [2] repose sur une définition actuarielle abstraite qui, dans une large mesure, relève de considérations économiques. Pour qu'une invalidité soit reconnue, les trois conditions suivantes doivent être remplies cumulativement :

- Premièrement, il doit y avoir une atteinte à la santé imputable soit à une infirmité congénitale, soit à une maladie, soit à un accident. [3] L'atteinte à la santé peut être de nature physique, mentale ou psychique et doit être attestée par un médecin.
- Deuxièmement, la présence d'une incapacité de gain totale ou partielle de longue durée doit

être établie. Est réputée incapacité de gain toute diminution persistante de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain dès lors que cette diminution résulte d'une atteinte à la santé. [4] L'incapacité de gain n'est pas forcément identique à l'incapacité de travail, laquelle se rapporte au dernier métier exercé. Le taux d'invalidité est fixé sur la base d'une comparaison de revenus. Il correspond à la différence entre ce que la personne assurée était en mesure de gagner avant la survenance de l'atteinte à la santé et ce qu'elle pourrait gagner après cette dernière ainsi qu'à l'issue d'un traitement médical et d'éventuelles mesures de réadaptation en exerçant une activité pouvant raisonnablement être exigée d'elle. [5]

- Troisièmement, l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain partielle ou totale doivent être liées par un rapport de causalité.

S'agissant des assurés sans activité lucrative, la question qui se pose n'est pas celle de la présence d'une incapacité de gain, mais de l'impossibilité pour la personne d'accomplir ses activités habituelles (notamment les tâches de ménage, de soin et d'éducation ou de bénévolat). [6]

\* Stefan Kühne, lic. rer. pol. et MA (Bruges), collaborateur scientifique, Office fédéral des assurances sociales, domaine Assurance-invalidité, Berne.

### 3. Les prestations de l'assurance- invalidité

Selon le principe «la réadaptation prime la rente», le premier objectif de l'assurance-invalidité est d'aider les personnes touchées par une invalidité de manière à ce qu'elles puissent subvenir elles-mêmes, partiellement ou totalement, à leurs besoins et mener une vie aussi indépendante que possible.

A cette fin, l'assurance-invalidité peut soutenir les assurés invalides ou menacés d'invalidité par le biais de différentes mesures de réadaptation destinées à améliorer ou à préserver la capacité de gain de manière durable et substantielle. Dans la mesure du possible, les personnes concernées doivent pouvoir continuer à exercer une activité lucrative ou à œuvrer dans leur champ d'activités habituel. Ce n'est que si elles n'en sont pas ou pas suffisamment capables qu'il conviendra d'examiner si une rente d'invalidité a lieu d'être versée. Les personnes dépendantes de l'aide d'autrui peuvent par ailleurs prétendre à une allocation pour impotent et à une contribution d'assistance.

LAI alloue des subventions aux organisations faitières de l'aide privée aux invalides qui œuvrent à l'échelle nationale ou dans une région linguistique afin de promouvoir la réadaptation professionnelle et l'insertion sociale des personnes invalides, le but étant de leur permettre de participer à la vie de la société de manière aussi autonome et responsable que possible. Ces subventions servent au financement de prestations dans les domaines du conseil et de la prise en charge, de cours spécialisés et d'activités de loisirs et de sport, de camps de vacances ainsi que d'actions d'information et de relations publiques.

#### 3.1 Mesures de réadaptation

Pour le maintien de son activité professionnelle habituelle ou la réinsertion de la personne invalide à un poste de travail adapté, il est impératif de dépister le plus tôt possible les individus présentant un risque d'invalidité afin de faire

en sorte que leurs problèmes de santé ne deviennent pas chroniques. L'intervention précoce doit permettre de mettre en place rapidement et sans bureaucratie de premières mesures afin que les personnes en incapacité totale ou partielle de travail puissent conserver leur poste de travail habituel ou être réinsérées à un nouveau poste. [7]

Les mesures de réadaptation au sens strict du terme peuvent englober des mesures médicales, des mesures de réinsertion, des mesures d'ordre professionnel ainsi que l'octroi de moyens auxiliaires. [8] LAI prend en charge les mesures médicales qui ne sont pas axées sur le traitement proprement dit de l'affection dont souffre la personne, mais visent directement à sa réinsertion dans la vie active ou dans son champ d'activités, pour autant que de telles mesures soient susceptibles d'améliorer sa capacité de gain de manière durable et substantielle. Fait également partie des mesures médicales le traitement des infirmités congénitales. LAI prend en charge les mesures médicales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus.

Les mesures de réinsertion s'adressent tout particulièrement aux assurés qui se trouvent depuis au moins six mois en incapacité de travail d'au moins 50% en raison de problèmes d'origine psychique. Les mesures socioprofessionnelles et les mesures d'occupation servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel ou un retour direct de l'assuré sur le marché du travail.

Les mesures d'ordre professionnel comprennent notamment l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement, les allocations d'initiation au travail et les aides en capital.

Conformément à une liste établie par le Département fédéral de l'intérieur, les assurés de l'AI peuvent également prétendre à des moyens auxiliaires dès lors qu'ils en ont besoin à des fins de formation, ou encore pour continuer à exercer une activité lucrative ou à œuvrer dans leur champ d'activités habituel. Par ailleurs, ils peuvent aussi prétendre à des moyens auxiliaires dès lors que ces derniers leur permettent de faciliter leur mobilité, d'établir des contacts avec

leur environnement et de développer leur autonomie personnelle.

En plus des mesures de réadaptation, des indemnités journalières sont versées à l'assuré dans certaines conditions.

### 3.2

#### Rentes [9]

Si, en dépit des mesures de réadaptation dont elle bénéficie (selon le principe «la réadaptation prime la rente»), la personne assurée est dans l'incapacité d'exercer totalement ou partiellement une activité lucrative, elle a droit à une rente de l'assurance-invalidité. Selon son taux d'invalidité, la personne assurée touche un quart de rente (taux d'invalidité d'au moins 40 %), une demi-rente (au moins 50 %), trois-quarts de rente (au moins 60 %) ou une rente entière (à partir d'un taux d'invalidité de 70 %).

Les deux éléments déterminants pour le calcul du montant de la rente de l'AI sont le nombre d'années durant lesquelles la personne était assurée et le montant de son revenu moyen. En 2014, le montant de la rente mensuelle entière de l'AI était de 1170 francs au minimum et de 2340 francs au maximum.

### 3.3

#### Allocation pour impotent [10]

Si la personne assurée est dans l'incapacité totale ou partielle d'accomplir les actes de la vie quotidienne et a besoin de l'aide permanente ou de la surveillance de tiers en raison de son atteinte à la santé, l'assurance-invalidité lui verse une allocation pour impotent.

En 2014, le montant de l'allocation pour impotent se situait entre 468 et 1856 CHF par mois pour les personnes assurées vivant à domicile et entre 117 et 468 CHF par mois pour celles vivant en home. S'agissant des mineurs, les montants sont les mêmes mais le décompte s'effectue par jour. Dans leur cas, le degré d'impotence est établi en comparaison avec le stade de développement de jeunes non handicapés du même âge. Si un mineur a besoin de soins particulièrement intenses en raison d'une invalidité,

un supplément pour soins intenses peut lui être versé en plus de l'allocation pour impotent. En 2014, ce supplément pour soins intenses allait de 468 à 1404 CHF.

Depuis 2012, il est également possible de prétendre à une contribution d'assistance. Grâce à cette contribution de 32,80 CHF l'heure, les adultes qui ont droit à une allocation pour impotent de l'AI et sont à même de mener une vie suffisamment autonome peuvent engager de leur propre initiative les assistants dont ils ont besoin pour vivre à domicile. La contribution d'assistance favorise l'autonomie des personnes handicapées, soulage leurs proches et rend inutiles les séjours en home.

Les mineurs ont droit à la contribution d'assistance si elle leur permet de suivre la scolarité ordinaire. Les enfants et adolescents nécessitant des soins intensifs et qui sont soignés non pas en institution mais à la maison peuvent également y prétendre.

## 4.

### Organisation de l'assurance-invalidité [11]

#### 4.1

##### Offices AI

Chaque canton dispose de son propre office AI, lequel est indépendant de l'administration cantonale. L'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger est rattaché à la Centrale de compensation de l'AVS, unité de l'administration fédérale. [12] Les offices AI cantonaux sont soumis à la surveillance matérielle, administrative et financière de la Confédération, exercée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

Les offices AI instruisent les cas qui leur sont soumis. Ils sont en charge de la détection précoce et ils déterminent et vérifient les mesures d'intervention précoce. Ils procèdent à l'examen du droit aux prestations, ils déterminent et suivent les mesures de réadaptation, ils évaluent le taux d'invalidité et le degré d'impotence et ils prennent les décisions relatives aux prestations.

Il incombe également aux offices AI d'informer le public sur les conditions d'assurance.

#### 4.2 COMAI et COPAI

Les centres d'observation médicale (COMAI) et professionnelle (COPAI) de l'AI sont à la disposition des offices AI lorsqu'un cas s'avère particulièrement difficile. Ils évaluent les conséquences de l'atteinte à la santé en ce qui concerne les mesures de réadaptation possibles ou un éventuel droit à une rente.

#### 4.3 Services médicaux régionaux

Les neuf services médicaux régionaux (SMR) sont à la disposition des offices AI à titre d'organes médicaux spécialisés afin d'apporter le point de vue de la médecine des assurances. Ils évaluent si les capacités fonctionnelles de l'assuré sont suffisantes pour lui permettre d'exercer une activité lucrative pouvant raisonnablement être exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Si nécessaire, les SMR peuvent également procéder eux-mêmes à l'examen des assurés.

### 5. Financement et dépenses de l'assurance-invalidité

Les recettes de l'AI se montaient en 2013 à 9,81 milliards de CHF, dont 4,95 milliards de CHF de cotisations des assurés et employeurs (1,4% du salaire), 3,68 milliards de CHF de contributions fédérales (y compris les intérêts versés au fonds AVS) et 1,12 milliard de CHF provenant de la perception de la taxe sur la valeur ajoutée (dans le cadre de l'assainissement de l'AI, 0,4% de la TVA est chaque année versé à l'AI à titre temporaire jusqu'en 2017).

En 2013, les dépenses de l'AI se sont quant à elles élevées à 9,31 milliards de CHF, dont 6,58 milliards de CHF de prestations en espèces (5,89 milliards pour les rentes, 490 millions pour

les indemnités journalières et 420 millions pour les allocations pour impotent), 1,62 milliard de CHF au titre des mesures individuelles, 151 millions de CHF pour le subventionnement des institutions et organisations ainsi que 660 millions de CHF pour couvrir les frais d'administration et de gestion.

L'AI a ainsi dégagé en 2013 un excédent de 590 millions de CHF, ce qui a permis de réduire à 13,8 milliards de CHF le montant de la dette envers le fonds AVS.

### 6. Evolution de l'assurance-invalidité

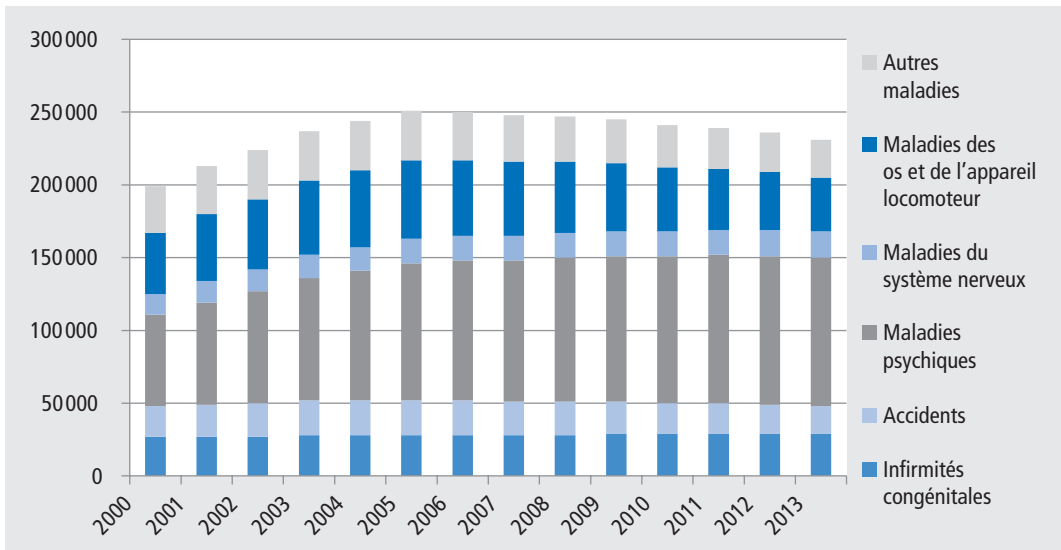
#### 6.1 Evolutions concernant les bénéficiaires de rente

Le nombre de rentiers AI en Suisse s'est inscrit à la hausse jusqu'en 2005, année où le nombre des bénéficiaires de rente a atteint un maximum de 252 000 personnes. Ce nombre est depuis en recul et s'établissait en décembre 2013 à 230 000. Contrairement à la tendance générale à la baisse, le nombre de rentes AI octroyées pour raisons psychiques a continué d'augmenter jusqu'en décembre 2011 et stagne depuis à 102 000. (graphique 1)

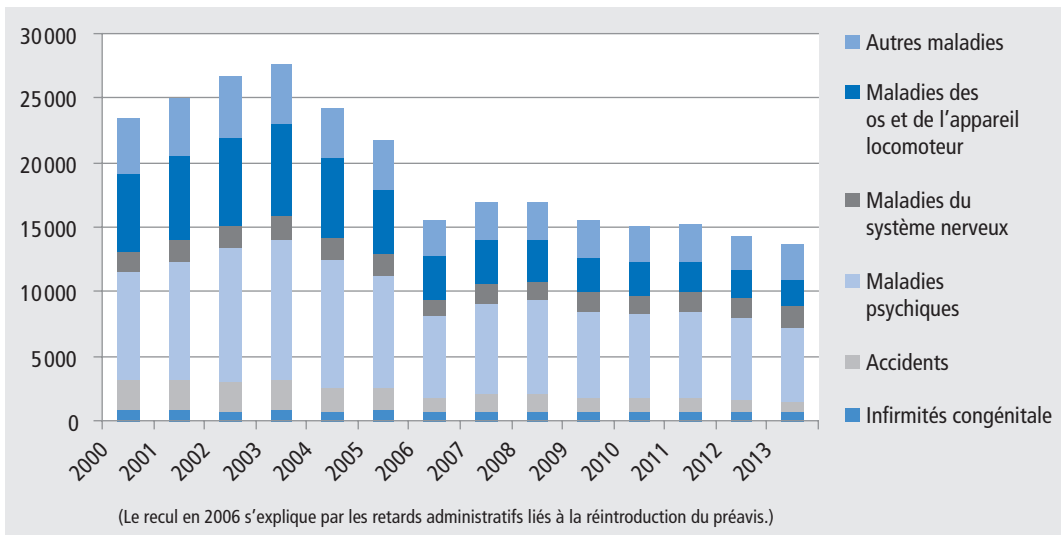
Après avoir 27 700 personnes en 2003, l'effectif de nouveaux bénéficiaires de rente a tendanciellément évolué à la baisse. En 2013, le nombre de nouvelles rentes versées était de 13 600. Les nouvelles rentes octroyées pour cause de troubles psychiques ont elles aussi reculé pour passer de 10 900 en 2003 à 5 800 en 2013. (graphique 2)

#### 6.2 Défis

L'AI a fait l'objet de plusieurs révisions au cours des dernières années. La 5<sup>e</sup> révision de l'AI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Elle a ouvert la voie à un véritable changement de paradigme vers une assurance de réadaptation. La révision 6a de l'AI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Le 19 juin 2013, le Conseil national a enterré le projet 1 de la révision 6b de l'AI. Sur la base



Graphique 1: Evolution du nombre de rentiers AI en Suisse, selon la cause d'invalidité, 2000 – 2013



Graphique 2: Evolution du nombre de nouveaux rentiers AI en Suisse, selon la cause d'invalidité, 2000 – 2013

de l'évaluation de la 5<sup>e</sup> révision de l'AI et de ses propres analyses ainsi qu'en considération de diverses interventions parlementaires, le Conseil fédéral proposera les mesures nécessaires à l'optimisation et à l'aménagement du système.

Les efforts d'amélioration du système AI se poursuivront par voie d'ordonnance. Conformément aux prévisions actuelles, le processus de désendettement de l'AI est en cours et devrait être achevé en 2030.



LAI est confrontée à plusieurs défis :

- les exigences de productivité vis-à-vis des personnes actives sont de plus en plus élevées ;
- les maladies psychiques sont de loin la principale cause des nouvelles rentes et de l'effectif actuel des rentes ;
- la part des jeunes adultes parmi les bénéficiaires de rente est en augmentation ;
- la coordination des prestations de l'AI avec les autres assurances est complexe.

### 6.3

#### Objectifs et mesures

A partir de ces défis sont définis les objectifs suivants :

- *Intégration et participation* : l'AI a essentiellement pour objet de favoriser la réadaptation, l'autonomie et la responsabilité individuelle. Le renforcement de la réadaptation permet de répondre aux besoins spécifiques des jeunes, des personnes souffrant de problèmes psychiques et des migrants. Les prestations de l'AI visent en premier lieu à maintenir la capacité de gain afin de permettre aux individus de prendre part à la vie économique. Si ce n'est pas possible, les prestations de l'AI ne doivent pas seulement garantir l'existence des personnes, mais également leur participation à la vie sociale. L'AI contribue à faire en sorte que les personnes souffrant d'un handicap puissent rester dans leur environnement familial.
- *Solidarité et cohésion sociale* : si les bénéficiaires de rente AI ne peuvent pas être intégrés sur le marché du travail, leurs besoins vitaux sont couverts par l'AI. Les prestations de l'AI sont octroyées à tous les groupes de population qui en ont besoin et peuvent légitimement y prétendre. Toute personne présentant une demande de prestations AI doit attester la réduction de sa capacité de gain et est tenue de limiter le préjudice subi.
- *Dignité humaine* : les procédures de l'AI sont justes et équitables, ce qui renforce la confiance dans l'AI.
- *Pérennité* : les prévisions financières actuelles font également état de comptes équilibrés à

partir de 2019 (fin du financement additionnel). Le financement de l'assurance et le désendettement de l'AI vis-à-vis de l'AVS sont dès lors garantis. Les défis à venir peuvent être relevés conformément à la Constitution.

- *Optimisation du système* : diverses réflexions sont actuellement menées quant à l'optimisation de l'AI. Dans le cadre d'une première étape, le règlement sur l'assurance-invalidité a été adapté le 1 janvier 2015, avec notamment une nouvelle flexibilisation des mesures de réinsertion et un renforcement du conseil prodigué aux employeurs et aux spécialistes des domaines de l'école et de la formation.

### 6.4

#### Développement continu de l'AI

Une stratégie globale quant au développement continu de l'AI est en cours d'élaboration pour permettre à l'AI de faire face aux défis à venir. Les mesures de réadaptation jouent pour les personnes assurées un rôle central, et notamment pour les adolescents et les jeunes adultes ainsi que pour les personnes souffrant de problèmes psychiques qui ont besoin de prestations AI plus ciblées.

#### Remarques

- [1] Cf. art. 1a de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)
- [2] Défini à l'art. 8 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)
- [3] Cf. art. 4 al. 1 LAI
- [4] Cf. art. 7 LPGA
- [5] Cf. art. 16 LPGA
- [6] Cf. art. 8 al. 3 LPGA
- [7] Cf. art. 7d LAI
- [8] Cf. art. 8 – 27 LAI
- [9] Cf. art. 28 – 40 LAI
- [10] Cf. art. 42 LAI
- [11] Cf. art. 53 – 65 LAI
- [12] Une liste des adresses et numéros de téléphone de tous les offices AI est disponible à l'adresse [www.avs-ai/fr/](http://www.avs-ai/fr/) > Contacts > Offices AI

## Bibliographie

- Bollier G. E. (2013). Leitfaden schweizerische Sozialversicherung, 13<sup>e</sup> édition. Zurich: Kantonale Drucksa-chen- und Materialzentrale.
- Bütler M., Staubli S. et Gentinetta K. (2007). Die IV – eine Krankengeschichte mit Folgen. Zurich: NZZ.
- Centre d'information AVS/AI (éd.). Manuel 1<sup>er</sup> pilier (à télécharger ou à commander auprès du Webshop à l'adresse [www.avs-ai.ch/fr/](http://www.avs-ai.ch/fr/) > Webshop > Manuel du 1<sup>er</sup> pilier)
- Centre d'information AVS/AI (éd.). Mémentos AI (disponibles auprès des caisses de compensation de l'AVS et des offices AI ou à l'adresse [www.avs-ai.ch/fr/](http://www.avs-ai.ch/fr/) > Mémentos & Formulaires > Mémentos Prestations de l'AI).
- Kieser U. (2009). Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 2<sup>e</sup> édition: Editions Schulthess.
- Kieser U. et Senn J. (2013). Invalidität. Was Sie über Renten, Rechte und Versicherungen wissen müssen, 5<sup>e</sup> édition. Zurich: Editions Beobachter.
- Office fédéral des assurances sociales. [www.ofas.admin.ch/?lang=fr](http://www.ofas.admin.ch/?lang=fr) > Thèmes > Assurance-invalidité AI.
- Widmer D. (2013). Die Sozialversicherung in der Schweiz, 9<sup>e</sup> édition. Zurich: Editions Schulthess.



# Assurance-maladie

Peter Indra, Reto Januth et Stephan Cueni\*

## 1. Législation et systématique

### 1.1 Principes

L'assurance-maladie sociale comprend l'assurance obligatoire des soins (AOS ou «assurance de base») et l'assurance d'indemnités journalières facultative selon la LAMal. Les assureurs autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale sont tenus de proposer ces deux types d'assurances.

L'assurance-maladie sociale couvre la maladie et la maternité, de même que, à titre subsidiaire, les accidents (voir aussi le chapitre consacré à l'assurance-maternité). Les accidents ne sont assurés que dans la mesure où ils ne sont pas pris en charge par une assurance-accidents obligatoire ou privée (voir le chapitre «Assurance-accidents»).

La solidarité entre les bien-portants et les malades se manifeste par l'obligation de s'assurer et le libre passage intégral. Outre ces deux principes d'assurance, qui caractérisent également les autres assurances, l'assurance-maladie obligatoire intègre, avec la prime unique (art. 61 LAMal), les aspects spécifiques de la solidarité entre jeunes et vieux, de même qu'entre hommes et femmes. Le correctif logique systématique est la compensation des risques entre les assureurs-maladie, qui intègre actuellement les différents risques de maladie liés à l'âge et au sexe ainsi qu'un séjour d'au moins trois jours dans un hôpital ou un établissement médico-social l'année précédente (LAMal, dispositions tran-

sitoires de la modification du 21 décembre 2007 [Compensation des risques]).

Un élément social essentiel de l'assurance-maladie obligatoire est la réduction des primes, qui permet de rétablir une certaine solidarité entre les personnes de conditions économiques différentes, et d'adapter la charge représentée par les primes d'assurance aux possibilités financières de chacun. La réduction des primes est financée par des recettes fiscales.

Les principes susmentionnés seront développés dans les principaux chapitres suivants: législation et systématique, prestations de l'AOS, relations contractuelles dans le cadre de l'AOS, coûts et primes ainsi que maîtrise des coûts dans l'AOS. En complément de ce chapitre, des explications y relatives figurent notamment dans les chapitres du présent ouvrage consacrés aux assureurs-maladie, aux hôpitaux, aux médecins libres praticiens et aux tarifs.

\* Peter Indra, Dr. med., MPH, chef du domaine Service de santé du canton de Bâle-Ville; ancien vice-directeur de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Berne et ancien chef du domaine «Assurance-maladie, -accident et militaire (chapitre 1–5); Reto Januth, M. A., Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA), membre de l'encadrement (chapitre 6); Stephan Cueni, ambassadeur, vice-directeur, chef du domaine «Affaires internationales» à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Berne (chapitre 7).